

Ottobre 2003

Anno V - Numero 1

# **INTERAZIONI**

psichiatria · giustizia

## Vittime & Carnefici

Rivista semestrale dell'Ospedale Psichiatrico Giudiziario di Aversa

## INDICE

PREFAZIONE <i>Adolfo Ferraro</i>	pag. 3
COME E PERCHÉ ASCOLTARE LA VITTIMA <i>Ugo Fornari</i>	6
DUE CASI DI MATRICIDIO <i>Valeria Calevro</i>	17
LO STUPRO: CARNEFICI E VITTIME <i>Simonetta Costanzo, Alessandra De Caprio</i>	23
IL SEQUESTRO POLITICO <i>Francesco Bruno, Francesca Carpentieri, Simonetta Costanzo</i>	39
LA VITTIMA NEL DIRITTO PENALE: LE PIÙ RECENTI PROSPETTIVE <i>Mariavaleria del Tufo</i>	53
IL COMPORTAMENTO AGGRESSIVO E IL SUO CONTENIMENTO: ESPERIENZA CON OLANZAPINA E MUSICOTERAPIA <i>Adolfo Ferraro, Salvatore De Feo, Massimiliano De Somma</i>	63
<b>I PROTOCOLLI D'INTESA CON LE ASL</b> <i>Adolfo Ferraro, Salvatore De Feo, Massimiliano De Somma</i>	73
OMICIDIO IN DANNO DI BAMBINI <i>Massimo Picozzi</i>	91
GUERRA: VITTIME E CARNEFICI <i>Francesco Bruno</i>	105
IL DISTURBO FITTIZIO <i>Alberto Manacorda</i>	119
PSICODRAMMA E FORMAZIONE NELL'AMBITO DEL PROGETTO "LE ALI AI LETTI" <i>Rosa Simone, Filomena Petrazzuolo, Massimiliano De Somma</i>	123
STUDIO DELLE DINAMICHE PSICO-SOCIALI DI UN GRUPPO ESPERIENZIALE ALL'INTERNO DELL' O.P.G. DI AVERSA <i>Tonia Aliano, Igrid Esposito</i>	138
LETTURA COME INCONTRO <i>Antonietta Palombo, Filomena Trotta, Maria Luisa Petrozziello</i>	145

# I PROTOCOLLI D'INTESA CON LE ASL

**Adolfo Ferraro(\*)**

**Salvatore De Feo (\*\*)**

**Massimiliano De Somma (\*\*\*)**

(\*) PSICHIATRA, DIRETTORE DELL'O.P.G. DI AVERSA

(\*\*) PSICHIATRA, VICEDIRETTORE DELL'O.P.G. DI AVERSA

(\*\*\*) PSICOLOGO VOLONTARIO DELL'O.P.G. DI AVERSA

## **Introduzione**

In questo lavoro, presentato al VI Congresso di Psichiatria Forense tenutosi ad Alghero (SS) dal 30 Maggio al 1° Giugno 2003, intitolato "Adesione al trattamento farmacoterapico e psicoterapico", si è voluto descrivere lo stato dell'arte, gli obiettivi previsti e quelli raggiunti dall'applicazione di quei Protocolli d'intesa sottoscritti fra la Regione Campania e L'Ospedale Psichiatrico Giudiziario di Aversa già da 2001, finalizzati alla realizzazione di quei presupposti generali previsti dal principio di continuità terapeutica, universalmente riconosciuto come elemento essenziale per persone affette da patologie di interesse psichiatrico, in qualsiasi contesto vengano esse trattate.

## **Il Progetto "Obiettivo Salute Mentale 1998 - 2000"**

In un documento del 1998, il gruppo di lavoro dell'Osservatorio per la Tutela della Salute mentale del Ministero della Sanità (Dipartimento della Prevenzione), al fine di confermare la necessità di sperimentare nuove modalità operative per il trattamento di persone sofferenti di patologie psichiatriche sottoposte a misure di sicurezza e internate in Ospedale Psichiatrico Giudiziario, così si esprimeva: "Il processo irreversibile che sta conducendo alla chiusura definitiva degli ospedali psichiatrici impone una riflessione seria sulla necessità di perseguire in prospettiva un obiettivo analogo riguardo al superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari (O.P.G.).

Di fatto, fino alla Riforma Psichiatrica avviata con la legge n. 180 del 1978, i due sistemi, quello dei c.d. manicomi civili (legge manicomiale del 1904) e l'ospedale psichiatrico giudiziario istituito quale misura di sicurezza dal Codice Rocco del 1930, avevano proceduto sostanzialmente in parallelo, ispirandosi a principi terapeutici e socio-riabilitativi ma anche a quelli della difesa sociale e della prevenzione delle condotte devianti. Se è vero comunque che l'abolizione del manicomio, sulla scorta delle nuove concezioni e conquiste della psichiatria moderna, ha affermato quale irrinunciabile, pregnante e prioritaria l'esigenza del momento terapeutico e riabilitativo nei confronti del malato di mente ed il suo diritto ad essere non custodito ma curato e seguito dal "territorio", è pur vero che per lo stesso Codice Rocco il "trattamento curativo" non era ontologicamente una pena e che nell'esecuzione della misura doveva essere esclusa la finalità affittiva tipica della pena detentiva. Sulla scorta di tali principi già contemplati nella stessa normativa penale e delle linee innovatrici introdotte dalla citata riforma del 1978, l'obiettivo da conseguire è dunque quello di un riallineamento, per quanto possibile armonico ed interattivo, di due sistemi che, come prima precisato, hanno a lungo marciato in sostanziale parallelismo. La tematica del superamento dell'O.P.G., investendo peculiari aspetti di natura legislativa correlandosi a problemi non solo di natura terapeutica e socio-riabilitativa ma anche di tutela dell'ordine e sicurezza pubblica, si configura comunque oltremodo complessa ed articolata. Essa va dunque affrontata con grande attenzione, cautela e realismo, soprattutto nell'intento di non ingenerare possibili fenomeni controindicativi o di rigetto, che rischierebbero di vanificarne i principi e le finalità.

L'attuale situazione normativa degli ospedali psichiatrici giudiziari, di seguito o.p.g., come configurata dal codice penale sostanzialmente si divarica dalle linee della cura psichiatrica moderna quale delineata dalle leggi n. 180/1978 e 724/1994. Invero, solo una profonda rivisitazione dell'impianto del codice penale, con la riconsiderazione del cosiddetto *doppio binario*, può ragionevolmente consentire una soluzione ottimale del problema. Pur nella consapevolezza che una scelta di tal genere, oltremodo impegnativa per il legislatore, sia sul piano dell'elaborazione sia soprattutto sul piano politico, non appare al momento prossima, si possono comunque delineare le possibili ipotesi normative compatibili con il quadro generale del sistema italiano in materia. Una prima possibilità,

conseguentemente ad un chiaro abbandono della scelta del Legislatore del 1930 è costituita dall'abrogazione *sic et simpliciter* del sistema delle misure di sicurezza. Ciò comporterebbe che all'assoluzione per incapacità piena di intendere e volere, dovrebbe tener dietro un intervento terapeutico del servizio sanitario nazionale, con le modalità che si attuano regolarmente. Più limitatamente, una seconda possibilità potrebbe essere costituita dall'abrogazione della misura di sicurezza specifica dell'ospedale psichiatrico giudiziario e correlativamente delle case di cura e custodia (artt. 219 e 222 c.p.). Problemi immediatamente conseguenti sarebbero le modalità di espiazione della pena per il condannato a pena diminuita a cagione di infermità psichica e le modalità di trattamento del prosciolto per infermità psichica, anche nel rilievo che alla struttura costringitiva dell'o.p.g. non è più affiancata una struttura, egualmente costringitiva, per l'infermo non autore di delitti, quale era il vecchio manicomio. Sotto tale profilo, il legislatore potrebbe considerare uno specifico trattamento sanitario obbligatorio con modalità rispondenti alla tipologia del malato. In questo senso si ha notizia di un'iniziativa legislativa dei consigli regionali d'Emilia e Romagna e della Toscana, che prevede la soppressione del manicomio giudiziario e la sostituzione con la misura di sicurezza del ricovero in un istituto di trattamento sanitario custodito. Una diversa soluzione, per il vero affacciata all'esame del Parlamento attraverso la p.d.l. Corleone (A.C. 151), consisterebbe nella rivisitazione del criterio di imputabilità: la malattia mentale non dovrebbe più ritenersi idonea a scusare dalla responsabilità soggettiva per il fatto commesso; l'autore verrebbe egualmente processato; in caso di condanna la pena verrebbe espia in apposite strutture adeguate alla situazione di salute mentale del reo, e fornite pertanto di presidi terapeutici e trattamentali. Si tratterebbe di scelta quasi rivoluzionaria rispetto alle linee evolutive del diritto penale europeo, da sempre collegato all'idea di normalità psichica quale condizione di responsabilità personale. Al riguardo va osservato che l'unica proposta organica di revisione del libro del codice penale, consacrata nel ddl Ritz, A.C. 2038 della XII Legislatura, non innova né al sistema delle misure di sicurezza né al sistema dell'imputabilità. Una diversa, più limitata possibilità consisterebbe nel mantenere l'attuale misura di sicurezza, modificandone però con interventi adeguati sull'ordinamento penitenziario, il contenuto. Dovrebbe, cioè, esemplarsi una misura di sicurezza confermata sulle misure alternative alla detenzione, e pertanto finalisticamente rivolta ad una graduale

reimmissione nella vita sociale, adeguatamente controllata per quanto attiene alla sicurezza attiva e passiva dell'internato. I controlli e le misure potrebbero così essere calibrati sulle patologie concretamente sofferte dal soggetto, alternando ai tempi di custodia tempi di più aperta relazione con il mondo esterno, ed in questo senso avvicinandosi al modulo terapeutico attualmente più praticato dal servizio sanitario nazionale. In alcune ipotesi legislative si prospetta un affidamento in prova per programma sanitario. Tale ultima possibilità evidentemente prescinde dall'ipotesi, che in altro settore è stata egualmente divisata, che il legislatore riformi l'intero sistema delle sanzioni, prevedendo forme più duttili, che permetterebbero quanto meno una riduzione dell'incidenza delle misure di sicurezza e forse costituirebbero un passo verso il superamento della presente struttura binaria.

Come si è accennato più volte, tutte le prospettive di adeguamento normativo non si presentano di pronto esame e di rapida determinazione da parte degli organi legislativi. Rimane pertanto, al momento, possibile solo lo studio delle migliori attuazioni amministrative della disciplina legislativa vigente, nella consapevolezza della divaricazione di fini presente nel sistema terapeutico ordinario e terapeutico penitenziario nella specifica materia, ma anche nella consapevolezza che solo l'attento esame di tutte le possibilità di integrazione fra le presenti strutture dei dipartimenti di sanità mentale e quelle degli o.p.g., così come lo studio comune delle rispettive pratiche terapeutiche, porrà le premesse per i maggiori interventi del legislatore e per i conseguenti adeguamenti dell'azione amministrativa. Ciò porta con sé un'inevitabile ed auspicata riduzione della separatezza dalla comunità civile delle comunità terapeutiche, e con ciò una loro apertura sicuramente proficua per gli internati sofferenti. L'invio in o.p.g. ed in casa di cura e custodia in applicazione di una misura di sicurezza avviene fondamentalmente per motivi connessi con una infermità mentale, alla quale viene associata – in senso generale e/o genericamente – una pericolosità sociale. L'applicazione di una delle predette misure di sicurezza non può implicare la perdita dei fondamentali diritti costituzionali riguardo alla tutela della salute. Debbono quindi essere garantiti e messi in atto tutti quei provvedimenti terapeutico-riabilitativi, considerati utili e necessari secondo le conoscenze e le esperienze attuali, ed orientati prospetticamente nel tempo, in modo tale da permettere e favorire il superamento di quella

condizione di infermità particolarmente acuta e grave a cui – in senso generale – viene fatta risalire la pericolosità sociale. Deve pertanto essere previsto necessariamente un lavoro terapeutico-riabilitativo collegato ed integrato tra il servizio sanitario degli O.P.G. e delle Case di Cura e Custodia e gli operatori dei Servizi di Salute Mentale delle zone di origine delle persone internate. Premessa e condizione indispensabile per l'attuazione di un siffatto sistema è che i Servizi di Salute Mentale siano sufficientemente dotati di risorse soprattutto umane e funzionino in modo adeguato e corretto; tale obiettivo, che sicuramente va perseguito e raggiunto comunque e indipendentemente dal problema del superamento delle misure di sicurezza c.d. sanitarie, non può prescindere, allorché si stimino i mezzi occorrenti, dalla considerazione del prospettato impegno di interazione tra le strutture del Ministero di Grazia e Giustizia e i Servizi stessi. Ogni invio in o.p.g. o in casa di cura e custodia deve comportare un programma terapeutico-riabilitativo specifico che preveda il reinserimento ragionato, ponderato, prudente e realistico, costruito nelle sue componenti fondamentali e necessarie – della persona internata, considerando anche con attenzione la reale entità e la gravità globale del reato commesso.

A tale scopo, facendo anche riferimento alle esperienze più complesse di de-istituzionalizzazione e di organizzazione di nuovi Servizi di Salute Mentale avvenute nel territorio nazionale e ad alcune esperienze specifiche e significative, incoraggianti per i risultati raggiunti e non più tanto isolate ed eccezionali, è possibile individuare alcune linee di indirizzo che riguardano: a) le Regioni; b) le Aziende Sanitarie Locali; c) i Dipartimenti di Salute Mentale; d) gli O.P.G. e le Case di Cura e Custodia; e) i Magistrati di Sorveglianza; f) gli Istituti Penitenziari; g) il Ministero della Sanità e il Ministero di Grazia e Giustizia.

a) Le **Regioni**: sulla base di una corretta valutazione dei costi, mediante lo strumento della contabilità analitica, devono prevedere nei loro bilanci, ai sensi dell'art. 2 del Decreto Leg.vo 502/92, delle voci specifiche per iniziative necessarie a promuovere e a sviluppare programmi specifici e complessi di riabilitazione e di reinserimento di persone, appartenenti a ciascuna Regione, sottoposte alle misure di sicurezza in questione. Devono essere possibili, se necessari od opportuni: 1) spostamenti di operatori per mantenere contatti reali con la persona internata e con i Sanitari degli O.P.G. e delle Case di Cura e Custodia; 2) inserimenti di persone internate,

anche con l'opportuno e lo specifico sostegno di operatori ad hoc, in strutture residenziali già esistenti, nel pieno rispetto delle loro caratteristiche "storiche e umane" e dei limiti che da queste ne possono derivare (quindi senza forzature destabilizzanti), e/o in nuove strutture residenziali; 3) sostegno economico per progetti di inserimento anche individuali, se possibili ed opportuni; 4) sostegno economico (ad esempio, attraverso borse di lavoro), promozione di occasioni di inserimento lavorativo (nel pubblico impiego, nel privato, nel privato sociale), facilitazioni alla partecipazione a corsi di formazione e quant'altro; 5) istituzione di un gruppo di lavoro permanente possibilmente integrato con rappresentanti delle strutture dell'Amministrazione penitenziaria in grado di seguire costantemente il flusso di accesso e di uscita degli abitanti della Regione, di valutare e di stimolare e di indirizzare le azioni delle AZIENDA USL e dei Servizi di Salute Mentale, di studiare le variabili che possono determinare gli invii in O.P.G., individuandone i possibili correttivi, monitorando complessivamente il fenomeno; 6) fornire una corretta informazione all'opinione pubblica e stimolare la partecipazione del volontariato ed il coinvolgimento del mondo del lavoro.

b) Le **Aziende Sanitarie Locali**: adeguatamente indirizzate e sostenute dalla Regione di appartenenza, inseriscono obbligatoriamente nei loro piani annuali e pluriennali le specifiche azioni indirizzate, tra l'altro, a: 1) prevenire l'invio in O.P.G. ed avviare processi di reinserimento e di riabilitazione di persone internate; 2) istituire corsi di formazione e di sensibilizzazione per il personale interessato a vario titolo nelle azioni necessarie per lo scopo; 3) stipulare idonee convenzioni con i competenti organi del Ministero di Grazia e Giustizia per permettere ai servizi di S.M. di intervenire in ambito penitenziario nelle forme previste dalla legge; 4) prevedere le idonee forme di integrazione con i Servizi socio-assistenziali, evidenziando le relative risorse anche nel caso in cui i servizi non sono stati delegati.

c) i **Dipartimenti di Salute Mentale**: responsabili istituzionalmente delle azioni a diretto contatto con l'utenza, adeguatamente sostenuti ed indirizzati sia da provvedimenti della Regione che dalla Azienda USL di appartenenza, sono chiamati a svolgere una funzione molto delicata che richiede grande attenzione e grande sensibilità e che si articola su diversi piani: 1) acquisizione e sviluppo della cultura e della pratica della "presa in

carico", soprattutto per quanto riguarda l'utenza più problematica sotto il profilo della sofferenza psichica, con adeguata articolazione delle modalità di intervento, sia nei riguardi degli utenti già noti che delle persone non ancora conosciute (prima del reato); 2) maturazione di specifiche attenzioni e sensibilità, nell'operatività quotidiana, in quei casi che permettono di intervenire in tempo utile, comprendendo e valutando tutti quei segnali che, molto spesso anche se non sempre, precedono anche per molti giorni la commissione di un fatto-reato (ovviamente quando questo derivi da una condizione di intensa sofferenza psichica e non da una scelta criminale, che esclude in tal caso una rilevante diminuzione della capacità di intendere o di volere oppure la molto più rara sua assenza); 3) promozione di una cultura che, attraverso una relazione terapeutica più profonda e più vicina alla complessità dell'esperienza della soggettività umana, sia in grado di vedere oltre la lente deformante della "irresponsabilità" – e, quindi, della incapacità di intendere o di volere – troppo spesso attribuita a priori secondo ormai superati stereotipi, a chi manifesta e/o esperisce un disturbo psichico più o meno grave. Attraverso la criminogenesi, è possibile cercare di rilevare e verificare in concreto le quote di "responsabilità" presenti anche nel sofferente psichico, ridefinendo il campo dei diritti e dei doveri e le categorie culturali della persona interessata, dei tecnici della psiche e del diritto, della opinione pubblica, valorizzando anche – senza ideologismi – il valore della "punibilità" sia sotto un profilo giuridico che terapeutico (il tema è ovviamente molto più complesso e richiederebbe una trattazione approfondita); 4) implementazione di interventi terapeutici, mirati ed intensivi, nella fase immediatamente successiva alla commissione di un reato da parte di una persona che si trovi in così gravi condizioni psichiche da far ragionevolmente e fondatamente ritenere che il reato possa costituire un'espressione quasi sintomatologica delle stesse, indipendentemente dal fatto che la persona sia nota o non nota al Servizio. Frequentemente, infatti, una condizione di grave scompenso acuto, da cui può discendere un'eventuale pericolosità sociale, può essere compensata con idonei interventi terapeutici nel periodo necessario allo svolgimento delle indagini tecniche o peritali, che non dovrebbero mai essere troppo brevi, con superamento della condizione di eventuale pericolosità (l'intervento è reso possibile, se non anche dovuto, dall'art. 286 C.P.P. ed inoltre può essere connesso con la questione della cosciente partecipazione al processo prevista dall'art. 70 C.P.P.). L'eventuale reo può essere preso in carico

nelle strutture dei Servizi di S.M., senza confusione e/o commistione tra ruolo terapeutico e custodia, oppure, se possibile ed opportuno, può essere seguito in ambito penitenziario dai Servizi, in seguito ad apposite convenzioni tra Regione o Azienda USL e Ministero di Grazia e Giustizia (con supporto formativo per la polizia penitenziaria).

d) Gli **O.P.G. e le Case di Cura e Custodia**: tenuto conto del rischio di possibili dinamiche regressive istituzionali, proprie del tipo specifico di struttura, devono avviare adeguate azioni di de-istituzionalizzazione, interagendo positivamente con i Servizi del territorio di origine della persona (eventualmente sollecitati) al fine di costruire programmi riabilitativi ad hoc, tenendo aperte prospettive verso il futuro. In tale modo è possibile preparare adeguatamente e con realistica prudenza, nella persona e nel contesto, le condizioni necessarie per la revoca anticipata della misura di sicurezza;

e) La **magistratura di Sorveglianza** dovrebbe, di conseguenza, assumere: 1) un ruolo attivo di promozione e di controllo della effettiva assunzione della realizzazione delle iniziative necessarie ed opportune per la revoca anticipata della misura di sicurezza, tenendo conto anche della gravità del reato commesso; 2) una funzione di garanzia circa la serietà delle stesse e delle valutazioni che le accompagnano;

f) Gli **Istituti penitenziari** devono rendersi disponibili ad assumere tutte le iniziative possibili per assicurare l'interazione dei Dipartimenti di salute mentale sia in prospettiva terapeutica sia in prospettiva riabilitativa e ciò anche mediante apposite convenzioni.

g) Il **Ministero della Sanità ed il Ministero di Grazia e Giustizia** con il supporto dell'Osservatorio sulla Tutela della Salute Mentale, assumono un ruolo attivo nella valutazione degli interventi attuati e nella proposizione di azioni correttive nell'ambito dei rispettivi compiti di indirizzo e programmazione. Il Ministero di Grazia e Giustizia, inoltre, istituisce corsi di formazione ed aggiornamento per i propri operatori, anche di polizia penitenziaria, impiegati o da impiegare presso gli O.P.G. , le Case di cura e custodia e le Sezioni detentive degli I.P. destinate a soggetti con problemi di natura psichica.

La somma e integrazione delle azioni sopra indicate e/o di altre di analogo significato, possono permettere, anche se non in tempi brevi, di avviare un lavoro organico con le persone già internate e con quelle che potenzialmente potrebbero esservi inviate (costituendo un filtro e contemporaneamente alcune esperienze emblematiche). E' indispensabile il coinvolgimento integrato di tutti i livelli indicati. Nel corso delle azioni necessarie può strutturarsi un percorso di formazione-ricerca di notevole valore culturale, scientifico, etico e giuridico, che può essere individuato anche come un percorso di riconoscimento e di acquisizione concreta dei diritti da parte di soggetti intrinsecamente "deboli". Nell'immediato va avviata rapidamente un'azione di ricognizione della popolazione attualmente presente negli O.P.G. e nelle Case di Cura e Custodia con la quale valutare in concreto in ogni singola persona: - la qualità e la gravità della patologia in atto; - la sussistenza della pericolosità sociale, vista attraverso l'ottica e la comprensione istituzionali; - la possibilità di programmi terapeutico-riabilitativi individuali e comunitari; - la possibilità di revocare anticipatamente la misura di sicurezza nell'immediato o in un tempo breve, tenendo ben presente anche la gravità dei reati. Contemporaneamente deve essere avviata un'azione di sensibilizzazione alle Regioni ed un'azione di sollecitazione nei confronti dei Servizi di Salute Mentale con lo scopo di avviare l'istituzione di programmi a breve, medio e lungo termine. Diventerà possibile avere in seguito un quadro più analitico e preciso della reale situazione della popolazione internata e della possibilità di ridurre significativamente l'entità del problema dagli stessi costituito, comprendendo in modo più adeguato se esiste e quale potrebbe essere il "nucleo duro" degli O.P.G., per il quale attivare programmi speciali ed elaborare eventuali modificazioni legislative. Rimangono totalmente non toccati in questo documento il fondamentale problema della perizia psichiatrica, e delle culture che attraverso essa si possono esprimere, ed il complesso problema del rapporto tra organizzazione istituzionale, norma, cultura interiorizzata e costruzione di una visione della realtà, riproduzione della stessa, pratiche e così via. Parimenti potrà essere affrontato in futuro il problema di un possibile ruolo del giudice tutelare nel sistema di controllo e garanzia dei diritti fondamentali delle persone internate, nonché di stimolo del territorio interessato alla predisposizione di programmi di dimissione e reinserimento. Va evidenziato infine il contributo non secondario che possono assicurare alla

realizzazione dei programmi i Comuni, le Province, le Associazioni di volontariato e privato sociale e le Economie locali.”<sup>1</sup>

### **I Protocolli d'intesa**

Sulla base delle predette considerazioni, fu istituita una specifica commissione regionale e stipulati protocolli d'intesa fra i D.S.M. delle ASL e gli Ospedali Psichiatrici Giudiziari, al fine di:

- Favorire forme di organizzazione, di utilizzazione degli spazi e delle attività interne agli OO.PP.GG.
- Attivare gli opportuni canali di scambio e comunicazione tra operatori, familiari ed agenzie sanitarie e sociali presenti nel territorio di residenza storica degli internati
- Elaborare progetti terapeutici e riabilitativi
- Creare o rafforzare reti sociali supportanti un ottimale reinserimento sociale degli internati
- Elaborare programmi di trattamento, progetti terapeutici individuali e collettivi di reinserimento da sottoporre alla magistratura di sorveglianza
- Favorire momenti di incontro tra famiglie di internati, volontariato ed operatori impegnati nel trattamento intramurario e territoriale

---

<sup>1</sup> Gruppo di lavoro dell'Osservatorio per la Tutela della Salute mentale del Ministero della Sanità (Dipartimento della Prevenzione), *Il superamento dell'Ospedale Psichiatrico Giudiziario*

## **Protocollo d'intesa tra D.S.M. ASL CE/2 e OPG AVERSA**

### **Premessa**

Il presente protocollo è passibile di revisione ed integrazione nel corso della sua applicazione.

E' prevista una verifica ad un anno dalla sua applicazione.

Non sono escluse proposte d'estensione del medesimo ad altre realtà penitenziarie che ospitano persone affette da patologie psichiatriche.

### **Considerato**

che il P.O. Nazionale Tutela Salute Mentale 98 - 2000, conferma la necessità di sperimentare nuove modalità operative per il trattamento di persone affette da patologie psichiatriche sottoposte a misure di sicurezza ed internate negli O.P.G.

### **Visto**

che il principio della "continuità terapeutica" è riconosciuto come elemento prioritario per la realizzazione di validi programmi di cura, riabilitazione e reinserimento dei pazienti psichiatrici, in qualsiasi contesti essi siano trattati.

### **Preso atto**

che dei cinque O.P.G. esistenti in Italia ben due insistono sul territorio della Regione Campania.

Che risulta da anni endemica la difficoltà di riportare nel territorio di provenienza i pazienti internati negli O.P.G. alla naturale scadenza della misura di sicurezza.

Che impropriamente gli O.P.G., dopo l'emanazione della legge di riforma psichiatrica, stanno costituendo l'ultimo asilo cui delegare, per una collocazione di lungo tempo, pazienti psichiatrici con gravi problematiche di convivenza.

### **Ritenuto**

indispensabile individuare e codificare modalità chiare ed efficaci secondo le quali indirizzare e declinare i piani di collaborazione tra i D.S.M. del Servizio Sanitario Nazionale e gli O.P.G. e gli Istituti Penitenziari di competenza del Ministero della Giustizia.

## SI PROPONE

Il D.S.M. dell'Azienda Sanitaria Caserta 2, s'impegna, in collegamento con le proprie Unità Operative di Salute Mentale a collaborare attivamente per i programmi di trattamento delle persone recluse nell'O.P.G. di Aversa e residenti nel proprio territorio di competenza, a collaborare con l'Equipe dell'O.P.G. di Aversa nella stesura dei programmi di trattamento, compresa la concessione dei benefici affiancandosi ai terapeuti con funzione consultiva e propositiva.

L'ASL CE/2 identifica e nomina un Referente che, per conto dell'ASL e del D.S.M, si relaziona ai fini della presente intesa con la Direzione dell'O.P.G.

Gli operatori dell'O.P.G. di Aversa e gli operatori del D.S.M. dell'ASL CE/2 congiuntamente valuteranno il decorso clinico del paziente ristretto per attivare progetti di reinserimento sostenibili allorché l'internato sia, di fatto, in condizioni di tornare in libertà; favoriranno forme d'organizzazione e d'utilizzazione degli spazi e delle attività interne per la cura e socializzazione degli internati.

Il Direttore dell'O.P.G. di Aversa al momento dell'ingresso di un internato che risieda nel territorio dell'ASL CE/2, ne informa il referente del D.S.M., ed entrambi individuano e comunicano i nominativi dei sanitari di riferimento per l'inquadramento diagnostico e terapeutico.

Resta inteso che la responsabilità della gestione dei trattamenti è condivisa all'interno dei due gruppi di lavoro complessivamente.

Il Referente del D.S.M. ed il Direttore dell'O.P.G. informano i competenti servizi sociali affinché siano attivati, nelle loro competenze, gli opportuni canali di scambio e collaborazione.

Il Direttore dell'O.P.G. provvede a fornire tutte le indicazioni sul soggetto e sulla situazione che ha determinato l'internamento, compatibili con l'eventuale procedimento giudiziario in corso.

Le informazioni sono coperte dal segreto professionale che tutti gli operatori coinvolti dovranno rispettare.

La stesura del programma di trattamento terrà conto delle indicazioni fornite dal servizio territoriale, sia nella fase delle reciproche informazioni che in quella successiva delle visite periodiche effettuate in O.P.G. Queste dovranno avere inizio al più presto e comunque non oltre un mese dalla prima comunicazione pervenuta al D.S.M. e si svilupperà con modalità e tempi che garantiscano la continuità e l'efficacia del contatto.

La Direzione dell'O.P.G. s'impegna a favorire l'accesso degli operatori del D.S.M. e a facilitare il lavoro degli stessi nel rispetto del diritto alla riservatezza e delle norme di sicurezza.

Nel progetto terapeutico individuale potranno essere coinvolte figure significative familiari e non, tali ritenute dagli operatori del D.S.M. e da quelli dell'O.P.G.

Devono essere messi a disposizione degli internati i benefici previsti dalle vigenti leggi, ai fini della formulazione di un reale programma di reinserimento sociale, con il coinvolgimento dei servizi sociali territoriali.

Del progetto terapeutico individuale e del programma di reinserimento sociale sarà data comunicazione al Magistrato di Sorveglianza, per la concessione dei benefici di legge.

Il D.S.M. dell'ASL CE/2 e la Direzione dell'O.P.G di Aversa devono dare vita a progetti congiunti d'aggiornamento professionale specifico e di sensibilizzazione sociale sulle tematiche d'interesse comune, concorrendo i due enti all'organizzazione e finanziamento delle medesime.

Il D.S.M. dell'ASL CE/2 costituisce una sede d'incontro, di scambio e di confronto con le famiglie, con il volontariato, con gli operatori coinvolti nel trattamento intramurario e territoriale degli internati con patologia psichiatrica, con chiunque fosse interessato a fornire il proprio contributo alla soluzione dei gravi problemi dell'internamento giudiziario.

Quest'Ufficio provvederà a stabilire contatti operativi con i vari servizi coinvolti e a promuovere iniziative di sensibilizzazione e di segnalazione istituzionale costituendosi come snodo d'orientamento.

Furono in tal modo, e per questi fini, costituite équipe congiunte di operatori del S.S.N. e dell'O.P.G., con la finalità di elaborare e mettere in pratica progetti terapeutici e riabilitativi che consentano il reinserimento di internati in O.P.G. nei loro territori di origine.

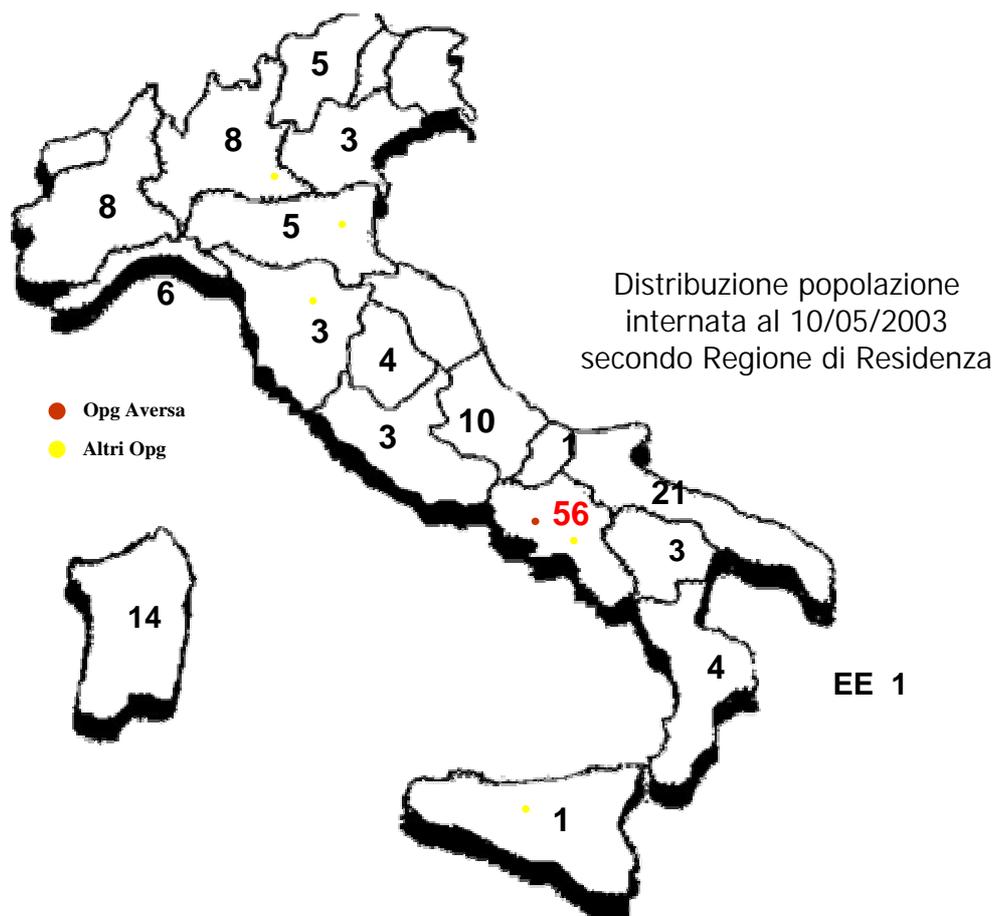
L'ASL CE/2 e L'ASL SA/2 furono le uniche ad aver sottoscritto un protocollo d'intesa fra l'O.P.G. di Aversa ed il S.S.N.

## **Risultati**

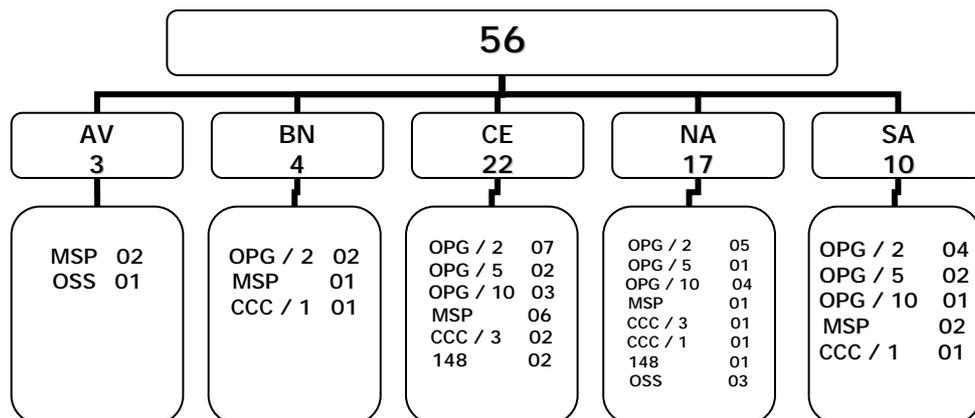
A distanza di due anni dalla sottoscrizione dei protocolli d'intesa, nel Maggio del 2003 sono stati elaborati i primi dati al fine di comprendere l'andamento degli interventi e i risultati del lavoro.

La popolazione internata nell'OPG di Aversa, al 10/05/2003, distribuita secondo la Regione di residenza, è rappresentata nel grafico sottostante.

56 sono gli internati al "Filippo Saporito" e residenti in Campania, ma si può notare l'alto numero di residenti in altre regioni, ospitati ad Aversa nonostante la presenza di altri OPG.

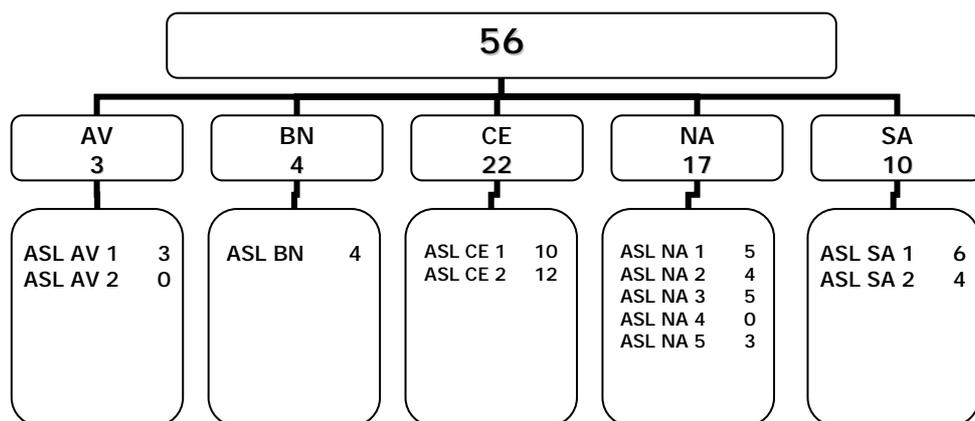


Dei 56 ricoverati internati ad Aversa e residenti in Campania, 3 risultano avere residenza in provincia di Avellino, 4 in provincia di Benevento, 22 in provincia di Caserta, 17 in provincia di Napoli e 10 in provincia di Salerno. Il diagramma sottostante li rappresenta graficamente, illustrando inoltre le misure di sicurezza applicate.



**DIAGRAMMA 1:** Popolazione internata Residente in Campania al 10/05/2003 distribuita secondo Provincia di residenza + MdS applicata

Il Diagramma 2, invece, suddivide la popolazione internata secondo le ASL di appartenenza.



**DIAGRAMMA 2:** Popolazione internata Residente in Campania al 10/05/2003 distribuita secondo ASL di appartenenza

Il risultato delle prime dimissioni, rese possibili grazie all'applicazione del procolo d'intesa con l'ASL CE/2 e al continuo lavoro effettuato in stretta collaborazione fra il personale interno dell'OPG e quello dell'ASL, è rappresentato nella seguente tabella.

### CE/2: Internati Dimessi

N.	REATO	MSD	INGR.	DIMIS.	RESID. ATTUALE	POS. GIUR.
1	Tentato omicidio	CCC	13/06/2000	20/07/2001	Proprio Domicilio	RMS
2	Tentato omicidio	OPG / 2	21/04/1990	10/10/2002	SIR S. Prisco	RMS
3	Omicidio	OPG / 10	07/04/1990	26/01/2001	SIR S. Prisco	LFE
4	Tentata violenza	OPG / 2	15/07/1992	19/02/2002	SIR Cesa	LFE
5	Estorsione	CCC	20/10/2000	22/04/2002	Proprio Domicilio	RMS
6	Parricidio	OPG / 10	19/03/1986	29/04/2002	SIR S. Cesario	LFE
7	Parricidio	OPG / 10	12/01/1990	14/03/2002	SIR Frignano	LFE
8	Estorsione	OPG / 2	22/06/2000	08/08/2002	SIR Mondragone	RMS
9	Tentato omicidio	OPG / 2	02/04/2001	29/03/2002	Brasile	RMS
10	Uxorocidio	OPG / 10	11/02/1985	03/04/2003	Villa dei Pini (AV)	LFE

**TABELLA 1**

Se 10 internati sono stati dimessi dal 2001 al 2003, altri 12 sono in via di dimissione, come rappresenta la Tabella sottostante.

**CE/2: Internati presenti in via di dimissione**

<b>N.</b>	<b>REATO</b>	<b>MSD</b>	<b>INGR</b>	<b>RESID. ATTUALE</b>	<b>POS. GIUR.</b>
1	Pluriomicidio	OPG / 5	25/11/1994	OPG Aversa	Internato
2	Omicidio	OPG / 10	07/03/2000	Casapulla	Internato
3	Matricidio	OPG / 10	08/10/1986	OPG Aversa	Internato
4	Tentati omicidi	OPG / 5	05/10/1987	Casaluce	Internato
5	Evasione Arr. D.	OPG / 2	07/11/2001	Casal di Principe	Internato
6	Tentato omicidio	OPG / 2	07/05/1997	Sessa Aurunca	Internato
7	Tentato omicidio	OPG / 2	17/03/1987	OPG Aversa	Internato
8	Fratricidio	OPG / 10	23/07/1997	OPG Aversa	Internato
9	Duplici omicidio	OPG / 10	11/11/1981	OPG Aversa	Internato
10	Furto aggravato	OPG / 2	26/08/1988	OPG Aversa	Internato
11	Matricidio	OPG / 10	20/06/1984	OPG Aversa	Internato
12	Duplici omicidio	OPG / 10	18/06/1987	OPG Aversa	Internato

**TABELLA 2**

Nonostante L'ASL NA/5 non abbia formalmente stipulato alcun protocollo d'intesa con l'O.P.G. di Aversa (stipula che, ricordiamo, è stata sottoscritta a tutt'oggi solo dalle ASL CE/2 e SA2), sono stati sperimentati ed attuati altrettanti progetti di reinserimento.

In particolare l'ASL NA/5 ha dimostrato come spesso non serve ricorrere a forzature ed intese di collaborazione bilaterale per realizzare quanto

dettato dai principi terapeutici, ma soprattutto dall'etica e dalla deontologia professionale ed umanitaria.

Le tabelle seguenti riportano i risultati raggiunti dalla collaborazione con l'ASL NA5

**NA/5: Internati Dimessi**

<b>N.</b>	<b>REATO</b>	<b>MSD</b>
1	Omicidio	OPG / 10
2	Uxoricidio	OPG / 10
3	Tentato omicidio	OPG / 5
4	Omicidio	OPG / 10

**TABELLA 3**

**NA/5: Internati presenti in via di dimissione**

<b>N.</b>	<b>REATO</b>	<b>MSD</b>
1	Parricidio ed altro omicidio	OPG / 10
2	Omicidio	OPG / 10
3	Parricidio e matricidio	OPG / 10

**TABELLA 4**