Di cosa parliamo quando parliamo di OPG

Leggi, norme e pratiche[1]

a cura di Giovanna Del Giudice, Peppe Dell'Acqua e Michela Rondi

---

[1] **I testi integrali delle leggi, i decreti, le relazioni di cui si tratta possono essere consultati sul sito del Forum: www.forumsalutementale.it**

In occasione del sesto Forum nazionale della Salute Mentale *Strategie per la chiusura dell'ospedale psichiatrico giudiziario: il ruolo dei dipartimenti di salute mentale* che si tiene ad Aversa il 14 e 15 gennaio 2011, riteniamo utile raccogliere materiali informativi - non certamente esaustivi - con la principale documentazione normativa relativa all'Opg insieme a relazioni ministeriali e ricordare alcuni accadimenti relativi al tema.
La questione dell'Opg, come la questione dell'internamento e delle limitazioni delle libertà personali. sono per le donne e gli uomini aderenti al Forum Salute Mentale temi prioritari, di grande valore etico e responsabilità civile e professionale, su cui abbiamo concentrato un significativo impegno teorico e pratico. Il numero delle persone internate in Opg da un territorio determinato, come in generale il numero delle persone istituzionalizzate, le porte chiuse dei servizi, il legare e le altre limitazioni delle libertà personale, sono considerati fra i determinanti e gli indicatori fondamentali della qualità dell'assistenza nei servizi di salute mentale e del paradigma fondante le pratiche in un dipartimento.
Nel documento fondativo del Forum dell'ottobre del 2003, tra l'altro, scrivevamo:

"Riteniamo inutile ribadire in questa sede l'assurdità e la violenza dell'OPG. Non è possibile un OPG "migliore", l'OPG va definitivamente superato.
Esiste un grande margine di azione da parte degli operatori/trici dei Dipartimenti di Salute Mentale sia per una presa in carico dell'utente che ha commesso reato per evitare l'invio in OPG, sia per la dimissione degli attuali internati/e negli OPG attraverso specifici progetti individuali di deistituzionalizzazione.
Riteniamo oggi di poter dire che gli OPG permangono principalmente per le responsabilità dei DSM. La questione dell'OPG necessita di essere significativamente affrontata da parte dei DSM attraverso la presa in carico dei loro pazienti internati, da primo affrontando le situazioni più immediate e possibili. (già il Ministero di Grazia e Giustizia afferma che il 20% dei ricoverati siano internati per reati minori e con indice di pericolosità del tutto "evanescente") e insieme impedendo nuove ammissioni e bloccando il flusso di invio dal carcere.
Una azione importante di erosione dell'OPG, di significativa diminuzione del numero degli/lle internati potrà forse mettere l'attenzione sulla necessità della chiusura dello stesso (come già è avvenuto per l'ospedale psichiatrico) attraverso misure "speciali", in quanto fortemente individualizzate, per chi rimane."

I cittadini con disturbo mentale che commettono reato

Se una persona con disturbo mentale è accusata di aver commesso un delitto, è soggetta come tutti gli altri cittadini alle indagini, al processo e alle eventuali sanzioni previste dal Codice Penale. Tuttavia in quasi tutto il mondo si ritiene che gran parte dei reati commessi dalle persone con disturbo mentale sono influenzati da questa condizione e di conseguenza possono determinare particolari percorsi processuali.
In Italia, come quasi dappertutto, chiunque commetta un reato è responsabile e dunque punibile se è in possesso della propria capacità di intendere e di volere. Ma nel caso di disturbo mentale, cioè di infermità di mente, come recita il Codice, questa capacità può risultare parzialmente o totalmente assente. Nel codice Zanardelli del 1865 il malato di mente autore di reato era riconosciuto non imputabile per vizio totale di mente e quindi prosciolto. I malati di mente venivano ricoverati negli ospedali psichiatrici civili.

I primi Ospedali psichiatrici giudiziari vengono costituiti dalla fine 800, in epoca lombrosiana, per i detenuti impazziti nel carcere, i *rei folli*, e per alcuni *folli rei* che suscitavano particolare allarme.

Il codice Rocco del 1930 definisce l'imputabilità ed introduce le misure di sicurezza.

Molto in breve, in caso di reato, se vi sia sospetto di malattia mentale, il giudice ordina una perizia psichiatrica e avvia un percorso che si può così sintetizzare:

> reato apparentemente incongruo - sospetto di malattia mentale - perizia psichiatrica - infermità di mente - incapacità di intendere e di volere - non imputabilità – proscioglimento[2] - pericolosità sociale - Ospedale Psichiatrico Giudiziario.

Il Codice Penale definisce negli articoli 88 e 89 la questione dell'imputabilità in rapporto all'infermità mentale. Ogni volta che un cittadino affetto da un disturbo mentale è accusato di aver commesso un reato si può procedere a perizia psichiatrica e il perito deve rispondere alle domande del giudice che in genere vengono così formulate:

«Dica il perito se al momento in cui commise i fatti, l'imputato si trovasse in stato di infermità mentale tale da escludere o da scemare grandemente le sue capacità di intendere e di volere; quale sia la sua attuale condizione mentale; se sia persona socialmente pericolosa».
Il perito dovrebbe riferirsi non a principi astratti, ma a quella persona, a quel contesto, esprimendo il proprio parere rispetto a quel disturbo mentale, prescindendo dalle precedenti diagnosi, dalle cure fatte o ancora in corso.
L'esito della perizia può essere:

- assenza di infermità mentale. In questo caso la persona viene sottoposta a giudizio e il processo avrà il suo normale corso;
- presenza di infermità mentale. In questo caso si possono verificare due condizioni tra loro alternative:
    1. l'infermità è tale da escludere totalmente la capacità di intendere e di volere (vizio totale di mente/incapacità totale);
    2. l'infermità è tale da scemare grandemente, senza escluderla, la capacità di intendere e di volere (vizio parziale di mente o seminfermità/capacità ridotta).

Nel caso della totale incapacità, il giudice stabilisce che la persona non è imputabile e dunque la proscioglie perché non è possibile riconoscere la responsabilità personale, dunque non c'è stata una colpa soggettiva. E la malattia diventa il vero colpevole. Il Codice dunque stabilisce che il disturbo mentale ha condizionato e sovradeterminato il comportamento della persona e gli atti criminosi conseguenti.
In questo caso, se la perizia riconosce la pericolosità sociale, viene attivata la misura di sicurezza e la persona viene inviata all'Ospedale Psichiatrico Giudiziario (OPG) per due, cinque o dieci anni, in rapporto alla gravità e all'efferatezza del reato.

---

[2] Proscioglimento: è la sentenza emessa in fase istruttoria o dibattimentale in cui si dichiara di non doversi procedere nei confronti dell'imputato. Nel nostro caso questa sentenza è giustificata dall'infermità mentale riconosciuta e dalla conseguente incapacità.

Diverso è il caso della seminfermità mentale: la capacità di intendere e di volere, per quanto ridotta, sussiste. La persona perciò è imputabile e viene sottoposta al processo. In caso di condanna vi sarà la diminuzione di un terzo della pena. Se riconosciuta anche socialmente pericolosa la persona verrà inviata in OPG solo dopo aver scontato la pena detentiva in carcere.

In Italia esistono 6 OPG, comunemente chiamati manicomi criminali. Montelupo Fiorentino che contiene più di 200 persone, mentre la sua capienza massima è di 188. Aversa, in provincia di Caserta, che ne contiene più di 200 sulle 150 previste. Napoli più di 150 su 150. Reggio Emilia più di 200 su una capienza di 190. Barcellona Pozzo di Gotto, Messina, più di 200 su 194 posti. L'unico ad avere anche un reparto femminile è quello di Castiglione delle Stiviere, Mantova, che contiene circa 200 persone, delle quali meno di 100 sono donne.

In totale, alla fine del 2009, gli OPG avevano circa 1300 internati.

Queste istituzioni sono rimaste sostanzialmente estranee e impermeabili alla cultura psichiatrica riformata, e il meccanismo di internamento non è stato influenzato dalla legge 180. Molti giuristi, psichiatri, politici, opinionisti e cittadini attivi nelle associazioni riconoscono che la persistenza dell'OPG e delle stesse procedure per accedervi sono incostituzionali.

Nel 1982 la sentenza della Corte Costituzionale n. 139 stabilisce che la pericolosità sociale non può essere definita una volta per tutte, come se fosse un attributo naturale di quella persona e di quella malattia. Deve essere invece relativizzata, ovvero messa in relazione ai contesti, alla presenza di opportunità di cure e di emancipazione relative alla disponibilità di risorse e di servizi. Deve dunque essere vista come una condizione transitoria. E di conseguenza anche le misure di sicurezza vanno di volta in volta riviste e aggiornate. Vale a dire che le persone benché prosciolte, se non riconosciute socialmente pericolose, possono venire dimesse prima del tempo o non essere ricoverate affatto in OPG.
Ancora più recentemente altre due sentenze della Corte Costituzionale (n. 253/2003 e n. 367/2004) hanno dichiarato incostituzionale la non applicazione di misure alternative all'internamento in OPG onde "assicurare adeguate cure all'infermo di mente e a far fronte alla sua pericolosità sociale", rilevando che il ricovero in questo istituto costituisce una pesante disuguaglianza di trattamento rispetto a quanto la riforma sanitaria prevede. I giudici mettono in luce che l'internamento è dannoso per tutti e che le cure psichiatriche devono svolgersi in ambito territoriale. Di conseguenza anche per le persone prosciolte e ritenute socialmente pericolose, bisogna prevedere un programma terapeutico e l'esecuzione della misura di sicurezza in ambito territoriale. Queste sentenze richiamano a un'assunzione di responsabilità dei Dipartimenti di Salute Mentale. Essi devono articolare un programma terapeutico riabilitativo, anche persistendo alcune limitazioni della libertà dovute alla misura di sicurezza. Questo significa che un accorto uso di risorse e opportunità legislative può evitare il ricorso all'internamento in OPG.
In ogni caso bisogna porre molta attenzione perché le indagini giudiziarie vengano svolte con la massima oculatezza e si faccia di tutto affinché la persona venga portata in giudizio, evitando frettolosi proscioglimenti e dannosi invii in OPG, sia in corso di perizia, sia in attesa di giudizio.

In questo senso si è espresso il nuovo Codice di Procedura Penale (CPP), disponendo che le persone sospettate di reato, affette da disturbo mentale e soggette a custodia cautelare e che non possono avvalersi della libertà provvisoria e andare a giudizio «a piede libero», restino nel carcere del Tribunale competente per territorio. L'eventuale perizia deve svolgersi in carcere e non in OPG. Questa attenzione del nuovo CPP vuole evitare l'uso routinario e superficiale del manicomio giudiziario, un uso dannoso per la persona oltre che lesivo del suo diritto alla difesa. Tende invece a dare alle persone inferme di mente la possibilità di essere portate in giudizio, godendo in tal modo del diritto alla difesa come qualsiasi altro cittadino.
Se nel corso della custodia cautelare, nel carcere o agli arresti domiciliari, si manifesta una crisi o un bisogno di cure urgenti queste devono essere prestate dal locale Dipartimento di Salute Mentale e, se del caso, la persona deve essere ricoverata nel Servizio Psichiatrico Ospedaliero di Diagnosi e Cura, eventualmente piantonato. Oppure condotta agli arresti domiciliari presso un servizio territoriale aperto 24 ore. Mai inviata automaticamente all'OPG.
Tutti i detenuti e quindi anche quelli che soffrono di disturbi mentali, hanno dunque la possibilità di ricevere cure psichiatriche e psicologiche, oltre che mediche, sia dal personale del carcere che dai servizi territoriali di salute mentale.

Il decreto ministeriale 230/99 e in particolare il Progetto Tutela Salute Mentale in ambito penitenziario dispone, nell'ottica dell'equità e del diritto alla cura, che i Dipartimenti di Salute Mentale operino anche all'interno delle carceri, con gli stessi obiettivi e con le stesse modalità utilizzate per tutti i cittadini di quel territorio. Tale decreto non ha avuto una sua piena applicazione. Il 1 aprile 2008 viene promulgato il decreto del presidente del consiglio dei ministri che ha determinato il passaggio delle competenze sanitarie, dei rapporti di lavoro, delle risorse sanitarie e delle attrezzature e dei beni strumentali dalla sanità penitenziaria al sevizio sanitario nazionale. L'allegato C del decreto prevede le tappe per il superamento degli attuali OPG.

Nel corso degli ultimi anni sono state presentate alcune proposte di legge per l'abolizione degli OPG. Un'ipotesi è la loro regionalizzazione, col passaggio dall'amministrazione penitenziaria a quella sanitaria. In tal modo i 6 OPG verrebbero progressivamente chiusi. Una seconda ipotesi prevede l'abrogazione degli articoli 88 e 89 del Codice Penale e porta in giudizio tutti i cittadini accusati di aver commesso un reato, ancorché affetti da disturbi mentali. Verrebbero sottoposti a normale processo ed eventualmente condannati e la successiva erogazione ed espiazione della pena verrebbe modulata in rapporto alle condizioni di salute mentale di ognuno. A questo punto potrebbero essere attuati particolari programmi terapeutici e riabilitativi sia all'interno del carcere che in corso di misure alternative alla detenzione quali la semilibertà, gli arresti domiciliari, l'ospitalità presso comunità terapeutiche o Centri di Salute Mentale. Col vantaggio che i cittadini, anche se «folli», riacquistano in pieno i loro diritti, compreso quello, apparentemente paradossale, di essere condannati, di poter espiare la pena, intaccando la pesantezza dello stigma che vuole «il folle» sempre incapace e irresponsabile[3].

---

[3] Per approfondire: **"Alcuni appunti per la soppressione del manicomio criminale" di Giuseppe Dell'Acqua**

Di seguito suggeriamo la lettura e/o la consultazione di quanto nell'apparato legislativo e normativo è utile conoscere.

Una sorta di opuscolo informativo

1. Dal Codice Penale

Art. 88 c.p. ***Vizio totale di mente***

Non è imputabile chi, nel momento in cui ha commesso il fatto, era, per infermità, in tale stato di mente da escludere la capacità di intendere e volere.

Art. 89 c.p. ***Vizio parziale di mente***

Chi, nel momento in cui ha commesso il fatto, era, per infermità, in tale stato di mente da scemare grandemente, senza escluderla, la capacità d'intendere o di volere, risponde del reato commesso; ma la pena è diminuita.

Art. 203 c.p. ***Pericolosità sociale***

Agli effetti della legge penale, è socialmente pericolosa la persona, anche se non imputabile o non punibile, la quale ha commesso taluno dei fatti indicati nell'articolo precedente, quando è probabile che commetta nuovi fatti preveduti dalla legge come reati. La qualità di persona socialmente pericolosa si desume dalle circostanze indicate nell'articolo 133."

Art. 208 c.p. ***Riesame della pericolosita'***

Decorso il periodo minimo di durata, stabilito dalla legge per ciascuna misura di sicurezza, il giudice riprende in esame le condizioni della persona che vi è sottoposta, per stabilire se essa è ancora socialmente pericolosa. Qualora la persona risulti ancora pericolosa, il giudice fissa un nuovo termine per un esame ulteriore. Nondimeno, quando vi sia ragione di ritenere che il pericolo sia cessato, il giudice può, in ogni tempo, procedere a nuovi accertamenti.

Art.215 c.p. ***Specie***

Le misure di sicurezza personali si distinguono in detentive e non detentive. Sono misure di sicurezza detentive: 1) l'assegnazione a una colonia agricola o ad una casa di lavoro; 2) il ricovero in una casa di cura e di custodia; 3) il ricorso in un manicomio giudiziario; 4) il ricovero in un riformatorio giudiziario. Sono misure di sicurezza non detentive: 1) la libertà vigilata: 2) il divieto di soggiorno in uno o più Comuni, o in una o più Province; 3) il divieto di frequentare osterie e pubblici spacci di bevande alcooliche; 4) l'espulsione dello straniero dallo Stato. Quando la legge stabilisce una misura di sicurezza senza indicarne la specie, il giudice dispone che si applichi la libertà vigilata, a meno che, trattandosi di un condannato per delitto, ritenga di disporre l'assegnazione di lui a una colonia agricola o ad una casa di lavoro.

Art. 222 c.p. ***Ricovero in un ospedale psichiatrico giudiziario***

Nel caso di proscioglimento per infermità psichica, ovvero per intossicazione cronica da alcool o da sostanze stupefacenti, ovvero per sordomutismo, è sempre ordinato il ricovero dell'imputato in un ospedale psichiatrico giudiziario per un tempo non inferiore a due anni; salvo che si tratti di contravvenzioni o di delitti colposi o di altri delitti per i

quali la legge stabilisce la pena pecuniaria o la reclusione per un tempo non superiore nel massimo a due anni, nei quali casi la sentenza di proscioglimento è comunicata all'autorità di pubblica sicurezza[4]. La durata minima del ricovero nel ospedale psichiatrico giudiziario è di dieci anni, se per il fatto commesso la legge stabilisce la pena di morte[5] o l'ergastolo, ovvero di cinque se per il fatto commesso la legge stabilisce la pena della reclusione per un tempo non inferiore nel minimo a dieci anni. Nel caso in cui la persona ricoverata in un ospedale psichiatrico giudiziario debba scontare una pena restrittiva della libertà personale, l'esecuzione di questa è differita fino a che perduri il ricovero nell'ospedale psichiatrico . Le disposizioni di questo articolo si applicano anche ai minori degli anni quattordici o maggiori dei quattordici e minori dei diciotto, prosciolti per ragione di età, quando abbiano commesso un fatto preveduto dalla legge come reato, trovandosi in alcuna delle condizioni indicate nella prima parte dell'articolo stesso.

2. Categorie giuridiche che prevedono l'internamento in Ospedale psichiatrico giudiziario o Casa di cura e custodia

Le categorie giuridiche sono essenzialmente le seguenti:

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

---

[4] La Corte costituzionale, con sentenza 27 luglio 1982, n. 139, la Corte cost. ha dichiarato l'illegittimità costituzionale del presente comma, nella parte in cui non subordinano il provvedimento di ricovero in ospedale psichiatrico giudiziario dell'imputato prosciolto per infermità psichica al previo accertamento da parte del giudice della cognizione o della esecuzione della persistente pericolosità sociale derivante dalla infermità medesima al tempo dell'applicazione della misura

[5] La pena di morte è stata soppressa e sostituita con l'ergastolo

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

3. L. 354 del 1975 Norme sull'ordinamento penitenziario e sull'esecuzione delle misure privative e limitative della libertà e successive modifiche

L'art. 11 - dedicato al servizio sanitario in generale - ha testualmente stabilito, diversamente dalle altre branche specialistiche, che ogni Istituto Penitenziario, e quindi non solo gli OPG, deve avvalersi dell'opera di almeno uno specialista in psichiatria. All'art 41 viene normato il ricorso ai mezzi di coercizione. L'art 62 definisce le diverse tipologie di istituti per l'esecuzione delle misure di sicurezza: colonie agricole, case di lavoro, case di cura e custodia, ospedali psichiatrici giudiziari. L'art. 65 definisce che i soggetti affetti da infermità o minorazioni fisiche o psichiche devono essere assegnati a istituti o sezioni speciali.

La L. 663/86 – c.d. legge Gozzini - all'art. 31, abrogando l'art.204 del c.p., definisce che le misure di sicurezza possono essere ordinate previo l'accertamento della pericolosità sociale della persona che ha commesso il fatto, cadendo così la presunzione della pericolosità sociale connessa alla malattia mentale.

4. Decreto legislativo n. 230 del 1999 sul riordino della medicina penitenziaria

La legge prende atto dell'evoluzione del sistema sanitario nazionale e produce indicazioni, modalità operative e norme atte a garantire il diritto alla salute del cittadino detenuto nell'intento di evitare qualsiasi disparità di trattamento nella cura e nella tutela della salute tra questi e i cittadini liberi

5. Sentenza della Corte Costituzionale n.139 del 1982

La sentenza dichiara irragionevole la presunzione assoluta della persistenza della infermità e della pericolosità sociale accertata al momento del reato.

6. Le sentenze della Corte costituzionale n. 253 del 2003 e n. 367 del 2004

Le sentenze della Corte costituzionale del 2003 e 2004 offrono ampie possibilità di alternativa all'internamento in OPG. La **sentenza n. 253 del 2003** sancisce la possibilità per il giudice di adottare, in luogo del ricovero in ospedale psichiatrico giudiziario, una diversa misura di sicurezza, idonea ad "assicurare adeguate cure all'infermo di mente e a far fronte alla sua pericolosità sociale" affermando la supremazia della cura sulla sorveglianza. La **sentenza n. 367 del 2004** dichiara l'illegittimità costituzionale dell'applicazione provvisoria della misura di sicurezza "nella parte in cui non consente al giudice di disporre, in luogo del ricovero in ospedale psichiatrico giudiziario, una misura di sicurezza non detentiva, prevista dalla legge, idonea ad assicurare alla persona inferma di mente cure adeguate e a contenere la sua pericolosità sociale."

7. Sentenza n. 9163 del 2005 della Cassazione, sezioni unite penali,

La sentenza n. 9163 del 2005 della Cassazione, sezioni unite penali, amplia il ricorso alla non imputabilità ai sensi dell'art. 88 e 89 c.p. alle persone con disturbi di personalità, sempre che siano di consistenza, intensità, rilevanza e gravità tali da concretamente incidere sulla stessa, non così invece le "anomalie del carattere" e "gli stati emotivi e passionali" che non rivestano altrettanta incisività sulle capacità di autodeterminarsi del soggetto.

8. Il tentativo del Governo nel 2004 di costruire nuovi Opg - Nuovi Opg sventati

Nei primi anni del 2000 la paura diviene ideologia diffusa e il tema della sicurezza assume centralità e viene letto, sempre più in maniera trasversale, come problema di ordine pubblico piuttosto che questione da affrontare attraverso l'aumento delle garanzie sociali e dei diritti per tutti.

Nel 2004, nel silenzio e nell'omertà diffusa, il Governo (Berlusconi) istituisce a Castiglione delle Stiviere un **Opg per minori**, dove sono internati 9 ragazzi, tutti extracomunitari. La denuncia fatta dal Forum nell'incontro di Camaiore del dicembre 2004, rimbalzata poi alle cronache nazionali, produce interpellanze di parlamentari e l'intervento tempestivo dell'allora sottosegretario Guidi con la chiusura del reparto.

Nello stesso anno il Governo progetta, insieme ai direttori degli OPG, la costituzione di due **"centri sperimentali psichiatrico forensi"** a Gerace in Calabria ed ad Ussana in Sardegna, veri e propri nuovi manicomi giudiziari. In nome del criterio della "territorialità", della necessità di avvicinare le persone internate ai loro territori di origine, si prevede un aumento di quasi duecento nuovi posti in OPG per persone sottoposte alla misura di sicurezza ma anche per detenuti difficilmente controllabili in carcere.

Contro questi istituti si è speso con forza il Forum coinvolgendo associazioni ed istituzioni, informando e denunciando. Infine l'intervento dell'assessore alla Salute Nerina Dirindin in Sardegna che ha revocato la delibera di istituzione del centro di Ussana nel 2005 e l'intervento dell'assessore Doria Lomoro in Calabria hanno impedito il proseguo dei progetti e sventato l'apertura di due nuovi OPG.

Si avvia infine in quegli anni la ristrutturazione di un reparto a Barcellona Pozzo di Gotto per il trasferimento dell'ospedale psichiatrico giudiziario femminile da Castiglione delle Stiviere. Il padiglione viene ristrutturato ma il trasferimento delle donne non è mai avvenuto.

9. Proposta di un gruppo di lavoro interministeriale per la riorganizzazione degli Opg per la riorganizzazione degli OPG del novembre 2006

Nel 2004 la Commissione interministeriale Giustizia-Salute istituita nel 2002, costituisce un "**gruppo di lavoro per i problemi degli ospedali psichiatrici giudiziari**" onde rispondere all'incarico di "proporre possibili modelli innovativi" nei confronti "di soggetti pericolosi affetti da patologie psichiatriche e ricoverati negli ospedali psichiatrici giudiziari". Del gruppo di lavoro fanno parte 3 tecnici della regione Emilia Romagna e Campania, 3 direttori di OPG oltre che funzionari dei due ministeri.

Lo studio evidenzia, tra l'altro, che il 50% della popolazione internata, circa 1200 persone, ha una misura di sicurezza di due anni e che è elevato il numero delle proroghe.

Le proposte della Commissione prevedono, a breve e medio termine, la diminuzione delle persone internate attraverso l'utilizzazione delle normative vigenti ma a lungo termine, sotto la dicitura del "superamento dell'attuale sistema degli Opg attraverso la realizzazione di un sistema integrato di psichiatria penitenziario", prevedono un raddoppio del numero dei posti di internamento - rispettivamente a gestione del dipartimento dell'amministrazione penitenziaria e a gestione dell'azienda sanitaria - tra posti in OPG (300 in 3 OPG), 2 centri nazionali di psichiatria penitenziaria (200 in 2 OPG), centri diagnostico terapeutici presso gli istituti di pena, uno in tutte le Regioni (300 posti), strutture residenziali ad alta intensità terapeutica e media sicurezza (500 posti), strutture residenziali a media intensità terapeutica e bassa sicurezza (500-1000 posti).

Quanto previsto dalla Commissione non viene attuato, ma viene parzialmente ripreso nel DPDC del 2008.

10. Il DPCM 1 aprile 2008

La promulgazione del decreto del Presidente del consiglio dei Ministri del 1 aprile 2008, per il "trasferimento delle competenze sanitarie, dei rapporti di lavoro, delle risorse sanitarie e delle attrezzature e dei beni strumentali" dalla sanità penitenziaria al sevizio sanitario nazionale, già peraltro previsto dal decreto presidenziale n. 230 del 10/11/99 non pienamente applicato, riavvia una ripresa di attenzione e di progettualità sulla medicina penitenziaria e sull'OPG.

Al fine di dare completa attuazione al riordino della medicina penitenziaria di cui al citato decreto legislativo n. 230 del 1999, comprensivo dell'assistenza sanitaria negli istituti penitenziari minorili, nei centri di prima accoglienza e negli ospedali psichiatrici giudiziari viene emanato il 1 aprile 2008

Rimandando alla lettura attenta del decreto, si ricorda che lo stesso in maniera specifica tratta di salute mentale e dell'OPG come di seguito riportato.

L'art 5 - Ospedali psichiatrici giudiziari e case di cura e custodia - definisce il trasferimento alle Regioni in cui sono ubicati gli OPG delle funzioni sanitarie degli stessi.

Rimanda all'allegato C del DPCM la disciplina degli interventi che le Regioni devono attuare attraverso le Aziende Sanitarie.

Istituisce presso la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano il Comitato paritetico interistituzionale.

L'art.8 norma il trasferimento nelle Regioni a statuto speciale e nelle Province autonome: il Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria e il Dipartimento Giustizia Minorile mantengono le funzioni e le rispettive risorse, umane, finanziarie, strumentali relativamente alle Regioni a statuto speciale nelle more del trasferimento delle funzioni alle Regioni stesse.

Nell'allegato A è presente la sessione "Prevenzione, cura e riabilitazione della salute mentale". La prevalenza di malattie mentali negli istituti di pena è stimata pari al 16%,

per la maggior parte trattasi di disturbi che sopravvengono durante la detenzione. Devono essere garantite "ai soggetti malate tutte le possibilità di cura e riabilitazione previste dai servizi del territorio, attraverso la presa in carico con progetti individualizzati, sia all'interno che all'esterno" Va garantita, attraverso gli opportuni contatti con il servizio territoriale di competenza della persona attuati dal servizio di salute mentale che l'ha in carico nell'istituto, la continuità assistenziale dopo la dimissione.

Nella sessione "Indicazione sui modelli organizzativi" e in particolare in "Indicazioni specifiche nel settore della salute mentale" si prevede l'istituzione nelle carceri di "sezioni o reparti a custodia attenuata, in prossimità dell'infermeria, per i trattamenti terapeutico - riabilitativi, con funzione di osservazione per l'accertamento anche delle infermità psichiche…". In tali reparti sono accolte le persone con malattia mentale sopravvenuta che non necessitino del trasferimento in OPG o anche le persone condannate a pena diminuita perché affette da vizio parziale di mente.

11. La Commissione parlamentare d'inchiesta sul Servizio Sanitario Nazionale

A livello istituzionale e governativo rispetto al superamento dell'OPG nuovo impulso è stato dato dal lavoro della Commissione parlamentare d'inchiesta sul Servizio Sanitario Nazionale, presieduta dal sen. Ignazio Marino. Nel mese di giugno e luglio 2010 la stessa **ha visitato tutti gli istituti**, definendo la detenzione negli OPG un "ergastolo bianco ... in una sorte di inferno organizzato".

Il Senato il 22 novembre scorso ha sostenuto all'unanimità un ordine del giorno proposto dalla stessa Commissione d'inchiesta che chiedeva, entro la fine dell'anno, la dimissione dall'OPG dei 300 pazienti "dimissibili" attraverso l'attivazione e la presa in carico da parte delle Aziende Sanitarie.

Elenco documentazione citata:

- Dal Codice Penale:
  - articoli 88 e 89 (c.p.) sulla imputabilità degli autori di reato vizio totale o parziale di mente
  - gli artt 203 e 208 c.p. sulla pericolosità sociale e il riesame della stessa
  - l'art 215 c.p. sulle specie delle misure di sicurezza
  - l'art.222 c.p. sul ricovero in Opg
- Categorie giuridiche che prevedono l'internamento in OPG
- Legge 354 del 1975 sull'ordinamento penitenziario e l'esecuzione della pena e le successive modifiche
- Sentenza della Corte Costituzionale n.139 del 1982 persistenza della infermità e della pericolosità sociale
- Sentenze della Corte Costituzionale n. 253 del 2003 sulla non obbligatorietà della misura di sicurezza, in OPG, del socialmente pericoloso
- Sentenze della Corte Costituzionale n. 367 del 2004 sull'incostituzionalità delle misure di sicurezza in OPG
- Sentenza della Corte Cassazione n. 9163 del 2005 sui disturbi della personalità e la capacità di intendere e volere
- Tentativo del Governo nel 2004 di costruire nuovi Opg
- Proposta formulata nel novembre 2006 da un gruppo di lavoro interministeriale per la riorganizzazione degli Opg
- DPCM 1 aprile 2008 sul passaggio alla sanità della medicina penitenziaria
- Relazione sugli OPG fatta nel luglio 2010 dalla Commissione parlamentare d'inchiesta sulla efficacia ed efficienza del sistema sanitario