

## IL DEFINITIVO SUPERAMENTO DEGLI OSPEDALI PSICHIATRICI GIUDIZIARI: LA DELICATA ATTUAZIONE DELL'ART. 3-TER D.L. 211/2011.

di Giulia Valvo

SOMMARIO: 1. Premessa. – 2. Il processo di superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari. – 3. Un decreto ministeriale per definire i requisiti strutturali delle nuove residenze sanitarie. - 4. Conclusioni.

### 1. Premessa.

Negli ultimi anni è emersa una rinnovata attenzione rispetto all'annosa questione relativa al mantenimento dell'ospedale psichiatrico giudiziario (art. 222 c.p.), quale struttura deputata alla custodia e alla cura degli autori di reato, al contempo, infermi di mente (ma anche sordomuti o intossicati cronici da sostanze stupefacenti o alcool) e pericolosi per la collettività.

Infatti, le condizioni materiali di queste strutture sono state oggetto di molteplici denunce che hanno imposto la necessità di un ripensamento complessivo del settore, sollecitato in particolare dalla Commissione parlamentare di inchiesta sull'efficacia e l'efficienza del Servizio sanitario nazionale, presieduta dall'On. Ignazio Marino.

Infatti, le ispezioni effettuate dalla Commissione nei sei ospedali psichiatrici giudiziari presenti sul territorio italiano (Barcellona Pozzo di Gotto, Aversa, Napoli, Montelupo Fiorentino, Reggio Emilia e Castiglione delle Stiviere) hanno messo in luce la drammaticità e la gravità della situazione: pessime condizioni strutturali ed igienico sanitarie, sovraffollamento, assenza, pressoché totale, di attività di recupero e cure specifiche, mancanza di cure mediche, ricorso a contenzioni prolungate, abusi con riguardo alla durata dell'internamento, fanno da sfondo allo stato di completo e disumano abbandono degli internati<sup>1</sup>.

Si tratta di un bilancio non troppo dissimile da quello tracciato, nel 2008, dalla delegazione del Comitato europeo per la prevenzione della tortura e delle pene o trattamenti inumani e degradanti (CPT) in visita all'ospedale psichiatrico giudiziario di Aversa, il quale aveva osservato «*a material environment with hardly any therapeutic value, which, combined with a very limited daily regime, is, in the opinion of CPT, likely to worsen the*

---

<sup>1</sup> Così la Commissione parlamentare di inchiesta sull'efficacia e sull'efficienza del Servizio sanitario nazionale nella *Relazione dei sopralluoghi effettuati negli ospedali psichiatrici giudiziari*.

*condition of patients, most of whom have serious problems regarding contact with reality and relation with the others»<sup>2</sup>.*

In questo caso, tuttavia, il degrado e il deterioramento hanno raggiunto una gravità tale da richiedere un intervento immediato, onde evitare l'ulteriore aggravamento della lesione di diritti costituzionalmente garantiti<sup>3</sup>. Come è stato precisato dalla Corte Costituzionale, «le esigenze di tutela della collettività non potrebbero mai giustificare misure tali da recare danno, anziché vantaggio, alla salute del paziente: e pertanto, ove in concreto la misura coercitiva del ricovero in ospedale psichiatrico giudiziario si rivelasse tale da arrecare presumibilmente un danno alla salute psichica dell'infermo, non la si potrebbe considerare giustificata nemmeno in nome di tali esigenze»<sup>4</sup>.

Anche il Presidente della Repubblica, Giorgio Napolitano, ha voluto esprimere il proprio sconcerto rispetto «all'estremo orrore dei residui ospedali psichiatrici giudiziari, inconcepibile in qualsiasi paese appena appena civile [...]»<sup>5</sup>.

In questo quadro di acuta emergenza, che caratterizza in genere gli ospedali psichiatrici giudiziari, deve, peraltro, essere valorizzata la positiva esperienza di Castiglione delle Stiviere. Frutto di una convenzione stipulata tra l'azienda ospedaliera di Mantova e il Ministro della Giustizia, la predetta struttura è, infatti, caratterizzata da un'organizzazione su base sanitaria, senza la presenza costante della polizia penitenziaria, la quale si limita a un'attività di vigilanza esterna, intervenendo all'interno della struttura solo se necessario<sup>6</sup>.

## **2. Il processo di superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari.**

Lo stato in cui versano gli ospedali psichiatrici giudiziari ha indotto la scienza psichiatrica, in particolar modo la c.d. "psichiatria democratica", a richiedere il completo superamento della logica manicomiale e, conseguentemente, l'abbandono della misura di sicurezza dell'ospedale psichiatrico giudiziario, ritenendo necessaria la cura dell'infermità mentale «nei luoghi della normalità», cioè nei contesti di vita, nelle istituzioni sanitarie, sociali e giudiziarie «che a tutti i cittadini, per un motivo o per l'altro, accade di attraversare nel corso della loro vita»<sup>7</sup>.

---

<sup>2</sup> Cit. *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 from 14 to 26 September 2008*, p. 56.

<sup>3</sup> Il riferimento va al Provvedimento relativo all'OPG di Montelupo Fiorentino del 26.07.2011, che dispone il sequestro della "sala contenzioni" e di parte della "sezione Ambrogiana" e al Provvedimento relativo all'OPG di Barcellona Pozzo di Gotto del 26.07.2011, che dispone il sequestro della "sala contenzioni" e del "reparto I".

<sup>4</sup> Cit. Sent. Corte Cost. n. 253/2003.

<sup>5</sup> Discorso tenuto in occasione del Convegno "Giustizia! In nome della legge e del popolo sovrano per la riforma della giustizia italiana, promosso dal Partito Radicale" (28-29 luglio 2011).

<sup>6</sup> Vedi ZAPPA G., ROMANO C.A., *Infermità mentale, pericolosità sociale e misure di sicurezza alla prova degli anni duemila*, in *Rass. penit. crim.*, 1999, p. 103, che lo definiscono «più ospedale che carcere».

<sup>7</sup> Cit. DELL'ACQUA G., *Lettera aperta di Peppe Dell'Acqua*, in *www.news-forumsalutementale.it*.

Queste considerazioni non sembrano aver trovato seguito nella dottrina penalistica, la quale ha ritenuto opportuno collocare la denuncia delle condizioni dei ricoverati e le critiche allo stesso sistema delle misure di sicurezza su piani differenti<sup>8</sup>.

A fronte di questa contrapposizione, la volontà politica di porre fine alla sistematica violazione dei diritti fondamentali della persona all'interno di queste strutture ha trovato concretizzazione in un intervento dettato dall'urgenza che, senza modificare la disciplina penale vigente, permettesse una nuova organizzazione dei luoghi deputati all'esecuzione delle misure di sicurezza detentive, con particolare attenzione all'elaborazione di programmi terapeutici individuali.

Infatti, il tema, definito «emergenza nell'emergenza penitenziaria»<sup>9</sup>, è stato affrontato nel corso della conversione del decreto legge n. 211 del 22 dicembre 2011<sup>10</sup>, predisposto per contrastare il sovraffollamento carcerario. In quest'ambito è stato presentato un emendamento che proponeva di inserire nel testo del decreto un art. 3-bis, recante «*disposizioni per il definitivo superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari e per la realizzazione dell'utilizzo delle risorse del Servizio sanitario nazionale e dell'Amministrazione penitenziaria*»<sup>11</sup>.

Questo emendamento è stato approvato dal Senato (con alcune modifiche rispetto al testo originario presentato in Commissione) il 25 gennaio 2012 e ha completato il suo iter legislativo alla Camera, dove è stato definitivamente approvato il 14 febbraio 2012 (legge n. 9/2012 del 17 febbraio 2012, G.U. n. 42 del 20 febbraio 2012). Nel testo entrato in vigore, diversamente rispetto all'iniziale collocazione, bisogna fare riferimento all'art. 3-ter, recante, più semplicemente, «*disposizioni per il definitivo superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari*».

L'art. 3-ter è una disposizione piuttosto articolata e complessa perché finalizzata a scandire in dettaglio il processo di superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari, attraverso tempistiche certe e finanziamenti opportunamente calibrati, portando a compimento il trasferimento della sanità penitenziaria al Servizio sanitario nazionale, avviato dal D.P.C.M. 1 aprile 2008.

Infatti, l'incipit della disposizione richiama le fasi del percorso di superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari individuate dall'allegato C al D.P.C.M. 1 aprile 2008: (1) il trasferimento della responsabilità della gestione sanitaria alle Regioni di appartenenza; (2) la distribuzione degli internati in base alla realtà geografica di provenienza; (3) la restituzione ad ogni Regione della quota di internati in ospedale psichiatrico giudiziario di provenienza dai propri territori e l'assunzione della responsabilità per la presa in carico, attraverso programmi terapeutici e riabilitativi da attuarsi all'interno della struttura.

In questo modo il progetto tendeva alla *sanitarizzazione* delle modalità esecutive della misura di sicurezza, cercando di evitare gli effetti negativi dovuti allo

---

<sup>8</sup> Vedi PELISSERO M., *Pericolosità sociale e doppio binario. Vecchi e nuovi modelli di incapacitazione*, Torino, 2008, p. 142.

<sup>9</sup> Espressione del Ministro della Giustizia, On. Nitto Francesco Palma, nella seduta n. 606 del 21.09.2011.

<sup>10</sup> Convertito con l. 17 febbraio 2012 n. 9.

<sup>11</sup> Si tratta della proposta di modifica n. 3.0.4. al DDL n. 3074/S, presentato dagli On. Marinati, Marino, Casson, Berselli, Perduca, Chiurazzi, Della Monica, Di Giovan Paolo, Carofiglio, Li Gotti, Bruno e Longo.

sradicamento del malato dal territorio in cui vive, senza stabilire, però, termini specifici di realizzazione.

Al contrario, l'art. 3-ter primo comma individua, immediatamente, come termine ultimo per il completamento di questo processo la data del 1 febbraio 2013, precisando, al nono comma, che, in caso di mancato adeguamento da parte delle Regioni, sarà il Governo a provvedere in via sostitutiva.

A tal fine, l'art. 3-ter quinto comma stabilisce, in deroga alle disposizioni vigenti relative al contenimento della spesa di personale, che le Regioni possano «assumere personale qualificato da dedicare anche ai percorsi terapeutico riabilitativi finalizzati al recupero e reinserimento sociale dei pazienti internati provenienti dagli ospedali psichiatrici giudiziari».

L'art. 3-ter quarto comma prevede che soltanto una volta terminato questo processo (più precisamente a decorrere dal 31 marzo 2013) potrà aver luogo l'esclusiva esecuzione delle misure di sicurezza del ricovero in ospedale psichiatrico giudiziario e dell'assegnazione a casa di cura e di custodia<sup>12</sup> all'interno di nuove strutture sanitarie, «fermo restando che le persone che hanno cessato di essere pericolose devono essere senza indugio dimesse e prese in carico, sul territorio, dai Dipartimenti di salute mentale»<sup>13</sup>.

E' questo il fulcro della disposizione. Non si procede, dunque, – come era stato paventato da alcuni organi mediatici, nei giorni successivi l'approvazione<sup>14</sup> – alla soppressione *tout court* degli ospedali psichiatrici giudiziari, ma, più precisamente, alla loro sostituzione con una nuova e diversa struttura sanitaria, quale luogo di esecuzione delle misure di sicurezza detentive, senza modificare né la disciplina prevista dal codice penale, né quella prevista dalla legge sull'ordinamento penitenziario.

Per garantire l'effettività del processo di dismissione degli ospedali psichiatrici giudiziari, prendendo le distanze dagli infruttuosi tentativi già intrapresi, il sesto e il settimo comma della disposizione individuano, piuttosto dettagliatamente, attraverso quali risorse finanziarie dare attuazione alle nuove strutture.

L'ottavo comma della disposizione in esame affida al Comitato permanente per la verifica dei livelli essenziali di assistenza il compito di monitorare e verificare l'attuazione della nuova disciplina<sup>15</sup>.

---

<sup>12</sup> La casi di cura e di custodia deputata all'esecuzione della misura di sicurezza per gli autori di reato semiimputabili e per gli ubriachi abituali (artt. 219-221 c.p.) si risolve, di fatto, con l'essere una sezione specifica dell'ospedale psichiatrico giudiziario.

<sup>13</sup> Precisazione «doverosa», a fronte dei ritardi registrati nella presa in carico dei DSM, secondo ROTELLI F., *I nuovi vestiti degli Ospedali psichiatrici giudiziari*, in [www.news-forumsalutementale.it](http://www.news-forumsalutementale.it).

<sup>14</sup> Vedi GIANNICHECKA M.G., *OPG chiuderne sei per aprirne quanti?*, in [www.news-forumsalutementale.it](http://www.news-forumsalutementale.it).

<sup>15</sup> Infine, il decimo comma della disposizione prevede che «a seguito dell'attuazione del presente articolo la destinazione dei beni immobili degli ex ospedali psichiatrici giudiziari è determinata d'intesa tra il Dipartimento dell'amministrazione penitenziaria del Ministro della giustizia, l'Agenzia del demanio e le regioni ove gli stessi sono ubicati».

### **3. Un decreto ministeriale per definire i requisiti strutturali delle nuove residenze sanitarie.**

Nel prevedere la sostituzione degli ospedali psichiatrici giudiziari con le nuove strutture sanitarie, quali luoghi per l'esecuzione delle misure di sicurezza detentive, l'art. 3-ter non omette di delineare l'assetto organizzativo a cui questi istituti si dovranno conformare. Il secondo comma, infatti, prevede che con decreto di natura non regolamentare, il Ministro della Salute (di concerto con il Ministro della Giustizia, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano), definisca, ad integrazione di quanto previsto dal decreto del Presidente della Repubblica 14 gennaio 1997, «ulteriori requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi, anche con riguardo ai profili di sicurezza, relativi alle strutture destinate ad accogliere le persone cui sono applicate le misure di sicurezza del ricovero in ospedale psichiatrico giudiziario e dell'assegnazione a casa di cura e di custodia».

A tal fine, il terzo comma della disposizione in esame indica i criteri nel rispetto dei quali deve essere adottato il decreto ministeriale: (1) esclusiva gestione sanitaria all'interno delle strutture; (2) attività perimetrale di sicurezza e di vigilanza esterna, ove necessario in relazione alle condizioni dei soggetti interessati, da svolgere nel limite delle risorse umane, strumentali e finanziarie disponibili a legislazione vigente; (3) destinazione delle strutture ai soggetti provenienti di norma, dal territorio regionale di ubicazione delle medesime. Il legislatore ha, quindi, ritenuto che soltanto attraverso l'esclusione dalla struttura del personale della polizia penitenziaria si possa realizzare l'effettiva *sanitarizzazione* degli ospedali psichiatrici giudiziari.

Tuttavia, sotto questo profilo, la disciplina appare piuttosto generica, non precisando in modo adeguato né la distribuzione territoriale delle strutture, né il numero massimo di ricoverati che ciascuna potrà ospitare<sup>16</sup>. Inoltre, non è chiaro secondo quali modalità e criteri dovrà svolgersi l'attività di vigilanza esterna ove necessaria «in relazione alle condizioni dei soggetti interessati».

Da qui emerge l'importanza del decreto ministeriale, il cui contenuto, sebbene formalmente dedicato alla definizione dei requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi delle residenze sanitarie, nella sostanza sembra capace di incidere su aspetti fondamentali delle modalità di esecuzione delle misure di sicurezza dell'ospedale psichiatrico giudiziario e della casa di cura e di custodia, al punto che si potrebbe arrivare a mettere in discussione il rispetto della riserva di legge sui modi di restrizione della libertà personale (art. 13 Cost.).

Dunque, l'emanazione del decreto ministeriale si configura come un momento cruciale nell'attuazione della riforma, richiedendo tempistiche ben più ampie di quelle prospettate inizialmente dall'art. 3-ter terzo comma, che ne fissava l'adozione entro il 31 marzo 2012.

Certamente, la questione che ha sollevato maggiori problematiche riguarda la

---

<sup>16</sup> DELL'ACQUA G., *Lettera aperta di Peppe Dell'Acqua*, in [www.news-forumsalutementale.it](http://www.news-forumsalutementale.it), paventa il rischio di utilizzo di porte blindate, vetri antiproiettili, telecamere e strumenti di contenzione.

possibilità di affidare la realizzazione e la gestione delle strutture sanitarie sostitutive anche a soggetti imprenditoriali privati<sup>17</sup>, che, su richiesta pressante di alcune Regioni, era stata introdotta in una prima versione del decreto.

Tale previsione è stata oggetto di attenzione da parte della Commissione d'inchiesta sull'efficacia e l'efficienza del Servizio sanitario nazionale, la quale ha osservato che l'affidamento al privato imprenditoriale di persone sottoposte a misure di limitazione della libertà personale costituirebbe un *unicum* nel nostro Paese<sup>18</sup>.

Inoltre, è necessario considerare che una simile eventualità finirebbe con il tradire l'attenzione alle esigenze primarie di cura e di riabilitazione della persona (art. 32 Cost.) che ha ispirato la riforma e che può trovare concretizzazione solamente attraverso la responsabilità dei Dipartimenti di salute mentale.

A tal proposito, la versione del decreto elaborata il 14 giugno 2012 presenta un certo ripensamento, stabilendo che «le strutture residenziali sanitarie per l'esecuzione della misura di sicurezza devono essere realizzate e gestite dal Servizio sanitario delle Regioni e delle Province autonome di Trento e Bolzano nel rispetto di quanto prevista negli allegati A e C del D.P.C.M. 1 2008»<sup>19</sup>. In questo modo, viene raggiunto il duplice obiettivo di garantire la responsabilità, per la parte gestionale, al Servizio sanitario regionale e, per la parte assistenziale, al Dipartimento di salute mentale territorialmente competente.

Le nuove strutture residenziali potranno ospitare un massimo di venti pazienti, con camere preferibilmente con uno o due posti letto, fino a un massimo di quattro, per la gestione dei quali si prevede la dotazione di medici psichiatri, psicologi, infermieri, terapisti della riabilitazione psichiatrica, educatori e operatori socio-sanitari (OSS), il cui numero non pare sufficiente per la garanzia degli «obiettivi di salute e riabilitazione» che la riforma si propone<sup>20</sup>.

Per quanto riguarda l'attività di sorveglianza perimetrale, il decreto ministeriale, almeno nella sua originaria versione, non sembra apportare elementi di maggiore specificazione rispetto al dettato legislativo, lasciando alle singole strutture la decisione di dotarsi o meno della vigilanza esterna.

Si tratta di una previsione che incontra le resistenze della psichiatria che, con la legge Basaglia, era riuscita a liberarsi dal ruolo di controllo custodiale per valorizzare unicamente la sua funzione terapeutica<sup>21</sup>. Infatti, risulta evidente che nel caso in cui mancasse l'attività di vigilanza perimetrale dovrebbe essere la gestione sanitaria interna a farsi carico delle imprescindibili esigenze custodiali.

Orbene, considerando che proprio su questo profilo si sono concentrati gli ultimi sforzi definitivi, sarà necessario attendere l'emanazione del decreto ministeriale

---

<sup>17</sup> Così PERRONE M., *Ospedali psichiatrici giudiziari: le nuove strutture affidate anche al privato*, in [www.sanita.ilsole24ore.com](http://www.sanita.ilsole24ore.com).

<sup>18</sup> Così l'On. Marino nel resoconto stenografico della seduta della Commissione parlamentare di inchiesta sull'efficacia e l'efficienza del Servizio sanitario nazionale del 4 luglio 2012.

<sup>19</sup> Così l'Ass. Lusenti, in *ibidem*.

<sup>20</sup> Vedi PELISSERO M., *Il definitivo superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari nel tempo della crisi*, in *Diritto penale e processo*, VIII, 2012, p. 1026.

<sup>21</sup> Vedi ANDREOLI V., (a cura di), *Anatomia degli ospedali psichiatrici giudiziari italiani*, Pubblicazione del dipartimento dell'amministrazione penitenziaria, Roma, 2002, pp.19 ss.

per esprimere un giudizio dotato di maggior fondamento. Tale emanazione non dovrebbe tardare, visto che sullo schema elaborato dal Ministro della Salute di concerto con il Ministro della Giustizia, il 25 luglio 2012, è stata raggiunta l'intesa della Conferenza Stato-Regioni.

#### 4. Conclusioni.

L'art. 3-ter d.l. 211/2011 si è dimostrato essere una disposizione dal carattere bivalente: estremamente precisa nello scandire le tempistiche entro le quali compiere il passaggio dagli ospedali psichiatrici giudiziari alle nuove strutture residenziali, ma approssimativa nella descrizione delle modalità attraverso le quali tale passaggio deve realizzarsi; specifica nello stabilire gli importi finanziari attraverso i quali dare attuazione alle nuove strutture, ma superficiale nel calcolo della copertura degli oneri derivanti da tale progetto.

Così, in pochi mesi, gli elementi che avevano costituito i punti di forza dell'art. 3-ter del d.l. 211/2011 hanno finito col divenire aspetti critici. Infatti, da un lato, i finanziamenti stanziati risultano insufficienti<sup>22</sup>, mentre, dall'altro, le tempistiche appaiono troppo serrate e impossibili da rispettare. Emergono, in sostanza, tutti i limiti che sempre caratterizzano i provvedimenti dettati dall'urgenza.

Da questo punto di vista, il legislatore, avrebbe, forse, potuto porre prontamente fine al degrado degli ospedali psichiatrici giudiziari, attraverso la *sanitarizzazione* delle strutture esistenti, seguendo il modello, già sperimentato e oggetto di attenzione internazionale, di Castiglione delle Stiviere. In questo modo, con un intervento meno impegnativo, avrebbe potuto anteporre, nell'esecuzione della misura di sicurezza, le esigenze di cura dell'infermo di mente rispetto a quelle custodiali. In un momento successivo, si sarebbe potuto procedere con gradualità alla sostituzione degli ospedali psichiatrici giudiziari con strutture sanitarie distribuite su base regionale, permettendo ai servizi territoriali di dotarsi di efficaci supporti per assicurare il controllo della pericolosità sociale.

Diversamente, la riforma messa a punto dal legislatore rischia di avere, nella migliore delle ipotesi, gli stessi esiti della legge Basaglia con un'attuazione a "macchia di leopardo"<sup>23</sup> in quelle Regioni i cui servizi psichiatrici territoriali saranno in grado di attivare queste strutture, garantendo, contemporaneamente, il graduale reinserimento sociale.

In considerazione dello stato di emergenza che si è venuto a creare si pone, allora, la necessità di attenersi rigorosamente ai tempi e ai termini della fase transitoria che avrà inizio una volta che il decreto ministeriale sarà emanato, decisiva nell'attuazione di una riforma che potrebbe orientare il dibattito sulla disciplina delle misure di sicurezza verso nuove direzioni.

---

<sup>22</sup> Cfr. PELISSERO M., *cit.*, 2012, p. 1025.

<sup>23</sup> *Ibidem*.