

UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI ROMA "La Sapienza"
MASTER di II Livello in SCIENZE FORENSI
(CRIMINOLOGIA-INVESTIGAZIONE-SECURITY-INTELLIGENCE)

Direttore: Prof. Francesco Bruno
Coordinatore Didattico Scientifico: Avv. Prof. Natale Fusaro

TESI DI MASTER

**“Progetti di riforma in O.P.G.
Verso un *Agente - Educatore* ?”**

Relatrice:

Chiar.ma Prof.ssa Simonetta Costanzo

Candidato:

Dr. Pasquale Testa

Anno Accademico 2005-2006

*Alla mia famiglia, a Claudia
e a Luigi*

INDICE

Capitolo I

- 1.1. Cenni storici e approvazione della Legge 180/78.....pag. 1
- 1.2. Entrata in vigore della legge 180/78 e sua attuazionepag. 5
- 1.3. Chiusura dei Manicomi, *Dimissioni Selvagge*, relazioni con gli O.P.G.....pag. 8

Capitolo II

- 2.1. La Pericolosità Sociale.....pag. 11
- 2.2. L'accertamento nel giudizio di Pericolosità Sociale.....pag. 13
- 2.3. Gli Ospedali Psichiatrici Giudiziari. Strutturazione Interna.....pag. 20
- 2.4. Le tipologie giuridiche di internati in OPG.....pag. 22

Capitolo III

- 3.1 Attività di custodia e sanitaria. Gli operatori in O.P.G.....pag. 25
- 3.2 Il processo di *Sanitarizzazione*.....pag. 28
- 3.3 La formazione professionale degli Agenti di Polizia Penitenziaria degli O.P.G.
...pag. 30

Capitolo IV

- 4.1. Proposte di Riforma degli O.P.G..... pag. 34
- 4.2. Questionario sull'O.P.G. di Aversa.....pag. 36
- 4.3. Analisi dei risultati del questionario.....pag. 41

Conclusioni. Verso un *Agente-Educatore*?.....pag. 56

Bibliografia.....pag. 60

INDICE DELLE TABELLE

Tab. 1, **Presenza effettiva degli Agenti di Polizia Penitenziaria negli O.P.G. nel 2004**.....pag. 27

Tab. 2, **Presenza effettiva del Personale Amm. T. e S. di ruolo negli O.P.G. nel 2004**.....pag. 27

Tab. 3, **Presenza effettiva del Personale a Convenzione negli O.P.G. nel 2004**.....pag. 27

INDICE DELLE FIGURE

Fig. 1, Internati in O.P.G.	pag. 24
Fig. 2, Età agenti O.P.G.	pag. 42
Fig. 3, Istituto di provenienza	pag. 43
Fig. 4, Corsi di formazione per lavorare in O.P.G.	pag. 44
Fig. 5, Categorie di lavoratori carenti nell'O.P.G. di Aversa	pag. 47
Fig. 6, Richiesta di consigli ed informazioni agli psicologi dell'istituto in relazione alle dinamiche incontrate con gli internati	pag. 49
Fig. 7, Valore dell'Esperienza Lavorativa e del "Buon Senso" nelle attività di custodia degli internati	pag. 50
Fig. 8, Conoscere di più la malattia mentale potrebbe aiutarla o essere un limite per lei	pag. 51
Fig. 9, Tutela Esigenze degli Agenti di P.P. e degli Internati	pag. 52
Fig. 10, Rinuncerebbe a prestare servizio in O.P.G. in favore di un altro istituto dell'Amministrazione Penitenziaria?	pag. 54
Fig. 11, Istituto dell'Amministrazione Penitenziaria per il quale l'Agente di P.P. ritiene di essere maggiormente qualificato	pag. 55

ABSTRACT

Si è ritenuto opportuno, prima di affrontare le problematiche relative agli Ospedali Psichiatrici Giudiziari, trattare brevemente le ragioni storico-culturali che portarono alla Legge n.180/1978, denominata “Legge Basaglia”.

A quasi trent’anni dalla sua entrata in vigore, è rimasta una legge quadro che ha indicato i principi di base per l’applicazione locale-territoriale della stessa, ma alla quale non sono seguiti gli adeguamenti istituzionali.

A risentire maggiormente di tale situazione sono stati gli ex Manicomi Giudiziari, (denominati Ospedali Psichiatrici Giudiziari dalla legge del 1975 n. 354), rimasti esclusi da cambiamenti normativi e strutturali, e che, a causa della contaminazione dei due rigidi sistemi chiusi sui quali si basa, ovvero quello carcerario e quello *manicomiale*, risultano organismi portati a cibarsi di loro stessi.

In tale contesto si inserisce la necessità di maggiore interazione con l’esterno, per “inquinare” una cultura che non riguarda solo l’istituto in sé, ma anche la società preoccupata per una realtà che ignora e che spesso vuole continuare ad ignorare; in questa ottica, può “aprirsi” maggiormente un ospedale, seppur giudiziario, che un carcere.

La formazione del personale di custodia e delle altre categorie, che lavorano all’interno degli O.P.G., appare presupposto indispensabile per assicurare all’organizzazione interna la dovuta sinergia, per una efficace comprensione e soluzione delle problematiche proprie degli ex manicomi criminali. Nella prospettiva di una riforma del sistema psichiatrico giudiziario italiano, si è ritenuto di effettuare, presso l’Ospedale Psichiatrico Giudiziario “Filippo Saporito” di Aversa, un questionario rivolto agli Agenti della Polizia Penitenziaria, per analizzare le esigenze del personale maggiormente presente negli istituti di cura-detenzione, allo scopo di sottolineare la necessità di una formazione professionale differente da quella prevista per il *normale* circuito penitenziario.

Capitolo I

SOMMARIO: **1.1.** Cenni storici e approvazione della Legge 180/78. **1.2.** Entrata in vigore della legge 180/78 e sua attuazione. **1.3.** Chiusura dei Manicomi, Dimissioni Selvagge, relazioni con gli O.P.G.

1.1. Cenni storici e approvazione della Legge 180/78.

“Che cos’è la follia?

La follia è una condizione umana.

In noi la follia esiste ed è presente come lo è la ragione.

Il problema è che la società, per dirsi civile, dovrebbe accettare tanto la ragione quanto la follia, invece incarica una scienza, la psichiatria, per tradurre la follia in malattia allo scopo di eliminarla.

Il manicomio ha qui la sua ragion d’essere che è poi quella di far diventare razionale l’irrazionale.

Infatti quando qualcuno entra in manicomio smette di essere folle per trasformarsi in malato, e così diventa razionale in quanto malato.¹”

Con queste parole Franco Basaglia definisce la follia ed in sintesi il disagio che la malattia presenta nella nostra società.

Il Basaglia, nato l’11 marzo 1924 a Venezia e morto il 29 agosto 1980, è ricordato per essere stato lo psichiatra che lottò per una riforma degli Ospedali Psichiatrici, che, con l’entrata in vigore della legge 13 maggio 1978 n. 180, sancì la “chiusura dei manicomi”².

Il medico veneziano nella sua attività intendeva realizzare un nuovo concetto di cura dei malati e della malattia mentale, che, attraverso una radicale modifica degli istituti di cura, ne avrebbe rappresentato il mezzo, non il fine, affinché la società potesse fare i conti con la follia³.

¹ Tratto da, *la Repubblica*, 29 agosto 2005.

² la norma è ricordata come la legge che ha chiuso i manicomi, ma nello specifico vietava le nuove ammissioni e la costruzione di nuovi O.O.P.P

³ R. Canosa, *Storia del manicomio in Italia dall’Unità ad oggi*, pag. 316.

E così lo stesso psichiatra ci descrive come Philippe Pinel, che nel 1793 inaugurò a Parigi il primo manicomio, vide il suo progetto di riforma, consistente nella necessità di liberare i folli dalle prigioni perché non equiparabili ai delinquenti, non attuarsi in pieno. In tale ottica, alla fine del 1700, e con la dichiarata volontà di dedicare consapevolezza alle problematiche dei malati di mente, la psichiatria si presenta come scienza di riscatto dell'uomo, ma che in realtà si attua come la liberazione del folle dalle prigioni, per rinchiuderlo in un'altra prigione che si chiamava manicomio⁴.

Al di là di progetti, a volte utopici o di difficilissima attuazione, viste le condizioni sociali ed istituzionali dell'Europa di fine '700, è importante il fermento e l'interesse che iniziano a ricevere le problematiche dell'uomo e della malattia mentale, tali da far emergere le più illustri figure della psichiatria insieme ai primi istituti di detenzione e di cura. Nell'analisi della condizione del malato e la sua relazione con i medici, il Basaglia capisce, forse per primo, che ci può essere una condizione di parità tra medico e paziente, e che, dando al folle la sua soggettività, la sua personalità, si può instaurare una relazione ed un colloquio diretto ad una maggiore comprensione dello stesso ed alla previsione di una cura.

Sulla base di tali principi, durante la sua attività di direttore dell'Ospedale Psichiatrico di Gorizia prima e di direttore del Manicomio* di Trieste poi, Egli scopre che, analizzando le problematiche individuali di ogni soggetto, il malato non ha bisogno esclusivamente di terapie farmacologiche e di misure coercitive, ma di un rapporto umano per sostenere il suo disagio, di risposte e di ciò di cui tutti hanno bisogno, anche gli stessi medici che lo curano.

In tal modo il Basaglia intende modificare la concezione della malattia ed il trattamento dei folli, ovvero considerare tali soggetti non soltanto malati, ma uomini con proprie necessità. Queste sono le premesse che, verso la fine degli anni sessanta, portano Franco Basaglia, ed i collaboratori di cui si avvale nell'ospedale per malattie mentali di Gorizia, a lavorare sui pazienti usando metodi e trattamenti nuovi.

Lo psichiatra veneziano in questi anni pubblica due volumi: "Che cos'è la psichiatria?"⁵ e "L'Istituzione Negata. Rapporto da un ospedale psichiatrico"⁶ con i

⁴ Passim, G., Canguilhem, Il normale e il patologico, introduzione.

* Denominato Ospedale Psichiatrico con la L. 354/1975

⁵ Basaglia F., (1967), *Che cos'è la psichiatria?*, Einaudi, riedito da Baldini Castoldi Dalai

⁶ Basaglia F., (1968), *L'Istituzione Negata*, Torino, Einaudi.

quali denuncia la grave arretratezza dell'assistenza psichiatrica italiana, disciplinata da una legge del 1904 (poi successivamente corretta nel 1968 dalla circolare Mariotti, all'epoca Ministro della Sanità). Nei testi vengono analizzate le situazioni dei manicomi pubblici e privati che piccoli gruppi di psichiatri cercano di modificare con sperimentazioni innovative locali.

Nascono così dibattiti e critiche alla situazione dei manicomi italiani, tali da spingere l'Unione delle Province Italiane (visto che all'epoca i manicomi dipendono dalle amministrazioni provinciali), ad aprire un'inchiesta sull'assistenza psichiatrica.

Ne scaturisce una situazione catastrofica: nel 1971 l'unica risposta per le persone che soffrono di disturbi psichici sono i manicomi, che internano oltre 120 mila persone, l'ottanta per cento delle quali entrata con ricovero coatto⁷.

Ancora più drammatica risulta essere la situazione dei malati dimessi: minima è la percentuale delle persone che risultano guarite e che escono in breve tempo, per cui la quasi totalità degli internati diventa "cronica", "irrecuperabile" e resta *imprigionata* a vita. L'entrata nei manicomi risulta essere per l'individuo un "ergastolo bianco"⁸ senza speranza, al punto di affollare le già fatiscenti strutture, che in quegli anni ospitano più del doppio della capacità originaria di posti letto; in questo contesto iniziano ad affacciarsi i primi progetti di modifica.

Le denunce degli psichiatri nell'ambito degli Ospedali Psichiatrici appaiono, quindi, come il tentativo di scuotere la società e le coscienze delle istituzioni, alla ricerca di un cambiamento di una situazione divenuta ormai insostenibile, sia per i malati, che per i medici; nello sforzo di restituire dignità al malato di mente e con la speranza, forse ottimistica, se non utopica, di poter risolvere o almeno migliorare le condizioni di vita degli internati.

A fronte dei sostenitori del nuovo progetto di legge, sorgono i primi malcontenti, soprattutto da parte di molti istituti privati, i quali, in segno di ribellione avverso l'imminente attuazione della legge, mettono in atto o minacciano di attuare le cosiddette "dimissioni selvagge".

⁷ Tratto da <http://www.kwsalute.kataweb.it/SpecApp/0,1068,80%7C199,00.html>.

⁸ Cfr., Dipartimento di Salute Mentale di Trieste (a cura di), *L'esperienza triestina*, pag. 62.

Di lì a poco, il 13 maggio 1978 viene approvata la legge 180 inclusa il 23 dicembre dello stesso anno nella legge di riforma sanitaria n.833/78⁹.

In estrema sintesi sono questi i punti essenziali della nuova normativa, che tutti conosciamo come la “legge Basaglia”, che ha “chiuso i manicomi”¹⁰:

1) Il divieto di costruire nuovi O.P. e di far entrare pazienti nuovi in quelli esistenti, che dovranno essere “gradualmente superati e utilizzati diversamente” (art.64).

2) Il principio che “gli interventi di prevenzione, cura e riabilitazione relativi alle malattie mentali devono essere attuati di norma dai servizi psichiatrici territoriali” (art. 34).

3) L'istituzione del T.S.O., “trattamento sanitario obbligatorio per malattia mentale” (art.34), che, come nel caso del trattamento obbligatorio per altre patologie (art.33), deve essere attuato “nel rispetto della dignità della persona, dei suoi diritti civili e politici, compreso per quanto possibile il diritto alla libera scelta del medico e del luogo di cura” e “deve essere accompagnato da iniziative volte ad assicurare il consenso e la partecipazione da parte di chi vi è obbligato”.

Questo l'iter per il T.S.O. (art.33, 34 e 35): la possibilità di disporre di un trattamento sanitario contro la volontà del paziente spetta al Sindaco, nella sua qualità di Autorità Sanitaria Locale. Tale azione avviene mediante la richiesta di un medico, con una proposta di Trattamento Sanitario Obbligatorio (T.S.O.) indirizzata al Sindaco del luogo di residenza del paziente, dopo che quest'ultimo, reticente a terapie, presenti alterazioni psichiche tali da richiedere interventi urgenti.

Una volta che il paziente è stato indirizzato al Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura Competente per Territorio (S.P.D.C.), di solito situato presso l'Ospedale Generale di zona, spetterà al Medico del Servizio Sanitario Pubblico, esaminato il paziente, l'eventuale convalida della proposta di T.S.O..

In ultimo, il provvedimento di T.S.O. sarà definitivamente emanato dal Sindaco, che provvederà entro 48 ore a notificare il provvedimento al Giudice Tutelare, che a sua volta, raccolte le necessarie informazioni, entro 48 ore provvederà a ratificare o sospendere il provvedimento T.S.O. (art. 35).

⁹ Legge 23 dicembre 1978, n. 833 "Istituzione del Servizio Sanitario Nazionale" (Riforma Sanitaria) - pubblicata sul Supplemento Ordinario della Gazzetta Ufficiale n. 360 del 28-12-1978.

¹⁰ *ivi*

In pratica, la legge non pone limiti di tempo per la durata dei T.S.O., in via ordinaria di 7 giorni, trascorsi i quali può essere però richiesta la proroga, con modalità pressoché analoghe a quelle della richiesta di ricovero.

Dalla lettura dei suesposti articoli, la legislazione, che in modo improprio è conosciuta come la legge di chiusura dei manicomi, impedisce le nuove ammissioni in manicomio e la costruzione di ulteriori ospedali psichiatrici.

Dal 1978 in poi, quindi, sono stati vietati nuovi ricoveri e vengono istituiti i centri d'igiene mentale, che a differenza della disciplina in vigore prima dell'entrata della legge (per cui era sufficiente una firma del medico per rinchiudere per sempre in manicomio un malato considerato pericoloso "*per sé e per gli altri*"¹¹), accolgono persone affette da patologia mentale seguendo un iter più articolato.

1.2. Entrata in vigore della legge 180/78 e sua attuazione.

Dall'analisi delle radici storico-culturali che hanno portato all'emanazione della normativa n. 180 del 1978, denominata la "Legge Basaglia", risalta che a quasi trent'anni dalla sua entrata in vigore, questa è rimasta una legge quadro emanata per indicare dei principi di base per l'applicazione locale-territoriale della stessa, ma a cui non sono susseguiti adeguamenti istituzionali.

Il nodo centrale della normativa, infatti, è stato ed è tuttora la sua traduzione in realtà, per cui i nuovi principi dettati non sono mai stati tradotti in una rete di servizi, strutture ed istituti tali da concretizzare definitivamente la riforma così come prospettata, e ciò anche a causa della mancata progettualità complessiva della Sanità Pubblica in Italia¹².

Ed infatti se la revisione della legge suddetta era iniziata da molti anni, questa aveva subito un decisivo impulso dalle esperienze di psichiatria anti-manicomiale, condotte come detto, in alcune città italiane come Gorizia, Trieste ed Arezzo.

¹¹ tratto da un'intervista al professor Gigi Attenasio su *Liberazione* del 29.12.05

¹² G. Dell'Osso, *Capacità a delinquere e pericolosità sociale*, pag. 58

In breve le disposizioni più interessanti contenute nella normativa del 1978 sono, innanzitutto, che gli accertamenti ed i trattamenti sanitari sono volontari, tranne nei casi previsti, e che comunque devono avvenire nel rispetto dei diritti Costituzionali.

Nella legge è inoltre presente l'intenzione del Legislatore di attribuire crescente spazio all'azione dei servizi territoriali ed alle iniziative di reinserimento sociale, a discapito delle strutture specialistiche di degenza, che vengono chiamate in causa solo in casi particolari.

La tutela e la disciplina sottesa al malato di mente, risulta di fondamentale importanza, in quanto necessaria per comprendere i cambiamenti sulla concezione della malattia ed i possibili trattamenti, che la normativa 180/1978 sugli "Accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori" ha completamente modificato, rispetto alla situazione precedente. La norma indicata ha infatti riconosciuto il diritto alla libertà del cittadino nei confronti del trattamento sanitario, così come sancito dall'art. 31 della Carta Costituzionale, e ha sostituito il concetto di "pericolosità" con quello di "tutela della salute pubblica" ai fini della legittimazione dell'obbligatorietà del trattamento stesso.

La legge si inserisce in un contesto che tutela l'interesse del soggetto e delle sue patologie, come quelle di un individuo affetto da una malattia e per questo necessitato a ricevere cure sanitarie, e non più costretto ad essere rinchiuso per emarginare e ghettizzare un fenomeno scomodo e (come definito dagli ormai superati orientamenti legislativi) di "pubblico scandalo"¹³.

L'orientamento legislativo di progressiva eliminazione degli Ospedali Psichiatrici, indicati dalla nuova concezione quali "luoghi di esclusione e di sofferenza", è dovuto alla denuncia di una reale funzione di controllo sociale, celata dalla pretestuosa forma di cura della malattia, laddove appare impensabile qualunque terapia proprio per il carattere di istituzione totale.

===

All'ombra di tali nuovi principi, restano invece funzionanti, in quanto non vi si fa cenno nella legge, gli Ospedali Psichiatrici Giudiziari, regolati dalla legge di

¹³ Legge Manicomiale n. 36 del 14/02/1904. Per una conoscenza approfondita delle fasi di approvazione della legge, si veda L. Anfosso, *La legislazione italiana sui manicomi e sugli alienati*, Utet, Torino 1905.

ordinamento penitenziario n. 354 del 1975 e dal nuovo regolamento di esecuzione dell'Amministrazione Penitenziaria emanato con D.P.R. 30/06/2000, n. 230.

Gli Ospedali Psichiatrici Giudiziari in contraddizione con il nuovo orientamento, di non "istituzionalizzare" la follia e le patologie mentali, rimangono incomprensibilmente esclusi dal *vento di cambiamenti* e di tutele garantiste delle persone incapaci di intendere e di volere.

Le critiche alla riforma del 1978, a tal proposito, riguardano oltre la mancata attuazione delle sezioni speciali nei centri ospedalieri, anche l'assenza di modifiche o richiami al sistema psichiatrico giudiziario, con il conseguente risultato che, da un lato, molti malati vengono giudicati non pericolosi e affidati esclusivamente alle cure delle loro famiglie, talvolta con rischio per l'integrità fisica delle persone; da un altro, soggetti incapaci di intendere e di volere, vengono giudicati ancora pericolosi e trattenuti negli Ospedali Psichiatrici Giudiziari, anche laddove, con un minimo di assistenza terapeutica, potrebbero non esserlo.

Da siffatte constatazioni, scaturisce che i già gravi problemi di gestione degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari, con la legge Basaglia, subiscono una notevole accentuazione che è testimoniata dall'incremento in quegli anni delle presenze, dovuto al moltiplicarsi del numero di ammissioni per reati di lieve entità.

Nella vigenza della precedente legge del 1904¹⁴, infatti, l'Autorità di polizia preferiva ricorrere ad una gestione medico-psichiatrica di piccoli reati come risse, molestie e reati minori, disponendo il ricovero in Ospedale Psichiatrico, anziché attivare l'azione penale. Dopo la riforma ciò non è più possibile e anche per reati lievi scatta facilmente la denuncia alla Magistratura. Ne deriva che gli O.P.G. hanno dovuto assumere ruoli prima svolti dal vecchio manicomio civile, ma con una carica di violenza addizionale, per effetto del tipo di gestione essenzialmente carceraria ed in evidente contrasto con qualsiasi finalità terapeutica¹⁵.

Sorge, quindi, l'interrogativo sul perché gli ex Manicomi Criminali, così vicini concettualmente agli Ospedali Psichiatrici, siano rimasti esclusi da cambiamenti normativi, ma, anzi, l'organizzazione interna degli istituti ed il regime di vita degli internati non ha subito alcun tipo di modifica: "il trattamento risulta infatti troppo

¹⁴ *ivi*

¹⁵ L. Daga, *Ospedali psichiatrici giudiziari, sistema penale e sistema penitenziario: appunti sulla funzione dell'O.P.G.*, in *Rass. Penit. Criminol.* 1985, pag. 12

simile a quello disposto in carcere per gli autori di reato capaci di intendere e di volere, per cui è difficile parlare di un trattamento terapeutico in senso proprio, giacché la parte custodialistica di esso gioca senza dubbio un ruolo preponderante”¹⁶. In conclusione, dopo la legge 180 del 1978, per gli Ospedali Psichiatrici Giudiziari, la contraddizione fra nome di istituto terapeutico e sostanza di istituto meramente carcerario non si è spenta ma, al contrario, si è esaltata con la presenza negli istituti di un numero elevato di prosciolti, molti dei quali bisognosi di interventi socio-assistenziali, e di un numero non molto elevato, ma pur sempre critico, di detenuti sani e di elevata pericolosità.

1.3. Chiusura dei Manicomi, *Dimissioni Selvagge*, relazioni con gli O.P.G.

Analizzando la situazione in cui versavano le istituzioni sanitarie e penitenziarie italiane, la legge 180/78 ha inciso principalmente sulla realtà storico-culturale della psichiatria tralasciando, di fatto, il problema dei malati di mente autori di reato.

Il risvolto pratico della riforma psichiatrica, tuttavia, fu quello di contribuire ad una tutela delle posizioni degli incapaci di intendere e di volere; tale tutela viene rafforzata pochi anni più tardi dai pronunciamenti della Corte Costituzionale del 1982 e 1983 in cui si affermava che era da considerarsi in contrasto con le norme costituzionali la presunta “persistenza della pericolosità nel tempo” senza una “reale e aggiornata verifica”.

In tale direzione la legge n. 663 del 1986¹⁷, che in seguito verrà analizzata, abolirà definitivamente la “presunzione di pericolosità sociale” consentendo un’ulteriore riduzione del numero degli internati e degli accessi in O.P.G..

La “chiusura dei manicomi” ha comportato, altresì, che disposizioni concettualmente transitorie siano diventate norma definitiva, creando problemi nuovi. Le carenze assistenziali hanno lasciato spesso soli i pazienti e le loro famiglie, che a volte

¹⁶ A.. Manna "Il trattamento sanzionatorio del malato di mente autore di reato e le prospettive di riforma" in Rass. Criminol. 1994, pag. 269

¹⁷ L. 10 ottobre 1986 n. 663, Modifiche alla Legge sull'Ordinamento Penitenziario e sulla esecuzione delle Misure Privative e Limitative della Libertà

rifiutano il congiunto, in una logica di difficoltà di rapporti insita nel disturbo mentale; a tale situazione è conseguito il verificarsi del fenomeno della “revolving door” (i rientri ripetuti e ravvicinati nei reparti ospedalieri psichiatrici) e il prolungamento “infinito” di alcune degenze.

In proposito è utile comprendere, nei numeri, come le disposizioni della “Legge Basaglia” hanno potuto incidere nella società degli ultimi 30 anni.

All’interno degli ex manicomio civili, una iniziale forte riduzione è avvenuta nei primi quindici anni successivi all’entrata in vigore della normativa n. 180/78, grazie alla quale si è passati da una popolazione interna di circa 100.000 pazienti, negli anni tra il ’78 ed l’80, a circa 20.000 nel 1994. Tale diminuzione è da attribuire prevalentemente a due fattori: il blocco dei ricoveri negli O.O.P.P. in osservanza della normativa (non sempre rispettata) ed un tasso di mortalità dei pazienti particolarmente alto, che, dalle indagini e ricerche effettuate, è risultato essere di circa il 6 % dei decessi all’interno delle strutture¹⁸.

Nell’analisi delle vicende correlate agli istituti per la cura e per la detenzione dei malati mentali, può farsi riferimento, con i dovuti limiti, alle critiche all’applicazione dell’indulto nelle carceri, verificatasi ultimamente: un cambiamento improvviso e radicale di una situazione “istituzionalizzante”, senza adeguate infrastrutture o ricoveri intermedi, produce gravi scompensi e danni nella vita sociale.

Nella fattispecie le cosiddette “dimissioni selvagge” avvenute per protesta alla futura applicazione della legge del 1978 e le dimissioni di molti pazienti in osservazione della legge, per i quali erano ancora necessarie specifiche cure farmacologiche e psichiatriche, hanno comportato una serie di problemi concatenati.

Pur ritenendo fondamentale, infatti, per il reinserimento nella società dei malati di mente, la “riforma Basaglia”, quella che è mancata negli anni è stata la creazione di strutture intermedie nel territorio tese a garantire un passaggio equilibrato del malato dalla fase acuta della sua condizione alla successiva socializzazione. Tale dato è maggiormente evidenziato da statistiche che confermano che l’80% dei pazienti, dopo l’interruzione della cura farmacologica, nel giro di qualche mese o settimana, ricade completamente in crisi, divenendo aggressivo, intemperante e prepotente.

¹⁸ G. Simonetti, *Ospedale psichiatrico giudiziario: aspetti normativi e sociologici. Il caso di Montelupo Fiorentino*, cap. I.

In conclusione si può affermare che in molti casi, i malati, “uscendo” dagli ex manicomi civili, prima o poi erano destinati a “rientrare”, in una elevata percentuale, in altri istituti, primi tra tutti gli Ospedali Psichiatrici Giudiziari, essendo questi soggetti *scomodi*, mal tollerati dalla società ed a volte pericolosi; persone per le quali comunque è difficile una collocazione certa ed adeguata all’interno delle strutture esistenti in Italia.

Dalla breve analisi effettuata deriva che all’interno dei vecchi Manicomi Criminali (denominati Ospedali Psichiatrici Giudiziari con la riforma del 1975), confluiscono:

- soggetti con patologia mentale che hanno commesso reati e che sicuramente dimostrano una pericolosità sociale tale da richiedere la detenzione-cura;
- soggetti incapaci di intendere e di volere, rei, nei quali la pericolosità sociale è minima e per i quali sarebbe più opportuno un ricovero presso altri istituti di cura;
- internati la cui pericolosità è fortemente scemata, ed in alcuni casi non più esistente, ma che rimangono comunque in internamento per la carenza delle strutture intermedie ricettizie.

A tal proposito l’ex direttore generale dell’A.s.l. Caserta 2, Franco Rotelli, allievo e collaboratore di Franco Basaglia ha esplicitamente affermato che: “Un terzo degli internati negli O.P.G. d’Italia potrebbe essere dimesso, solo se vi fossero le condizioni di assistenza in strutture esterne. In mancanza di esse c’è chi giace da anni negli O.P.G.”¹⁹.

¹⁹ tratto da un’intervista pubblicata su “Il Giornale di Caserta” del 28/12/2006.

Capitolo II

SOMMARIO : **2.1.** La Pericolosità Sociale. **2.2.** L'accertamento nel giudizio di Pericolosità Sociale. **2.3.** Gli Ospedali Psichiatrici Giudiziali. Strutturazione Interna **2.4** Le tipologie giuridiche di internati in OPG..

2.1. La Pericolosità Sociale.

Nell'analisi delle dinamiche connesse alla malattia mentale ed alla punibilità dei reati commessi dagli incapaci di intendere e di volere, non è superfluo un sintetico cenno al concetto di pericolosità sociale ed alla sua disciplina nell'ambito del nostro ordinamento.

Si inizia a parlare di “pericolosità sociale” nell'ordinamento giuridico italiano con il codice del 1930. Tale nozione presenta un vasto e complesso background storico-ideologico, essendo stata al centro della polemica che, tra la fine del 1800 e la prima metà del '900, animò il dibattito fra la Scuola Positiva e la Scuola Classica del diritto penale²⁰.

La Scuola Positiva partiva dal presupposto che il reato dovesse essere considerato fenomeno naturale determinato da fattori criminogenetici e non da una scelta individuale suscettibile di un giudizio di responsabilità morale.

In questo ambito l'intervento penale non poteva orientarsi alla retribuzione dell'illecito commesso, né avere esclusivamente una finalità repressiva, ma traeva il proprio fondamento dalla necessità della prevenzione finalizzata alla difesa sociale contro il delitto.

La sanzione penale, da ciò, doveva essere adeguata al rischio che l'autore del reato rappresenta per la società e tendere esclusivamente ad impedirne la recidiva.

La concezione della Scuola Positiva venne così ad incentrarsi sul problema della pericolosità del reo, per la prima volta individuata, nel timore che il reo commettesse nuovi illeciti, e concentrarsi sulla necessità di prevenire la commissione di ulteriori reati più che la correzione dell'individuo condannato.

²⁰ G. Fiandaca – E. Musco, *Diritto penale. Parte Speciale. Vol. I*, pag. 48.

Risentendo delle dispute in materia, nell'ordinamento vigente, il codice penale stabilisce all'art. 203 comma 1, che, "agli effetti della legge penale è socialmente pericolosa la persona anche se non imputabile o non punibile, la quale ha commesso taluni dei fatti indicati nell'articolo precedente (ovvero un fatto di reato o di quasi-reato), quando è probabile che commetta nuovi fatti previsti dalla legge come reato".

Dalla lettura della norma del Codice Rocco, si desume che la pericolosità sociale è molto simile a quella prospettata dai positivisti²¹, ma a differenza di quest'ultima il legislatore ha ritenuto che la P.S. non è una caratteristica necessaria ma eventuale e possibile dell'autore di reato; che è il presupposto per l'applicazione delle misure di sicurezza e non della pena; e che infine non è una caratteristica permanente dell'autore di reato, essendo previsto il riesame della pericolosità (art. 208 c.p.).

Nel Codice Penale del '30, quindi, si introduce un importante e fondamentale criterio di valutazione e di controllo degli effetti criminosi dell'individuo e dell'interazione con la società, attraverso la punibilità del soggetto reo da un lato, e la necessità di assicurare prevenzione e misure di sicurezza a comportamenti pericolosi per l'individuo e per la collettività da un altro.

Con l'introduzione del sistema del *doppio binario*, di fatto, si mantenne immutato il criterio della imputabilità e della pena retributiva, collegate alla colpevolezza dell'agente e, di contro, si accettò e codificò il principio della pericolosità quale presupposto per l'applicazione delle misure di sicurezza, aventi funzione di prevenzione speciale, ed applicabili anche ai soggetti non imputabili.

La struttura del doppio binario, in definitiva, è costruita dai connessi principi di responsabilità-pena e pericolosità-misura di sicurezza, per la diversa funzione assegnata rispettivamente alla pena e alla misura di sicurezza²².

²¹ A. Calabria, *Digesto delle Discipline Penali*, voce Pericolosità, vol. IX, p. 452.

²² G. Dell'Osso, *Capacità a delinquere e pericolosità sociale*, op.cit., p. 70.

2.2. L'accertamento nel giudizio di Pericolosità Sociale.

Affinché sia possibile una prognosi di Pericolosità Sociale, il delitto si pone come condizione necessaria ai fini del giudizio di pericolosità, ma non sufficiente, dato che la sua valutazione deve essere integrata con l'esame di tutti gli elementi attinenti alla personalità, all'ambiente ed al comportamento del reo.

L'art. 203 comma 2 c.p., precisamente, stabilisce che "la qualità di persona socialmente pericolosa si desume dalle circostanze indicate nell'art. 133 c.p."

Con l'introduzione del secondo comma della norma del codice penale, il legislatore ha ritenuto che l'accertamento della pericolosità debba avvenire attraverso la complessiva analisi di tutti i fattori che riguardano non solo il reato, ma anche la capacità a delinquere del reo, deducendosi che i criteri individuati sono dunque i medesimi previsti per la determinazione della pena.

La disciplina in materia prevedeva, nella versione originale del Codice Rocco, per i prosciolti per vizio di mente, la presunzione di pericolosità, e di conseguenza l'obbligo di assegnazione al Manicomio Criminale, per un tempo predefinito nel minimo, ma non nel massimo, in funzione della gravità del reato e non della malattia. Ne conseguiva che l'avvenuta guarigione prima dello scadere del termine della misura di sicurezza, e la divenuta non pericolosità del soggetto, non avevano alcuna rilevanza.

Allo stesso regime erano sottoposti i seminfermi, con l'ulteriore contraddizione che la misura si aggiungeva alla pena diminuita.

Ciò era dovuto ad una duplice presunzione: "accertata infatti l'incapacità di intendere e di volere del soggetto conseguente ad una sua infermità psichica, viene presunta dal legislatore la di lui pericolosità sociale; a sua volta, però, la norma presume pure che l'infermità cui è collegata la pericolosità, individuata rispetto al momento della commissione del fatto, perduri fino a quando si procede all'applicazione della misura di sicurezza ..." ²³.

La conseguenza, inaccettabile sul piano dei diritti costituzionalmente garantiti, è che poteva subire la misura di sicurezza un soggetto che, nel lasso di tempo intercorso tra

²³ D. Giuri, *Infermità psichica e presunzione di pericolosità nel giudizio della Corte Costituzionale*, nota a C. Cost 249/1983 in Riv. It. Dir. Proc. Pen. 1984

i due momenti predetti, era guarito dallo stato di alterazione mentale, senza che però ciò valesse a differenziarlo sul piano giuridico da chi era ancora infermo.²⁴

Ad abolire le presunzioni di pericolosità sociale previste dal codice penale contribuirono da prima la riforma penitenziaria del 1975, ed in seguito alcune autorevoli pronunce della Corte Costituzionale, che portarono alla emanazione della Legge Gozzini del 1986.

La normativa del 1986 eliminò definitivamente il concetto di presunzione di pericolosità sociale, insieme alla presunzione di pericolosità qualificata, a quella connessa a certi tipi di reati, ed alle presunzioni nei confronti dei portatori di vizio totale o parziale di mente.

Dalla legge Gozzini in poi, la pericolosità sociale diviene una caratteristica eventuale del reo che deve essere accertata caso per caso.

Solo la legge 663/1986, abrogando ogni fattispecie di pericolosità presunta ha risolto definitivamente il problema del binomio pericolosità sociale - infermità mentale, “consentendo così di considerare quest’ultima non più come una causa *speciale* di pericolosità, ma come un qualsiasi fattore che, interagendo con gli altri, può esercitare un’efficacia criminogena”²⁵; si può quindi escludere l’applicazione della misura non solo quando l’infermità è venuta meno o è migliorata, ma anche quando, pur essendo questa immutata rispetto all’epoca della commissione dei fatti, risulti comunque improbabile che il soggetto ponga nuovamente in essere comportamenti lesivi degli interessi della collettività. In altri termini, si può affermare che anche la pericolosità sociale dell’infermo di mente deve accertarsi non soltanto sulla base di emergenze di natura medico-psichiatrica, ma sulla base di tutti quei criteri di valutazione di cui all’art. 133 c.p.; quindi il giudice è legittimato a prendere in esame qualsiasi elemento utile a detto accertamento, compreso l’ambiente in cui il soggetto liberato verrebbe a vivere ed operare e la presenza ed efficienza o meno di presidi territoriali socio-sanitari ai fini della continuità nell’assistenza psichiatrica. Conseguente che detto accertamento è compito esclusivo del giudice, che non può abdicarvi a favore di altri soggetti, quali il perito, né rinunciarvi, pur dovendo tener conto dei dati relativi alle

²⁴ B. Tullio, *La valutazione psichiatrico-forense della pericolosità*, in *Rass. Criminol.* 1981, pag. 55.

²⁵ G. Russo, *Infermità di mente e pericolosità sociale*, in *Riv. It. Med. Leg.* 1987, pag. 736.

condizioni mentali e comportamentali in cui si trova il soggetto interessato, eventualmente indicati dal perito.

La conseguenza dell'attuale disciplina è che, nei confronti dell'autore di reato, anche gravissimo, che sia stato prosciolto per vizio totale e che non venga riconosciuto pericoloso, non è previsto alcun provvedimento ed egli sfugge a qualsiasi terapia o cura appropriata²⁶.

Ed infatti soltanto dal giudizio di pericolosità consegue l'applicazione e la durata delle misure di sicurezza, a norma dell'art. 199 e segg. c.p., che possono essere patrimoniali o personali.

Le misure di sicurezza personali a loro volta possono essere suddivise in detentive presso una casa di cura e custodia, colonia agricola o casa di lavoro, riformatorio giudiziario ed ospedale psichiatrico giudiziario; e non detentive che prevedono in generale divieti come la libertà vigilata, divieto di soggiorno, espulsione dello straniero dallo Stato, etc....

Nell'analisi dei mezzi indicati per la tutela sociale avverso gli atti ritenuti dalla legge come reati ma commessi dai soggetti incapaci di intendere e volere, maggiormente si nota la netta distinzione tra la funzione della pena come mezzo repressivo e la misura di sicurezza intesa come la difesa sociale alla commissione di ulteriori reati.

Importante e meritevole di riflessione risulta quindi che, a distanza di anni e cambiamenti sociali e culturali, la concezione della pericolosità sociale degli incapaci di intendere e di volere si basi prevalentemente (se non esclusivamente) sulla "probabilità di commissione di nuovi reati", ovvero sulla paura del ripetersi di un evento dannoso per l'uomo, così come nella prima accezione del Ferri che aveva proposto, modificando poi, il termine "temibilità sociale"²⁷.

La mancanza di alternative intermedie tra l'internamento in istituto e la libertà senza possibilità di imporre alcuna forma di controllo o di aiuto agli infermi di mente investe di una grossa responsabilità il giudice e lo psichiatra forense chiamato a esprimere un giudizio di pericolosità che si traduce o in una profonda limitazione della libertà personale o in una totale rinuncia alla difesa sociale. Unica soluzione intermedia che può aprirsi per il malato di mente giudicato socialmente pericoloso è

²⁶ F. Introna, *Coscienza e volontà, capacità di intendere e di volere ed art. 222 c.p. in un caso di cleptomania*, in Riv. It. Med. Leg. 1982, pag. 1003

²⁷ F. Bruno, *Guida di formazione alla psicopatologia clinica, forense e politico-sociale*, pag. 219

la possibilità che, in sede di accertamento della pericolosità prima dell'esecuzione in concreto della misura o successivamente in sede di riesame della pericolosità, il magistrato di sorveglianza dichiarerà non venuta meno, ma attenuata la sua pericolosità sociale e disponga la conversione della misura manicomiale in quella della libertà vigilata, meno lesiva della libertà personale.

Inoltre persiste la difficoltà di conciliare il dubbio e lo scetticismo sulle capacità predittive della psichiatria, che, come tutte le scienze che hanno per oggetto l'uomo, non è una scienza esatta, con la necessità del diritto di risposte "certe"²⁸.

Alcuni autori hanno proposto di riformulare la valutazione di pericolosità restringendone i confini ai soli reati che ledono l'incolumità personale.

In tale ambito, la maggior parte della dottrina, prendendo atto dell'incertezza della prognosi di pericolosità, vorrebbe che gli psichiatri ne fossero esentati del tutto e che fosse solo il giudice a farsene carico, anche se al contrario, personalmente si ritiene che l'ausilio dei periti, in una materia così specifica e complessa, sia necessario se non imprescindibile.

Secondo tali autori la legge Gozzini, oltre ad attuare l'abolizione delle presunzioni di pericolosità in modo clandestino ed inorganico, suscita perplessità in base a due ordini di considerazioni.

In primo luogo si assiste, col progressivo erodersi degli spazi della pericolosità presunta ad un ampliamento del ruolo e della responsabilità del perito psichiatra, il quale vede aumentare le conseguenze ed il peso del suo parere sulla pericolosità sociale fino ad essere chiamato, stante "l'ampia delega operata abitualmente dai magistrati in favore dei tecnici chiamati ad esprimere il loro parere", ad operare un giudizio che secondo l'opinione dominante non è da considerarsi di competenza medica e ad assumersi una responsabilità che non gli compete, tra i due opposti rischi di sconfinare in una sovrastima della pericolosità sociale o di agevolare i simulatori che, se giudicati non imputabili e non pericolosi, non subiranno alcuna sanzione.

Meglio sarebbe, secondo tali autori, che allo psichiatra fossero riservate considerazioni tecniche su elementi quali le caratteristiche individuali della malattia, l'eventuale miglioramento o guarigione della stessa, le indicazioni terapeutiche, la prognosi legata al tipo di interventi; elementi che poi il giudice utilizzerà per

²⁸ L. Fornari, *Misure di sicurezza e doppio binario: un declino inarrestabile*, in Riv. Dir. Proc. Pen. 1993, pag. 642

effettuare lui stesso il giudizio di pericolosità, non delegabile ad altri, avvalendosi anche di tutti quei dati per la cui valutazione non è necessaria una competenza di tipo medico, quali la gravità del reato, l'allarme sociale, i fattori situazionali, i precedenti penali, etc.

Risulta quindi criticabile quell'orientamento secondo cui "il giudice non è tenuto ad effettuare un dettagliato esame critico della perizia psichiatrica, quando aderisca alle conclusioni dell'esperto, accettandone i criteri ed i metodi di indagine" (Cassaz. Sez. I 13/3/1981) e quello per cui "ai fini dell'applicazione della misura di sicurezza non è richiesta una formale preventiva indicazione dei singoli elementi indicanti la pericolosità" (Cassaz. Sez. I 6/3/89) dovendo invece il giudice adeguatamente motivare le valutazioni in base alle quali ritiene sussistere la pericolosità.

Appare poi criticabile la legge Gozzini per aver *sprecato* un'occasione per provvedere in merito alla sorte dell'infermo di mente non pericoloso, non prevedendo alternative al ricovero in O.P.G., quali collegamenti con le strutture psichiatriche territoriali, o la presa in carico da parte delle stesse del malato bisognoso di cura e assistenza, per cui si rischia che l'abolizione delle presunzioni di pericolosità si risolva in una secca alternativa tra un giudizio di non pericolosità, che comporta un mero abbandono a se stesso dell'infermo di mente ed un giudizio di pericolosità che comporta internamenti custodialistici non necessari.

Altri autori poi ammettono la competenza predittiva del perito psichiatra, ma solo se congiunta alla formulazione di un programma terapeutico²⁹. Il binomio prognosi-terapia, dimostratosi valido in ogni settore della medicina, conserverebbe la sua validità anche in psichiatria forense, coinvolgendo nei progetti terapeutici i servizi psichiatrici civili territoriali, che sono oggi abilitati ad occuparsi anche dei malati di mente in detenzione, siano essi imputati o condannati.

Naturalmente ciò che i critici della capacità predittiva della psichiatria contestano non è la necessità di formulare predizioni nella quotidianità del vivere, bensì il fatto di gabellare per scientifiche, ovvero dotate di certezza, prognosi che non sarebbero più sicure di quelle basate sul senso comune. Resta però il fatto che, se si deve ammettere che al folle residua pur sempre uno spazio di libertà, per cui anche ogni disturbo mentale comporta una riduzione di questa area. Inoltre le dinamiche dei

²⁹ R. Rosso, *Perizia psichiatrica e prospettive terapeutiche*, in *Rass. Criminol.* 1993, pag. 77

disturbi mentali sono note alla psichiatria, e le reazioni dei soggetti che ne sono affetti sono più rigide di quelle delle persone sane, più frequentemente stereotipate e più agevoli ad essere previste.

Nonostante ciò, non sono possibili certezze, perché il malato non è guidato nella propria condotta soltanto dalle dinamiche psicopatologiche, che, seppur rilevanti, non eliminano la sua libertà di scelta.

Le predizioni psichiatriche sono pertanto possibili, ma contengono un margine ineliminabile di errore, che impedisce di farle assurgere a dignità di certezze scientifiche. Posto però che il diritto penale vigente deve poter disporre, per il suo corretto funzionamento, così come dei giudizi di colpevolezza, anche di quelli di pericolosità sociale del reo malato di mente, la psichiatria può fornire al giudice ulteriori elementi di valutazione, ma la responsabilità ultima del giudizio di pericolosità è pur sempre del giudice, nella veste di *peritus peritorum*, non potendo attribuirsi al perito la funzione di arbitro del conflitto fra la sicurezza sociale e la libertà individuale.

Si comprende quindi come sia necessario abbandonare ogni apriorismo, ogni presunzione di pericolosità fondata su criteri di nosografia psichiatrica. La moderna psichiatria forense, come meglio vedremo nella seconda parte del presente lavoro, ha abbandonato le rigide corrispondenze criminologiche tra le varie forme di disturbi da cause organiche o non organiche e imputabilità e pericolosità sociale del soggetto che ne è affetto, superando l'originaria e preconcepita distinzione tra psicosi da un lato e nevrosi o psicopatie o disturbi della personalità dall'altro, tradizionalmente considerate meno rilevanti, ma che in realtà possono causare disturbi ancora più pesanti di una psicosi attenuata o stabilizzata³⁰.

Certamente, in relazione ai soggetti sottoposti a misure di sicurezza manicomiali la pericolosità sociale sarà da ricercarsi prevalentemente in una condizione psichica di patologia mentale per cui il magistrato non potrà prescindere dall'acquisizione di valutazioni medico-legali in relazione all'evoluzione delle condizioni del soggetto dal momento dell'internamento a quello in cui viene effettuato il riesame.

Tali valutazioni potranno essere fornite da un'indagine peritale specificamente disposta ovvero da una dettagliata relazione tecnica dei sanitari preposti all'istituto;

³⁰ M. Canepa - S. Merlo, *Manuale di Diritto Penitenziario*, pagg. 350-351

assumono particolare importanza la relazione del C.S.S.A. e quella eventuale del servizio di salute mentale delle strutture locali in cui l'interessato abbia operato prima dell'internamento o in cui andrà a risiedere dopo la dimissione (Cassaz. 22/10/1982). Naturalmente tali elementi avranno particolare risalto ed efficacia nei casi in cui l'internato sia stato preventivamente ammesso al regime di semilibertà, che consente di seguire ed osservare il soggetto in un graduale reinserimento nell'ambiente libero. In conclusione, ai fini dell'accertamento della pericolosità sociale del soggetto affetto da malattia di mente, occorre tener presente che nulla consente di affermare con certezza che in determinate circostanze di tempo e di luogo o sotto determinate spinte emotive o psicologiche il malato di mente possa o meno porre in essere azioni delittuose che non sarebbero compiute, nelle stesse condizioni, da una persona sana; ma anche che in materia di prognosi comportamentale non può negarsi che l'esistenza di una malattia mentale o di disturbi alla sfera neuro-psichica costituisce un elemento tale da pesare in modo rilevante. Sotto tale profilo il giudice dovrà attendersi, dall'indagine tecnica, specifiche indicazioni circa l'attualità della malattia, il livello di intensità con cui essa si presenta, la possibilità di attuare in ambiente diverso dallo stato di libertà adeguate terapie con ragionevole previsione di efficacia, la compatibilità della condizione morbosa del soggetto con l'inserimento in un ambiente (sociale e familiare) di cui siano state preventivamente valutate la natura e le caratteristiche di recettività, gli elementi di danno che possono derivare al malato dalla privazione della libertà nonché gli elementi che possono determinare il soggetto alla perpetrazione di nuovi reati³¹.

Acquisiti tali elementi di valutazione tecnica il giudice dovrà esprimere, sulla base di questi ed utilizzando i criteri di cui agli artt. 203 e 133 c.p., il giudizio circa l'esistenza, la permanenza, l'attenuazione o il venir meno della pericolosità, pur tenendo presente che in tali casi "l'infermità psichica, in quanto condizionante l'attuazione stessa della prognosi di pericolosità, è l'elemento di maggior peso ai fini di quest'ultima"³².

³¹ M. Canepa – S. Merlo, *Manuale di Diritto Penitenziario*, op. cit., pag. 348.

³² M. Canepa – S. Merlo, *Problemi applicativi della legge 663/1986*, in Quaderni del CSM 1987, pag. 128.

2.3. Gli Ospedali Psichiatrici Giudiziari. Strutturazione interna.

I manicomi criminali, denominati Ospedali Psichiatrici Giudiziari dal 1975, nascono ed iniziano a diffondersi in Italia verso la fine del 1800, sulle esperienze già realizzate oltre oceano in Canada, Stati Uniti e, in Europa, in Francia ed Inghilterra, come istituti per maniaci.

Nel 1886, il direttore generale delle carceri, Martino Beltrani Scalia, data la lacuna di disposizioni legislative in materia, istituì un'unica divisione per maniaci in una struttura di Aversa, ex convento Francese, con un semplice decreto legislativo, ed affidando diciannove rei-folli alle cure del medico-chirurgo Gaspare Virgilio³³.

In seguito a tale evento, fu il Regolamento Generale delle Carceri del 1891, in virtù del Codice Penale Zanardelli del 1889, a disciplinare l'istituzione del manicomio giudiziario per "i condannati divenuti pazzi durante la espiazione della pena, ed agli imputati ed accusati dei quali l'Autorità Giudiziaria competente ordina il ricovero forzato, temporaneo o definitivo" (relazione al Ministro dell'interno sul Regolamento per gli Stabilimenti Carcerari e per i Riformatori governativi del Regno, 1891)³⁴.

I manicomi giudiziari nascono come bisogno di assicurare un trattamento a soggetti ritenuti *folli* e pericolosi per la società tali da non poter essere gestiti nelle normali strutture carcerarie dell'epoca, e che la società non riusciva ad amministrare, ma voleva in ogni modo escludere e segregare.

Negli anni si è mantenuto per tali istituti un'organizzazione penitenziaria, che ha subito gli influssi ed i cambiamenti di oltre un secolo di riforme legislative e penitenziarie, pur rimanendo tale strutturazione intrecciata nel difficile connubio tra custodia e cura psichiatrica, divenendo dalla loro istituzione centro di interesse scientifico e culturale, simbolo di nuove e pionieristiche sperimentazioni da un lato e luogo di orrore, rifiuto e segregazione da un altro³⁵.

Gli Ospedali Psichiatrici Giudiziari sono essenzialmente strutturati in reparti destinati ad accogliere i soggetti detenuti in base a criteri di natura giuridica e sanitaria.

Per i criteri giuridici, si rimanda al successivo paragrafo, mentre quelli di natura sanitaria riguardano lo stato del paziente ed il suo intero quadro psicopatologico.

³³ F. Scarpa, *Ospedale Psichiatrico Giudiziario*, in <http://www.pol-it.org/ital/180/opg.htm>.

³⁴ A. Borzacchiello, *Pazzie e delinquenti Manicomio e carcere*, introduzione.

³⁵ Serra C., *Nuove Proposte di Criminologia Applicata*, pag. 568.

Le strutture di cura e detenzione hanno ritenuto utile una triplice divisione interna che nella maggior parte dei casi prevede un reparto di osservazione, un reparto per gli internati provvisori ed uno per quelli definitivi.

Al settore di osservazione sono destinati:

- 1) soggetti che provengono da istituti carcerari ordinari per un periodo di osservazione psichiatrica non superiore a 30 giorni;
- 2) nuovi internati che necessitano di valutazioni cliniche, psichiatriche e internistiche, prima di essere destinati alle altre sezioni;
- 3) internati, già presenti in OPG, in cui la riacutizzazione del quadro psicopatologico rende necessaria una più attenta sorveglianza al fine di salvaguardare la propria e la salute degli altri individui dell'O.P.G, anche mediante trattamenti psicofarmacologici d'urgenza e/o contenzione fisica;
- 4) ulteriori internati che arrivano per emergenze e cure mediche straordinarie.

Tale settore, per le particolari attività svolte e per i casi di urgenza, necessita di un alto livello di tensione emotiva e stato di allerta del personale sanitario oltre che a frequenti colloqui psichiatrici e visite internistiche.

Al secondo reparto per etimologia sono destinati, appunto, i soggetti per i quali la misura di sicurezza è stata applicata in via provvisoria.

Il personale sanitario, in tale istituto, oltre ai colloqui psichiatrici e visite internistiche, può sviluppare un trattamento psicofarmacologico e progetti trattamentali risocializzanti e riabilitativi più indicati per il singolo internato. Per l'omogeneità degli individui e la maggiore permanenza rispetto a quella del reparto di osservazione vi è la previsione di corsi di formazione professionale, corsi di scuola elementare e media, corsi di risocializzazione, gruppi di auto-aiuto per pazienti psichiatrici ed alcolisti e varie attività lavorative interne. Per quel che riguarda, invece, la strutturazione di un progetto trattamentale esterno, è possibile, in questa fase, data la non ancora ben definita posizione giuridica dei singoli internati, avviare solo dei primi contatti con i servizi psichiatrici territoriali, che dovranno poi seguire il paziente al momento della sua dimissione, al fine di ipotizzare, eventualmente, programmi di futuro reinserimento all'esterno del paziente.

Il terzo reparto è destinato agli internati definitivi, per cui è possibile un intervento di riabilitazione più approfondito ed articolato, essendo la misura di sicurezza ormai non più soggetta a ulteriori definizioni.

Per gli internati del reparto “definitivo”, oltre alle descritte attività risocializzanti, è possibile avviare anche uscite dall’O.P.G. con l’inserimento in esperimenti di lavori socialmente utili, partecipazioni a gruppi di riabilitazione esterni per testare la socialità dell’individuo e per “distrarlo” dal lungo internamento. Il trattamento e reinserimento all’esterno, inoltre, in accordo con i servizi territoriali, tende ad accentuarsi con lo scadere della fine del periodo minimo della misura di sicurezza e, quindi, quando la futura dimissione del soggetto si avvicina sempre di più.

In questa ottica la collaborazione tra i due istituti deve avvenire in maniera sinergica ed il processo di reinserimento in modo graduale per impedire un traumatico impatto tra la vita all’interno dell’O.P.G. e la vita al di fuori di esso.

Questi in generale i criteri della strutturazione interna dei 6 Ospedali Psichiatrici Giudiziari italiani che ospitano circa 1.200 internati e di cui i primi cinque: Aversa (CE), Barcellona Pozzo di Gotto (ME), Montelupo (FI), Napoli e Reggio Emilia presentano normative e regolamenti in comune, mentre uno solo, Castiglione delle Stiviere (Mantova), a differenza dei precedenti istituti, è una struttura dell’A.S.L. locale che ha da anni una onerosa convenzione con il Ministero della Giustizia, e che è anche l’unica struttura in Italia con un reparto femminile.

2.4 Le tipologie giuridiche di internati in OPG.

L’Ospedale Psichiatrico Giudiziario è una struttura detentiva-medica disciplinata dalle leggi in materia Penitenziaria.

La funzione degli O.P.G. è quella di custodia dell’individuo per assicurare la difesa sociale, e di cura e trattamento per il reinserimento dello stesso.

Tali istituti di cura-detenzione si basano sulla fonte normativa giuridica per cui l’imputabilità di un soggetto, autore di reato, è subordinata alla sua capacità di intendere e volere, che in assenza comporta la non punibilità dello stesso.

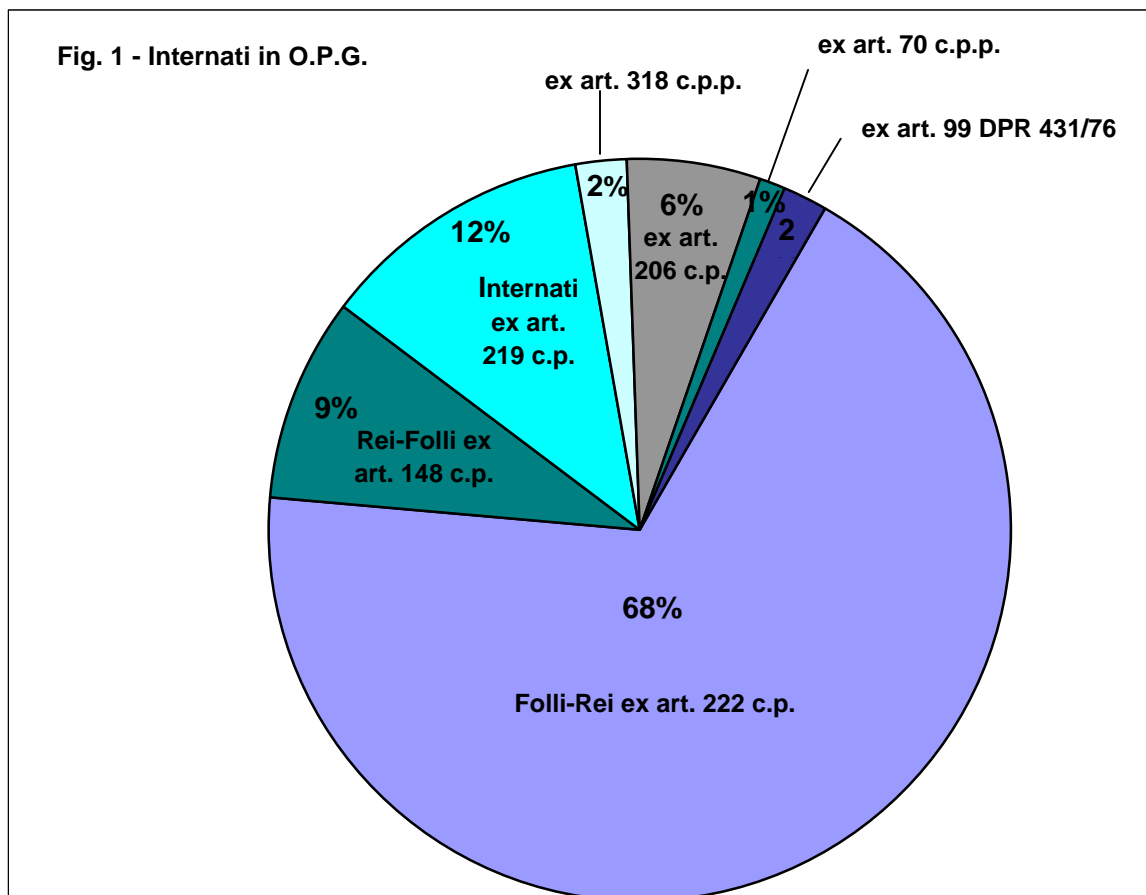
All'interno degli O.P.G., quindi, si trovano pazienti con diverse patologie a cui corrispondono molteplici posizioni giuridiche:

1. I Folli-Rei , ovvero i soggetti rei di un delitto, prosciolti perché ritenuti totalmente incapaci di intendere e volere al momento del fatto, a cui viene, ai sensi dell'art. 222 c.p., applicata la misura di sicurezza di internamento in O.P.G. perché socialmente pericolosi; tale misura prevede l'internamento per un tempo non inferiore a 2 anni. La stessa norma detta che il ricovero nell'ex Manicomio Giudiziario (dalla legge del 1975 n. 354 denominato Ospedale Psichiatrico Giudiziario) deve avvenire per una durata minima di 10 anni se per il fatto commesso la legge stabilisce l'ergastolo, e per una durata minima di 5 anni se per il fatto commesso la legge stabilisce la pena di reclusione non inferiore nel minimo a 10 anni. A tali disposizioni normative sono assoggettati circa il 68 % della popolazione internata in O.P.G.
2. I Rei-Folli, soggetti cioè, condannati e/o detenuti ai quali in carcere, durante la pena, è sopravvenuta una infermità psichica. Questi in genere iniziano la detenzione in carcere essendo stati riconosciuti capaci di intendere e di volere, ma che a causa del sopraggiungere o della scoperta di una patologia mentale, vengono trasferiti in un istituto di cura-detenzione ex art. 148 c.p. Per tale posizione giuridica vengono accolti in O.P.G. circa il 9 % degli internati.
3. I condannati, con vizio parziale di mente, o i minorati dichiarati socialmente pericolosi, che devono eseguire un periodo di Casa di Cura e Custodia, eventualmente in aggiunta alla pena detentiva ai sensi dell'art. 219 c.p.. Questi costituiscono circa il 12 % dei complessivi internati in O.P.G..
4. Imputati sottoposti a Perizia Psichiatrica ex art. 318 c.p.p. Provengono dal carcere e vi ritornano una volta espletata la perizia.
Sono molto pochi in quanto la perizia dovrebbe essere svolta nel carcere di provenienza (circa il 2%).
5. Gli imputati sottoposti a misura di sicurezza provvisoria; rientrano in questa categoria le persone detenute in attesa di processo, per le quali il giudice ritiene non improbabile un futuro riconoscimento di vizio totale o parziale di mente, ed alle quali decide di applicare in via provvisoria la misura di sicurezza dell'Ospedale Psichiatrico Giudiziario, a norma dell'art. 206 c.p.. Questi costituiscono circa il 6 % della popolazione internata.

6. I soggetti imputati che, colpiti durante il giudizio da malattia mentale, non sono più in grado di attendere utilmente al procedimento. Da notare che tale categoria non è più di fatto presente in quanto come previsto nell'art. 70 del Codice di Procedura Penale il ricovero e trattamento di tali soggetti compete al Servizio Psichiatrico Pubblico (circa l'1 %).

7. Infine un'ultima categoria è quella degli imputati, detenuti in ogni grado del giudizio e condannati che vengono sottoposti ad osservazione psichiatrica a norma dell'art. 99 DPR 431/76 per un periodo non superiore a 30 giorni. (costituiscono il 2% dell'intera popolazione O.P.G.)

Questa è in generale la *popolazione* degli internati negli Ospedali Psichiatrici Giudiziari italiani, di seguito rappresentata con un grafico, per averne una più chiara ed esplicativa comprensione.



Capitolo III

SOMMARIO: 3.1. Attività di custodia e attività sanitaria. Gli Operatori in O.P.G. - 3.2. Il processo di "Sanitarizzazione" - 3.3. La formazione professionale degli Agenti di Polizia Penitenziaria degli O.P.G.

3.1. Attività di custodia e sanitaria. Gli Operatori in O.P.G.

Come curare ed, al tempo stesso, limitare la libertà personale?

Questa sembra essere la domanda fondamentale intorno alla problematica degli O.P.G.. In base a tale interrogativo appaiono difficilmente compatibili le componenti principali del sistema operativo degli ex manicomio criminali, che come detto, se da un lato trovano la loro ragion d'essere nell'assicurare controllo e custodia a soggetti pericolosi per la società, di contro tendono al trattamento, alla cura sanitaria ed al recupero.

Da un contesto del genere scaturisce maggiormente la contraddizione della presenza di figure lavorative differenti, che, per ragioni logistiche e per carenze istituzionali, si ritrovano ad interferire l'una con l'altra a svantaggio della professionalità e del buon andamento del microcosmo O.P.G..

Si può comprendere, quindi, come nell'ambito degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari, la realizzazione di interventi terapeutici, come quelli riabilitativi, sia molto complessa. Per gli internati vale, infatti, lo stesso principio usato per gli altri pazienti, secondo il quale la riabilitazione in un istituto totalizzante e chiuso è praticamente una contraddizione concettuale³⁶.

Nell'esperienza giornaliera all'interno degli istituti di cura-detenzione, ad esempio, si può verificare non di rado che un operatore sanitario si trovi nella necessità di ricorrere all'uso della coercizione nei confronti dell'internato, ovvero un agente di Polizia Penitenziaria si relazioni con la malattia mentale per comprendere le necessità del paziente.

³⁶ A. Manacorda, *Il Manicomio giudiziario: cultura psichiatrica e scienza giuridica*, op. cit., p. 58.

E' utile, in proposito, esaminare la tipologia di operatori che lavorano all'interno degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari, i quali, come innanzi detto, a dispetto della denominazione, mantengono un'impronta più carceraria che sanitaria.

Al di là, infatti, delle leggi Penitenziarie, che disciplinano in concreto gli ex manicomi criminali³⁷, e della particolare conformazione degli edifici (per la maggior parte antiche costruzioni destinate ad usi carcerari), sono gli agenti della Polizia Penitenziaria le figure professionali più presenti negli Ospedali Psichiatrici Giudiziari.

Le categorie lavorative operanti all'interno degli ex Manicomi Criminali possono essere comprese in tre macro aree di riferimento, e rappresentate dalla Polizia Penitenziaria, dal Personale Amministrativo e Tecnico e Sanitario di Ruolo e dal Personale a Convenzione ricadente interamente nell'area sanitaria.

In quest'ultima categoria si ritrovano numerose professionalità che coprono le necessità sanitarie infermieristiche e tecniche.

Analizzando un recente uno studio del 2004, condotto da "Progetto REVAN – Rinnovare Esperienze Valorizzando Attività Negative³⁸" (a cura del Ministero della Giustizia - Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria), si può meglio inquadrare il personale presente in O.P.G. e le aree in cui lo stesso opera.

Per una più facile lettura si utilizzeranno i dati relativi ai 5 O.P.G. italiani di Aversa, Barcellona Pozzo di Gotto, Montelupo, Napoli e Reggio Emilia, tralasciando l'istituto di Castiglione delle Stiviere, essendo l'unico non dipendente dall'Amministrazione Penitenziaria, con una strutturazione essenzialmente sanitaria.

Elaborando i dati del Ministero della Giustizia – Dipartimento dell'amministrazione Penitenziaria, si riscontra che la presenza degli operatori negli O.P.G. è in media di 150-200 unità, e come dalle tabelle che seguono (Tab.1,2 e 3), suddivide il personale in tre categorie: 1) Agenti della Polizia Penitenziaria; 2) Personale Amministrativo Tecnico e Sanitario di Ruolo; 3) Personale a Convenzione.

Le tabelle configurano il numero degli operatori all'interno degli O.P.G. nel 2004, secondo una presenza effettiva, e non quindi, secondo l'organico previsto dal Ministero della Giustizia – Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria.

³⁷ dalla legge del 1975 n. 354 denominati Ospedali Psichiatrici Giudiziari

³⁸ Ministero della Giustizia – Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria, Quaderni ISSP, (a cura di) progetto REVAN, *Verso un OPG diverso o migliore?*, pag. 13

Tab. 1 - Presenza effettiva degli Agenti di Polizia Penitenziaria negli O.P.G. nel 2004.					
a) Polizia Penitenziaria	Aversa	Barcellona P.G.	Montelupo	Napoli	Reggio E.
Ispettori	11	10	3	10	3
Sovrintendenti	24	36	10	19	5
Assistenti e agenti	81	101	70	72	87
Totale	116	147	83	101	95

Tab. 2 - Presenza effettiva del Personale Amm. T. e S. di ruolo negli O.P.G. nel 2004.					
b) Pers. A. T. e S. di ruolo	Aversa	Barcellona P.G.	Montelupo	Napoli	Reggio E.
Amministrativo	27	26	14	23	7
Tecnico	4	42	1	11	14
Sanitario	43	2	19	47	3
Totale	74	70	34	81	24

Tab. 3 - Presenza effettiva del Personale a Convenzione negli O.P.G. nel 2004.					
c) Person. a convenzione	Aversa	Barcellona P.G.	Montelupo	Napoli	Reggio E.
Totale	40	71	59	49	52

Dalle tabelle 1,2 e 3 che utilizzano i dati forniti dal Ministero della Giustizia – Dipartimento dell’Amministrazione Penitenziaria, risulta che la presenza effettiva, degli Agenti della Polizia Penitenziaria, nei 5 O.P.G. italiani, è poco superiore alle 100 unità (in media 108 presenze effettive), ed è leggermente superiore alle 50 unità sia per il Personale Amministrativo Tecnico e Sanitario di Ruolo che per il Personale a Convenzione (56 presenze effettive per il Personale Amm. Tec. e San. e 54 presenze effettive per Personale a Convenzione).

Le indicazioni del 2004 mostrano che la funzione di custodia è la più presente, con il doppio degli operatori impiegati rispetto alle altre due categorie, e che ai reparti più carenti appartengono tutte le figure educative e riabilitative di cui un internato ha maggiormente bisogno rispetto ad un detenuto “normale”.

Ed infatti, accanto alla categoria Amministrativa e Sanitaria propria degli ex Manicomi Criminali, il personale convenzionale, ovvero quello non previsto per legge di ruolo, ma ritenuto fortemente necessario dai progetti, terapie trattamentali e comunque dalle esigenze proprie delle strutture che accolgono gli internati, è

costituito dalle figure professionali che trovano in O.P.G. una certa situazione di “precariato”.

Tale categoria, come riscontrato nella maggior parte degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari, è così rappresentata: medici incaricati, medici consulenti, medici SIAS, infermieri professionali e operatori socio assistenziali, insegnanti di corsi professionali, insegnanti dipendenti dal Ministero della Pubblica Istruzione Psicologi ed insegnanti di corsi terapeutici.

Nella fattispecie la carenza di strutture da affiancare al settore detentivo necessita di un radicale cambiamento, laddove, curare, come nel caso degli OPG, presuppone un intervento trattamentale variamente articolato, che va dalla somministrazione di psicofarmaci all’adozione di strumenti psicoterapeutici di vario livello e complessità, nonché di attività socio-riabilitative.

Per tale problematica dunque, l’incanalamento della libertà personale in rigide normative, proprie dell’istituzione carceraria, ostacola non poco il tentativo di recuperare e di ripristinare le alterate capacità psicofisiche e comportamentali dei soggetti ricoverati in OPG, che richiederebbero una maggiore elasticità e minori regole burocratiche rispetto a quanto attualmente avviene.

Una possibile soluzione, da attuare nel breve termine, è che tutti gli operatori appartenenti alle macro aree analizzate, ricevano una formazione professionale specifica in modo da conseguire anche delle conoscenze ed attitudini condivisibili, per poter essere preparati alle dinamiche incontrate in O.P.G. ed avere maggiori punti di contatto.

3.2. Il processo di "Sanitarizzazione".

La grave contraddizione concettualistica che traspare da quanto finora detto, è, senza dubbio, la difficile convivenza di un istituto terapeutico in una struttura carceraria, della riabilitazione all’interno di un sistema chiuso e totalizzante, della possibile coesistenza nello stesso individuo della figura di malato e detenuto.

Su tali contrasti a partire dagli anni '70, nonostante la mancanza di riforme o specifiche leggi penitenziarie, all'interno degli O.P.G., inizia a realizzarsi una costante evoluzione delle strutture e delle attività consentite. In questo modo si cerca di rendere le strutture vicine alle esigenze dei pazienti attraverso una profonda osservazione psichiatrica e trattamentale e nel contempo mediante attività che occupassero il tempo degli internati e ne consentissero progressivamente il recupero e reinserimento nella società.

In linea con tale principi ed in attuazione di un Regolamento dell'Amministrazione Penitenziaria, con D.P.R. 230 del 2000, si è avviato, negli Ospedali Psichiatrici Giudiziari italiani, un processo definito di "Sanitarizzazione", che senza trascurare la componente custodialistica, mira a rendere gli istituti simili a quelli ospedalieri.

In buona sostanza, pur mantenendo l'aspetto carcerario e penitenziario si è inteso limitarlo in favore di un potenziamento del reparto sanitario; in siffatta ottica, all'interno di tutte le strutture di cura-detenzione, sono state organizzate attività, svolte nei reparti dal personale sanitario, che consistono in colloqui psichiatrici e visite periodiche settimanali dei singoli internati, al fine di un'iniziale inquadramento diagnostico ed un trattamento psicofarmacologico più indicato per il singolo internato.

In tal modo, usando tutte le informazioni sulle condizioni dell'internato, è possibile l'avvio di un progetto trattamentale-risocializzante e riabilitativo, mediante corsi di formazione professionale, corsi di scuola elementare e media, attività da svolgere in gruppo (disegno, pittura, teatro, attività fisica, fotografia, ecc.), gruppi di auto-aiuto per pazienti psichiatrici ed alcolisti e varie attività lavorative.

L'intento di tale processo è incrementare l'aspetto sanitario, mentre quello custodialistico non deve essere sminuito o eliminato, ma inteso in una stretta collaborazione nei programmi di cura e trattamento.

Per favorire questo cambiamento è necessaria la previsione di una struttura che tenda ad eliminare la concezione di istituto "chiuso" e totalizzante anche attraverso l'"apertura" delle celle per la maggior parte del giorno, come già in atto nei reparti di tipo riabilitativo, e l'inserimento progressivo e selezionato degli internati in varie attività socializzanti e riabilitative.

Su tale modello opera l'Ospedale Psichiatrico Giudiziario di Castiglione delle Stiviere, che a differenza degli altri cinque, come detto in precedenza, è l'unico ad avere con il Ministero della Giustizia solo un rapporto in convenzione, rinnovata ogni anno, tra l'Azienda Ospedaliera Carlo Poma di Mantova e il Ministero stesso. L'istituto si configura, di fatto, come non dipendente dall'Amministrazione Penitenziaria, ma come struttura essenzialmente sanitaria, senza la presenza di personale di polizia penitenziaria. Gli internati maschi (il settore femminile, l'unico in Italia, mantiene una organizzazione più simile agli altri O.P.G.) si muovono liberamente all'interno dell'istituto e agli stessi vengono affidati compiti e fondi da gestire per una maggiore autonomia e consapevolezza della realtà; di conseguenza attraverso una costante monitorizzazione è possibile improntare un piano trattamentale-rieducativo tendente alla risocializzazione, che avviene anche attraverso visite giornaliere dei familiari.

In conclusione per la realizzazione finale del processo di "Sanitarizzazione" occorre una collaborazione dei reparti all'interno degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari ed una particolare formazione del personale infermieristico e di custodia da parte delle Strutture Ministeriali, che allo stato attuale non prevede scuole di specializzazione in tal senso, per cui tutte le figure professionali assegnate a questi istituti non provengono da un filtro selettivo che tenga conto, soprattutto, dell'attitudine e della motivazione interiore ad operare con il malato psichiatrico.

3.3. La formazione professionale degli Agenti di Polizia Penitenziaria degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari.

Nell'ambito delle problematiche connesse agli Ospedali Psichiatrici Giudiziari, accanto al processo di "Sanitarizzazione" ed alle varie proposte di riforma, non può non menzionarsi quello della formazione del personale sanitario infermieristico e di custodia.

In questa sede, tralasciando le altre figure lavorative operanti in O.P.G., si intende analizzare l'esigenza di una *ri-qualificazione* del personale di custodia operante negli

ex Manicomi Criminali, per il quale non sono previste conoscenze ulteriori rispetto a chi lavora nel *normale* istituto penitenziario.

Il Dipartimento della Pubblica Sicurezza - Ufficio per il Coordinamento e la Pianificazione delle Forze di Polizia –in proposito prevede che: “Il Corpo di polizia penitenziaria, ad ordinamento civile, è posto alle dipendenze del Ministero della Giustizia, con il mandato di assicurare l’esecuzione dei provvedimenti restrittivi della libertà personale, di garantire l’ordine all’interno degli Istituti di pena, tutelandone nel contempo la sicurezza, di partecipare alle attività di osservazione e trattamento rieducativo dei detenuti e degli internati e di espletare i servizi di traduzione e piantonamento degli stessi su tutto il territorio nazionale.”³⁹

Le principali normative che regolano il Corpo di Polizia Penitenziaria, sono: la Legge 395/1990 (che ha istituito il corpo stesso e indicato i compiti specifici), la Legge 354/1975 (ordinamento penitenziario), il decreto del Presidente della Repubblica 230/2000 (regolamento di esecuzione) e loro successive modificazioni, che attribuiscono agli agenti di P.P. i compiti di:

- custodia;
- sicurezza;
- rieducazione;
- traduzione e piantonamento.

Tra i compiti elencati, quello rieducativo necessita di un ulteriore approfondimento.

Negli intenti del legislatore, infatti vi è la finalità di qualificare il personale di custodia attraverso le attività rieducative previste negli istituti penitenziari, per cui ai sensi della Legge 395/1990 all’art. 5, comma 2, è sancito che tra i compiti affidati alla Polizia Penitenziaria, vi è quello di partecipare alle attività di trattamento rieducativo dei detenuti e degli internati.

All’interno di tale disciplina, le modificazioni subite dagli istituti carcerari e dai manicomi civili non hanno influenzato in maniera rilevante l’organizzazione interna degli O.P.G., ne tanto meno differenziato le competenze della Polizia Penitenziaria.

L’ufficio per la pianificazione e le competenze per la Polizia Penitenziaria, all’interno del Dipartimento della Pubblica Sicurezza recita che: “Nella consapevolezza che la formazione è uno strumento essenziale per il costante adeguamento della

³⁹ tratto da <http://coordinamento.mininterno.it/pubblicazioni/penitenziaria.htm>.

professionalità di ciascun operatore alle trasformazioni sociali ed ai cambiamenti normativi, l'Amministrazione ha ritenuto necessario non solo incrementare, ma differenziare le iniziative, orientandosi su obiettivi determinati, al fine di fornire a tutto il personale, in particolare a quello del Corpo di polizia penitenziaria, idonei strumenti conoscitivi ed operativi che lo supportino adeguatamente e lo guidino nello svolgimento degli specifici e delicati compiti demandati.”⁴⁰ Nella narrativa delle attività delle Forze di Polizia, vengono elencate tutte le iniziative intraprese per l'aggiornamento professionale e la formazione degli Agenti di Polizia Penitenziaria tra le quali è stata riscontrata tra le numerosissime iniziative “un' attività di formazione per il personale in servizio negli Ospedali Psichiatrici Giudiziari, che ha coinvolto 120 operatori di polizia penitenziaria, sui temi della malattia psichiatrica, della sua gestione e della specificità dell'operatività in queste strutture.”⁴¹

In quest'ambito nasce la critica sempre più insistente sulla opportunità di una maggiore pianificazione relativamente alle attività degli agenti destinati agli O.P.G., con la conseguente differenziazione dell'iter professionale tra gli operatori della Polizia Penitenziaria che operano negli istituti penitenziari “normali” rispetto a quelli chiamati a svolgere le proprie funzioni all'interno degli istituti di cura-detenzione. Tale necessità è avvertita maggiormente quando si consideri che negli Ospedali Psichiatrici Giudiziari, regolati dalle normative penitenziarie, la presenza del personale di ruolo è nella maggior parte rappresentato dal personale di custodia.

Per l'esiguo numero di psicologi e di sanitari, dovuto sia a carenze di personale amministrativo tecnico e sanitario, sia alla effettiva impossibilità di improntare un profilo sanitario personalizzato per ogni internato, in effetti la polizia penitenziaria diventa spesso l'unico incontro e contatto dei malati con “le istituzioni” e diventa così sia l'organo di controllo, sia momento di relazione e confronto per l'internato con l'esterno. Il personale di custodia, nell'assicurare il controllo e la sicurezza degli internati, deve unire al compito coercitivo ed alla propria formazione professionale, capacità di comunicazione ed una pronta analisi dei soggetti con cui interagiscono, sopperendo ad una inadeguata formazione lavorativa nell'operare con soggetti affetti da patologie mentali con il buon senso e con l'esperienza giornaliera sul campo,

⁴⁰ Ibidem

⁴¹ Ibidem

trascurando, se necessario, le strette norme disciplinari e comportamentali in favore di una pacifica convivenza.

È dunque insostenibile che, dopo riqualificazioni professionali, operate nella maggior parte delle categorie lavorative statali, la Polizia Penitenziaria debba interagire con malati psichici e con soggetti che presentano notevoli difficoltà gestionali sotto ogni punto di vista, senza possedere quelle conoscenze professionali basilari e quelle metodologie opportune, che un'agente di polizia penitenziaria di fatto non ha⁴² e non può, al momento, avere.

⁴² Tratto da un'intervista al direttore dell'O.P.G. di Aversa su "Corriere di Caserta" del 14/10/2001.

Capitolo IV

Sommario: **4.1.** Proposte di Riforma degli O.P.G. **4.2.** Questionario sull'O.P.G. di Aversa. **4.3.** Analisi dei risultati del questionario.

4.1. Proposte di Riforma degli O.P.G.

A seguito di quanto trattato e del viaggio intrapreso all'interno del micro-cosmo rappresentato dall'Ospedale Psichiatrico Giudiziario, molti sono i punti di riflessione e le proposte di riforma in soccorso alle ormai divenute necessarie esigenze di modifica legislativa e strutturale degli ex manicomî criminali.

In sintesi, da quanto emerso si avverte l'urgenza di assicurare quei diritti umani che vengono garantiti dalla nostra Costituzione, ma che vengono negati a soggetti che presentano pur sempre patologie mentali. L'applicazione di una misura di sicurezza non può implicare la perdita dei fondamentali diritti costituzionali sulla tutela della salute, per cui devono essere comunque garantiti e messi in atto tutti quei provvedimenti terapeutico-riabilitativi, considerati utili e necessari secondo le conoscenze e le esperienze attuali, ed orientati prospetticamente nel tempo, in modo tale da permettere e favorire il superamento di quella condizione di infermità particolarmente acuta e grave alla quale viene fatta genericamente risalire la pericolosità sociale.

In tale ottica, negli ultimi anni si sta assistendo ad un forte interesse al sistema psichiatrico giudiziario per le richieste storiche e sociali già precedentemente esposte. Ed infatti, l'esigenza di costituire un servizio di reale natura e priorità sanitaria in una cornice carceraria, risulta di difficile superamento per le contraddittorie soluzioni di scegliere tra: 1) istituto con un regime esclusivamente ospedaliero, in cui, la complicata coesistenza di eterogenee figure al suo interno e la incompatibile natura dopo la riforma legislativa n. 180/78, lo renderebbero organismo anacronistico e assai criticabile; 2) struttura carceraria del tutto assimilabile a quelle di detenzione degli imputabili, rinunciando a qualsiasi velleità trattamentale e psichiatrica.

Pur nella consapevolezza che una scelta di tal genere, che rivoluzionerebbe le fonti legislative del nostro sistema penale, non sembra possibile allo stato attuale, o

comunque prossima, sono state avanzate possibili ipotesi normative compatibili con il quadro generale del sistema italiano.

Due proposte di legge, sono meritevoli di una breve analisi.

La prima è stata presentata su iniziativa del deputato Franco Corleone ed è la proposta di legge n. 151 del 1996, "Norme in materia di imputabilità e di trattamento penitenziario del malato di mente autore di reato". Tale proposta normativa consiste in un cambiamento radicale del concetto di imputabilità per i soggetti incapaci di intendere e di volere.

Il presupposto del progetto in questione è basato, secondo l'onorevole Corleone, nel considerare il malato di mente alla stregua del soggetto "sano" nel tentativo di rendere chi è affetto da patologie mentali ed autore di reato più facilmente reinseribile all'interno della società, attraverso l'applicazione di una pena detentiva "certa".

I punti salienti della riforma così come prospettata, secondo lo stesso autore, sono: l'abolizione della non imputabilità, e quindi il riconoscere il malato di mente responsabile e assoggettabile alle pene previste dal codice penale; l'abolizione di tutte le misure di sicurezza con l'alternativa che la cura ed i trattamenti sanitari dovrebbero essere organizzati all'interno del carcere di destinazione attraverso strutture adeguate alla cura dei disturbi mentali, che in collaborazione di servizi psichiatrici territoriali tenderebbero ad assicurare l'assistenza medico-psichiatrica nelle strutture penitenziarie e formulare i programmi di riabilitazione.

Il secondo progetto è quello prodotto dalla proposta di legge della Regione Emilia Romagna e Toscana "Superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari (OPG), nuova disciplina della imputabilità, del difetto della stessa, della sentenza di assoluzione per tale causa e delle misure conseguenti, della perizia psichiatrica e della ammissibilità della revisione della sentenza di assoluzione" del 1996-1997, che si pone in maniera completamente opposta rispetto a quella precedentemente esposta, e che prospetta dei cambiamenti nell'ambito del concetto della non imputabilità, attraverso l'abolizione della seminfermità di mente o vizio parziale di mente come causa di non imputabilità, ma con una diminuzione della pena in presenza di determinate situazioni psicopatologiche.

Tale proposta intende conservare il concetto di pericolosità sociale e l'applicazione delle misure di sicurezza, con principi riconducibili fundamentalmente all'esclusione

della misura per i reati per cui è prevista una pena pecuniaria, per i delitti colposi e per quelli la cui pena non sia superiore ai dieci anni.

La proposta di riforma, nella sua formulazione, prevede due alternative.

La prima è l'assegnazione ad un istituto di cura e di custodia, da costituire in ogni regione, per le persone, non imputabili, che abbiano commesso un reato per il quale la pena massima sia non inferiore a dieci anni; la seconda si concretizza nell'affidamento al Servizio Sociale per le persone che abbiano commesso un reato per il quale la pena massima sia inferiore a dieci anni, e che, qualora non risulti adeguata, può essere convertita, dal giudice, nella prima.

Per i soggetti destinati alle strutture di cura e custodia e per quelli destinati al Servizio Sociale, inoltre, verrebbe previsto un accertamento periodico circa la permanenza della pericolosità: ogni anno per la misura del ricovero in istituto, ogni sei mesi per quella dell'affidamento al S.S., con il chiaro intento di conferire una maggiore dignità istituzionale al consulente tecnico (psichiatra in questo caso) d'ufficio, assicurando, ad esempio, che la sua opera risponda maggiormente a criteri obiettivi di valutazione.

4.2. Questionario sull'O.P.G. di Aversa.

Il questionario che segue è stato distribuito nei giorni 8-9-10 gennaio 2007 presso l'Ospedale Psichiatrico Giudiziario "Filippo Saporito" di Aversa ed è articolato in 22 domande a risposta multipla.

Il questionario è stato somministrato esclusivamente agli Agenti della Polizia Penitenziaria, appartenenti a tutti i ruoli, da compilare in forma anonima.

(Questionario presentato presso l'Ospedale Psichiatrico Giudiziario "Filippo Saporito" di Aversa)

QUESTIONARIO ANONIMO PER GLI AGENTI DI POLIZIA PENITENZIARIA DELL'OSPEDALE PSICHIATRICO GIUDIZIARIO "F.SAPORITO" DI AVERSA.

N.B.: Il seguente questionario è da compilare in forma anonima ed è rivolto agli Agenti della Polizia Penitenziaria (appartenenti a tutti i ruoli) dell'Ospedale Psichiatrico Giudiziario "F.Saporito" di Aversa. Il questionario servirà esclusivamente per un lavoro di tesi di Master in Scienze Forensi.

1. Età dell'Agente di Polizia Penitenziaria:

- tra i 18 ed i 25 anni;
 - tra i 26 ed i 35 anni;
 - tra i 36 ed i 45 anni;
 - più di 46 anni;
-

2. Da quanti anni presta servizio presso strutture dell'Amministrazione Penitenziaria (anche diverse da Ospedali Psichiatrici Giudiziari):

- meno di 5 anni di servizio;
 - tra 6 e 10 anni di servizio;
 - tra 11 e 15 anni di servizio;
 - più di 16 anni di servizio;
-

3. In quale altro istituto ha lavorato precedentemente:

- istituto penitenziario diverso dall'O.P.G.;
 - altro istituto O.P.G.;
 - non ho mai prestato servizio in un altro istituto;
 - altro. Specificare: _____;
-

4. Indicare se ha effettuato uno o più corsi di formazione professionale specifici per lavorare in O.P.G.:

- 1;
 - 2;
 - 3;
 - altro. Specificare: n. _____;
 - no;
-

5. Che valutazione attribuisce alla propria formazione professionale in merito alle problematiche incontrate in O.P.G.:

- molto bassa;
- bassa;
- media;
- alta;

molto alta;

6. Maggiori difficoltà incontrate con gli internati:

- difficoltà di relazione con la malattia mentale;
 - difficoltà nel comprendere le necessità dell'internato;
 - difficoltà nell'impartire ordini e consigli;
 - difficoltà nel ricevere attenzione da parte dell'internato;
 - altro. Specificare: _____;
-

7. Ritieni che sarebbero opportuni per lavorare in O.P.G. corsi e conoscenze attinenti (segnare anche più di una casella):

- medicina;
 - scienze infermieristiche;
 - psicologia;
 - sociologia;
 - psichiatria;
 - pedagogia
 - altro. Specificare: _____;
 - non ritengo opportuno nessun corso o ulteriore conoscenza;
-

8. Specificare una o più categorie di lavoratori carenti nell'istituto O.P.G. "F.Saporito" di Aversa:

- educatori;
 - medici;
 - psichiatri;
 - sociologi;
 - agenti di polizia penitenziaria;
 - psicologi;
 - assistenti sociali;
 - altro. Specificare: _____;
-

9. Che tipo di competenze preferirebbe conseguire:

- competenze comunicative-relazionali;
 - competenze trattamentali-riabilitative;
 - competenze psichiatriche-sanitarie;
 - altro. Specificare: _____;
 - non vorrei conseguire ulteriori competenze;
-

10. In che misura l'agente di P.P. necessita di una formazione lavorativa specifica, per lavorare in un istituto di O.P.G., oltre quella già prevista dalla Scuola di P. P.:

- molto bassa;
- bassa;
- media;

- alta;
- molto alta;

11. Lei, (o se ne è a conoscenza un altro agente di polizia penitenziaria), ha mai chiesto informazioni e/o consigli agli psicologi dell'istituto in relazione alle dinamiche incontrate con gli internati:

- mai;
- una volta;
- più di una volta;
- spesso;

12. Che valore attribuisce all'uso del buon senso e della sensibilità personale nelle attività di custodia degli internati:

- molto basso;
- basso;
- medio;
- alto;
- molto alto;

13. Che valore attribuisce all'esperienza lavorativa nelle attività del proprio lavoro con gli internati:

- molto basso;
- basso;
- medio;
- alto;
- molto alto;

14. Una formazione specifica in merito alle problematiche incontrate in O.P.G. potrebbe esserle di aiuto nel suo lavoro:

- poco;
- abbastanza;
- molto;
- moltissimo;

15. Conoscere di più la malattia mentale potrebbe aiutarla o essere un limite per lei:

- aiutarmi;
- essere un limite;
- altro. Specificare: _____;
- non so rispondere;

16. In che misura le esigenze degli Agenti di Polizia Penitenziaria sono tutelate dal Ministero:

- molto bassa;
- bassa;

- media;
 - alta;
 - molto alta;
-

17. In che misura le esigenze degli internati sono tutelate dal Dipartimento (D.A.P.):

- molto bassa;
 - bassa;
 - media;
 - alta;
 - molto alta;
-

18. Quanto si sente motivato nel suo lavoro nell'O.P.G. di Aversa:

- molto poco;
 - poco;
 - abbastanza;
 - molto;
 - moltissimo;
-

19. A cosa sarebbe disposto a rinunciare in cambio di una maggiore formazione professionale:

- parte dello stipendio;
 - giorni di ferie;
 - turni più brevi;
 - niente;
 - altro. Specificare: _____;
-

20. In che misura, secondo lei, il mondo politico ed istituzionale ha mostrato sensibilità per le problematiche degli O.P.G.:

- molto bassa;
 - bassa;
 - media;
 - alta;
 - molto alta;
-

21. Se avesse la possibilità rinuncerebbe a prestare servizio in O.P.G. in favore di un altro istituto dell'Amministrazione Penitenziaria

- si;
 - no;
 - non so rispondere;
-

22. Per quale tipo di istituto dell'Amministrazione Penitenziaria crede di essere qualificato maggiormente:

- istituto penitenziario diverso dall'O.P.G.;

- istituto O.P.G.;
- altro. Specificare: _____;
-

Grazie per la collaborazione prestata.

4.3. Analisi dei risultati del questionario.

La somministrazione del precedente questionario è stata realizzata per “fotografare” la situazione in cui la Polizia Penitenziaria opera all’interno dell’O.P.G. di Aversa.

Tale lavoro si inserisce all’interno di una ricerca volta ad evidenziare le carenze normative inerenti agli Ospedali Psichiatrici Giudiziari ed in particolare alla disciplina degli operatori di custodia nei quali istituti prestano servizio.

La presentazione del questionario è stata possibile grazie alla collaborazione dello psicologo dell’O.P.G. “Filippo Saporito” di Aversa Dott. Massimiliano De Somma, all’impegno dell’agente di P.P. Vincenzo Fabozzi ed all’autorizzazione del Direttore Dott. Adolfo Ferraro, senza i quali non sarei riuscito nel mio intento.

La prima considerazione è senza dubbio sulla notevole partecipazione degli agenti di Polizia Penitenziaria che hanno mostrato forte interesse verso il progetto ed una volontaria e spontanea cooperazione, realizzatasi al di là della compilazione del test, anche attraverso conversazioni e scambi di punti di vista personali.

Il questionario è stato distribuito nei giorni 8-9-10 gennaio 2007 agli operatori dell’O.P.G. di Aversa, appartenenti a tutti i ruoli della Polizia Penitenziaria e senza distinzione di sesso, in forma anonima, per assicurare una totale autonomia e libertà nella compilazione delle domande formulate, e per ragioni di convenienza e rapidità, a risposta multipla.

I 22 quesiti formulati possono essere suddivisi per una migliore intelligibilità in tre macro aree: quella anagrafica che fornisce l’età del personale di Polizia Penitenziaria ed un indicativo excursus lavorativo, una sezione organizzativa e valutativa, ed un’ultima area per così dire motivazionale.

Su una presenza effettiva di 116 agenti sono 97 gli operatori che hanno risposto, con una percentuale di partecipazione superiore all’83,6 %, che potrebbe essere considerata maggiore se si considera l’assenza oggettiva nell’istituto di qualche agente nei giorni della distribuzione del questionario.

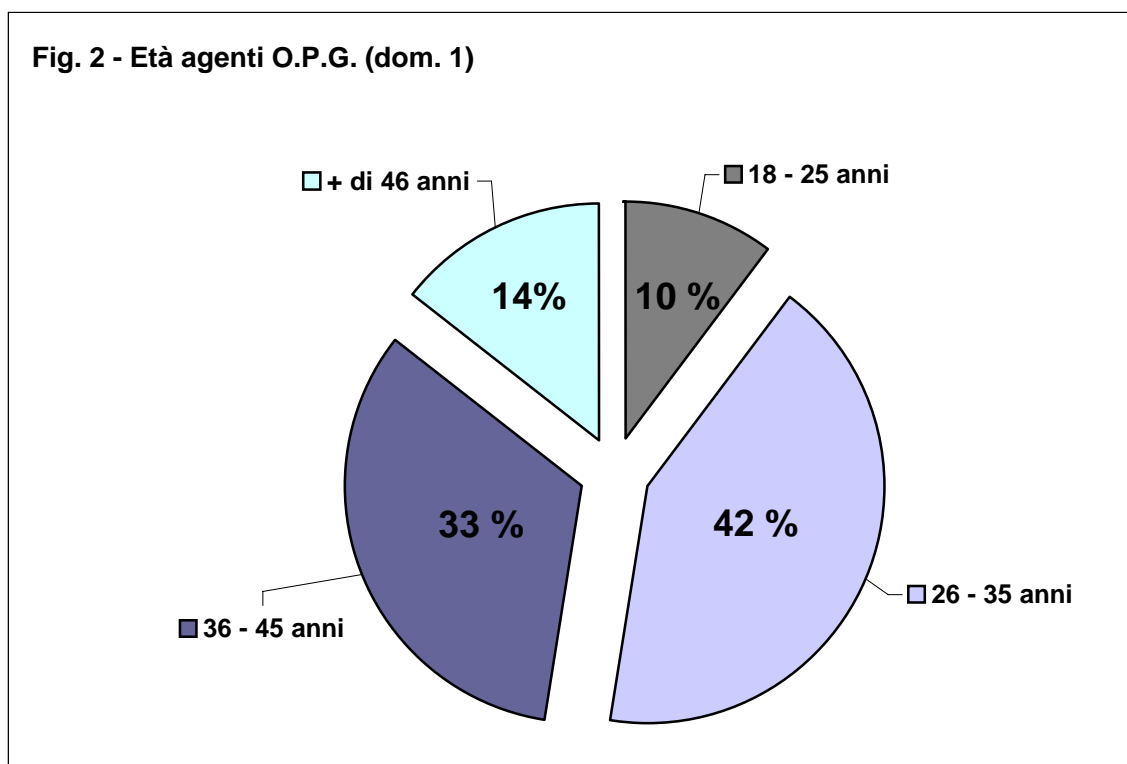
Le domande sono strutturate in modo da fornire un complessivo profilo professionale e formativo degli operatori di custodia nell'istituto campano per individuare le esigenze lavorative e personali del personale di custodia.

L'obiettivo finale dei quesiti proposti, è la verifica delle competenze, delle attività e del personale che l'istituto più necessita attraverso l'opinione di chi vi opera all'interno e meglio conosce le dinamiche interne.

Per una migliore chiarezza e comprensione le domande formulate verranno elencate e ed in alcuni casi rappresentate graficamente.

1. Età dell'Agente di Polizia Penitenziaria:

Al primo quesito le risposte hanno consentito una individuazione anagrafica degli operatori che sono risultati essere in **10** tra i 18 ed i 25 anni, in **41** di età tra i 26 ed i 45 anni, in **32** tra i 36 ed i 45 anni, ed infine in **14** con più di 46 anni (così come da rappresentazione grafica che segue).



La figura 2 rileva che circa il 75 %* del personale ha una età compresa tra i 26 ed i 45 anni mentre soltanto ¼ è tra i 25 ed i 18 anni o ha più di 46 anni.

2. Da quanti anni presta servizio presso strutture dell'Amministrazione Penitenziaria (anche diverse da Ospedali Psichiatrici Giudiziari):

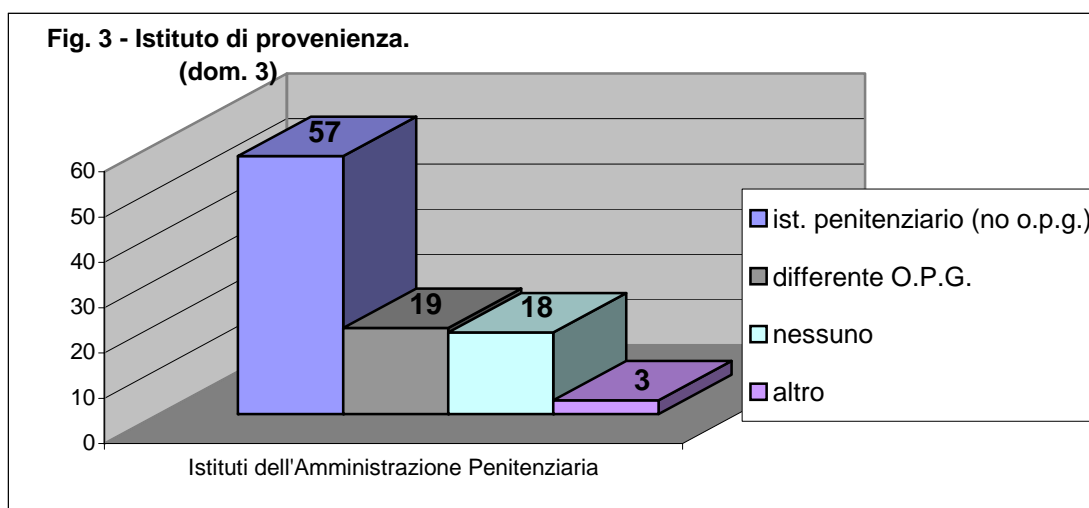
Nella seconda domanda viene chiesta l'anzianità di servizio presso una struttura dell'Amministrazione Penitenziaria e si rileva che sui 97 agenti che hanno risposto, **19** hanno meno di 5 anni di servizio, **23** tra i 6 e i 10 anni di servizio, **38** tra gli 11 ed i 15 anni di servizio ed infine sono **17** ad operare in istituti penitenziari, anche diversi da O.P.G., da più di 16 anni.

Il dato ci consente di affermare che nell'O.P.G. di Aversa circa il 40 % degli operatori presta servizio in un istituto penitenziario tra gli 11 ed i 15 anni, mentre per le altre 3 fasce indicate la percentuale è omogenea ed oscilla intorno al 20 %.

3. In quale altro istituto ha lavorato precedentemente:

Nella domanda successiva, la terza, viene chiesto in quale precedente struttura l'operatore ha prestato servizio, in modo da avere una visione del excursus lavorativo precedente all'entrata in servizio nell'istituto campano, e dalle risposte emerge che in precedenza, circa in **57** hanno lavorato in un istituto penitenziario non rientrante negli Ospedali Psichiatrico Giudiziario, in **19** presso un O.P.G. diverso da quello di Aversa, **18** non hanno mai svolto mansioni di custodia prima di arrivare nella struttura campana, e in **3** non hanno fornito un'alternativa. (come da figura 3).

* la percentuale è da considerarsi su un totale di 97 risposte.

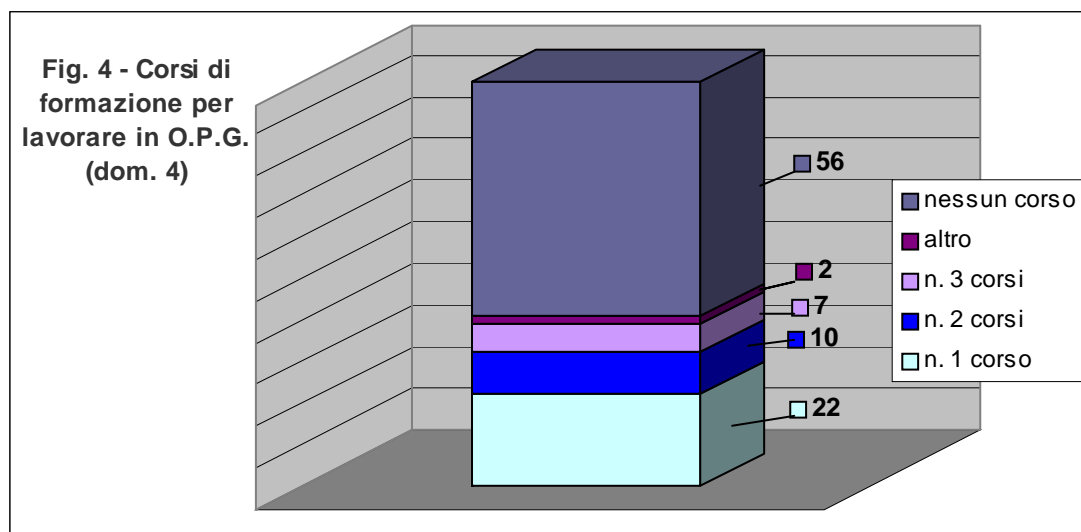


Dal grafico è in rilievo che la grande maggioranza del personale addetto alla custodia, circa il 60 %*, proviene da istituti carcerari diversi da quelli O.P.G., e che quindi ha basato la propria esperienza professionale esclusivamente sull'interazione con detenuti "normali". A tal proposito è da evidenziare che le dinamiche che scaturiscono nei "comuni" istituti di detenzione, sono completamente differenti da quelle che avvengono negli Istituti di O.P.G., nei quali l'agente si trova ad operare con persone che, a causa della patologia di cui sono affetti, hanno una considerazione delle regole di convivenza e di comportamento completamente alterata; a tale dato è da aggiungere che nelle risposte circa il 20 % non ha mai lavorato precedentemente nell'A.P., il 3 % ha dichiarato altro, senza specificare, ed infine solo meno del 20 % ha già avuto esperienze in O.P.G..

4. Indicare se ha effettuato uno o più corsi di formazione professionale specifici per lavorare in O.P.G.:

Nel successivo quesito è stato chiesto quanti corsi specifici, per lavorare negli istituti di cura-detenzione, sono stati seguiti, al fine di delineare un profilo della qualificazione lavorativa all'interno dell'Istituto di Aversa; anche in questo caso per

una rapida visualizzazione le risposte vengono rappresentate graficamente.



Il grafico (Fig. 4) delinea la formazione professionale conseguita dagli Agenti che per la maggior parte, più del 55 %* non possiede nessun tipo di conoscenza specifica per lavorare in O.P.G. oltre a quella prevista dalla Scuola di Polizia Penitenziaria.

Il personale di custodia dai dati, quindi, non possiede una formazione e di conseguenza delle competenze particolari, appartenendo agli stessi ruoli ed avendo le qualifiche del normale circuito penitenziario in cui le problematiche e l'impatto emotivo con la struttura ed i detenuti è completamente differente⁴³. In tale ambito si colloca il lavoro del presente questionario, con la speranza di una sensibilizzazione dell'Amministrazione Penitenziaria a prevedere una carriera differenziata per tutte le categorie destinate agli O.P.G.

5. Che valutazione attribuisce alla propria formazione professionale in merito alle problematiche incontrate in O.P.G.:

Nel quinto quesito si chiede una valutazione della propria formazione professionale in merito alle problematiche incontrate in O.P.G., dal quale è scaturita una bassa considerazione, da parte degli agenti, delle proprie competenze che vengono ritenute molto alte in 5 risposte, alte per 10 agenti, nella media per 30, basse per 17 e per 35 operatori su 97 molto basse.

⁴³ Ministero della Giustizia – Dipartimento dell'amministrazione Penitenziaria, Quaderni ISSP, (a cura di) progetto REVAN, *Verso un OPG diverso o migliore?*, pag. 9

L'analisi del risultato del quinto quesito suscita una preoccupante riflessione sulle competenze del personale dell'istituto di cure-detenzione "F. Saporito" di Aversa che dallo stesso sono ritenute insufficienti in merito alle esigenze richieste.

Su tale dato è necessaria una ponderazione della valutazione personale degli operatori che riconoscono nella propria categoria indicative carenze, mediante una forte testimonianza di uno stato di disagio da parte di chi, all'interno delle strutture O.P.G. lavora e quindi meglio conosce situazioni e dinamiche organizzative.

Con la susseguente domanda si conclude la macro area definita anagrafica, per iniziare una successiva sezione di indagine riconducibile a quella organizzativa.

Nelle domande dalla 6 alla 10 gli items proposti sono relativi alla strutturazione ed alle esigenze generali degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari così come avvertite dagli operatori di Polizia Penitenziaria.

6. Maggiori difficoltà incontrate con gli internati:

A tal proposito al quesito n. 6, sempre sui dati relativi ai 97 questionari svolti, si è riscontrato che nella propria esperienza lavorativa:

- **30** agenti hanno incontrato difficoltà di relazione con la malattia mentale;
- **18** rilevato difficoltà nel comprendere le necessità dell'internato;
- **24** trovano difficoltà nell'impartire ordini e consigli;
- **22** hanno problemi nel ricevere attenzione da parte dell'internato;
- ed i rimanenti **3** altre difficoltà non specificate.

Nel quesito formulato circa 1 agente su 3 durante l'attività lavorativa ha riscontrato una difficile interpretazione della malattia mentale con una conseguente incapacità di comprensione delle esigenze dell'internato. Tale dato è da confrontare con l'ulteriore difficoltà del quasi 20 % degli operatori di comprensione delle necessità dei soggetti in custodia con una conseguente attività non appropriata alla fattispecie considerata.

Proseguendo nel computo delle risposte, oltre ai disagi elencati, la rimanente metà degli agenti ha trovato difficoltà nell'impartire ordini e consigli e nel ricevere attenzione alle proprie direttive da parte dell'internato, nello svolgimento quindi dei principali compiti di custodia e controllo attinenti al proprio servizio.

7. Ritiene che sarebbero opportuni per lavorare in O.P.G. corsi e conoscenze attinenti (segnare anche più di una casella):

Alla settima domanda le risposte fornite, riguardo quali corsi o conoscenze conseguire per lavorare per lavorare in O.P.G., sono state*:

- **10** attinenti la medicina;
- **22** le scienze infermieristiche;
- **38** psicologia;
- **21** sociologia;
- **17** psichiatria;
- **6** pedagogia;
- e per **2** nella casella altro è stata prospettata la possibilità di impartire corsi di igiene e di diritto penale.

L'interessamento alle problematiche di riqualificazione dell'istituto è notevole nelle risposte, tanto più in considerazione che nessuno ha ritenuto di marcare la casella che negava la necessità di un corso o di ulteriori conoscenze, per cui gli operatori di custodia ritengono utili per l'attività lavorativa in O.P.G. tutti quei corsi che per la materia trattata, ben si relazionano con le dinamiche all'interno della struttura, con una preferenza per le cognizioni e le scienze infermieristiche. La suesaosta domanda attinente all'organizzazione strutturale dell'istituto, mette in rilievo la necessità di riformare le figurative lavorative di ruolo e convenzionali in favore di una maggiore rappresentanza del personale sanitario amministrativo e tecnico e di quello di custodia, con punti di contatto tra le varie figure lavorative e conoscenze tecnico – specifiche comuni.

8. Specificare una o più categorie di lavoratori carenti nell'istituto O.P.G.

“F.Saporito” di Aversa:

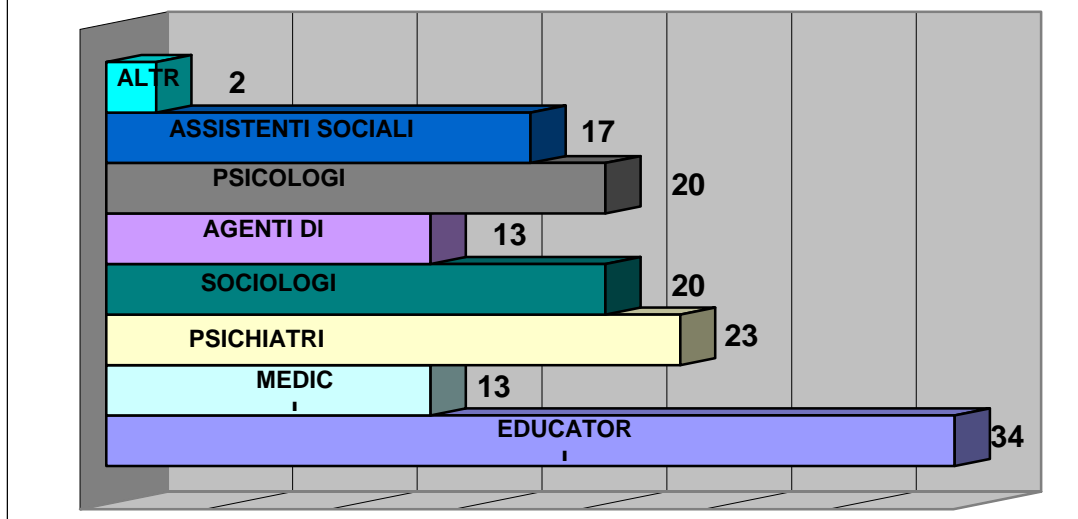
Per il quesito vengono segnalate come carenti tutte le figure professionali fornite ed i suggerimenti prospettati propendono verso la categoria degli educatori.

Per una maggiore chiarezza si ritiene necessaria la rappresentazione delle risposte* mediante una tabella grafica:

* nel quesito era consentito segnare anche più di una risposta.

* nel quesito era consentito segnare anche più di una categoria.

Fig. 5 - Categorie di lavoratori carenti nell'O.P.G. di Aversa. (dom. 8)



Gli agenti nelle risposte hanno ritenuto per l'O.P.G. "F.Saporito" di Aversa un generale aumento di personale in tutti i settori, in particolare segnalano la carenza di educatori e psichiatri, categorie queste, con cui gli operatori di custodia si trovano più a contatto nel quotidiano e con cui interagiscono per le stesse finalità.

9. Che tipo di competenze preferirebbe conseguire:

La successiva domanda, la nona, è riferita direttamente agli agenti di P.P. in relazione alla possibilità di perfezionare le proprie conseguenze. Il personale ha espresso la volontà di conseguire competenze:

- comunicative - relazionali in **27** casi;
- trattamentali – riabilitative per **39** agenti;
- psichiatriche – sanitarie in **24**;
- in **4** questionari è espressa la volontà di conseguire altre competenze oltre quelle indicate senza essere specificate;
- infine soltanto **3** agenti su 97, quasi il 4 % non ritiene necessaria l'acquisizione di ulteriore conoscenza per il proprio lavoro.

10. In che misura l'agente di P.P. necessita di una formazione lavorativa specifica, per lavorare in un istituto di O.P.G., oltre quella già prevista dalla Scuola di P. P.:

Alla susseguente domanda il personale valuta fondamentale, una formazione lavorativa specifica per lavorare in O.P.G., oltre quella "base" prevista nella Scuola di Polizia Penitenziaria in misura:

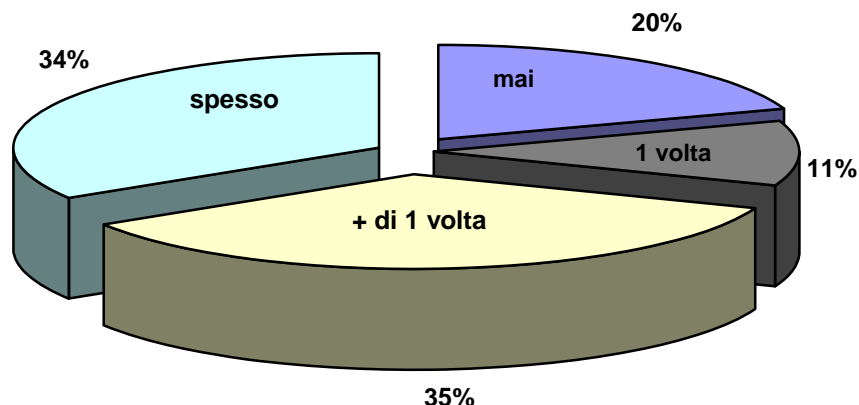
- molto bassa in **11** casi;
- bassa in **5** casi;
- media per **26** agenti;
- alta in **20** schede;
- molto alta in **35** preferenze.

Ancora una volta dal dato fornito appare la consapevolezza degli agenti che in un'alta percentuale, più un terzo sui 97 partecipanti, ritiene necessaria una diversificata formazione rispetto a chi svolge mansioni in "normali" istituti carcerari. Le risposte così fornite messe in stretta correlazione con le precedenti domande suggeriscono l'urgenza di una modifica organizzativa degli agenti di Polizia Penitenziaria.

11. Lei, (o se ne è a conoscenza un altro agente di polizia penitenziaria), ha mai chiesto informazioni e/o consigli agli psicologi dell'istituto in relazione alle dinamiche incontrate con gli internati:

nel quesito, forse il più significativo dell'intero lavoro, vi era la concreta possibilità che l'agente nel timore di veder sminuito il proprio compito e ridimensionata l'intera categoria potesse rispondere in modo da sottolineare la forte autonomia del proprio servizio rispetto ad un "aiuto" esterno, e quindi fornire un quadro delle relazioni tra i personali addetti ai vari reparti chiuso e scollegato. Al contrario nel susseguente grafico, si possono analizzare le relazioni tra il personale per la custodia e gli psicologi dell'Istituto:

Fig. 6 - Richiesta di consigli ed informazioni agli psicologi dell'Istituto in relazione alle dinamiche incontrate con gli internati. (dom. 11)

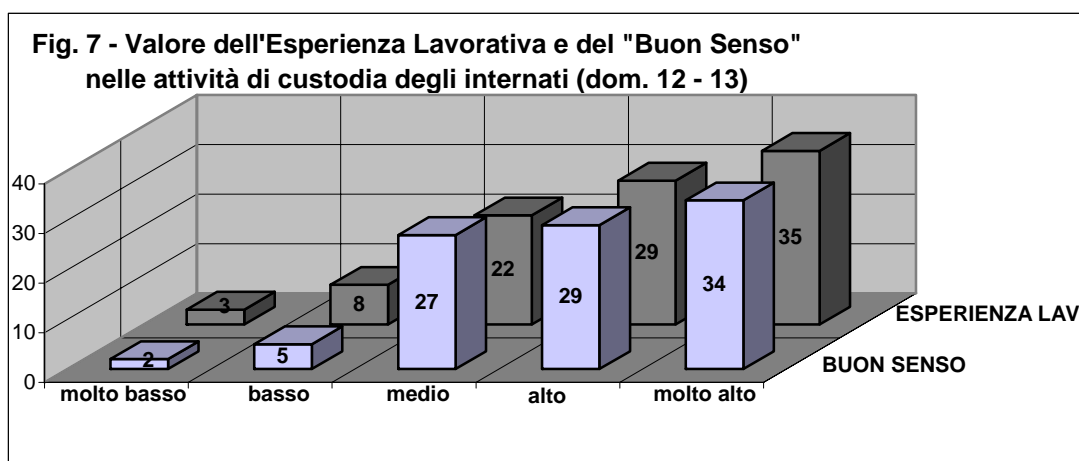


Dai dati raccolti scaturisce che l'80 % degli operatori, ovvero 78 su 97, hanno avvertito l'esigenza di confrontarsi con lo psicologo della struttura alla ricerca di consigli e suggerimenti per la propria attività con gli internati. Appare chiaro, quindi, un reale bisogno degli O.P.G. di staccarsi dalle rigide regole burocratiche e normative penitenziarie in favore di una maggiore collaborazione con il corpo sanitario nell'opera trattamentale e riabilitativa svolta negli Ospedali Psichiatrici Giudiziari così come prospettato in molti progetti di modifica delle leggi in materia.

12. Che valore attribuisce all'uso del buon senso e della sensibilità personale nelle attività di custodia degli internati:

13. Che valore attribuisce all'esperienza lavorativa nelle attività del proprio lavoro con gli internati:

Con i quesiti 12 e 13 si è voluto porre l'accento sull'importanza del buon senso personale e dell'esperienza lavorativa dell'operatore di P.P., dato che si ritiene che al di là di brevi corsi specifici, queste rimangono le uniche possibilità per l'agente di sopperire alle lacune qualificative, che si ribadisce non seguono ancora procedure differenziate rispetto al personale degli altri istituti penitenziari. Per tali domande si cercherà un'analisi comparativa attraverso una rappresentazione grafica (Fig. 7):



Nella figura risulta chiara l'importanza dell'esperienza in relazione a difficili situazioni che possono verificarsi con i soggetti in cura – detenzione, e la necessità di usare il buon senso con persone che possono reagire in maniera diversa o violenta all'uso dei poteri coercitivi.

14. Una formazione specifica in merito alle problematiche incontrate in O.P.G. potrebbe esserle di aiuto nel suo lavoro:

Anche in questa domanda viene chiesto all'operatore l'importanza di una formazione maggiormente indirizzata verso le dinamiche incontrate in O.P.G. e le risposte indicano che sui 97 agenti:

- 5 la ritengono poco importante;
- 27 abbastanza importante;
- 28 molto importante;
- e 37 operatori ritengono la formazione specifica importantissima.

Senza dilungarmi ulteriormente sui dati rilevati, questi indicano che una formazione specifica attinente le dinamiche connesse all'attività svolta negli Ospedali Psichiatrici Giudiziari sarebbe molto importante per la maggioranza degli agenti che hanno compilato il questionario.

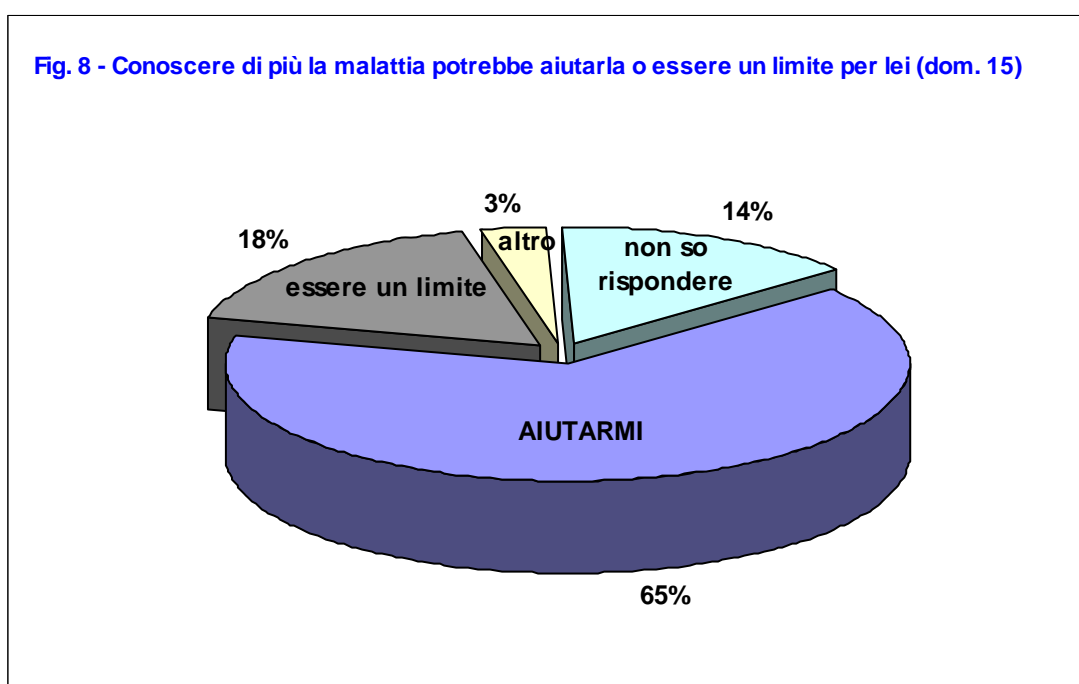
15. Conoscere di più la malattia mentale potrebbe aiutarla o essere un limite per lei:

Il predetto quesito conclude la macro – area dedicata alla suddivisione organizzativa e valutativa del questionario.

Le risposte fornite mettono in evidenza che:

- per **63** agenti una maggiore comprensione della malattia mentale degli internati li aiuterebbe nei loro compiti;
- per **17** tale comprensione risulterebbe un limite;
- **14** operatori non sanno rispondere;
- **3** scelgono un'altra opzione senza nessuna specificazione.

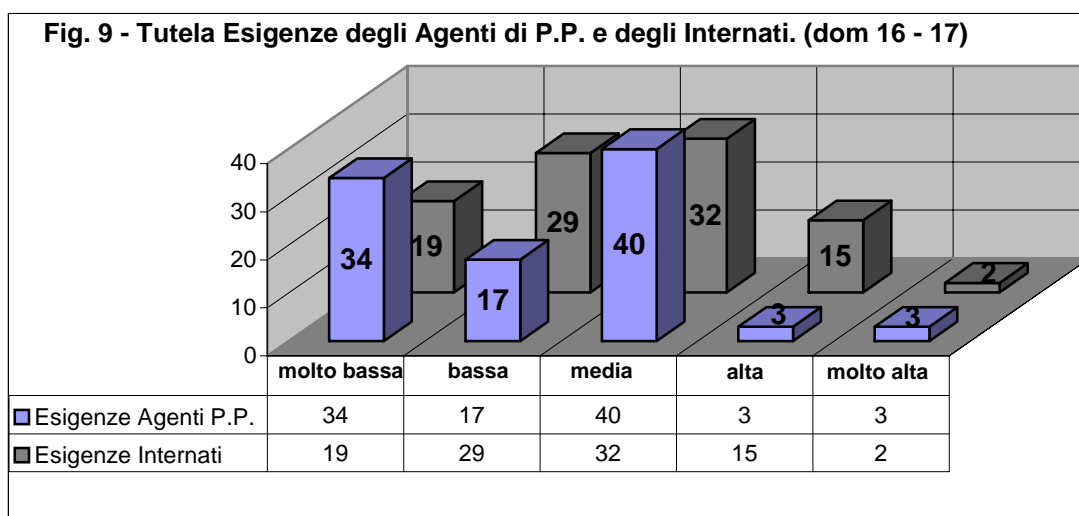
Gli operatori di custodia rispondono alla domanda consapevoli che conoscere la patologia che affligge i soggetti in internamento li potrebbe facilitare nel proprio compito di custodia come da grafico indicativo (Fig. 8).



16. In che misura le esigenze degli Agenti di Polizia Penitenziaria sono tutelate dal Ministero:

17. In che misura le esigenze degli internati sono tutelate dal Dipartimento (D.A.P.):

Con i quesiti 16 e 17 inizia l'area motivazionale e anche in questo caso si ritiene che una comparazione grafica possa fornire un quadro chiarificatrice delle risposte fornite.



Si evidenzia che gli operatori di custodia percepiscono nel loro lavoro una scarsa tutela da parte degli organi proposti, anche in considerazione delle esigenze degli internati sorvegliati.

18. Quanto si sente motivato nel suo lavoro nell'O.P.G. di Aversa:

- 21 - molto poco;
- 29 - poco;
- 26 – abbastanza;
- 14 - molto;
- 7 - moltissimo.

Queste in numeri le risposte al quesito fornite dai 97 agenti di Polizia Penitenziaria, appartenenti a tutti i ruoli dell'O.P.G. di Aversa, che denotano una scarsa motivazione, allo stato attuale.

Tale scarsa fiducia e motivazione nel proprio lavoro indica una netta contrapposizione con la grande disponibilità accordata al progetto in questione ed ai continui suggerimenti, che il personale di sorveglianza, fornisce agli operatori sanitari e medici. Il dato, quindi dall'analisi dell'intero lavoro non è riconducibile ad uno scarso impegno degli operatori, ma ad una richiesta di cambiamento della situazione attuale. Si ritiene che il dato, quindi, sia relativo ai pochi stimoli che la categoria in questione riceve nell'ambito degli Istituti O.P.G. così come attualmente strutturati.

19. A cosa sarebbe disposto a rinunciare in cambio di una maggiore formazione professionale:

La domanda denota nelle risposte pervenute una forte consapevolezza, da parte del personale per la custodia, del ruolo rivestito all'interno di un istituto così importante come quello dell'O.P.G. e della forte volontà in molti casi di una migliore formazione, anche a discapito di migliori condizioni lavorative ed economiche.

È infatti da evidenziare che per **20** (poco più del 20 %) * una maggiore formazione si potrebbe attuare anche rinunciando a parte dello stipendio.

Più di un terzo degli agenti (**34**), invece, sarebbe disposto a rinunciare a dei giorni di ferie, nei quali quindi potrebbero svolgere gli stessi corsi formativi.

In **18** sono gli operatori che rinuncerebbero a turni più brevi, mentre **1** solo agente non specifica a cosa rinuncerebbe per una maggiore formazione.

Nella completa analisi delle risposte fornite è da rilevare, infine, che **24** operatori non sarebbero disposti ad alcuna rinuncia, nella peraltro condivisibile opinione, che allo stato attuale, gli agenti, svolgono già un'attività lavorativa molto faticosa dal punto di vista fisico e psicologico.

20. In che misura, secondo lei, il mondo politico ed istituzionale ha mostrato sensibilità per le problematiche degli O.P.G.:

In merito alla considerazione del mondo politico ed istituzionale, gli operatori hanno fornito le seguenti risposte:

- **32** operatori confermano che la sensibilità intorno agli O.P.G. è molto bassa;
- **24** la definiscono bassa;
- **31**, circa un terzo, ritiene che la sensibilizzazione sugli O.P.G. è media;
- **8** la ritengono alta;
- **2** sono gli operatori che ritengono l'interesse intorno a tali istituti molto alta.

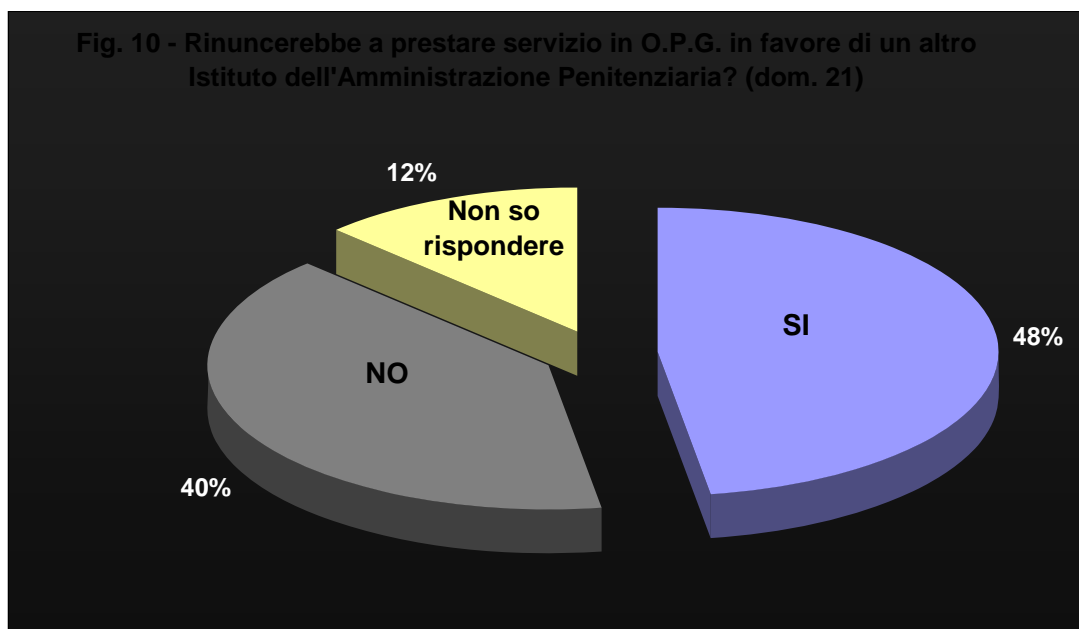
21. Se avesse la possibilità rinuncierebbe a prestare servizio in O.P.G. in favore di un altro istituto dell'Amministrazione Penitenziaria:

* N.B.: in tutte le percentuali è da considerare come numero massimo 97, che rappresenta la totalità degli agenti che hanno svolto il questionario.

Proseguendo nell'analizzare il lavoro in questione il penultimo quesito è importante in riferimento alle motivazioni nello svolgimento delle proprie mansioni di custodia in O.P.G. in favore di un altro istituto dell'Amministrazione Penitenziaria.

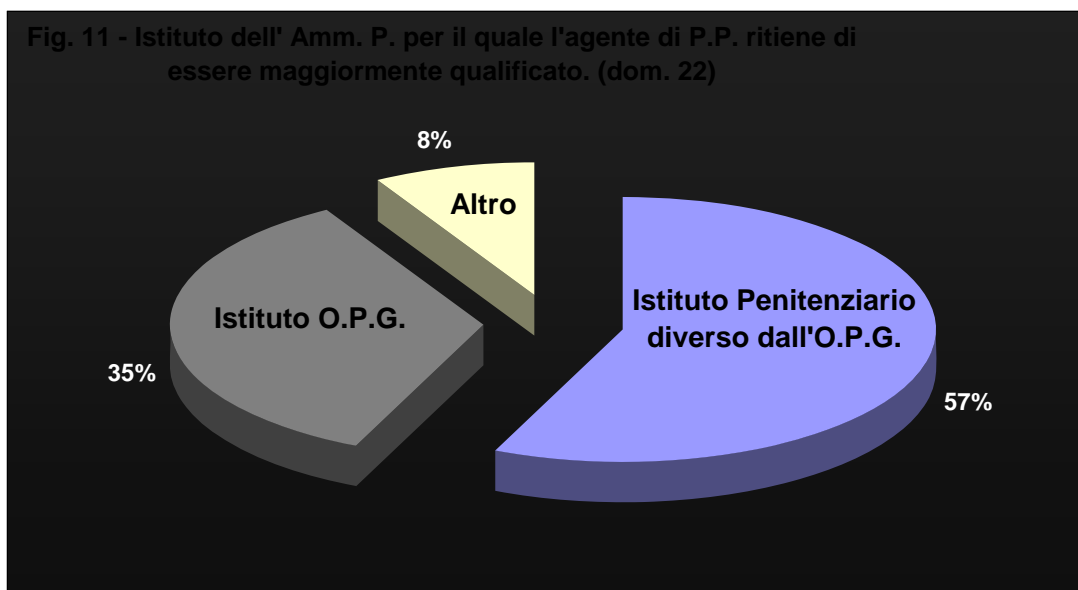
Dai dati forniti **46** agenti, quasi la metà di chi ha svolto il questionario, sarebbero pronti a rinunciare al lavoro in O.P.G. in favore di un altro Istituto dell'Amministrazione Penitenziaria, **39** (il 40 %) sono di parere contrario e **12**, pari al non sanno rispondere.

Nella figura n. 10 vengono riportati tali dati che forniscono una percentuale leggermente maggiore di chi vorrebbe svolgere la propria attività professionale in un diverso istituto.



22. Per quale tipo di istituto dell'Amministrazione Penitenziaria crede di essere qualificato maggiormente:

Nell'ultima domanda viene chiesto ai 97 agenti di P.P. dell'Istituto "F. Saporito" di Aversa che tipo di qualificazione ritengono di possedere e, quindi, l'istituto più idoneo per svolgere la propria attività di custodia.



Dalle risposte elaborate nel grafico (Fig. 11), la percentuale maggiore si attesta sugli istituti Penitenziari diversi dagli O.P.G., per cui 55 operatori (pari al 57 %) ritengono che l'istituto carcerario "comune" rimane il più idoneo e consono alla propria professione.

Per più di 1/3 ovvero per 34 agenti l'O.P.G. rimane la soluzione migliore alla propria formazione, mentre in 8 propendono per un altro istituto senza nessuna specificazione.

Conclusioni.

Verso un Agente-Educatore?

Da quanto finora trattato e dall'analisi degli ex manicomi criminali, risulta chiara la necessità di una profonda riforma strutturale ed organizzativa del sistema psichiatrico giudiziario italiano.

All'interno degli istituti di cura-detenzione la miscela di contaminazione di due rigidi sistemi chiusi come quello carcerario e quello *manicomiale*, ha prodotto e tende a produrre un organismo che è portato a cibarsi di se stesso; la necessità di maggiori interazioni con l'esterno è diventata quindi momento fondamentale per "inquinare" una cultura che non riguarda solo l'istituto in sé, ma anche l'esterno preoccupato per una realtà che ignora e che spesso vuole continuare ad ignorare⁴⁴.

In tale concezione, può "aprirsi" verso l'esterno maggiormente un ospedale, seppur giudiziario, che un carcere. La premessa rappresenta un primo tentativo di riconoscimento di una istituzione, che, uscendo dalla sua interna "ambiguità", dovrebbe essere un luogo di cura e non di pena, al fine di garantire non solo i suoi ospiti, ma anche chi vi lavora tutelando la società stessa.

La soluzione prospettata è però ostacolata anche da una velata volontà di non contrastare in maniera eclatante gli aspetti pur positivi della legge 180/78 e la sua attuazione, anche perché evidenzerebbe l'incompletezza che ne è derivata.

Và comunque sottolineata come l'apertura all'esterno e dall'esterno degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari, negli ultimi anni, ha favorito la realizzazione di ulteriori canali di comunicazione, che, oltre ad un miglioramento delle condizioni degli internati, ha modificato il concetto di tali strutture, intese ora anche come luogo di incontro di culture e sensibilità. Gli istituti potranno abbandonare la loro natura carceraria, soltanto mediante un nuovo rapporto tra il malato, la psichiatria ed i servizi territoriali, rendendoli luoghi di cura di soggetti con problemi psichici e socialmente pericolosi, coniugando una stretta collaborazione tra strategie terapeutiche e tecniche diagnostiche e trattamentali.

In tale ottica la storia, il "vissuto" degli ex Manicomi Criminali, costituisce nel bene e nel male una testimonianza che può facilitare la comprensione ed il cambiamento.

L'apertura di un museo criminologico, nell'istituto di Aversa (che ha raccolto oggetti manicomiali, manufatti, reperti, macchinari per l'elettro-shock e letti di contenimento) ha, infatti, visto crescere l'interesse di scuole ed università, con

⁴⁴ Cfr C. Serra, *Nuove proposte di criminologia applicata 2005*, pag. 574.

l'apporto di persone esterne attraverso fondi e progetti di enti pubblici e locali, e con le conseguenti visite e ricerche, improbabili negli anni passati.

L'auspicata "Sanitarizzazione" degli O.P.G. è testimoniata, d'altronde, dal fatto che le dimissioni degli internati, nel recente periodo, sono state superiori agli ingressi, grazie al maggior interessamento di strutture esterne, che hanno accolto con più disponibilità i soggetti che avevano presentato una riduzione della pericolosità sociale, avvenuta anche per un più intenso trattamento di cura e riabilitazione.

Se è pur vero che gli internati dimessi si trovavano in condizioni psichiatriche di "compenso", tanto da non dover essere più considerati socialmente pericolosi, è altrettanto vero che la presenza, tuttora, negli Ospedali Psichiatrici Giudiziari di soggetti che potrebbero essere dimessi, dovuta all'insufficienza di strutture esterne di cura, impedisce di "concentrarsi" sugli internati che costituiscono il "nocciolo duro"⁴⁵ della psichiatria, i soggetti, cioè, che, a causa dei loro specifici disturbi psichici, possono rappresentare ancora un pericolo per gli "altri".

Gli istituti di cura e detenzione sono, come dalle autorevoli dichiarazioni dei direttori degli O.P.G. italiani, in molti casi luoghi di "deposito" di soggetti ingestibili per la società: la popolazione di internati è purtroppo composta oltre che dagli incapaci di intendere e di volere rei, anche da malati che hanno commesso lievi reati, per i quali sarebbe sufficiente ed opportuno un ricovero presso istituti di cura, o addirittura da internati il cui reato non ha nessuna attinenza con la loro patologia mentale.

In tale ottica, vi sono recenti studi che dimostrano come il 60-70% dei ricoverati negli istituti sono soggetti che hanno commesso reati, che probabilmente non avrebbero commesso, se fossero stati curati adeguatamente.

Ogni intervento diretto alla realizzazione, o alla riqualificazione, di idonei centri di riabilitazione e cura di malati psichici (che necessitano anche di controllo e sorveglianza), non potrebbe essere realizzata, senza la formazione e l'aggiornamento del personale che vi opera.

A conferma della necessità di un radicale cambiamento del sistema psichiatrico giudiziario vi è la constatazione che, tranne i direttori degli O.P.G., psichiatri, tutti gli altri operatori di ruolo sono "aspecifici", nel senso che appartengono agli stessi ruoli e

⁴⁵ C. Serra, *Nuove proposte di criminologia applicata 2005*, pag. 589.

qualifiche del circuito penitenziario, tanto è vero che le assunzioni non seguono ancora procedure differenziate né vengono richiesti titoli particolari o specifici⁴⁶.

===

Concludendo il “viaggio” nel micro-cosmo dell’Ospedale Psichiatrico Giudiziario, va riconosciuto che l’impatto emotivo con gli internati e con le strutture è molto elevato, così come la percezione che le competenze necessarie dovrebbero essere completamente diverse da quelle occorrenti per il normale circuito penitenziario.

Il questionario realizzato durante il lavoro di ricerca ha inteso analizzare, per tale ragione, la categoria maggiormente presente all’interno di tali istituti, rappresentata dagli Agenti della Polizia Penitenziaria.

Lo studio svolto nell’O.P.G. “Filippo Saporito” di Aversa ha posto in rilievo come il personale di custodia ha una formazione ed una provenienza quasi esclusivamente basata sui comuni istituti carcerari, con una bassa considerazione delle proprie qualifiche in merito alle dinamiche verificate ed ai rapporti con gli internati.

Gli stessi operatori, invero, riscontrano notevoli difficoltà relazionali con la malattia mentale e con le necessità degli internati, tali da determinare ostacoli nell’impartire ordini e nel ricevere attenzione da parte dei degenti.

Il personale di custodia, per un più proficuo svolgimento delle proprie mansioni, si è mostrato convinto di dover ampliare maggiormente le conoscenze attraverso l’istituzione di corsi specifici, al fine di conseguire competenze propedeutiche alle attività trattamentali e psichiatriche, che consentano anche, una migliore interazione con il personale sanitario.

Si ritiene, pertanto, che la formazione del personale di custodia e delle altre categorie, appare presupposto indispensabile per assicurare all’organizzazione interna la dovuta sinergia per la comprensione e soluzione delle problematiche proprie degli ex manicomi criminali.

La ristrutturazione suggerita non è certamente agevole, come non lo è stata per altre istituzioni, anche perché coinvolge aspetti politici, ideologici e sociali che si confrontano con pregiudizi e difficoltà obbiettive.

⁴⁶ Ministero della Giustizia – Dipartimento dell’amministrazione Penitenziaria, Quaderni ISSP, (a cura di) progetto REVAN, *Verso un OPG diverso o migliore?*, pag. 5.

È auspicabile, poi, all'interno degli O.P.G., nel breve termine, un collegamento con il mondo accademico e scientifico per stimolare le attività di studio e di ricerca scientifica, soprattutto per ciò che concerne gli aspetti riabilitativi, trattamentali e criminologici.

La forte indicazione percepibile, qualunque sia il destino degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari e dei suoi ricoverati, è quella che il personale sanitario e di custodia, riceva una formazione il più possibile uniforme, che gli permetta di aver punti di contatto, ipotizzando, altresì l'istituzione di figure lavorative nuove, come gli *agenti-educatori*, o gli *educatori di sorveglianza*, idonei a coniugare competenze diverse.

In tal modo creando all'interno degli istituti, un pool di operatori qualificati, pronti ad affrontare e a risolvere le situazioni che si verificano in O.P.G., si indirizzerebbe l'attività del personale sanitario e di custodia verso le stesse finalità di tutela e sorveglianza degli internati.

La formazione di un personale specificamente qualificato, riconoscendosi pur sempre l'impegno, ed a volte il "sacrificio", degli attuali operatori nell'espletamento delle loro funzioni, faciliterebbe quel processo di apertura di un mondo ancora troppo chiuso e nascosto.

BIBLIOGRAFIA

Andreoli V. (a cura di), (2002), *Anatomia degli ospedali psichiatrici giudiziari italiani*, Roma, Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria.

Anfosso L., (1905), *La legislazione italiana sui manicomi e sugli alienati*, Utet, Torino.

Bandini T., (1981), *La valutazione psichiatrico-forense della pericolosità*, in *Rass. Criminol.* 1981

Basaglia F., (1967), *Che cos'è la psichiatria?*, Einaudi, riedito da Baldini Castoldi Dalai

Basaglia F., (1968), *L'Istituzione Negata*, Torino, Einaudi.

Borzacchiello A., *Pazzie e delinquenti Manicomio e carcere*, introduzione

Bruno F., (2006), *Guida di formazione alla psicopatologia clinica, forense e politico-sociale*, Roma, Aiasu.

Calabria A., (1995), *Digesto delle Discipline Penalistiche*, Torino, Utet.

Canepa M.- Merlo S., (1996), *Manuale di diritto penitenziario*, Milano, Giuffrè.

Canepa M. –Merlo S., (1987), *Problemi applicativi della legge 663/1986*, in *Quaderni del CSM*.

Canguilhem G., (1998), *Il normale e il patologico*, Torino, Einaudi.

Canosa R., (1979), *Storia del manicomio in Italia dall'Unità ad oggi*, Feltrinelli, Milano.

Daga L., (1985), *Ospedali psichiatrici giudiziari, sistema penale e sistema penitenziario: appunti sulla funzione dell' O.P.G.*, in *Rass. Penit. Criminol*

Dell'Osso G., (1985), *Capacità a delinquere e pericolosità sociale*, , Milano Giuffrè.

Di Gennaro G., Breda R., La Greca G., (1997), *Ordinamento penitenziario e misure alternative alla detenzione*, Giuffrè, Milano.

Dipartimento di Salute Mentale di Trieste (a cura di), (2001), *L'esperienza triestina*, Trieste.

Fiandaca G.– Musco E., (1997), *Diritto penale. Parte Speciale. Vol. I*, Zanichelli.

Fornari L., (1993), *Misure di sicurezza e doppio binario: un declino inarrestabile*, in Riv. Dir. Proc. Pen.

Foucault M., (1988), *Storia della follia nell'età classica*, Milano, Rizzoli.

Gilberti-Rossi (1996), *Manuale di Psichiatria*, Verona, Piccin.

Giuri D., (1984), *Infermità psichica e presunzione di pericolosità nel giudizio della Corte Costituzionale*, in Riv. It. Dir. Proc. Pen.

Il Giornale di Caserta (tratto da), intervista a Ferraro A.(tratta da), del 28/12/2006.

Introna F., (1982), *Coscienza e volontà, capacità di intendere e di volere ed art. 222 c.p. in un caso di cleptomania*, in Riv. It. Med. Leg.

La Repubblica (intervista tratta da), (2005), 29 agosto 2005.

Legge 14 febbraio 1904, N. 36, *Disposizioni sui manicomi e sugli alienati*. (GUF 22 febbraio, n. 43).

Legge 23 dicembre 1978, n. 833 "*Istituzione del Servizio Sanitario Nazionale*" (Riforma Sanitaria) - pubblicata sul Supplemento Ordinario della Gazzetta Ufficiale n. 360 del 28-12-1978.

Legge 10 ottobre 1986 n. 663, Modifiche alla Legge sull'Ordinamento Penitenziario e sulla esecuzione delle Misure Privative e Limitative della Libertà

Manacorda A., (1988), *Il Manicomio giudiziario: cultura psichiatrica e scienza giuridica*, Bari, De Donato

Manna A., (1994) *Il trattamento sanzionatorio del malato di mente autore di reato e le prospettive di riforma*, in *Rass. Criminol.*

Mantovani F. (1984), *Il problema della criminalità*, Padova, Cedam.

Ministero di grazia e giustizia, (a cura del), (1977), *Ordinamento penitenziario. Misure preventive e limitative della libertà. Legge e regolamento. Disposizioni complementari*, Milano.

Ministero della Giustizia – Dipartimento dell'amministrazione Penitenziaria, Quaderni ISSP, (a cura di) progetto REVAN, *Verso un OPG diverso o migliore?*

Ponti G.- Merzagora I., (1993), *Psichiatria e giustizia*, Raffaello Cortina Editore, Milano

Rosso R., *Perizia psichiatrica e prospettive terapeutiche*, in *Rass. Criminol.* 1993.

Russo G., (1982), *Il manicomio giudiziario come luogo di trattamento per detenuti difficili*, in *Riv. It. Med. Leg.*

Russo G., (1987), *Infermità di mente e pericolosità sociale*, in *Riv. It. Med. Leg.*.

Scarpa F., *Ospedale Psichiatrico Giudiziario*, in <http://www.pol-it.org/ital/180/opg.htm>

Serra C., (2005), *Nuove Proposte di Criminologia Applicata 2005*, Milano, Giuffrè.

Simonetti G., (a cura di), *Ospedale psichiatrico giudiziario: aspetti normativi e sociologici. Il caso di Montelupo Fiorentino.*

Tullio B. , (1981), *La valutazione psichiatrico-forense della pericolosità,* in *Rass. Criminol.*

Vecchietti A.M., (1983), *Salute mentale e riforma sanitaria,* Giuffrè, Milano.

Siti internet consultati:

<http://coordinamento.mininterno.it/pubblicazioni/penitenziaria.htm>.

<http://www.diritto.it/>

<http://www.kwsalute.kataweb.it/SpecApp/0,1068,80%7C199,00.html>.

<http://www.opgaversa.it/>

<http://www.polizia-penitenziaria.it/>

<http://www.psichiatria.it/>