

Applicazione, riesame e revoca delle misure di sicurezza dell'OPG: i dati del "Filippo Saporito" di Aversa

ROBERTO ACCIVILE (Avvocato, Criminologo)
ADOLFO FERRARO (Psichiatra, Direttore OPG Aversa)
MASSIMILIANO DE SOMMA (Psicologo Clinico, Volontario OPG Aversa)
FILOMENA PETRAZZUOLO (Psicologa Clinica, Volontario OPG Aversa)

PRESENTATO AL XVI CONGRESSO NAZIONALE DELLA SOCIETÀ ITALIANA DI CRIMINOLOGIA
COPANELLO (CZ) 12 – 21 SETTEMBRE 2002

Abstract: Il malato di mente autore di reato, in quanto tale deve ricevere un trattamento almeno simile a quello riservato al semplice reo, con qualcosa in più se non guarisce. È così che su 117 internati presso l'OPG di Aversa, alla data del 30 Giugno 2002, 48 sono in attesa di "guarigione", 59 sono ancora in attesa di "guarire", 10 continuano a stare in attesa di "guarire", alcuni sono morti in attesa di "guarire", altri forse non "guariranno" mai.

A distanza di tanti anni dalla legge 180 su un punto solo sono tutti d'accordo: gli OPG non sono manicomi e quindi non devono essere chiusi, ma se sono carceri come si può guarirli con un corpo di Polizia Penitenziaria non specialisticamente formato, pochi Psichiatri assunti a parcella oraria, pochissimi infermieri specializzati ma sottopagati, inesistenti psicologi cui ultimamente è stato ridotto l'orario di servizio da 48 a 32 ore mensili, senza considerare poi ambienti, protocolli mezzi e strumenti adeguati ad una funzionale ricerca scientifica e applicazione delle conoscenze attuali finalizzate alla terapia?

Non può un Giudice decidere della "guarigione" del malato di mente autore di reato confondendo fra rischio psichiatrico e pericolosità sociale, perché il "matto" fa più paura del criminale e nell'immaginario giudiziario sarà sempre "probabile che commetta nuovi fatti previsti dalla legge come reati" (art.203 C.P.).

Tale ricerca, effettuata con le modalità della statistica descrittiva, analizza e descrive qualitativamente e quantitativamente la situazione della revisione - revoca o proroga - della misura di sicurezza sul numero di internati ricoverati e presenti alla data del 30 Giugno 2002 nell'Ospedale Psichiatrico Giudiziario "Filippo Saporito" di Aversa. Nel descrivere le modalità che, a norma di legge, vengono utilizzate per le decisioni di dimissione dei ricoverati prese dal Magistrato di Sorveglianza con l'ausilio dell'equipe trattamentale interna, i risultati che ne derivano offrono ampi spunti di riflessione sia in ambito giuridico, sia in ambito psichiatrico.

Parole Chiave: Ospedale Psichiatrico Giudiziario, Misura di Sicurezza, Pericolosità Sociale, Riesame Revoca e Proroga della misura di sicurezza, LFE (licenza finale esperimento), Relazione di sintesi, Equipe trattamentale.

Introduzione

Le dinamiche del condizionamento operante e dei rinforzi positivi e negativi tanto care alla scuola psicologica behaviorista, che stanno alla base di una filosofia che si muove fra pena e riabilitazione, adottata in pieno dal sistema penitenziario ordinario secondo il quale "punendo rieduco", non funzionano o almeno non sono contemplate dalla filosofia legislativa della misura di sicurezza e della pericolosità sociale applicata ai malati di mente autori di reato e reclusi in ospedale psichiatrico giudiziario.

Per quest'ultimi, venendo a mancare la capacità di intendere e di volere ma soprattutto di comprendere quel principio punitivo-rieducativo secondo il quale l'elaborazione della conseguenza

subita ad un comportamento errato ovvero del condizionamento operato dalla continua somministrazione di un rinforzo negativo modificherebbe il comportamento stesso di cui si desidera l'estinzione, l'inutile applicazione di una pena verrebbe di fatto sostituita con una "misura di sicurezza" atta non alla cura, tantomeno alla riabilitazione, bensì alla protezione della società esterna disattivando qualsiasi tipo di intervento sul soggetto malato, finalizzato alla sua "guarigione", "riabilitazione sociale", "estinzione della pericolosità", forse perché inefficace l'associazione stimolo-risposta sul malato di mente, inabile a comprenderne ed elaborarne il rinforzo negativo capace di condizionarne il comportamento?

È probabile che i padri fondatori del filone behavioristico avessero già sperimentato l'inefficacia delle associazioni condizionanti sui malati di mente. È probabile che fossero già stati tentati esperimenti su cavie schizofreniche, non rispondenti alle scosse elettriche somministrate nel tentativo di estinguere comportamenti devianti per elicitarne di più sani e socialmente accettati. È per questo che legislature passate, consigliate dalla più saggia ed evoluta psichiatria del tempo, abbiano pensato al perfetto meccanismo della "misura di sicurezza" da sostituire – ad occhi chiusi – a quello della pena, in coloro i quali, rei ma assolti, si intravedeva la certezza della reiterazione del reato.

E la rieducazione? La cura?

Il mandato sociale istituzionale degli ospedali psichiatrici giudiziari è sempre stato e resta da anni quello della "sicurezza". Non a caso gli internati vengono assolti del reato commesso nell'incapacità di intendere e di volere, per vedersi etichettare di una "pericolosità sociale" la cui estinzione viene prevista in un "minimo" di due, cinque o dieci anni, applicati (e questo è strano) sulla base del reato commesso e non su quello di una più sana previsione di "guarigione", o meglio di "cura" e "riabilitazione". Un "minimo" previsto, poi, sulla base di una possibilissima e certissima proroga, e quasi mai realizzata revoca anticipata, fino a completa estinzione della pericolosità sociale, morbo resistentissimo di cui l'internato sembra esserne portatore sano, e di una più difficile ricollocazione del soggetto (guarito?) in una struttura residenziale esterna o presso la famiglia d'origine, responsabile in futuro del comportamento stesso del dimesso e del prolungamento della sua cura (psicologica, psichiatrica, farmacologia, economica, sociale, ecc.) a vita.

Chi scrive, nelle sue varie esperienze e conoscenze professionali, si è sempre chiesto, e continua a farlo, quali fossero i principi fondanti e la filosofia alla base di tutto questo. Se pur con difficoltà e non senza critiche riuscirebbe ad intravedere nel sistema penale un principio teorico secondo il quale la società tutta provveda alla rieducazione di comportamenti devianti e socialmente inaccettati mediante una riabilitazione con rinforzo negativo secondo un'ottica comportamentista, pur non senza notare alcune incongruenze e riflessioni, ad esempio, sul perché un soggetto sano di mente ma autore di reato non possa essere considerato socialmente pericoloso prima, durante e dopo l'espiazione della pena. Nel sistema della misura di sicurezza, invece, la pericolosità sociale seppur basata e correlata ad una accertata incapacità di intendere e di volere ed una non sempre certa malattia mentale, come già accennato, verrebbe applicata in relazione al reato commesso, guardando quindi ancora una volta al codice penale e non ad DSM o ad un trattato di Psichiatria per prevedere un tempo minimo necessario alla cura, guarigione (non sempre possibile), riabilitazione, reinserimento sociale ed estinzione della pericolosità.

È per questo che gli autori, a partire da dati statico-descrittivi prodotti e raccolti all'interno del più antichi opg d'Italia, nell'utopistico tentativo di darsi delle risposte e di ricercare una improbabile scientificità all'interno del concetto di pericolosità sociale soprattutto nella revisione della stessa, hanno descritto quello che, al di là della teoria, in pratica succede circa l'applicazione, la revisione e quindi la proroga o revisione della misura di sicurezza applicata a malati di mente autori di reati, internati in un opg.

Il viaggio dell'incapace

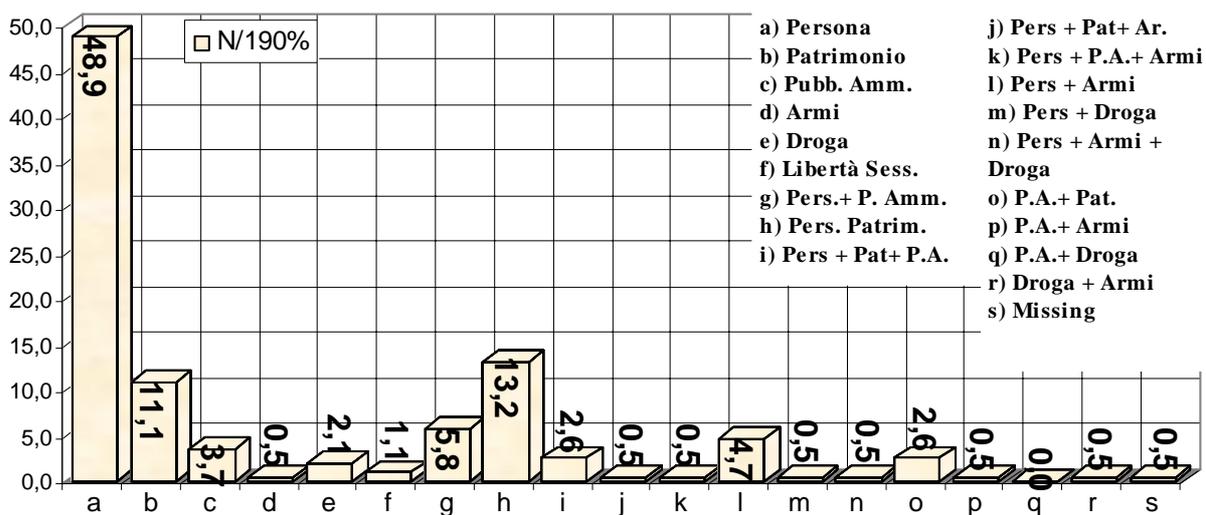
Alberto Manacorda in "Il manicomio giudiziario"¹ descrive e sintetizza con un piccolo schema che abbiamo preso in prestito, qui riproducendolo, le undici vie di accesso al manicomio giudiziario (vecchio nome col quale si indicava prima della riforma penitenziaria l'ospedale psichiatrico giudiziario).

Ciò che invece noi proveremo a descrivere è il viaggio di chi, malato di mente autore di reato, dal momento dell'arresto proverà ad attraversare l'inferno della misura di sicurezza fino alla sua revoca per uscir "a riveder le stelle".

I reati commessi dagli internati in opg coprono svariate tipologie, da quelli contro il patrimonio, la persona o la pubblica amministrazione.

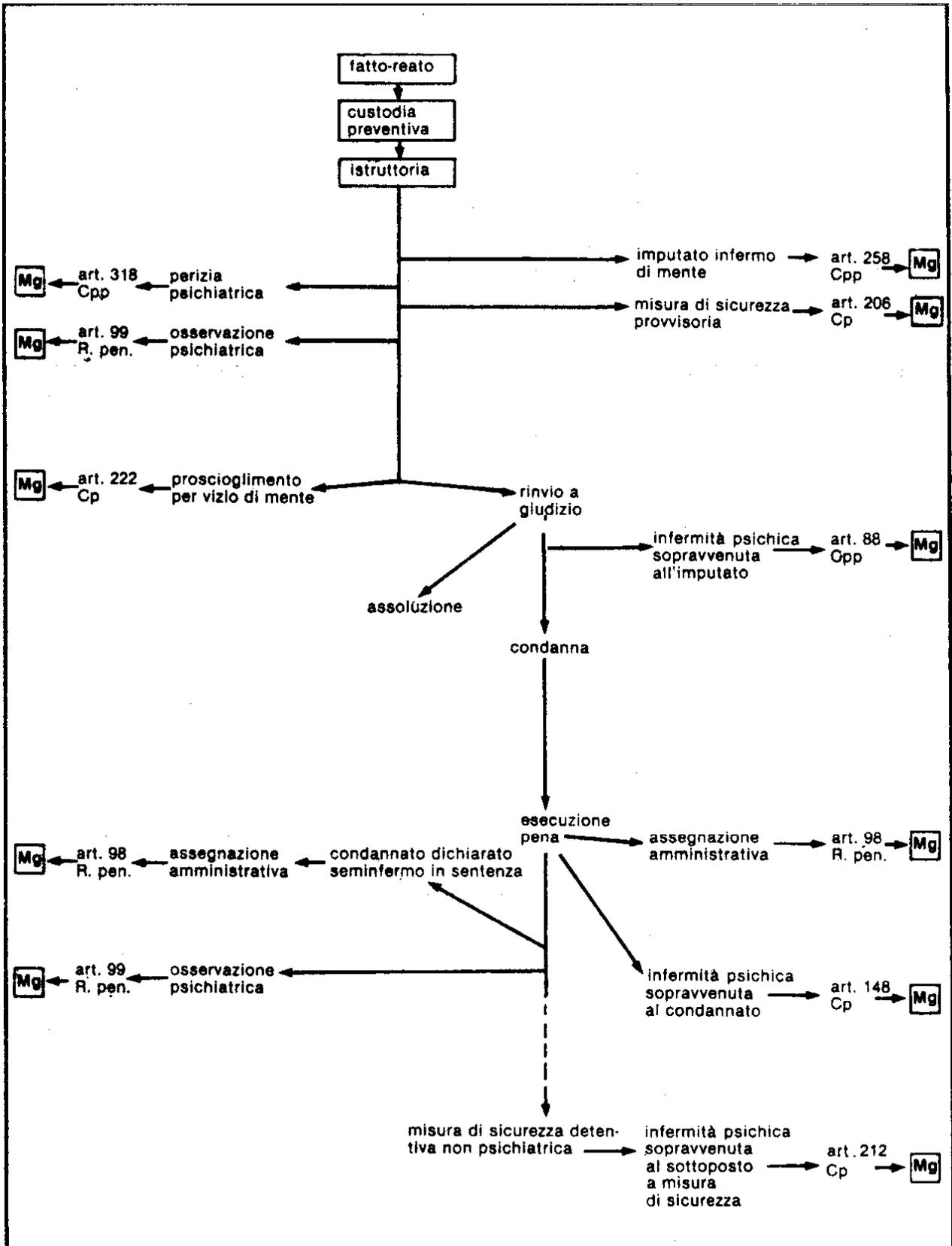
L'istogramma che segue descrive chiaramente la distribuzione percentuale.

Tipologia di Reato dei ricoverati al 30/06/2002

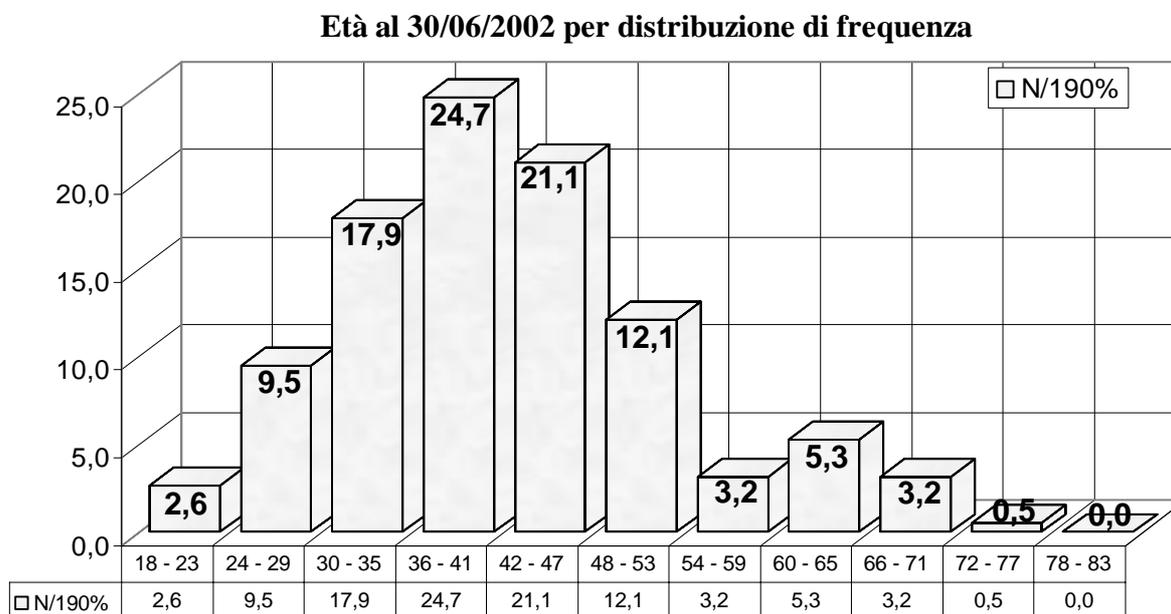


ISTOGRAMMA 1

¹ Manacorda A, Il manicomio giudiziario, De Donato, 1982, pag. 73



L'istogramma 2, rappresentato per distribuzione di frequenza, descrive l'età degli internati presenti nell'istituto aversano alla data del 30/06/2002, data in cui è stata scattata la fotografia statistica, e non quella relativa all'età di commissione del reato, forse più interessante ai fini della ricerca, ma più difficile da rintracciare perchè riportata soltanto dai singoli fascicoli giudiziari archiviati presso gli uffici matricola e non informatizzati come i restanti dati.



ISTOGRAMMA 2

Con l'applicazione di una MSP, Misura di Sicurezza Provvisoria, vengono inviati in opg sia gli autori di reato sospetti portatori di malattia mentale e socialmente pericolosi in attesa di giudizio, sia autori di reato giudicati incapaci di intendere e di volere e socialmente pericolosi cui è stata applicata una misura di sicurezza minima di 2, 5 o 10 anni, ma appellanti, ricorrenti o in attesa di eseguibilità. L'eseguibilità sarebbe il giudizio ultimo espresso dal Magistrato di Sorveglianza, circa l'applicazione effettiva e necessaria della misura, rivalutata fra il termine dei gradi di giudizio e l'inizio dell'esecuzione della misura di sicurezza stessa, su un'eventuale sopravvenuta estinzione della pericolosità del soggetto. In una ricerca presentata al Congresso SOPSI 2001 da Ferraro e De Somma, è stato sottolineato come fra gli anni 1998 e 2001 vi sia stata una sola revoca anticipata per non eseguibilità della misura di sicurezza.

La MSD, Misura di Sicurezza Definitiva, riguarda quegli internati che, terminati i gradi di giudizio ed applicata dal magistrato di Sorveglianza l'eseguibilità della misura di sicurezza, incominciano in opg il loro lungo cammino verso la "guarigione" e l'estinzione della pericolosità sociale rivalutabile (e quindi revocabile o prorogabile) non prima di 2, 5 o 10 anni (decisi dal giudice), fino al 1972, anno in cui fu introdotta la possibilità di rivalutare la P.S. dell'internato anche prima del termine minimo stabilito.

Premesso che il codice penale, all'art. 207, I e II comma, dispone che: *"Le misure di sicurezza non possono essere revocate se le persone ad esse sottoposte non hanno cessato di essere socialmente pericolose La revoca non può essere ordinata se non è decorso un tempo corrispondente alla durata minima stabilita dalla legge per ciascuna misura di sicurezza."*, e che quindi, la misura di sicurezza detentiva non può essere revocata se non sia venuta meno nella persona, il requisito della pericolosità sociale, ma anche che, terminata o no la pericolosità, la misura di sicurezza non può essere revocata se non sia decorso il termine minimo stabilito dalla legge, e che L'art. 208 del codice penale regola la revoca ordinaria, detta anche "a termine": *"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."*, la legge obbliga il giudice a verificare la presenza o meno della pericolosità sociale

nella persona sottoposta a misura di sicurezza, allo scadere del periodo minimo della sua applicazione. Ma oltre tale limite, la revisione è possibile in ogni momento. Se il giudice accerta l'assenza di pericolosità, può revocare la misura. Con questo procedimento, vi è la possibilità di dilatare la durata della misura a tempo indeterminato, poiché se ne è decorso il periodo minimo, essa non può finire fintanto che non sia venuta meno la pericolosità. Accade, in questo caso, che la misura viene prorogata anche più volte consecutivamente, rimandando ogni volta più in là col tempo, il momento del riesame della pericolosità.

L'art. 207, prevedeva al terzo comma una eccezione, per cui la misura di sicurezza detentiva poteva essere revocata anche prima che fosse decorso il termine minimo della sua applicazione. Questa facoltà era attribuita soltanto al ministro della Giustizia.²

Attribuire ad un rappresentante dell'esecutivo una facoltà derogatoria di provvedimenti che di solito spettano all'autorità giudiziaria, è tipico dei regimi autoritari, di cui il codice Rocco è espressione, e manifesta chiaramente che la magistratura doveva essere sottoposta al controllo del potere politico governativo. In seguito, il giudice di sorveglianza di Pisa, Vincenzo Accattatis, con ordinanza del 24.1.1972, impugnò la norma per vizio di incostituzionalità; dopodiché, la Corte Costituzionale emise la sentenza nella quale si riconosceva la non costituzionalità della norma suddetta. Questa venne abrogata, mentre la facoltà della eventuale revoca fu data al magistrato di sorveglianza.

La legge di riforma penitenziaria del 1975, affidò poi questo potere alla sezione di sorveglianza per il distretto della Corte di Appello. Successivamente, tale ambito valutativo venne conferito al Magistrato di sorveglianza, mentre al Tribunale di Sorveglianza fu riconosciuto il ruolo di giudice di appello avverso le ordinanze del magistrato (Legge 663/1986).

Discorso a parte riguarda l'applicazione della misura di sicurezza denominata Casa di Cura e Custodia, applicata agli autori di reato periziati semi-infermi che dovranno scontare una pena ridotta ed una misura di sicurezza, perché anche socialmente pericolosi, di un minimo di mesi 6, anni 1 o 3. Non vogliamo soffermarci qui ad approfondire ulteriormente i concetti di semi-infermità e quindi di semi-comprensione dell'afflittività della pena imposta e della contemporanea pericolosità ravvisata in questi soggetti "a metà" destinati, al termine della reclusione e quindi del fine pena, ad una misura di sicurezza minima e, anch'essa, prorogabile all'infinito. Vogliamo solamente segnalare l'assurdo procedurale, spesso constatato, di esecuzione della misura di sicurezza cronologicamente applicato prima dell'espiazione della pena, venendo a creare un'incongrua e forse anticostituzionale spirale senza fine in cui, ad una improbabile e di fatto mai cessata pericolosità sociale del soggetto, dovrebbe fare seguito l'espiazione di una pena, inapplicabile spesso per sopraggiunto decesso dello stesso.

Altre due categorie completano le categorie giuridiche degli ospiti dell'ospedale psichiatrico giudiziario: gli IPSC, anche volgarmente detti 148 (dall'articolo del C.P. applicato) e i soggetti in Osservazione psichiatrica inviati a tale scopo dalle altre case di reclusione.

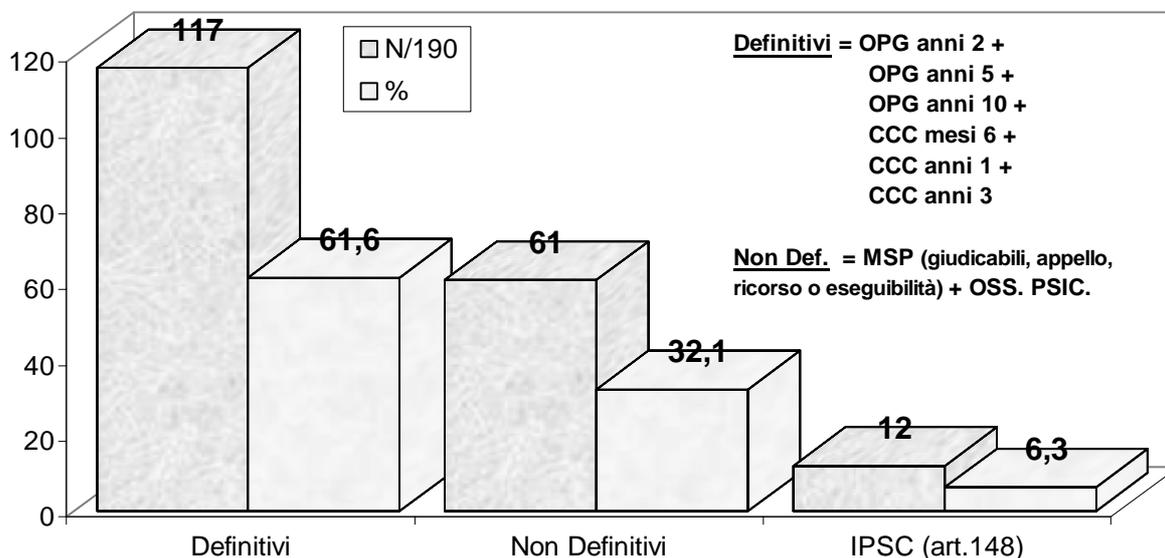
I condannati a pena sospesa IPSC sono quelle persone già condannate per un reato a pena detentiva, nelle quali sia insorta una malattia mentale durante la detenzione in espiazione di pena. Infatti, se si ritiene che la malattia mentale sia tale da impedire l'ulteriore esecuzione della pena, questa viene sospesa e il condannato inviato al Manicomio giudiziario (art. 148 c.p.). Il meccanismo di sospensione della pena, in questo caso è attivato dal sospetto dell'insorgenza di una malattia mentale ai danni del condannato, durante la sua detenzione. Il giudice di sorveglianza ordina, dopo aver espletato le indagini e gli accertamenti che ritiene opportuni, spesso inviandolo in opg per Osservazione Psichiatrica, che l'esecuzione della pena detentiva sia continuata in opg.

Questi soggetti, che di fatto condividono spesso la stessa stanza di internati comuni, attendono invece un fine pena, addirittura anticipabile, non essendo considerati socialmente pericolosi, bensì punibili e dimissibili nell'indifferenza totale del loro futuro, della loro collocazione esterna, delle loro condizioni sociali, economiche ma soprattutto di salute mentale, e non costretti a sottoporsi a continui controlli sanitari e a cure coatte.

² "Anche prima che sia decorso il tempo corrispondente alla durata minima della legge, la misura di sicurezza applicata dal giudice può essere revocata con decreto del ministro della Giustizia" (art. 207 c.p., III comma).

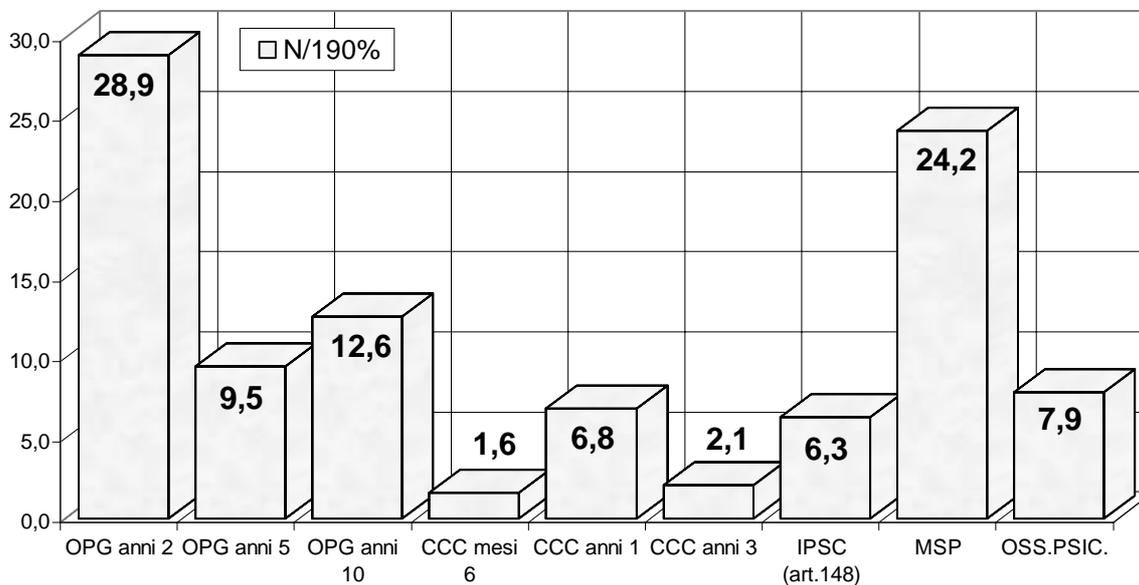
A questo punto sarà possibile comprendere i successivi due istogrammi (3 e 4) rappresentanti le posizioni giuridiche definitive e non degli ospiti dell'opg di Aversa, fotografati sempre alla data del 30/06/2002.

Posizione Giuridica ricoverati al 30/06/2002



ISTOGRAMMA 3

Posizione giuridica ricoverati opg al 30/06/2002



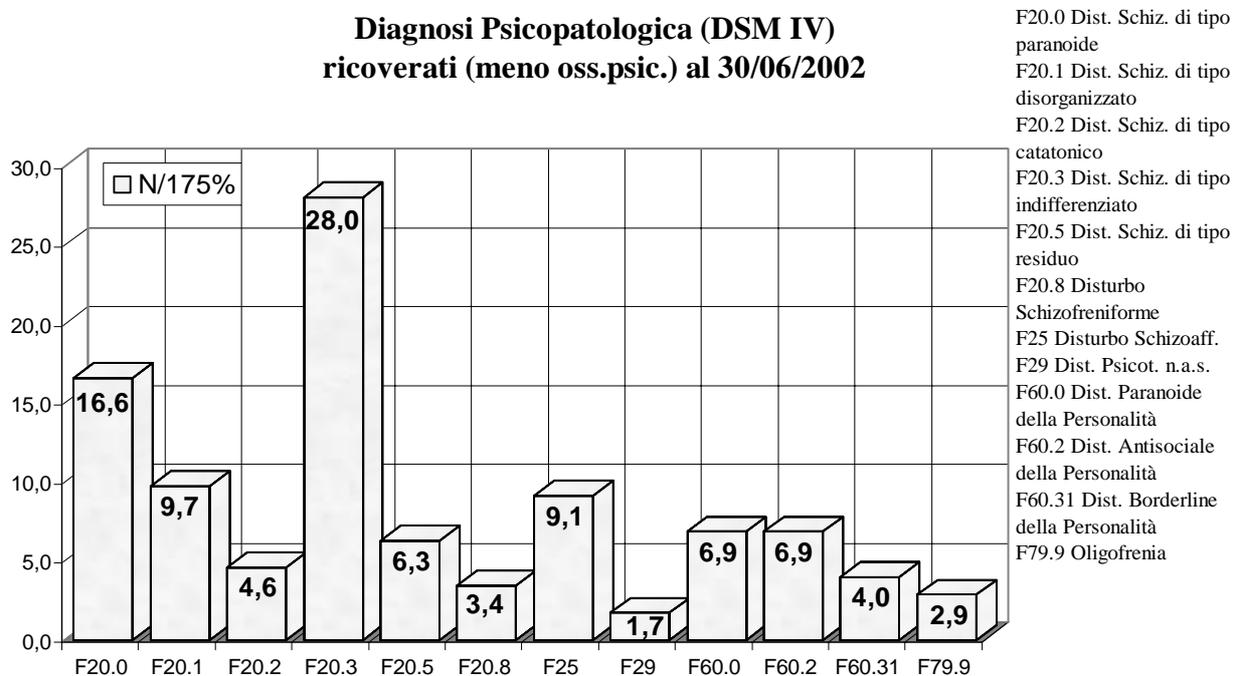
ISTOGRAMMA 4

Come è possibile osservare, la misura di sicurezza maggiormente applicata sembra essere quella relativa all'opg anni 2, probabilmente in relazione alla esiguità del reato commesso dalla maggior parte della popolazione internata. Ciò naturalmente non significa che per questi soggetti bastino 2 anni di "cure" per vedere scemata la propria pericolosità sociale e conquistare la libertà, ebbene della guarigione e rieducazione sociale acquisita. Come vedremo in seguito, molti anni di proroga della

MdS si accumuleranno sulle spalle di questi internati, per non scemata pericolosità sociale, ma soprattutto per non disponibilità di una ricollocazione esterna (famiglia, comunità, territorio ecc.).

Il percorso all'interno degli OPG ed in particolare all'OPG di Aversa

130 unità di Polizia Penitenziaria, 2 Educatori, 2 Psicologi ex art.80, 5 Consulenti Psichiatri, 5 Medici incaricati, 8 Medici specialisti, 50 Infermieri per una popolazione internata al 30/06/2002 di 175 soggetti (meno le osservazioni psichiatriche) di cui il 16,6% affetti da disturbo schizofrenico di tipo paranoie, il 9,7% da disturbo schizofrenico di tipo disorganizzato, il 4,6% da disturbo schizofrenico di tipo catatonico, il 28% da disturbo schizofrenico di tipo indifferenziato, il 6,3% da disturbo schizofrenico di tipo residuo, il 3,4% da disturbo schizofreniforme, il 9,1% da disturbo schizoaffettivo, l'1,7 da disturbo psicotico non altrimenti specificato, il 6,9% da disturbo paranoide della personalità, il 6,9 da disturbo antisociale della personalità, il 4% da disturbo borderline della personalità, e il 2,9% da deficit intellettivo o ritardo mentale (la vecchia oligofrenia).



In questa realtà ospedaliero-penitenziaria in cui il labile confine confonde e rende ancor più schizofrenico ciò che vorrebbe curare, gli internati coatti dovrebbero percorrere itinerari di cura e riabilitazione attuati soprattutto attraverso la farmacoterapia e, non per tutti, attraverso attività trattamentali dall'esito incerto e dai fondamenti scientifici improbabili, attuati da professionalità non specialistiche e indirettamente formate a ruoli borderline.

L'estinzione della pericolosità sociale dei soggetti sembra così un evento fortuito, provocato forse da un'indovinata formula a base di farmaci, un cocktail miracoloso che dovrebbe, non si sa per quanto, elicitare un effetto di autocontrollo e di contatto obiettivo con la realtà circostante, non senza un pizzico di autocritica e di coscienza del proprio stato e della propria malattia.

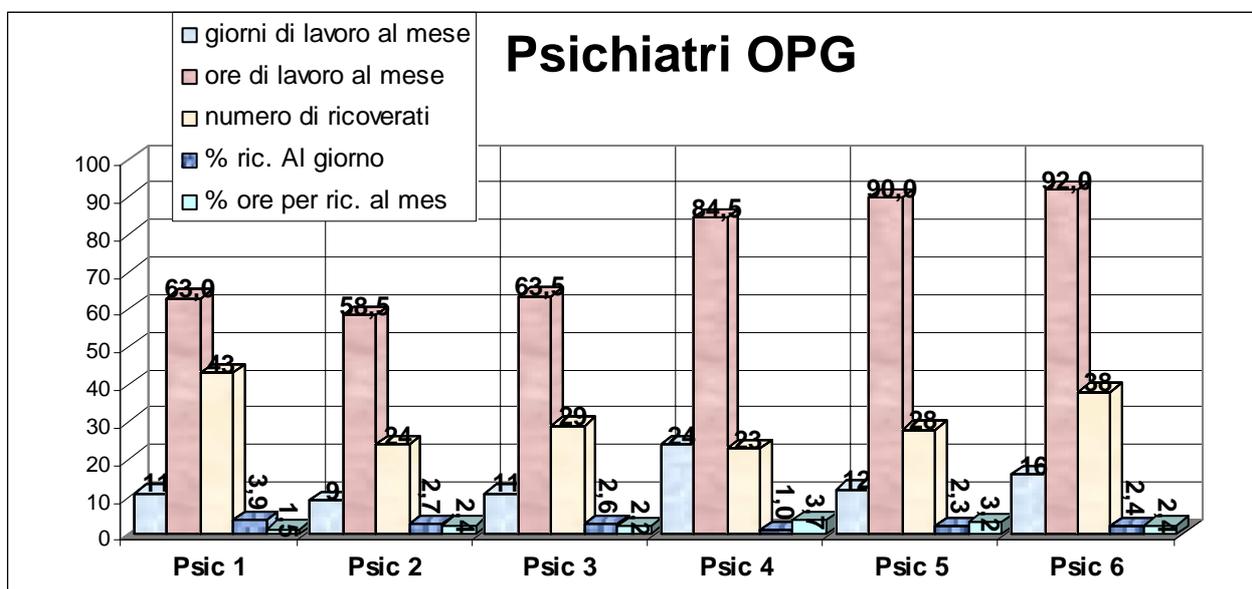
Musicoterapie, laboratori del colore o di informatica, gruppi di ascolto e di lavoro dovrebbero sviluppare e testare la capacità socializzante di ognuno per metterne alla prova il reinserimento ed il "buon comportamento" non pericoloso per se e per gli altri. Soprattutto attraverso brevi licenze orarie e, in seguito, giornaliere, l'equipe trattamentale testa la "bontà" e la "bravura" dei più calmi, dei più sani, di quelli potenzialmente meno pericolosi, perché solo così è possibile constatare

l'effettiva estinzione di quel comportamento pericoloso reso certo e prevedibile nel momento dell'attribuzione dell'incapacità di intendere e di volere.

Fino alla LFE, licenza finale esperimento, tramite brevissime licenze orari sul territorio, nello specifico per Aversa, accompagnato da un infermiere, un volontario e raramente da un familiare disponibile, si valuterà, licenza dopo licenza, permesso dopo permesso, forse per anni o decenni, la capacità di entrare in un bar per ordinare un caffè, le competenze ad ordinare una pizza al ristorante per compensare la fame vissuta quotidianamente in istituto, la possibilità di saper mettere mano al portafoglio e pagare di proprio pugno quanto si è consumato.

Tutto ciò attraverso le 16 ore settimanali a testa dei due consulenti psicologi assegnati e le 450 ore complessive operate mensilmente dai consulenti Psichiatri.

Una ricerca interna effettuata da De Somma nel 2001, come da istogramma, rilevò un disequilibrio distributivo del numero di giornate e di ore di lavoro in relazione al numero di ricoverati assegnati, da cui si possono ricavare alcune riflessioni circa il numero di colloqui al giorno da dover effettuare e il numero di ore e/o minuti da poter dedicare ad ogni colloquio, considerando il numero di volte al mese in cui ogni ricoverato potrebbe incontrare il proprio medico curante.



ISTOGRAMMA 6

Analizzando, ad esempio, il primo nome della lista, possiamo notare che egli presta 63 ore di lavoro mensili, distribuite in 11 giorni di presenza, con il più alto numero di ricoverati in carico (43).

Per vedere ogni ricoverato assegnatogli, una sola volta al mese, ogni giorno di presenza dovrebbe necessariamente visitare circa 4 ricoverati, dedicando ad ognuno un colloquio di circa un'ora e mezza, ovvero ogni ricoverato del primo Psichiatra avrebbe a disposizione 1,5 ore al mese.

Invece, per visitare i propri ricoverati almeno due volte al mese, bisognerebbe necessariamente effettuare 8 colloqui ogni giorno di presenza, dedicando ad ogni colloquio non più di ¾ d'ora.

Infine, per visitare ogni paziente almeno una volta la settimana, il Dottore in questione dovrebbe effettuare 16 colloqui ogni giorno di sua presenza in istituto, dedicando ad ognuno di essi non più di 20 minuti circa.

L'equipe trattamentale e la revisione della misura di sicurezza

Anche se giuridicamente possibile, quasi nessuno ha mai chiesto una revisione anticipata della MdS. Poveri, senza famiglia, senza tutore, annebbiati dalla malattia, rifugiati in un mondo fatto di allucinazioni e convinzioni altre, il malato di mente non sa a volte neanche dove si trova, cosa deve fare e perché si trova lì, fuso e confuso, incapace di comprendere dove finisce lui e comincia il mondo esterno, con un sè frantumato in mille pezzi e dalle molteplici personalità.

Sarà compito dell'equipe trattamentale, composta principalmente dagli educatori, dagli psicologi, dallo psichiatra di reparto e dagli assistenti sociali (anche se teoricamente sarebbero previste altre figure istituzionali) quella di preparare una relazione dettagliata ed esaustiva da presentare al Magistrato di Sorveglianza allo scadere della MdS minima applicata, le cui conclusioni, unico paragrafo spesso letto, dovranno sottolineare a chiari caratteri la scemata o meno pericolosità sociale del soggetto e la disponibilità della famiglia o di una struttura alternativa (comunità, casa famiglia, ospizio, casa alloggio per pazienti psichiatrici, casa di cura privata) ad accogliere e seguire il soggetto revisionato.

Dopo lunghe e lunge pagine, proporzionali alle volte in cui la relazione di sintesi è stata integrata con nuove valutazioni a seconda del numero di revisioni effettuate, sarà possibile allora leggere frasi del tipo: “... *pertanto si ritiene non scemata la pericolosità sociale del soggetto*” e ancora: “... *si ritiene opportuna una proroga della misura di sicurezza*”, oppure: “... *vista l'indisponibilità della famiglia a prendersi cura del soggetto in questione, e delle strutture contattate per l'affidamento e la cura... .. seppur scemata ormai da tempo la pericolosità sociale, non si può che considerare una proroga della misura di sicurezza*”.

Raramente sarà quindi possibile dare il via alla tanto sospirata LFE, licenza finale esperimento, pari a mesi 6 di sperimentazione del comportamento del soggetto presso la famiglia, dove disponibile e capace, oppure presso una struttura che se, contattata direttamente dagli educatori e dopo mesi, a volte anni di trattative, disponibile all'accoglimento e alla sperimentazione, permetterà la dimissione dell'internato per una, si spera, rapida revoca della misura di sicurezza.

Non sempre, però, anzi quasi mai, queste LFE vengono portate a buon fine. Poche strutture territoriali e poco o male attrezzate, accolgono soggetti dalla doppia etichetta di matto e di criminale, che, al minimo segnale di pericolosità, spesso, anzi sicuramente attribuito sulla base della proiezione fobica degli operatori su di lui, viene rimandato in opg per ricominciare tutto daccapo.

Gli istogrammi che seguono parlano chiaro circa la situazione delle proroghe delle misure di sicurezza negli opg, ed in particolare per questi dati, a quello di Aversa.

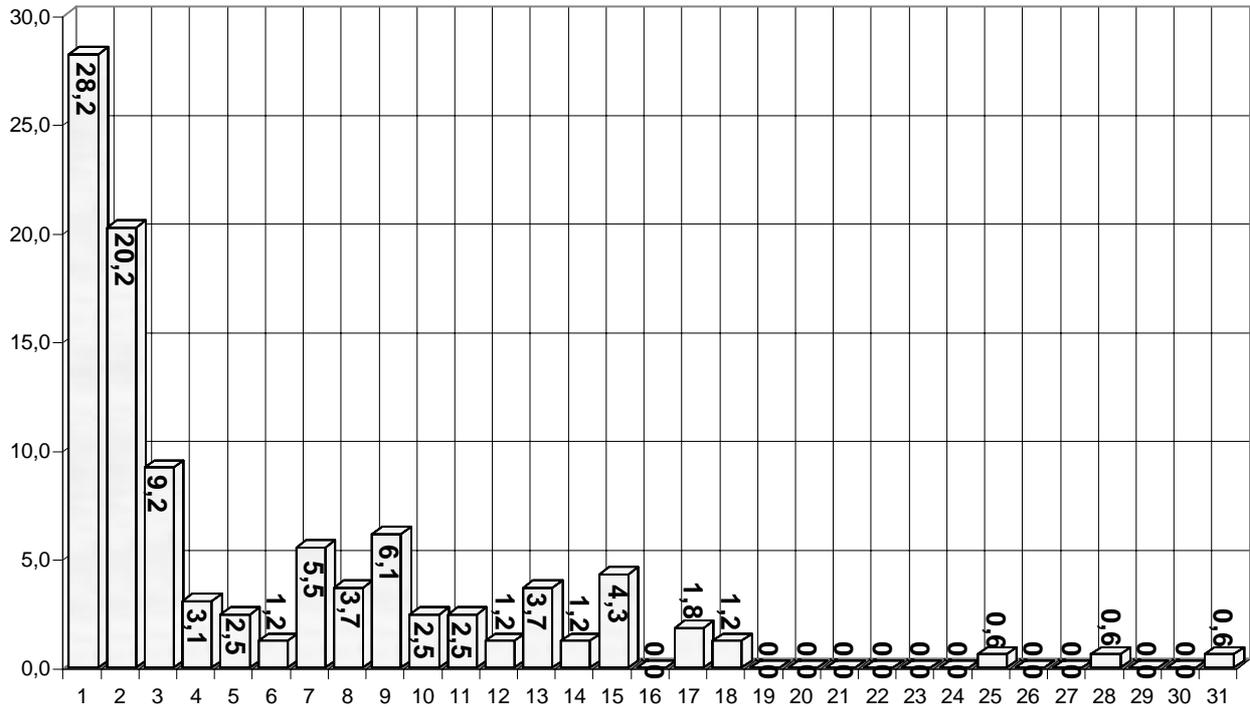
Nell'istogramma 7 vengono evidenziati gli anni trascorsi dalla data di applicazione della MSP, MSD e CCC. Come si può osservare, il 17.7% del campione considerato, supera i dieci anni minimi della misura di sicurezza applicabile, mentre l'estremo è rappresentato dallo 0.6% permanente da più di 30 anni.

L'istogramma successivo mostra invece gli anni di proroga accumulati. Il picco è rappresentato dal 14.5% degli internati che hanno visto assegnarsi altri due anni in più oltre alla misura minima di sicurezza iniziale. Tutti i dati ci sembrano significativi, soprattutto se guardiamo agli estremi dove troviamo soggetti che, proroga dopo proroga, hanno accumulato 23 anni in più rispetto alla MdS iniziale.

L'istogramma 9 ci segnala che, alla data del 30/06/2002, al 59% degli internati è stata già prorogata la MdS, mentre l'istogramma 10, forse il più interessante di tutta la ricerca, descrive i motivi e le decisioni di tale proroga: il 34.78% degli internati in opg è trattenuto impropriamente per un fallimento della società tutta. Questi soggetti, pur non essendo più ritenuti socialmente pericolosi, e quindi equiparati nei diritti e nei doveri a tutti i comuni cittadini, non possono lasciare la struttura ospedaliero-penitenziaria per mancanza di una struttura di accoglienza esterna o, perché più sfortunati degli altri, senza famiglia e senza nessuno disposto a prendersi cura di loro.

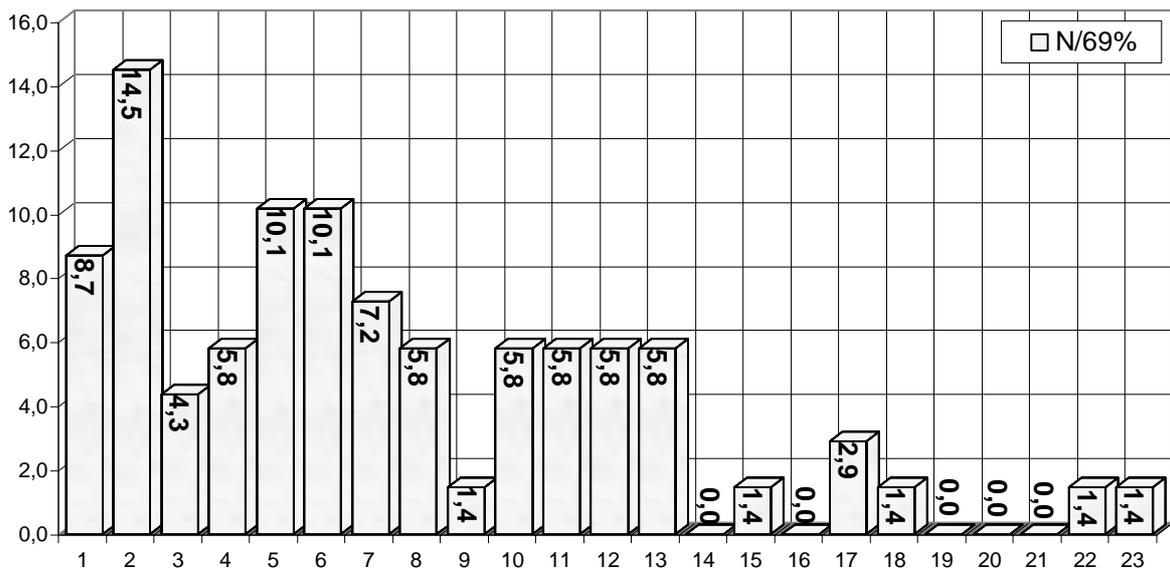
È per questo che molti di loro hanno più volte espresso il desiderio di rimanere in opg, perché unico luogo dove potevano ricevere cure, un tetto e del cibo, e trascorre, a tutti gli effetti, una vita tranquilla e regolare: il più grande fallimento dell'istituzione e della società.

Anni di permanenza dalla data di decorrenza della MdS al 30/06/2002
 (Posizione Giuridiche considerate: MSD - MSP - CCC)



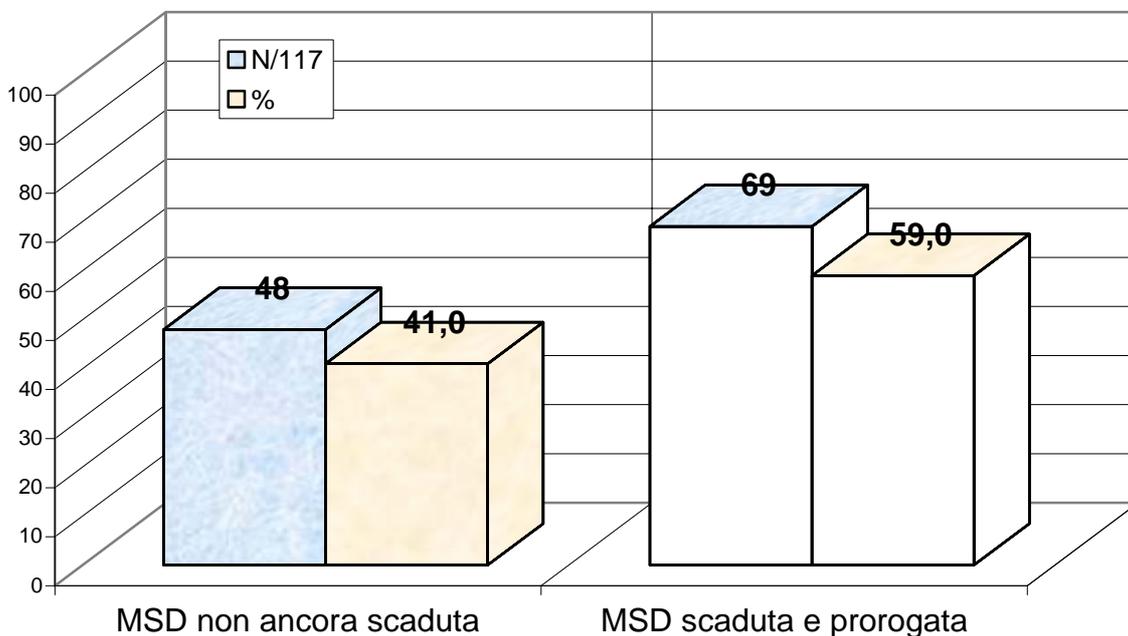
ISTOGRAMMA 7

Anni di Proroga della MdS accumulati al 30/06/2002



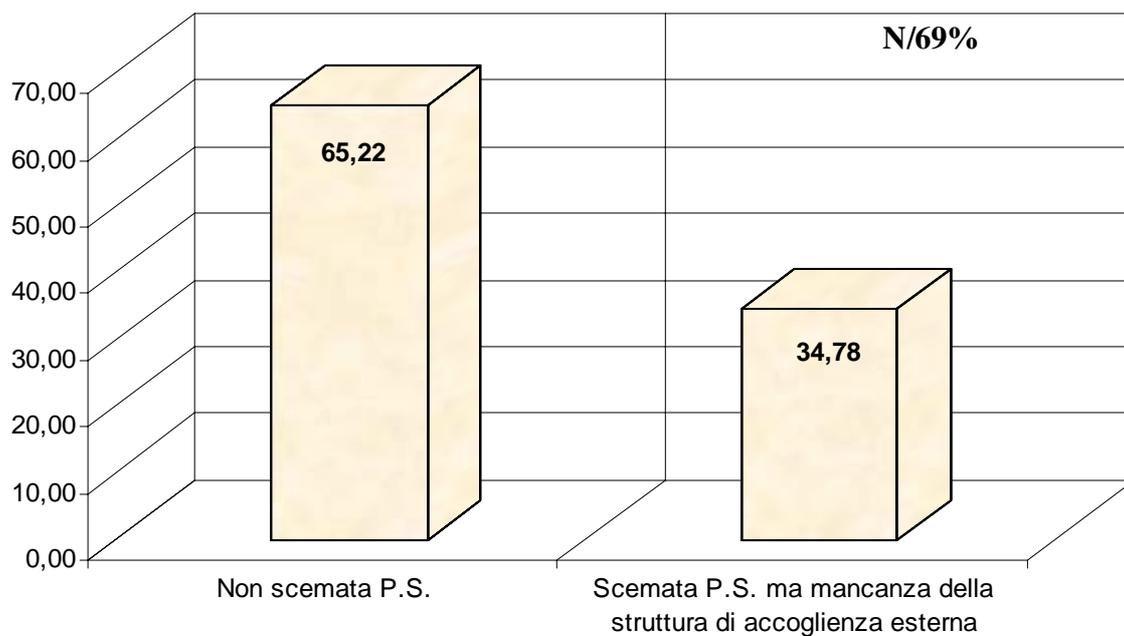
ISTOGRAMMA 8

Situazione Misure di Sicurezza Definitive (OPG+CCC) al 30/06/2002



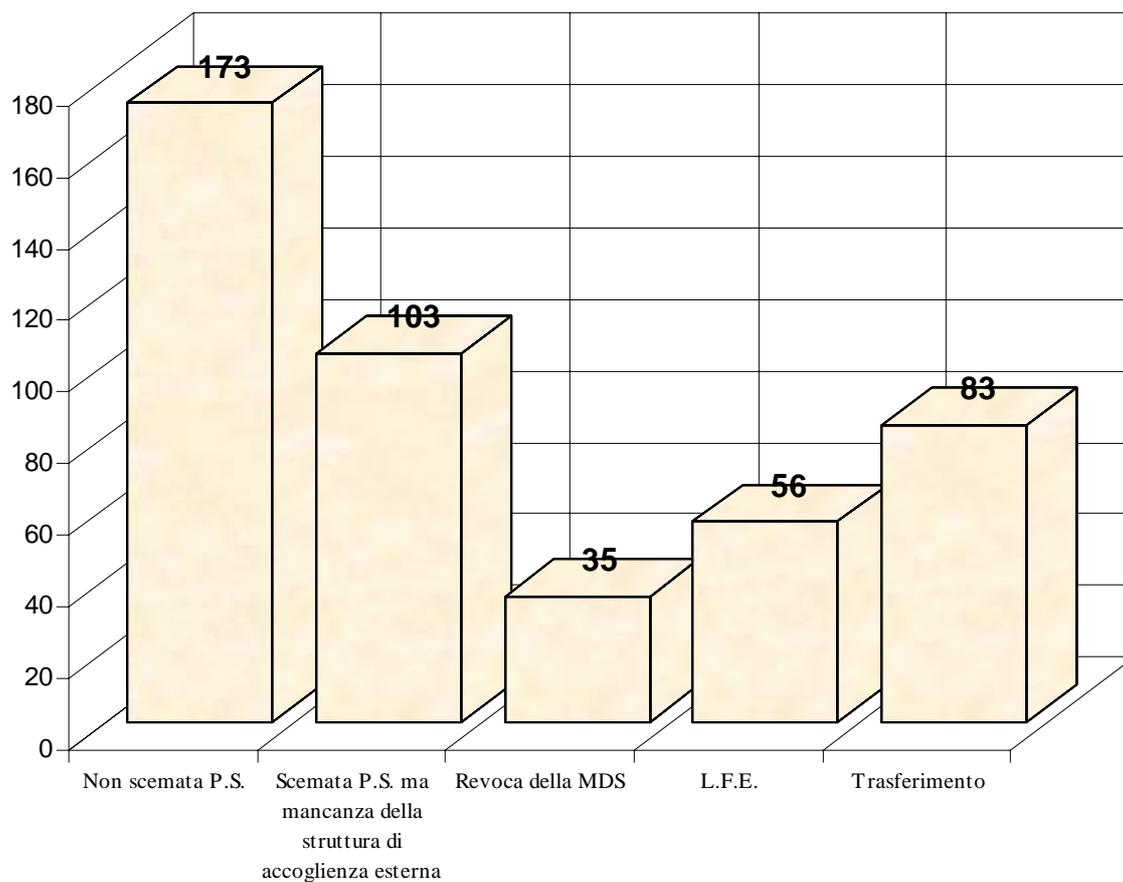
ISTOGRAMMA 9

Motivi della Proroga della MDS



ISTOGRAMMA 10

Esiti delle Revisioni su 450 relazioni analizzate



ISTOGRAMMA 11