



Garante regionale dei diritti dei detenuti
della Regione Toscana



Associazione Volontariato Penitenziario Onlus
di Firenze

Rapporto di ricerca

Il quadro della popolazione internata presso l'OPG di Montelupo Fiorentino

Seminario di presentazione e discussione dei risultati della ricerca

“OPG addio, per sempre”

4 marzo 2014

Consiglio Regionale della Toscana, Salone delle feste
Via Cavour, 18 – Firenze

Gruppo di ricerca

- **Saverio Migliori**
- **Katia Poneti**
- **Marianna Storri**
- **Evelin Tavormina**

L'attività di ricerca non sarebbe stata possibile senza il contributo e la disponibilità determinanti della direttrice dell'Ospedale Psichiatrico Giudiziario di Montelupo Fiorentino, dott.ssa Antonella Tuoni, dell'Ispettore Capo Andrea Rosselli e del Provveditore regionale dell'Amministrazione penitenziaria dott. Carmelo Cantone.

INDICE

INTRODUZIONE

- 1. OSPEDALI PSICHIATRICI GIUDIZIARI: QUADRO NORMATIVO DI RIFERIMENTO**
- 2. TIPOLOGIE DI MISURE DI SICUREZZA APPLICATE AI SOGGETTI PRESENTI NEGLI OPG**
- 3. METODOLOGIA DI RICERCA**
- 4. ANNO DI INGRESSO IN OPG**
- 5. INTERNATI RIPARTITI PER TIPOLOGIA DI MISURA DI SICUREZZA**
- 6. POPOLAZIONE INTERNATA PER FASCE DI ETA'**
- 7. POPOLAZIONE INTERNATA E PROVENIENZA**
 - 7.1. PROVENIENZA SPECIFICA**
- 8. POPOLAZIONE INTERNATA E NAZIONALITA' DI PROVENIENZA**
- 9. INTERNATI E REGIONE DI RESIDENZA**
 - 9.1. ASL COMPETENTI PER GLI INTERNATI PROVENIENTI DALLE REGIONI DEL BACINO DI COMPETENZA DELL'OPG**
 - 9.2. ASL COMPETENTI PER GLI INTERNATI PROVENIENTI DA REGIONI FUORI BACINO**
- 10. POPOLAZIONE INTERNATA E TIPOLOGIA DI REATO COMMESSO**
 - 10.1. TIPOLOGIA DI REATO E PROVENIENZA REGIONALE DEGLI INTERNATI**
- 11. PROROGHE PER INTERNATO E PER ASL DI COMPETENZA**
 - 11.1. MOTIVI PROROGHE**
- 12. INTERNATI LAVORANTI**
- 13. COLLOQUI CON I FAMILIARI**
- 14. LICENZE ORARIE O PER GIORNI**
- 15. LICENZE FINALI DI ESPERIMENTO**
 - 15.1. MOTIVI REVOCHE LICENZE FINALI DI ESPERIMENTO**
- 16. LICENZE FINALI DI ESPERIMENTO - ANNO 2014**
- 17. FLUSSI E TRASFERIMENTI INTERNATI - ANNI 2012-2013-2014**
- 18. PRESENZA NUMERICA INTERNATI DA GENNAIO 2012 A DICEMBRE 2014**
 - 18.1 PROVENIENZA, REGIONE DI RESIDENZA E POSIZIONE GIURIDICA/MISURA DI SICUREZZA DEI NUOVI GIUNTI (MAGGIO 2014-DICEMBRE 2014)**
- 19. INTERNATI SOTTOPOSTI A TSO**

Introduzione

Il processo di superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari, che ha preso forma nell'ambito del passaggio di competenze in tema di sanità penitenziaria dallo Stato alle Regioni, sembra giunto a un momento decisivo, essendo prevista per il 31 marzo prossimo la chiusura definitiva di tali strutture.

Governo e Regioni hanno lavorato in questi anni per individuare modalità alternative di gestione del disagio psichiatrico che dà luogo a pericolosità sociale, nella prospettiva di privilegiare l'aspetto medico, e di riservare le misure di sicurezza detentive a quei casi residuali che non sia possibile prendere in carico altrimenti.

Il Garante per i diritti dei detenuti della Regione Toscana, insieme con l'Associazione di Volontariato Penitenziario, ha voluto dare il proprio contributo alla definizione di questo processo, attraverso un'indagine scientifica volta all'analisi della popolazione internata nell'OPG di Montelupo Fiorentino.

La ricerca ha analizzato i fascicoli degli internati presenti in OPG all'8 Novembre 2014 e i nuovi ingressi fino al 31 Dicembre 2014. Si è cercato di mettere in evidenza, oltre alle caratteristiche generali della popolazione detenuta, gli elementi della presa in carico da parte dei servizi sociali, i meccanismi di proroga delle misure di sicurezza, la durata della permanenza in OPG alla luce dei nuovi limiti di legge.

I risultati mostrano un quadro in cui vi sono ampi spazi per un intervento che vada nella direzione del reinserimento sul territorio dei soggetti autori di reato con sofferenza psichica, attraverso una presa in carico effettiva da parte dei Dipartimenti di salute mentale, e un ruolo veramente residuale delle nuove strutture per l'esecuzione di sicurezza (REMS), che sostituiranno l'OPG.

Il Governo ha da poche settimane presentato la sua Seconda relazione trimestrale al parlamento sul programma di superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari, ai sensi della Legge 30 maggio 2014 n. 81.

La relazione segna lo stato dell'arte e i passi mancanti verso l'obiettivo della chiusura degli OPG entro il 31 marzo 2015. Passaggi fondamentali saranno: dimettere entro tale data i soggetti dichiarati dimissibili e prenderli in carico da parte dei Dipartimenti di salute mentale (DSM) delle regioni, nonché accogliere e assistere i soggetti non dimissibili in strutture residenziali (REMS), conformi a criteri definiti con DM 1° ottobre 2012. Alcune regioni sono in grado di accogliere i non dimissibili nelle nuove strutture già da aprile prossimo, mentre altre ricorreranno a strutture provvisorie.

Emerge il dato nazionale del calo delle presenze: da 880 al 31 gennaio 2014 a 761 al 30 novembre 2014.

1. Ospedali Psichiatrici Giudiziari: quadro normativo di riferimento

Nel 1998/1999 ha inizio il progressivo trasferimento di funzioni in materia di sanità penitenziaria al Servizio Sanitario Nazionale, e di conseguenza alle regioni. Dieci anni dopo, con DPCM 1° aprile 2008, tutte le funzioni sanitarie svolte dal DAP vengono trasferite al Servizio Sanitario Nazionale, e di seguito alle Regioni, e alle Aziende Sanitarie Locali. L'Allegato C al DPCM contiene le *Linee di indirizzo per gli interventi previsti in maniera specifica per gli OPG*, che si prevede di realizzare in tre fasi:

1. dimettere gli internati che hanno concluso la misura di sicurezza; attivare le sezioni di cura e riabilitazione interne alle carceri (per disturbi sopravvenuti in esecuzione pena); osservazioni per accertamento infermità psichiche espletate negli istituti ordinari;
2. dopo un anno distribuire gli attuali internati in modo da avvicinarli alle realtà di provenienza;
3. dopo due anni: ogni regione deve farsi carico della quota di internati provenienti dal proprio territorio, attivando percorsi terapeutici e riabilitativi sia in strutture chiuse che sul territorio.

La Commissione Marino – Commissione parlamentare di inchiesta sull'efficacia e l'efficienza del Servizio Sanitario Nazionale, istituita anch'essa nel 2008 – approva nel 2011 la "Relazione sulle condizioni di vita e di cura all'interno degli ospedali psichiatrici giudiziari", nella quale si denunciano le carenze presso gli OPG e si individuano gli interventi necessari per attuare il passaggio al Servizio Sanitario Nazionale. Tra gli interventi individuati, si citano:

1. adeguamento a standard ospedalieri di tutti gli OPG, in tempo massimo di sei mesi;
2. puntare al "superamento" degli OPG, attraverso il rafforzamento delle strutture territoriali dei Dipartimenti di salute mentale (DSM) e la creazione di strutture intermedie tra queste e gli OPG: è necessario creare una rete di piccole comunità terapeutiche, con livelli di sicurezza diversificati, distribuite su tutto il territorio nazionale e a diretta gestione dei DSM; perché vi sia realmente un maggior ricorso a misure diverse dall'internamento è fondamentale il raccordo con la Magistratura di sorveglianza e con i servizi psichiatrici regionali: le proroghe della misura di sicurezza detentiva, sono infatti spesso conseguenza di una carenza di strutture residenziali e riabilitative esterne, individuate dai DSM;
3. creare reparti di osservazione psichiatrica e di cura all'interno degli istituti di pena, in modo da potervi assistere i soggetti in esecuzione pena o in misura cautelare;
4. creare progetti riabilitativi individuali;
5. in caso di necessità utilizzare i poteri sostitutivi del Governo, previsti nel DPCM 1° aprile 2008;
6. abolire in via legislativa l'istituto dell'imputabilità;

7. fissare un limite massimo di durata della misura di sicurezza detentiva (pari alla pena che sarebbe stata irrogata per il reato commesso se il soggetto fosse stato imputabile), in modo da abolire l'internamento senza termine;

Il Decreto-Legge 211/2011 prevede interventi urgenti in materia di sovraffollamento carcerario e l'art. 3-ter introduce le "Disposizioni per il definitivo superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari", che dovrà avvenire entro il 1° febbraio 2013, come stabilito nella legge di conversione (Legge 9/2012).

Il medesimo art. 3-ter prevede anche l'adozione, entro il 31 marzo 2012, di un decreto che detti i requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi relativi alle strutture che sostituiranno l'OPG, i quali dovranno ispirarsi ai seguenti criteri:

- 1) esclusiva gestione sanitaria all'interno delle strutture;
- 2) attività perimetrale di sicurezza e vigilanza esterna;
- 3) destinazione delle strutture ai soggetti ai soggetti provenienti dal territorio regionale di ubicazione delle medesime.

Il suddetto decreto è emanato il 1° ottobre 2012: Decreto del Ministro della Salute di concerto con il Ministro della Giustizia, dal titolo "Requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi delle strutture residenziali destinate ad accogliere le persone cui sono applicate le misure di sicurezza del ricovero in ospedale psichiatrico giudiziario e dell'assegnazione a casa di cura e custodia" (cd. REMS). Il suo Allegato A detta varie direttive:

- la gestione interna deve essere esclusivamente sanitaria;
- la struttura deve avere uno spazio verde esterno;
- la struttura deve avere massimo 20 posti letto;
- devono essere presenti locali di servizio comune e attrezzature sanitarie necessarie;
- il personale deve essere organizzato in equipe di lavoro multi professionale (medici, psichiatri, educatori, psicologi, infermieri, terapisti riabilitazione, OSS);
- la responsabilità della struttura è assunta da medico dirigente psichiatra;
- il lavoro è organizzato secondo principi del governo clinico e linee guida professionali;
- deve essere predisposto anche per tale struttura un piano regionale per la formazione personale.

Con il successivo DL 24/2013 si modifica la Legge 9/2012, spostando il termine per la chiusura degli OPG al 1° aprile 2014, e si favoriscono interventi di potenziamento dei servizi di salute mentale sul territorio. Si prevede inoltre che le regioni presentino un Piano sanitario regionale della salute mentale tendente al superamento degli OPG entro il 15 maggio 2013.

Il decreto è convertito nella Legge 57/2013 che aggiunge previsioni al Programma regionale di superamento degli OPG: esso deve prevedere tempi certi di chiusura ed arrivare alla dimissione

di tutte le persone internate per le quali l'autorità giudiziaria abbia già escluso o escluda la pericolosità sociale, con l'obbligo per la ASL di presa in carico dei soggetti così dimessi. A questi devono essere garantiti progetti terapeutico-riabilitativi individuali: l'assenza di strutture residenziali esterne non può quindi essere adottata a motivo di ulteriore proroga della misura di sicurezza detentiva.

Con DL 52/2014 (convertito in Legge 81/2014), si compie un'altra tappa del processo, e un'altra proroga: viene modificata nuovamente la legge 9/2012, prorogando al 31 marzo 2015 la chiusura degli OPG. Si prevedono inoltre importanti disposizioni che vanno ad incidere sulla fase applicativa delle misure di sicurezza.

In particolare, la pericolosità sociale non potrà essere dichiarata a causa della sola mancanza di programmi terapeutici individuali.

Inoltre, le misure di sicurezza detentive provvisorie o definitive, compreso il ricovero nelle residenze per l'esecuzione delle misure di sicurezza, non possono durare oltre il tempo stabilito per la pena detentiva prevista per il reato commesso, avuto riguardo alla previsione edittale massima.

2. Tipologie di misure di sicurezza applicate ai soggetti presenti negli OPG

Art. 222 c.p. – Ricovero in un manicomio giudiziario	Art. 219 c.p. – assegnazione a una casa di cura e custodia	Art. 206 c.p. – Applicazione provvisoria delle misure di sicurezza (219/222)	Art. 148 c.p. – Infermità psichica sopravvenuta al condannato	DPR 230/2000 – Nuovo regolamento di esecuzione dell'O.P. - Art. 112,2° co. – accertamento delle infermità psichiche
Internati prosciolti per infermità mentale, sottoposti al ricovero in OPG in quanto socialmente pericolosi	Condannati, per delitto non colposo, ad una pena diminuita per infermità mentale	Imputati, in qualunque stato e grado del procedimento, cui sia applicata provvisoriamente la misura di sicurezza dell'internamento in ospedale psichiatrico giudiziario o della casa di cura e custodia	Detenuti condannati ai quali sopravviene, prima o durante l'esecuzione della pena, un'infermità psichica tale da impedire l'esecuzione della pena, e che vengono internati in ospedale psichiatrico giudiziario	Detenuti dei quali deve essere accertata l'infermità psichica: possono essere internati per un periodo non superiore a 30 gg.

3. Metodologia di ricerca

La ricerca condotta presso l'Ospedale Psichiatrico Giudiziario di Montelupo Fiorentino è definibile come una ricerca di tipo descrittivo, finalizzata anzitutto a produrre approfondimenti ed elementi per l'elaborazione di una proposta di intervento.

Presso la matricola dell'OPG vengono normalmente rilevati dati quantitativi: entrate, provenienze, uscite, destinazioni, numero di proroghe. Questi dati sono stati utilizzati come punto di partenza per l'indagine.

Nei fascicoli non è presente il diario clinico, nel quale sono annotati soltanto dati medici, poiché questo è in possesso del personale medico dell'OPG dipendente dalla ASL di Empoli. Si è ritenuto di poterne fare a meno, poiché la nostra ricerca non indaga le tipologie di patologie e le modalità di cura, ma considera il dato medico come acquisito, fermandosi alla diagnosi inserita nel fascicolo generale.

Nell'ufficio matricola si trovano, pronti per la consultazione, i fascicoli dal 2009 a oggi relativi alle USCITE: i fascicoli sono archiviati per anno e mese e la data di riferimento è quella dell'uscita.

La gran parte delle uscite è così ripartita:

- 1) trasformazioni della misura di sicurezza in libertà vigilata con affidamento a comunità sul territorio di provenienza;
- 2) rientro in carcere dopo osservazione temporanea;
- 3) trasferimenti, in genere verso altri OPG, alcune volte verso carceri.

Nel primo caso il fascicolo è completo, comprendendo anche i provvedimenti relativi alla valutazione e revisione della pericolosità.

Negli altri due casi una parte del fascicolo è trasferita al nuovo istituto insieme all'internato, quindi il fascicolo che si trova in OPG è purtroppo parziale, e in particolare non comprende i provvedimenti relativi alla valutazione e revisione della pericolosità.

I trasferimenti hanno avuto incidenza diversa a seconda degli anni. Fino al 2010 le motivazioni più comuni del trasferimento erano la difficoltà di gestione del soggetto nell'ambiente di un certo OPG. Il 2011 è stato un anno particolare, caratterizzato dalla cosiddetta "ribacinizzazione", ovvero dall'inizio del processo di ricollocazione degli internati nel loro territorio di provenienza: visto dunque il gran numero di trasferimenti i dati relativi al 2011 sono prevalentemente lacunosi.

Per avere un'idea delle proporzioni tra le tipologia di uscita negli anni successivi, si è preso ad esempio il 2013, in cui su circa 60 uscite, 15 sono stati trasferimenti in altri OPG/carceri.

Riguardo alla durata della permanenza in OPG, e se questa sia arrivata a eguagliare il massimo della pena edittale prevista per il reato (Legge 81/2014), ci sono stati alcuni casi (nove), in cui la permanenza in OPG è stata più lunga nell'attesa di trovare una presa in carico da parte del Dipartimento di salute mentale.

Riguardo agli internati PRESENTI nell'OPG i fascicoli si trovano anch'essi nella matricola e sono accessibili facilmente. Per i presenti non ci sono problemi riguardo alla completezza dei dati contenuti nel fascicolo, che comprende anche le valutazioni e revisioni della pericolosità.

Obiettivi della ricerca:

- indagare le relazioni tra internati e asl: chi è in proroga e per quale motivo;
- perché manca la presa in carico o perché la valutazione di pericolosità è fondata su ragioni strettamente mediche;
- se era già conosciuto ai servizi territoriali e quali sono i servizi territoriali competenti per territorio, sia in Toscana che fuori;
- quanti sono senza fissa dimora e confrontare con i vari DSM e vedere come si possono far carico dei casi.
- comparare la durata dell'internamento con il massimo della pena edittale prevista per il reato commesso, in modo da capire se effettivamente le messe in libertà previste dalla Legge 81/2014 stanno funzionando o meno.

Alla luce degli obiettivi suddetti e dei dati effettivamente disponibili si è realizzato uno studio trasversale sulla popolazione degli internati presenti all'8 Novembre 2014 e i nuovi ingressi fino al 31 Dicembre 2014, escludendo i detenuti presenti in OPG per motivi di lavoro e le persone in osservazione (DPR 230/2000 Nuovo Regolamento di Esecuzione dell'Ordinamento Penitenziario, art 112 co. 2 "Accertamento delle infermità psichiche").

Nello specifico, l'universo osservato è composto da 124 internati. Si è proceduto con lo studio delle cartelle dei singoli internati, rilevando le seguenti variabili:

- Data di nascita
- Luogo di nascita
- Luogo di Residenza e provincia
- ASL di competenza
- Regione di competenza
- Data di arresto
- Data di ingresso in OPG
- Provenienza (altro istituto, altro OPG, libertà, ecc...)
- Posizione giuridica – misura di sicurezza (OPG, CCC, OPG provvisorio, CCC provvisorio, 148, ecc...)
- Se fosse conosciuto dai servizi prima del ricovero
- Scadenza misura
- Scadenza (eventuale) proroga
- Numero di proroghe
- Motivazioni delle proroghe
- Tipologia di reato commesso (omicidio, reati contro la persona, contro il patrimonio, altro)
- Pena edittale
- Se fruisce di licenze orarie o per più giorni
- Se ha mai avuto accesso a Licenze Finali di Esperimento e per quante volte
- Se effettua colloqui

- Se è stato sottoposto a regime di TSO
- Se svolge attività lavorativa
- NOTE varie

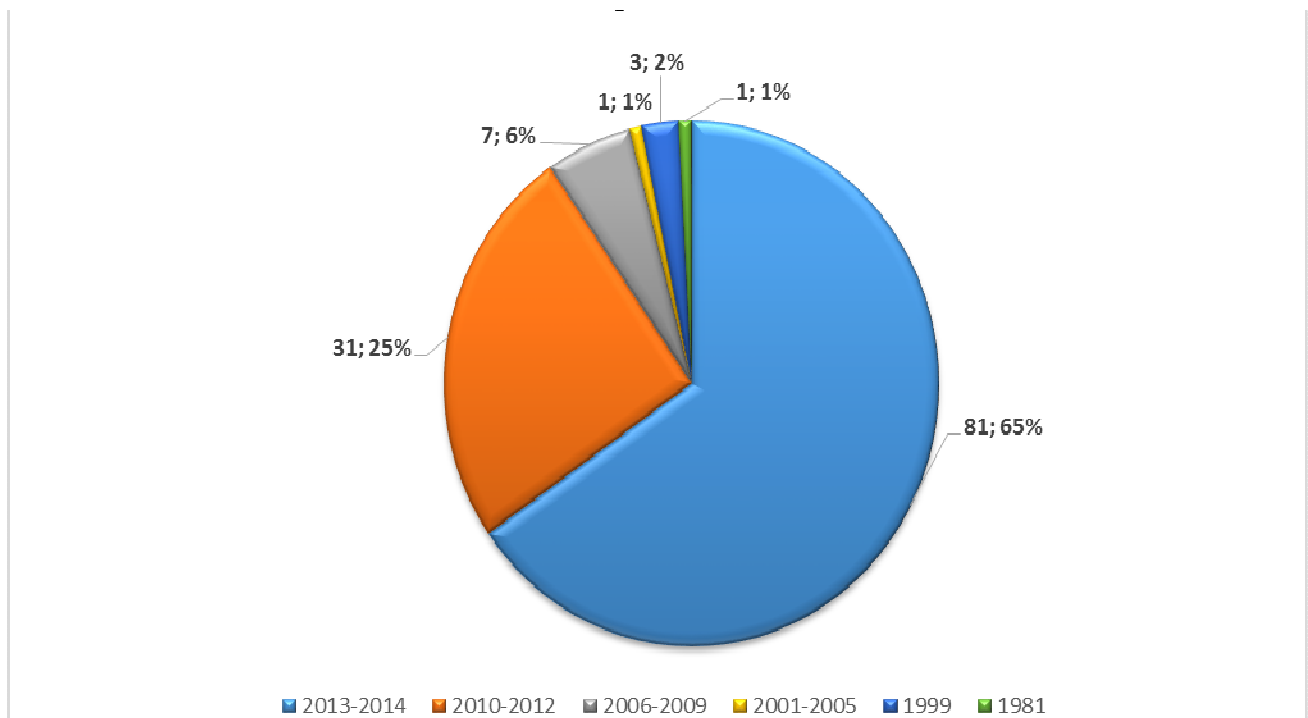
Da un punto di vista meramente quantitativo, sono stati analizzati i flussi di entrata e di uscita dall'OPG negli anni 2012, 2013, 2014.

Sono state osservate nello specifico: posizione giuridica/misura di sicurezza, provenienza e regione di appartenenza degli internati che sono arrivati in OPG a partire dal 28 Maggio 2014, data in cui è stato registrato l'ultimo picco basso in termini di presenze (99), e fino al 31 Dicembre poiché si è registrato un nuovo aumento delle presenze.

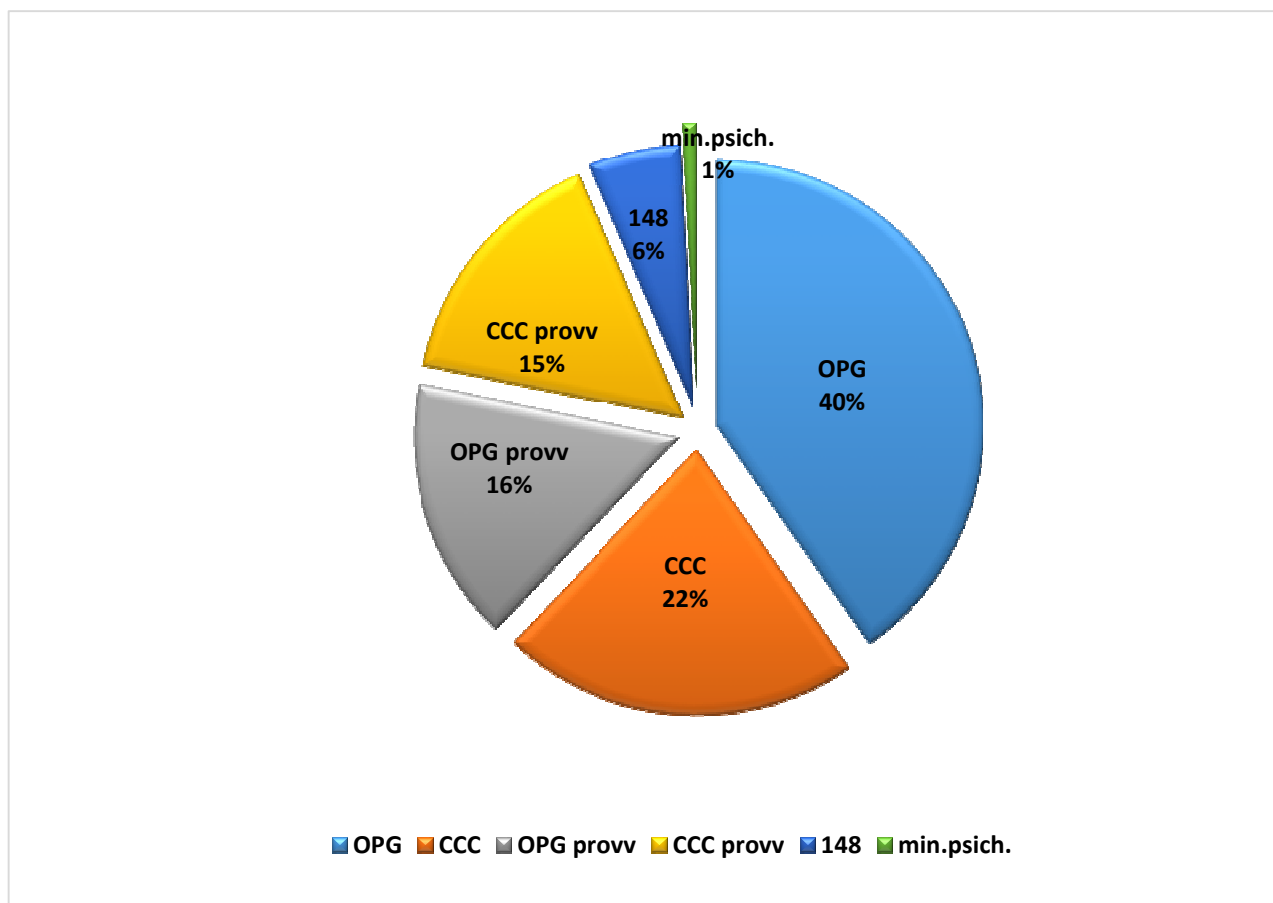
Infine, sono stati correlati i dati riguardanti le persone che hanno avuto accesso alla Licenza Finale di Esperimento nell'anno 2014 con le rispettive ASL di competenza e le misure di sicurezza a cui erano sottoposti.

4. Anno di ingresso OPG

La maggior parte degli ingressi è rilevato nell'anno 2013-2014 ben 81 persone negli ultimi due anni.



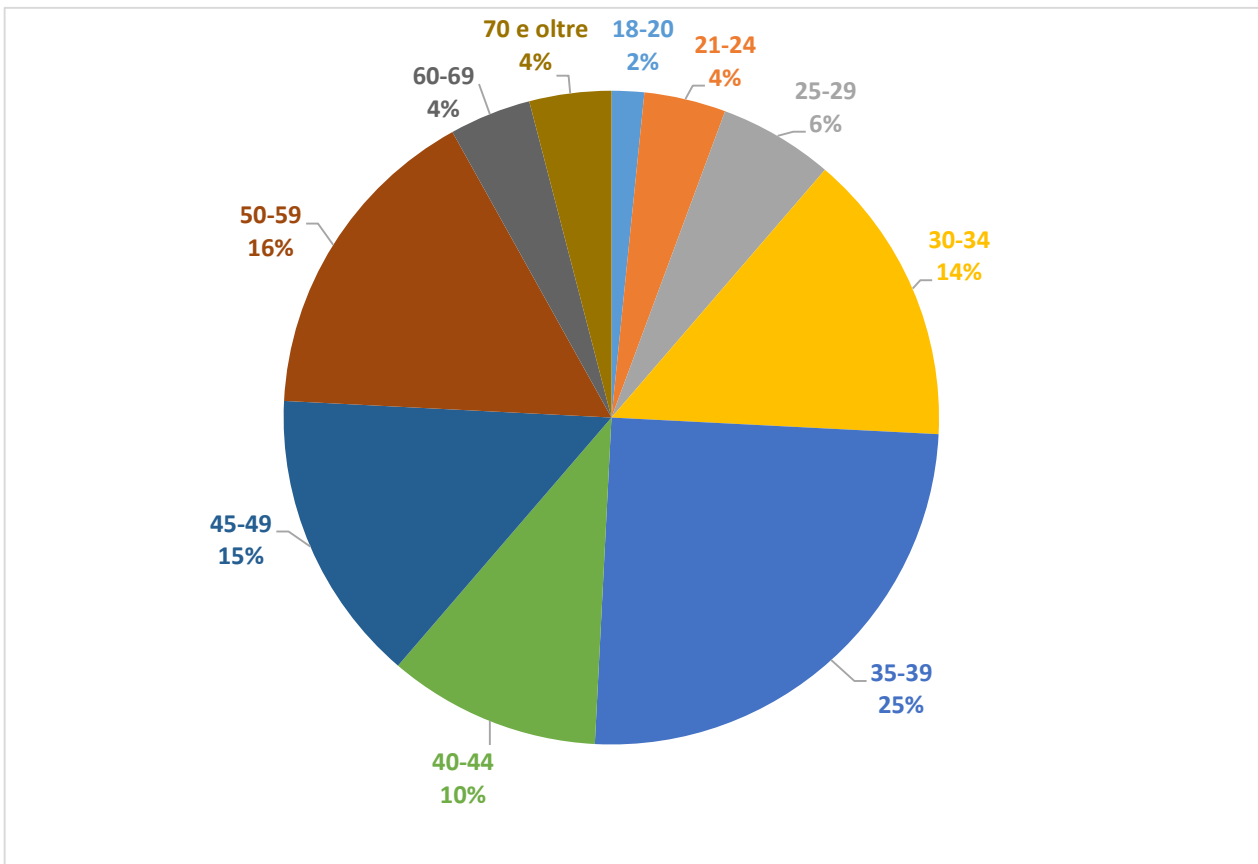
5. Internati ripartiti per tipologia di misura di sicurezza



In questo grafico viene rappresentato visivamente la differente tipologia di misura di sicurezza cui sono sottoposti i 124 internati presenti.

- La parte più consistente (50 internati pari al 40%) della popolazione internata risulta sottoposta alla misura di sicurezza del ricovero in Ospedale Psichiatrico Giudiziario a seguito di sentenza di proscioglimento per infermità totale di mente (art. 222 c.p.). Un'altra consistente fetta di popolazione internata (27 internati pari al 22%) è sottoposta alla misura di sicurezza della Casa di Cura e Custodia (art. 219 c.p.) in quanto soggetti semi infermi di mente. Nonostante si tratti, sulla carta, di misure di sicurezza detentive diverse, previste dal codice per situazioni soggettive differenti (infermità totale di mente e semi infermità), nella pratica, non vi sono differenze nella modalità di esecuzione della misura, realizzata in entrambi i casi attraverso la permanenza in OPG all'interno di reparti non differenziati. Il 31% degli internati è ancora in attesa di giudizio ed è presente in OPG in modo provvisorio (misura di sicurezza provvisoria della casa di cura e custodia 19 persone pari al 15 %, art. 219-206; misura di sicurezza provvisoria dell'ospedale psichiatrico giudiziario 20 persone pari al 16%, art 222-206). Il 7% del campione è ristretto in OPG per sopravvenuta infermità psichica (art. 148 c.p.), si tratta di detenuti condannati ai quali, durante l'esecuzione della pena, sopravviene un'infermità psichica tale da impedire l'esecuzione della pena e che vengono internati in OPG. Il restante 1% del campione è composto da un minorato psichico (DPR 230/2000 art.111 punto 7).

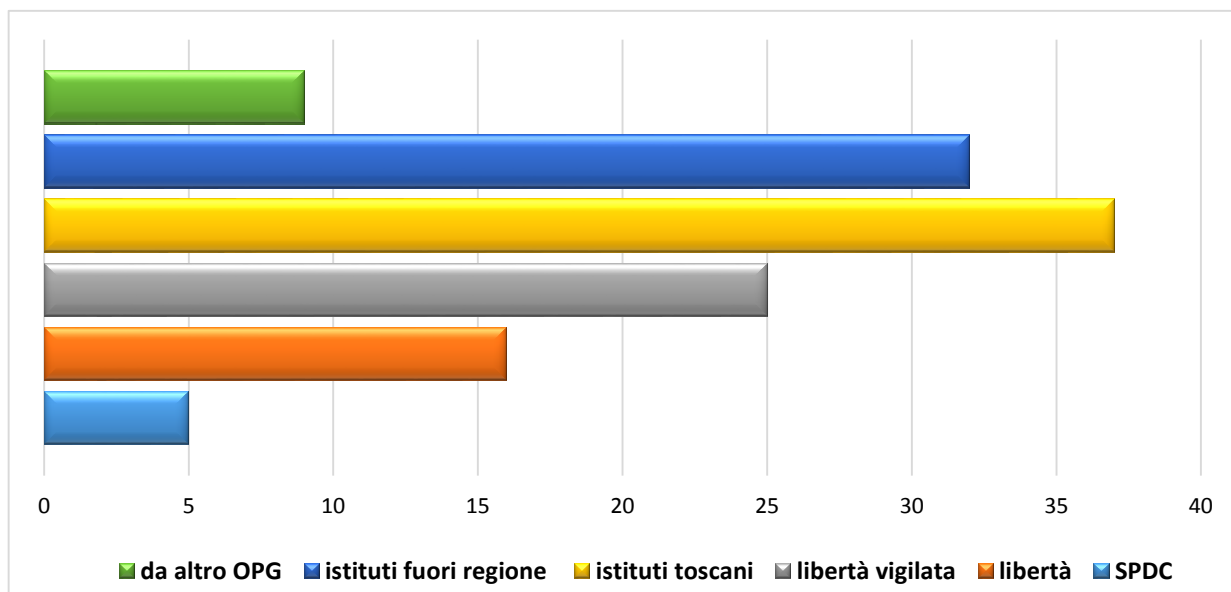
6. Popolazione internata per fasce di età



Tra gli internati presenti le fasce di età sono:

- dai 35 ai 39 anni pari al 25%,
- dai 50 ai 59 anni pari al 16%,
- dai 45 ai 49 anni pari al 15%,
- dai 30 ai 34 anni pari al 14%,
- dai 40 ai 44 anni pari al 10%,
- dai 25 ai 29, pari al 4%,
- per le seguenti fasce di età dai 18 ai 20 dai 21-24, dai 60-69, 70 e oltre e pari al 2%.

7. Popolazione internata e provenienza



Con questo grafico si mettono in evidenza le diverse condizioni immediatamente precedenti all'ingresso in OPG. In particolare, possiamo notare che la maggior parte degli internati provengono da istituti penitenziari (56%) di cui il 30% da istituti toscani e il 26% da istituti fuori regione. Il 13% proviene dalla libertà, il 20% accede per aggravamento della misura di sicurezza non detentiva della libertà vigilata, il 7% proviene da altri Ospedali Psichiatri Giudiziari e il restante 4% dai Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura.

Chi proviene dagli istituti generalmente segue questo iter: viene arrestato per aver commesso un reato, il giudice predispose la misura della custodia cautelare in carcere e in questo caso le possibilità sono due:

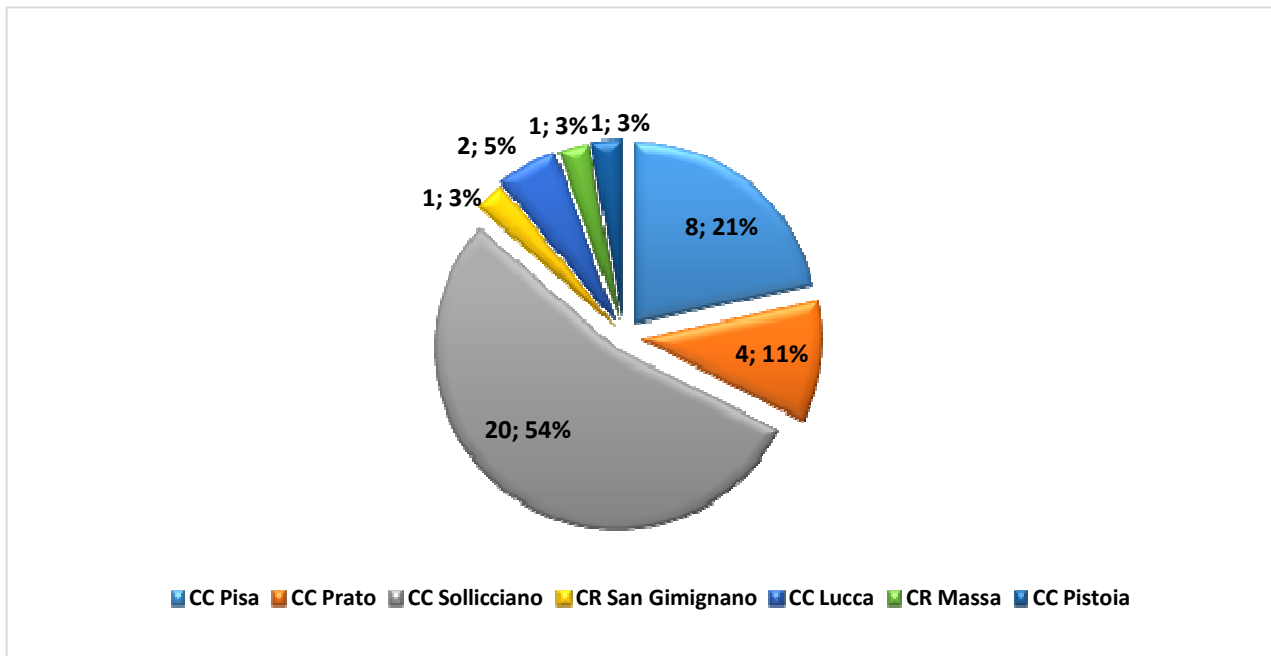
- La persona rimane in carcere sino a che non viene emessa una sentenza, nella quale si applica una misura di sicurezza perché la persona in questione è ritenuta semi inferma o totalmente inferma di mente;
- La persona viene trasferita dal carcere ad un OPG dove viene assegnata provvisoriamente, in attesa che venga emessa una sentenza da parte del giudice.

Se invece si tratta di una sopravvenuta infermità mentale in carcere (art 148 c.p.) la persona, seppur condannata all'espiazione della pena per un determinato periodo in carcere, viene trasferita dal carcere in OPG per garantirle un trattamento e una cura più adeguati alle sue esigenze.

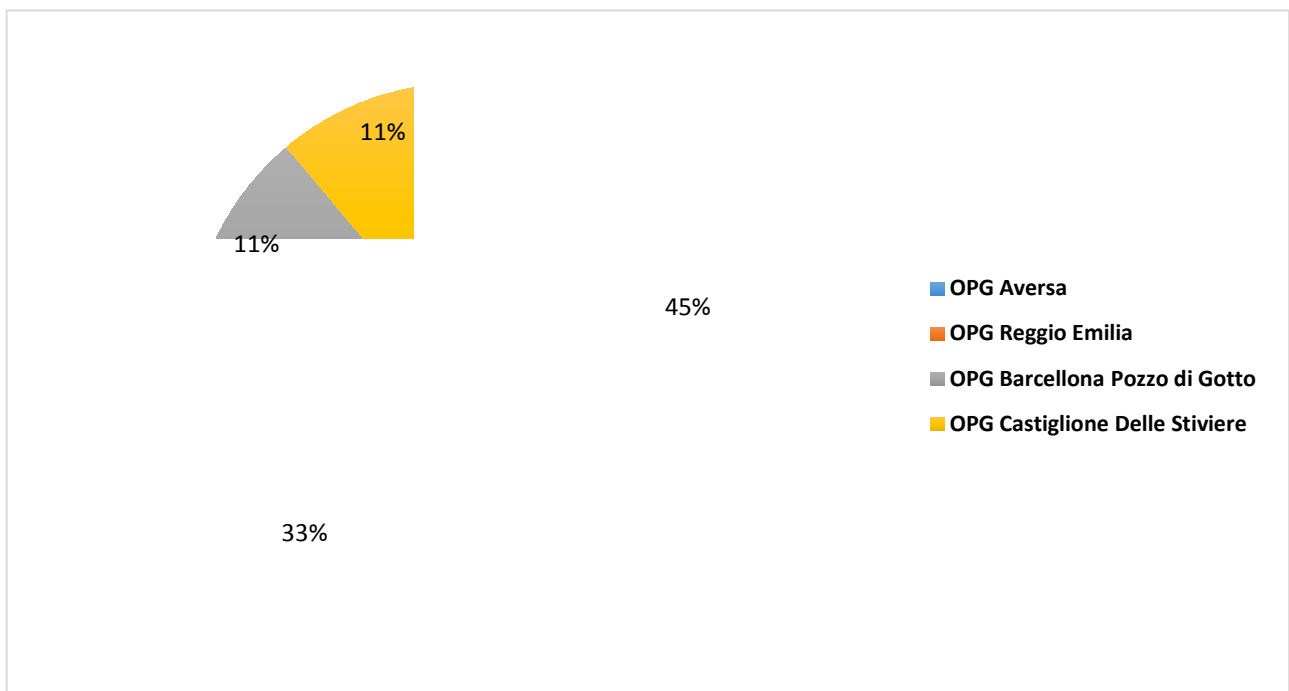
7.1. Provenienza specifica

Nei seguenti grafici vengono analizzate più specificatamente i luoghi di provenienza degli internati prima del ricovero in OPG.

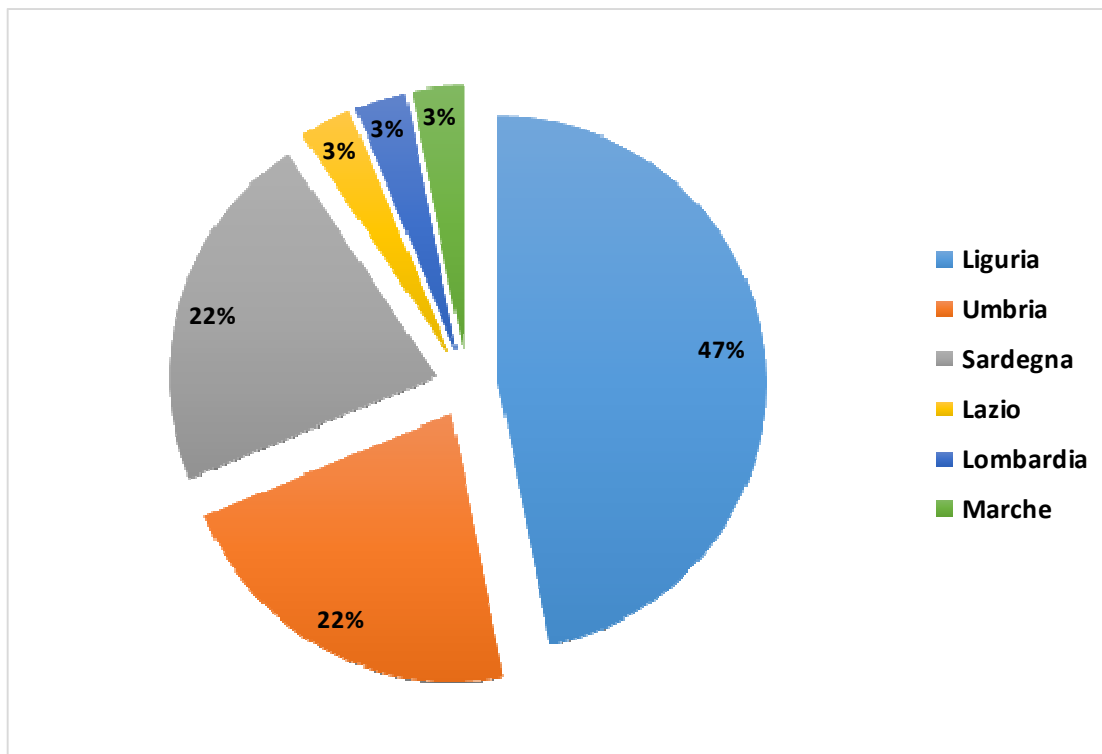
Da istituti toscani



Da altri OPG



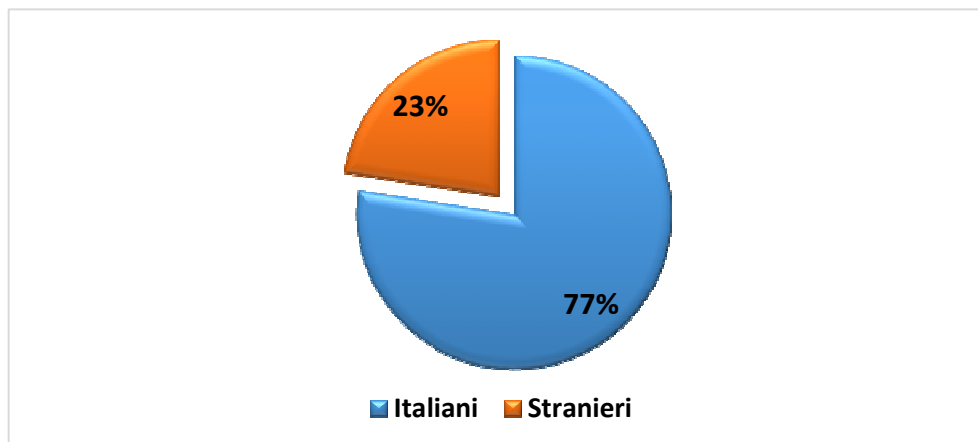
Da istituti fuori regione



Tra gli internati provenienti da istituti fuori regione:

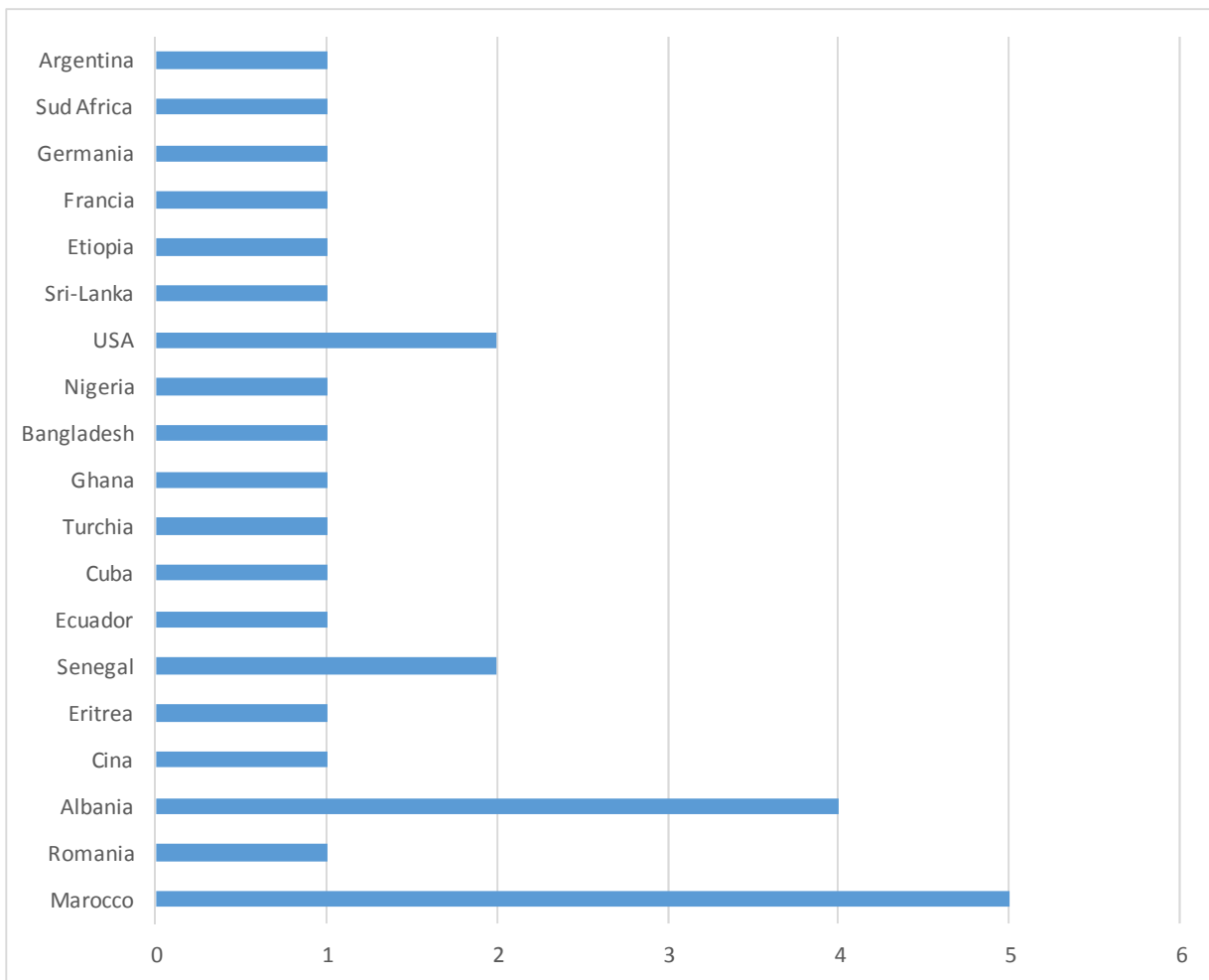
- 15 provengono da Istituti della Liguria (11 CC di Genova, 2 CC La Spezia, 1 dalla CC di Sanremo e 1 dalla CC di Savona)
- 7 provengono da Istituti dell'Umbria (4 dalla CC di Perugia, 1 dalla CC di Terni, 2 dalla CR di Spoleto)
- 7 provengono da Istituti della Sardegna (2 dalla CC di Nuoro, 2 dalla CC di Oristano, 1 dalla CC di Cagliari, 1 dalla CC Sassari, 1 dalla CC di Lanusei)
- 1 proviene dalla CC di Roma, Lazio
- 1 proviene dalla CC di Milano, Lombardia
- 1 proviene dalla CC di Pesaro, Marche

8. Popolazione internata per nazionalità di provenienza

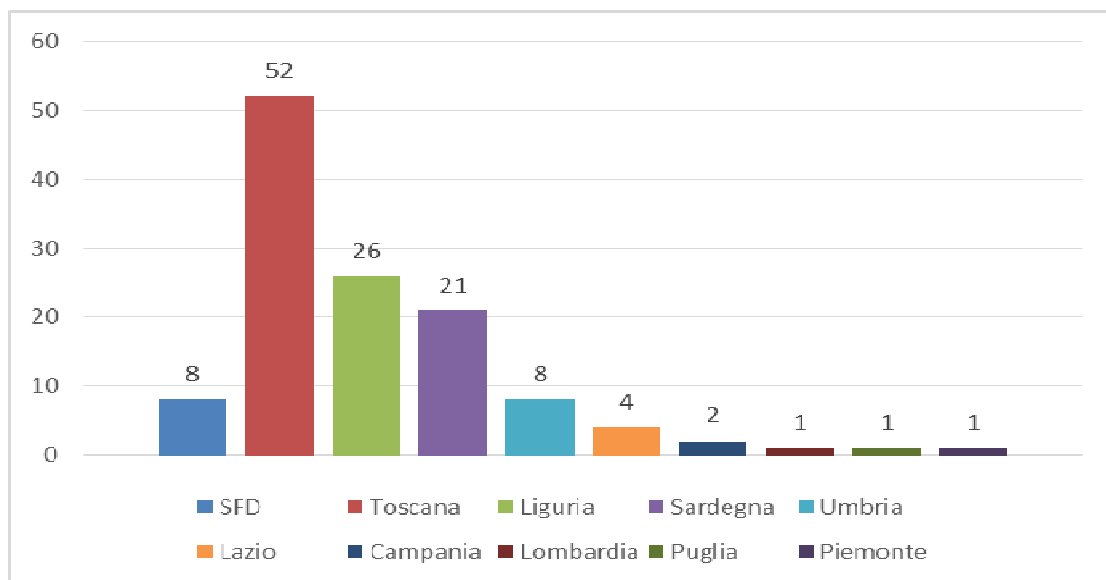


La popolazione internata presente nell'Ospedale Psichiatrico di Montelupo Fiorentino è composta per il 77% di Italiani e per il rimanente 23% da stranieri. Questo 23%, come si vedrà nel seguente grafico, è composto da internati dalla svariata etnia, con prevalenza di marocchini e albanesi.

Provenienza stranieri



9. Internati e regione di residenza



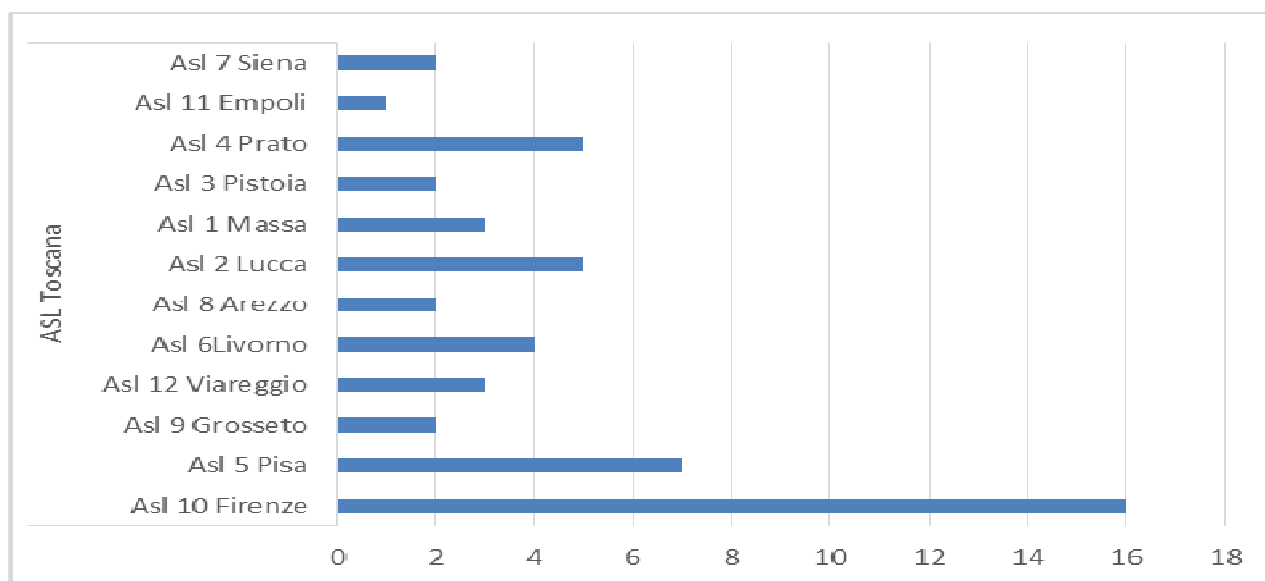
Così come viene specificato nel DPCM 1° aprile 2008 - Allegato C (e confermato in data 17 novembre 2009 nella “Conferenza Unificata” con accordo tra il Governo e le Regioni) ogni OPG copre un bacino territoriale di riferimento per cui, in base alla residenza della persona, l’amministrazione penitenziaria dovrà orientativamente assegnarla all’OPG di competenza.

All’OPG di Montelupo Fiorentino, secondo tale DPCM, dovrebbero essere assegnati internati provenienti dalla Toscana, dall’Umbria, dal Liguria e dalla Sardegna. Nella pratica, in effetti, la popolazione internata presente e proveniente dalle regioni appartenenti al bacino di competenza è pari all’86%, nello specifico il 42% di internati è residente in Toscana, il 21% in Liguria, il 17% in Sardegna e il 6% residente in Umbria, gli internati senza fissa dimora (SFD) sono pari al 6%, l’8% infine proviene da regioni non appartenenti al bacino di competenza dell’OPG di Montelupo Fiorentino, con un 3% di internati residenti in Lazio, un 2% di residenti in Campania e infine un 1% di residenti in Lombardia, un 1% in Puglia e un 1% in Piemonte.

9.1 ASL competenti per gli internati provenienti dal bacino di utenza dell’OPG

TOSCANA

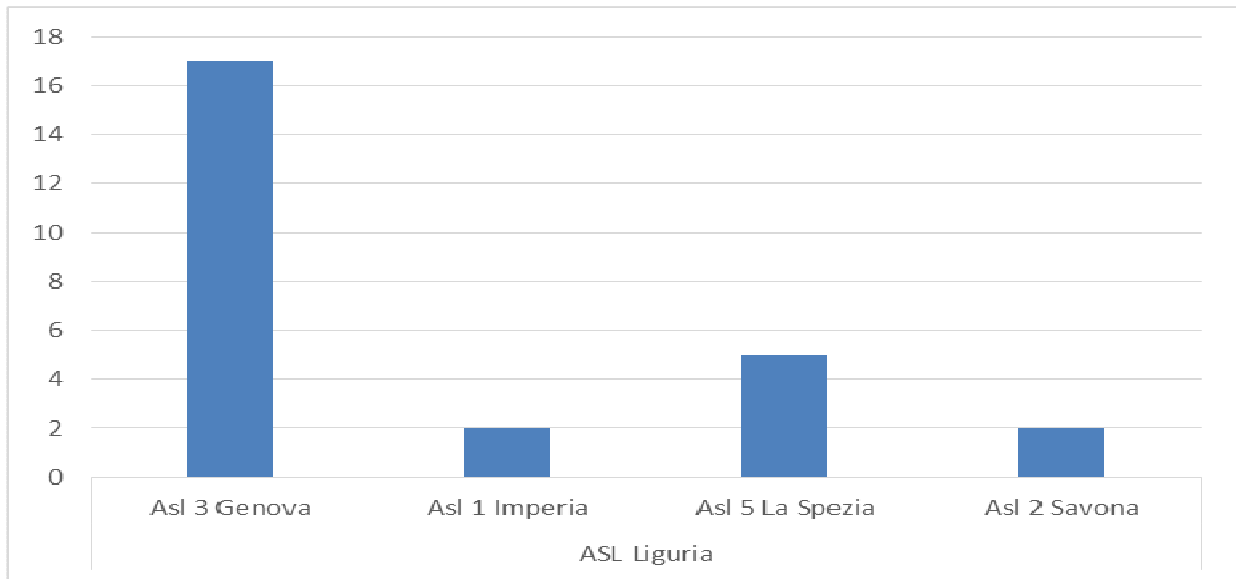
Con il grafico seguente si riesce a comprendere come il 42% di internati residenti in Toscana, pari a 52, sia ripartito tra le diverse ASL Toscane in base alla residenza.



Si registra una presenza consistente di internati assegnati alla ASL 10 di Firenze (31% - 16 persone), seguito dall’ASL 5 di Pisa (13% - 7 persone), dall’ASL 4 di Prato e 2 di Lucca (9% ciascuno con 5 persone per ASL), dall’ASL 6 di Livorno (8% - 4 persone), dall’ASL 1 di Massa e dall’ASL 12 di Viareggio (6% ciascuno con 3 persone per ASL), dall’ASL 7 di Siena, l’ASL 3 di Pistoia, l’ASL 8 di Arezzo e l’ASL 9 di Grosseto (4% ciascuno con 2 persone per ASL) e, infine, dall’ASL 11 di Empoli (2% - 1 persona).

LIGURIA

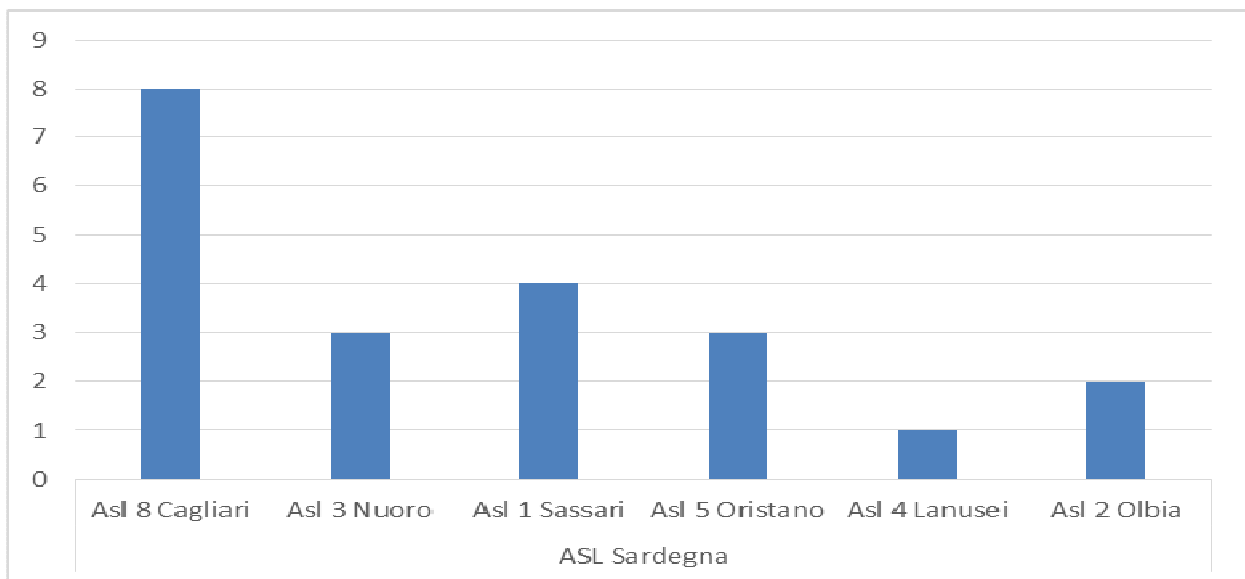
Vediamo adesso a quali ASL della Liguria sono assegnati i 26 internati (pari al 21% della popolazione internata) ivi residenti.



Si registra la presenza di 17 internati assegnati all'ASL 3 di Genova, 5 assegnati all'ASL 5 di La Spezia, 2 assegnati, rispettivamente, all'ASL 2 di Savona e all'ASL 1 di Imperia.

SARDEGNA

Gli internati residenti in Sardegna sono 21, pari al 17% della popolazione internata e anche in questo caso è stata effettuata una ricerca specifica per conoscere l'ASL che ha in carico ogni singolo internato sardo.

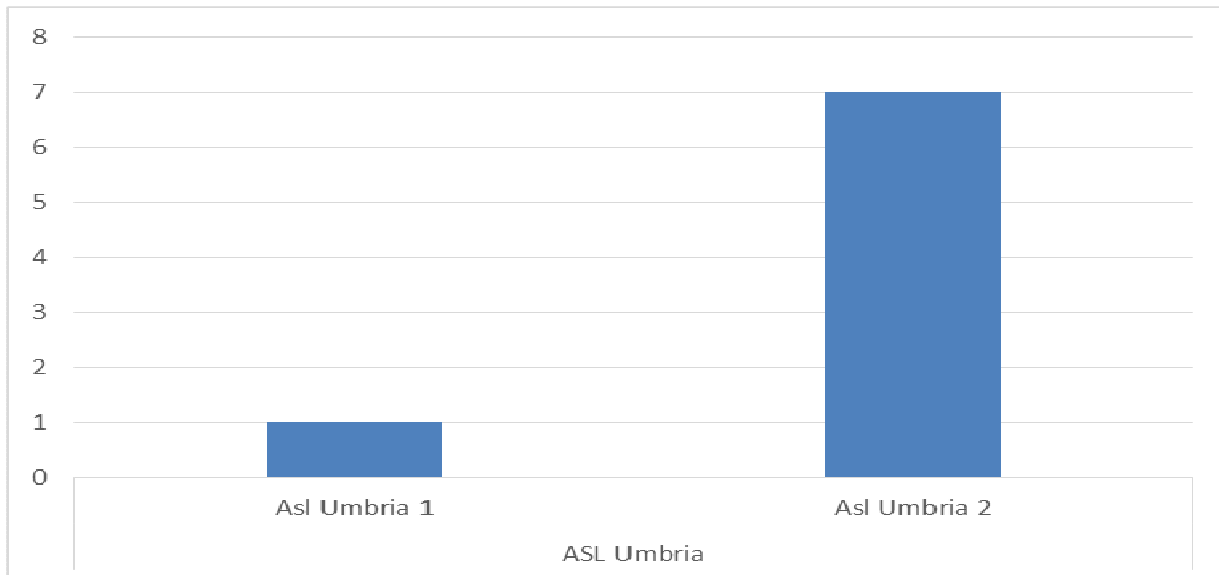


Come si può notare dal grafico, il 38% degli internati sono assegnati all'ASL 8 di Cagliari (8 persone), il 19% all'ASL 1 di Sassari (4 persone) il 14% sia per l'ASL 3 di Nuoro che per l'ASL di

Oristano (3 persone per ciascuna ASL), il 10% degli internati sono assegnati all'ASL 2 di Olbia (2 persone) e, infine, il 5% all'ASL 4 di Lanusei.

UMBRIA

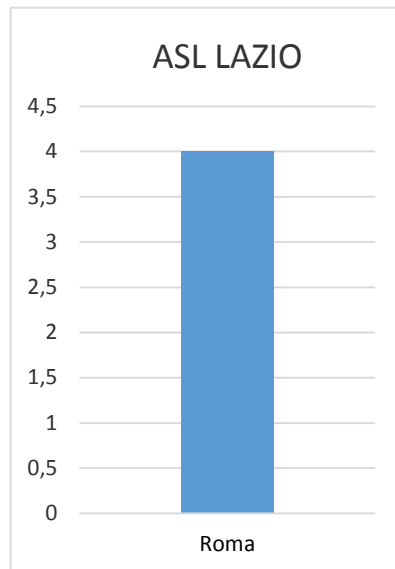
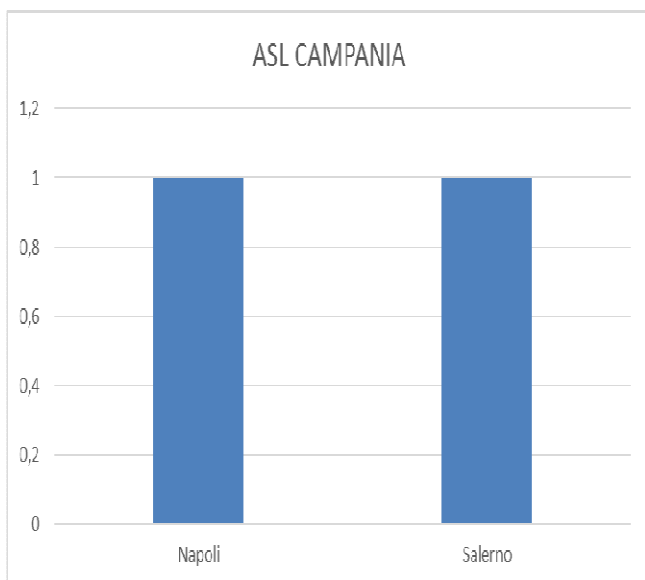
Ci sono 8 internati umbri, di cui 7 assegnati all'ASL di Umbria 2 e 1 all'ASL di Umbria 1.

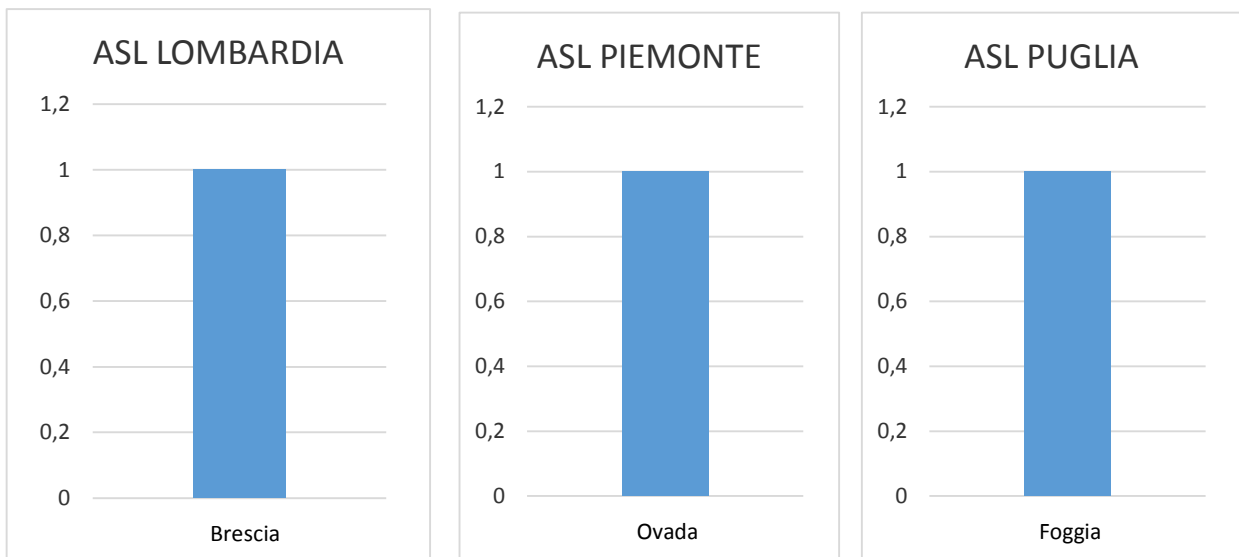


9.2 ASL competenti per gli internati provenienti da regioni fuori bacino

CAMPANIA, LAZIO, LOMBARDIA, PUGLIA, PIEMONTE

Gli internati provenienti da regioni di residenza diversi da quelli appartenenti al bacino di riferimento dell'OPG, sono pari al 7% della popolazione internata. Vediamo nello specifico da quali regioni provengono:

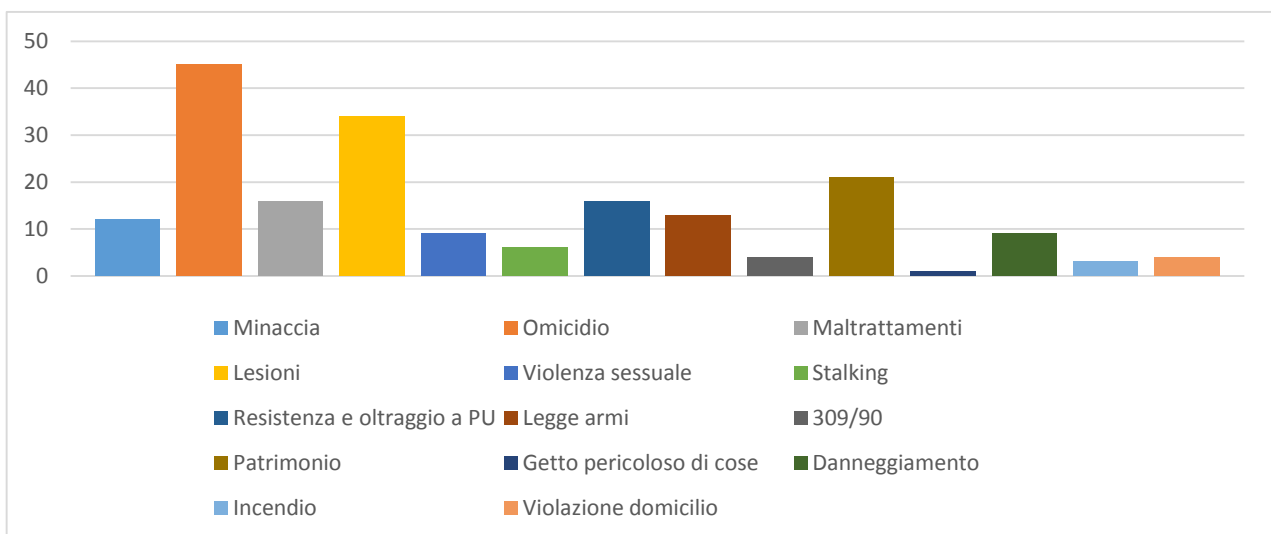




Il restante 6% del campione, come precedentemente specificato, è formato da persone senza fissa dimora ed in questo caso non vi è una presa in carico specifica per regione.

Va specificato che, sempre nella Conferenza Unificata stilata il 17 novembre 2009 viene precisato quanto segue: "Al fine di prevenire contenziosi relativi alla attribuzione di competenza territoriale si conviene che il Dipartimento di Salute Mentale (DSM) territorialmente competente per il singolo internato è individuato in quello presso il quale la persona aveva la residenza prima dell'ingresso nel circuito penitenziario; in caso di internati senza fissa dimora farà fede l'abituale dimora prima dell'internamento; in caso di contenzioso farà fede la ricostruzione della competenza fatta dall'Amministrazione Penitenziaria".

10. Popolazione internata e tipologia di reato commesso



La tipologia di reati prevalenti sono quelli verso la persona pari al 63% (omicidio, maltrattamenti, lesioni, violenza sessuale, stalking, minacce) ed in genere vengono commessi

verso i propri familiari, sono seguiti dai reati contro il patrimonio pari all'11%, reati vari come danneggiamento, incendio, violazione domicilio pari al 9%, reato di resistenza e oltraggio a pubblico ufficiale pari all'8%, reati come violazione leggi armi e violazione legge 309/90 – testo unico sulle tossicodipendenze (2 come 148, 1 come CCC. 1 come OPG) pari al 9%.

I reati contro il patrimonio comprendono per lo più rapine (12) ma anche furti (5) ed estorsioni (4). Tra le Lesioni, invece, deve essere fatta una distinzione tra lesioni (13) e lesioni gravi (21).

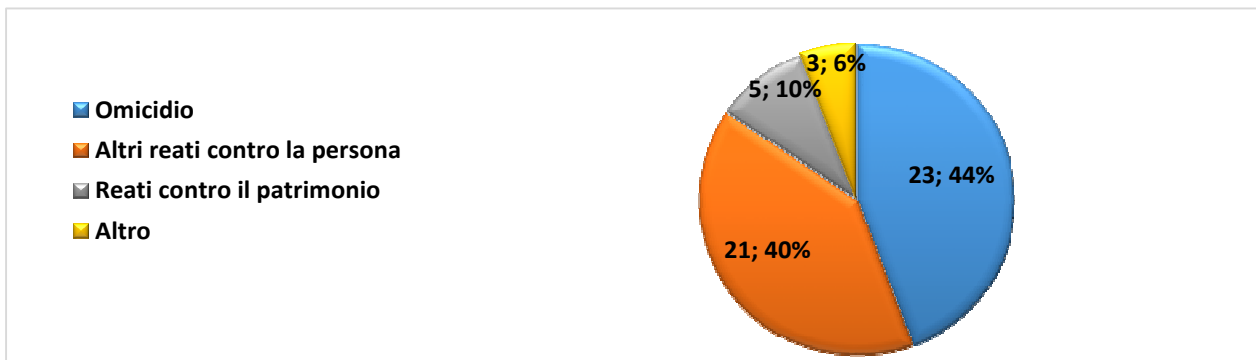
Alcuni internati hanno commesso più di un reato ed è per questo che il numero dei reati (193) non corrisponde al campione esaminato (124). I reati contro Pubblico Ufficiale, ad esempio, sono sempre accompagnati da altre tipologia di reati.

Sono poi state correlate le tipologie di reato con gli internati suddivisi per regioni di residenza.

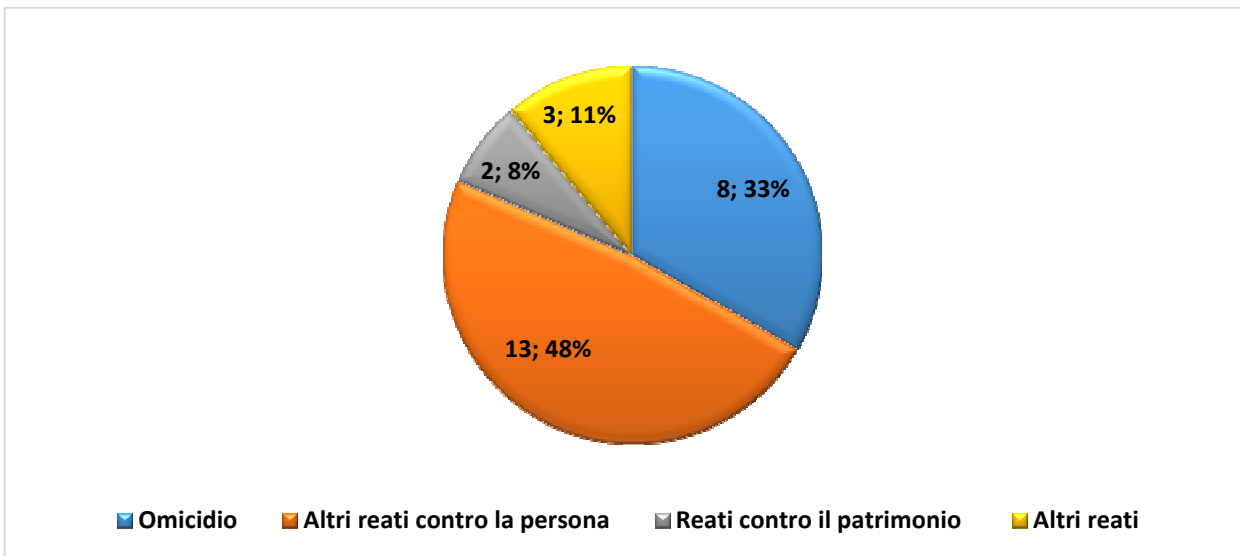
10.1. Tipologia di reati e provenienza regionale degli internati

TOSCANA

I reati commessi dagli internati residenti in toscana, come si registra nel dato generico, sono per l'84% dei casi, reati contro la persona di cui 44% omicidi; il 10% ha commesso reati contro il patrimonio e il rimanente 6% altre tipologie di reati.

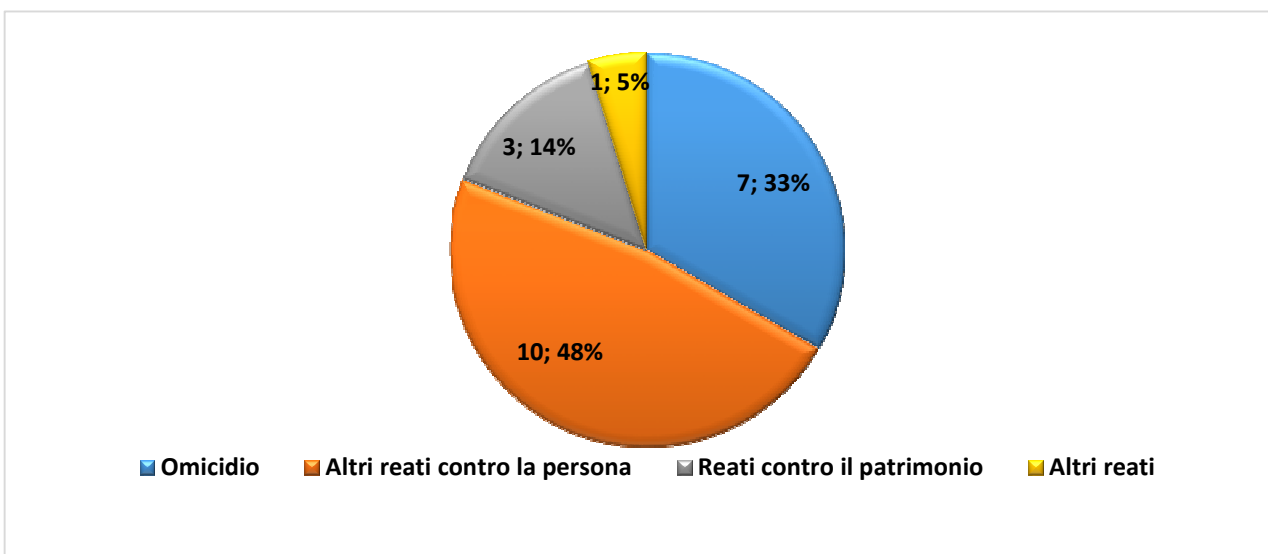


LIGURIA



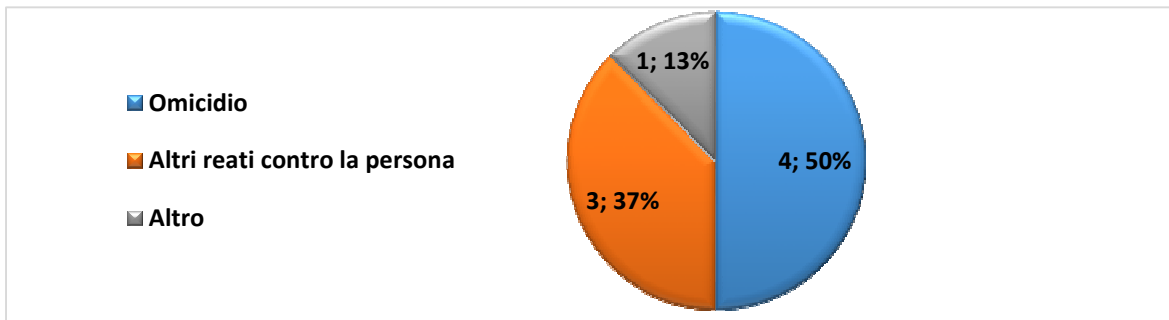
Gli internati residenti in Liguria nell' 81% dei casi hanno commesso reati contro la persona, di cui il 33% omicidio, 8% reati contro il patrimonio, 11% altri reati.

SARDEGNA



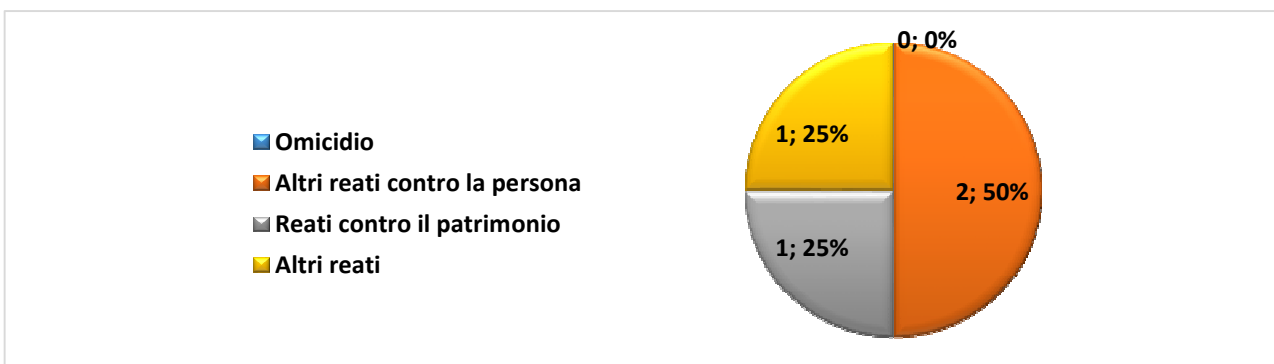
Anche per la Sardegna l'81% degli internati ha commesso reati contro la persona di cui il 33% omicidi. Il 14% reati contro la persona e il rimanente 5% altre tipologie di reati.

UMBRIA



Tra gli 8 Umbri, 7 hanno commesso reati contro la persona, di cui 4 persone omicidio. In un caso si tratta di reati contro il patrimonio.

LAZIO



Gli internati residenti in Lazio sono 4 di cui 2 hanno commesso reati contro la persona, 1 reato contro il patrimonio e 1 altre tipologia di reati.

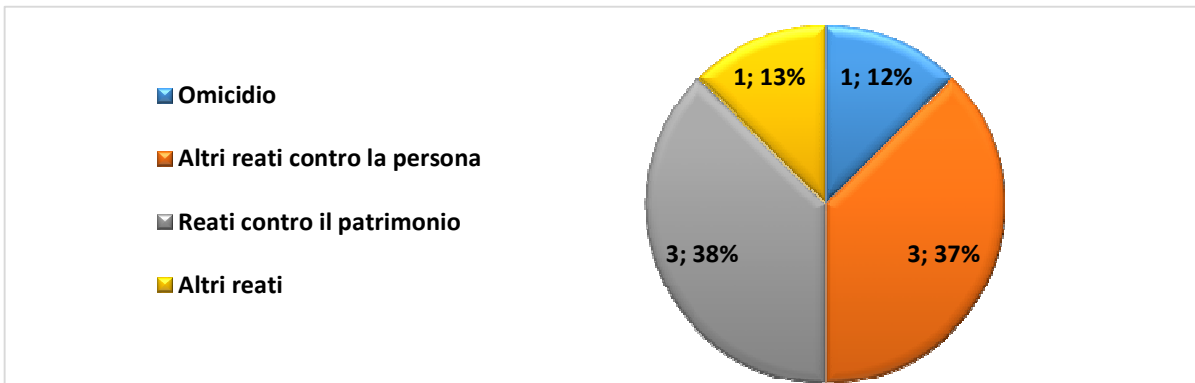
CAMPANIA E PIEMONTE

Gli internati presenti in OPG e residenti in Campania sono due. Uno ha commesso un omicidio, uno un reato di violenza sessuale.

Di internati presenti in OPG provenienti dal Piemonte ce n'è solo uno e ha commesso un omicidio.

SENZA FISSA DIMORA

Infine vi sono i senza fissa dimora (8 persone) di cui 1 ha commesso omicidio, 3 reati contro la persona, 3 reati contro il patrimonio, 1 altra tipologia di reato.



11. Proroghe per Internato e per ASL di competenza

Le misure di sicurezza hanno una durata potenzialmente indeterminata poiché sono legate alla pericolosità sociale del reo: fino a che questa sussiste la misura di sicurezza deve essere prorogata. Da poco è stato introdotto un limite massimo, grazie alla Legge 81/2014, che ha previsto che la misura di sicurezza non possa durare oltre la pena massima edittale prevista per il fatto commesso. Vi è anche un limite minimo di durata, che dipende dalla gravità del fatto commesso, così come definita attraverso il massimo e il minimo edittali. Per il ricovero in OPG i limiti minimi delle misure di sicurezza, previsti dall'art. 222 c.p., sono i seguenti:

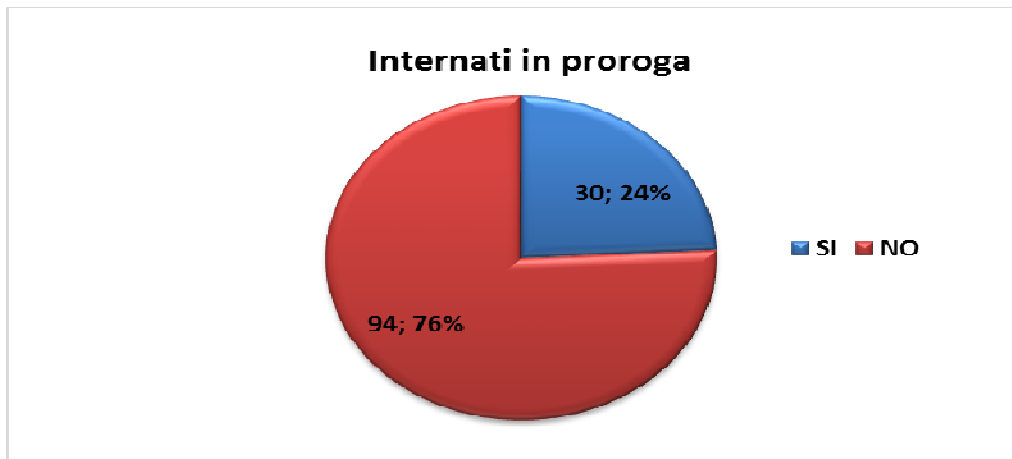
Pena edittale	Durata minima misura di sicurezza OPG
Non inferiore a 2 anni nel massimo	2 anni
Non inferiore a 10 anni nel minimo	5 anni
Ergastolo	10 anni

Per quanto riguarda la misura della casa di cura e custodia l'art. 219 prevede i seguenti limiti:

Pena edittale	Durata minima misura di sicurezza in casa di cura e custodia
Inferiore a 5 anni nel minimo	6 mesi senza presunzione di pericolosità
Non inferiore a 5 anni nel minimo	1 anno
Non inferiore a 10 anni nel minimo	3 anni

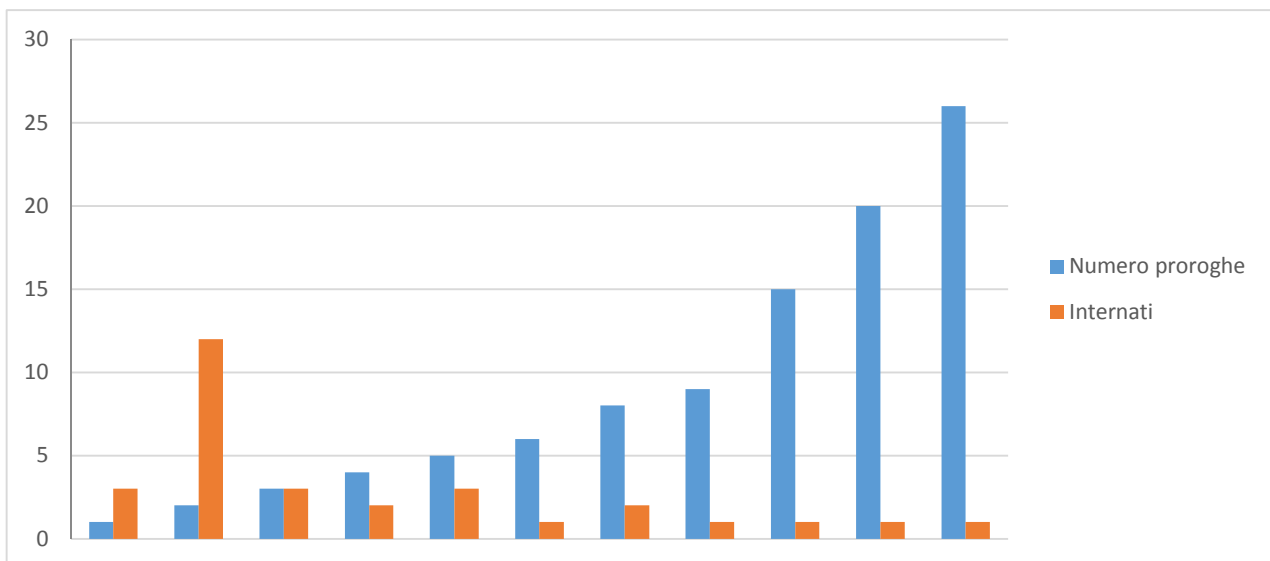
Decorso il periodo minimo di durata stabilito dalla legge per ciascuna misura di sicurezza, il giudice riprende in esame la situazione della persona sottoposta a tale misura per stabilire se essa è ancora socialmente pericolosa o meno (art. 208 c.p.). Da tale giudizio, operato dal magistrato di sorveglianza, in caso di persistente pericolosità sociale, consegue la proroga della misura di sicurezza, oppure in caso di cessata pericolosità sociale, deriva la cessazione della misura di sicurezza.

Nella ricerca sono state analizzate le proroghe, per quantità e motivazioni.



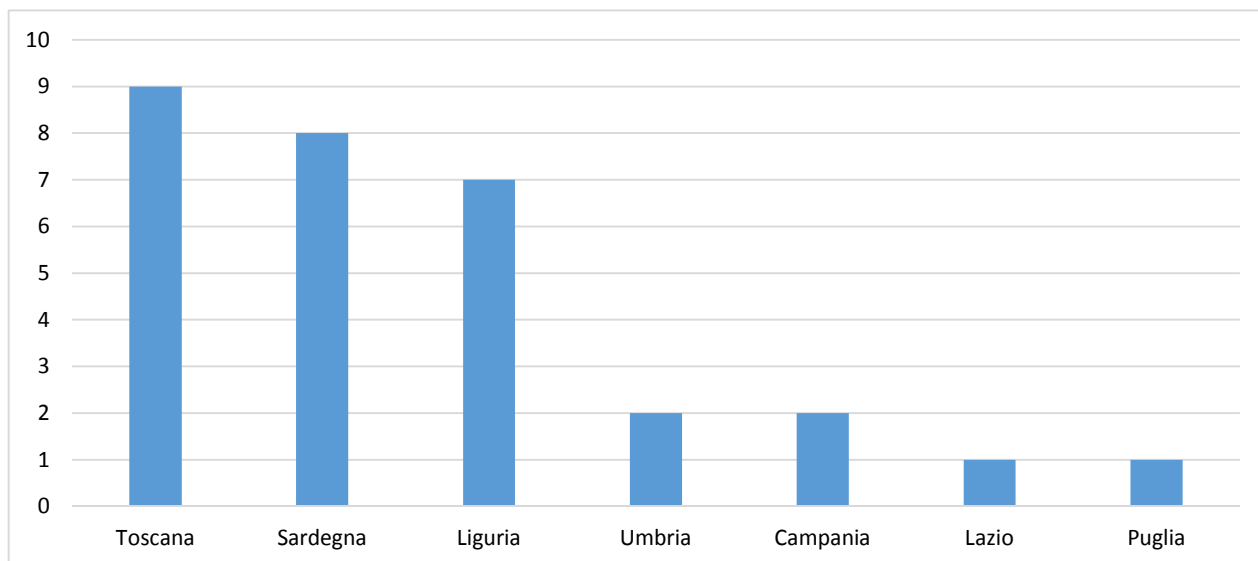
Come possiamo osservare dal grafico, il 24% degli internati (30 persone) ha avuto delle proroghe delle misure di sicurezza. E' stato rilevato anche il numero di proroghe per ogni internato che vengono di seguito specificate: tre persone hanno avuto una proroga, dodici persone ne hanno avute due, tre persone tre, due persone quattro, tre persone cinque, una persona sei, due persone otto, una persona nove, una persona quindici, una persona venti, una persona ventisei proroghe.

Numero di proroghe per internato



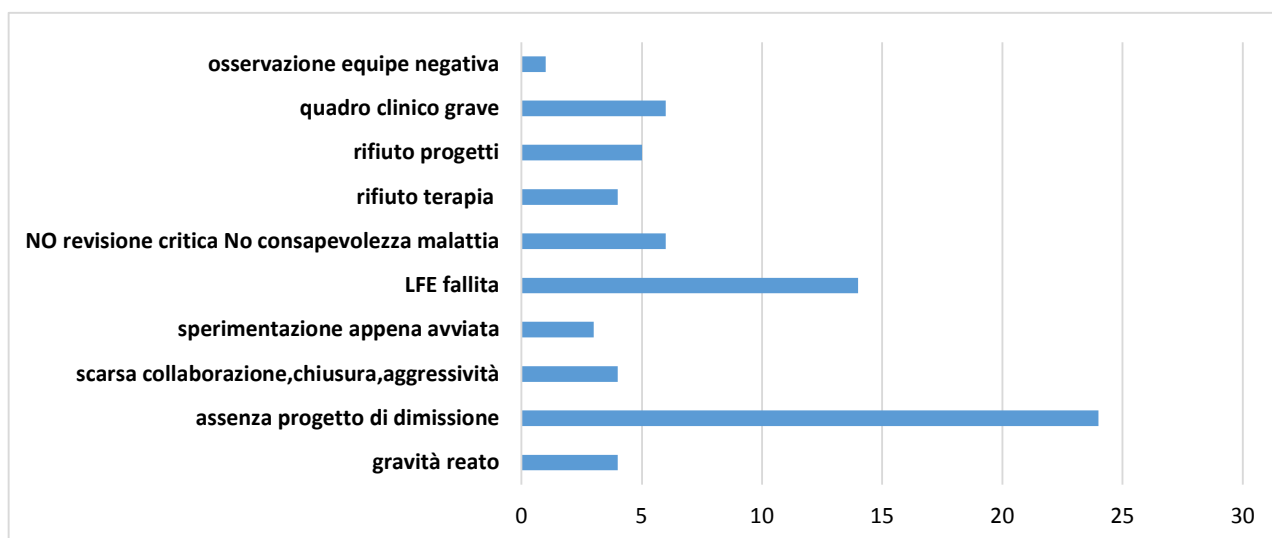
Si passa poi ad analizzare nello specifico la regione di residenza e la ASL di competenza per ogni internato che ha avuto delle proroghe delle misure di sicurezza.

Proroghe per ASL di competenza



Come si può notare dal grafico precedente, gli internati che hanno avuto delle proroghe sono per la maggior parte toscani, di cui 5 di competenza della ASL 10 di Firenze, 1 dell'ASL 2 di Lucca, 2 dell'ASL 4 di Prato e 1 dell'ASL 11 di Empoli, seguiti dai sardi, di cui 4 assegnati all'ASL 4 di Cagliari, 1 all'ASL 4 di Lanusei, 1 all'ASL 5 di Oristano, 1 all'ASL 4 di Nuoro, 1 all'ASL 1 di Sassari. Elevata è anche la presenza di internati liguri con proroghe delle misure di sicurezza, così suddivisi per ASL di competenza: 2 all'ASL 5 di La Spezia, 3 all'ASL 3 di Genova, 1 all'ASL 1 di Imperia e 1 all'ASL 2 di Savona. Sono solo due gli internati con proroghe residenti in Umbria di cui 1 assegnato all'ASL di Umbria 1 e uno all'ASL di Umbria 2. Tra gli internati con misure di sicurezza prorogate ci sono anche persone residenti in regioni fuori dal bacino di competenza dell'OPG di Montelupo Fiorentino e sono due campani, di cui uno assegnato all'ASL di Napoli 3 sud e uno all'ASL di Salerno, un laziale assegnato all'ASL di Roma e un pugliese assegnato all'ASL di Foggia.

11.1 Motivi Proroghe



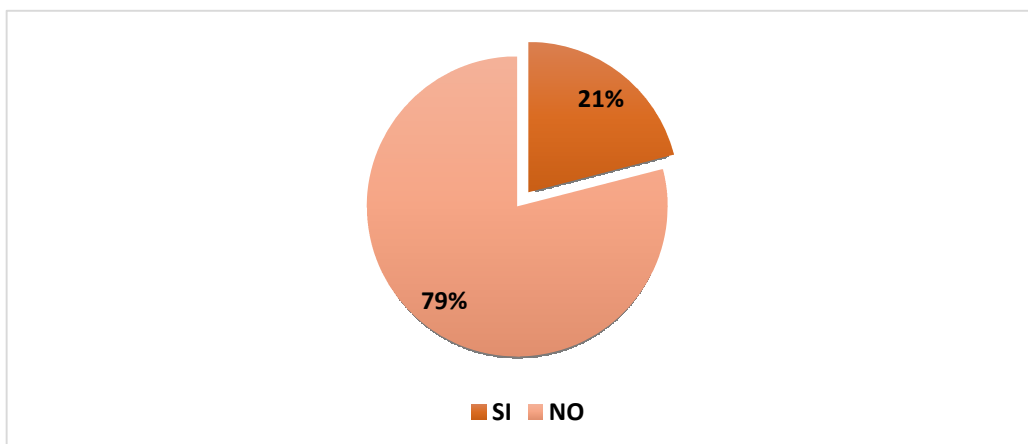
In tutti i casi è stata dichiarata ancora presente la pericolosità sociale, che è il presupposto di legge per prorogare la misura di sicurezza. Tenendo in considerazione le motivazioni che hanno portato al giudizio di pericolosità, e dunque alla proroga, è opportuno premettere che queste non vanno osservate singolarmente, ma seguendo una logica di multifattorialità. Possiamo notare come la motivazione principale della proroga sia “l’assenza di progetto di dimissione” seguito dal “fallimento di LFE-licenza finale di esperimento”. Spesso, come possiamo anche vedere dal grafico, è stato rilevato un aggravamento del quadro clinico. Appare tuttavia necessario soffermarsi a riflettere sugli aspetti quantitativamente più salienti e domandarci cosa abbia determinato l’assenza del progetto di dimissione e il fallimento delle licenze finali di esperimento. In entrambi i casi infatti nel processo di cura e reinserimento dell’internato sono state chiamate ad intervenire quelle realtà che con la chiusura dell’OPG dovranno divenire coo-protagoniste, insieme alle Rems, della riabilitazione e presa in carico degli attuali ospiti delle strutture. E’ nostro interesse, nell’analizzare questo lavoro di raccolta dei dati, dare degli spunti di riflessione e di discussione, che possano essere il punto di partenza per capire dove, fino ad ora, la macchina si è inceppata. (Le comunità sono insufficienti? Impreparate? Quali sono le criticità delle DSM nella presa in carico di questi soggetti? Quali sono le difficoltà delle ASL nella gestione degli internati? Quali le criticità maggiori relativamente alle risorse del territorio? Si tratta di risorse umane? Finanziarie, Mancanza di formazione specifica? Discriminazione? Paura?).

Proponiamo di osservare la seguente tabella dove, le motivazioni delle proroghe per internato viste nel grafico precedente, vengono segnalate (con il numero 1) e correlate alle Asl che hanno in carico gli internati che hanno subito proroghe.

	gravità reato	assenza progetto	scarsa collaborazione, chiusura, aggressività	sperimentazione appena avviata	LFE fallita	NO revisione critica No consapevolezza malattia	rifiuto terapia	rifiuto progetto	quadro clinico grave	osservazione equipe negativa
ASL 10 Firenze	1	1								
ASL Roma	1	1	1							
ASL Umbria 1			1		1		1			
ASL 1 Imperia		1								
ASL 5 La Spezia			1		1					
ASL 8 Cagliari			1			1				
ASL 2 Savona		1			1					
ASL 10 Firenze		1	1					1		
ASL 3 Napoli sud		1				1				
ASL Salerno		1								
ASL Foggia							1	1		
ASL 8 Cagliari		1			1					
ASL 10 Firenze	1	1				1				
ASL 5 La Spezia		1		1	1				1	
ASL 2 Lucca		1						1		
ASL 3 Genova		1			1					
ASL 2 Umbria		1								
ASL 4 Prato		1					1		1	
ASL 3 Genova		1			1				1	
ASL 4 Lanusei				1	1					
ASL 4 Prato		1			1	1	1			
ASL 3 Genova						1		1		
ASL 10 Firenze		1								
ASL 11 Empoli		1			1				1	1
ASL 5 Oristano	1	1			1				1	
ASL 4 Nuoro		1		1	1					
ASL 1 Sassari		1			1					
ASL 8 Cagliari		1			1					
ASL 8 Cagliari		1				1		1		
ASL 10 Firenze		1							1	

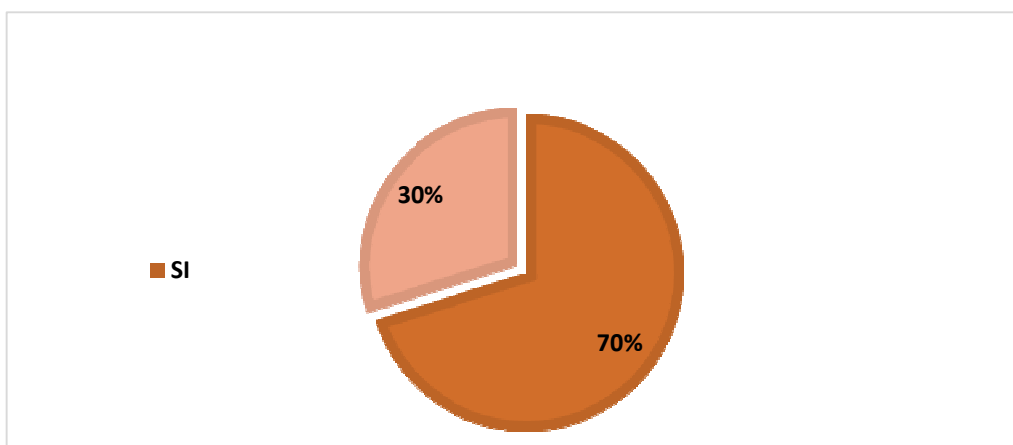
12. Internati lavoranti

La torta descrive come tra la popolazione degli internati la maggior parte non siano lavoranti



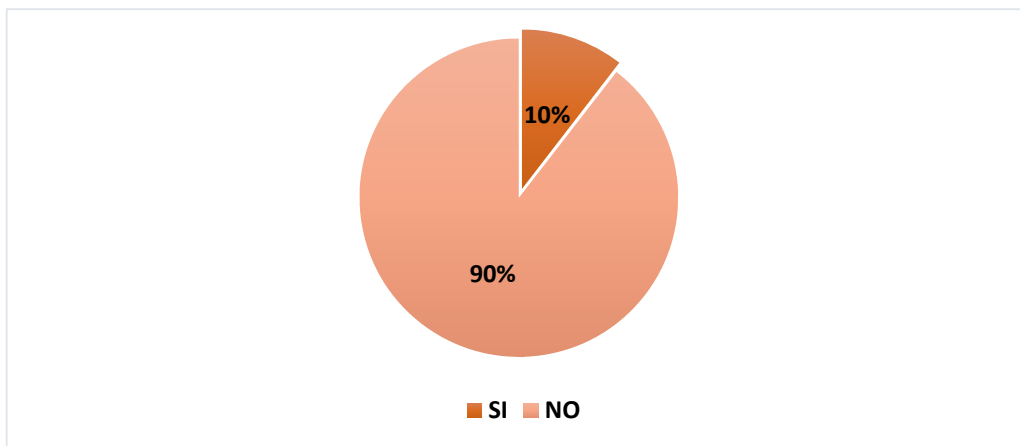
13. Colloqui con i familiari

Dal grafico emerge che la maggior parte ha accesso e possibilità di incontri con i familiari. Resta tuttavia un dato forte il 30% risulta non avere colloqui. Anche in questo caso possiamo domandarci da cosa dipenda. Va specificato che in alcuni casi sono state analizzate le cartelle dei nuovi giunti ai quali probabilmente non era ancora stato effettuato il colloquio; in generale emerge che siano in numero nettamente inferiore i soggetti privi di rete sociale e familiare.



14. Licenze orarie o per giorni

La maggior parte degli internati non fruisce di licenze orarie, solo 11 su 124.



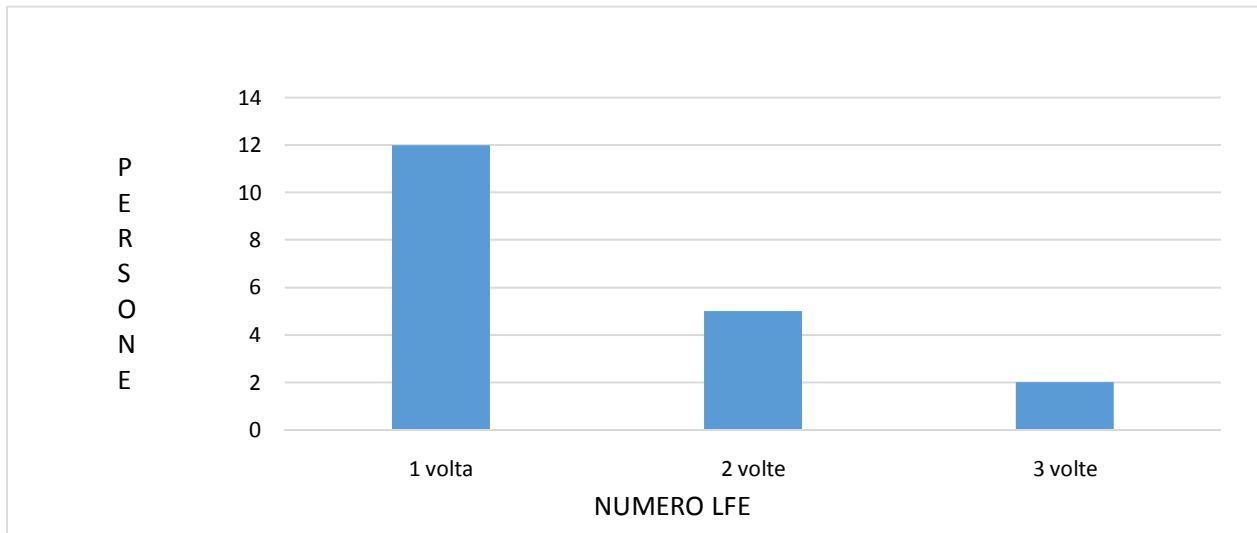
Va specificato che le licenze non possono essere considerate come dei semplici permessi premio ma sono frutto di un programma di trattamento elaborato dall'equipe di osservazione e trattamento e approvato dal Magistrato di Sorveglianza.

E' necessario che ci sia un progetto condiviso finalizzato al riadattamento sociale.

15. Licenze finali di esperimento

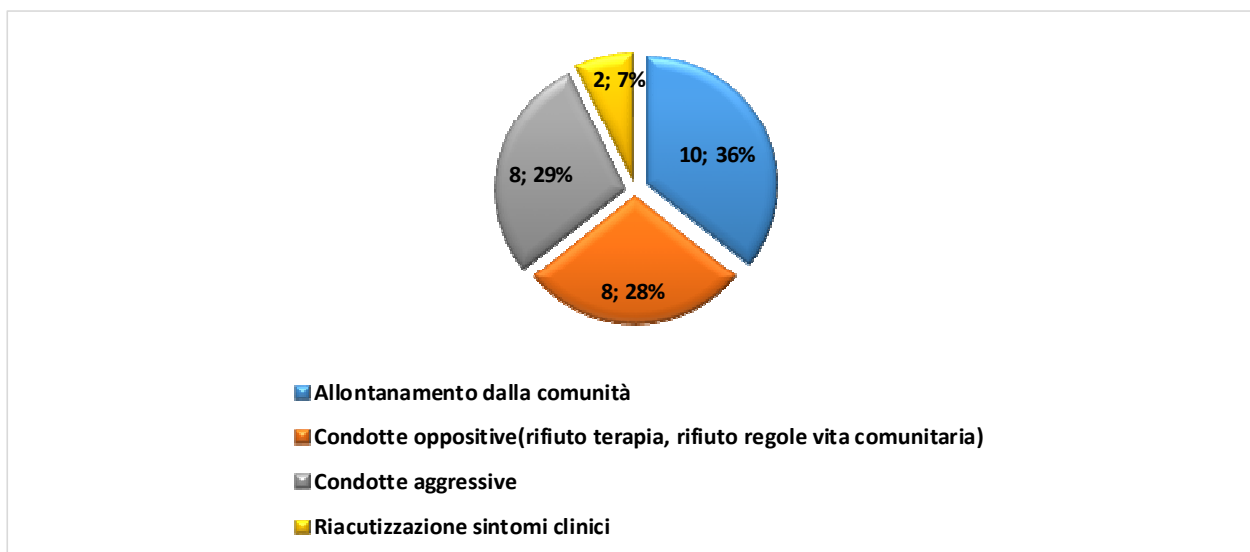
Dai dati emerge che sono 19 gli internati presenti che hanno avuto accesso a Licenza Finale di Esperimento di cui 12 persone hanno avuto accesso una volta, 5 persone 2 volte, 2 persone 3 volte. Tutti i tentativi sono falliti con conseguente reingresso in Ospedale Psichiatrico Giudiziario

Persone e numero licenze finali di esperimento



15.1 Motivi revoche licenze finale di esperimento

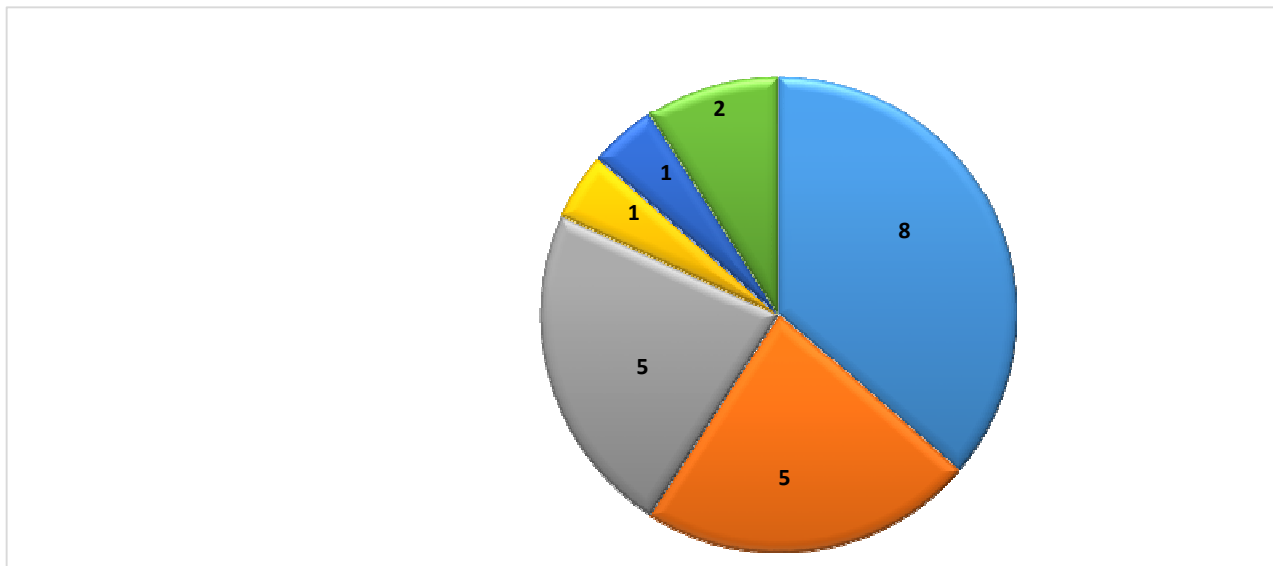
Dal seguente grafico possiamo notare che nella stragrande maggioranza dei casi il motivo di revoca della LFE dipende dall'allontanamento volontario degli utenti dalle relative comunità. Nel 28% dei casi si hanno delle revoche perché gli utenti mettono in atto condotte oppostive come ad esempio rifiuto delle regole della vita comunitaria, rifiuto terapia. Molte sono anche le condotte aggressive verso gli operatori delle comunità (specie se donne) e/o verso gli altri ospiti. Infine c'è un 7% di casi in cui vi è stata anche una riacutizzazione dei sintomi clinici. Le motivazioni delle revoche sono anche correlate fra loro.



16. Licenze finali di esperimento - Anno 2014

In totale nell'anno 2014, invece, sono 22 gli internati che hanno avuto accesso alla licenza finale di esperimento.

Il grafico di seguito riportato indica la loro regione di residenza:



Tra le otto persone residenti in Toscana che hanno avuto accesso alla licenza finale di esperimento, tre sono assegnate all'ASL 10 di Firenze, due all'ASL 2 di Lucca, una all'ASL 11 di Empoli, una all'ASL 4 di Prato e una all'ASL 6 di Livorno. Tra i cinque sardi, quattro sono assegnati all'ASL 5 di Oristano e uno all'ASL 1 di Sassari. Tra i Liguri, uno è assegnato all'ASL 1 di Imperia, uno all'ASL 5 di La Spezia, due all'ASL 3 di Genova e uno all'ASL 2 di Savona. I due Umbri sono entrambi assegnati all'ASL di Umbria 2. Le uniche due persone provenienti dalla Campania e dalla Emilia Romagna sono assegnati, rispettivamente, all'ASL di Napoli e all'ASL di Modena.

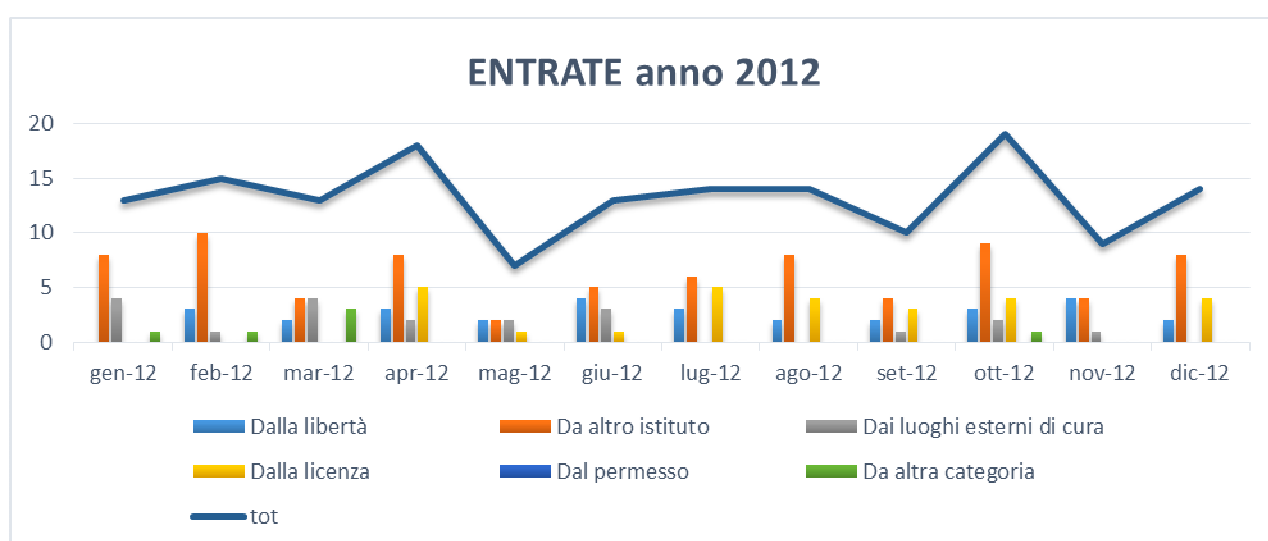
Si tratta di persone sottoposte a misure di sicurezza diverse. Dodici sono sottoposti alla misura di sicurezza della Casa di Cura e Custodia (219) e dieci alla misura di sicurezza dell'Ospedale Psichiatrico Giudiziario.

Venti persone su ventidue, prima di beneficiare della Licenza finale di Esperimento, avevano subito varie proroghe.

Conosciamo l'esito della Licenza Finale di esperimento per dieci tra questi casi: tre sono i fallimenti e i successivi rientri in OPG (uno assegnato ai servizi di Oristano, uno a Sassari, uno a Prato), tre sono le sostituzioni delle misure di sicurezza detentive con la misura di sicurezza non detentiva della Libertà Vigilata, due per revoca della misura di sicurezza, uno dimesso per cessazione misura di sicurezza (L. 81/2014) e una revoca della Licenza Finale di Esperimento con conseguente ingresso alla CC di Lucca. Le rimanenti dodici persone sono ancora in Licenza finale di esperimento.

17. Flussi e trasferimenti internati anni 2012 – 2013 - 2014

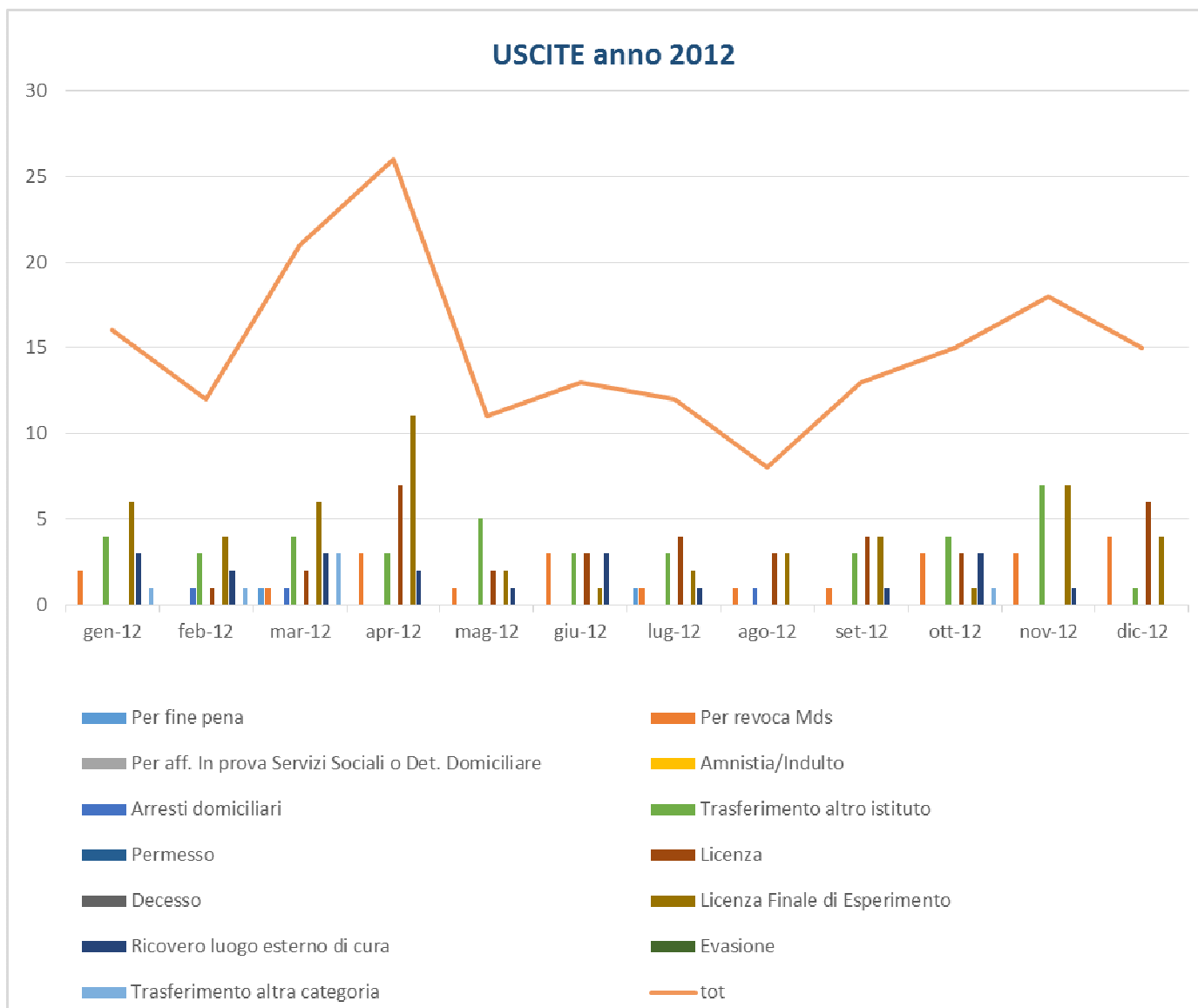
Da un punto di vista quantitativo sono stati rilevati i flussi di movimento degli internati, in entrata e in uscita, negli anni 2012, 2013 e 2014. Si è scelto di iniziare proprio dall'anno 2012 perché il 17 febbraio dello stesso anno è stata convertito in legge (L.9/2012) il decreto (DL 211/2011) che ha fissato il termine per la chiusura definitiva degli OPG: entro il 1° febbraio 2013. Come è noto la data è stata prorogata al 1° aprile 2014 con il decreto legge 25 marzo 2013 n. 24, ma il termine originariamente disposto ancora una volta non è stato rispettato, e lo stesso 1° aprile 2014 il Presidente della Repubblica Giorgio Napolitano ha promulgato "con estremo rammarico" un decreto legge che fissa al 31 marzo 2015 la data entro la quale dovranno essere chiuse queste strutture. Iniziamo ad analizzare il 2012, per capire specificatamente cosa sia cambiato all'indomani della Legge 17 gennaio 2012, n. 9.



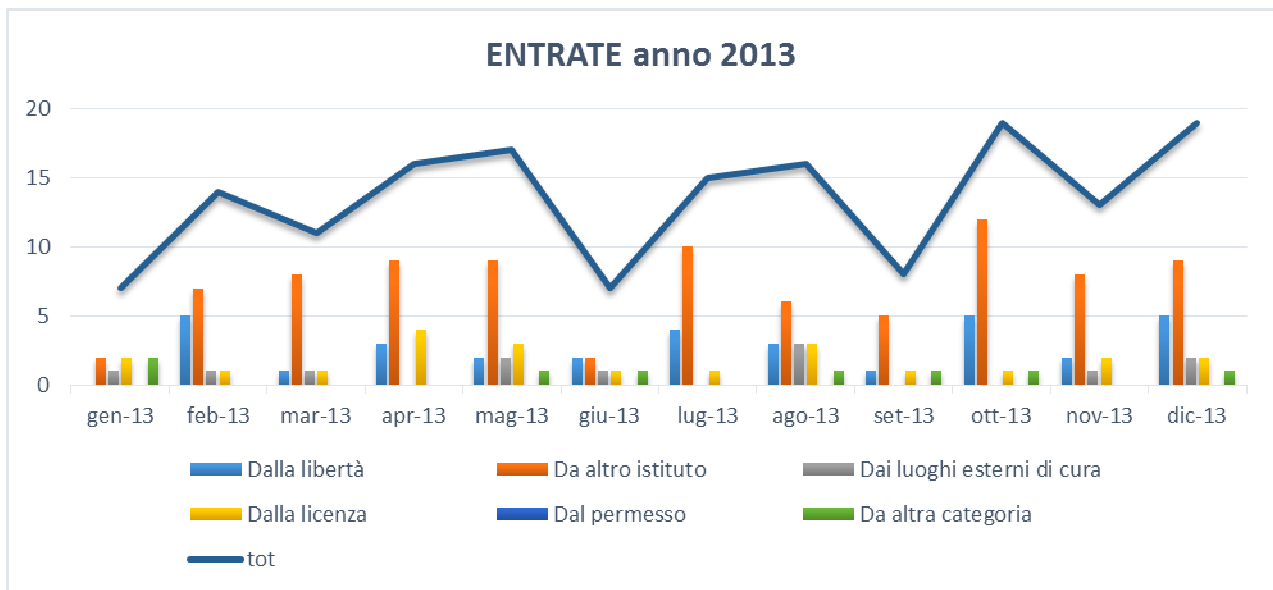
Si riportano gli ingressi in OPG in base alla provenienza dell'internato specificando se arriva da altro istituto (OPG, carceri), dai luoghi esterni di cura (ospedali), dalla licenza, dal permesso, dalla libertà o se semplicemente vi è stato un cambio della posizione giuridica e della tipologia di misura di sicurezza (es. un OPG provvisorio diventa definitivo).

Nell'anno 2012, come si può notare dalla tabella, ci sono stati ingressi di persone provenienti soprattutto da altri istituti (76), a seguire troviamo gli ingressi dalla libertà (30) gli ingressi di persone provenienti dai luoghi esterni di cura (20). Vari rientri dalla licenza e pochi spostamenti tra le diverse categorie.

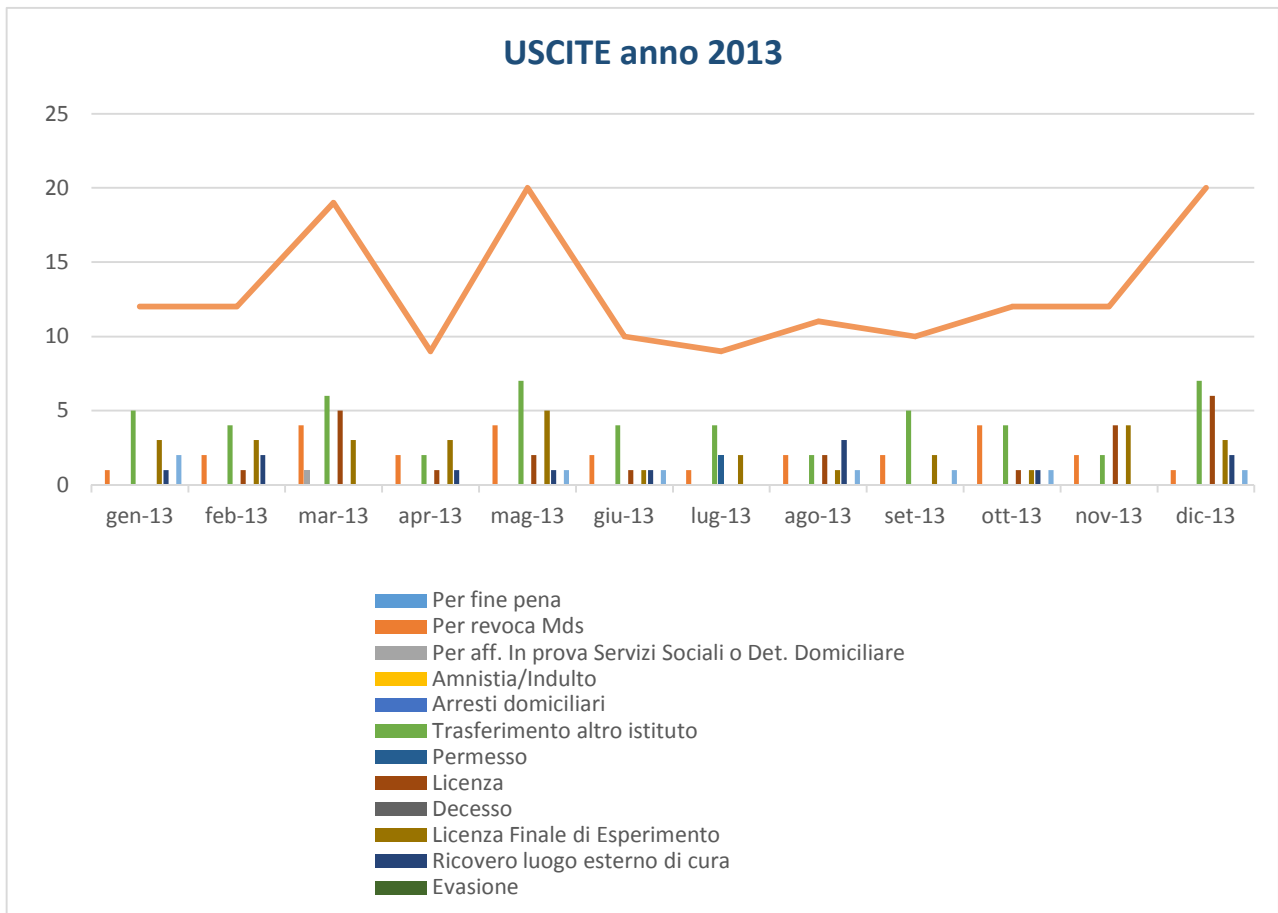
I picchi più alti di entrata si verificano ad aprile e ottobre. Quello più basso a maggio.



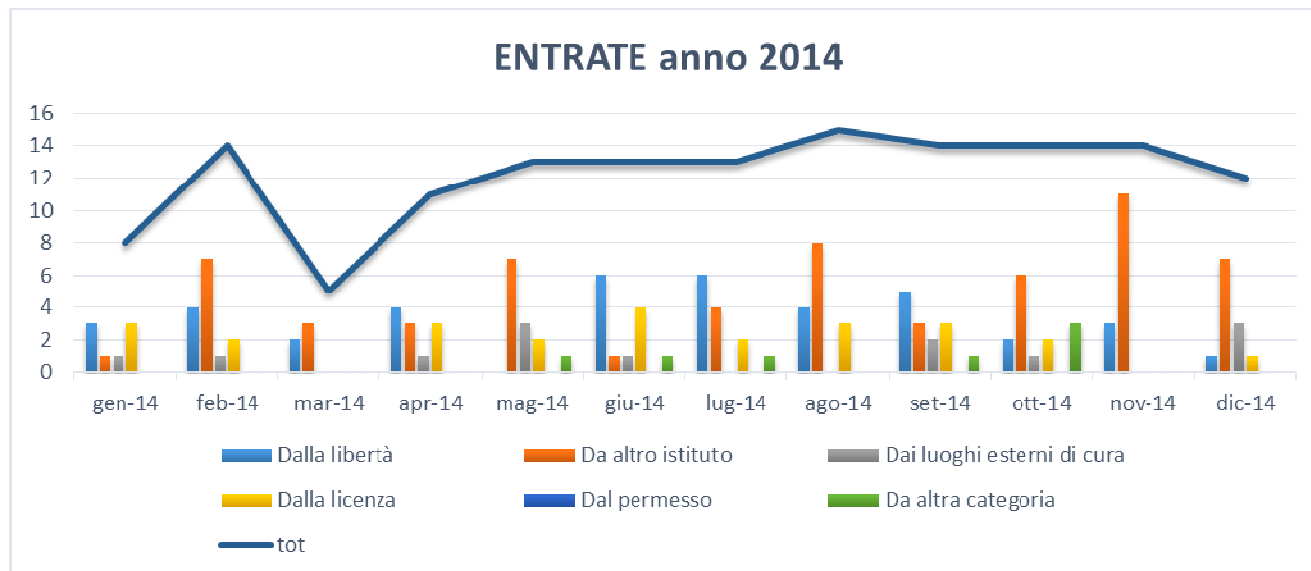
Si passa poi ad analizzare le uscite dell'anno 2012. Nella maggior parte dei casi si tratta di persone uscite dall'OPG per accedere a Licenze Finali di Esperimento (51), con un picco positivo ad aprile 2012 (11), per trasferimento in altro istituto (40) o per semplici licenze (35). Risulta, poi, che per il 2012 ci siano state diverse revocche delle misure di sicurezza (23) e svariati ricoveri degli internati in luoghi esterni di cura (20). Per fine pena, invece, in tutto l'anno sono uscite solo 2 persone. Nessun affidamento in prova al servizio sociale/detenzione domiciliare e nessun internato che sia uscito grazie ad amnistia o indulto.



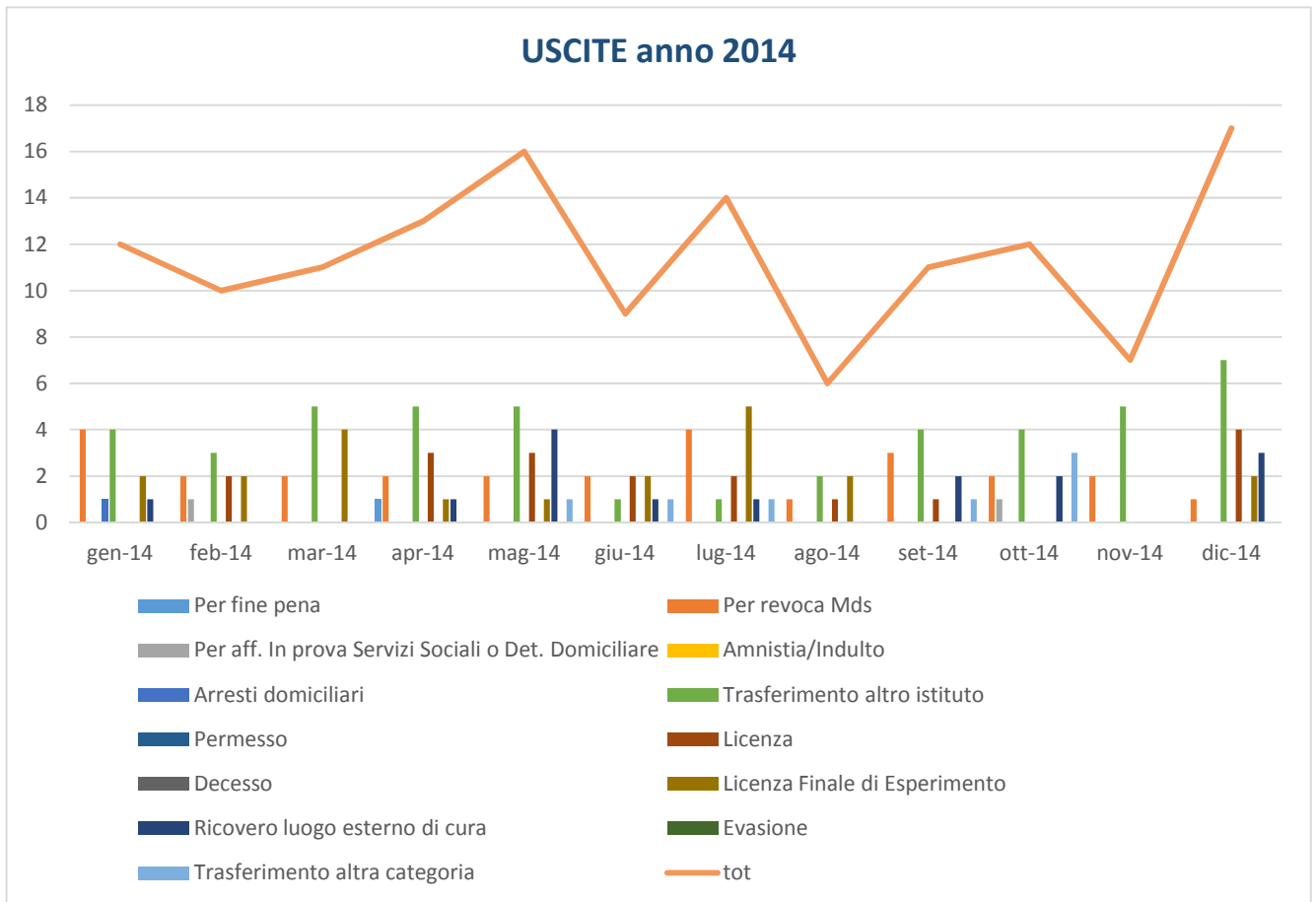
La tabella dimostra come anche per il 2013 la maggior parte delle persone entrate in OPG provenisse da altri istituti (87) e dalla libertà (33). Tanti ingressi dalla licenza (22) e qualche trasferimento in altra categoria (8).



Le uscite del 2013 sono avvenute principalmente per il trasferimento degli internati in altri istituti (52), per accesso a Licenza finale di esperimento (31) per revoca della misura di sicurezza (27). Uscita per licenza (23) e per ricoveri in luoghi esterni di cura (12). Un caso di affidamento in prova ai servizi sociali/ detenzione domiciliare. Nessun uscita dall'OPG per fine pena, per amnistia o indulto, per arresti domiciliari.

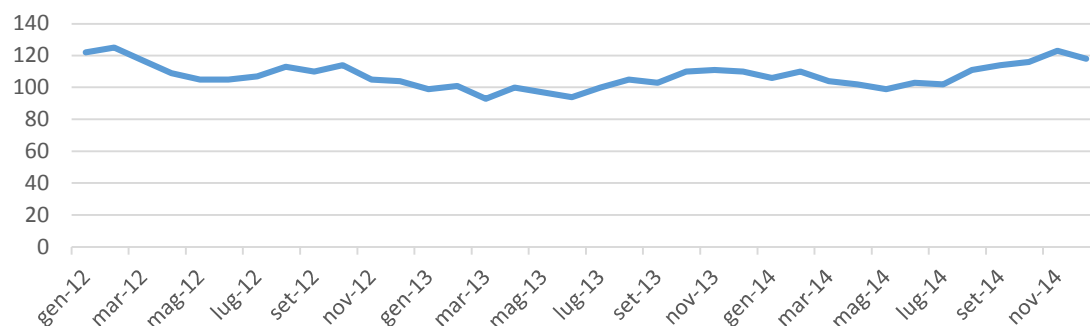


Le motivazioni delle entrate e delle uscite risultano pressoché simili a quelli degli anni precedenti. Anche in questo caso, infatti, il canale privilegiato di ingresso è l'entrata da altro istituto (61) seguita dall'ingresso dalla libertà (40) e dalla licenza (25). Anche nel 2013 ci sono ingressi da parte di persone provenienti dai luoghi esterni di cura (13).



Molte sono le uscite registrate nel 2014 per trasferimento degli internati in altro istituto (46), seguite dalle uscite per revoca della misura di sicurezza (27), per accesso alla licenza finale di esperimento (21), per ricovero in luogo esterno di cura (15). Pochissime uscite per fine pena (1), per affidamento in prova al servizio sociale/detenzione domiciliare (2), per accedere agli arresti domiciliari (1). Le “uscite” per trasferimento in altra categoria sono state 7 nell’intero anno. Assenti le uscite per amnistia/indulto.

18. Presenza numerica internati da gennaio 2012 a dicembre 2014



Si è ritenuto importante mettere in evidenza l'andamento complessivo del numero delle presenze a partire dal 1° gennaio 2012 fino al 31 dicembre 2014. Quello che emerge è una situazione di relativa mobilità, intorno a una presenza media di 110 internati, con il picco più alto di presenze registrato, in termini assoluti sul periodo di riferimento, nel febbraio 2012 (125) e quello più basso nel marzo 2013 (93 internati). Per quanto riguarda, invece, l'ultimo picco basso registrato si fa riferimento a maggio 2014 (99 internati) ma subito dopo le presenze sono tornate a risalire fino ad arrivare a novembre 2014 dove si registra il più recente picco alto registrato (124 internati).

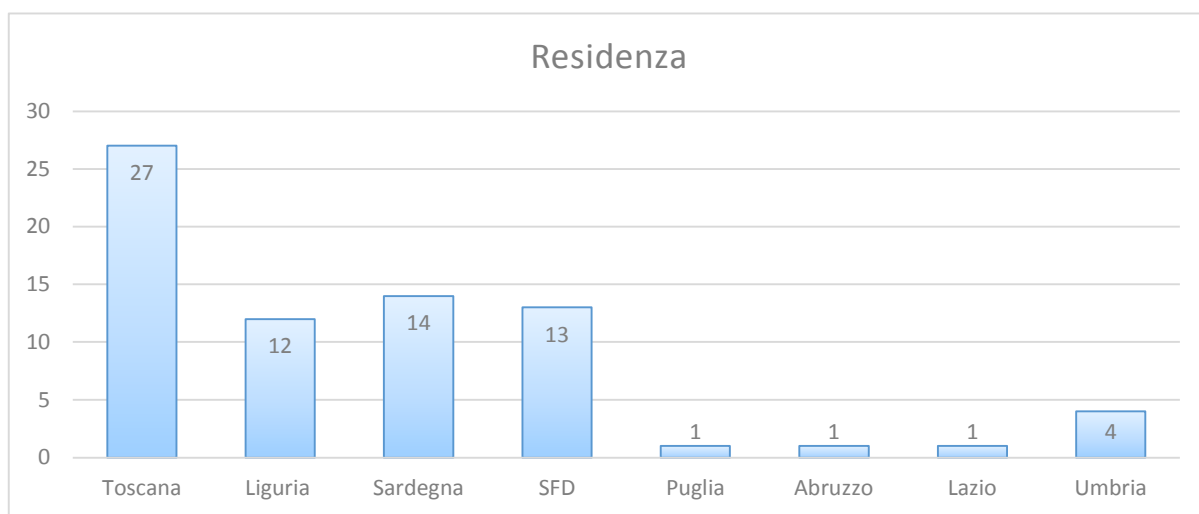
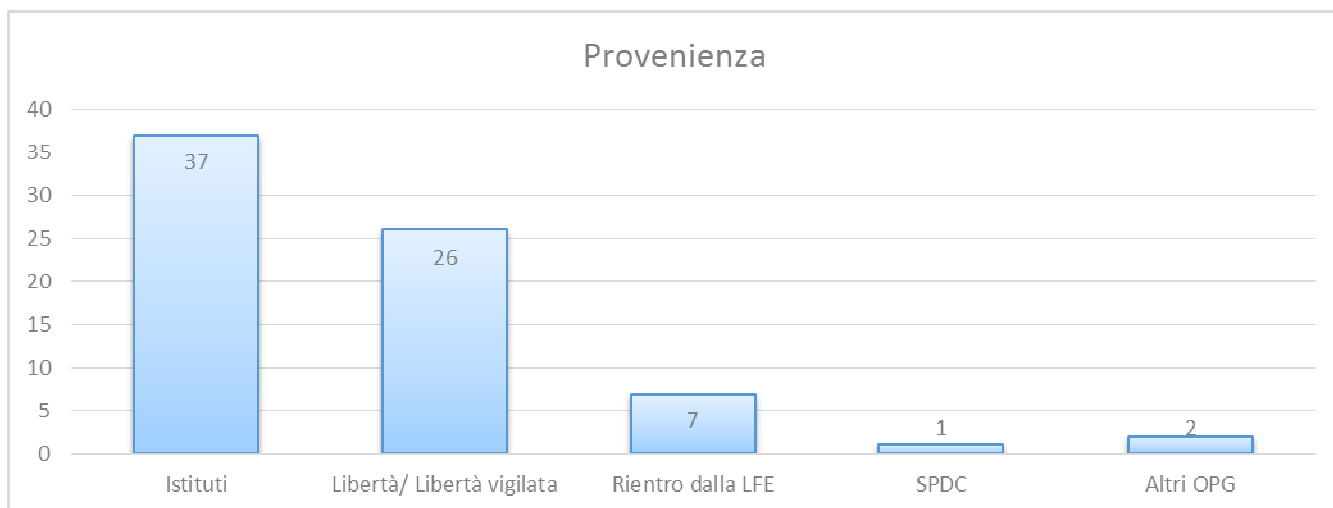
Di contro a tali movimenti si rileva una complessiva invarianza del numero delle presenze: dalle 120 del gennaio 2012 alle 124 del novembre 2014 si ha una situazione di sostanziale stabilità, e ciò nonostante il fatto che il flusso delle uscite sia stato significativo.

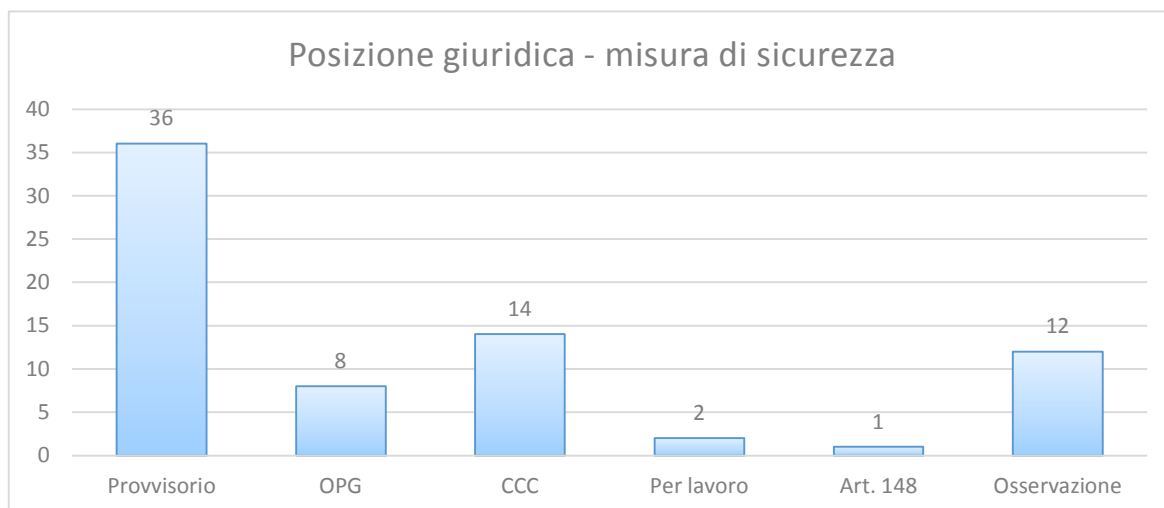
Tuttavia anche il flusso delle entrate ha avuto una portata rilevante, e questo porta alla sostanziale stabilità nel numero delle presenze: si tratta di un dato insolito, che non ci si sarebbe aspettato di trovare in un contesto che dovrebbe portare al superamento degli OPG. Si tratta inoltre di un dato in controtendenza rispetto a quello nazionale, in cui si è rilevato invece un calo complessivo delle presenze: dalle più di millequattrocento persone del 2010 alle circa ottocento di fine 2014.

Com'è possibile che tutto sembri continuare a funzionare come se non ci dovesse essere nessuna chiusura degli ospedali psichiatrici giudiziari?

Partendo da tale interrogativo si è cercato di vedere come dall'ultimo picco basso registrato, invece che continuare a diminuire, la presenza degli internati inizia nuovamente ad aumentare. Per fare questo è stato analizzato la provenienza, la regione di residenza e la posizione giuridica/ misura di sicurezza dei nuovi giunti (maggio 2014 – dicembre 2014).

18.1. Provenienza, regione di residenza e posizione giuridica/ misura di sicurezza dei nuovi giunti (maggio 2014 – dicembre 2014)





La maggior parte dei nuovi giunti sono residenti in Toscana e provengono da altri istituti o dalla libertà. Un dato particolarmente rilevante è che questi si trovano in una posizione giuridica provvisoria, si tratta cioè di persone in attesa di giudizio. Forse è giunta l'ora di iniziare a pensare che l'OPG non può e non deve essere considerato come una struttura di prima accoglienza atta a sopperire l'incapacità di cura e contenimento dei servizi territoriali o, ancora peggio, come discarica sociale di tutte quelle persone con cui risulta più difficile lavorare e scommettere. Si diceva che non si può e non si deve considerare l'OPG in questa ottica, il vero problema è che questo ragionamento doveva essere impostato all'indomani dell'approvazione della prima legge che prevedeva la chiusura degli OPG (tre anni fa)... forse adesso sarebbero già chiusi!

19. Sottoposti a regime di TSO

Abbiamo rilevato, tramite richiesta dei dati all'ufficio del Sindaco di Montelupo, che 14 tra gli internati presenti sono stati sottoposti a Trattamento Sanitario Obbligatorio. La durata standard dei TSO è di una settimana e sono eseguiti all'interno dell'OPG.

Non è questa la sede per approfondire le motivazioni dei provvedimenti, ma è comunque da ricordare che la direttrice dell'OPG ha sottolineato che l'uso della forza deve essere necessario e indifferibile, limitato nel tempo e nello spazio e quindi contingente e finalizzato ad evitare che l'internato/detenuto faccia del male, in maniera grave, a sé od altri. Conseguentemente con ordine di servizio ha vietato l'uso della contenzione dal 2012, e previsto che, nel caso di necessità di uso della forza, sia attivato un TSO.

