

# RASSEGNA ITALIANA DI CRIMINOLOGIA

ANNO VI N.22012

## Il malato di mente autore di reato nelle strutture residenziali: una ricerca in una comunità terapeutica

### The forensic patient in psychiatric residential facilities: a research in a Therapeutic Community

Giovanni Fossa • Elisa Zanelli • Alfredo Verde<sup>1,2</sup>

**Parole chiave:** Malato di mente autore di reato • Strutture residenziali psichiatriche per adulti

#### Riassunto

Secondo recenti provvedimenti governativi a partire dal prossimo anno gli ospedali psichiatrici giudiziari chiuderanno i battenti, mentre all'applicazione delle misure di sicurezza per i malati di mente autori di reato saranno destinate strutture ad esclusiva gestione sanitaria. La struttura residenziale psichiatrica costituisce una delle possibili soluzioni a disposizione dei dipartimenti di salute mentale, e ospita già da tempo questo tipo di pazienti. Obiettivo principale di questo studio è comprendere se e quanto, in una struttura residenziale, i malati di mente autori di reato differiscono dai pazienti non autori di reato. A tale scopo è stata condotta un'analisi delle caratteristiche di 147 pazienti, di cui 66 autori di reato e 81 non-autori di reato, limitatamente ai pazienti ospitati dalla comunità Pra' Ellera tra il 2005 e il 2010. La comunità è stata fondata oltre vent'anni fa a Cairo Montenotte (Savona), ospita attualmente circa 60 pazienti, in maggioranza autori di reato, seguiti con un approccio integrato (di impostazione farmacologica e psicodinamica).

I risultati evidenziano che i pazienti autori di reato in generale non differiscono significativamente dagli altri pazienti, in quanto la loro presenza non aggrava criticità che pure esistono, come la cronicizzazione degli interventi e il rischio del re-internamento. In particolare i pazienti psichiatrici autori di reato condividono il medesimo tasso di insuccesso (uno su quattro non ce la fa); permangono mediamente in comunità per periodi solo leggermente superiori e non sono maggiori protagonisti di eventi critici (autolesioni, tentati suicidi). A differenza degli altri pazienti i malati di mente *autori di reato* registrano una diminuzione significativa del disturbo psicotico, che rimane comunque la diagnosi più frequente in comunità. Si potrebbe quindi affermare, in prospettiva temporale, che tra le due tipologie di pazienti potranno osservarsi differenze sempre più esigue.

**Key words:** Forensic patients • Residential psychiatric facilities for adults

#### Abstract

Italian Government has decided that in 2013 Italian forensic mental hospitals (Ospedali psichiatrici giudiziari) shall close: offenders sentenced to a "misura di sicurezza" (detention in psychiatric care) will be restrained in facilities appointed by the National Health System, either public or accredited private ones. Since the 90s, some private psychiatric residential facilities are already treating such patients, on appointment with NHS mental health departments: the main aim of this study is to understand if and how forensic psychiatric patients hosted in one of such institutions differ from non-forensic ones.

For this purpose, an analysis of the characteristics of 147 patients of a private facility, including 66 forensic patients and 81 non-forensic patients (hosted between 2005 and 2010), has been performed. Such facility (Pra' Ellera) founded in Cairo Montenotte (Savona) over twenty year ago, currently hosts about 60 patients (now mainly forensic) and treats them via an integrated approach (both pharmacological and psychodynamic).

Our findings show that, in general, forensic patients did not generally differ significantly from non-forensic ones. Their presence in the community isn't making their problem worse, despite serious problems such as the long-stay and risk of re-internment to forensic mental hospital. In particular, forensic patients share with others the same failure rate (a quarter of them 'can't cope'); the average length of stay is only slightly higher than non-forensic patients; moreover, they are minor players of self-destructive acts (self-harm, attempted suicides). Unlike other guests, forensic patients significantly show a decrease in psychosis, which remains, however, the most common diagnosis in the facility. One could then say, considering the trend, that increasingly small differences may be observed in future between the categories.

Per corrispondenza: Giovanni Fossa, Alfredo Verde, DISSAL, Università di Genova, via A. De Toni, 12 16132 Genova  
e-mail • [gfoffa@unige.it](mailto:gfoffa@unige.it), [a.verde@unige.it](mailto:a.verde@unige.it).

GIOVANNI FOSSA, *Sociologo, Università di Genova*

ALFREDO VERDE, *Professore Straordinario di Criminologia, Università di Genova*

ELISA ZANELLI, *Psichiatra, Comunità Terapeutica Pra'Ellera (Cairo Montenotte, SV)*

1 Nell'ambito di un lavoro di ricerca condotto in comune Giovanni Fossa ha redatto i paragrafi 1, 2, 3.1, 3.2, 3.3, 4 e l'allegato *Tabelle*.

2 Questa ricerca non si sarebbe potuta realizzare senza il contributo prestato a vario titolo da Giorgio Ballocco e da Michele Francia, nonché la collaborazione di Lucrezia Butera, Nicolò Knechtlin, Valeria Pavan e Camilla Salvestri per la raccolta dei dati.

## Il malato di mente autore di reato nelle strutture residenziali: una ricerca in una comunità terapeutica

### 1. Premessa

La presenza di malati di mente autori di reato nelle strutture residenziali psichiatriche italiane (SR) è stata per molto tempo sporadica o comunque assai limitata. Tuttavia negli ultimi dieci anni tale presenza è cresciuta significativamente, anche se in misura ancora non conosciuta<sup>3</sup>. Nell'immediato futuro tuttavia – con riguardo ai malati di mente autori di reato – le SR potrebbero essere destinatarie di un ulteriore canale di afflusso di pazienti, per la prevista chiusura degli ospedali psichiatrici giudiziari<sup>4</sup>. In questo quadro – che implica anche una collaborazione più definita tra dipartimenti di salute mentale e autorità giudiziaria – per gli autori di reato penalmente prosciolti per vizio di mente potrebbero ampliarsi le possibilità di accesso alle strutture residenziali.

Anche per questa ragione risulta di particolare interesse verificare l'andamento dell'inserimento nelle SR dei malati di mente autori di reato, con lo scopo generale di evidenziare le caratteristiche di questo fenomeno e di mettere a fuoco l'impatto che tale inserimento produce sul profilo bio-psico-sociale dell'utenza.

### 2. Malati psichici autori di reato e strutture psichiatriche residenziali

La valutazione dell'ingresso dei sofferenti psichici autori di reato nelle strutture residenziali italiane costituisce un tema di ricerca alquanto complesso. Sono carenti le ricerche che abbiano indagato specificatamente il fenomeno. Dopo l'ampia indagine a carattere nazionale Progres del 2000, orientata a monitorare soprattutto la situazione delle strutture residenziali italiane a pochi anni dalla chiusura definitiva dei manicomi civili (de Girolamo et al., 2004), non esistono successivi studi sugli effetti dell'inserimento dei malati di mente autori di reato in strutture comunitarie. Al silenzio della ricerca va aggiunto che i principali attori di questo fenomeno, la *struttura residenziale*, da una parte, e il *malato di*

*mente autore di reato* dall'altra, sono essi stessi oggetti sociali di studio pochissimo conosciuti.

Le SR, la cui definizione a seconda dei punti di vista, si declina variamente in *strutture extra-ospedaliere/non-ospedaliere*, *residenze protette*, *comunità protette*, *comunità terapeutiche*, ecc. costituiscono attualmente un pianeta di oltre milleseicento unità molto diverse fra loro: per dimensioni (n. posti letto), per anno di costituzione (la maggioranza delle SR ha meno di 16 anni), per tipo di gestione (pubblica, del privato convenzionato, sociale e imprenditoriale), per insediamento territoriale (area urbana/extra-urbana), per collocazione geografica (nord, centro, sud), per tipologia edilizia (appartamenti, moduli), per criteri di ammissione dei pazienti, per orientamento teorico-clinico, per composizione professionale del personale, per modalità organizzative, ecc. Un lungo elenco di caratteristiche dunque, che non ha finora permesso di mettere a fuoco una tipologia efficiente che permetta studi finalizzati.

I malati di mente *autori di reato*, storicamente identificati con i soggetti internati negli ospedali psichiatrici giudiziari, costituiscono da qualche anno una più ampia categoria di persone che, prosciolte penalmente per vizio di mente dalla responsabilità di un reato o ancora in attesa di tale esito, non necessariamente vengono internate in un ospedale psichiatrico giudiziario, in quanto, come verrà illustrato più oltre, l'applicazione della misura di sicurezza (definitiva o provvisoria) disposta a loro carico dall'autorità giudiziaria può avvenire altrove, a casa o presso i servizi di presa in carico del disagio, tra cui le strutture residenziali.

La possibilità di studiare questa categoria di sofferenti psichici, storicamente, si è realizzata raramente anche per via della loro concentrazione-segregazione negli ospedali psichiatrici giudiziari (Daga, 1985; Manacorda, 1988; Andreoli, 2002). Con la mutata organizzazione della salute mentale, articolata su base regionale e la diffusione di detti pazienti anche nei servizi psichiatrici non asilari le possibilità di studio sistematico diventano ancora più ardue.

Dall'esame della scarsa letteratura emerge tuttavia un tema per il quale il malato di mente autore di reato sembra destinatario di una attenzione specifica, tale da farlo uscire dal cono d'ombra cui è socialmente relegato: è il tema della sicurezza, in particolare della pericolosità per gli altri, oltreché per sé. Ebbene, sia i risultati della già citata ricerca nazionale Progres sia gli studi di follow-up mettono in evidenza che in Italia i malati di mente autori di reato non ricadono in comportamenti violenti o minacciosi, configurabili come reato, in misura superiore a quella dei malati di mente non autori di reato (de Girolamo et al., 2004; Preti et al., 2008; Fioritti et al., 2001).

Tuttavia, a livello istituzionale e di opinione pubblica e professionale, resta elevata la preoccupazione – e talvolta l'allarme – che, non solo sotto il profilo della sicurezza ma anche dal punto di vista clinico e organizzativo, circondano l'ipotesi

3 È noto infatti soltanto il numero complessivo dei posti-letto nelle SR, che ha raggiunto nel 2009 la cifra di 19.299 unità, con l'incremento di un quarto dei posti-letto rispetto al 2005 (ns.elab. su dati Ministero della Salute, 2011).

4 Secondo il D.L. 22 dicembre 2011, n.211 convertito con modificazioni dalla L. 17 febbraio 2012, n.9, a decorrere dal 31 marzo 2013 l'applicazione di misure di sicurezza avviene esclusivamente all'interno di strutture ad esclusiva gestione sanitaria, "fermo restando che le persone che hanno cessato di essere socialmente pericolose devono essere senza indugio dimesse e prese in carico, sul territorio, dai Dipartimenti di salute mentale" (Art. 3-ter,c.4).

Giovanni Fossa, Elisa Zanelli, Alfredo Verde

di una de-istituzionalizzazione totale degli internati dell'ospedale psichiatrico giudiziario<sup>5</sup>.

Più pragmaticamente altri ritengono possibile immaginare soluzioni 'fortemente realistiche' al necessario processo di de-istituzionalizzazione che tengano conto di una minoranza di pazienti a vario titolo definibili 'difficili', ricercando – anche per loro – un punto di incontro tra esigenze individuali di tutela della salute mentale e garanzie di sicurezza (Catanesi e Carabellese 2011).

In questa ricerca sono stati rilevati alcuni dati empirici che possono contribuire alla riflessione sul tema della sicurezza (cfr. par. 3.3.), inquadrati nel più ampio confronto tra il percorso comunitario dei sofferenti psichici *non autori di reato* e quello dei malati di mente *autori di reato*.

### 3. La ricerca quantitativa: il metodo

La Residenza Protetta Pra' Ellera è una struttura residenziale privata convenzionata fondata oltre vent'anni fa a pochi chilometri da Cairo Montenotte (Savona). È organizzata in tre moduli abitativi e ospita attualmente circa sessanta pazienti in maggioranza autori di reato, provenienti in gran parte dal Nord Italia, in particolare dalla Liguria e dalla Lombardia. Gli ospiti sono seguiti da tre équipes a impostazione psicodinamica.

Sul piano operativo, la ricerca si è articolata in più fasi. La prima è stata dedicata alla costruzione della scheda di rilevamento delle caratteristiche dei pazienti. Le informazioni inerenti sono state tratte dal sistema informativo di gestione interno, attivo da alcuni anni. Utilizzando la scheda di rilevamento prodotta, gestita con il programma Epidata, è stato creato l'archivio dei pazienti (seconda fase). Per risalire a taluni pazienti, dimessi anteriormente all'introduzione del sistema informativo o con schede incomplete, è stato inoltre necessario ricorrere al materiale cartaceo preesistente, esaminato direttamente presso la sede della comunità. Alla conclusione di questa terza fase (maggio 2011) l'universo definitivo dei pazienti risulta composto da 147 soggetti (di cui 66 autori di reato) ospiti della comunità dal gennaio 2005 all'ottobre 2010.

L'applicazione del metodo quantitativo ha messo in luce alcune "criticità" cui vale almeno accennare. Va sottolineato innanzitutto che della gran parte dei pazienti, la comunità "vede" solo un tratto del loro percorso all'interno dei servizi. Manca, ad esempio, un'attività sistematica di *follow-up* ai fini dell'autovalutazione dell'esperienza comunitaria. Risulta inoltre difficile, per alcuni casi ricostruire la loro *storia* venendo a mancare alcune informazioni sul loro passato. Dal punto di vista qualitativo, inoltre, i sistemi di registrazione (sia quello cartaceo, che quello digitale) risultano finalizzati quasi esclusivamente alle esigenze sani-

tario-terapeutiche, con limitate capacità di offrire informazioni pertinenti sul piano epidemiologico e psichiatrico sociale. Emerge in definitiva l'esigenza di ridefinire il set di dati da raccogliere, considerata anche la necessità – sul piano informativo – di una maggiore interazione tra gli attori in gioco (CSM, comunità, ospedale, OPG, carcere), in ordine al percorso giudiziario, clinico e sociale del malato di mente. Recentemente, nell'ambito del disegno di un nuovo sistema informativo sanitario nazionale è stato previsto anche l'avvio del Sistema Informativo per la Salute Mentale – SISM<sup>6</sup>. La speranza è che nella costruzione di questo nuovo strumento, possano trovare spazio le suddette esigenze di conoscenza.

### 4. I Risultati dell'analisi quantitativa

La possibilità per chi è internato di scontare parte della misura di sicurezza all'esterno dell'OPG in regime di libertà vigilata risale molto indietro nel tempo. Già dal 1975 infatti la legge n. 354 sull'ordinamento penitenziario prevede che "agli internati può essere concessa una licenza di sei mesi nel periodo immediatamente precedente alla scadenza fissata per il riesame della pericolosità." ; si tratta della cosiddetta "licenza di sperimentazione"<sup>7</sup>.

Successivamente, con il nuovo regolamento di esecuzione della legge 354/1975 (D.P.R. 230/2000, art.20) viene sancito il principio che i servizi psichiatrici territoriali devono farsi carico dell'internato sin dal suo ingresso in ospedale psichiatrico giudiziario, in accordo con il personale penitenziario, in vista dell'individuazione di strutture esterne utili al loro successivo reinserimento sociale.

Più recentemente – tra il 2003 e il 2005 – due sentenze della Corte Costituzionale e una della Corte di Cassazione hanno consentito l'avvio di un graduale processo di inserimento dei pazienti autori di reato nelle residenze psichiatriche territoriali<sup>8</sup>. Dal 2003 il giudice dell'esecuzione può adottare – nei confronti di autori di reato non imputabili per vizio totale di mente – una diversa misura di sicurezza in luogo del ricovero in ospedale psichiatrico giudiziario.

Inoltre, dal 2004, nei confronti di soggetti in attesa di giudizio, si può applicare una misura di sicurezza provvisoria non detentiva in luogo dell'OPG. Dal 2005, infine, ai fini del riconoscimento del vizio di mente, totale o parziale, possono essere considerati dal giudice di cognizione anche i gravi "disturbi di personalità", accrescendo così la platea degli assolti per infermità psichica (art. 530 c.p.p.) cui sono applicabili le misure di sicurezza, previo successivo accertamento della persistenza della pericolosità sociale su disposizione del magistrato di sorveglianza, nel momento in cui dette misure dovrebbero trovare esecuzione (Caprioli, Vicoli, 2010, p. 203).

5 Tale posizione è ben sintetizzata in un documento parlamentare nel quale si sostiene che "i pazienti autori di reati (e spesso di reati violenti) non sono sovrapponibili, per problematiche e percorso terapeutico, alla restante popolazione dei pazienti psichiatrici" e si dà inoltre per scontata "l'impossibilità di gestire contestualmente le due tipologie di malati nelle comunità protette." (Senato della Repubblica 2006, 9).

6 D.M. 15/10/2010 del Ministero della Salute, in G.U. n. 254 del 29/10/2010.

7 Legge 354/75, art.53 c.1.

8 Sentenze Corte Cost. n.253/2003 e n.367/2004 e Corte Cass. n.9163/2005.

## Il malato di mente autore di reato nelle strutture residenziali

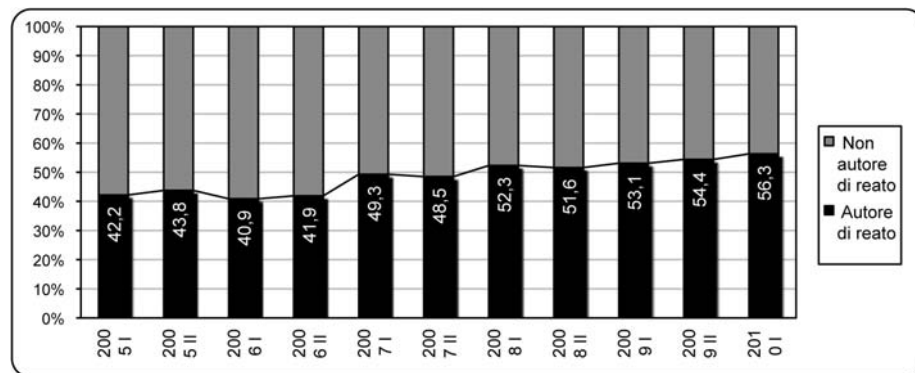
### 4.1 L'aumento del numero dei pazienti "autori di reato" in comunità

I mutamenti operati dalla Corte Costituzionale hanno avuto un evidente riflesso nella composizione della popolazione della comunità sotto osservazione. Il gruppo di pazienti che sono presenti in comunità per disposizione dell'autorità giudiziaria – e che chiameremo *autori di reato* o "AdR" operando un'inevitabile semplificazione<sup>9</sup> – all'avvio del periodo di rilevazione (primo semestre 2005) raggiunge già il 42%.

Si tratta di una percentuale molto significativa (ma occorre considerare che nel 1999 la comunità ospitava già circa il 20% di AdR). Con un trend inarrestabile, semestre per semestre, lento ma pressoché costante, i pazienti autori di reato diventano maggioranza già nel primo semestre 2008, per raggiungere il 56% nel primo semestre 2010 (Fig. 1).

In altre parole gli *autori di reato* in comunità sono aumentati di circa un terzo nel giro di cinque anni, diventando la componente più importante dell'utenza della comunità.

**Fig. 1:** Andamento della componente "Autori di Reato" tra gli ospiti della comunità (val.% su totale casi nel settembre, min 62 max 71, dati di flusso periodo 1° sem. 2005 - 1° sem. 2010)



### 4.2 I provvedimenti giudiziari che prescrivono l'ingresso in comunità

La raccolta dei dati per questo tipo di informazione si è rivelata più difficile di altre caratteristiche. I risultati si riferiscono pertanto ad un insieme di soggetti più ristretto (Tab. I). Ciò premesso si può affermare che la maggioranza dei pazienti AdR sono in comunità terapeutica, in applicazione di una misura di sicurezza non detentiva – *la libertà vigilata* – ordinata dal giudice di cognizione e confermata dal magistrato di sorveglianza, previo accertamento della pericolosità sociale.

Circa un paziente su quattro, inoltre, fruisce della cosiddetta licenza finale esperimento applicabile nel periodo conclusivo della misura di sicurezza applicata in ospedale psichiatrico giudiziario. Una quota significativa di pazienti, infine, è in comunità in seguito a provvedimenti cautelari, quindi senza che sia stato ancora espresso un giudizio. Si tratta prevalentemente di arresti domiciliari e in minor misura di libertà vigilata provvisoria.

<sup>9</sup> Si considerano come AdR infatti sia coloro che riconosciuti colpevoli di uno o più reati sono prosciolti per infermità psichica sia coloro che, diversamente, sono in attesa di una sentenza che potrebbe scagionarli del tutto dalle accuse rendendoli non etichettabili con tale definizione.

### 4.3 I percorsi giudiziari che conducono il paziente autore di reato in comunità

È interessante sottolineare che, in seguito alle sopraccennate sentenze della Corte Costituzionale, una parte non residuale dei pazienti autori di reato giunge in comunità senza aver conosciuto l'ospedale psichiatrico giudiziario e il carcere. Esaminando infatti la provenienza dei pazienti si evince che circa un terzo dei soggetti in libertà vigilata giunge dall'ospedale (SPDC), oppure da strutture territoriali (DSM, altra comunità terapeutica) (Tab. II). Anche tra la limitata quota di soggetti entrati in comunità con un provvedimento cautelare e quindi ancora in attesa di giudizio, alcuni casi non provengono dal carcere o dall'OPG. Naturalmente queste evidenze sono da valutare con cautela perché si fondano su un numero limitato di casi ma – soprattutto – perché si basano soltanto sull'ultimo "passaggio" del percorso di vita dei pazienti, senza tenere in conto della loro intera storia, nella quale possono essere ricomprese esperienze precedenti di istituzionalizzazione: un esempio è quello di alcuni dei pazienti che provengono da un'altra comunità terapeutica ma che in precedenza vivevano in ospedale psichiatrico giudiziario. Ciò considerato, si può per il momento solo ipotizzare la crescente formazione di un doppio circuito di provenienza degli *autori di reato*, composto da pazienti che in misura maggioritaria prima di giungere in comunità transitano per l'OPG e/o il carcere, e diversamente, da pazienti che invece provengono direttamente dalle strutture territoriali.

Giovanni Fossa, Elisa Zanelli, Alfredo Verde

#### 4.4 I delitti all'origine dei provvedimenti giudiziari

La comunità accoglie pazienti autori di reato che in maggioranza – il 58% – ha commesso reati contro la persona. Poco più di un terzo, inoltre, si è reso responsabile di soli delitti contro il patrimonio, mentre si registra, infine, qualche limitato caso coinvolto in reati di droga o di possesso di armi (Tab. III).

Un terzo dei reati contro la persona riguarda omicidi e stragi; le responsabilità penalmente più gravi riguardano casi di parricidio, uxoricidio, tentato omicidio della madre o del partner e di tentata strage. Seguono casi, rarissimi, di pedofilia e violenza sessuale. Più frequentemente, i pazienti si rendono responsabili di lesioni o maltrattamenti (percosse e aggressioni) nei confronti dei genitori o di terze persone, spesso accompagnate da minacce o estorsioni. Si registra infine qualche limitato caso di molestie sessuali (stalking).

I pazienti implicati soltanto in delitti contro il patrimonio – come già riferito pari, a poco più di un terzo di tutti gli ospiti *autori di reato* – hanno commesso soprattutto incendi dolosi, danneggiamenti o furti, oppure, più in generale si sono resi responsabili di condotte antisociali con episodi di vandalismo. Sono residuali, infine, i casi di abuso di sostanze e di possesso di armi.

In definitiva, in confronto con la distribuzione generale dei reati, la casistica dei pazienti autori di reato in comunità si rivela particolarmente aggravata dalla prevalenza dei delitti

contro la persona, conservando – al tempo stesso – una significativa eterogeneità delle responsabilità penali, che variano ampiamente dall'omicidio o la violenza sessuale al danneggiamento o al furto, passando per maltrattamenti e minacce.

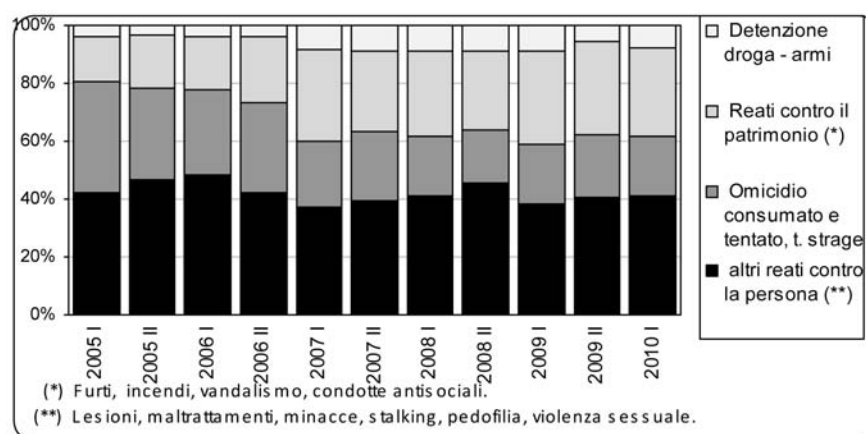
#### 4.5 L'andamento nel tempo dei delitti commessi dai pazienti autori di reato

Può essere utile chiedersi se, e come, si è trasformata la distribuzione dei delitti commessi da pazienti *autori di reato* negli ultimi anni, anche considerando il significativo incremento della quota di pazienti autori di reato che, come già illustrato (Fig. 1), sono diventati il principale tipo di utenza della comunità, a partire dal 2008.

Il confronto quinquennale per semestri (1° sem.2005 – 1° sem.2010, Fig. 2) consente di mettere in evidenza significativi mutamenti nell'utenza sotto il profilo della rilevanza penale. Si registra il dimezzamento delle presenze dei pazienti con a carico i delitti più gravi (omicidio, consumato e tentato e tentata strage) che passano dal 38,5 % al 20,5 % (Fig. 2, area grigio scura).

Nell'arco dello stesso periodo, diversamente, raddoppiano gli autori di reato che hanno agito contro il patrimonio: il loro peso percentuale passa infatti dal 15,4 al 30,8 (area grigio chiara). Anche i casi connessi principalmente a reati di droga e di armi raddoppiano (area azzurra).

**Fig. 2:** Andamento dei reati secondo la categoria e il semestre  
(val.%, casi 26-39 secondo semestre, dati di flusso, periodo 1°sem.2005 – 1°sem.2010)



Gli altri reati contro la persona si mantengono invece abbastanza stabili, mediamente intorno al 42-43% (Fig. 2, area nera).

#### 4.6 Le motivazioni che conducono il paziente autore di reato in comunità

L'ingresso e il progressivo aumento degli autori di reato in comunità ha influito sulla tipologia delle motivazioni che presiedono al reclutamento degli utenti-pazienti: se c'è un'input di tipo giudiziario, infatti, l'inserimento comunitario si motiva principalmente con l'esigenza di of-

fruire un'occasione di reinserimento sociale dopo un periodo di istituzionalizzazione o, più genericamente, di costituire un'alternativa all'internamento nell'ospedale psichiatrico giudiziario oppure alla reclusione nel penitenziario (Tab. IV). Per la maggioranza dei pazienti *non autori di reato* invece, la motivazione più rilevante è il trattamento residenziale della malattia. Ma oltre a questa spiegazione una quota significativa di questi pazienti – oltre un terzo – si ritrova in comunità per situazioni particolari definite come “mero contenimento” e “allontanamento da situazioni patogene”. Rientrano nella prima categoria quei soggetti che, provenienti generalmente da altre comunità, necessitano di una struttura maggiormente

contenitiva e per i quali è oltremodo complesso proporre terapie specifiche. Sono compresi nella seconda, infine, quei pazienti per i quali i servizi territoriali richiedono un ricovero cautelativo per situazioni insostenibili nel luogo di residenza, in particolare nella famiglia di origine.

## 5. I mutamenti del profilo bio-psico-sociale dell'utenza di comunità

Quali sono gli effetti dell'inserimento comunitario degli autori di reato sull'utenza della comunità? In questo capitolo si prenderanno in esame due aspetti bio-sociali (il genere e l'età), e altre caratteristiche che sono emerse come significative nel confronto tra *autori di reato* e *non autori di reato*.

### 5.1 Forte riduzione della componente femminile

In via preliminare va detto che la presenza femminile tra la popolazione italiana che soffre di disturbi psichici è sempre stata rilevante ed è maggioritaria (57%) tra gli utenti dei servizi della salute mentale (Ministero della Salute, 2011). Limitandoci poi a considerare soltanto i pazienti ospiti delle strutture residenziali, la percentuale delle donne diminuisce in modo significativo fermandosi tuttavia ad un consistente 37% (de Girolamo e altri 2004). Anche nella comunità oggetto di studio di questo lavoro la quota femminile nel primo semestre 2005 era consistente: per ogni quattro ospiti uno era donna (Tab.V).

Tuttavia il progressivo ingresso degli *autori di reato*, costituito quasi esclusivamente da maschi, ha fortemente contribuito al consolidamento di un rilevante processo di maschilizzazione dell'utenza, tale per cui, dopo cinque anni, viene raggiunta una proporzione femmine/maschi molto più piccola, pari a una paziente ogni 10 utenti. Si definisce "contributo" degli AdR questo fenomeno perché anche tra i pazienti *non autori di reato* si registra una significativa contrazione delle donne, segno che in generale la loro presenza nelle strutture residenziali sembra destinata ad un deciso ridimensionamento.

## Il malato di mente autore di reato nelle strutture residenziali

Questa risultanza, che non può non avere degli effetti sulle dinamiche della vita comunitaria, determina anche un importante effetto sulle possibilità di analisi della base di dati raccolta: viene meno, infatti, la possibilità di esaminare l'utenza sotto il profilo di genere, considerata l'accresciuta incapacità di questa caratteristica di discriminare la popolazione studiata.

### 5.2 L'invecchiamento della popolazione

Un altro mutamento bio-sociale avvenuto nell'utenza della comunità è l'invecchiamento della popolazione. Come avviene per il genere, anche per l'età l'arrivo in comunità degli *autori di reato* consolida e rafforza un andamento già presente tra l'utenza.

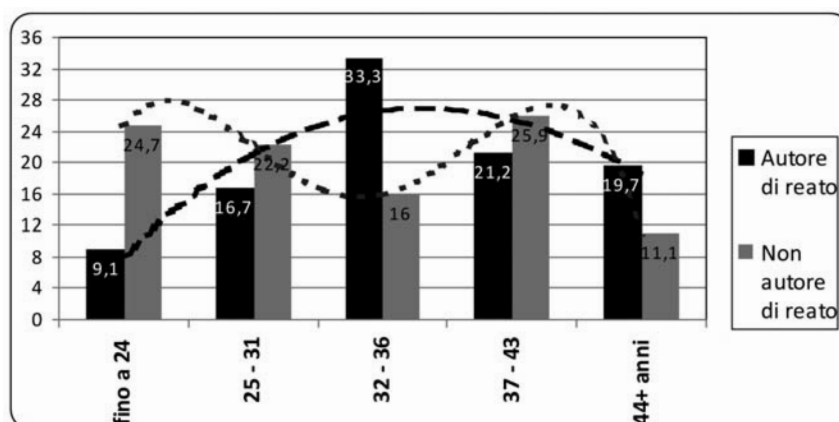
Se si considera come indicatore di anzianità l'*età media all'ingresso* si può constatare che i pazienti *non autori di reato* nel periodo osservato vedono aumentare la propria età media di quattro anni, da 31 a 35 anni (Tab.VI). Il progressivo inserimento di pazienti autori di reato conferma e rafforza tale processo d'invecchiamento: la loro età media è infatti quasi costantemente superiore a quella degli altri pazienti (Tab.VI).

Un elemento più importante di mutamento si rileva tuttavia guardando alla struttura per età, cioè considerando le due categorie di pazienti come due sottopopolazioni ed esaminandole secondo le distinte fasce d'età. In particolare l'inserimento degli *autori di reato* ha comportato un significativo aumento della quota degli adulti a fronte di una utenza più marcatamente giovanile. Ecco in dettaglio come si manifesta il fenomeno.

I pazienti *autori di reato* sono concentrati – per un terzo – nella fascia centrale quinquennale che va dai 32 ai 36 anni, segue un buon 40% nelle età più anziane (Fig 3, barre nere). Soltanto un paziente AdR su quattro può dirsi giovane, avendo meno di 32 anni.

I pazienti *non autori di reato* presentano una struttura completamente diversa (Fig. 3, barre grigie). Innanzitutto hanno due fasce di rilievo e non una sola – sono maggior-

**Fig. 3:** Pazienti secondo la fascia d'età all'ingresso e la condizione di autore di reato (valori %, autori di reato= 66, non autori di reato= 81, Totale casi=147)



Giovanni Fossa, Elisa Zanelli, Alfredo Verde

mente presenti infatti sia tra i giovani che tra gli adulti con 36 e più anni. Viceversa la fascia dei pazienti 32-36enni – la più frequentata dagli AdR – si rileva qui tra le meno importanti. Nella prima fascia maggiormente rappresentata i più giovani – quelli con meno di 24 anni – raggiungono la proporzione di uno su quattro; insieme alla fascia limitrofa di 25-31 anni i giovani si avvicinano ad essere la metà dei pazienti (46%) non AdR (Graf. 6, barre grigie). L'altra fascia di rilievo è quella degli adulti che va dai 37 ai 43 anni, mentre la fascia dei più "anziani" a partire dai 44 in su risulta sostanzialmente residuale.

### 5.3. L'andamento degli eventi critici

Con "eventi critici" s'intende il gruppo più rilevante di fenomeni atti a valutare il funzionamento di una qualunque istituzione o struttura residenziale collettiva, sotto il profilo della sicurezza.

Mutuata dall'ambito penitenziario, la dizione "eventi critici" comprende una vasta gamma di comportamenti, riferendosi prevalentemente alla sfera individuale (auto-aggressività, etero-aggressività, singole proteste, evasione, morte naturale) oppure al comportamento in gruppo (manifestazioni di protesta collettive, astensioni dal vitto o da altre funzioni quotidiane).

Il rilevamento condotto sui dati disponibili della comunità comprende solo alcuni degli eventi critici possibili: mancano ad esempio conoscenze sugli episodi di aggressività verso gli altri. Occorre comunque tenere presente che i dati comprendono tutti gli eventi accaduti nel corso della vita, almeno per la parte trascritta dai documenti in possesso e/o che è nota alla comunità residenziale, e non solo le criticità che si sono manifestate durante il periodo di soggiorno.

Preliminarmente, per quanto riguarda gli eventi critici relativi alla sopravvivenza dei pazienti, occorre sottolineare che nella comunità nel periodo considerato non si è verificato alcun suicidio, mentre le morti naturali sono state quattro, di cui due erano pazienti *autori di reato*.

L'evento critico maggiormente sperimentato è stato il ricovero ospedaliero in SPDC (Tab. VII). Segue, ma solo per gli autori di reato, l'esperienza della reclusione in un istituto penale, prevalentemente in ospedale psichiatrico giudiziario. È da sottolineare che in base al doppio percorso delineato dalla Corte Costituzionale nel 2003 un paziente autore di reato su tre non ha avuto esperienze carcerarie (né in carcere, né in OPG). La vita dei pazienti è stata contrassegnata in parte anche da comportamenti auto-aggressivi, quali le autolesioni (28% del totale) e i tentati suicidi (9,5% del totale).

Particolare interesse hanno questi dati alla luce del progressivo inserimento dei pazienti autori di reato nella comunità, considerate anche le tibubanze e i timori che sono state manifestate all'indomani della già citata sentenza del 2003 della Corte Costituzionale. Si può infatti osservare che, complessivamente, i pazienti *autori di reato* non presentano un carico particolare di eventi critici rispetto agli altri pazienti (Tab. VII). L'esperienza della reclusione – per tre autori di reato su quattro – rientra nella storia della categoria, così come un numero di ricoveri in SPDC significativo – ma inferiore a quello degli altri pazienti – è spiegabile con la logica considerazione che se si è già istituzionalizzati in OPG è meno probabile essere ospedalizzati in SPDC. La

risultanza tuttavia più interessante riguarda i comportamenti auto-aggressivi che disegnano un profilo del paziente *autore di reato* meno "pericoloso per sé" del paziente *non autore di reato*.

Il rapporto paziente Non AdR / paziente AdR è infatti di quasi 2 a 1 per le procurate autolesioni e addirittura di 5 a 1 per i tentativi di suicidio. Anche se nel valutare questi risultati occorre tener conto della mancanza delle condotte etero aggressive e delle informazioni disponibili sul passato non sempre esaustive, va sottolineata l'assoluta originalità del dato, che merita sicuramente attenzione e necessita di ulteriori verifiche empiriche.

### 5.4 I cambiamenti nella distribuzione dei disturbi mentali

Un rilevante interesse della ricerca è verificare se i pazienti *autori di reato* presentano delle caratteristiche peculiari in ordine ai disturbi mentali sofferti, rispetto agli altri pazienti. A questo scopo si utilizzano dati raccolti sulla base della classificazione del DSM-IV-TR (A.P.A., 2001). Complessivamente la grande maggioranza (86%) degli ospiti della comunità soffre almeno di un disturbo clinico di Asse I, a cui in parte (circa un terzo fra questi) si accompagna anche un disturbo della personalità o un ritardo mentale (Tab. VIII). I disturbi di Asse II sono invece decisamente meno diffusi, interessando un numero di pazienti pari a circa la metà dei malati di Asse I (43,6%). Inoltre, essi sono in gran parte associati a disturbi di Asse I: solo una minoranza dei pazienti di Asse II infatti – meno di un terzo – soffre esclusivamente di disturbi della personalità o di ritardo mentale.

La presenza degli *autori di reato* in comunità non sembra abbia influenzato particolarmente la distribuzione multisassiale dei disturbi mentali, anche se merita attenzione una maggiore sofferenza dei folli rei di disturbi di Asse I. Ecco alcuni dettagli sul fenomeno.

#### 5.4.1 Disturbi clinici di Asse I

Come già riferito l'86% dei pazienti è affetto da disturbi mentali tra i più importanti quali le psicosi, i disturbi dell'umore e quelli d'ansia. All'interno di tale gruppo la maggioranza (tre soggetti su cinque) presenta una diagnosi di disturbo schizofrenico o di altro disturbo psicotico (Tab. IX). Seguono a distanza un soggetto su cinque che soffre di disturbi dell'umore, infine un altro paziente ogni cinque è affetto da disturbi vari con frequenze molto più limitate, tra cui i disturbi d'ansia e i disturbi del controllo degli impulsi n.c. altrove. Tra i pazienti *autori di reato* la componente degli psicotici è inferiore a quella presente tra gli altri pazienti, anche se resta comunque la maggioranza (51,8% contro il 68,6). Spiccano invece i pazienti sofferenti di disturbi dell'umore che tra gli *autori di reato* sono il doppio degli altri pazienti (28% contro il 14%) (Tab. IX).

Un'analisi di tendenza mette in evidenza che questo bilancio è la risultante di importanti mutamenti in corso nella distribuzione dei disturbi mentali di Asse I. Un'osservazione complessiva su tutti i pazienti che prenda in esame il già noto periodo, semestre per semestre, consente di evidenziare innanzitutto che i disturbi dell'Umore raddoppiati nel corso

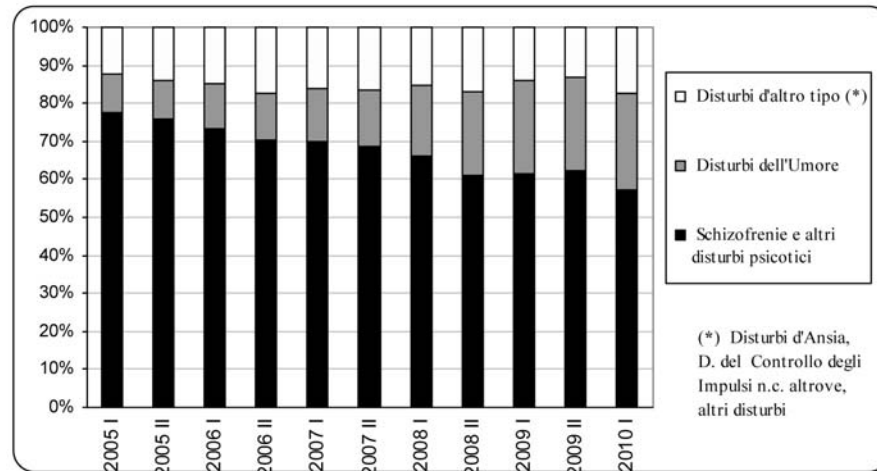


del tempo, interessavano un paziente su dieci nel 2005, nel 2012 ne soffre un paziente su quattro (Fig. 4, area grigia).

Contestualmente a tale aumento diminuisce in modo significativo l'area maggioritaria delle schizofrenie e degli altri disturbi psicotici, che perde venti punti nell'arco dei cinque anni, dal 77 al 57% (Fig. 4, area nera). Il restringi-

mento dell'area delle psicosi è un effetto diretto dell'inserimento degli *autori di reato* in comunità. In questa categoria di pazienti infatti gli psicotici diminuiscono costantemente passando da una quota di tre su quattro nel 2005 a poco più di due su quattro nel 2010 (Tab.X).

**Fig. 4:** Andamento semestrale dei disturbi mentali di Asse I  
(valori % su totale casi nel semestre, min.=57, max=63, dati di flusso, I°sem.2005-I° sem.2010)



Tra gli altri malati, invece, le psicosi si mantengono a quote più elevate con un andamento fluttuante che permette di prevedere in prospettiva soltanto un lieve calo di questo tipo di disturbi.

#### 5.4.2 Disturbi mentali di Asse II

Il dimezzato numero di casi affetti da questo gruppo di disturbi richiama a una maggiore cautela nel commento delle risultanze. Si può comunque evidenziare tra questi pazienti la presenza maggioritaria dei disturbi di personalità di cluster B (in particolare borderline, istrionico e antisociale), seguiti a molta distanza dai ritardi mentali (19%) e – con proporzione di uno su dieci – dai disturbi di cluster C (specie ossessivo-compulsivo, dipendente ed evitante) e di cluster A (d.schizoide e d.paranoido) (Tab.XI). Se il portatore dei disturbi di Asse II è un *autore di reato* ci sono lievi differenze ma meritevoli di citazione: tra chi ha problemi con la giustizia ci sono un po' meno borderline, antisociali e ritardati mentali e più disturbi di cluster C. Un'analisi diacronica della distribuzione dei disturbi mentali di asse II non ha comunque rilevato alcun andamento significativo nel tempo.

## 6. Gli esiti dell'esperienza comunitaria

Si intende di seguito approfondire gli *esiti* dell'esperienza comunitaria: la particolare attenzione a questo argomento discende dal fatto che è proprio sul percorso riabilitativo e di reinserimento sociale dei pazienti *autori di reato* che si misura l'efficacia della soluzione residenziale rispetto al loro

tradizionale internamento.

Lo studio degli esiti dell'intervento richiede un notevole sforzo conoscitivo che è ben lontano dall'essere portato a compimento, perchè l'esperienza comunitaria costituisce solo un tratto del percorso individuale del paziente: dai dati disponibili si può generalmente desumere la destinazione del paziente all'uscita dalla comunità ma non i passi ulteriori che contrassegneranno la sua storia.

L'esperienza della comunità terapeutica – inoltre – assume per i pazienti caratteristiche e significati differenti a seconda del momento di vita durante il quale ciascuna storia personale la incrocia. L'analisi ha pertanto un intento essenzialmente esplorativo ed è tesa a costruire e ordinare alcune evidenze empiriche che la base dei dati raccolti consente: di seguito si verificheranno gli esiti dell'intervento residenziale considerando l'andamento del numero di dimessi dalla comunità, la durata dei periodi di permanenza dei pazienti e infine la destinazione degli ospiti alla dimissione<sup>10</sup>.

10 Per alcuni elaborazioni l'analisi empirica potrà contare per procedere solo su metà della base dati, composta dagli ospiti effettivamente *dimessi* nel periodo sotto osservazione (e pari a 74 soggetti), escludendo tutti coloro che sono ancora in carico all'ottobre 2010. Il dimezzamento della base empirica deve suggerire naturalmente un'adeguata cautela nel commentare le risultanze, considerata la ridotta capacità euristica dei dati. Dei 147 pazienti esaminati, sono in realtà 82 i soggetti non più in carico alla comunità. Ai 74 dimessi oggetto di studio occorre aggiungere quattro ospiti deceduti (di cui due *autori di reato*) e altri quattro casi di cui rimangono sconosciute la destinazione e la motivazione all'uscita dalla comunità.



Giovanni Fossa, Elisa Zanelli, Alfredo Verde

### 6.1 Il rallentamento delle dimissioni

Generalmente all'andamento numerico di pazienti dimessi da una struttura residenziale si attribuisce un significato positivo, se tale andamento è rilevante o comunque è in crescita, viceversa se è residuale o comunque in decrescita. Conseguentemente, il basso *turnover* di pazienti che si registra in una parte rilevante delle strutture residenziali italiane per mancanza di dimissioni, costituisce una rilevante fonte di preoccupazione, in quanto segnale di cronicizzazione degli interventi (Gruppo Nazionale Progres, 2001). Sotto questo aspetto, il recente rallentamento numerico delle dimissioni, registrato in questa comunità confrontando il triennio più recente 2008-ott.2010 con quello precedente 2005-2007, va sottolineato come un aspetto critico da approfondire (Tab. XII). In particolare la riduzione di un terzo delle dimissioni tra i due periodi (da 44 a 30 casi) solo in parte si può spiegare con l'incompletezza dei dati del periodo più recente (mancano le dimissioni di ottobre e novembre 2010). Inoltre è interessante notare che il fenomeno riguarda soltanto i *non autori di reato* in quanto gli *autori di reato* continuano, viceversa, a fuoriuscire dalla comunità senza variazioni quantitative significative.

Dal punto di vista del metodo della ricerca va tuttavia sottolineato che il numero di pazienti che in un certo periodo lascia la comunità presenta dei margini di ambiguità in ordine alla sua proprietà di indicatore di esito. Innanzitutto perché la dimissione, a volte, non corona il successo di un progetto terapeutico, semmai ne sancisce il fallimento o comunque è il segno di una mancata progressione nel processo riabilitativo, ad esempio con il ritorno in ospedale o, più frequentemente, in una comunità maggiormente contenitiva (vedi par.4.4.). Secondariamente perché il flusso di uscita andrebbe confrontato con quello di entrata e più in generale con l'andamento della domanda di "residenzialità psichiatrica" proveniente dai servizi della salute mentale e dagli altri attori.

Il numero di dimessi in definitiva, se preso singolarmente può dimostrarsi un indicatore di parziale efficacia. La valuta-

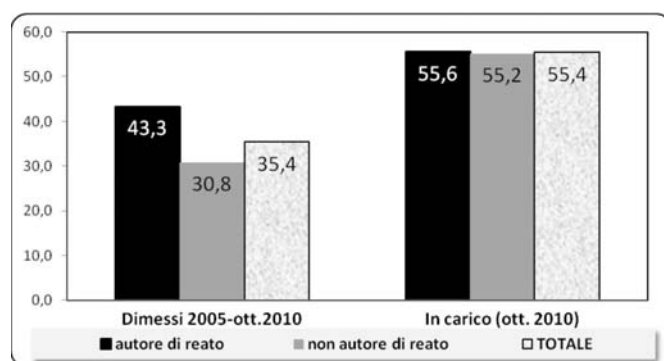
zione dell'andamento numerico delle dimissioni, può invece acquisire rilievo se viene considerata insieme ad altre caratteristiche dell'utenza, rilevabili quantitativamente. Una di queste, abbastanza importante, è quella che descrive quanto tempo trascorrono i pazienti che transitano per la comunità terapeutica.

### 6.2 I crescenti periodi di permanenza

È noto che la lunghezza del periodo trascorso in comunità non dovrebbe essere troppo ampia al fine di limitare il fenomeno della cronicizzazione degli interventi. Nella comunità osservata, a partire dal primo giorno di ingresso i pazienti nel loro complesso trascorrono – in media – oltre milleduecento giorni, pari a quasi a tre anni e mezzo di vita (Tab. XIII). Un po' più elevata è la permanenza media degli *autori di reato* – precisamente 3,6 anni – rispetto al periodo mediamente trascorso nella struttura residenziale dai *non autori di reato* (3,2).

Si tratta di tempi abbastanza lunghi e poiché sono rappresentati da medie, questi valori celano sicuramente permanenze assai più elevate. Se, ad esempio, si prendono in esame soltanto i tempi pari o superiori ai tre anni si scopre che il 44% di tutti i pazienti è in tale condizione, una quota che, per il medesimo periodo, sale al 50% tra gli *autori di reato* (Tab. XIV). Anche tra le permanenze più longeve (6 e più anni), che riguardano nel complesso la significativa proporzione di un paziente ogni cinque, ugualmente si raggiungono tra gli *autori di reato* valori un po' più elevati. Questa descrizione è quella che appare, come già riferito, analizzando i dati di tutti i pazienti. Tuttavia se si scende nel dettaglio e si distingue tra i dimessi e i pazienti in carico<sup>11</sup> si può evidenziare che, dinamicamente, la permanenza protratta in comunità (cioè quella che riguarda chi risiede da tre o più anni) caratterizza ormai la maggioranza dei pazienti in carico, mentre la stessa ammontava soltanto a poco più di un terzo tra i pazienti dimessi complessivamente nel sessennio 2005-2010 (Fig. 4, barre bianche).

Fig. 5: Permanenza protratta (3+ anni) in comunità: confronto tra i pazienti dimessi e quelli in carico, secondo la condizione di autore di reato (quota % su ciascuna sottocategoria, Tot. dimessi= 66, Tot. in carico=81 )



11 Per ciascun ospite in carico il periodo di permanenza è stato calcolato dalla data di ingresso in comunità alla data del 31 ottobre 2010.

Tutto ciò significa che con il trascorrere del tempo la comunità accoglie sempre più pazienti per permanenze pari o superiori ai tre anni.

Con riferimento all'oggetto specifico della presente ricerca il fenomeno più rilevante però è un altro. E cioè che il contributo degli *autori di reato* alla crescita della permanenza media protratta (oltre i tre anni) dei pazienti attualmente in carico alla comunità è nullo, mentre è stato significativo tra i pazienti dimessi. Questo risultato è dovuto al fatto che la componente dei pazienti che è cresciuta di più come permanenza protratta è stata quella dei *non autori di reato* (30,8% tra i dimessi, 55,2% tra i pazienti in carico, Fig. 04, barre grigie). Tale risultanza appare correlata al già osservato rallentamento del numero di dimissioni dalla comunità (par.4.2.). Considerati i due fenomeni nel loro insieme si può affermare che la componente *autore di reato* presenta andamenti più regolari: è rimasto costante il suo flusso in uscita dalla comunità e al tempo stesso esso non contribuisce (più) all'aumento complessivo dei tempi di permanenza, come era avvenuto negli anni passati. Viceversa, i pazienti *non autore di reato* presentano crescenti difficoltà ad essere dimessi e vedono i propri tempi di permanenza allungarsi sempre più.

### 6.3 Dove vanno gli ospiti usciti dalla comunità?

La destinazione dei pazienti alla conclusione del loro percorso in comunità costituisce uno dei più importanti indicatori della qualità dell'esito dell'intervento. Per i pazienti sono possibili sostanzialmente tre azioni cui corrispondono altrettante destinazioni: migrare verso un'altra comunità terapeutica, rientrare nella propria casa e/o ambiente di provenienza oppure, come ultima e residuale alternativa, essere ricoverato in ambienti istituzionalizzati (l'OPG, l'SPDC).

Il collocamento del dimesso in un'altra comunità prevale in quasi due casi su tre (Tab. XV); molto meno frequente (22%) segue il rientro a casa, spesso accompagnato dall'utilizzo di servizi di salute mentale non residenziali; per il 15% infine, si aprono (o si riaprono) le porte dell'ospedale civile o di quello psichiatrico giudiziario.

Tuttavia non è solo esaminando dove sono stati collocati gli ospiti all'uscita dalla comunità che si può ipotizzare il successo o meno dell'esperienza comunitaria: occorre infatti anche studiare le motivazioni che hanno condotto a queste scelte. E se il miglioramento della patologia e il riavvicinamento all'ambiente di provenienza sono le motivazioni più frequenti delle migrazioni ad altra comunità e del ritorno nel proprio ambito familiare (Tab. XVI), occorre però considerare che in qualche caso è il fallimento del progetto terapeutico a causare le dimissioni e l'inserimento in un'altra sistemazione comunitaria.

Se si esamina infatti la motivazione principale che ha condotto il paziente alla dimissione si può evidenziare che – tra i soggetti il cui progetto terapeutico è fallito – circa metà viene re-istituzionalizzata (per fuga, per revoca della licenza sperimento, per agiti etero-aggressivi verso operatori e/o pazienti, etc.); mentre un'altra metà circa migra in un'altra comunità terapeutica (per mancata adesione al progetto terapeutico, per incompatibilità con la CT, per fine della compliance con i curanti).

## Il malato di mente autore di reato nelle strutture residenziali

Di conseguenza la quota reale di esiti non soddisfacenti, senza distinzioni da rilevare tra AdR e non AdR, si può calcolare pari a quasi 1 paziente ogni 4 dimessi<sup>12</sup>, ipotizzando – ottimisticamente – che il significativo numero di motivazioni non rilevate si distribuisca con le stesse proporzioni delle motivazioni note.

### 6.3.1 Destinazione dei pazienti dimessi e struttura di provenienza

Un contributo alla spiegazione dell'origine dei fallimenti comunitari può essere trovata nella relazione abbastanza stretta che esiste tra tipo di destinazione post-comunitaria e struttura di provenienza dei pazienti<sup>13</sup>. La maggior parte di coloro che escono dalla comunità per ritornare in OPG/carcere o in SPDC provengono da quegli stessi ambienti da cui, a suo tempo, sono giunti nella comunità (Tab.XVII). In altre parole tra i pazienti ex-internati o ricoverati un caso ogni quattro ritorna da dove è venuto.

I pazienti, invece, che sono arrivati alla comunità inviati dai servizi della salute mentale o da altro luogo, molto difficilmente sono internati o ricoverati: soltanto il 5,4%. Più facilmente tali soggetti sono destinati ad altra comunità oppure, per una quota significativa (27%) riescono a rientrare nel proprio ambiente d'origine (Tab.XVII).

### 6.3.2 Mutamenti temporali nella destinazione dei pazienti dimessi

Un aspetto, infine, che occorre considerare nel comprendere dove vanno i pazienti una volta usciti dalla comunità è che detto fenomeno è in deciso movimento. Negli anni meno recenti del periodo osservato e cioè nel triennio 2005-2007<sup>14</sup> la stragrande maggioranza degli ospiti – quasi tre casi su quattro – transitava in un'altra comunità e solo una piccola quota, pari al 9%, tornava in OPG o SPDC (Tab. XVIII).

Nel triennio successivo, quello più recente (2008-ott. 2010), la migrazione ad un'altra comunità diminuisce di oltre un terzo e al tempo stesso si assiste ad una crescita duale delle altre destinazioni. Per una parte dei pazienti è diventata più consistente la probabilità di successo (oltre un caso su quattro): è diventato cioè più facile rientrare nel proprio ambiente di provenienza; ma per un'altra parte di ospiti, nel contempo, è aumentato il rischio di rientrare in

- 12 Agli 11 soggetti ritornati a realtà asilari (rappresentati dal 14,9% della Tab. XV ) occorre infatti aggiungere 7 soggetti trasferiti in un'altra comunità per fallimento del progetto terapeutico (come da Tab.XVI). In totale si tratta di 18 dimessi su un totale di 74, pari al 24%.
- 13 Per procedere operativamente, stante il numero limitato di casi, le diverse provenienze vengono accorpate in due categorie, una comprende le realtà asilari-contenitive (OPG e SPDC), l'altra le immissioni provenienti direttamente dal DSM oppure da altre realtà (comunità, famiglia).
- 14 Si è optato per una ripartizione triennale del periodo temporale causa il numero esiguo di soggetti dimessi rilevabile anno per anno.

Giovanni Fossa, Elisa Zanelli, Alfredo Verde

una realtà asilare: questa categoria in particolare è cresciuta dal 9 al 23%. Questa tendenza che si potrebbe definire di *diversificazione degli esiti postcomunitari*, rispetto ad un modello di destinazione fortemente centrato sulla migrazione ad un'altra comunità, merita un attento monitoraggio. Considerata la limitazione dei casi e la mancanza di significatività statistica che contraddistingue questa analisi di periodo, occorre che il tema trovi conferme in analisi future.

#### 6.4 Il destino post-comunitario dei pazienti autori di reato: differenze

È possibile approfondire l'analisi sviluppata nel paragrafo appena visto distinguendo tra *autori di reato* e *non autori di reato*, prendendo atto tuttavia che, sul piano quantitativo, l'analisi procede su categorie con un numero più limitato di casi<sup>15</sup>. Ciò premesso si può sostenere che in via generale il destino post-comunitario di chi è arrivato in comunità per un provvedimento giudiziario non differisce da quello di chi è arrivato per altri percorsi (Tab. XIX). Pur non statisticamente significativa, si può paradossalmente evidenziare – anzi – una relazione con le destinazioni non asilari al momento della dimissione (altra comunità o ritorno in famiglia), un po' più favorevole per gli *autori di reato* piuttosto che per i *non autori di reato*.

Per quanto riguarda il dato che dimostra come i soggetti in comunità con una storia di istituzionalizzazione alle spalle corrano un rischio maggiore di non adattamento alle nuove forme di residenzialità e pertanto abbiano più probabilità degli altri di ritornare in realtà asilari (vedi par.4.4.1), le differenze tra le due categorie di ospiti appaiono evidenti alla luce dei dati disponibili. Tale relazione infatti risulta verificata soltanto per i *non autori di reato* che provengono prevalentemente dagli SPDC, mentre per i pazienti *autori di reato*, in larga parte provenienti dall'OPG, la destinazione alla dimissione risulta meno negativa: soltanto il 16,7% rientra in situazione asilari, contro il 37,5% dei *non autori di reato* (Tab. XVII).

Infine, con riguardo al più recente periodo (2008-ott.2010), durante il quale si è verificata una diversificazione degli esiti comunitari rispetto al triennio precedente (più pazienti sono rientrati a casa ma anche più pazienti sono stati re-internati) si registrano nuovamente differenze. L'analisi in profondità condotta esclusivamente su detto periodo e sia pure per un limitato numero di casi, mette in evidenza che il fenomeno è dovuto all'andamento dei *non autori di reato* piuttosto che al trend degli *autori di reato*. I primi ritornano in realtà asilari in misura pari quasi al doppio di quella degli *autori di reato* (29,4% contro il 15,4%) (Tab. XX).

15 Operazionalmente infatti, per distinguere gli autori di reato dagli altri pazienti occorre dividere la base dati (già dimezzata in precedenza per l'estrazione dei soli pazienti dimessi) in due ulteriori parti, ciascuna delle quali totalizza un numero di soggetti inferiore al canonico limite dei cinquanta casi (Autori di Reato dimessi N=27; Non Autori di Reato dimessi N=47, Totale = 74).

## Conclusioni

L'inserimento dei malati di mente autori di reato nella comunità studiata ha comportato nel giro di pochi anni interessanti mutamenti delle caratteristiche dell'utenza. Il doppio circuito di provenienza dei rei folli, dall'ospedale psichiatrico giudiziario/carcere e dai servizi territoriali, ha determinato una componente ormai maggioritaria di pazienti *autori di reato*, inserita principalmente per fruire di una alternativa alla carcerazione e/o per avviare/proseguire un percorso di reinserimento sociale.

Fermo restando una forte componente di reati contro le persona si assiste rispetto al passato ad uno spostamento del carico penale da reati più gravi a reati meno gravi, accentuando l'eterogeneità delle responsabilità penali rappresentate.

Rispetto all'utenza dei *non autori di reato* l'impatto sociale dei pazienti AdR è stato rilevante. La comunità attualmente è quasi completamente composta da maschi di età pienamente adulta e risulta meno problematica rispetto ad eventi critici che mettono a rischio la sicurezza, almeno per quanto riguarda l'autolesività; mentre sul fronte della patologia psichiatrica la comunità si trova ad affrontare un'utenza con soggetti psicotici presenti in minor numero.

Gli *autori di reato* che un tempo contribuivano significativamente al fenomeno della *cronicizzazione* non appesantiscono più di tanto il carico della comunità, specie nell'ultimo periodo nel quale taluni fenomeni inflattivi, come la quota di pazienti a permanenza protratta, riguardano indistintamente ambedue i gruppi di pazienti.

Negli ultimi anni il modello tradizionale di destinazione all'uscita, quello che prevede l'invio del paziente ad un'altra comunità, ha subito una flessione con una diversificazione degli esiti che prevede maggiori successi ma anche maggiori fallimenti con il ritorno a realtà asilari. Anche in questo caso l'apporto degli autori di reato risulta contenuto per quanto riguarda gli esiti negativi.

Si può affermare concludendo che i pazienti autori di reato in generale non differiscono significativamente dagli altri pazienti in quanto la loro presenza non aggrava criticità che pure esistono, come la cronicizzazione degli interventi e il rischio del reinternamento. In prospettiva temporale inoltre, si può affermare che, sotto il profilo delle caratteristiche prese in considerazione, tra i due tipi di pazienti potrebbero osservarsi differenze sempre più esigue o addirittura favorevoli agli *autori di reato*.

## Il malato di mente autore di reato nelle strutture residenziali

**Tab. I** Provvedimento giudiziario a carico dei pazienti autori di reato (val.%, casi=50)

Libertà vigilata	Licenza finale esperimento	Provvedimenti cautelari	Totale
54,0	24,0	22,0	100

**Tab. II** Provvedimenti giudiziari secondo la struttura di provenienza dei pazienti autori di reato (val. %)

	struttura di provenienza			Totale (N=)
	Opg, carcere	SPDC, DSM, altro	Totale	
Libertà vigilata	65,4	34,6	100	26
Licenza finale esperimento	83,3	16,7	100	12
Provvedimenti cautelari	55,6	44,4	100	9
Totale	68,1	31,9	100	47

**Tab. III** Principale reato secondo la categoria (val. %, casi=64)

Reati contro la persona, di cui:			Reati contro il patrimonio	Droga, armi	Totale
Omicidio	altri reati	Totale			
18,8	39,1	57,9	35,9	6,3	100

**Tab. IV** Principale motivazione all'inserimento in comunità secondo la condizione di autore di reato (casi AdR = 60, casi Non AdR=76, Totale= 136)

Condizione	Trattamento residenziale della malattia	Alternativa alla carcerazione	Reinserimento sociale	Mero contenimento	Allontanamento da situazioni patologiche	Totale
autore di reato	26,7	36,7	26,7	5,0	5,0	100
non autore di reato	52,6	5,3	5,3	18,4	18,4	100
Totale	41,2	19,1	14,7	12,5	12,5	100

associazione statisticamente significativa p<.001

**Tab. V** Andamento dei pazienti secondo il genere e il semestre (valori %, casi 62-71, dati di flusso, 1°sem.2005 – 1° sem.2010)

	2005 I	2005 II	2006 I	2006 II	2007 I	2007 II	2008 I	2008 II	2009 I	2009 II	2010 I
maschi	75,0	75,0	74,2	75,8	80,3	83,8	86,2	87,5	85,9	88,2	91,5
femmine	25,0	25,0	25,8	24,2	19,7	16,2	13,8	12,5	14,1	11,8	8,5
Totale	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

**Tab. VI** Età media al momento dell'ingresso in comunità, secondo la condizione di autore di reato e il semestre (valori in anni di età)

	2005 I	2005 II	2006 I	2006 II	2007 I	2007 II	2008 I	2008 II	2009 I	2009 II	2010 I
autore di reato	35,8	35,1	34,6	33,3	34,3	34,1	34,7	34,7	35,6	35,7	36,1
non autore di reato	31,6	31,7	32,6	33,1	33,0	32,9	34,3	35,0	34,4	34,8	35,5
Totale	33,4	33,1	33,4	33,2	33,7	33,5	34,5	34,8	35,0	35,3	35,8

Giovanni Fossa, Elisa Zanelli, Alfredo Verde

**Tab. VII** Alcuni eventi critici secondo la condizione di autore di reato  
(AdR=66, Non AdR=81, Totale=147, 1°sem.2005-1°sem.2010)

	ricoveri in SPDC	autolesioni	precedenti reclusioni	tentati suicidi	evasioni
autori di reato	59,1	18,2	75,8	3,0	10,6
non autori di reato	79,0	35,8	14,8	14,8	7,4
totale	70,1	27,9	42,2	9,5	8,8
rapporto non AdR / AdR	1,3	2,0	0,2	4,9	0,7
significatività statistica	p<.01	p<.05	p<.001	p<.05	n.s.

**Tab. VIII** Disturbi mentali secondo la condizione di autore di reato  
(valori % relativi a AdR=66, non AdR=81 e Totale=147)

	autori di reato	non autori di reato	Totale
Disturbi clinici (Asse I)	84,5	86,4	86,8
Disturbi della personalità e ritardi mentali (Asse II)	40,9	45,6	43,6
Totale	125	132	130,4
La somma delle % è superiore a 100 perché una parte di pazienti soffre di più disturbi che rientrano in entrambe le categorie			

**Tab. IX** Disturbi mentali di Asse I secondo la condizione di autore di reato  
(val. % relativi a AdR=56, non AdR=70, Totale=126)

	autore di reato	non autore di reato	Totale
Schizofrenie e altri disturbi psicotici	51,8	68,6	61,1
Disturbi dell'umore	28,6	14,3	20,6
Altri disturbi (Controllo degli Impulsi n.c. altrove, Disturbi d'ansia, altro)	19,6	17,1	18,3
Totale	100	100	100
associazione statisticamente non significativa (p<.10)			

**Tab. X** Pazienti con disturbi psicotici, secondo la condizione di autore di reato e il semestre  
(quota % semestrale per ciascuna categoria, n.casi: AdR)

	2005 I	2005 II	2006 I	2006 II	2007 I	2007 II	2008 I	2008 II	2009 I	2009 II	2010 I
autore di reato	75,0	72,0	72,0	66,7	61,3	60,0	56,7	53,3	53,3	51,5	51,4
non autore di reato	79,4	78,8	74,3	72,7	78,1	77,4	75,9	69,0	70,4	75,0	64,3
Totale	77,6	75,9	73,3	70,2	69,8	68,9	66,1	61,0	61,4	62,3	57,1

**Tab. XI** Disturbi mentali di Asse II secondo la condizione di autore di reato  
(val. % relativi a AdR=27, non AdR=37, Totale=64)

Disturbi di personalità con almeno un caso, in ordine di maggior frequenza	Raggruppamento	autore di reato	non autore di reato	Totale
Borderline, Istrionico, Antisociale	cluster B - Emotivi o drammatici	55,6	64,9	60,9
Ossessivo-Compulsivo, Dipendente, Evitante	cluster C - Ansiosi o paurosi	18,5	5,4	10,9
Paranoide, Schizoide	cluster A - Strani o paranoici	11,1	8,1	9,4
	Ritardi mentali	14,8	21,6	18,8
	Totale	100	100	100

## Il malato di mente autore di reato nelle strutture residenziali

**Tab. XII** Pazienti dimessi secondo la condizione di autore di reato e l'anno  
(val.ass., AdR=27, Non AdR=47, Tot.=74, 2005-ott.2010)

	triennio 2005-2007				triennio 2008-2010 ott.				TOTALE
	2005	2006	2007	Totale	2008	2009	2010 ott.	Totale	
autori di reato	3	4	7	14	6	5	2	13	27
non autori di reato	8	13	9	30	4	8	5	17	47
Totale dimessi	11	17	16	44	10	13	7	30	74

**Tab. XIII** Permanenza media in comunità secondo la condizione di autore di reato  
(n. giorni, n. anni, AdR=66, non AdR=81, Tot.=147)

	autore di reato	non autore di reato	Totale
in giorni	1.321	1.171	1.239
in anni	3,62	3,21	3,39
(n. casi)	(66)	(81)	(147)

**Tab. XIV** Permanenza in comunità per fasce annuali  
(val. %, AdR=66, non AdR=81, Tot.=147)

	fino a 1 a.	1-2 anni	2-3 anni	3-6 anni	6+ anni	Totale
autore di reato	28,7	13,6	7,6	28,9	21,1	100
non autore di reato	34,5	12,3	13,6	22,2	17,2	100
Totale	32,0	12,9	10,9	25,2	19,1	100

**Tab. XV** Destinazione dei pazienti dimessi dalla comunità (valori % relativi a 74 casi)

altra comunità	casa /ambiente di provenienza	OPG, SPDC	Totale
63,5	21,6	14,9	100

**Tab. XVI** Destinazione dei pazienti dimessi dalla comunità secondo la principale motivazione  
(valori % relativi a 74 casi)

Destinazione	Miglioramento della psicopatologia	Riavvicinamento ambiente di proven.	Fallimento del progetto terapeutico	Motivazione non rilevata	Totale
Altra comunità	68,2	83,3	46,7	52,6	63,5
Casa /amb.prov.	31,8	11,1	6,7	31,6	21,6
OPG, SPDC	0,0	5,6	46,7	15,8	14,9
Totale	100	100	100	100	100
% di riga	30,0	24,0	20,0	26,0	100

**Tab. XVII** Destinazione dei pazienti dimessi dalla comunità secondo la struttura di provenienza  
(valori % relativi a 71 casi)

Destinazione	TOTALE dimessi		Non autori di reato		Autori di reato		Totale
	Struttura di provenienza		Struttura di provenienza		Struttura di provenienza		
	OPG, SPDC	DSM, altro	OPG, SPDC	DSM, altro	OPG, SPDC	DSM, altro	
altra comunità	61,8	67,6	50,0	66,7	72,2	71,4	64,8
casa / amb. prov.	11,8	27,0	12,5	26,7	11,1	28,6	19,7
OPG, SPDC	26,5	5,4	37,5	6,7	16,7	0,0	15,5
Totale	100	100	100	100	100	100	100
significatività stat.	p<.05		p<.05		n.s.		
casi	34	37	16	30	18	7	71

Giovanni Fossa, Elisa Zanelli, Alfredo Verde

**Tab. XVIII** Destinazione dei pazienti dimessi dalla comunità secondo il periodo temporale (valori % relativi a 2005-2007=44, 2008-ott.2010=30, Totale=74)

Destinazione	Periodo triennale		Totale
	2005-2007	2008-ott.2010	
altra comunità	72,7	50,0	64,8
casa / amb. prov.	18,2	26,7	19,7
OPG, SPDC	9,1	23,3	15,5
Totale	100	100	100

**Tab. XIX** Destinazione dei pazienti dimessi dalla comunità secondo la condizione di autore di reato (valori % relativi a: autori di reato = 27, non autori di reato=47, Totale=74 casi)

	altra comunità	casa /ambiente di provenienza	OPG, SPDC	Totale
Autori di reato	66,7	22,2	11,1	100
Non autori di reato	61,7	21,3	17,0	100
Totale	63,5	21,6	14,9	100

**Tab. XX** Destinazione dei pazienti dimessi secondo la condizione di autore di reato (triennio 2008- ott.2010, Totale casi=30)

destinazione	Autore di reato	Non Autore di reato	Totale
altra comunità	53,8	47,1	50,0
casa / amb. prov.	30,8	23,5	26,7
OPG, SPDC	15,4	29,4	23,3
Totale	100	100	100

## Bibliografia

- American Psychiatric Association (2001). *DSM-IV-TR. Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali, Text Revision*. Milano: Masson (ed. italiana a cura di Andreoli V., Cassano G.B. e Rossi R.).
- Andreoli V. (Ed.) (2002). *Anatomia degli ospedali psichiatrici giudiziari*, Dap-Ministero della Giustizia. Roma.
- Caprioli F., Vicoli D. (2010). *Procedura penale dell'esecuzione*. Torino: Giappichelli.
- Catanesi R., Carabellese F. (2011). Pericolosità sociale, cura e controllo. In: R. Ciliberti, T. Pedrucci (Eds.), *I diritti dei soggetti deboli. Nuovi scenari e nuove tutele* (pp. 201-211). Lecce: Pensa MultiMedia.
- Daga L. (1985). Ospedale psichiatrici giudiziari. Sistema penale e sistema penitenziario. *Rassegna penitenziaria e criminologica*, 1, 3.
- de Girolamo G., Picardi A., Morosini P. (2004). Le strutture residenziali e i loro ospiti: i risultati della fase 2 del Progetto Nazionale PROGRES. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*, Monograph Supplement, 7.
- Fioritti A., Melega V., Ferrigni E., Rucci P., Venco C., Scaramelli A.R., Santarini F. (2001). Una finestra sul buio: i primi tre anni del progetto Monitoraggio Dimissioni dall'Ospedale Psichiatrico Giudiziario. *Rapporti ISTISAN*, 2001, 01/27, 82-85.
- Gruppo Nazionale Progres (2001). Le strutture residenziali psichiatriche in Italia. I risultati della fase 1 del progetto PROGRES. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*, 4, 260-275.
- Manacorda A. (Ed.) (1988). *Folli e reclusi. Una ricerca sugli internati negli ospedali psichiatrici giudiziari italiani*. Provincia di Perugia.
- Ministero della Salute (2011). *Relazione sullo Stato Sanitario del Paese. 2009-2010*. Roma.
- Preti A., Picardi A., Fioritti A., Cappelletto V., Santone G., De Girolamo G., PROGRES Study Group. A comparison between former forensic and non-forensic patients living in psychiatric residential facilities: a national survey in Italy. *Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 2008, 19, 1, 108-126.
- Senato della Repubblica, 12° Commissione Permanente Igiene e Sanità (2006). *Indagine conoscitiva sullo stato dell'assistenza psichiatrica in Italia e sull'attuazione dei progetti obiettivo per la tutela della salute mentale*. Atti parlamentari, Doc.XVII, n.30.