

**L'INTERNAMENTO
IN OSPEDALE PSICHIATRICO GIUDIZIARIO:
LE REVOCHE DELLA MISURA NELLE ORDINANZE
DEL MAGISTRATO DI SORVEGLIANZA DI MANTOVA
(Anni 1992-2002)***

Nel ricordo di Maria Grazia e di Vanessa

ERNESTO CALVANESE⁽¹⁾ - RAFFAELE BIANCHETTI⁽²⁾

SOMMARIO: 1. Premessa. – 2. Metodologia della ricerca. – 3. Analisi dei risultati; 3.1. Andamento delle revoche; 3.2. Dati anamnestici e biografici; 3.3. Dati clinici. – 4. Elementi di valutazione ai fini del giudizio; 4.1. Evoluzione del quadro psicopatologico; 4.2. Parere dell'équipe dell'O.P.G.; 4.3. Parere del Centro di Servizio Sociale Adulti e/o di altri Enti sulla concessione della revoca anticipata; 4.4. Interessamento dei familiari; 4.5. Possibilità di inserimento esterno. – 5. Tre lustri di revoche. – 6. Note conclusive.

1. Premessa

Misure di sicurezza, ospedale psichiatrico giudiziario pericolosità sociale, prognosi comportamentale, riesame della pericolosità, revoca delle misure, casa di cura e di custodia, fin dal momento dell'inserimento nel Codice Penale vigente del sistema del "doppio binario", e quindi di un diritto penale oltre che della responsabilità anche della pericolosità, costituiscono altrettanti temi al centro di analisi, opinioni divergenti, polemiche, dibattiti, sia in dottrina che in giurisprudenza.

Il nostro interesse è qui in realtà strettamente mirato alla tematica costituita dalla revoca delle misure di sicurezza, con particolare riferimento all'ospedale psichiatrico giudiziario. Dedi-

* Il presente lavoro è stato pensato, progettato e redatto congiuntamente dai due autori.

Relazione presentata al XVII Congresso Nazionale della Società Italiana di Criminologia, 9-11 ottobre 2003.

⁽¹⁾ Docente di Criminologia nell'Università degli Studi di Milano – Facoltà di Giurisprudenza.

⁽²⁾ Assegnista di ricerca presso la Cattedra di Criminologia nell'Università degli Studi di Milano – Facoltà di Giurisprudenza.

candoci a ciò resteranno al di fuori del nostro studio molte delle tante questioni di cui si è fatto testé cenno, posto che, trattando della revoca, si ha a che fare con soggetti ovviamente già internati e per i quali non è necessario andare ad esplorare terreni differenti, quali ad esempio quello dell'internamento non a seguito di un giudizio di pericolosità sociale formulato dal giudice di merito⁽³⁾, ovvero quello dell'accertamento dell'attualità della pericolosità al momento dell'attuazione della misura di sicurezza⁽⁴⁾, e quant'altro.

L'interesse nei confronti del nostro oggetto di ricerca è naturalmente correlato al vigente Ordinamento penitenziario (legge 354/1975 e succ. mod.) e alla formale abrogazione decisa dal legislatore del 1975 del 3° comma dell'art. 207 C.P. in tema di revoca delle misure di sicurezza prima della decorrenza del tempo corrispondente alla durata minima stabilita dalla legge: passandosi in tal modo – in tema di revoca anticipata – dalla competenza del Ministro di Grazia e Giustizia⁽⁵⁾ a quella dell'allora Sezione di Sorveglianza.

Come è noto, tale giudizio venne fatto poi rientrare nelle funzioni del Magistrato di Sorveglianza, mentre al Tribunale di Sorveglianza fu riconosciuto il ruolo di giudice di appello avverso le ordinanze del magistrato stesso (legge 663/1986).

Grazie a tali mutamenti del piano normativo e al passaggio dei giudizi in tema di revoca anticipata dal contesto politico-amministrativo al terreno giurisdizionale, la cessazione della misura prima della scadenza del termine minimo è divenuta ipo-

⁽³⁾ In tal senso si veda il D.P.R. 30 giugno 2000 N. 230, agli articoli 20, 111, 112 e 113.

⁽⁴⁾ Vedi le modifiche legislative apportate dalla Corte Costituzionale con le sentenze 139/1982 ("Obbligo di accertamento della presenza e della persistenza della pericolosità sociale nel momento in cui viene disposto l'internamento in O.P.G. dell'imputato prosciolto per infermità psichica") e 249/1983 ("Obbligo di accertamento della presenza e della persistenza della pericolosità sociale nel momento in cui viene disposto provvedimento di ricovero in Casa di cura e di custodia dell'imputato condannato con pena diminuita per cagioni di infermità psichica").

⁽⁵⁾ In precedenza la Corte Costituzionale (sentenza 110/1974) aveva dichiarato illegittimi il 2° e il 3° comma dell'art 207 C.P. [Art. 207 Codice Penale (Revoca delle misure di sicurezza personali) – "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 stabilita dalla legge per ciascuna misura di sicurezza.

Anche prima che sia decorso il tempo corrispondente alla durata minima stabilita dalla legge, la misura di sicurezza applicata dal giudice può essere revocata con decreto del Ministro della Giustizia)].

tesi più facilmente praticabile; senza trascurare l'alleggerimento e la sdrammatizzazione del compito di coloro che si trovano a dover concludere valutazioni peritali con giudizi prognostici negativi in tema di pericolosità sociale.

Non ultima ragione che ci ha spinti ad effettuare questo lavoro risiede nel desiderio di confrontarne i risultati con quanto emerso da un precedente studio⁽⁶⁾ effettuato sulla stessa materia nel quinquennio 1987-1991.

Infine, l'occuparsi, pur se in questa specifica prospettiva, di un'istituzione tanto giustamente "chiacchierata" e al centro di dibattiti e di prese di posizione anche assai virulente, conduce a rivisitare, appunto, una struttura che si pone quale obsoleto monumento alla "manicomializzazione" del malato di mente, ben al di fuori del mutamento in tal senso indotto dalla legge 180/1978⁽⁷⁾. Certo quest'ultima ha lasciato spazi incompleti per quanto attiene al trattamento del malato di mente nei frangenti - rari - nei quali questi possa divenire effettivamente pericoloso⁽⁸⁾, ciò che non può non essere posto in discussione quando, ad esempio, ci si trovi di fronte alle cosiddette "profezie che si autoavverano": non si vede peraltro per quale ragione ad una prevenzione di tipo civilistico inadeguata, debba sovrapporsi una repressione di natura prettamente penitenziaristica⁽⁹⁾ allorquando sia avvenuta la commissione di un fatto reato da parte di un folle⁽¹⁰⁾.

Tra i diversi autori che negli ultimi anni si sono occupati di tali argomenti ricordiamo *Manacorda* (1982), *Mantovani* (1984),

⁽⁶⁾ CALVANESE E., BENETTI A., *La revoca della misura dell'ospedale psichiatrico giudiziario. Un'indagine sulle pronunce della Magistratura di Sorveglianza di Mantova*, in *Rassegna Italiana di Criminologia*, 1995.

⁽⁷⁾ Vedi al proposito, tra gli altri, FORNARI U., *Il trattamento del malato di mente e la legge 180/78: aspetti psichiatrico-forensi e medico-legali*, in *Rivista Italiana di Medicina Legale*, Vol. VI, 1984.

⁽⁸⁾ Quanto qui esposto è riferito a casi concreti e momentanei di scompenso della malattia mentale, casi nei quali la pericolosità sociale potrebbe effettivamente esplicitarsi in modo concreto; rimanendo, ovviamente, ben lontana dal nostro pensiero qualsiasi valutazione stereotipica e generalizzata sulla pericolosità in sé del disturbo psichiatrico.

⁽⁹⁾ Segnaliamo a questo proposito la sentenza n. 253 emessa dalla Corte Costituzionale il 18.7.2003, innovativa e quanto mai opportuna, che ha sancito l'illegittimità costituzionale dell'art. 222 C.P. nella parte in cui impone al giudice, quale unica alternativa, la misura di sicurezza dell'O.P.G. per i prosciolti socialmente pericolosi.

⁽¹⁰⁾ Vedi al proposito, AA. VV., *180, vent'anni dopo*, Ed. LA REDANCIA, Savona, 1998.

Dell'Osso (1985), Daga (1987), Greco, Catanesi (1988), Fiandaca, Musco (1989), Cadioli, Ermentini, Fazzari, Teti (1990), Ponti (1990), Fornari, Rosso (1992), Calvanese, Benetti (1995), Manacorda (2000), Fornari, Coda (2001), Sclafani, Racioppoli, Caccavale (2002).

Con specifico riferimento alla problematica della cessazione delle misure di sicurezza, è nostro intento occuparci nel presente lavoro dei giudizi di revoca, a termine e anticipata, della misura dell'ospedale psichiatrico giudiziario, che riteniamo particolarmente significativa per l'importanza dei termini minimi previsti, per il suo carattere di piena alternatività e non di semplice complementarietà rispetto alla pena, per l'origine nettamente patologistica della pericolosità sociale ad essa sottostante. In tale prospettiva ci proponiamo di analizzarne modalità di concessione, prassi giudiziaria, criteri di valutazione, andamento quantitativo.

A questo scopo sono stati esaminati, per il periodo 1992-2002, tutti i fascicoli relativi alle istanze di revoca anticipata e ai giudizi di revoca a termine su cui si è espresso il Magistrato di Sorveglianza di Mantova⁽¹¹⁾, competente per territorio sull'O.P.G. "S. Luigi" di Castiglione delle Stiviere. Ciò al fine di analizzare caratteristiche e ambiti problematici dei procedimenti di revoca, ovviamente in una prospettiva di natura eminentemente qualitativa ed esente da qualsiasi pretesa di esaustività, posta l'unicità della nostra fonte e la sua peculiarità rispetto alle analoghe istituzioni del nostro Paese.

È da dirsi al proposito che il "S. Luigi", fondato nel 1939 sulla base di una Convenzione tra il Ministero di Grazia e Giustizia e l'Amministrazione degli Istituti Ospedalieri di Castiglione delle Stiviere, si presenta come una struttura di tipo sanitario, con personale medico e paramedico, in assenza di un assetto penitenziaristico, così come di operatori della polizia carceraria. Le formule trattamentali sono diversificate e vanno dall'ambito strettamente clinico ad attività di tipo lavorativo e ricreativo. Da segnalarsi che si tratta dell'unico O.P.G. in grado di ospitare internati di sesso femminile, con ciò

(11) Si coglie l'occasione per ringraziare il Presidente del Tribunale di Sorveglianza di Brescia Dott. Luigi Trematerra, e la Dott.ssa Marina Azzini, Magistrato di Sorveglianza di Mantova, che con la loro cortese disponibilità hanno reso possibile l'effettuazione della presente ricerca. La Dott.ssa Azzini in particolare ci ha fornito una serie cospicua di elementi conoscitivi sul tema di interesse, elementi che hanno poi costituito una fonte aggiuntiva di dati utili per il nostro lavoro.

ulteriormente differenziandosi dagli altri cinque ospedali psichiatrici giudiziari operanti in Italia e ubicati ad Aversa, a Barcellona Pozzo di Gotto, a Montelupo Fiorentino, a Napoli e a Reggio Emilia⁽¹²⁾.

2. Metodologia della ricerca

Sul piano metodologico – come si diceva – si è proceduto in primo luogo alla consultazione dei fascicoli relativi ai giudizi di revoca concernenti gli internati ex art. 222 C.P.⁽¹³⁾.

I dati emersi da ogni fascicolo sono stati riportati su apposite griglie di rilevazione, che considerano primariamente i fattori di natura anamnestica e biografica: sesso, età, tipologia del reato commesso, precedenti penali.

In secondo luogo ci siamo occupati della diagnosi clinica formulata e della durata della misura di sicurezza, secondo quanto riportato nella sentenza di proscioglimento.

Sono stati infine indagati dati ed elementi strettamente connessi al momento del giudizio del magistrato di sorveglianza: lo stato della malattia all'epoca del giudizio di revoca; i pareri formulati in merito alla concessione della revoca dall'équipe dell'ospedale psichiatrico giudiziario, dai Centri di Servizio Sociale per Adulti e da altri enti; la situazione familiare e la possibilità di sostegno da parte dei parenti; le prospettive di inserimento extraistituzionale e le modalità di accoglimento.

3. Analisi dei risultati

3.1. Andamento delle revoche

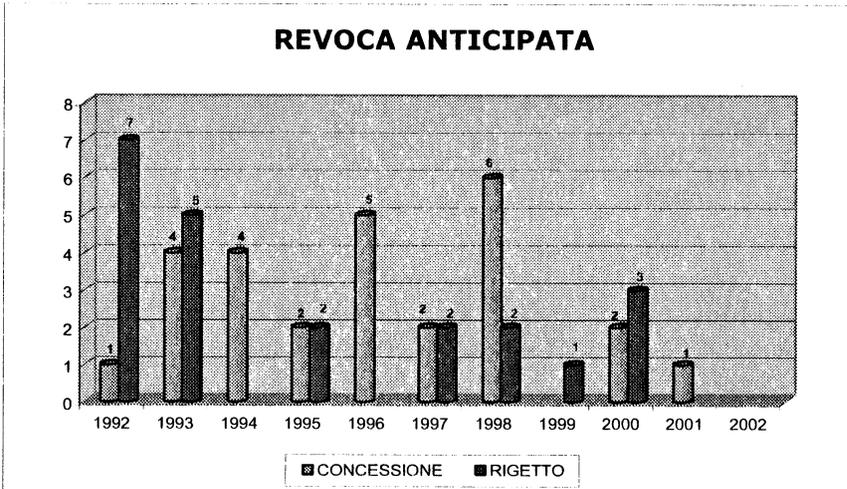
Complessivamente sono stati esaminati, per gli undici anni considerati, 264 fascicoli, relativi a 185 uomini (70%) e 80 donne (30%).

⁽¹²⁾ Per ulteriori approfondimenti, vedi ROMANO A., SAURNIANI I., *L'Ospedale psichiatrico giudiziario oggi, tra ideologia e prassi*, in *Rassegna Italiana di Criminologia*, 2001.

⁽¹³⁾ Art. 222 C.P. : "Nel caso di proscioglimento per infermità psichica, ovvero per intossicazione cronica da alcool o da stupefacenti, ovvero per sordomutismo, è sempre ordinato il ricovero dell'imputato in un ospedale psichiatrico giudiziario per un tempo non inferiore ... (*omissis*).

Nel successivo grafico n. 1 viene analizzato l'andamento delle concessioni e dei rigetti delle istanze di revoca anticipata (49 in tutto).

Grafico n. 1



Si precisa che il numero globale di internati/e che hanno ottenuto, nel periodo oggetto di indagine, la revoca anticipata della misura dell'ospedale psichiatrico giudiziario è pari a 27 (55,10% - 17 maschi e 10 femmine). Per quanto invece riguarda il rigetto delle istanze, queste assommano globalmente a 22 (44,90% - 19 maschi e 3 femmine).

In relazione alla revoca anticipata, ci sembra opportuno soffermarci sui tempi effettivi di internamento nella struttura manicomiale prima della concessione del beneficio.

Orbene, su un totale di 27 provvedimenti di concessione della revoca anticipata, si nota quanto qui a seguito esposto nelle tabelle 1, 2, 3.

Tabella n. 1

Periodo internamento: termine minimo 2 anni	
1 anno	1
1 anno e 1 mese	1
1 anno e 4 mesi	3
1 anno e 7 mesi	6
Totale	11

Tabella n. 2

Periodo internamento: termine minimo 5 anni	
2 anni e 10 mesi	1
3 anni	1
3 anni e 4 mesi	1
3 anni e 5 mesi	1
3 anni e 10 mesi	1
4 anni e 6 mesi	4
4 anni e 10 mesi	3
4 anni e 11 mesi	1
Totale	13

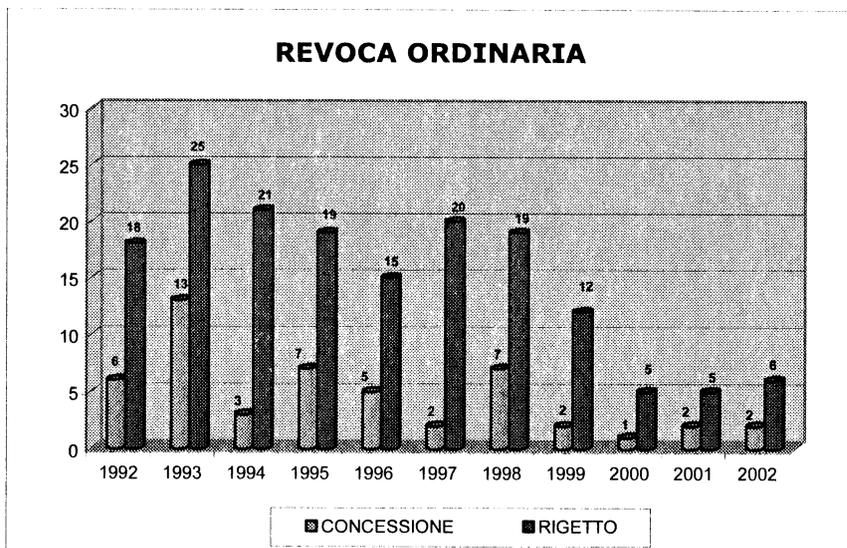
Tabella n. 3

Periodo internamento: termine minimo 10 anni	
6 anni	1
7 anni e 6 mesi	1
7 anni e 10 mesi	1
Totale	3

Come si evidenzia dalla lettura dei dati riportati nelle tabelle, il periodo trascorso in ospedale psichiatrico giudiziario è assai variabile a seconda dei casi. Questo in particolare, anche per coloro cui sia stato applicato il termine minimo inferiore della misura (2 anni), non è mai stato minore di un anno, giungendo, in un caso, a 19 mesi. Tale tendenza viene confermata anche dai dati relativi alle altre due ipotesi di termine minimo (5 e 10 anni), talché si ritrovano diversi soggetti cui la revoca è stata concessa quando ormai si avvicinava la soglia del riesame di pericolosità ordinario.

Considerando ora la revoca a termine (215 casi - Grafico n. 2), si vede che tale provvedimento è stato ottenuto da 50 soggetti (23,5% - 28 maschi e 22 femmine).

Per quanto invece riguarda la mancata disposizione di tale revoca, si registra un totale di 165 casi (76,5% - 124 maschi e 41 femmine).

Grafico n. 2

I dati fin qui esposti evidenziano un andamento tendenzialmente altalenante nella ammissione sia alla revoca anticipata che a quella ordinaria, permanendo sempre peraltro su numeri alquanto contenuti: ridotti, ora della fine, a singole unità, fino ad arrivare ad anni nei quali non vi è stata, per quanto attiene in particolare alla revoca anticipata, alcuna concessione. D'altronde, in controtendenza, non si può non segnalare, sempre con riferimento alla revoca anticipata, che negli anni 1994, 1996 e 2001 tutte le istanze presentate sono state accolte.

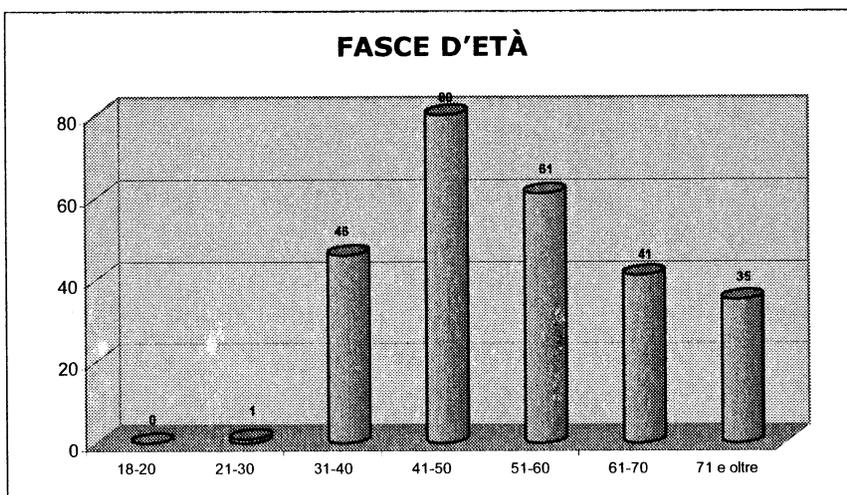
Ciò esposto in ordine alle concessioni e ai rigetti relativi ai due tipi di revoca, e considerato che i soggetti che hanno comunque ottenuto una revoca della misura di sicurezza assommano a 77, ci sembra interessante analizzare quanto riportato nella tabella seguente (Tabella n. 4) circa il periodo di internamento trascorso da tutti coloro che non hanno conseguito la revoca anticipata. La tabella ingloba, per converso, unitamente ai soggetti che si sono visti revocare la misura nel contesto di un giudizio di riesame della pericolosità (50 persone), tutti coloro ai quali, al momento dell'effettuazione del nostro rilevamento, la revoca era stata negata, persone dunque risultanti ancora internate. La finalità di questi dati è essenzialmente quella di verificare la durata della permanenza in O.P.G. da parte degli individui rimasti nella struttura fino - e oltre - al raggiungimento del termine minimo.

Tabella n. 4

Periodo internamento complessivo	
Termine minimo 2 anni: attuale massima permanenza 4 anni e 6 mesi	98
Termine minimo 5 anni: attuale massima permanenza 9 anni e 8 mesi	92
Termine minimo 10 anni: attuale massima permanenza 22 anni e 6 mesi	47
TOTALE	237

Tenendo conto che – come si è accennato – nella tabella sono compresi i numeri relativi a 50 persone che hanno beneficiato della revoca ordinaria, rimangono ben 187 soggetti ai quali il provvedimento non consta essere stato ancora applicato. Appare pertanto del tutto evidente come, tendenzialmente, la misura si prolunghi, anche di molto, rispetto al termine minimo, fino ad arrivare a situazioni nelle quali si riscontra una permanenza in O.P.G. della durata di 17 anni e 4 mesi (1 caso, con termine minimo a 2 anni), di 19 anni (1 caso, con termine minimo a 10 anni), di 21 anni (due casi, con termine minimo a 5 anni), di 22 anni e 6 mesi (1 caso, ancora con termine minimo a 5 anni), e ciò tralasciando le ipotesi intermedie.

Grafico n. 3



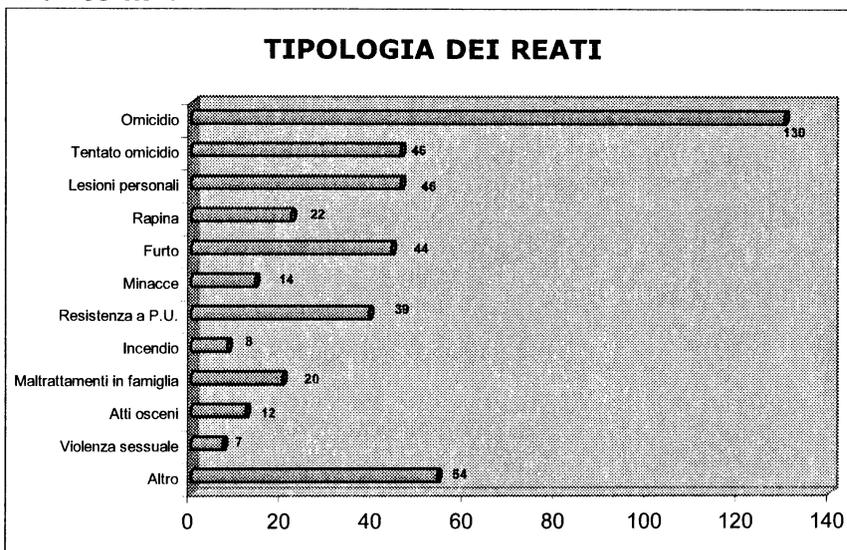
3.2. Dati anamnestici e biografici

Passando ora ad esaminare alcuni aspetti anamnestici del campione analizzato, ci occuperemo in primo luogo dell'età degli internati protagonisti nei fascicoli da noi esaminati.

Come si vede (Grafico n. 3), la classe di età maggiormente rappresentata è quella compresa tra i 41 e i 50 anni (80 soggetti). Massiva è inoltre la presenza di tutte le fasce di età superiori ai 31 anni, con una rilevante incisività degli ultrasettantenni (35). Per converso, sono praticamente assenti i giovani di età compresa tra i 18 e i trenta anni (1 solo caso).

Per quanto attiene invece la tipologia dei reati che ha dato luogo all'internamento (Grafico n. 4), va anzitutto precisato che il numero dei reati (442) è superiore al numero dei soggetti considerati (264), in ragione del fatto che molti di costoro sono risultati autori di più comportamenti delittuosi.

Grafico n. 4



Come ben emerge dal grafico, i delitti di omicidio, tentato omicidio, lesioni personali costituiscono il gruppo maggiormente rappresentato (222 casi).

Più in particolare, per quanto concerne specificamente l'omicidio, ritroviamo 115 casi di delitti messi in atto da soggetti di sesso maschile e 25 fattispecie riguardanti donne.

In merito alle vittime, può precisarsi che queste facevano generalmente parte dell'ambiente familiare; ciò, d'altra parte, non deve stupire in considerazione del fatto che i soggetti di cui ci occupiamo sono affetti da patologia mentale, ed è notorio che la maggior parte dei delitti messi in atto da costoro è perpetrata appunto contro persone appartenenti all'ambito familiare: le vittime più frequenti sono state infatti mariti o mogli, padri o madri.

Meno rappresentati appaiono gli altri reati, fra i quali maggiormente significativi sono il furto e la rapina (66 casi nel complesso) e la resistenza a Pubblico Ufficiale (39 casi). Si evidenziano poi 20 ipotesi di maltrattamenti contro la famiglia, 14 casi di minacce e 12 di atti osceni. A questi si aggiungono 8 casi di incendio e 7 di violenza sessuale. Da rilevarsi infine che nella voce "altro" si sono raccolti i reati di minor gravità, quali, tra gli altri, la calunnia, il danneggiamento, l'ubriachezza, l'insolvenza fraudolenta e la violazione di domicilio.

Può fin d'ora anticiparsi, in base ad una valutazione delle decisioni maturate dall'organo giudicante, che la natura del reato commesso non pare avere influenzato il giudizio circa la possibilità o meno di revoca.

La presenza di precedenti penali parrebbe costituire elemento di valutazione da parte del giudice, peraltro di modesta entità, solo per quanto attiene alla revoca anticipata, mentre, per la revoca a termine, tale fattore sembrerebbe del tutto ininfluenza. Negli effetti – tenendo sempre presente l'esiguità dei dati acquisiti, e quindi la limitazione che ciò comporta nell'estrapolare linee di tendenza più generali – si vede come, su 133 soggetti "primari", 17 hanno ottenuto la revoca anticipata su un totale di 27 provvedimenti concessi; mentre, per quanto riguarda la revoca ordinaria (totale 50), il campione si è equanimemente diviso, visto che sono state concesse 25 revoche siffatte ai non portatori di recidiva e altrettante 25 ai soggetti recidivi, ammontanti a 131.

È da osservarsi che, rispetto alla ricerca degli anni 1987-91, emerge qui un andamento divergente, posto che la gravità del reato e la presenza di recidiva erano apparsi allora fattori importanti nell'orientare la valutazione dei casi da parte del magistrato di sorveglianza.

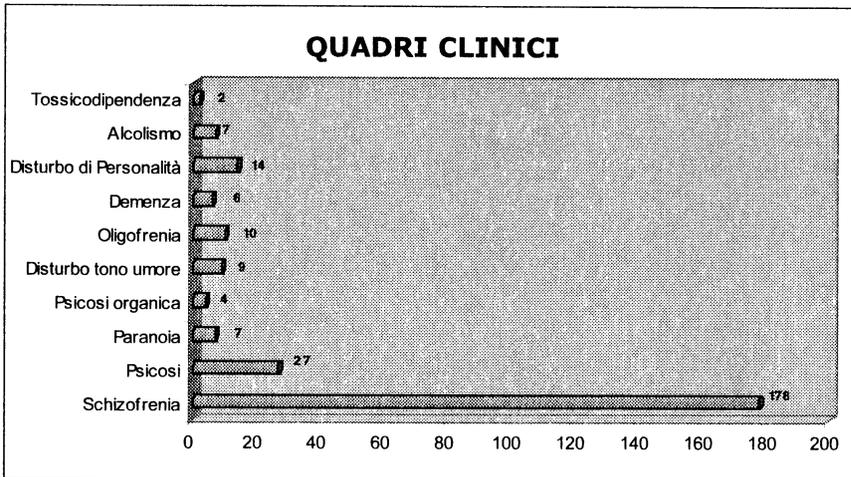
3.3. Dati clinici

Ci occupiamo ora dell'analisi dei quadri clinici che hanno motivato il riconoscimento del vizio di mente al momento del reato.

A questo proposito è solo il caso di ricordare che, trattandosi della misura dell'ospedale psichiatrico giudiziario, ci si trova di fronte a valutazioni peritali conclusesi sempre con un giudizio di totale esclusione della capacità di intendere e di volere (art. 88 C.P.).

Premesso che, su un totale di 264 casi, è stata sempre rilevata l'esistenza di una patologia di natura cronica, è nostro intento offrire una panoramica dei disturbi mentali che sono risultati soggiacenti alla valutazione di totale incapacità (Grafico n. 5).

Grafico n. 5



Al di là della considerazione che ci si trova di fronte a diagnosi emesse secondo criteriologie nosografiche tra di loro differenti e con ben scarso utilizzo della metodologia diagnostica proposta dal DSM nelle sue diverse edizioni – circostanza questa che ci ha condotto ad un non facile lavoro interpretativo e di riunificazione delle diverse nomenclature impiegate –, emerge immediatamente dalla visione del grafico l'assoluta maggioranza di individui (ben 178) giudicati affetti da schizofrenia al momento della commissione del reato.

Gli altri tipi di patologia sono numericamente assai inferiori, evidenziandosi, in modo maggiormente significativo, quadri di non meglio definita psicosi (27 casi), di disturbo della personalità (14, di cui 10 *borderline* e 4 paranoidi), di oligofrenia (10 casi); seguono poi 7 situazioni di alcolismo, 7 di paranoia, 6 di demenza; 2 fattispecie infine riguardano soggetti tossicodipendenti.

4. Elementi di valutazione ai fini del giudizio

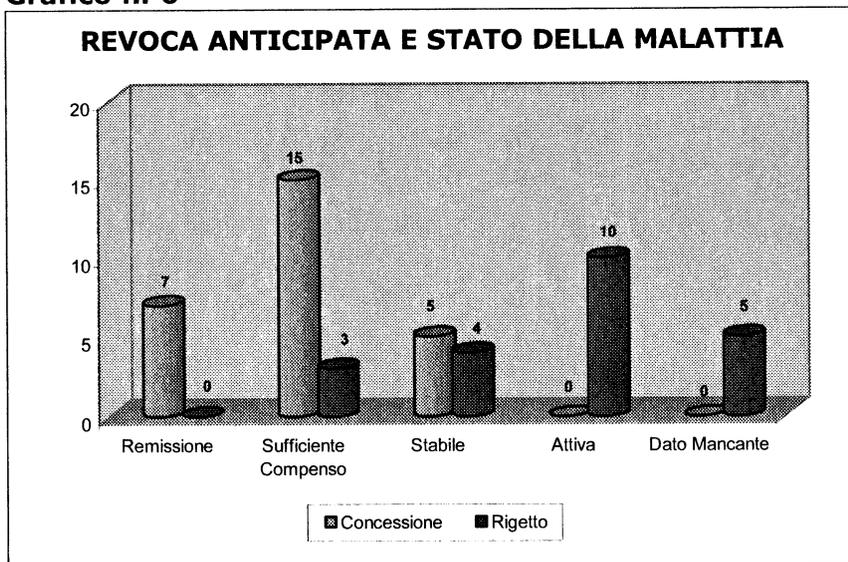
4.1. Evoluzione del quadro psicopatologico

Per quanto concerne i criteri di valutazione che sembrano tendenzialmente emergere dalla lettura dei fascicoli, si evidenzia come l'attività decisionale del giudice si basi su un'analisi plurifattoriale, essenzialmente fondata sulla considerazione di diversi elementi di natura clinica, individuale, socio-assistenziale, familiare ed ambientale.

In primo luogo ricordiamo che i sanitari dell'O.P.G. sono chiamati a fornire indicazioni sullo stato di mente dell'internato e ad esprimere il loro parere sull'opportunità di dimissione.

Si inizierà quindi con l'esposizione dei dati relativi alle condizioni psicopatologiche dei soggetti che hanno presentato domanda di revoca anticipata, con riferimento al momento dell'istanza (grafico n. 6).

Grafico n. 6



Premesso che in 5 casi non si sono ritrovate informazioni relative allo stato della malattia, rileviamo che le 27 concessioni di revoca anticipata hanno riguardato 7 internati che si trovavano in una condizione di remissione della malattia, 15 che avevano raggiunto un sufficiente compenso clinico e 5 nei quali la condizione psicopatologica si era stabilizzata.

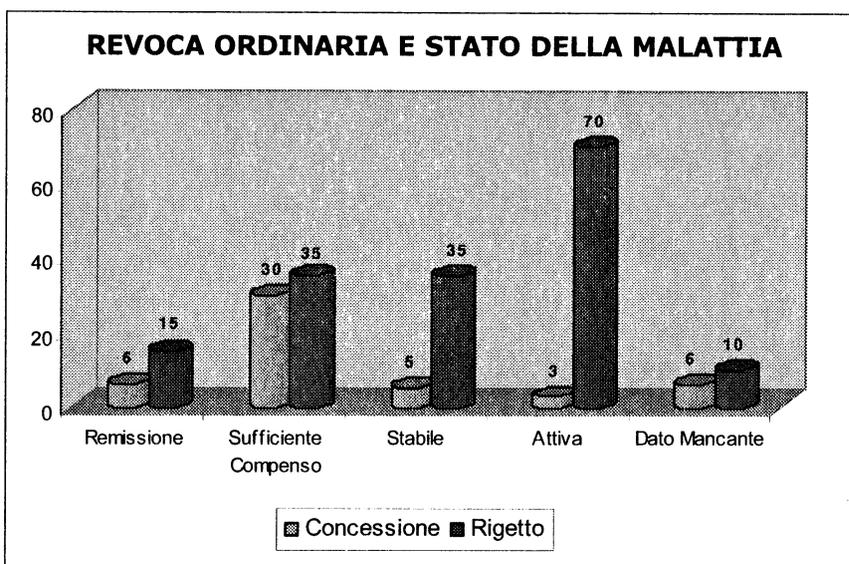
L'istanza di revoca anticipata è stata per contro rigettata in 3 casi di sufficiente compenso clinico e in 4 in cui la malattia si trovava in una situazione di stabilizzazione.

I motivi che sottendono tali rigetti sembrano prevalentemente derivare dalla impossibilità di attuare un reinserimento esterno dell'individuo e/o dalla inopportunità del suo rientro in famiglia.

Infine in 10 casi, nessuno dei quali è stato accolto, si è potuta riscontrare la presenza di una patologia psichiatrica ancora persistente e attiva.

Per quanto riguarda l'andamento della revoca ordinaria, i dati sono visualizzati nel grafico che segue.

Grafico n. 7



Analizzando preliminarmente le concessioni (in totale 50), si rileva che in 6 casi gli internati si trovavano in uno stato di remissione della malattia, 30 avevano raggiunto un sufficiente compenso clinico, 5 presentavano una condizione di stabilizzazione, mentre in 3 soggetti era riscontrabile una patologia persistente.

La revoca ordinaria è stata invece respinta in 15 casi di remissione e in 35 di raggiungimento di sufficiente compenso clinico. Le ragioni che sottendono tali rigetti, come anche quelli, di cui parleremo appresso, formulati in situazioni di stabilizzazione della patologia psichiatrica, appaiono, ancora una volta, essenzialmente riferirsi – alla luce dei dati emersi dalla lettura degli atti d'udienza – a carenze nelle possibilità di reinserimento extraistituzionale.

Si sono avute proroghe in 35 casi di stabilizzazione, ed infine – come d'altro canto era lecito attendersi – in 70 situazioni di patologia ancora attiva.

Da rilevarsi infine la presenza di 16 fascicoli ove l'informazione sull'andamento dell'infermità non è risultata reperibile.

4.2. Parere dell'équipe dell'O.P.G.

Si esporranno qui a seguito i pareri formulati dai sanitari dell'ospedale psichiatrico giudiziario circa l'opportunità di concedere o meno la revoca della misura, unitamente alle decisioni volta per volta assunte dal magistrato di sorveglianza.

Tabella n. 5

Parere équipe O.P.G. (revoca anticipata)	Concessione	Rigetto
Positivo	11	6
Negativo	0	7
Incerto	3	4
Dato mancante	13	5
Totale	49	

Come si vede (Tabella n. 5), su un totale di 17 pareri positivi alla revoca anticipata, a 11 internati è stata concessa e a ben 6 rigettata.

I 7 pareri negativi emessi hanno certamente influenzato in modo diretto un uguale numero di rigetti, mentre da altrettanti pareri incerti (7) sono scaturiti 4 non accoglimenti delle istanze e 3 concessioni.

Consideriamo ora i dati relativi alla revoca ordinaria (Tabella n. 6).

Tabella n. 6

Parere équipe O.P.G. (revoca ordinaria)	Concessione	Rigetto
Positivo	20	56
Negativo	13	47
Incerto	8	39
Dato mancante	9	23
Totale	215	

Si può osservare che la revoca a termine, a fronte di 76 pareri positivi, in solo 20 casi è stata concessa e in 56 rigettata, dato questo che sembrerebbe correlarsi alla cronicizzazione della istituzionalizzazione, più ancora che non dello stato psicopatologico, di internati ormai giunti ad età assai avanzate e privi di alcuna possibilità di inserimento esterno.

Su 60 pareri negativi in 13 casi il beneficio è stato concesso, mentre su 47 pareri incerti a 39 è stato rigettato.

Ci sembra utile rilevare inoltre che i pareri incerti dell'équipe non dipendono tanto dalla gravità della malattia quanto dalla difficoltà di reperire una struttura alternativa all'ospedale psichiatrico giudiziario, dall'esistenza o meno di risorse familiari ed ambientali, dalla concreta possibilità di mobilitare tali risorse, oppure dalla necessità di osservare il comportamento del soggetto in licenza esperimento.

Il parere dell'équipe sanitaria e lo stato della malattia costituiscono quindi semplicemente due variabili – importanti sì ma non fondamentali – fra i diversi elementi utilizzati per la valutazione circa l'opportunità di revocare o meno la misura di sicurezza della quale ci occupiamo.

Si rende pertanto necessario per la Magistratura, come già accennato, sondare le disponibilità offerte dall'ambiente di appartenenza dell'internato allo scopo di favorire un adeguato reinserimento sociale.

4.3. Parere del Centro di Servizio Sociale Adulti e/o di altri Enti sulla concessione della revoca anticipata

Come si può notare dalla tabella n. 7, dagli enti competenti è stato espresso parere positivo alla revoca anticipata in 6 casi, per un totale di 5 concessioni e di 1 rigetto; 6 sono stati i pareri negativi, a cui hanno fatto seguito 2 ammissioni e 4 rifiuti. L'alto numero (34) invece di dati mancanti sembra da ascri-

Tabella n. 7

Parere C.S.S.A. e altri Enti (revoca anticipata)	Concessione	Rigetto
Positivo	5	1
Negativo	2	4
Incerto	1	2
Dato mancante	19	15
Totale	49	

versi ai tempi brevi in cui l'istanza di revoca anticipata è stata mandata a giudizio, ciò che, verosimilmente, ha comportato l'impossibilità di effettuare per tempo le indagini necessarie: ciò non toglie che in 19 casi, nonostante l'assenza di tale parere, la revoca sia stata concessa.

Per quanto riguarda la revoca a termine (Tabella n. 8), 24 sono stati i pareri positivi: a 6 soggetti è stata concessa e a 18 negata.

Su 55 pareri negativi sono state concesse 11 revoche ordinarie, mentre 4 sono state decise a favore di soggetti (33) nei cui confronti era stata espressa una valutazione incerta. Infine 29 revoche a termine riguardano fattispecie nelle quali mancava la relazione sociale (globalmente 103 casi).

Tabella n. 8

Parere C.S.S.A. e altri Enti (revoca ordinaria)	Concessione	Rigetto
Positivo	6	18
Negativo	11	44
Incerto	4	29
Dato mancante	29	74
Totale	215	

4.4. Interessamento dei familiari

Prenderemo ora in esame la situazione familiare dei soggetti costituenti il nostro campione (Tabella n. 9).

Tabella n. 9

Presenza e interessamento familiari (revoca anticipata)	Concessione	Rigetto
Stabile, uguale a quella precedente	17	12
Stabile, con alternative	2	1
Disgregata/inesistente	7	8
Ostile	1	1
Dato mancante	0	0
Totale	49	

Occupandoci in primo luogo della revoca anticipata, dai dati acquisiti emerge che, su 29 casi in cui l'internato poteva avvalersi di un appoggio familiare uguale a quello precedente l'internamento, a 17 è stata concessa la revoca anticipata e a 12 rigettata.

In 3 casi l'ambiente familiare, pur offrendo garanzia di stabilità, proponeva luoghi alternativi come istituti, comunità, etc., rifiutando un riaccoglimento del dimesso tra le mura domestiche: a 2 di questi soggetti è stata concessa la revoca anticipata e a 1 rigettata.

In 15 situazioni il contesto familiare si era fratturato o vi si appalesava un'assoluta mancanza di appoggio: a 7 soggetti il beneficio è stato accordato e a 8 rifiutato.

Sono state riscontrate inoltre 2 situazioni di ostilità e disinteresse: ebbene, 1 degli istanti che si trovava in queste condizioni ha ottenuto ugualmente la revoca anticipata, mentre all'altro è stata negata.

In ordine alla revoca a termine (Tabella n. 10), su 97 casi di situazione familiare stabile, analoga a quella esistente al momento dell'internamento, 23 soggetti hanno ottenuto la revoca, mentre 74 si sono visti prorogare la misura. Su 12 situazioni stabili, ma con alternative, si sono avuti 5 accoglimenti e 7 rigetti.

In 93 casi invece la famiglia era disgregata o inesistente: 19 soggetti, il cui nucleo familiare si trovava in queste condizioni, sono stati dimessi per revoca ordinaria, mentre, per gli altri 74, è stata disposta la continuazione della misura.

Infine 10 internati si ritrovavano una famiglia ostile: fra costoro, 1 è stato ugualmente dimesso; la revoca è stata invece negata ai 9 restanti.

Tabella n. 10

Presenza e interessamento familiari (revoca ordinaria)	Concessione	Rigetto
Stabile, uguale a quella precedente	23	74
Stabile, con alternative	5	7
Disgregata/inesistente	19	74
Ostile	1	9
Dato mancante	2	1
Totale	215	

4.5. Possibilità di inserimento esterno

Passando ora all'analisi delle prospettive di inserimento extraistituzionale in caso di concessione del beneficio, riportiamo nelle successive tabelle i dati emersi.

Tabella n. 11

Prospettiva di inserimento extraistituzionale (revoca anticipata)	Concessione	Rigetto
Ottima	4	0
Sufficiente/buona	5	8
Incerta	2	6
Nessuna	10	4
Dato mancante	6	4
Totale	49	

Le prospettive di inserimento familiare e/o extrafamiliare in strutture protette ospedaliere, comunitarie, ovvero a ricovero diurno, per ciò che si riferisce alle richieste di revoca anticipata (Tabella n. 11), sono risultate ottime, con possibilità anche di inserimento lavorativo, solamente in 4 casi: in tutte queste situazioni agli istanti è stato concesso il beneficio.

In 13 casi veniva garantito un inserimento sufficiente o buono: ciononostante, a fronte di 5 concessioni di revoca anticipata, si riscontrano 8 dinieghi.

Per 14 soggetti non era invece segnalata alcuna prospettiva di inserimento extraistituzionale: 10 fra costoro hanno peraltro ottenuto la revoca anticipata, mentre 4 si sono visti rigettare l'istanza.

Si riscontra infine una mancanza di informazioni pari a 10 casi, sei dei quali si sono conclusi con l'accoglimento della istanza e 4 in senso opposto.

Relativamente alla revoca a termine (Tabella n. 12), questa è stata concessa a tutti i 13 soggetti indicati con prospettive di inserimento ottime. Su 35 casi in cui si prospettava un inserimento sufficiente, a 20 internati è stata concessa e a 15 rigettata.

A tutti gli 80 soggetti segnalati con possibilità di inserimento incerte o inadeguate e ai 60 del tutto privi di prospettive la misura è stata prorogata senza eccezioni.

Anche per quanto riguarda la revoca a termine si ha a che fare con una significativa quantità di situazioni (27) prive di informazione al proposito: 17 dei soggetti interessati si sono visti revocare la misura, mentre per 10 ne è stata disposta la continuazione.

Tabella n. 12

Prospettiva di inserimento extraistituzionale (revoca ordinaria)	Concessione	Rigetto
Ottima	13	0
Sufficiente/buona	20	15
Incerta	0	80
Nessuna	0	60
Dato mancante	17	10
Totale	215	

5. Tre lustri di revoche

Come accennato nel corso della premessa, una ricerca del tutto analoga era stata da noi effettuata per gli anni 1987-1991, sempre presso l'O.P.G. di Castiglione delle Stiviere.

È nostra intenzione ora operare un confronto tra gli aspetti e le linee di tendenza maggiormente significativi emersi dai due lavori, subito anticipando che le differenze riscontrabili sono piuttosto rilevanti sia dal punto di vista quantitativo che qualitativo.

Intanto, si evidenzia un andamento assolutamente divergente per quanto concerne i numeri assoluti, vale a dire che, se le aspettative potevano essere tali da lasciarci ipotizzare un maggiore, se non raddoppiato, quantitativo di provvedimenti negli undici anni ora considerati rispetto al quinquennio precedentemente preso in esame, ebbene ci siamo trovati di fronte a risultati assai diversi, nel senso che ora ci accingiamo ad esporre.

In questa prospettiva, per quanto attiene al numero dei fascicoli esaminati, e pertanto dei soggetti interessati dal giudizio, si rileva che nello studio precedente erano stati analizzati 274 casi, mentre ora, in un arco di tempo di gran lunga superiore, i casi rilevati sono stati addirittura di meno, pari a 264.

Emerge altresì una forte disparità anche nella concessione delle revoche, sia ordinarie che anticipate (vedi Tabella n. 14): circostanza questa che parrebbe legittimare l'ipotesi che ci si

trovi di fronte a linee guida della valutazione delle singole fattispecie maggiormente rigide e restrittive.

Ciò, naturalmente, al di là del fatto che vi possano ben essere casuali concentrazioni di casi inequivocabilmente negativi, e tali quindi da comportare comunque una valutazione di diniego, anche se è pur da dirsi che la concentrazione statistica sembrerebbe doversi diluire nel lungo arco temporale, anziché seguire un andamento contrario.

Relativamente al calo dei fascicoli, si ritiene che possa essere correlato, almeno in buona parte⁽¹⁴⁾, alla diminuzione progressiva, a partire dal 1990, del numero di internati, che si è andato progressivamente riducendo, anno per anno, secondo l'andamento illustrato nella tabella che segue.

Tabella n. 13

ANNI	Media giornaliera internati per anno
1990	326
1991	276
1992	273
1993	258
1994	257
1995	242
1996	239
1997	236
1998	213

A completamento dei dati testè riportati si precisa che nel 1999, a seguito di una convenzione intervenuta tra il Ministero di Grazia e Giustizia e l'Azienda ospedaliera "Carlo Poma" della Regione Lombardia, si è stabilito che il numero degli internati dovesse collocarsi tra i 170 e i 200: sulla base di tale conven-

(14) Altre motivazioni potrebbero forse anche individuarsi, per la revoca anticipata, in una più ridotta presentazione di domande non adeguatamente suffragate da elementi positivi, ovvero, per quella ordinaria, in un prolungamento dei tempi del riesame di pericolosità, successivamente alla scadenza del tempo minimo della misura.

zione, la media negli ultimi anni delle presenze giornaliere si è mantenuta intorno alle 190 unità⁽¹⁵⁾.

In ogni caso, la riduzione delle fattispecie giudicate non può essere ritenuta quale precipuo fattore motivante il calo delle concessioni, posto che, davanti ad un numero pressoché pari di fascicoli, non si vede come i diversi archi di tempo e la maggiore diluizione delle richieste di revoca nel secondo periodo considerato, possano, in sé, avere determinato una riduzione di tale consistenza delle concessioni stesse.

Comunque, relativamente all'andamento globale dei giudizi di revoca nel lungo periodo 1987-2002, ciò che si era già avuto modo di notare al termine del primo lavoro circa un *trend* in discesa per quanto concerneva la concessione delle revoche, ha trovato ampia verifica nel nostro studio: come si è visto infatti all'assai elevato calo delle istanze, si è aggiunta una vistosa diminuzione delle concessioni, fino ad arrivare, nel 2002, alla totale assenza di richieste in tema di revoca anticipata, e, per quanto riguarda la revoca a termine, sempre nel 2002, a solo 8 casi giudicati, conclusi con 2 concessioni e 6 proroghe.

Tabella n. 14

Ricerche	Revoca anticipata	Percentuale	Revoca ordinaria	Percentuale
Prima ricerca (1987-1991)	47	17,15%	102	37,22%
Seconda ricerca (1992-2002)	27	10,22%	50	18,93%

Passando ora all'esame dei reati messi in atto dai soggetti esaminati, si rileva una sostanziale sovrapponibilità con quanto emerso nello studio precedente, con una netta prevalenza di omicidio, tentato omicidio, lesioni personali rispetto alle altre fattispecie delittuose.

Anche per quanto riguarda i quadri clinici ritroviamo una situazione di essenziale analogia tra le due ricerche, con assoluta prevalenza della schizofrenia. Si nota peraltro un aumento significativo dei casi di disturbo della personalità, soprattutto, come si è visto sopra, di tipo *borderline*.

⁽¹⁵⁾ Dati forniti dall'amministrazione dell'Ospedale "S. Luigi".

Se dunque i dati clinici e giudiziari sono sostanzialmente sovrapponibili, una divergenza significativa tra le due ricerche è riscontrabile nella durata dell'internamento in caso di richiesta di revoca anticipata (Tabella n. 15): infatti, nel primo periodo considerato – per quanto riguarda le fattispecie meno gravi, comportanti un termine minimo di due anni –, vi sono stati 6 casi di soggetti internati per un tempo inferiore a 5 mesi, mentre dal lavoro attuale si è evidenziata una permanenza minima non inferiore all'anno. Tale tendenza trova conferma anche considerando i casi relativi a soggetti internati per il periodo medio (5 anni), ma soprattutto si manifesta quando si considerino le fattispecie rientranti nel termine minimo di 10 anni: qui infatti nel primo lavoro vennero individuati due soggetti ai quali la misura fu rispettivamente revocata dopo 1 anno e 11 mesi e 5 anni e 8 mesi, mentre la ricerca attuale ha rilevato tre casi di concessione, ottenuta rispettivamente dopo 6 anni, 7 anni e sei mesi e 7 anni e dieci mesi.

Tabella n. 15

Ricerche	Termine minimo	Anni	Periodo minimo Internamento	Numero soggetti
Prima ricerca (1987-1991)	revoca anticipata	2 anni	5 mesi	6
		5 anni	1 anno e 2 mesi	1
		10 anni	1 anno e 11 mesi	1
Seconda ricerca (1992-2002)	revoca anticipata	2 anni	1 anno	1
		5 anni	2 anni e 10 mesi	1
		10 anni	6 anni	1

Passando ad una disamina delle fasce di età, notiamo anche qui rilevanti differenze, soprattutto in relazione alle età più giovanili: negli effetti alla sostanziale assenza, nei casi giudicati, di soggetti di età compresa tra i 18 e i 30 anni, si contrappone una rilevazione in senso contrario per quanto attiene al campione esaminato nel quinquennio 1987-1991, nel quale tale fascia di età comprendeva ben 65 persone.

Si potrebbe pensare al proposito, in assenza di altri elementi di valutazione di tipo documentale, ad uno slittamento di un decennio (che poi corrisponde al tempo trascorso tra le due ricerche) di tutte le fasce di età interessate dai procedimenti di

revoca⁽¹⁶⁾. Ciò che parrebbe sottendere, in particolare, l'espandersi e il consolidarsi di alcune situazioni di fatto immodificabili e definibili ormai di "non ritorno dalla gabbia istituzionale", e, pertanto, una prosecuzione indefinita dell'internamento per i soggetti maggiormente "inguaribili": circostanza questa che viene ulteriormente ribadita dal dato per cui il numero degli ultrasessantenni si è addirittura quintuplicato.

Per quanto da ultimo concerne gli elementi di valutazione utilizzabili ai fini del giudizio, premesso che l'incidenza dello stato della malattia non ha mostrato variazioni sensibili nei due periodi considerati, emergono quattro ordini di fattori che si muovono in sensi opposti.

Con ciò ci riferiamo in primo luogo - relativamente alla revoca a termine - al fatto che il parere positivo dell'équipe dell'O.P.G. ha condotto, nel primo periodo oggetto di rilevazione, alla prevalente concessione della revoca (97 concessioni e 15 rigetti), al contrario di quanto ora evidenziatosi (20 concessioni e 56 rigetti). Un andamento analogo si verifica inoltre sia per il parere positivo formulato dal C.S.S.A. (89 concessioni e 15 rigetti nel primo periodo, rispetto a 6 concessioni e 18 rigetti nel secondo), sia per la buona disponibilità dei familiari, che ha condotto a 51 revoche e a 26 rigetti negli anni 1987-91 e a 23 concessioni e 74 rigetti nell'attualità.

Per quanto attiene alla revoca anticipata risalta solo il fatto che, nel lavoro attuale, si è manifestata una rilevante concessione di revoche, pur in assenza di adeguate prospettive di reinserimento extraistituzionale (10 concessioni e 4 rigetti, mentre, in precedenza, una prospettiva così negativa di immissione nella realtà esterna all'O.P.G. aveva comportato 3 concessioni e 9 dinieghi).

Osserviamo comunque infine come, a fronte di tali elementi, non possa assumersi che un atteggiamento meramente descrittivo, risultando non percorribile alcuna ipotesi esplicativa in merito a siffatte valutazioni, che, evidentemente, rientrano nella disamina plurifattoriale dei singoli casi che solo il giudice può conoscere e che rimane invece non scrutabile dal ricercatore.

(16) Slittamento questo che peraltro non spiega la "scomparsa" degli infratrentenni, che, per quanto ci riguarda, è solo indice di assenza di istanze per la revoca anticipata, ovvero di non maturazione dei termini minimi della misura, e non di mancanza nell'O.P.G. di internati appartenenti a questa fascia di età. D'altro canto, in ragione della qualità e dei limiti dei nostri dati, non siamo in grado di formulare alcuna ipotesi esplicativa a questo proposito.

6. Note conclusive

Una lettura dei risultati emersi dal nostro studio – unitamente, in una prospettiva longitudinale, a quelli scaturiti dalla ricerca pregressa – può ben illuminare sugli andamenti generali, sulle tendenze e sulle situazioni complessive, anche se i dati statistici non potranno mai tradurre il vissuto personale dei singoli casi e le storie particolari.

Ancora una volta riteniamo preliminarmente utile sottolineare la scarsità delle cifre che si sono presentate all'attuale rilevazione, e il fatto che ciò finisce con il rendere i nostri risultati scarsamente estensibili ad altre realtà simili, rimanendo quindi ancorati ad un'analisi essenzialmente qualitativa, limitata all'Ospedale psichiatrico giudiziario "S. Luigi" di Castiglione delle Stiviere.

A ciò si aggiunga la peculiarità di tale istituzione rispetto agli altri O.P.G., nei quali gli aspetti di custodia e controllo e quelli penitenziaristici sono nettamente prevalenti – ciò che fa del "S. Luigi" un' "isola felice" nel panorama delle strutture manicomiali giudiziarie del nostro Paese –, peculiarità che contribuisce a conferire una certa "esclusività" agli studi quivi condotti.

Le differenze di prassi giudiziarie nei diversi Uffici di Sorveglianza potrebbero inoltre costituire un ulteriore elemento disaggregante rispetto all'estensibilità delle osservazioni da noi condotte a Castiglione delle Stiviere⁽¹⁷⁾.

Tutte queste considerazioni, in ogni caso, non escludono che alcune linee di tendenza, di natura maggiormente generalizzabile, possano pur sempre ipotizzarsi, anche se illazioni di tal fatta – a livello euristico – potrebbero trovare conferma solo da ricerche analoghe effettuate presso altri O.P.G.

Ciò premesso, si evidenzia chiaramente come le ordinanze di revoca dell'ospedale psichiatrico giudiziario abbiano subito una parabola discendente nel totale degli anni considerati dai

⁽¹⁷⁾ Da rilevarsi che l'unico dato da noi esperito da fonti ufficiali che possa offrire una possibilità, sia pur assai limitata, di confronto tra i risultati della nostra ricerca e le cifre che si riferiscono al totale dei sei O.P.G. presenti nel nostro Paese (fra i quali, quindi, anche il "S. Luigi"), è rintracciabile nell'Annuario delle statistiche giudiziarie e penali (edizione 2001), dedicato all'anno 1999. Ebbene, si può da qui arguire – oltre, più in generale, ad un assai scarso interesse nei confronti delle misure di sicurezza, assolutamente trascurate nei diversi andamenti fenomenologici – che gli internati globalmente presenti in tali istituti alla data del 31 dicembre 1999 erano pari a 1.069. Soprattutto peraltro si rileva come le revoche concesse siano state in tutto 123, a fronte dei soli 3 provvedimenti di tal genere disposti, appunto nel 1999, nei confronti di soggetti ristretti a Castiglione delle Stiviere.

due studi (1987-2002), andamento questo che, negli undici anni attualmente considerati, si è manifestato in modo assai cospicuo, radicandosi anche in un calo altrettanto cospicuo del numero dei procedimenti.

Per quanto attiene alla criteriologia adottata dalla Magistratura di Sorveglianza, si manifesta in modo palese come questa, in sede di valutazione della pericolosità sociale, diriga la sua indagine – ciò che d'altro canto appare del tutto naturale – verso alcune precise direzioni: la situazione clinica dell'internato, l'accertamento della situazione socio-familiare, la concreta possibilità di un proficuo e protetto reinserimento nella realtà extraistituzionale (anche se, per quanto si riferisce a tale ultimo elemento, abbiamo trovato nel presente lavoro un risultato anomalo relativamente alla revoca anticipata).

Il tipo di reato commesso, e in particolare la sua gravità, come anche la recidiva, se parevano essere stati ulteriori momenti ispiratori nella formazione del convincimento del giudice nel primo periodo, sembrerebbero essere stati assai meno incisivi nel secondo arco di tempo analizzato.

Si è potuto osservare in particolare che la constatazione dell'assenza di una condizione d'infermità attuale e florida ovviamente favorisce, in maniera importante, la revoca della misura di sicurezza, ma non è questa l'ipotesi più frequente. In genere infatti si verificano situazioni nelle quali è possibile assistere ad una evoluzione della malattia più o meno tendente al miglioramento, o ad una sua relativa stabilizzazione, o ad una cronicizzazione, ovvero anche ad un peggioramento.

Per ognuno di questi casi si sono evidenziate talora risposte diverse rispetto alle aspettative, nel senso che, per fare un esempio, se pure un soggetto raggiunge un sufficiente compenso psichico, non è detto che gli venga, per ciò solo, revocata la misura di sicurezza, ove non sussistano contemporaneamente adeguate strutture esterne idonee al suo accoglimento, una volta dimesso dall'ospedale psichiatrico giudiziario⁽¹⁸⁾.

Inoltre la pericolosità del malato di mente prosciolto – in linea con gli attuali orientamenti – non è valutata esclusiva-

(18) Nella Relazione presentata dall'Ufficio di Sorveglianza di Mantova al Ministero di Grazia e Giustizia per l'anno 2002 si sottolinea "la difficoltà di reinserimento sociale degli internati, che spesso impone la proroga della misura di sicurezza, dovuta per lo più alla carenza di strutture esterne nel luogo di origine dell'internato, cosicché la struttura giudiziaria è costretta spesso a farsi carico delle deficienze di quella sanitaria".

mente quale caratteristica intrinseca alla malattia, ma è riconosciuta anche come strettamente dipendente dalle relazioni concrete che l'internato ha con il proprio ambiente e soprattutto dagli eventuali conflitti che qui potrebbero sorgere.

Elementi questi – precisiamo – che non significano che la pericolosità sia qualcosa di intrinsecamente estraneo alla infermità mentale: infatti nelle valutazioni cliniche dell'équipe sanitaria sovente la grave malattia è accompagnata dal giudizio di pericolosità sociale. Ciononostante, bene emerge dall'analisi delle ordinanze della magistratura di sorveglianza il superamento anche sul piano sostanziale, oltre che normativo, della rigida logica secondo la quale l'essere malato di mente comporta, di per sé solo, la probabilità di recidiva.

Il giudice d'altronde, al di là delle necessità trattamentali del malato di mente, non trascura certamente le legittime esigenze di sicurezza e di tutela della collettività, esaminando a tal fine sul piano pragmatico le prospettive di reinserimento dell'internato nell'ambiente socio-familiare, la loro validità, le effettive possibilità di cura e di controllo nei riguardi della condotta del soggetto.

Altro aspetto di pregnante importanza è la circostanza per cui l'indagine sulla eventuale opportunità della revoca, da semplice valutazione della pericolosità, si allarga fino a comprendere – con valore in definitiva pregiudiziale – l'accertamento dell'esistenza di strutture extraistituzionali che possano assicurare continuità alla terapia in corso: ciò che, nel rispetto del significato del "doppio binario", appare contemporaneamente soddisfare tanto le esigenze di difesa sociale, quanto quelle più strettamente trattamentali e terapeutiche.

Ciò premesso e concludendo, l'andamento in costante diminuzione della concessione della revoca della misura dell'ospedale psichiatrico giudiziario può essere a nostro parere correlato ai seguenti ordini di considerazioni.

In primo luogo a linee interpretative più restrittive seguite dalla magistratura di sorveglianza, alla luce di alcune specifiche istanze caratterizzanti l'epoca oggetto di indagine, nella quale, soprattutto in quest'ultimo decennio, si sono fatte sentire con acuzie richieste generalizzate – ben supportate dai *media*⁽¹⁹⁾ – di maggior severità e controllo nella concessione dei benefici previsti dall'Ordinamento penitenziario.

(19) CALVANESE E., *Mass media e pena riabilitativa. Una relazione controversa*, Franco Angeli, Milano, 2003.

In secondo luogo alla carenza di strutture intermedie, terapeutiche e residenziali, in grado di prendere realmente in carico i pazienti dimessi dall'ospedale psichiatrico giudiziario. La proroga della misura di sicurezza in effetti viene sovente disposta per quei soggetti che, pur non presentando elementi di pericolosità sociale, necessitano ancora di assistenza medica, ma per i quali non vengono rinvenuti presidi ospedalieri idonei ad accoglierli e a curarli.

Infine, a quasi trenta anni dall'introduzione di un sistema più elastico ed agevole per l'ottenimento della revoca delle misure di sicurezza, i dati analizzati confluiscono univocamente nell'indicare come la riduzione del numero di revoche sia anche da correlarsi – e ciò soprattutto con riferimento alla revoca ordinaria – alla permanenza nell'ospedale psichiatrico giudiziario dei casi clinicamente più gravi, cronici, senza possibilità alcuna di miglioramento, remissione o guarigione²⁰, ciò che, come detto innanzi, sembrerebbe trovare conferma nello spostarsi di un decennio dell'età degli internati e nella rilevante presenza di soggetti ultrasessantenni riscontrata nella presente ricerca.

Si tratterebbe quindi di soggetti per i quali l'ospedale psichiatrico giudiziario viene a costituire l'unico contenitore, non solo della condotta, ma della stessa possibilità di vivere.

La circostanza poi per cui tale contenitore finisce con l'essere costituito da un istituto del mondo penitenziario e non da strutture di natura esclusivamente clinica e terapeutica, non è altro che una conseguenza della totale e francamente inopportuna mancanza, a livello delle istituzioni civili, di luoghi idonei non solo a curare ma anche a garantire custodia e contenimento: ciò nei riguardi e nell'interesse di soggetti che, per la loro patologia, potrebbero, in alcune fasi del disturbo di cui risultano portatori, rendersi socialmente pericolosi con la primaria, ovvero con una nuova, messa in atto di condotte delittuose.

Ma questo è un tema certamente molto caldo e discusso, che ci riporta nell'alveo delle profezie autoavverantisi, delle lacune

(20) Cfr. al proposito FORNARI, U., CODA S., *Dall'Ospedale Psichiatrico Giudiziario al territorio*, in *Rivista Italiana di Medicina Legale*, Vol. XXIII, 2001, pag. 43: "... bisogna ammettere che molti autori di reato affetti da patologia di mente costituiscono quello "zoccolo duro" nei cui confronti, nonostante le conquiste della moderna psichiatria e psicologia, è giocoforza adottare un provvedimento di internamento in una struttura quale l'O.P.G., che rappresenta attualmente quel contenitore "forte" che garantisce un trattamento prolungato nel tempo: cosa che, allo stato, è difficilissimo se non impossibile programmare in ambito di psichiatria "civile".

della legge 180/78, della non previsione di strutture manicomiali civili in grado di effettuare un controllo *preventivo* del malato di mente ove pericoloso – oltre che, ovviamente, di fornire le cure necessarie atte a porre termine alla fase di pericolosità –, della permanenza di un “fossile” quale l’O.P.G. e del suo significato meramente *repressivo*, conducendoci tutto ciò su un terreno cui la scienza può sì fornire indicazioni ed elementi di valutazione, ma che – *ut stat in rebus* – potrà essere affrontato solo sul piano, certamente non più scientifico, delle linee tortuose e non sempre sondabili degli interessi politici e ideologici.

BIBLIOGRAFIA

- AA.VV., *180, vent'anni dopo*, Ed. La Redancia, Savona, 1998
- CADIOLI G., ERMENTINI A., FAZZARI G., TETI V., *L'ospedale psichiatrico giudiziario: storia, orientamenti, prospettive*, La Ginestra, Brescia, 1990.
- CALVANESE E., BENETTI A., *La revoca della misura dell'ospedale psichiatrico giudiziario. Un'indagine sulle pronunce della Magistratura di Sorveglianza di Mantova*, in *Rassegna Italiana di Criminologia*, 1995.
- CALVANESE E., *Mass media e pena riabilitativa. Una relazione controversa*, FrancoAngeli, Milano, 2003.
- DAGA L., *Appunti in tema di “funzione” e “funzionamento” degli ospedali psichiatrici giudiziari*, in Giannichedda M.G., Ongaro Basaglia F., *Psichiatria, tossicodipendenze, perizie - Ricerche su forme di tutela, diritti, modelli di servizio*, Franco Angeli, Milano, 1987.
- DELL'OSSO G., *Capacità a delinquere e pericolosità sociale*, Giuffré, Milano, 1985.
- FIANDACA G., MUSCO E., *Diritto penale (parte generale)*, Zanichelli, Bologna, 1989.
- FORNARI U., *Il trattamento del malato di mente e la legge 180/78: aspetti psichiatrico-forensi e medico-legali*, in *Rivista Italiana di Medicina Legale*, Vol. VI, 1984
- FORNARI U., ROSSO R., *La psichiatria del territorio di fronte al malato di mente autore di reato, alla luce delle recenti normative*, in *Rivista Italiana di Medicina Legale*, Vol. XIV, 1992.
- FORNARI U., CODA S., *Dall'Ospedale Psichiatrico Giudiziario al territorio*, in *Rivista Italiana di Medicina Legale*, Vol. XXIII, 2001.
- GRECO O., CATANESI R., *Malattia mentale e giustizia penale*, Giuffré, Milano, 1988.
- ISTAT, *Statistiche giudiziarie penali, Anno 1999, Annuari*, Roma, 2001.
- MANACORDA A., *Il manicomio giudiziario*, De Donato, Bari, 1982.
- MANACORDA A., *Psichiatria forense. I Codici Penali e il folle autore di reato, in Il reo e il folle*, 12-13, 110 e segg., 2000.
- MANTOVANI F., *Manuale di diritto penale (parte generale)*, CEDAM, Padova, 1988.
- PONTI G., *Compendio di criminologia*, Cortina, Milano, 1990.

ROMANO A., SAURNIANI I., *L'Ospedale psichiatrico giudiziario oggi, tra ideologia e prassi*, in *Rassegna Italiana di Criminologia*, 2001.

SCLAFANI F., RACIOPPOLI U., CACCAVALE F., *Prospettive di riforma delle misure di sicurezza per autori di reato infermi di mente*, in *Rassegna Italiana di Criminologia*, 2002.

RIASSUNTO

Nel presente lavoro gli Autori si sono occupati dei giudizi di revoca, a termine e anticipata, della misura dell'ospedale psichiatrico giudiziario, che appare particolarmente significativa per l'importanza dei termini minimi previsti, per il carattere di piena alternatività rispetto alla pena e per l'origine patologica della pericolosità sociale ad essa soggiacente.

A questo scopo sono stati esaminati, per gli anni 1992-2002, tutti i fascicoli relativi alle istanze di revoca anticipata e ai giudizi di revoca a termine riguardanti gli internati presso l'O.P.G. "S. Luigi" di Castiglione delle Stiviere.

Dai dati scaturiti dalla ricerca si è evidenziato, sul piano quantitativo, un andamento discendente negli anni considerati delle ordinanze di revoca, mentre, per quanto attiene alla criteriologia adottata, è emerso la particolare rilevanza conferita, in sede di valutazione della pericolosità sociale, alla situazione clinica, all'accertamento della condizione socio-familiare, e, soprattutto, alla concreta possibilità di reinserimento nella realtà extraistituzionale.

SUMMARY

This document concerns court judgements about early termination of asylum penalty previously sentenced. Such early discontinuances are particularly interesting due to: the minimum terms contemplated, the notion of full optionality versus other penalties, the underlining concept of social danger as a consequence of pathology.

To this end, all requests for early termination and the relevant judgements were examined over the period 1992 through 2002, related to S. Luigi asylum in Castiglione delle Stiviere.

Findings show a decreasing rate of acceptance of the requests for early termination, fundamentally motivated by the reassessment of: social danger, clinical situation, family environment, realistic chances of rehabilitation (key factor).

RÉSUMÉ

Ce travail concerne les jugements sur les révocations – à la fin prévue ou anticipé – de la peine de détention entre l'hôpital psychiatrique judiciaire. L'adoption de cette perspective permet de mettre en évidence l'importance de la révocation, en particulier, en relation au temps minimal prévu pur l'hospita-

lisation, à la choix alternatif aux autres peines de détention et à l'origine pathologique de la dangerosité social.

C'est pour cela que, entre le 1992 e le 2002, ont étés étudiés tous les cahiers relatifs aux instances et aux jugements de révocation concernent ceux qui etaient hospitalisés dans l'O.P.G. "S. Luigi" di Castiglione delle Stiviere.

La recherche permet de mettre en évidence de quelle manière, pendant la période considérée, les ordonnances de révocation sont quantitativement diminuées; de plus, pur ce qui concerne le critère adopté, il résulte de l'enquête l'importance de la dangerosité social, le point de vue clinique, les liens familiaux et, surtout, la concrète possibilité de réadaptation des détenus à la vie sociale.