

# BREVE STORIA DEGLI OSPEDALI PSICHIATRICI GIUDIZIARI ITALIANI

Ilaria Lega (a), Andrea Di Cesare (b), Debora Del Re (a)

(a) *Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, Istituto Superiore di Sanità, Roma*

(b) *Policlinico Universitario Agostino Gemelli, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma*

## Le origini

Il principio di custodire e curare i malati di mente autori di reato in strutture distinte dal carcere e dalle strutture psichiatriche ordinarie nasce in Inghilterra, dove il Parlamento durante il regno di Giorgio III, il 28 luglio 1800, emanò l'*Insane Offender's Act*, l'atto con cui si riconosceva formalmente la "follia delinquente" (Borzacchiello, 2007). Questa legge disponeva che qualunque persona affetta da alienazione mentale responsabile di atti criminali venisse assolta, ma tenuta sotto stretta sorveglianza per una durata di tempo e in un luogo scelto dalla Corte, fino a che il re non revocasse la misura. Furono costruiti manicomi speciali per i "delinquenti folli" a Dundrum in Irlanda (1850), a Perth in Scozia (1858) e a Broadmoor in Inghilterra (1863) (Borzacchiello, 2007).

In Italia nel 1876 fu inaugurata la Sezione per maniaci presso l'antica Casa penale per invalidi di Aversa (CE), primo nucleo di quegli istituti denominati qualche anno dopo manicomi criminali, che accoglieva soprattutto soggetti "impazziti" in carcere. Nel 1886, dal momento che Aversa non era più in grado di soddisfare le esigenze di tutto il Regno d'Italia, venne istituito un secondo manicomio criminale a Montelupo Fiorentino. Denominate dal 1890 manicomi giudiziari, queste prime strutture furono riconosciute non già da una norma di legge ma da un provvedimento amministrativo quale il "Regolamento generale degli stabilimenti carcerari" del 1891, che stabiliva che "ai condannati colpiti da alienazione mentale che devono scontare una pena maggiore di un anno sono destinati speciali stabilimenti, manicomi giudiziari nei quali si provveda ad un tempo alla repressione e alla cura" (Manacorda, 1980; Borzacchiello, 2007).

I manicomi giudiziari sono destinati ad aumentare di numero: nel 1892 sorge il terzo a Reggio Emilia, nel 1923 quello di Napoli S. Efremo, nel 1925 quello di Barcellona Pozzo di Gotto (ME). La gestione dei manicomi giudiziari viene affidata a un direttore amministrativo, mentre i medici chirurgi alienisti, col titolo di direttori sanitari, si occupano dell'aspetto terapeutico (Borzacchiello, 2007). I primi decenni di attività di questi istituti non sono semplici: gli alienisti contestano la posizione subordinata che occupano rispetto al direttore amministrativo ed evidenziano le difficoltà di superare i limiti imposti dal regolamento carcerario che non tiene conto della specificità dei malati. Anche le condizioni igienico-strutturali sono critiche, Cesare Lombroso scrive nel 1903 (a circa trent'anni dall'apertura della Sezione per maniaci): "vi è in Aversa un manicomio criminale che potrebbe chiamarsi un'immensa latrina" (Manacorda, 1980; Borzacchiello, 2007).

Dopo diversi decenni di gestione in assenza di leggi che disciplinano la materia, fu il Codice Rocco del 1930 a introdurre gli istituti giuridici dell'incapacità per vizio di mente, della pericolosità sociale e della misura di sicurezza, tra cui la misura del manicomio giudiziario, così come tuttora in vigore (Fioritti & Melega, 2000).

Con il Codice Rocco si afferma il cosiddetto sistema del "doppio binario", ossia la possibilità di condannare il reo sano o prosciogliere il reo affetto da vizio di mente avviandolo alla libertà –

se non pericoloso socialmente – o alla misura di sicurezza dell'internamento nel manicomio giudiziario qualora giudicato pericoloso socialmente sotto il profilo psichiatrico. Dopo l'approvazione del Codice Rocco la popolazione dei manicomi giudiziari si modifica: il numero dei prosciolti per infermità mentale comincia a superare quello dei detenuti con infermità mentale sopravvenuta durante la detenzione.

Nel 1939 viene stipulata una convenzione che stabilisce la nascita di una sezione giudiziaria all'interno del manicomio civile di Castiglione delle Stiviere (MN), nei pressi di Desenzano del Garda. Castiglione delle Stiviere costituirà anche nei decenni successivi un'eccezione, divenendo l'unico Ospedale Psichiatrico Giudiziario (OPG) ad essere una struttura sostanzialmente sanitaria senza la presenza costante della polizia penitenziaria, e l'unico ancora oggi provvisto di una sezione femminile.

Mentre a partire dagli anni '60 del secolo scorso il manicomio civile e il carcere in quanto "istituzioni totali"<sup>4</sup> sono al centro di un dibattito e di uno scontro politico e culturale, il manicomio giudiziario resta ai margini della discussione. L'opinione pubblica in quegli anni ignora tali istituzioni, la loro esistenza, la loro dislocazione geografica, il loro funzionamento (Manacorda, 1980):

"A ciò hanno contribuito i pubblici poteri. Quello esecutivo ha sempre mantenuto [...] una robusta cortina di "discrezione" sugli istituti e sul loro funzionamento. Il legislatore non lo ha mai affrontato come problema, se non in modo sporadico, in un'ottica del tutto marginale e accessoria al più generale problema penitenziario. La stampa e gli altri strumenti di informazione [...] si erano limitati a dare su questi temi un'informazione in genere di carattere eccezionale [...], con notevole scarsità di analisi globali e di esame critico. Tra i magistrati, i soli ad occuparsene in modo approfondito erano i pochissimi giudici di sorveglianza cui il problema incombeva anzitutto come dovere d'ufficio".

Solo alcuni fatti di cronaca rompono il silenzio e l'indifferenza che circonda i manicomi giudiziari: celebre il caso di Antonia Bernardini, una donna romana morta nel 1975 in seguito alle ferite riportate nell'incendio del materasso del letto al quale era stata legata per alcuni giorni nel manicomio giudiziario femminile di Pozzuoli, sorto nel 1955, dove era in attesa di processo da oltre un anno. La struttura di Pozzuoli fu chiusa quello stesso anno, e le pazienti trasferite a Castiglione delle Stiviere (Borzachiello, 2007).

## La faticosa ricerca di un'alternativa: 1975-2008

La Legge di riforma dell'assistenza psichiatrica del 1978 nota come "Legge 180", fautrice di una vera e propria rivoluzione culturale e della pratica clinica psichiatrica in Italia, lasciò da parte gli OPG che rimasero sotto la responsabilità del Ministero della Giustizia. Mentre quindi i vecchi ospedali psichiatrici venivano chiusi e con i Dipartimenti di Salute Mentale (DSM) nasceva in Italia la psichiatria territoriale, le istituzioni per i pazienti psichiatrici autori di reato rimanevano ancorate alla normativa del 1975, che pur avendo modificato la precedente dicitura di "manicomio giudiziario" in quella di "Ospedale Psichiatrico Giudiziario" (OPG) e introdotto la possibilità per il paziente ivi ricoverato di trascorrere parte del giorno fuori dall'istituto, aveva mantenuto inalterate le principali caratteristiche di quelle strutture.

Si è così compiuta una scissione che è stata definita un paradosso italiano, ossia quello di una nazione in cui sono coesistiti per decenni uno dei sistemi di assistenza psichiatrica territoriale tra

---

<sup>4</sup> Dalla definizione di Erving Goffman in *Asylums, le istituzioni totali: i meccanismi dell'esclusione e della violenza*, pubblicato in Italia nel 1968 da Einaudi con l'introduzione di Franco e Franca Basaglia.

i più radicali e avanzati del panorama internazionale e un sistema psichiatrico-forense di impianto ottocentesco (Fioritti & Melega, 2000).

È pur vero che, se non direttamente, la “Legge 180” ha avuto un effetto di rinnovamento anche sugli OPG giacché a dirigerli c’erano degli psichiatri, portatori di una cultura in trasformazione al pari di chi lavorava nei neonati servizi psichiatrici territoriali (Andreoli, 2002). Non a caso è proprio dai clinici impegnati quotidianamente all’interno degli OPG che provengono ripetute e a lungo inascoltate segnalazioni sul malfunzionamento delle strutture, la scarsità di personale, la necessità di formazione degli operatori (Scarpa, 1998).

Ignorato dalla psichiatria territoriale del Servizio Sanitario Nazionale (SSN), il sistema psichiatrico-forense italiano si è completamente identificato con i sei OPG nazionali, la cui organizzazione, pur differenziata nelle varie realtà sociali e regionali nelle quali tali istituti sono situati, si è confrontata con la comune difficoltà di essere un servizio di effettiva natura e priorità sanitaria in una cornice carceraria (Scarpa, 1998).

Gli anni ’80 e ’90 del secolo scorso hanno visto naufragare alcune proposte di legge che con diverse modalità si proponevano di intervenire sulla condizione dei pazienti con disturbi psichiatrici autori di reato. Fra queste, per citarne solo alcune, il disegno di legge del 1983 detto progetto Vinci Grossi che, con lo scopo di uniformare il più possibile il trattamento del folle-reo e quello del criminale senza vizio di mente, proponeva da un lato la chiusura e lo smantellamento degli OPG, dall’altro l’abolizione del concetto stesso di incapacità di intendere e di volere e di vizio totale di mente; la proposta di legge della Fondazione Michelucci del 1997 su iniziativa delle Regioni Toscana e Emilia Romagna che, mantenendo l’istituto giuridico della non imputabilità e il concetto di pericolosità sociale, affermava la necessità di una regionalizzazione delle strutture destinate alla presa in carico dei pazienti psichiatrici autori di reato con il coinvolgimento diretto dell’SSN (Scarpa, 1998).

La sentenza n. 253 del 18 luglio 2003 della Corte Costituzionale ben riassume l’immobilismo legislativo degli anni precedenti:

“mentre solo il legislatore (la cui inerzia in questo campo, caratterizzato da scelte assai risalenti nel tempo e mai riviste alla luce dei principi costituzionali e delle acquisizioni scientifiche, non può omettersi di rilevare ancora una volta) può intraprendere la strada di un ripensamento del sistema delle misure di sicurezza, con particolare riguardo a quelle previste per gli infermi di mente autori di fatti di reato, e ancor più di una riorganizzazione delle strutture e di un potenziamento delle risorse, questa Corte non può sottrarsi al più limitato compito di eliminare l’accennato automatismo [*nota dei curatori*: del ricovero in OPG] consentendo che, pur nell’ambito dell’attuale sistema, il giudice possa adottare, fra le misure che l’ordinamento prevede, quella che in concreto appaia idonea a soddisfare le esigenze di cura e tutela della persona, da un lato, di controllo e contenimento della sua pericolosità sociale dall’altro lato”.

Nel 2004 con Decreto Ministeriale veniva istituito un gruppo tecnico per gli OPG nell’ambito della Commissione interministeriale Giustizia-Salute per lo studio delle problematiche relative al riordino della medicina penitenziaria, composto da esperti dell’SSN e del Dipartimento per l’Amministrazione Penitenziaria (DAP) con il compito di proporre possibili modelli di intervento innovativi per i pazienti psichiatrici autori di reato. Il gruppo di lavoro nel 2006 concludeva che:

“sulla base della documentazione esaminata e delle risultanze delle visite conoscitive effettuate in tutti gli OPG, malgrado gli sforzi che le singole Direzioni hanno realizzato per coniugare positivamente la funzione di custodia con quella di trattamento e cura delle persone ricoverate in OPG, la vetustà delle strutture, tutte – con l’unica eccezione di Castiglione delle Stiviere e Barcellona Pozzo di Gotto - edificate con altre finalità, la

concentrazione degli internati, la commistione più varia di condizioni cliniche e percorsi giuridici, l'inadeguatezza numerica del personale di area sanitaria, l'assenza di formazione specifica in un settore così delicato, rendono tali sforzi il più delle volte vani" (Ditta *et al.*, 2006).

Fra le proposte operative elaborate per superare le contraddizioni riscontrate vi erano: nel breve periodo la ridefinizione quali-quantitativa degli organici del personale operante in OPG afferente sia all'amministrazione penitenziaria che ai DSM competenti per territorio; l'avvio di un programma pluriennale di formazione con particolare attenzione al tema della diagnosi, del trattamento e della riabilitazione psichiatrica e psicosociale; la regionalizzazione degli internamenti in OPG. Nel lungo periodo proponevano la messa a punto di un sistema integrato di psichiatria penitenziaria che prevedesse anche la realizzazione di strutture residenziali regionali ad alta intensità terapeutica e media sicurezza da affiancare ad altre con media intensità terapeutica e bassa sicurezza, da attivare nelle ASL (Aziende Sanitarie Locali).

Nel 2008 la questione degli OPG italiani assume rilievo europeo: il Comitato europeo per la prevenzione della tortura e delle pene o trattamenti inumani o degradanti visita l'OPG di Aversa. Il rapporto pubblicato dopo la visita evidenziava le scadenti condizioni della struttura, la necessità di migliorare il regime quotidiano di degenza dei pazienti aumentando il numero e la varietà dei trattamenti loro garantiti, e implementando, nonostante la buona qualità delle relazioni fra i pazienti e il personale osservate nel corso della visita, l'insufficiente dotazione di personale sanitario rispetto al numero e alle necessità terapeutiche dei ricoverati (CPT, 2010).

## **Un passo concreto verso il superamento dell'OPG: il DPCM 1° aprile 2008**

Il DPCM (Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri) 1° aprile 2008 sul trasferimento di funzioni, personale, beni, attrezzature e finanziamento della sanità penitenziaria all'SSN, mantenendo invariata la legislazione penale, nell'Allegato C definiva finalmente alcune linee guida operative per il superamento degli OPG.

In base al DPCM 1° aprile 2008 la responsabilità della gestione sanitaria degli OPG doveva essere assunta dalle Regioni in cui gli stessi hanno sede e la competenza sull'assistenza psichiatrica trasferita completamente ai DSM nel cui territorio di competenza gli OPG sono situati.

In linea con le riflessioni elaborate negli anni precedenti – e come suggerito anche dalle conclusioni delle ricerche sul campo di Angelo Fioritti e Vittorino Andreoli descritte nel capitolo "Valutazione psichiatrica dei pazienti ricoverati negli Ospedali Psichiatrici Giudiziari: uno studio *ad hoc*" sul progetto dell'Istituto Superiore di Sanità – l'ambito territoriale è individuato dal DPCM come:

“la sede privilegiata per affrontare i problemi della salute, della cura, della riabilitazione delle persone con disturbi mentali per il fatto che nel territorio è possibile creare un'efficace sinergia tra i diversi servizi sanitari, tra questi e i servizi sociali, tra le Istituzioni e la comunità per il fine fondamentale del recupero sociale delle persone” (DPCM, 2008, Premessa Allegato C).

Per scongiurare il sovraffollamento dell'OPG e giungere ad un più idoneo rapporto tra pazienti e operatori sanitari il DPCM partiva dalle modalità vigenti sull'accesso in OPG del paziente autore di reato, che comprendevano – e comprendono sostanzialmente tuttora – cinque categorie di persone:

- *Categoria 1*  
la persona con un disturbo psichiatrico che ha commesso un reato ed è stata prosciolta perché ritenuta totalmente incapace di intendere e di volere, se giudicata socialmente pericolosa sulla base di una perizia psichiatrica, viene sottoposta alla misura di sicurezza dell'internamento in OPG di durata proporzionale al delitto commesso (2, 5 o 10 anni), prorogabili dal magistrato di sorveglianza in base al giudizio clinico dei sanitari dell'OPG;
- *Categoria 2*  
la persona che ha commesso un reato ed è stata giudicata parzialmente incapace di intendere e di volere e socialmente pericolosa, scontata in carcere una pena diminuita di un terzo, viene trasferita dal carcere all'OPG per scontare la misura di sicurezza, la cui durata è sempre rapportata al tipo di reato commesso;
- *Categoria 3*  
la persona imputata in qualsiasi grado di giudizio viene sottoposta alla misura di sicurezza dell'internamento provvisorio in OPG in attesa del giudizio definitivo se vi è una presunta pericolosità sociale;
- *Categoria 4*  
la persona detenuta già condannata può giungere in OPG dal carcere per un'infermità mentale sopravvenuta durante la detenzione e rimanervi per il periodo stimato necessario alla cura, al termine del quale fa ritorno in carcere;
- *Categoria 5*  
la persona imputata, detenuta in ogni grado di giudizio o già condannata, può essere inviata in OPG dal carcere per essere sottoposta ad osservazione psichiatrica, per un periodo non superiore a 30 giorni.

Tramite l'attivazione all'interno degli istituti di pena di reparti destinati alla cura dei detenuti con disturbi mentali sopravvenuti nel corso della detenzione (Categoria 4 e 5 del suddetto elenco) i detenuti sarebbero stati curati all'interno del carcere e non sarebbero più giunti in OPG con conseguente riduzione del numero dei ricoverati in OPG<sup>5</sup>.

I sei DSM situati nel territorio di competenza degli OPG erano chiamati a provvedere a piani individualizzati di trattamento, in collaborazione con i servizi sanitari della propria azienda sanitaria e con i servizi sociali del territorio, e a esercitare funzioni di raccordo nei confronti delle aziende sanitarie di provenienza dei pazienti ospitati presso gli OPG, in vista del successivo reinserimento dei pazienti nel territorio di residenza. Tali provvedimenti erano il fulcro di un processo volto a promuovere percorsi riabilitativi orientati al reinserimento sociale dei ricoverati, diminuendo in tal modo anche il carico di pazienti degli OPG e favorendo così il raggiungimento di un più idoneo rapporto tra operatori e pazienti ivi alloggiati. Nell'intento del DPCM ogni Regione italiana, nell'ambito dei propri atti di programmazione specifici, avrebbe dovuto affrontare la questione della cura, della riabilitazione e dell'inclusione sociale dei pazienti con disturbo psichiatrico autori di reato, sia stabilendo rapporti di collaborazione e di intesa con le Regioni impegnate nella gestione degli OPG, sia organizzando i servizi e i presidi necessari per dare risposte appropriate a questo tipo di pazienti. Le azioni indicate dovevano pertanto preludere alla restituzione ad ogni Regione italiana della quota di internati in OPG di provenienza dai propri territori e all'assunzione della responsabilità per la presa in carico.

Per favorire questo processo anche tramite la contiguità geografica, il DPCM individuava dei bacini di riferimento regionali in modo che ogni OPG divenisse la sede per i ricoveri di pazienti

<sup>5</sup> Nel 2005 i presenti OPG erano complessivamente 1057, i detenuti condannati con sopravvenuta infermità mentale erano l'8,1% dei presenti, i soggetti in osservazione l'1,8% (Ditta, 2011).

delle Regioni limitrofe (all'OPG di Castiglione delle Stiviere dovevano essere assegnati i pazienti provenienti dal Piemonte, dalla Valle d'Aosta, dalla Liguria, oltre naturalmente dalla Lombardia, e le pazienti provenienti da tutte le Regioni considerando che tale struttura è l'unica con una sezione femminile; all'OPG di Reggio Emilia, i pazienti delle Regioni Veneto, Trentino-Alto Adige, Friuli-Venezia Giulia e Marche, oltre che dall'Emilia Romagna; all'OPG di Montelupo Fiorentino, gli internati della Toscana, dell'Umbria, del Lazio e della Sardegna; all'OPG di Aversa e all'OPG di Napoli, gli internati della Campania, dell'Abruzzo, del Molise, della Basilicata e della Puglia; all'OPG di Barcellona Pozzo di Gotto, gli internati della Sicilia e della Calabria).

A tre anni dall'entrata in vigore del decreto il Ministero della Salute faceva il punto sul suo stato di attuazione. La responsabilità della gestione sanitaria degli OPG era stata effettivamente assunta dalle Regioni in cui gli stessi hanno sede per cinque dei sei OPG nazionali; l'OPG di Barcellona Pozzo di Gotto rimaneva nella situazione antecedente al 2008 giacché la Regione Sicilia non aveva ancora recepito il decreto (Ditta, 2011).

Anche la regionalizzazione dei ricoveri era stata in gran parte attuata: dei 1378 pazienti presenti in OPG al luglio 2011, più dell'85% dei pazienti maschi si trovava collocato nell'OPG di competenza territoriale; non si era invece dato seguito al rientro nelle carceri di provenienza dei ricoverati in OPG per disturbi psichici sopravvenuti durante l'esecuzione della pena; stentava inoltre ad avviarsi anche la predisposizione di programmi di cura, riabilitazione e recupero sociale condivisa tra Regione titolare della competenza gestionale dell'OPG e le Regioni limitrofe (Ditta, 2011). All'ottobre 2011 solo undici Regioni (incluse 4 delle 5 Regioni sede di OPG) avevano avviato la rivalutazione clinica e giuridica dei propri pazienti, condizione preliminare al rientro nei territori di provenienza (Ditta, 2011).

Diversamente da come si era sperato con l'approvazione del DPCM, bisognava quindi constatare che il processo di superamento procedeva con passo così lento da temere che non si riuscisse infine a realizzarlo.

## **Indagine sugli OPG della Commissione parlamentare e la Legge 9/2012**

Nel periodo compreso tra luglio e dicembre 2010, gli OPG sono oggetto di un'indagine sul campo da parte della "Commissione parlamentare d'inchiesta sull'efficacia e l'efficienza del Servizio Sanitario Nazionale", presieduta dal senatore Ignazio Marino. Al termine dell'indagine, che ha previsto ripetuti sopralluoghi a sorpresa nei sei OPG nazionali, il 20 luglio 2011 la Commissione approva la "Relazione sulle condizioni di vita e di cura all'interno degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari", contenente i risultati delle indagini compiute in merito alle condizioni igienico-sanitarie, organizzative e clinico-psichiatriche delle strutture (Commissione parlamentare di inchiesta sull'efficacia e l'efficienza del servizio sanitario nazionale, 2011).

L'assetto strutturale e le condizioni igienico-sanitarie di tutti gli OPG, ad eccezione di quello di Castiglione delle Stiviere e in parte di quello di Napoli, vengono definite "gravi e inaccettabili"; la dotazione di personale deputato all'assistenza socio-sanitaria è considerata carente, in particolare per quanto riguarda l'assistenza medico specialistica e infermieristica. Viene riscontrata inoltre la mancanza di puntuale documentazione relativa alle contenzioni fisiche dei ricoverati.

La relazione individua alcuni interventi da mettere in atto con urgenza per completare l'attuazione del passaggio di competenza all'SSN così come previsto dal DPCM del 2008.

In primo luogo l'adeguamento di locali, attrezzature e arredi agli standard ospedalieri e una nuova articolazione interna delle strutture in piccole "unità contigue" delle degenze, assimilabili a piccoli reparti. Inoltre, "attraverso commissioni specialistiche incaricate dalle ASL competenti è necessario dare avvio, al più presto e attraverso strumenti clinici validati di assessment, alla rivalutazione sanitaria specialistica dei singoli casi, uno ad uno, finalizzata all'elaborazione di un progetto riabilitativo individuale di recupero psicosociale, dettagliato per tempi, luoghi, tipologie di intervento e obiettivi perseguibili e soggetto a verifiche periodiche di attuazione e avanzamento, così da agevolare i DSM di provenienza nell'individuazione delle strutture territoriali idonee al rientro di ciascun paziente".

Parimenti ineludibili vengono giudicati dalla Commissione parlamentare:

- l'effettiva istituzione di reparti psichiatrici negli istituti di pena;
- un più stretto raccordo tra magistratura e servizi psichiatrici territoriali per prevenire il ricovero in OPG;
- l'attuazione della riforma della sanità penitenziaria anche nella Regione siciliana per sanare l'eccezione dell'OPG di Barcellona Pozzo di Gotto, fermo all'ordinamento precedente al 2008;
- la creazione di strutture di ricovero intermedio "che possano rappresentare una valida alternativa alla scelta dilemmatica tra gli estremi dell'internamento in OPG e del ricorso a modalità di libertà vigilata non sufficientemente sicure".

Nella parte conclusiva della relazione sono indicate le linee guida per una riforma legislativa della psichiatria giudiziaria: partendo dall'individuazione di:

"modalità alternative di trattamento che siano in grado di garantire terapia e riabilitazione degli infermi di mente che abbiano commesso reato unitamente all'applicazione di misure di sicurezza adeguate alle condizioni del soggetto [...], è necessario tendere a un ripensamento complessivo dell'istituto della non imputabilità e di tutti i suoi perniciosi corollari".

Fra questi perniciosi corollari ci sono le misure di sicurezza provvisorie di ricovero in OPG che si protraggono per svariati anni e le proroghe sistematiche delle misure di sicurezza dell'internamento in OPG, che rischiano di trasformarsi in "ergastolo bianco", ovvero una permanenza in OPG per tempi lunghi e indefiniti, anche superiori a quelli della pena prevista per il reato commesso.

Dopo le tante proposte legislative naufragate, le tante segnalazioni degli operatori sanitari rimaste inascoltate, le iniziative di denuncia (non ultimo il comitato di associazioni "Stop OPG"), l'operato della Commissione parlamentare ha avuto l'indubbio merito di asserire con forza la necessità di un definitivo e urgente superamento dell'OPG.

L'unanime volontà politica, l'attenzione dei media e l'opinione pubblica hanno concorso a far sì che si arrivasse in tempi rapidi all'approvazione della Legge n. 9 del 17 febbraio 2012, che ha fissato il termine ultimo per il definitivo superamento degli OPG al 1° febbraio 2013 – prorogato al 31 marzo 2015 – scandendo la tempistica per la definizione dei requisiti delle strutture alternative da realizzarsi su base regionale e stanziando finalmente le risorse necessarie per affrontare gli oneri della realizzazione e riconversione delle strutture, del loro funzionamento e dell'adeguamento del personale.

Gli OPG saranno dunque definitivamente superati. Rimane aperta la sfida della cura e della riabilitazione dei circa 1000 pazienti che attualmente si trovano ricoverati nei 6 OPG nazionali e dei futuri pazienti autori di reato. Le necessità cliniche e gli specifici bisogni di questa popolazione di pazienti sono oggi, forse per la prima volta in Italia, al centro della questione.

## Bibliografia

- Andreoli V. *Anatomia degli ospedali psichiatrici giudiziari italiani*. Roma: Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria, Ufficio studi e ricerche legislazioni e rapporti internazionali; 2002. Disponibile all'indirizzo: [www.rassegnapenitenziaria.it](http://www.rassegnapenitenziaria.it); ultima consultazione 07/11/13.
- Borzacchiello A. *I luoghi della follia: l'invenzione del manicomio criminale*; 2007. Disponibile all'indirizzo: [http://www.museocriminologico.it/documenti/carcere/manicomio\\_criminale.pdf](http://www.museocriminologico.it/documenti/carcere/manicomio_criminale.pdf); ultima consultazione 10/02/14.
- Commissione parlamentare di inchiesta sull'efficacia e l'efficienza del servizio sanitario nazionale. *Relazione sulle condizioni di vita e di cura all'interno degli ospedali psichiatrici giudiziari*. Roma: Senato della Repubblica; 2011. Disponibile all'indirizzo [http://www.senato.it/documenti/repository/commissioni/servizio\\_sanitario16/Relazione\\_OOPPGG\\_doc\\_XXII-bis\\_4.pdf](http://www.senato.it/documenti/repository/commissioni/servizio_sanitario16/Relazione_OOPPGG_doc_XXII-bis_4.pdf); ultima consultazione 10/2/14.
- CPT. *Report to the Italian Government on the visit to Italy carried out by the European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (CPT) from 14 to 26 September 2008*. Strasbourg: European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment; 2010.
- Ditta G, Fioritti A, Nuzzolo L, Starace F, Ferraro A, Rosania N, De Feo S, Mancuso A. *Commissione Interministeriale Giustizia-Salute: gruppo di lavoro per i problemi degli Ospedali psichiatrici giudiziari, OPG*. Roma: Presidenza del Consiglio dei Ministri, 2006.
- Ditta G. *Relazione sui dati forniti da Regioni e Province Autonome, Ministero della Salute e Ministero della Giustizia in attuazione dell'Accordo in Conferenza Unificata, del 26 novembre 2009, concernente la definizione di specifiche aree di collaborazione e gli indirizzi di carattere prioritario sugli interventi negli Ospedali Psichiatrici Giudiziari (OPG) e nelle Case di Cura e Custodia (CCC)*. Roma: Ministero della Salute; 2011.
- Fioritti A, Melega V. *Psichiatria forense in Italia: una storia ancora da scrivere. Epidemiol Psichiatr Soc* 2000;9(4):219-26.
- Italia. Corte Costituzionale, sentenza 18 luglio 2003, n. 253.
- Italia. Decreto Presidenza Consiglio dei Ministri 1° aprile 2008, n. 144. Modalità e criteri per il trasferimento al Servizio sanitario nazionale delle funzioni sanitarie, dei rapporti di lavoro, delle risorse finanziarie e delle attrezzature e beni strumentali in materia di sanità penitenziaria. *Gazzetta Ufficiale – Serie Generale* n. 126, 30 maggio 2008.
- Italia. Legge 17 febbraio 2012, n. 9. Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 22 dicembre 2011, n. 211, recante interventi urgenti per il contrasto della tensione detentiva determinata dal sovraffollamento delle carceri. *Gazzetta Ufficiale* n. 42, 20 febbraio 2012.
- Italia. Legge 13 maggio 1978, n. 180. Accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori. *Gazzetta Ufficiale* n. 133, 16 maggio 1978.
- Italia. Legge 26 luglio 1975, n. 354. Norme sull'ordinamento penitenziario e sull'esecuzione delle misure privative e limitative della libertà. *Gazzetta Ufficiale – Supplemento Ordinario* n. 212, 9 agosto 1975.
- Lombroso C. *La cattiva organizzazione della polizia e i sistemi carcerari*. Milano: Il momento attuale; 1903.
- Manacorda A. *Il Manicomio giudiziario: alcune note per la comprensione dei problemi attuali*. Bologna: Foro Italiano; 1980.
- Manacorda A. *Il manicomio giudiziario: cultura psichiatrica e giuridica nella storia di un'istituzione totale*. Bari: De Donato; 1982.
- Scarpa F. *Breve storia dell'Ospedale Psichiatrico Giudiziario*. Padova: Ristretti; 1998. Disponibile all'indirizzo: <http://www.ristretti.it/areestudio/salute/mentale/scarpa.htm>; ultima consultazione 28/02/14.