



***DAGLI OPG ALLE REMS : A CHE PUNTO
SIAMO?***

di Valentina Loschiavo

*Copyright 2021 Diritto per il Futuro Srls
Maggio 2021
ISBN 978-88-31212-29-8*

Ai miei cari

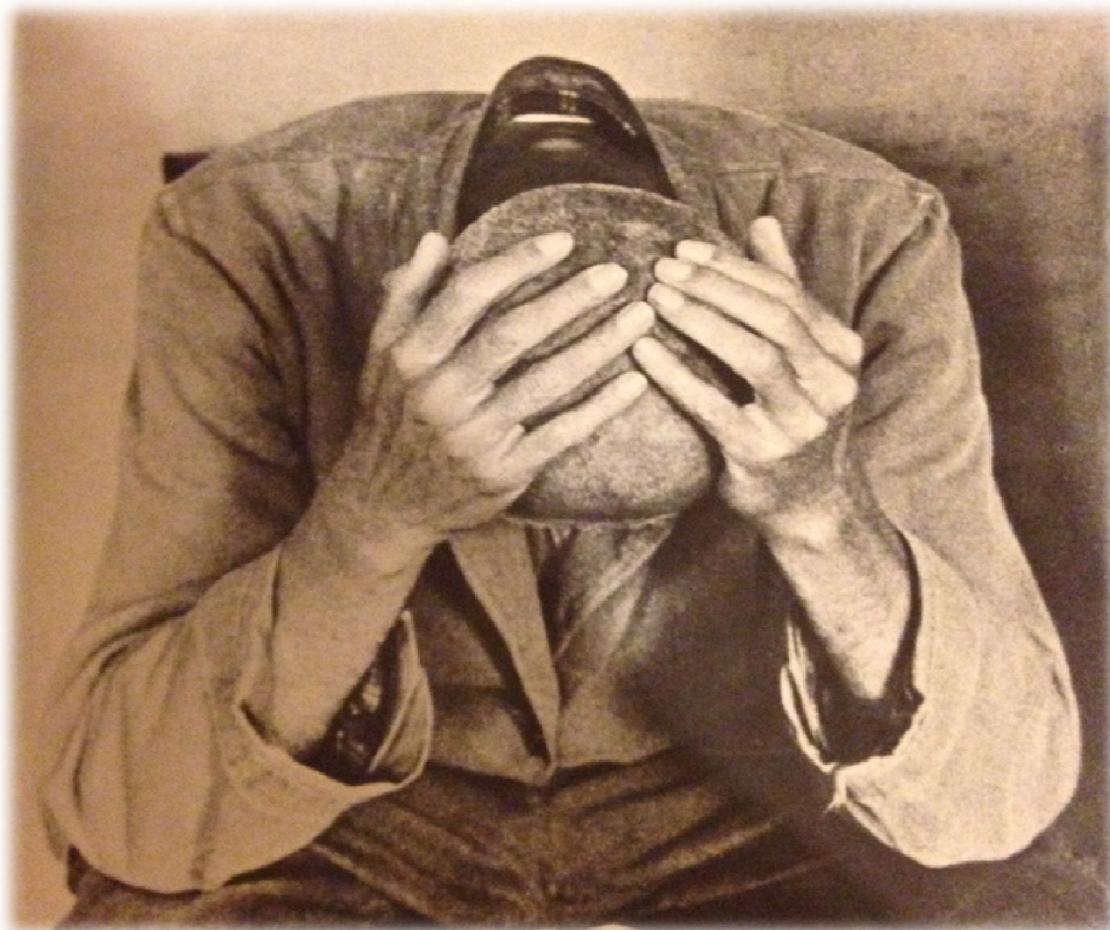


Figura 1: Immagine tratta dal libro "Morire di classe", di Franco Basaglia, Einaudi, 1969.

“Il perfetto ricoverato, all’apice di questa desolante carriera la cui meta sembra, paradossalmente, la distruzione del malato, sarà quello che si presenta completamente ammansito, quello che si lascia pulire, imboccare e che non ha più reazioni personali. Alla fine di questo processo di disumanizzazione, il paziente che era stato affidato all’istituto psichiatrico perché lo curasse, non esiste più: inglobato e incorporato nelle regole che lo determinano. È un caso chiuso. Etichettato in modo irreversibile, non potrà più cancellare il segno che lo ha definito come qualcosa al di là dell’umano, senza possibilità di appello.”

Franco Basaglia

Indice

Premessa	V
----------------	---

Capitolo primo

ALLE ORIGINI DEGLI OPG

1.1 Dai manicomi criminali agli Opg. Breve analisi storica	1
1.2 Il ricovero in un Opg. Natura, funzioni e presupposti di tale misura	8
1.3 Ma chi sono i “folli rei”? Inquadramento e nozione di non imputabilità	14

Capitolo secondo

DALL’ OPG ALLE REMS. I PRIMI PASSI

2.1 La riforma del 1978: la legge Basaglia. Genesi ed effetti ...	19
2.2 Le pronunce della Corte Costituzionale negli anni ’80 e la presunzione di pericolosità	31

2.3 Le pronunce della Corte Costituzionale negli anni '90 e nei primi anni 2000	40
2.4 La situazione degli Opg alle soglie del 2000.....	50
2.5 Le tipologie delle proposte di riforma e il disegno di legge del consiglio regionale della Toscana	60

Capitolo terzo

TENTATIVI DI SUPERAMENTO. TRA RITARDI E PROROGHE

3.1 Effetti della riforma penitenziaria sugli Opg. Il decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 1° Aprile 2008.....	67
3.2 La commissione Marino e un primo termine per il superamento degli Opg	74
3.3 Un primo correttivo alla legge 9 del 2012	85
3.4 Ultimo termine per il superamento: la legge 81 del 2014 ...	90
3.5 La legge 81 del 2014 al vaglio della Corte Costituzionale...	96
3.6 Nomina del commissario unico e le relazioni del 2016.....	103

Capitolo quarto

LA SITUAZIONE ATTUALE IN ITALIA

4.1 Introduzione	108
4.2 Il XIV rapporto di Antigone.....	111
4.3 L'istituzione dell'Osservatorio Nazionale Rems	114

Capitolo quinto

PRESENTE E FUTURO DELLE REMS

5.1 Introduzione	125
5.2 Il ruolo dello psichiatra ai tempi delle Rems: tra il “curare” e il “custodire”.....	128
5.3 I difficili rapporti tra la normativa Rems e le norme dell'ordinamento penitenziario	133
5.4 La legge delega n. 103 del 2017	136
5.5 I decreti legislativi n. 123 e 124 del 2018.....	142

Conclusioni	147
Appendice: “Un esempio di virtù: la Rems di Carovigno e il suo giornalino Daldidentro”	152
Bibliografia	153

PREMESSA

L'interesse nella cura dei più deboli mi ha indirizzata verso questo argomento. Il presente lavoro vuole, in maniera scorrevole ed organica, ripercorrere le fasi più importanti del passaggio dagli ospedali psichiatrici giudiziari alle residenze per l'esecuzione delle misure di sicurezza. L'obiettivo che mi sono posta è stato quello di seguire sempre un ordine cronologico, in maniera tale da cogliere al meglio i momenti più importanti di questa transizione e mantenendo sempre una chiarezza espositiva. Ho preferito, a tal fine, partire da un inquadramento di tipo storico che permette di capire l'origine degli ospedali psichiatrici, passando poi, attraverso le leggi e le pronunce che hanno segnato il punto di svolta, fino ad arrivare ai tempi attuali, cercando di fare il punto sulla situazione. In particolare, il lavoro può idealmente essere suddiviso in due parti: la prima, formata dai primi tre capitoli, compie un *excursus* partendo dall'origine degli Opg, analizza la legge Basaglia e i suoi effetti, le pronunce della Corte Costituzionale, la relazione della commissione Marino, gli interventi legislativi che si sono susseguiti, fino a giungere idealmente alla data storica 11 maggio

2017, in cui anche l'ultimo internato lascia l'ultimo Opg sopravvissuto. La seconda parte, invece, formata dai restanti tre capitoli è incentrata sulla ricostruzione dell'attuale situazione Rems nel territorio nazionale, prende in considerazione le problematiche che si sono poste a seguito di tale transizione, fa riferimento alla legge delega 103 del 2017 e ai due decreti legislativi emanati in attuazione della presente delega in materia di riforma dell'ordinamento penitenziario. Ma ciò che si vuole sottolineare è il fine che si pone il presente lavoro, ovvero quello di capire se tale passaggio dall'Opg alla Rems sia ormai (e finalmente) concluso o se si tratti di un processo ancora in atto.

Capitolo primo

ALLE ORIGINI DEGLI OPG

“Che cos’è un matto? Questa volta ti risponderò senza giri di parole: la follia è l’incapacità di comunicare le tue idee. E’ come se tu fossi in un paese straniero: vedi tutto, comprendi tutto ciò che succede intorno a te, ma sei incapace di spiegarti perché non conosci la lingua.”

Paulo Coelho

1.1 DAI MANICOMI CRIMINALI AGLI OPG. BREVE ANALISI STORICA

“E quando dall’armadio i cadaveri puzzarono allora Jakob comprò un’azalea.”

Bertolt Brecht

Se nel Medioevo il folle è un personaggio, oggetto di rappresentazione artistica ed allegorica, visto anche come il possessore di un sapere oscuro e proibito, capace di vedere realtà superiori, con l’avvento dell’Età Classica l’orizzonte medioevale della follia comincia a restringersi e, ben presto, i privilegi culturali ed il potere di suggestione del folle lasceranno spazio alla sua

visione come minaccia¹. Le strutture lasciate libere dai lebbrosi rivelano finalmente la loro utilità nell'accogliere una vasta gamma di individui respinti dalla città, diventano ospedali ed al contempo carceri per individui di ogni tipo ed estrazione sociale. Emblema delle nuove strutture dedicate all'isolamento è l' *Hopital General de Paris*, fondato nel 1656, viene definito da Foucault il "terzo stato della repressione". Dunque l'Età Classica, diventa il momento in cui la follia è percepita nell'orizzonte sociale della povertà, dell'incapacità al lavoro, dell'impossibilità di integrarsi al gruppo; è il momento in cui essa comincia a fare parte dei problemi dell'ordinamento civile.

Siamo nella seconda metà del XVIII secolo quando si inizia a fare una netta distinzione tra folle, ammalato e criminale. Questo cambiamento è la prima testimonianza di quel grande movimento che si concluderà solo cent'anni dopo con la costituzione del primo manicomio criminale.

La psichiatria positiva del XIX secolo, se ha rinunciato alle pratiche, se ha lasciato da parte le conoscenze del XVIII secolo, ha ereditato segretamente tutti quei rapporti che la cultura classica nel

¹ Cfr. M. Foucault, "Storia della follia in Età Classica", Rizzoli, 1981, p. 30 ss.

suo insieme aveva instaurato con la sragione: gli ha modificati e spostati, ha creduto di parlare della sola follia nella sua oggettività patologica; suo malgrado, aveva a che fare con una follia ancora tutta abitata dall'etica della sragione e dello scandalo dell'animalità.

Se in Europa l'esigenza di costruire "case di correzione" si sente già intorno al 1600, in Italia è nella seconda metà del XIX secolo che si avverte l'esigenza di creare strutture residenziali volte ad ospitare soggetti la cui situazione clinica e giudiziaria richiedeva un particolare trattamento². Sullo sfondo, in questi anni, vi è un acceso dibattito tra la scuola Classica e la scuola Positiva. La prima, facendo leva sul concetto di consapevolezza del reo, sosteneva che coloro che avessero commesso un reato in stato di assoluta follia, non potevano rispondere della loro condotta delittuosa. A tale impostazione si opponeva quella della scuola Positiva la quale, invece, sosteneva che tali soggetti fossero una vera e propria minaccia per la società e che, pertanto, era necessaria una "reazione" differente a tali tipi di crimini. Tale risposta venne rinvenuta dai Positivisti nei manicomi criminali, istituzioni ideate sul modello di quelli già esistenti in Inghilterra.

² Cfr. Redazione ProVersi in "Superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari: << Favorevole o Contrario?>>", Etipublica, 2017, p. 20 ss.

Nel 1875 e 1877 vengono indetti due convegni che avevano ad oggetto la necessità o meno di istituire i manicomi criminali, nonché, l'esigenza di adottare una terminologia diversa da quella adottata in Inghilterra. In assenza di una specifica normativa, nel 1876 ad Aversa viene istituita la prima "sezione per maniaci". In realtà non si tratta di un vero e proprio manicomio, ma solo di una sezione dove vengono internati coloro che diventano "folli" nel tempo di esecuzione della pena. Nel 1886 viene inaugurato a Montelupo Fiorentino il primo vero manicomio criminale. Il codice Zanardelli del 1889, pur introducendo il concetto di non imputabilità per vizio di mente, stabilisce che l'individuo seppur prosciolto, poteva essere consegnato all'autorità di pubblica sicurezza, per un provvisorio ricovero in manicomio, qualora il giudice avesse ritenuto la sua liberazione pericolosa³. In tale periodo, il reo era sottoposto ad una sorta di osservazione, e se dopo quest'arco di tempo la prognosi di pericolosità era confermata il giudice, solo allora, poteva disporre il ricovero definitivo.

Il codice penale del 1889 parlava semplicemente di "manicomi" ; è infatti nel 1891 che fa la sua prima comparizione il termine

³ Ibidem cifr. p. 30 ss.

“manicomi giudiziari”. È il regolamento generale per gli stabilimenti carcerari a prevedere che gli imputati prosciolti per vizio di mente, possano essere ricoverati presso i manicomi giudiziari. Nel 1904 viene emanata la prima legge sui manicomi, la n. 36 del 14 febbraio, composta da soli 11 articoli e intitolata “Disposizioni sui manicomi e sugli alienati”.⁴ Ciò che colpisce di tale intervento legislativo è l’omogeneità delle disposizioni che riguardano i malati di mente autori di reato e i malati di mente non autori di reati. L’unica differenza che si coglie è la denominazione degli istituti (manicomi criminali per i primi e manicomi civili per i secondi)⁵.

Negli anni successivi sulla questione calerà un lungo silenzio, e addirittura il dubbio che sorge, è che all’esterno di tali strutture si sia voluta dare una immagine delle stesse menzognera, quali luoghi di cura e di assistenza ideali e si sia sottovalutata di gran lunga la reale situazione. Si pensi a tal proposito ad un avviso pubblicitario⁶ che così recitava:

⁴ Cifr. M. Miravalle , “Roba da matti”, Edizioni GruppoAbele, 2015, p. 65.

⁵ Cifr. S. Merlini, “Libertà personale e tutela della salute mentale: profili costituzionali”, Democrazia e diritto, fasc. 1-2, 1970, p. 61 e ss.

⁶ Avviso pubblicitario in “Mental Hospitas” del 1955, contenuto nel libro “Morire di classe” di F. Basaglia.

ALLEGRI, LACERATORI! ECCO UNA NUOVA TUTA COMPLETAMENTE AUTOMATICA! Vestito tutto intero, disegnato ed sperimentato da istituzioni per pazienti e ritardati mentali. Impedisce l'impulso a spogliarsi, resiste alla lacerazioni. Si infila dalla testa. Non occorre reggiseno o altro sottoindumento. Automatici all'incrocatura per andare al gabinetto. Piacevoli modelli in due colori, con scollo rotondo, a V o quadrato. Non si stira.

Intanto, nel biennio 1923-1925 il numero dei manicomi criminali cresce; al suddetto manicomio di Montelupo Fiorentino si aggiungono i manicomi di Sant'Eframio e di Barcellona Pozzo di Gotto. Dopo l'entrata in vigore del codice Rocco nel 1930, l'unico intervento legislativo è costituito dalla legge n. 431 del 1968⁷. Legge le cui disposizioni non possono essere considerate di certo rivoluzionarie ma che, tuttavia, riconosce al malato il diritto di essere curato⁸ da una patologia e non da un'infamia, come fino a quel momento si era creduto. Viene pertanto esaltato il fine terapeutico, con la creazione dei centri e servizi di igiene mentale territoriali con fini preventivi.

⁷ Cfr. M. Miravalle, p. 71.

⁸ Art 32 della Cost., che assieme al 27, vengono considerati gli articoli che più influenzano il dibattito e le pronunce della Corte Costituzionale.

Nel 1974 la questione dei manicomi ritorna al centro del dibattito giuridico e politico; in quell'anno, infatti, alcuni ex internati cominciarono a denunciare le condizioni in cui avevano vissuto per anni, le violenze e i maltrattamenti subiti. La testimonianza, in tal senso più rilevante, viene considerata quella di Aldo Trivini, internato nel manicomio di Aversa. Il 31 dicembre dello stesso anno muore, presso il manicomio di Pozzuoli, Bernardini Antonietta dopo essere stata legata per giorni ad un letto di contenzione che prende fuoco a causa di una sigaretta.⁹ Finalmente, dopo anni di disinteresse da parte del legislatore, viene emanata la legge 345 del 1975¹⁰ la quale comporta in primis un mutamento nominalistico delle istituzioni: si passerà infatti dall' espressione "manicomi giudiziari" ad "Ospedali Psichiatrici Giudiziari" (Opg) ma altresì, dispone che ogni istituto carcerario disponga di uno psichiatra e introduce nel nostro ordinamento la figura del magistrato di sorveglianza, quale "organo di garanzia nell'esecuzione della sanzione detentiva"¹¹.

⁹ Sul punto, cfr. D. S. Dell'Aquila e A. Esposito in "Cronache da un manicomio criminale", Edizioni dell'Asino, 2013.

¹⁰ Si approva quindi il Nuovo Ordinamento Penitenziario. Tale legge è presente su www.ristretti.it.

¹¹ Cit. F. Bricola, "Il carcere riformato", Il Mulino, 1977, p. 265.

Pian piano si cerca di sbilanciare l'equazione cura-custodia verso il primo polo.

1.2 IL RICOVERO IN UN OPG. NATURA, FUNZIONI E PRESUPPOSTI DI TALE MISURA

“ Nelle istituzioni totali questi territori appartenenti al sé sono violati, la frontiera che l'individuo edifica fra ciò che è e ciò che lo circonda è invasa e la incorporazione del sé profanata.” Erving Goffman

Con l'entrata in vigore del codice Rocco nel 1930 si adotta il cosiddetto “sistema del doppio binario”¹² dove alla pene si affiancano le misure di sicurezza per i socialmente pericolosi non imputabili. Questo affiancamento si pone quindi evidentemente in contrasto con quella che era la tipica omogeneità della legge del 1904.¹³ Il ricovero in un Opg appartiene pertanto al novero

¹² Cit. M. Argenio, “Il fondamento incerto della pericolosità sociale”, su www.Diritto.it, 2017, p.1.

¹³ Cifr. M. Pelissero, “Pericolosità sociale e doppio binario”, Giappichelli, 2008, p. 91.

delle misure di sicurezza ed è disposto dall'articolo 222 del codice penale, il quale così recitava :

Nel caso di proscioglimento per infermità psichica, ovvero per intossicazione cronica da alcool o da sostanze stupefacenti, ovvero per sordomutismo, è sempre ordinato il ricovero dell'imputato in un manicomio giudiziario per un tempo non inferiore ai due anni; salvo che si tratti di contravvenzioni o di delitti colposi o di altri delitti per i quali la legge stabilisce la pena pecuniaria o la reclusione per un tempo non superiore nel massimo a due anni, nei quali casi la sentenza di proscioglimento è comunicata all' autorità di pubblica sicurezza. La durata minima dell'internamento è di dieci anni, se per il fatto commesso la legge stabilisce la pena di morte o l' ergastolo, ovvero di cinque se per il fatto commesso la legge stabilisce la pena della reclusione per un tempo non inferiore nel minimo a dieci anni. Nel caso in cui la persona ricoverata in un ospedale psichiatrico giudiziario debba scontare una pena restrittiva della libertà personale, l'esecuzione di questa è differita fino a che perduri il ricovero nell'ospedale giudiziario. Le disposizioni di questo articolo si applicano anche ai minori di anni quattordici o maggiori dei quattordici e minori dei diciotto, prosciolti per ragione d'età, quando abbiano commesso un fatto preveduto dalla legge come reato, trovandosi in alcuna delle condizioni indicate nella prima parte dell'articolo stesso.

Il testo di tale articolo più volte sarà oggetto di censure della Corte Costituzionale¹⁴ ma di questo si tratterà in seguito; ora l'accento va posto su due questioni:

- la prima riguarda il fatto che l'articolo 222 lega la quantità della pena alla gravità del fatto e ciò trasforma inevitabilmente la misura in una sanzione;
- la seconda questione attiene alla durata della misura non determinata nel massimo, ma solo nel minimo.

Da queste due questioni discende a loro volta un vero e proprio problema attinente al fatto che, così concepita, la misura porta al paradosso per cui l'internamento può essere addirittura più duraturo della pena, urtando in tal modo il principio di legalità delle pene. Chiarita la natura di tale misura, si procede alla analisi della sua funzione.

Il ricovero in Opg nell'immaginario dei Positivisti ed in particolare di Cesare Lombroso, si poneva come uno strumento capace di assistere, curare e reinserire in società gli internati.

¹⁴ Cit. M. Miravalle, p. 71.

Una struttura a metà tra la cura e la custodia¹⁵. Nella realtà tale prospettiva sarà ampiamente tradita.

Pare, ora, doveroso discorrere sui presupposti necessari per l'applicazione di tale misura. L'articolo 202 del codice penale a tal fine dispone:

Le misure di sicurezza possono essere applicate soltanto alle persone socialmente pericolose che abbiano commesso un fatto previsto dalla legge come reato. La legge penale determina i casi nei quali a persone socialmente pericolose possono essere applicate misure di sicurezza per un fatto non previsto dalla legge come reato.

È, dunque, necessaria la commissione di un reato da parte di un soggetto che sia dalla legge considerato socialmente pericoloso.¹⁶

Ai sensi del articolo 203 del codice penale socialmente pericolosa è “ la persona, anche se non imputabile e non punibile, la quale ha commesso taluno dei fatti indicati nell'articolo precedente, quando è probabile che commetta nuovi fatti previsti dalla legge come reati. La qualità di persona socialmente pericolosa si desume dalle circostanze indicate

¹⁵Cit. G. Melani, “La funzione dell'Opg. Aspetti normativi e sociologici.”, in rivista online L'Altro Diritto, 2014.

¹⁶ Cit. E. Dolcini e G. Gatta, “Manuale di diritto penale”, parte generale, VI edizione, Giuffrè, 2017, p. 755 e ss.

nell'articolo 133 codice penale.”¹⁷ A tali articoli si aggiunge il 204 del codice penale, il quale prevedeva per i reati più gravi, una presunzione di pericolosità. Tale norma è stata in realtà abrogata dalla legge Gozzini¹⁸ la quale ha previsto che l'applicazione di tutte le misure di sicurezza deve essere subordinata al previo accertamento della pericolosità del reo.¹⁹ Preposto a tale accertamento è il giudice, il quale deve utilizzare i parametri dell'articolo 133 del codice penale che distingue criteri volti a verificare la gravità del reato e criteri per individuare la capacità a delinquere del reo. Sono proprio quest'ultimi criteri ad evidenziare la fragilità del concetto di pericolosità sociale. Basandosi su criteri soggettivi, infatti, tale giudizio non solo non è dotato di scientificità ma altresì non è attendibile perché verte su situazioni falsificabili.²⁰ Inoltre molte volte nella pratica tale valutazione viene affidata a psicologi e psichiatri e ciò determina una sorta di scarico di responsabilità.

Sembra, pertanto, orientata in tal senso la legge n. 81 del 30 maggio del 2014 la quale ha stabilito che, per l'accertamento

¹⁷ Ibidem, cfr. E. Dolcini e G. Gatta, p. 758 e ss.

¹⁸ Si tratta della legge n. 663/1986.

¹⁹ Cfr. G. Ponti e I. Merzagora Betsos, “La abolizione delle presunzioni di pericolosità sociale” in *Rivista italiana di medicina legale*, fasc. 9/1989, p. 18 ss.

²⁰ Cfr. M. Argenio, “Il fondamento incerto della pericolosità sociale”, 2017, in *Diritto.it*, p. 2 ss.

della pericolosità sociale, non dovranno più prendersi in considerazione i criteri del comma secondo dell' articolo 133 n. 4²¹ (condizioni familiare, di vita individuale e sociale del reo), ma dovranno essere prese in considerazione solo le qualità soggettive della persona. La *ratio* della norma è certamente lodevole: mira a riaffermare il principio garantista, ma ciò nonostante c'è chi ha obiettato che realizza una rischiosa decontestualizzazione del reo. In realtà tale tesi è facilmente smontabile se si pensa che, operando in tal maniera si è perfettamente in linea con il disposto dell'articolo 27 della Costituzione²², e pertanto si evita di etichettare come socialmente pericolosi dei pazienti per colpe non loro.²³

²¹ Cifr. G. Marinucci e E. Dolcini, "Manuale di diritto penale. Parte generale", p. 585 e ss, IV edizione, 2012, Giuffrè.

²² Il primo comma dell'articolo 27 della Costituzione, infatti, afferma il principio per cui la responsabilità penale è personale.

²³ Cifr. G. Dodaro, "Nuova pericolosità sociale e promozione dei diritti fondamentali della persona malata di mente", in *Diritto penale e processo*, fasc. 5/2015, p. 613 e ss.

1.3 MA CHI SONO I “FOLLI REI”? INQUADRAMENTO E NOZIONE DI NON IMPUTABILITÀ

“... E guai a chi un bel giorno si trovi bollato da una di queste parole che tutti ripetono! Per esempio “pazzo!”- per esempio, che so? - “imbecille!” – Ma dite un po’ si può stare quieti a pensare che c’è uno che si affanna a persuadere agli altri che voi siete come vi vede lui, a fissarvi nella stima degli altri secondo il giudizio che ha fatto di voi? ... perché trovarsi davanti a un pazzo sapete che significa? Trovarsi davanti a uno che vi scrolla dalle fondamenta tutto quanto avete costruito in voi, attorno a voi, la logica, la logica di tutte le vostre costruzioni ...” Luigi Pirandello

Tutte le azioni umane vengono etichettate e questo processo di etichettamento porta alla definizione di una parabola²⁴: chiunque si discosta, consapevolmente o inconsapevolmente, da tale parabola è considerato un deviante.

In una società del rischio, tutto ciò che è diverso è pericoloso e per questo il legislatore si adatta alle esigenze della società adottando il cosiddetto *prisonfare* il quale usa strumenti, primo su tutti il carcere, per punire la diversità.²⁵ Sebbene ci stiamo

²⁴ Cit. S. Becker, “Outsiders-studies”, Edizioni Gruppo Abele, 2003, p. 22.

²⁵ Cifr. L. Wacquant, “Punishing the Poor”, Duke University Press, 2006, p. 113 e ss.

muovendo in una concezione postfordista, in realtà la pericolosità del folle-reo risale a tempi ben più remoti.

Siamo agli albori del Rinascimento quando la paura della follia, secondo Foucault, supera addirittura quella della peste, diventando “una paura che suscita reazioni tendenti alla separazione, all’esclusione, alla purificazione”.²⁶ Una conseguenza di tale modo di pensare può essere rinvenuta nella cosiddetta “Nave dei folli” che, lungo i fiumi della Renaria, ad ogni porto imbarcava quei folli che la società non riusciva più a controllare. Quindi il folle è un diverso che come tale deve restare ai margini della società, non è un consociato uguale agli altri ma, anzi, un antisociale che presenta profili negativi che lo rendono diverso dalle sue potenziali vittime²⁷. A riprova di quello detto finora, si riporta qui sotto la procedura da seguire in caso di morsicature contenuta nel “Manuale per gli infermieri di un ospedale psichiatrico”:

Per un infermiere di Ospedale Psichiatrico, più importanti delle morsicature di vipere ed insetti sono quelle da parte di infermi aggressivi ai danni di altri ricoverati o degli stessi infermieri. La disinfezione di queste feritelle da

²⁶ Cit. M. Foucault, p. 19.

²⁷ Cifr. M. Miravalle, p. 24 ss.

morsi deve essere molto accurata e molto energica (con tintura di iodio applicata più volte e dopo spremitura ed accurato lavaggio). Quantunque l'avvento dei sulfamidici e della penicillina abbia reso meno temibili le conseguenze di questi morsi, è tuttavia sempre buona norma curarli adeguatamente, poiché in alcuni individui albergano, nella bocca, germi capaci di determinare suppurazioni flemmonose molto tenaci e a tendenza espansiva, per cui un morso da parte loro può causare perfino l'amputazione o la disarticolazione del braccio o mettere addirittura in pericolo la vita.²⁸

Considerati quindi come portatori di una malattia mortale, i folli si inquadrano in coloro che vivono nella cosiddetta situazione di non imputabilità. Agli effetti dell'attuale codice penale è non imputabile e quindi non punibile chi al momento della commissione del reato si trovava in una delle situazioni tassativamente previste dal legislatore:²⁹

- Vizio di mente;
- Sordomutismo;
- Minore età;
- Azione delle sostanze alcoliche e stupefacenti;

²⁸ Tratto da "Morire di classe" di F. Basaglia, Einaudi, 1969.

²⁹ Cifr. G. Marinucci e E. Dolcini " Manuale di diritto penale. Parte generale", Giuffrè, 2009, p. 657 ss.

Ciò che, in tal sede, rileva è il vizio di mente di cui se ne occupano gli articoli 88 e 89 del codice penale. L'articolo 88, rubricato "vizio totale di mente", prevede che :

Non è imputabile chi, nel momento della commissione del fatto, era, per infermità, in tale stato di mente da escludere la capacità di intendere e di volere.

Aggiunge l'articolo 89 (vizio parziale di mente) :

Chi nel momento della commissione del fatto, era, per infermità, in tale stato di mente da scemare grandemente, senza escluderla, la capacità di intendere o di volere, risponde del reato commesso ma la pena è diminuita.³⁰

Per "infermità" si intendono malattie di tipo psichico e malattie di tipo fisico. Per l'accertamento del vizio di mente è sempre necessaria una perizia psichiatrica.

Ma agli occhi di un folle cosa è la non imputabilità ?

Utilizzeremo a tal fine le parole di un internato:

È quando non sai più chi sei. Il giorno del casino all'inizio era tutto normale poi tutta la notte, mi hanno tormentato tutta la notte. Ho provato con la terapia al bisogno, che mi aveva prescritto lo psichiatra ma non ha funzionato. Quando, al mattino mio fratello mi è venuto ad alzare, non ho

³⁰ Ibidem cfr. p. 658 ss.

capito più niente. Dicono che sembrassi indemoniato. Dicono.³¹

³¹ Cit. M. Valcarengi, "I manicomi criminali", Mazzotta, 1975; citata anche da M. Miravalle a p. 38.

Capitolo secondo

DALL'OPG ALLE REMS. I PRIMI PASSI

“E- vi preghiamo- quello che succede ogni giorno non trovatelo naturale. Di nulla sia detto: è naturale in questo tempo di anarchia e di sangue, di ordinato disordine, di meritato arbitrio, di umanità disumanata, così che nulla valga come cosa immutabile”. Bertolt Brecht

2.1 LA RIFORMA DEL 1978: LA LEGGE BASAGLIA. GENESI ED EFFETTI

Il 13 maggio 1978, a larga maggioranza, il parlamento approva la legge n. 180 del 1978 che poi confluirà nella legge n. 883 del 1978 di riforma del sistema sanitario nazionale.³² La procedura fu rapidissima.³³ Basaglia e il movimento antipsichiatrico³⁴ italiano

³² Cifr. F. Bricola, “Il carcere riformato”, il Mulino, 1977, p. 265.

³³ Cit. V. Grevi, “Alternative alla detenzione e riforma penitenziaria”, Zanichelli, 1982, p. 215.

³⁴ Sviluppatisi nei primi anni '60, il movimento era in prima linea per la chiusura dei manicomi ed era contrapposto per idee, soluzioni e spiegazione della malattia mentale alla psichiatria tradizionale.

I suoi principali esponenti furono: in Inghilterra Laing e Cooper, in Francia M. Foucault, in Italia F. Basaglia e negli stati uniti T. Szasz.

L'Antipsichiatria era basata su un concetto di violenza, alla quale il malato mentale sarebbe sottoposto nei suoi contatti sociali sin dalla più tenera età; accusava la scienza ufficiale di trascurare l'origine sociale dei disturbi psichici, per concentrare la sua attenzione sulla malattia

da tempo chiedevano una riforma delle cure psichiatriche basata su due principi: la territorializzazione delle cure e la responsabilizzazione del malato. La riforma arriva ma è lo stesso Basaglia che ne rifiuta la paternità. Di seguito si riporta un'intervista a La Stampa, dove Basaglia dichiara :

Questa legge nasce come un compromesso per superare lo scoglio del referendum, che avrebbe eliminato una legge deprecabile, ma avrebbe lasciato un vuoto normativo che comunque andava colmato. Un compromesso politico quindi è quello che è. Esso va visto nell'ambito della volontà del governo di far rientrare questa normativa nella progettata riforma sanitaria. È uno stralcio, una norma transitoria. Questo alimentare perplessità sulle contraddizioni che la nuova normativa contiene e le speranze che essa possa condurre a posizioni più avanzate. Una cosa è abbastanza importante: che le forze politiche abbiano apprezzato ciò che è accaduto negli ultimi anni in manicomi smantellati da psichiatri democratici, preparando una legge i cui motivi ispiratori sembrano coerenti in tal senso. Sotto questo aspetto si tratta di una piccola vittoria. (...)

individuale e sulle sue basi organiche.

Le cure che venivano somministrate in quel tempo nei manicomi (dosi eccessive di psicofarmaci, medicinali in fase di sperimentazione, elettroshock e metodi costrittivi), erano considerate forme di violenza sociale su persone fragili, perpetrata da parte della famiglia e della società, per aver rifiutato di adeguarsi al conformismo sociale.

L'Antipsichiatria, invece, sosteneva che il trattamento del malato doveva essere effettuato attraverso interventi psicoterapeutici e politico-sociologici, che miravano a suscitare in lui la presa di coscienza della propria sofferenza. Essa intendeva tutelare i diritti del paziente, lasciarlo libero di esprimersi e di reinserirsi nell'ambiente sociale. I manicomi, pertanto, considerati centri di poteri e di accordi clientelari, dovevano essere chiusi.

Questo è in breve il concetto di antipsichiatria, con i suoi principi fondamentali. Sul punto cfr. F. Codaro in "Che cos'è l'antipsichiatria?", Edizioni psiconline, 2013.

attenzione alle facili euforie. Non si deve credere di aver trovato la panacea a tutti i problemi del malato di mente con il suo inserimento negli ospedali tradizionali. La nuova legge cerca di omologare la psichiatria alla medicina. Facciamo l'esempio di chi ha un tumore, se va a finire all'ospedale c'è la ricerca del suo male. Ma se ricoveri una persona perché ha pensieri bizzarri, perché lo fai? La sofferenza psichiatrica nasce da una contraddizione: l'uomo più è represso più manifesta sofferenza psichica.³⁵

Leggendo tale intervista, ciò che immediatamente risalta è la tipica concezione antipsichiatrica, riassumibile nella celebre frase dello stesso Basaglia "la libertà è terapeutica" ma, altresì, queste parole fanno porre una riflessione: quali sono stati gli effetti di tale riforma? Prima di rispondere a tale quesito, analizziamo brevemente i contenuti della legge 180.

All'articolo 1 comma primo, è sancito il principio generale della volontarietà dei trattamenti sanitari. Nel seguente articolo vengono disciplinati i trattamenti sanitari obbligatori. Questi possono essere disposti solo nei casi previsti dalla legge, in linea con le previsioni dell'articolo 32 della Costituzione, il quale prevede il principio di volontarietà dei trattamenti sanitari e impone la riserva di legge per quelli obbligatori. Il terzo comma

³⁵ Intervista di F. Giliberto a Basaglia, in La Stampa, 12 Maggio 1978, p. 11.

dello stesso articolo 2 definisce i trattamenti sanitari obbligatori ospedalieri, per i quali è previsto un regime più restrittivo.³⁶ L'articolo 6 stabilisce che gli interventi di trattamento e cura siano espletati dai servizi territoriali extraospedalieri; il ricovero presso l'ospedale psichiatrico si configura quindi come *extrema ratio* da utilizzare in casi di emergenza. L'articolo 7 pone il divieto di costruire nuovi ospedali psichiatrici. La riforma, come già anticipato, è una riforma transitoria in attesa che la legge preveda il servizio sanitario nazionale. Tale previsione arriverà nel dicembre dello stesso anno.³⁷

Ora possiamo dare risposta al nostro quesito: quali gli effetti della riforma? Ma soprattutto la legge 180, sebbene non contenga alcun riferimento agli Opg, ha in qualche modo intaccato la loro realtà? In primo luogo, è necessario chiedersi se il divieto di disporre nuovi ospedali psichiatrici sia da ritenersi esteso anche agli Opg. In realtà, nessuna disposizione si occupa degli Opg e inoltre, le norme sulle misure di sicurezza sono rimaste invariate; alla luce di ciò, la giurisprudenza ritiene che la legge 180 non abbia inciso direttamente su tali istituzioni. Non resta che

³⁶ Cifr. A. Negroni, " Sul concetto di trattamento sanitario obbligatorio", in rivista AIC, fasc. 4/2017, p. 18 ss.

³⁷ Cifr. G. Melani, "La funzione dell'Opg. Aspetti normativi e sociologici", in Rivista Adir, 2014.

chiedersi se la legge abbia prodotto altri tipi di effetti sugli Opg. Molti hanno, infatti, sostenuto che la riforma Basaglia abbia prodotto una serie di effetti indiretti, primo fra tutti un potenziamento degli Opg. Secondo alcuni autori questo effetto sarebbe imputabile al fallimento dell'attuazione della legge, essendo poco efficienti i servizi psichiatrici territoriali; secondo altri, invece, vi sarebbe stato un incremento dei reati commessi dai disagiati, in assenza di strutture diverse da quelle penali.³⁸ Vediamo in che modo la teoria della carenza dei servizi psichiatrici avrebbe potuto produrre tale effetto.

In precedenza alla legge accadeva che, di fronte a comportamenti che potevano configurare un reato anche di lieve offensività, si preferisse ricoverare il reo in un ospedale psichiatrico. Dopo la riforma questa alternativa non è più utilizzabile e pertanto a causa dell'inefficienza dei servizi psichiatrici, le famiglie dei malati si ritrovavano a gestire senza risultati il disturbo psichico del proprio caro. Al fine di ottenere l'unica misura di sostegno per il disagiato, spesso i familiari denunciavano il reo di comportamenti aggressivi. Altra prassi consolidatasi prima della

³⁸ Cifr. R. Castiglioni "Il ritorno del Mariolino. Ovvero dell'insostituibile funzione del manicomio criminale", in *Rassegna Penitenziaria*, fasc. 1-3, 1986, p. 130-131.

riforma era quella di disporre le dimissioni dell'internato, qualora fosse venuta meno la sua pericolosità sociale, condizionandole al trasferimento presso un'altra struttura psichiatrica. La riforma, dunque, avrebbe prodotto un potenziamento degli Opg, nel senso di incremento delle presenze e della stabilizzazione delle stesse.³⁹

Per valutare se realmente questo effetto si sia verificato, prendiamo in considerazione il grafico che segue.

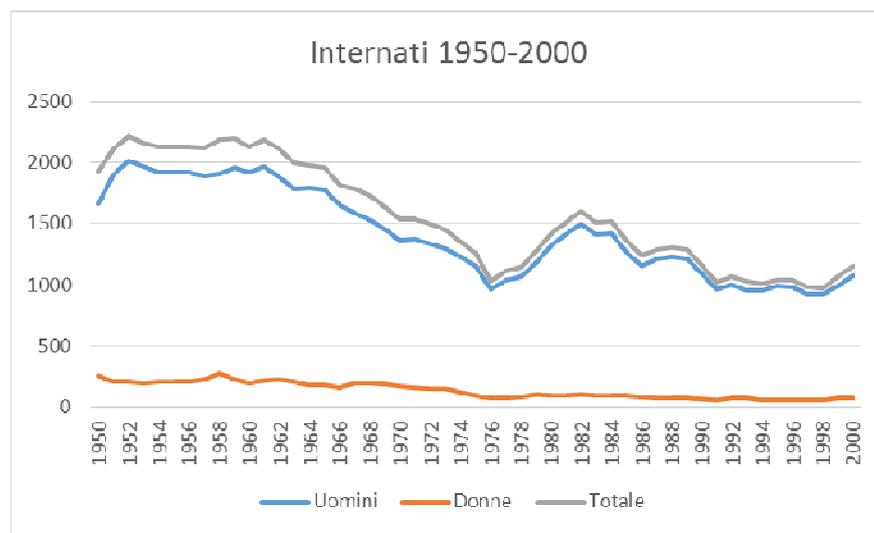


Figura 2: tratto da “ *La funzione degli Opg. Aspetti normativi e sociologici*”, G. Melani, in *Rivista online Adir*. Il grafico rappresenta l’andamento del numero degli internati negli anni ‘78-’82.

³⁹ Cifr. G. Melani, “La funzione dell’Opg. Aspetti normativi e sociologici”, in *Rivista Adir*, 2014; Cifr. A. Manna, “Il trattamento sanzionatorio del malato di mente autore di reato e le prospettive di riforma”, in *Rassegna Italiana di Criminologia*, 1994, p. 269; Cifr. G. Russo, “Il manicomio giudiziario come luogo di trattamento per detenuti difficili”, in *Rivista Italiana di Medicina Legale*, 1982, p. 928.

La prima cosa da chiarire è che sarebbe un errore ritenere che dall'anno 1978 i manicomi siano chiusi. Tenendo presente questo chiarimento, possiamo notare come, sebbene negli anni '78- '82 si registri un aumento degli internati, in realtà considerando il lungo periodo si nota come l'andamento diminuisca fino agli anni 2000.⁴⁰ Del resto su tali numeri possono aver inciso diversi fattori. Ad esempio, nel 1974 è intervenuta la pronuncia della Corte Costituzionale che ha esteso il potere di revoca anticipata al magistrato di sorveglianza. Nel 1982, invece, la Corte ha dichiarato illegittima la presunzione di pericolosità sociale. Alla luce di tali considerazioni possiamo affermare che la legge 180 del 1978 non abbia determinato un potenziamento rilevante degli Opg. Se una critica va mossa alla legge Basaglia, non è quella sul piano quantitativo ma, piuttosto, sul piano qualitativo. In molti casi infatti il problema si è spostato dal manicomio ad altri luoghi.⁴¹

⁴⁰Cifr. M. Miravalle, p. 82 ss.

⁴¹Ibidem cit. p. 84.

A tal fine riproponiamo, qui di seguito, la denuncia dell'associazione “ vittime della 180”:⁴²

La chiusura dell'ospedale psichiatrico ha riaperto il manicomio. L'odierno manicomio è la famiglia, ovviamente inadatta ad un'efficace cura. L'abbandono e la disgregazione del malato, che una volta avveniva solo nei più inefficienti ospedali psichiatrici, si ripete oggi in ogni casa, con l'aggravante del coinvolgimento e della distruzione di altre vite. La famiglia è sola a combattere la malattia, specie nel momento più critico e delicato, cioè agli inizi. Anzi si può dire che la cura del malato giovane e violento è oggi in Italia impossibile. (...) Mancò l'attivazione delle cosiddette strutture intermedie, ossia strutture di medio - lungo degenza che, senza riprodurre i limiti delle istituzioni manicomiali, consentissero l'accoglienza in piccole comunità, dei malati portatori dei disturbi più gravi.

Alla logica di esclusione dei malati di mente, nel custodialismo della precedente normativa, si era sostituita una logica di inclusione solo apparente.⁴³ In realtà, vi sono stati anche altri effetti indiretti della riforma Basaglia sulla normativa dell'istituzione Opg.

⁴² Tra le principali attività di questa associazione, formata da amici, parenti, giuristi, vi è l'aggiornamento del sito www.vittimedella180.it, in cui storie e testimonianze di quelli che sarebbero i disastri delle legge 180.

⁴³ Cit. M. Pelissero, p. 98.

Anzitutto, la legge n. 180 ha posto le basi per un nuovo approccio terapeutico alla malattia mentale. Con l'approvazione della legge Basaglia, si assiste all'entrata della psichiatria nell'area dell'assistenza sanitaria, all'attuazione dell'articolo 32 della Costituzione, all'eliminazione della funzione custodiale, alla valorizzazione dei diritti del reo infermo di mente. Una parte della dottrina ha sostenuto che dall'introduzione della legge n. 180, la misura di sicurezza del ricovero in Opg dovesse intendersi come un trattamento sanitario obbligatorio. La tesi era già sostenuta anche prima dell'approvazione della legge Basaglia da autori come Padovani⁴⁴ nell'ambito di quel filone di analisi che riguarda la riflessione sull'ammissibilità del sistema dualistico, sostenendo che il doppio binario è legittimo a condizione che la misura di sicurezza abbia una funzione terapeutica. Quindi la misura di sicurezza è un trattamento sanitario, in quanto rivolta ad un soggetto che poiché ha commesso reato, non è solo un socialmente pericoloso ma è anche un soggetto bisognoso di cure; è obbligatorio perché non

⁴⁴Cifr. T. Padovani , "L'ospedale psichiatrico giudiziario e la tutela costituzionale della salute" in U. Breccia e F. D. Busnelli , "Tutela della salute e diritto privato", Milano, Giuffrè, 1978, p. 242-243.

richiesto dal soggetto. Chiaramente tutto deve sempre avvenire nel rispetto della dignità umana.

La rivoluzione iniziata da Basaglia, ebbe un vasto appoggio dall'opinione pubblica ormai persuasa da un movimento culturale volto alla superazione dell'insostenibilità dell'istituzione manicomiale, vista come disumana.⁴⁵ L'Organizzazione Mondiale della Sanità (Oms) dichiarerà Trieste zona pilota per la psichiatria, consacrando a livello internazionale la legge Basaglia.⁴⁶ Trieste unica al mondo, chiuderà definitivamente il proprio manicomio per superare definitivamente il rapporto tra terapeuta e folle. La legge 180 segnerà un vero e proprio spartiacque tra la cura della malattia mentale e la sua configurazione come problema di sicurezza pubblica.⁴⁷ Dopo trent'anni dall'entrata in vigore della Costituzione, per la prima volta la malattia mentale viene considerata come le altre malattie e la competenza dell'attività dell'assistenza psichiatrica viene trasferita alle regioni. Da ora in poi i trattamenti devono essere di norma volontari, il trattamento sanitario obbligatorio verrà utilizzato solo come *extrema ratio*. Lo scopo del Trattamento

⁴⁵ Cifr. S. Sbordoni, "Devianza primaria e devianza secondaria", in Rivista Adir, 1998.

⁴⁶ Cit. E. Santoro, "Carcere e società liberale", Giappichelli Editore, 2004, p. 70.

⁴⁷ Cifr. G. Melani, "La funzione dell'Opg. Aspetti normativi e sociologici", in Rivista Adir, 2014.

Sanitario Obbligatorio (Tso) è solo terapeutico.⁴⁸ Ne consegue che la mancata accettazione del trattamento non potrà essere considerata come indicatore di pericolosità sociale ma piuttosto come indicatore della paura del manicomio.

Un ulteriore effetto è la separazione tra funzione di cura e funzione di controllo. Se è vero che il trattamento sanitario obbligatorio comprime i diritti del paziente, è pur vero che lo fa temporaneamente e in vista di altri diritti dello stesso che in quel momento sono considerati prioritari. La neutralizzazione della pericolosità pubblica riguarderà solo la pubblica sicurezza. “Quando sia il caso, può competere al servizio psichiatrico e alla polizia di intervenire insieme nella stessa situazione, ma ciascun potere sulla base del proprio specifico mandato” che nel caso medico consiste nel principio di non nuocere.⁴⁹

La legge, inoltre, prevede il divieto di nuove ammissioni negli ospedali psichiatrici e il divieto di costruire nuovi istituti.

L'assistenza psichiatrica viene affidata ai Dipartimenti di Salute

⁴⁸ Cifr. A. Negroni, “Sul concetto di trattamento sanitario obbligatorio”, in Rivista AIC, fasc. 4/2017, p. 12 ss.

⁴⁹ “Primum non nocere”. Principio presente nel giuramento di Ippocrate che impone al medico anzitutto di non arrecare danno al paziente e per questo tra i trattamenti possibili va sempre privilegiato quello che ha minori controindicazioni. Sul punto, cifr. H. Marsh in “Primo non nuocere”, Ponte alle Grazie, 2016.

Mentale (Dsm) organizzati su base territoriale. Mediante il consenso del paziente al trattamento si cerca di valorizzare la sua quota di responsabilità.

Altra innovazione della legge Basaglia è sicuramente quella di aver riconosciuto al reo infermo i suoi diritti sociali, che consistono nel diritto di ottenere prestazioni dagli organi pubblici e il suo diritto di libertà di scelta. Riconoscimenti che risultano strumentali ed indispensabili per garantire l'effettività del diritto alla salute mentale.

Ulteriore principio che si afferma prepotentemente è quello del rifiuto delle istituzioni totali a funzione mista che si propongono di curare e custodire.⁵⁰ Queste due espressioni è ormai chiaro si pongano in una logica di incompatibilità-esclusione, dove il garantire una esclude necessariamente l'altra. In un ordinamento libero cura e custodia non possono e non debbono essere coniugate.⁵¹

⁵⁰ Sul punto, cfr. E. Goffman, "Asylums . Le istituzioni totali: i meccanismi dell'esclusione e della violenza" Einaudi, Torino, 1961.

⁵¹ Cfr. G. Melani.

2.2 LE PRONUNCE DELLA CORTE COSTITUZIONALE NEGLI ANNI '80 E LA PRESUNZIONE DI PERICOLOSITÀ

“Io non sono quello che sono .” William Shakespeare

Iniziano gli anni '80 e ad occuparsi dei folli non è il legislatore bensì la Corte Costituzionale, quale guardiana della Costituzione e portatrice fedele dei valori del diritto.⁵² In realtà, prima di tale periodo la Corte si era pronunciata con la sentenza n. 110 del 1974 con la quale determina la prima sostanziale modifica al sistema designato dal codice Rocco, dichiarando illegittimo l'articolo 207 del codice penale nella parte in cui prevede l'irrevocabilità della misura prima della scadenza del suo termine di durata minima. La formulazione originale del suddetto articolo comportava nella pratica la permanenza in manicomio di molte persone che avevano cessato di essere pericolose, attribuendo al giudice la facoltà di revocare la misura di sicurezza anche prima della scadenza del termine minimo stabilito per legge. La

⁵² Cit. G. Zagrebelsky, "Il giudice delle leggi artefice del diritto", Editoriale scientifica, 2007, p. 68.

sentenza rappresenta un momento decisivo della battaglia contro i manicomi perché, in conseguenza ad essa, molte persone non più pericolose sono state liberate.⁵³

Se, alla luce della riforma del 1978, il quadro normativo è rimasto immutato, con la sentenza n. 139 del 1982 la Corte Costituzionale cerca di apportare una modifica di tipo “liberale” alla normativa sugli ospedali psichiatrici giudiziari.⁵⁴ La pronuncia nasce dall’ esigenza di rispondere ad alcune ordinanze di remissione dei giudici di merito, che vedono proprio nelle carenze terapeutiche degli istituti, un vizio di costituzionalità poiché si sacrifica il carattere rieducativo a favore di quello segregante della misura di sicurezza.

In particolare, la prima ordinanza di remissione presentata alla Corte⁵⁵ era occasionata da un giudizio nel quale si ravvisava la seguente situazione: un soggetto, prosciolto per vizio totale di mente, era stato durante il processo sottoposto a perizia per appurare la sua capacità di intendere e di volere. Il perito aveva

⁵³Cit. M. Miravalle, p. 73.

⁵⁴Cit. G. Vassalli, “L'abolizione della pericolosità presunta degli infermi di mente attraverso la cruna dell'ago”, in *Giurisprudenza Costituzionale*, fasc. 1/1982, p. 1211.

⁵⁵ Ordinanza del giudice istruttore del Tribunale di Firenze del 21 aprile 1976, in *Giurisprudenza Costituzionale*, 1976, II, p. 1540 e ss.

ritenuto che il soggetto fosse stato incapace di intendere e di volere al momento della commissione del fatto, ma non era da ritenere pericoloso. Nonostante tale giudizio, il giudice avrebbe dovuto comunque applicare una misura di sicurezza, stante la presunzione di carattere assoluto degli articoli 204 e 222 del codice penale, sui quali dunque si sollevava questione di legittimità. In più, a seguito della sentenza n. 110 del 1974,⁵⁶ la misura doveva essere revocata anticipatamente qualora si fosse ritenuta cessata la condizione soggettiva di pericolosità sociale. La disciplina, pertanto, appariva irragionevole, in contrasto con l'articolo 3 della Costituzione, poiché regolava in maniera diversa situazioni analoghe. La presunzione era contrastante, altresì, con l'articolo 27 della Costituzione, poiché il principio di responsabilità personale mal si coniugava con un sistema dove l'applicazione della misura di sicurezza era subordinata non ad un accertamento concreto, bensì, ad uno status di presunzione.

Alla prima ordinanza ne seguono altre 21, che aggiungevano alle criticità sollevate dal giudice istruttore di Firenze, altre questioni; in particolare, alcuni giudici remittenti, sottolineavano anche un

⁵⁶ Corte Costituzionale, sentenza del 23 Aprile 1974, n. 110, in *Giurisprudenza Costituzionale*, 1974, p. 779 e ss.

contrasto con l'articolo 24 della Costituzione, essendo all'imputato non garantito il diritto di difesa, poiché gli è impedito fornire prova contraria alla pericolosità. Vi era anche un contrasto con l'articolo 32 della Costituzione poiché c'era il rischio di imporre un trattamento ad una persona sana⁵⁷ e, inoltre, perché si riscontava una illegittima differenziazione nel trattamento del malato di mente autore di reato, rispetto al malato di mente comune a seguito della legge n. 180 del 1978.

La legittimità della presunzione assoluta di pericolosità era stata già oggetto della sentenza n. 106 del 1972⁵⁸. In quest'ultima, la presunzione era ritenuta giustificata quando le condizioni, dalle quali tale giudizio di pericolosità derivava, potevano considerarsi sintomi di una futura commissione di reato, alla luce di dati di comune esperienza⁵⁹. Questa presunzione assoluta sarà poi temperata dalla sentenza del 1974 sulla revoca anticipata.

Ritornando alla sentenza n. 139, la Corte parte tenendo in considerazione il duplice presupposto del ricovero presso l'Opg, ossia, la commissione di un reato e l'infermità psichica. Essendo

⁵⁷ Giudice istruttore Tribunale di Pisa, 18 Febbraio 1978.

⁵⁸ Peraltro richiamata dalla stessa sentenza 139 del 1982.

⁵⁹ Corte Costituzionale, sentenza del 27 Luglio 1982, n. 139, in *Giurisprudenza Costituzionale*, 1982, I, p. 1220.

la misura finalizzata alla cura e alla custodia, appariva valida la presunzione di pericolosità quando i reati fossero di una certa gravità⁶⁰ e fosse accertata la malattia mentale. La Corte rilevava come questa presunzione fosse duplice: da un lato la presunzione di pericolosità vera e propria, dall'altro una presunzione di permanenza della stessa⁶¹. Questa presunzione cadeva solo dopo il trascorrere di 5 o 10 anni. In più, l'articolo 222 del codice penale non prevedeva un ulteriore accertamento, oltre quello condotto al momento della commissione del fatto. È proprio il permanere di tale pericolosità che rendeva irrazionale la disciplina, poiché non vi è nessun dato di comune esperienza tale da sorreggere la convinzione che uno stato di salute resti inalterato nel tempo.

Proprio in linea con questo ragionamento, la Corte riteneva illegittimi gli articoli 204 e 222 del codice penale nella parte in cui, oltre ritenere presunta la pericolosità, affermavano il persistere della stessa. La presunzione di pericolosità sociale dell'infermo di mente autore di reato continua ad esistere; è invece priva di fondamento la presunzione persistente di

⁶⁰ Individuata dalla misura di pena edittale.

⁶¹ Cifr. G. Vassalli, p. 1202 e ss.

pericolosità. La Corte, come afferma Vassalli, giunge sì ad una abrogazione della presunzione ma non lo fa in modo manifesto, bensì lo fa passando “per la cruna dell’ago”.⁶²

Non si risolve, pure, l’altra questione legata alla previsione di termini minimi di durata della misure di sicurezza . È, tuttavia, iniziato il tramonto della normale connotazione retributiva dell’Opg che cede gradualmente il passo alla funzione preventiva. L’attività della Corte pone le basi per l’iniziativa del legislatore che arriverà nel 1986 con l’approvazione della legge Gozzini.⁶³

Sempre nel 1982 la Corte deposita altre due sentenze la n. 140 e la n. 141. Due pronunce che mostrano l’intento di fissare i principi cardine cui le misure di sicurezza devono ispirarsi. La sentenza n. 140 mostra l’interesse di mantenere vivo il sistema presuntivo in relazione alla figura del delinquente abituale, dichiarando non fondata la questione di legittimità costituzionale dell’articolo 102 del codice penale. La dottrina trae da tale pronuncia una conseguenza di carattere generale ritenendo che la volontà della Corte di mantenere la presunzione di pericolosità discendesse da ragioni politiche e, in particolare, fosse nata per

⁶² Cifr. G. Vassalli, p. 1202 e ss.

⁶³ Cifr. M. Pelissero, p. 105.

contrastare la tendenza della giurisprudenza a dichiarare sempre più raramente l'abitudine presunta. Il rischio che si voleva scongiurare era quello che la figura del delinquente abituale fosse soppressa dalla stessa giurisprudenza.

Nella sentenza n. 141, invece, la Corte afferma la legittimità costituzionale dell'articolo 88 del codice di procedura penale in riferimento agli articoli 3 e 27 della Costituzione, nella parte in cui si disponeva il ricovero in un Opg nei casi di sospensione del procedimento penale per infermità sopravvenuta. Questo perché l'imputato doveva considerarsi pericoloso per sé e per gli altri avendo, in tal caso, l'internamento natura preventiva.⁶⁴

La considerazione che possiamo trarre da queste sentenze, è quella di una timida apertura alle esigenze di garanzia ormai non più procrastinabili a seguito della legge n. 180 del 1978. Sarà la legge Gozzini ad eliminare le presunzioni con l'abrogazione dell'articolo 204, ma di ciò si tratterà a breve.

Nel 1893 la Corte è intervenuta anche sulla presunzione relativa all'applicazione della misura di sicurezza dell'assegnazione ad una casa di cura e custodia, confermando l'illegittimità della

⁶⁴ Cifr. T. Sannini, "Vizio di mente e pericolosità sociale", in Rivista Adir, 2014.

duplice presunzione anche per il semi-infermo⁶⁵ con la pronuncia n. 249. Si trattava di una presunzione ancora più irragionevole, trattandosi di un soggetto affetto da un'infermità meno grave del totale infermo di mente e, inoltre, per l'applicazione di questa misura di sicurezza trascorre un tempo anche più lungo rispetto all'applicazione del ricovero in Opg, dato che il condannato debba in tal caso prima scontare la pena detentiva, poi la misura di sicurezza.

Come abbiamo già anticipato, le pronunce degli anni '82 e '83 non erano giunte ad eliminare totalmente il meccanismo presuntivo, solo la legge Gozzini nel 1986 dichiarerà illegittimo tale meccanismo. Con l'articolo 31 la suddetta legge abroga l'articolo 204 del codice penale e prevede che “tutte le misure di sicurezza personali sono ordinate previo accertamento che colui che ha commesso il fatto è persona socialmente pericolosa”. La nuova disciplina fu criticata sotto diversi punti di vista. C'era chi, da un punto di vista formale, riteneva che la riforma fosse stata inserita in modo clandestino in una legge che avrebbe dovuto

⁶⁵ Cit. G. Jervis, “Crisi della psichiatria e contraddizioni istituzionali”, in “L'Istituzione negata”, a cura di F. Basaglia, Baldini Castoldi Editore, Milano, 2010, p. 299.

regolare un' altra materia;⁶⁶ c'era inoltre chi, da un punto di vista sostanziale, sosteneva che la legge lasciasse aperto il problema su come il suddetto accertamento si sarebbe dovuto svolgere. Va, a tal proposito, ricordata la persistenza nel nostro ordinamento di espletare una perizia criminologica. La valutazione della pericolosità sociale era, pertanto, affidata ad una mera intuizione del giudice.

Altri dubbi sollevati riguardavano il momento in cui si sarebbe dovuta valutare la pericolosità sociale. La risposta è giunta poco dopo con il codice di procedura penale, il quale entrando in vigore nel 1988, affermò che l'accertamento di pericolosità dovesse effettuarsi, nella fase di esecuzione della misura di sicurezza, da parte del magistrato di sorveglianza⁶⁷.

⁶⁶ La legge Gozzini, intitolata «Modifiche alla legge sull'ordinamento penitenziario e sulla esecuzione delle misure privative e limitative della libertà», aveva ad oggetto la riforma di alcuni importanti aspetti del regime penitenziario, per questo, l'abrogazione della presunzione di pericolosità sociale, parve ad alcuni autori eterogenea rispetto al principale oggetto della riforma.

⁶⁷Cifr. D. Siracusano e A. Galati, "Diritto processuale penale", Vol. II, Milano, Giuffrè, 1996, p. 607.

2.3 LE PRONUNCE DELLA CORTE COSTITUZIONALE NEGLI ANNI '90 E NEI PRIMI ANNI 2000

*“Si deve scoprire un crimine che si adatti alla punizione e ricostruire la natura dell'internato
per adattarla al crimine” Erving Goffman*

Nel 1998 è ancora la Corte Costituzionale a prendere un'importante decisione, sancendo l'illegittimità costituzionale dell'articolo 222 del codice penale nella parte in cui si prevede l'automatismo del ricovero in Opg per il minore infermo di mente. Con la sentenza n. 324 la Corte afferma che il trattamento penale dei minori deve essere improntato alle specifiche esigenze proprie dell'età minorile.⁶⁸ Dopo tale decisione della Corte, la Cassazione ha ritenuto di dover applicare, quale misura di sicurezza, quella del riformatorio giudiziario in considerazione alle sue modalità di esecuzione nonché al contenimento della pericolosità del minore.⁶⁹

⁶⁸ Corte Costituzionale, sentenza n. 324/1998, in “Cassazione penale”, 1998, p. 3214.

⁶⁹ Cfr. M. T. Collica, “Il riconoscimento del ruolo delle neuroscienze”, in *Diritto Penale Contemporaneo*, 2012, p. 218.

La sentenza n. 253 del 2003⁷⁰ rappresenta sicuramente la decisione più significativa della storia repubblicana presa dalla Corte Costituzionale in tema di folli-rei⁷¹. Il 10 luglio 2002 il Gup di Genova, chiamato a pronunciarsi nelle forme del rito abbreviato sul reato di tentata violenza sessuale aggravata e lesione personale, sollevava eccezione di legittimità costituzionale chiedendo alla Corte di pronunciarsi sull'incostituzionalità dell'articolo 222 del codice penale nella parte in cui non consente al giudice di adottare, nei riguardi del folle-reo socialmente pericoloso, in luogo del ricovero in Opg, una diversa misura di sicurezza, idonea a soddisfare al contempo le esigenze di cura e quelle di tutela della società. In particolare, il giudizio concerneva un imputato ritenuto nel corso della perizia psichiatrica incapace di intendere e di volere e “non pericoloso se ricoverato in una comunità per psicotici”⁷². Il giudice di merito riteneva vi fosse un contrasto irragionevole con l'articolo 3 della Costituzione, poiché la scelta tra diverse misure in vista delle esigenze terapeutiche del soggetto era prevista per il

⁷⁰ Sentenza n. 253/2003 Corte Costituzionale, in Consulta Online.

⁷¹ Cfr. M. T. Collica, p. 219 ss.

⁷² Cit. A. Santambrogio, “Il senso comune appartenenze e rappresentazioni sociali”, editore Laterza, 2006, Bari, p. 9.

minore e per il semi-infermo di mente, e invece in tal caso il ricovero si configurava come un “obbligo” imposto dalla legge.⁷³ Tale rigidità è ingiustificata sia sotto il profilo normativo, creando una disparità tra soggetti appartenenti ad una stessa categoria giuridica, sia sotto il profilo scientifico perché prevedendo una misura come quella del ricovero in Opg, si sottintende una pericolosità maggiore di coloro che sono affetti da vizio di mente totale rispetto ai semi-infermi o ai minori. La Corte non solo accoglie la questione ma, altresì, riscontra un’incompatibilità tra l’Opg e l’inderogabile esigenza di tutela della salute, garantita costituzionalmente dall’articolo 32 della Costituzione. La Corte, inoltre, aggiunge :

Le esigenze di tutela della collettività non potrebbero mai giustificare misure tali da arrecare danno, anziché vantaggio, alla salute del paziente: e, pertanto, ove la misura coercitiva del ricovero in Opg si rivelasse tale da arrecare un danno alla salute psichica dell’infermo, non la si potrebbe considerare giustificata neppure in nome di tali esigenze⁷⁴.

⁷³ Cifr. T. W. Harding, “Du danger, de la dangerosité et de l’usage médical de termes affectivement chargés”, in “Déviance et Société”, fasc. 4/1980, p. 331-348.

⁷⁴ Pretura di Padova 11 giugno 1982, in Rivista italiana di Medicina Legale, 1982, p. 1003.

Per la prima volta, si sancisce la preminenza del diritto alla salute sull'esigenza custodiale. Se è vero che la Corte nulla può fare sulle esigenze organizzative del Opg è altrettanto vero che è suo compito quello di ribadire la necessità di un perfetto equilibrio tra principi costituzionali di pari valore.⁷⁵ Nella soluzione della Corte si legge :

... pur nell'ambito del sistema attuale, il giudice può adottare, fra le misure che l'ordinamento prevede, quella che in concreto appaia idonea a soddisfare le esigenze di cura e tutela della persona ...⁷⁶

E tra le misure che l'ordinamento prevede, un ruolo premiante ha la libertà vigilata quale strumento da poter plasmare secondo le esigenze del folle-reo.

Una pena manicomiale continua, comunque, ad esistere. Il merito della sentenza sta nel fatto di aver isolato i concetti di cura e custodia e “di aver abbattuto l'ennesimo cancello segregante intuendo che l'unica risposta giuridicamente ed eticamente

⁷⁵ Cit. F. Martelli “I cascami del positivismo”, in Rivista Italiana di Medicina Legale, fasc. 6/2003, p. 1150.

⁷⁶ Consulta Online , sentenza n. 253/2003 Corte Costituzionale.

sostenibile ai problemi dei rei-folli è dall'altra parte del cancello.”⁷⁷

Vi è stato chi, pur accogliendo la decisione, ha sostenuto che attraverso di essa si arrivi ad un vero e proprio snaturamento dell'istituto della libertà vigilata⁷⁸, poiché essa si fonda sul presupposto di autodeterminazione del soggetto destinatario, come presuppongono gli articoli 212 e 231 del codice penale. In realtà, a mio parere, questa posizione può essere superata poiché la libertà vigilata è già applicabile al non imputabile nei casi di reato impossibile e poi la mancanza di autodeterminazione è circoscritta dall'articolo 88 del codice penale al solo momento della commissione del fatto; nulla è detto in merito ad una persistenza di tale incapacità.

Dal punto di vista terapeutico, non solo si può affermare la maggiore efficacia del trattamento in libertà, ma con l'introduzione della libertà vigilata possiamo iniziare a parlare di trattamenti progressivi e differenziati. In realtà, la magistratura

⁷⁷ Cit. M. Miravalle, p. 94.

⁷⁸ Cit. T. Sannini, "Vizio di mente e pericolosità sociale", in Rivista Adir, 2014.

già da tempo sulla base di un' interpretazione estensiva⁷⁹ dell'articolo 207 del codice penale⁸⁰, provvedeva alla sostituzione della misura detentiva del ricovero in Opg con quella della libertà vigilata.

Dopo la pronuncia della Corte, vi è stata una timida applicazione delle relative disposizioni; molto spesso, infatti, i giudici anziché applicare la misura della libertà vigilata applicavano quella della casa di cura e custodia *ex art 219* del codice penale, vista come misura intermedia. Nella realtà, casa di cure e custodia autonome dall'ospedale psichiatrico non esistono, essendo delle sezioni specializzate⁸¹ all'interno degli stessi ospedali.⁸² Altre volte, invece, veniva disposta la libertà vigilata, però, da scontare in una comunità terapeutica protetta e chiusa, con l'obbligo di risiedere e di non allontanarsi . La Cassazione, però, annullava tali decisioni ritenute in contrasto con il principio di legalità,

⁷⁹ La norma è, infatti, stata interpretata dagli stessi magistrati nel senso che il potere di revoca contenga in sé anche il potere di sostituzione con una misura meno afflittiva.

⁸⁰ Tale articolo conferisce al magistrato di sorveglianza il potere di revoca delle misure di sicurezza personali.

⁸¹ Cifr. art 62 Ord. Pen.

⁸² Cifr. M. Niro, "Misure di sicurezza e alternative all'O.P.G.", relazione all'incontro di studio "La salute mentale dei detenuti e degli internati in Toscana: presente e futuro", Firenze Villa Demidoff, 11 Luglio 2008, presente in www.CentroBasaglia.it

poiché prevedevano l'applicazione di una misura di sicurezza non prevista dalla legge.⁸³

Con la sentenza n. 367 del 2004 la Corte ha dichiarato illegittimo l'articolo 206 del codice penale nella parte in cui non consente al giudice di disporre, in luogo del ricovero in ospedale psichiatrico, una misura di sicurezza non detentiva idonea ad assicurare alla persona inferma di mente cure adeguate. Ciò che determina l'applicazione dell'articolo 206, in luogo del 286 del codice di procedura penale, è la differente nozione di pericolosità che discende dall'articolo 274⁸⁴ del codice di procedura penale.

⁸³ Cfr. Cass., Sez. VI, 4 novembre 2010; Id., Sez. II, 17 giugno 2010; Id., Sez. V, 8 gennaio 2010; conformi anche Gip Pisa 5 novembre 2007, in Riv. pen., 2008, p. 679; Trib. Milano, 6 novembre 2008, in Foro ambr., 2008, p. 381.

⁸⁴ Art 274 codice di procedura penale: “ Le misure cautelari sono disposte: a) quando sussistono specifiche ed inderogabili esigenze attinenti alle indagini relative ai fatti per i quali si procede, in relazione a situazioni di concreto e attuale pericolo per l'acquisizione o la genuinità della prova [292, 301] fondate su circostanze di fatto espressamente indicate nel provvedimento a pena di nullità rilevabile anche d'ufficio [292]. Le situazioni di concreto ed attuale pericolo non possono essere individuate nel rifiuto della persona sottoposta alle indagini o dell'imputato di rendere dichiarazioni né nella mancata ammissione degli addebiti; b) quando l'imputato si è dato alla fuga o sussiste concreto pericolo che egli si dia alla fuga, sempre che il giudice ritenga che possa essere irrogata una pena superiore a due anni di reclusione . Le situazioni di concreto e attuale pericolo non possono essere desunte esclusivamente dalla gravità del titolo di reato per cui si procede; c) quando, per specifiche modalità e circostanze del fatto e per la personalità della persona sottoposta alle indagini o dell'imputato, desunta da comportamenti o atti concreti o dai suoi precedenti penali, sussiste il concreto e attuale pericolo che questi commetta gravi delitti con uso di armi o di altri mezzi di violenza personale o diretti contro l'ordine costituzionale ovvero delitti di criminalità organizzata o della stessa specie di quello per cui si procede. Se il pericolo riguarda la commissione di delitti della stessa specie di quello per cui si procede, le misure di custodia cautelare [284, 285, 286] sono disposte soltanto se trattasi di delitti per i quali è prevista la pena della reclusione non inferiore nel massimo a quattro anni ovvero, in caso di custodia cautelare in carcere, di delitti per i quali è prevista la pena della reclusione non inferiore nel massimo a cinque anni nonché per il delitto di finanziamento illecito dei partiti di cui all'articolo 7 della legge 2 maggio 1974, n. 195, e successive modificazioni. Le situazioni di

Infatti, si andrà ad applicare la misura del 286 solo se si tratta di pericolosità specifica o sussistano altre esigenze cautelari previste dalla norma; se, invece, si ravvisa una comune pericolosità psichiatrica si applicherà il 206.

La Corte ha applicato *a fortiori* il principio espresso nella sentenza n. 253 del 2003, dato che sarebbe stato irragionevole consentire la possibilità di applicazione della libertà vigilata ad un soggetto cui viene attribuita in via definitiva la commissione di un reato e, invece, precluderla in una fase d'accertamento.⁸⁵

Si deve sottolineare come all'applicazione della misura in via provvisoria non sia estesa la disciplina relativa ai limiti massimi della custodia cautelare; essa quindi potrà durare per un tempo indeterminato fino alla conclusione del processo. Inoltre, l'applicazione provvisoria della misura di sicurezza è soggetta ad un duplice accertamento – uno di commissione del fatto, l'altro sullo stato mentale del soggetto - il che fa sì che il soggetto seppur prosciolto perché il fatto non sussiste, si veda, comunque,

concreto e attuale pericolo, anche in relazione alla personalità dell'imputato, non possono essere desunte esclusivamente dalla gravità del titolo di reato per cui si procede.”

⁸⁵Cifr. M. Minniti e F. Minniti, “I disabili mentali i giudici e la comunità: resta il nodo delle misure di sicurezza”, in *Diritto e Giustizia*, 2004, p. 46.

applicare una misura di sicurezza. Non essendo la misura sottoposta a limiti temporali stabiliti, significa che per accertare il difetto di imputabilità si debba attendere un decreto di archiviazione o una sentenza di non luogo a procedere e questo, spesso, comporta che il periodo minimo di internamento sia già trascorso.⁸⁶

Il merito di questa sentenza sta nel fatto che ora è possibile che il giudice precedente o il Tribunale della libertà in sede di impugnazione, possano disporre la libertà vigilata; inoltre, attraverso tale misura si ritiene, altresì, meglio soddisfatta l'esigenza di proporzionalità dell'articolo 275 del codice di procedura penale.

Sulla base di queste premesse si potrebbe concludere che l'Opg o ogni altra forma di ricovero in struttura chiusa, dovrebbe essere utilizzata solo per i casi e il tempo strettamente necessari.⁸⁷

Tenuto conto del fatto che gli internati attraverso la misura di sicurezza provvisoria *ex* articolo 206 del codice penale

⁸⁶ Si tenga conto che col codice di rito previgente, nella prassi si è registrato un indirizzo opposto: Fornari e Rosso riportano un caso, nel 1987, in cui il Pubblico Ministero ha chiesto che venisse emessa una sentenza di non luogo a procedere per vizio totale di mente e si disponesse il ricovero in ospedale psichiatrico giudiziario per un tempo non inferiore ad anni 5. Cifr. U. Fornari e R. Rosso, "Folli in libertà? Contributo al prosciolto socialmente non pericoloso", in Riv. It. Med. Leg., XIV, 1992, p. 635.

⁸⁷ Corte Cost., Sent. 253/2003.

costituiscono di media il 30% della popolazione degli Opg, (una percentuale simile rispetto agli internati *ex* articolo 222 del codice penale) si può affermare come la sentenza n. 367 non sia meno importante rispetto alla sentenza n. 253 del 2003.⁸⁸

La Corte d'Assise di Torino con un'ordinanza del 2004, sottoponeva alla Corte una nuova questione, ma in questo caso ciò che si chiedeva era un intervento creativo. In particolare, la Corte d'Assise chiedeva si aggiungesse una nuova misura a quelle già disciplinate dal codice: il ricovero in una comunità terapeutica⁸⁹, poiché, il giudice a quo lamentava la mancanza di una misura intermedia. La Corte, allora, con l'ordinanza n. 254 del 2005, confermando un indirizzo già consolidatosi con altre pronunce,⁹⁰ affermò che la richiesta del giudice era di tipo creativo e che, come tale, spettasse al legislatore la creazione di una nuova misura.

⁸⁸ Cifr. anche i dati statistici sugli internati in Opg alla data 14/04/2011 in www.StopOPG.it. Gli internati *ex* art 206 sono complessivamente 424 (398 uomini, 26 donne) mentre gli internati *ex* art 222 c.p. sono 537 (500 uomini, 37 donne) su un numero complessivo di 1419 internati.

⁸⁹ Corte Costituzionale, ordinanza del 2005, n. 254.

⁹⁰ Corte Costituzionale, ordinanza del 21 marzo 2001, n. 88; Corte Costituzionale, sentenza del 7-11 giugno 1999, n. 228; Corte Costituzionale, ordinanza del 10-17 novembre 1994, n. 396; Corte Costituzionale, ordinanza 7-22 luglio 1994, n. 333; Corte Costituzionale, ordinanza 24 gennaio 1985, n. 24. Il giudice poteva quindi discrezionalmente scegliere tra le misure previste dal legislatore, quella più idonea a garantire nel contempo cura e custodia.

2.4 LA SITUAZIONE DEGLI OPG ALLE SOGLIE DEL 2000

“Si credeva che Apollo, Dio della medicina, fosse anche quello che mandava le malattie: in origine i due mestieri ne formavano uno solo; è ancora così.” Jonathan Swift

Se volessimo utilizzare una sola parola per descrivere queste istituzioni, le definiremmo “tenaci”⁹¹. Siamo oramai alle soglie del 2000 ma l’istituzione ospedale psichiatrico giudiziario, nonostante sia stata messa in discussione a partire dagli anni ’70, continua ad esistere. In particolare, a cavallo tra i secoli XX e XXI, in Italia tali ospedali sono 6, presenti rispettivamente ad: Aversa, Montelupo Fiorentino, Reggio Emilia, Sant’Eframò, Barcellona Pozzo di Gotto, Castiglione delle Stiviere. Descriviamo brevemente le situazioni di tali strutture in quegli anni.

L’ospedale psichiatrico giudiziario di Aversa è ospitato in una struttura dei primi anni del XIX secolo con finalità militari. Nel

⁹¹ Cit. M. Mirvalle, “La riforma della sanità penitenziaria: il caso Opg”, 2011, in Rivista Adir.

settembre del 2008 la commissione europea per la prevenzione delle torture e dei trattamenti umani degradanti⁹², durante una visita, segnala che le stanze sono troppo piccole, le attività nella giornata erano monotone e ripetitive, l'unico trattamento risultava essere quello medico con assoluta inesistenza di piani terapeutici personalizzati, la contenzione avveniva in maniera assolutamente inumana, lo staff si presentava come impreparato ed inadatto.⁹³

L'ospedale di Montelupo Fiorentino, è ospitato in una villa del XVI secolo. I locali sono inadeguati per l'antichità del complesso e per la situazione secondo cui per raggiungere le aree comuni è necessario superare delle barriere architettoniche.⁹⁴

⁹² Il CPT è un organo del Consiglio d'Europa, istituito dall'art. 1 della Convenzione europea per la prevenzione della tortura e delle pene o trattamenti inumani o degradanti, entrata in vigore nel 1989 e ratificata da 47 membri del Consiglio d'Europa. E' composto di esperti in materie giuridiche, penitenziarie o mediche, indipendenti, eletti dal Comitato dei Ministri del Consiglio d'Europa uno per ciascuno degli stati contraenti. Il CPT opera attraverso visite periodiche nei luoghi di detenzione da parte delle sue delegazioni, nel corso delle quali verifica le condizioni detentive e redige un rapporto (CPT, European Committee for the Prevention of Torture and Inhumane or Degrading Treatment or Punishment).

⁹³ Report to the Italian Government on the visit to Italy carried out by the European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (CPT) from 14 to 26 September 2008, Strasbourg, 20 April 2010, in CPT.

⁹⁴ I testi consultati per ricostruire la situazione dell'OPG di Montelupo sono: G. Pugliese e G. Giorgini, "Mi firmo per tutti", Datanews, 1997, cit. p. 26-28;

L'Opg di Reggio Emilia, a differenza delle altre strutture, ha uno spazio verde molto limitato; su 4 sezioni 5 di queste rimangono chiuse tutto il giorno per carenza di personale.⁹⁵

La struttura di Sant'Eframo si trova nel centro storico di Napoli; nasce come una sezione distaccata dell'Opg di Aversa; è ospitata in un antico convento. Nel 2008 tale struttura è stata provvisoriamente chiusa per eseguire dei lavori e i pazienti sono stati trasferiti presso la sezione cosiddetta AreaVerde del carcere di Secondigliano.⁹⁶

L'edificio in cui si trova l'ospedale di Barcellona Pozzo di Gotto risale al 1925; nel reparto "agitati" le finestre e le porte sono rotte.

La struttura presente a Castiglione delle Stiviere non è paragonabile a nessun altro Opg. Si tratta, infatti, di una struttura nuova e pulita; non esistono celle ma stanze; il complesso presenta anche una piscina.⁹⁷

Parlando degli Opg in questi anni possiamo dire che le problematiche possono essere racchiuse in quattro categorie:

⁹⁵ Cit. G. Pugliese e G. Giorgini, "Mi firmo per tutti", p. 35-37.

⁹⁶ Report di Antigone, Opg di Napoli, osservatorio online.

⁹⁷ Cifr. G. Pugliese e G. Giorgini, p. 37 ss.

- Le strutture;
- Gli internati;
- Il personale;
- Il trattamento.

Punto comune agli Opg sopra elencati, con esclusione dell'Opg di Castiglione, è il fatto che siano ospitati in strutture che risentono ancora della destinazione d'uso per cui furono create. Si tratta di carceri, caserme, che ben poco hanno a che vedere con la natura ospedaliera. Questa semplice constatazione basterebbe da sola ad evidenziare il problema⁹⁸ tra ciò che è e ciò che dovrebbe essere un ospedale psichiatrico.

Quando ci riferiamo alla categoria “internati” facciamo riferimento ad una realtà eterogenea. Per comprendere ciò, si riportano qui sotto le sottocategorie in cui è scomponibile la categoria madre:

- Internati prosciolti per infermità mentale (*ex* articoli 89 e ss del codice penale) sottoposti al ricovero in Opg in quanto socialmente pericolosi (*ex* articolo 222 del codice penale);

⁹⁸Cit. M. Miravalle, “La riforma della sanità penitenziaria: il caso Opg”.

- Internati con infermità mentale sopravvenuta per i quali sia stato ordinato il ricovero in Opg o presso una casa di cura e custodia⁹⁹: vi rientrano per la maggior parte i soggetti riconosciuti non imputabili per motivi diversi dal vizio di mente (*ex* articolo 222 del codice penale);
- Internati sottoposti alla misura di sicurezza in via provvisoria in considerazione della presunta pericolosità sociale e in attesa di giudizio definitivo (*ex* articoli 206 del codice penale e 312 del codice di procedura penale);
- Internati con vizio parziale di mente dichiarati socialmente pericolosi (*ex* articolo 219 del codice penale);
- Detenuti condannati in cui l'infermità mentale sia sopravvenuta in sede di esecuzione della pena ;
- Detenuti dei quali ai sensi dell'articolo 112 comma 2 del D.P.R. n. 230 del 2000 deve essere accertata l'infermità psichica, i quali vengono trasferiti per un periodo di 30 giorni in Opg;

⁹⁹ Qui si rileva un esempio dei "truffa delle etichette" poiché tale differenza esiste solo nella teoria. Nella pratica invece, case di cura autonome e distinte da un Opg non esistono, non essendo altro che una sezione dello stesso.

- Detenuti minorati psichici: si tratta di soggetti considerati imputabili, ma che presentano una patologia psichiatrica tale da sconsigliare la permanenza in un istituto ordinario.¹⁰⁰

Alla luce di tale eterogeneità è facile comprendere come non sia affatto semplice adottare percorsi personalizzati e differenziati tra soggetti appartenenti a diverse categorie. Sorge allora spontaneo chiedersi: l'uso dell'internamento persegue gli stessi obiettivi di cura previsti dalla legge? Domanda a cui volutamente non diamo, per ora, risposta.

Altra questione concerne il personale. Il personale può essere distinto in tre categorie: vi è il personale sanitario, il personale di custodia e il personale amministrativo. Volendo analizzare la situazione del rapporto tra personale ed internati, si nota, ancora una volta, che la situazione è estremamente disomogenea, così come si può osservare dal grafico seguente:

¹⁰⁰ Per la classificazione si è seguita una scaletta presente in "La riforma della sanità penitenziaria: il caso Opg" di M. Miravalle, 2011, in Rivista Adir.

OPG	numero ricoverati	numero operatori	rapporto
Castiglione	170	169	0,99
Montelupo	127	27	0,21
Napoli	153	92	0,60
Reggio-Emilia	226	70	0,31
Barcellona	151	90	0,60
Aversa	213	76	0,35
Totale	1040	524	0,50

Figura 3: Rielaborazione dati Fioritti "Commissione interministeriale giustizia e salute", gruppo di lavoro per i problemi degli ospedali psichiatrici giudiziari.

Si passa, infatti, da un rapporto personale-internati di 1:1 per l'Opg di Castiglione delle Stiviere a un rapporto di 0,21 dell'Opg di Montelupo Fiorentino. Ciò che si può prendere in considerazione, oltre l'aspetto quantitativo, è l'aspetto qualitativo. In particolare, attinente all'attitudine o meno del personale di frequentare corsi di formazione. Anche in questo caso la situazione è efficacemente descritta dal grafico sottostante.

	Sedi O.P.G.					Totale	Incid. % sul totale delle risposte
	Napoli	R. Emilia	Barc. P. Gozzo	Montelupo F.	Aversa		
Parte I - D (d) - Partecipazione a corsi di formazione	121	113	227	82	168		
SI	51	57	102	45	105	360	50,63%
<i>Incidenza %</i>	42,15%	50,44%	44,93%	54,88%	62,50%		
NO	68	53	116	35	59	331	46,55%
<i>Incidenza %</i>	56,20%	46,90%	51,10%	42,68%	35,12%		
Non rilevato	2	3	9	2	4	20	2,81%
<i>Incidenza %</i>	1,65%	2,65%	3,96%	2,44%	2,38%		
Totale	121	113	227	82	168	711	

Figura 4: Rielaborazione dati progetto RENA.V.

Volendo analizzare la tabella, emerge che il personale di Aversa con una percentuale di 62,50% è quello che maggiormente frequenta corsi di formazione, seguito dal personale di Montelupo al quale, a sua volta, segue il personale di Reggio Emilia e, infine, troviamo con le percentuali di 44,93 e 42,15 gli operatori di Barcellona Pozzo di Gotto e Napoli.

Ultima questione da trattare, ma non meno importante, è quella del trattamento. Sebbene, infatti, dalla grande riforma¹⁰¹ di Basaglia siano ormai già trascorsi più di trent'anni, il trattamento

¹⁰¹ Cit. M. Miravalle, "Roba da matti", p. 78.

risulta essere imperniato ancora su due punti: la contenzione e la detenzione indeterminata.

- La contenzione :
 - “Presso l’Opg di Barcellona Pozzo di Gotto si trovava il signor S.C. nudo, coperto da un lenzuolo; in regime di contenzione attuata mediante costrizione a letto con una stretta legatura con garza, sia alle mani, sia ai piedi, che gli impediva qualsiasi movimento. L’internato presentava, altresì, un vistoso ematoma alla zona cranica parietale. In merito si prendeva visione del registro dei trattamenti di contenzione dal quale emergeva che questi non era indicato.”;
 - “Presso l’Opg di Napoli si constatava la presenza del signor E.V. che presentava un vistoso livido ad un orbita oculare che non era riportato nel diario sanitario e che in data 16 luglio era stato sottoposto ad un periodo di contenzione”;
 - “Presso l’Opg di Montelupo si accertava che gli internati S.R e A.H. erano stati contenuti nella giornata del 21 luglio e ciò non risultava registrato nel diario clinico”;
 - “Nell’Opg di Reggio Emilia è stata accertata la presenza di un paziente in regime di contenzione da 5 giorni”.

- La detenzione indeterminata:
 - A Napoli il direttore dell'Opg, Stefano Martore, riferiva che “il 40% degli internati è detenuto in proroga”;
 - Ad Aversa “dalle informazioni rese da alcuni ospiti emergevano casi di misure di sicurezza scadute da 10 anni”;
 - A Barcellona Pozzo di Gotto e Montelupo “sono stati intervistati vari ricoverati, quasi tutti in permanenza prorogata”¹⁰².

Questa categoria di soggetti va sotto il nome di “dimissibili”. Si tratta di soggetti cui è scaduto il termine di durata delle misure di sicurezza e che, nonostante il personale interno abbia definito non più pericolosi, si vedono prorogare la misura.¹⁰³ Dunque, si tratta di soggetti trattenuti senza alcun titolo, in una situazione di piena

¹⁰² Le parti virgolettate sono estrapolate dalla “Relazione sulle condizioni di vita e di cura all'interno degli ospedali psichiatrici giudiziari” della Commissione sull'efficacia e l'efficienza del Servizio Sanitario Nazionale, approvata nella seduta del 20 luglio 2011 dal Senato della Repubblica.

¹⁰³ Cfr. R. Accivile e A. Ferraro, “Applicazione, riesame e revoca delle misure di sicurezza dell'OPG: i dati del Filippo Saporito di Aversa”, XVII Congresso Nazionale della società Italiana di Criminologia, Gargano del Garda, 9-11 Ottobre 2003.

illegittimità.¹⁰⁴ Un dato purtroppo dettato dal fatto che la magistratura di sorveglianza non revoca e non dimette i soggetti sottoposti alla misura di sicurezza, laddove, non è pronta ad affidarli a qualcuno. Ciò che, pertanto, viene in rilievo è la carenza di progetti atti a favorire il reinserimento sociale. “Fino a quando non si comincerà a dimettere i soggetti non ritenuti più pericolosi, non vi sarà modo di evitare il sovraffollamento”¹⁰⁵.

2.5 LE TIPOLOGIE DELLE PROPOSTE DI RIFORMA E IL DISEGNO DI LEGGE DEL CONSIGLIO REGIONALE DELLA TOSCANA

“Il primo accademico che visitai aveva il volto magro e spaurito da far compassione , la barba e i capelli incolti, la pelle color tabacco, egli abiti e la camicia dello stesso colore. Egli da otto anni si perdeva dietro un progetto consistente nell’estrarre i raggi del sole dalle zucche, affinché fosse possibile, dopo averli chiusi in boccette ermeticamente tappate, di

¹⁰⁴ In senso analogo si esprime Schiaffo in un commento all'art. 3 ter del D.L. 211/2011, F. Schiaffo, "La riforma continua del «definitivo superamento degli Opg»: la tormentata vicenda dell'art. 3 ter del D.L. 211/2011", in *Critica del Diritto*, fasc. 1/2013, p. 44 e ss.

¹⁰⁵ Cit. Commissione Parlamentare sull'efficacia e l'efficienza del Servizio Sanitario Nazionale, “Seguito dell'inchiesta su alcuni aspetti della medicina territoriale, con particolare riguardo al funzionamento dei servizi pubblici per le tossicodipendenze e dei dipartimenti di salute mentale”, 74a seduta: martedì 22 giugno 2010, Senato della Repubblica XVI Legislatura, Tipografia del senato, resoconto stenografico n. 71, p. 4 e ss.

servirsene per riscaldare l'aria nelle stagioni fredde e umide. Mi disse che sperava, entro i prossimi otto anni, di fornire ai giardini del governatore dei raggi solari a un prezzo conveniente. Si lamentò però d'esser povero, e mi chiese qualche soldo a guisa di incoraggiamento, tanto più che le zucche erano piuttosto care quell'anno.” Jonathan Swift

Dal quadro delineato nel precedente paragrafo, emerge come la grande riforma del '78 non abbia poi sortito gli effetti sperati. Diverse saranno negli anni le proposte di riforma che si avvicenderanno. Per catalogarle useremo una classificazione utilizzata da Miravalle¹⁰⁶ e quindi potremo dire che si dividono in:

- **Proposte abolizioniste con modifica della legislazione penale** : rientrano il disegno di legge n. 177 del 1983, il progetto Corleone n. 151 del 1996, il progetto dell'onorevole Cento n. 335 del 2006. Queste proposte hanno in comune la volontà di eliminare la differenza giuridica tra soggetti imputabili e non imputabili, in nome delle cosiddette “quote di responsabilità del malato”,¹⁰⁷ principio cardine dell'antipsichiatria. Le medesime, inoltre, erano incentrate

¹⁰⁶ In “La riforma della sanità penitenziaria : il caso OPG”, 2011, in Rivista Adir.

¹⁰⁷ Questa soluzione ha riscosso un particolare successo tra i giuristi e gli psichiatri. Manacorda in particolare, riteneva che i tempi fossero ormai maturi per pensare la persona affetta da un disturbo psichico come una persona, che analogamente a qualunque altra, capace di rispondere della sua azione.

sull'abolizione del modello carcerizzante.¹⁰⁸ Tuttavia, queste proposte possono essere criticate sotto due aspetti. Anzitutto, nel momento in cui si va ad eliminare una differenza giuridica tra soggetti imputabili e non imputabili, non si va a sollevare le sorti del non imputabile anzi, non si fa altro che sostituire un istituzione totale come quella del ricovero in ospedale psichiatrico giudiziario, con un'altra altrettanto totale che è quella carceraria. E così il rischio di peggiorare le condizioni degli internati, scaricando le loro problematiche su una realtà carceraria già in serie difficoltà, diviene un rischio concreto. Altra questione, che si pone, è quella dei criteri su cui poi deve basarsi il giudice se si toglie la suddetta differenza. In una siffatta ipotesi, l'unico criterio di commisurazione della pena diverrebbe la pericolosità sociale.

- **Proposte abolizioniste a legislazione penale invariata** : si intendono quelle propense ad una medicalizzazione del trattamento dell'infermo di mente autore di reato. Le proposte non intendono eliminare le figure dell'imputabilità ma vogliono modificarne le conseguenze; infatti, alla

¹⁰⁸ Cit. M. Pelissero, C. Grosso, D. Petrini, "Manuale di diritto penale. Parte generale.", Giuffrè, 2017, p. 655 ss.

dichiarazione di non imputabilità, dovrebbe seguire l'uscita del soggetto dal sistema giudiziario con un contestuale intervento sanitario. Si tratta di proposte che rivisitano quanto già era previsto dal codice Zanardelli. Tuttavia, il fatto che il soggetto successivamente debba raggiungere le Strutture Residenziali di Assistenza¹⁰⁹, non fa altro che aumentare il rischio che si creino altre istituzioni totali, solo nominalmente diverse dagli Opg. Tali proposte sono state infatti etichettate come “pericolose” dalla dottrina.¹¹⁰

- **Proposte revisioniste con modifica alla legislazione penale:** tra queste il progetto Pagliaro del 1991, il progetto Riz del 1995, il progetto Nordio, il progetto Pisapia del 2006. Il filo comune a tutti questi progetti è il rifiuto di soluzioni abolizioniste; ciò a riprova di come il mondo del diritto consideri necessaria l'istituzione dell'Opg. Significative sono le proposte della commissione Pagliaro, che avanza l'idea di

¹⁰⁹ Questo tipo di struttura era teorizzata dal disegno di legge Burani-Procaccini del 2004, “Norme per la prevenzione, la cura e la riabilitazione delle malattie psichiche”.

¹¹⁰ Cfr. in particolare E. Lupo ne “Il progetto di modifica della legge 180: una controriforma fondata sulla segregazione”, in “Questione Giustizia” di G. Verde, Giappichelli Editore, 2014, Torino p. 51 e ss.

superare definitivamente le presunzioni di pericolosità sociale¹¹¹, senza però poi fornire indicazioni in concreto.¹¹²

- Tra le **proposte revisioniste a legislazione penale invariata** spicca il disegno di legge del consiglio regionale della Toscana.

Il disegno di legge n. 2746 del 1997 “Disposizioni per il superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari”, a detta degli stessi proponenti, è “una proposta realistica, non radicale, ma comunque in grado di sostenere con decisione alcuni importanti principi innovativi e di avviare un percorso che va nella direzione di allestire soluzioni progressive alla situazione attuale, ormai non più sopportabile, in base a considerazioni ampiamente condivise di natura etica, scientifica, politica, umanitaria.”¹¹³ Il progetto si propone di lasciare invariato il concetto di non imputabilità e di “costruire un sistema di misure eterogeneo, nel rispetto dell’avvenuto cambiamento della psichiatria”.¹¹⁴

Partendo quindi dalla consapevolezza che i folli-rei non sono tutti

¹¹¹ Va ad anticipare quelle che saranno le decisioni della Corte Costituzionale tra qualche anno.

¹¹² Cfr. L. Fioravanti “ Le infermità psichiche nella giurisprudenza penale”, Cedam, 1988 p. 253.

¹¹³ Introduzione al d.d.l 8 Agosto 1997 n. 2746, Senato della Repubblica p. 3.

¹¹⁴ Cit. M. T. Collica p. 252.

uguali, si prevede un modello differenziato di intervento. Ai sensi dell'articolo 4:

Le misure di sicurezza personali nei confronti di persone maggiori di età assolte per incapacità di intendere e di voler sono: l'assegnazione ad apposito istituto in regime di custodia e l'affidamento al servizio sociale. Il giudice accertata la pericolosità sociale, con sentenza di assoluzione, ordina la misura dell'assegnazione ad istituto nei confronti di chi è stato assolto per aver commesso un reato per il quale la legge prevede nel massimo una pena non inferiore ad anni dieci di reclusione. Nel casi in cui la legge prevede nel massimo una pena inferiore ordina la misura di sicurezza dell'affidamento al servizio sociale; ordina comunque l'assegnazione ad istituto se ricorrono particolari indicazioni in senso contrario alla applicazione dell'affidamento al servizio sociale.¹¹⁵

Si tratta di una previsione innovativa perché lega l'iter terapeutico del soggetto alla gravità del fatto commesso, raggiungendo l'obiettivo duplice di evitare i cosiddetti ergastoli bianchi, ovvero gli internamenti iniqui e troppo lunghi e risponde, al contempo, ad esigenze preventive.

¹¹⁵ D.d.l. 8 Agosto 1997 n. 2746, Senato della Repubblica, p. 5.

L'articolo 6 affida la gestione dell'attività sanitaria al servizio sanitario nazionale che la svolge in piena autonomia organizzativa. La gestione del servizio di custodia è affidata all'amministrazione penitenziaria. L'istituzione di tali strutture è di competenza delle regioni. Non sarebbero, così, più ristretti soggetti in esecuzione di pena, ma soggetti ospitati in vista della loro cura. Parte di tali misure sono state recepite nell'allegato C del D.p.c.m. 1 aprile 2008¹¹⁶, ma comunque non è scaturita una riforma organica dell'Opg.

¹¹⁶ Di cui si parlerà nel prossimo capitolo.

Capitolo terzo

TENTATIVI DI SUPERAMENTO. TRA RITARDI E PROROGHE

3.1 EFFETTI DELLA RIFORMA PENITENZIARIA SUGLI OPG. IL DECRETO DEL PRESIDENTE DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI 1° APRILE 2008

“Si immagini ora un uomo, a cui, insieme con le persone amate, vengano tolti la sua casa, le sue abitudini, i suoi abiti, tutto infine, letteralmente tutto quanto possiede: sarà un uomo vuoto, ridotto a sofferenza e bisogno, dimentico di dignità e discernimento, poiché accade facilmente a chi ha perso tutto, di perdere se stesso.” Primo Levi

Per poter cogliere al meglio il significato del D.p.c.m. 1° aprile 2008, pare necessario inquadrarlo nel contesto della riforma della sanità penitenziaria. A tal fine, si compirà un breve excursus nell'ambito della riforma sanitaria in carcere.

Il regolamento degli istituti di prevenzione e pena del 1931 aveva introdotto la presenza sanitaria nelle carceri, inserendo l'obbligo per ogni istituto di dotarsi di almeno un medico. I medici che

operavano in carcere, alla luce di questa normativa, erano dipendenti dal ministro della giustizia.¹¹⁷

In continuità con questa normativa, la legge n. 740 del 1970 regolava i rapporti intercorrenti tra l'amministrazione penitenziaria e i medici operanti negli istituti, consentendo ai medici penitenziari, non inquadrati nell'organico dell'amministrazione, di esercitare la professione anche all'esterno.

Nel 1978 fu approvata la legge n. 833 istitutiva del servizio sanitario nazionale. L'articolo 1 di questa legge disponeva che la tutela della salute dell'intera popolazione fosse assicurata dal servizio sanitario nazionale. Nonostante questo, la medicina penitenziaria rimase di competenza del dipartimento dell'amministrazione penitenziaria all'interno del ministero della giustizia.

Alla fine degli anni '90, il parlamento emanò la legge delega n. 419 del 1998 con la quale si chiedeva al governo di provvedere al riordino della medicina penitenziaria.¹¹⁸ Il decreto doveva

¹¹⁷ Cifr. B. Brunetti, "La tutela della salute in carcere. Organizzazione del servizio sanitario penitenziario. Evoluzione normativa" in www.RistrettiOrizzonti.it.

¹¹⁸ Art. 5, Legge 30 Novembre 1998, n. 419.

procedere all'inserimento della medicina penitenziaria nel servizio sanitario nazionale.¹¹⁹

Con il decreto legislativo del 22 giugno 1999 n. 230, il cosiddetto decreto Bindi, si riordina la medicina penitenziaria: in piena attuazione dell'articolo 32 della Costituzione, si sanciva il principio dell'uniformità delle prestazioni sanitarie tra soggetti reclusi e persone in stato di libertà. La previsione più significativa è l'affidamento alle aziende sanitarie locali di tutte le funzioni sanitarie, dei rapporti di lavoro, delle strutture, delle risorse finanziarie afferenti alla sanità penitenziaria, fino ad allora di competenza del ministero di grazia e giustizia¹²⁰. La

¹¹⁹ L'art. 5 infatti attribuiva al Governo la delega ad emanare uno o più decreti legislativi, osservando i seguenti principi:

- a)* prevedere specifiche modalità per garantire il diritto alla salute delle persone detenute o internate mediante forme progressive di inserimento, con opportune sperimentazioni di modelli organizzativi anche eventualmente differenziati in relazione alle esigenze ed alle realtà del territorio, all'interno del Servizio sanitario nazionale, di personale e di strutture sanitarie dell'amministrazione penitenziaria;
- b)* assicurare la tutela delle esigenze di sicurezza istituzionalmente demandate all'amministrazione penitenziaria;
- c)* prevedere l'organizzazione di una attività specifica al fine di garantire un livello di prestazioni di assistenza sanitaria adeguato alle specifiche condizioni di detenzione o internamento e l'esercizio delle funzioni di certificazione rilevanti a fini di giustizia;
- d)* prevedere che il controllo sul funzionamento dei servizi di assistenza sanitaria alle persone detenute o internate sia affidato alle regioni ed alle aziende unità sanitarie locali;
- e)* prevedere l'assegnazione, con decreto del Ministro del tesoro, del bilancio e della programmazione economica, al Fondo sanitario nazionale delle risorse finanziarie, relative alle funzioni progressivamente trasferite, iscritte nello stato di previsione del Ministero di grazia e giustizia, nonché i criteri e le modalità della loro gestione.».

¹²⁰ Cit. M. Miravalle "Roba da matti", p. 96.

svolta è sostanziale perché si cerca di scalfire la chiusura di un mondo a sé stante.¹²¹

Dovranno passare nove anni affinché gli Opg vengano riconosciuti come parte integrante del sistema sanzionatorio penale e come segmento della medicina penitenziaria. Tutto è partito con il decreto del presidente del consiglio dei ministri 1° aprile 2008 recante “Modalità e criteri per il trasferimento al servizio sanitario nazionale delle funzioni sanitarie, dei rapporti di lavoro, delle risorse finanziarie e delle attrezzature e beni strumentali in materia di sanità penitenziaria”, e con l’allegato C al decreto, relativo alle “Linee di indirizzo per gli interventi negli ospedali psichiatrici giudiziari e nella case di cura e di custodia”.¹²² Nell’ allegato erano delineate tre fasi, che le regioni avrebbero dovuto attuare mediante le rispettive aziende sanitarie, al termine delle quali sarebbe stato raggiunto l’obiettivo del superamento degli Opg.

Nella prima fase, a passaggio di competenze avvenuto, i Dsm nel cui territorio si trovano gli Opg, avrebbe dovuto provvedere alla stesura di un piano finalizzato principalmente alla riduzione del

¹²¹ Cfr. Mirisola “Salute libera tutti”, Eurolit, 2013.

¹²² Cit. M. Niro, “Ancora un rinvio per il superamento degli Opg: problemi e prospettive”, 2014, in rivista Adir.

numero degli internati, attraverso la dimissione di coloro che avevano concluso la misura di sicurezza, di coloro che erano detenuti ai sensi del 148 codice penale (sopraggiunta infermità mentale del condannato) e dei cosiddetti “osservandi”, ovvero coloro che, ai sensi del articolo 112 del nuovo ordinamento penitenziario, si trovavano in Opg per un periodo di tempo prestabilito (solitamente trenta giorni) per effettuare operazioni psichiatriche. Il decreto non ha, nella realtà, prodotto lo sfolgimento augurato; anzi, secondo una rielaborazione dei dati ufficiali¹²³ forniti dal dipartimento di amministrazione penitenziaria, dal 2007 al 2011 si è registrato un aumento della popolazione internata.

La seconda fase, che sarebbe dovuta partire dopo un anno, era funzionale ad ottenere un avvicinamento degli internati alle aree di rispettiva provenienza. A tal fine, si attribuivano ad ogni Opg dei bacini regionali di utenza. Le regioni competenti per la gestione sanitaria, di concerto con le regioni di provenienza degli internati, avrebbero dovuto predisporre programmi per ciascuno

¹²³ Secondo una rielaborazione di dati tratti da Comitato StopOpg, relativi agli anni 2007-2011.

di questi, volti ad agevolare l' uscita dalle strutture.¹²⁴ In realtà, purtroppo, i bacini esistono solo sulla carta. La negatività di tale situazioni è duplice: la presa in carico delle singole regioni è molto difficoltosa ed è difficile pensare ad attuare un percorso di reinserimento in un contesto socioculturale diverso da quello in cui l'internato e la sua famiglia vivono. Se i bacini fossero stati rispettati, si sarebbe risolto d' un tratto, il problema del sovraffollamento.¹²⁵

La terza ed ultima fase, da attuarsi entro due anni dall' entrata in vigore, prevedeva la restituzione ad ogni regione italiana della quota di internati in Opg di provenienza dai propri territori, con conseguente presa in carico degli stessi da parte dei Dsm. Purtroppo anche tale obiettivo è rimasto lettera morta, poiché si subordinava lo stesso alla compatibilità con le “risorse finanziarie” e agli accordi politici raggiunti in conferenza Stato-Regioni.

Altra questione, che riguarda questo decreto, è quella connaturata alla stessa ambivalenza che caratterizza l' Opg dalle sue origini, ovvero il fatto di essere un istituto ove si contemperano esigenze

¹²⁴ Cifr. S. Rossi “Once Upon a time : la parabola degli Opg fino al loro superamento” in BioLaw Journal, Rivista di BioDiritto, fasc. 2/2015, p. 193.

¹²⁵ Cit. Miravalle “ Roba da matti”, 2015, p. 102.

di cura e custodia.¹²⁶ Dal punto di vista gestionale e organizzativo, si riscontra il problema di un assorbimento del settore sanitario da parte dell'amministrazione penitenziaria¹²⁷, stante il fatto che il direttore amministrativo è di fatto responsabile della funzione ospedaliera dell' istituto.

Nonostante le buone intenzioni, il percorso programmato dal D.p.c.m. n. 216 resterà lettere morta. Tuttavia, non si può negare che abbia costituito un punto di partenza per la normativa successiva.¹²⁸

¹²⁶ Ibidem cit. p. 104 e ss.

¹²⁷ Cifr. G. Melani .

¹²⁸ Cifr. G. Latte, L. Avvisati, S. Calandro, C. Di Filippo, M. Di Genio, G. Di Iorio, V. Gilardi, S. Giordano, A. M. Pagano, " Dagli Opg alle Rems : il ruolo di un servizio sanitario territoriale nell'esecuzione delle misure di sicurezza detentive e non, nei confronti degli autori di reato con problemi psichici", in Rivista Psichiatrica, fasc. 1/2018, p. 32.

3.2 LA COMMISSIONE MARINO E UN PRIMO TERMINE PER IL SUPERMENTO DEGLI OPG

“Signore de Sade così non va, questa non si può chiamare edificazione, queste cose non sono giovevoli ai nostri pazienti, al contrario promuovono uno stato di eccitazione non necessario. Se abbiamo convocato il pubblico è per dare a vedere chiaramente che non ospitiamo qui tra noi soltanto i rifiuti della società”. Peter Weiss

Quanto accadeva negli ospedali psichiatrici giudiziari italiani è stato scoperto grazie a numerose denunce e inchieste mosse dalle istituzioni nazionali e sovranazionali, dalle associazioni. Già nel 1994 la commissione igiene e sanità del senato aveva ispezionato le strutture presenti sul territorio italiano; nel 2005 è spettato al commissario per i diritti umani del consiglio d’Europa, prendere atto di ciò che avveniva al loro interno; nel 2007 il comitato per la prevenzione della tortura, delle pene e dei trattamenti inumani e degradanti ha eseguito un sopralluogo nei reparti psichiatrici italiani, denunciando in un dettagliato rapporto, soprattutto il ricorso alla contenzione, ancora largamente usata.¹²⁹

¹²⁹ Cifr. G. Dell’acqua nel saggio “Isidoro, Luca, Marco e l’insensatezza della contenzione”, contenuto in “Il Nodo della contenzione: diritto psichiatria e dignità della persona”, opera a cura di Stefano Rossi, Edizioni alpha beta Verlag, Merano, 2015.

Parallelamente alle istituzioni, negli stessi anni molte associazioni hanno dato il via alla battaglia per la chiusura degli ex manicomi giudiziari. Ma il contributo più importante per sbloccare la situazione di empasse, l' ha giocato il lavoro di inchiesta svolto nell'anno 2011 dalla commissione parlamentare sull'efficacia e l'efficienza del Servizio Sanitario Nazionale (Ssn).¹³⁰

La suddetta commissione, presieduta da Ignazio Marino, viene istituita dal Senato il 30 luglio 2008.¹³¹ Il suo compito sarà quello di compiere ispezioni a sorpresa nei sei Opg presenti sul territorio italiano. I dati rilevati dai commissionerari sono allarmanti: “gravi e inaccettabili carenze strutturali e igienico-sanitarie” nonché l'inadeguatezza complessiva del sistema di fatto “assimilabile al carcere o al manicomio e totalmente diverso da quello riscontrabile nei servizi psichiatrici italiani”. In particolare, la commissione ha rinvenuto serie carenza nell'organico del personale medico e sanitario, nonché “ il ricorso a pratiche cliniche inadeguate e, in alcuni casi, lesivi della dignità della persona, sia per quanto attiene alle azioni

¹³⁰ Cifr. S. Rossi, p. 207.

¹³¹ Cifr. “ Superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari” , Redazione ProVersi, associazione di promozione sociale e pubblica, Etipubblica, 2017, p. 23 e ss.

meccaniche, sia talora per i presidi psicofarmacologici di uso improprio rispetto alla finalità terapeutica degli stessi e alle norme AIFA di sicurezza d'uso.”¹³²

I risultati del lavoro di ispezione della commissione, vengono puntualmente raccolti nella “Relazione sulle condizioni di vita e di cura all'interno degli ospedali psichiatrici giudiziari” che viene approvata in Senato il 20 luglio 2011. Alla luce delle indagini svolte, la commissione ha ritenuto necessario e indifferibile l'intervento legislativo al fine di sottrarre la gestione di tali istituti all'amministrazione penitenziaria, nell'ottica di una completa sanitarizzazione dei luoghi destinati all'internamento dei malati psichiatrici autori di reato. Ciò deve avvenire, fermo restando l'obiettivo finale, individuato nel “completo superamento dell'attuale modello di trattamento del folle reo, nell'ottica di una definitiva chiusura degli Opg per il quale appare evidente un disegno di legge”.¹³³

In conclusione, la commissione ha auspicato un intervento legislativo teso al superamento “di una situazione di fatto e di

¹³² Le parti virgolettate sono tratte dal testo della “Relazione sulle condizioni di vita e di cura all'interno degli ospedali psichiatrici giudiziari”, Senato.it, 2008.

¹³³ Ibidem Relazione, Senato.it.

diritto che è, per molti aspetti, del tutto incompatibile con i dettami della Costituzione”.

I senatori componenti della commissione d’inchiesta depositarono anche il disegno di legge A.S. n. 3036 per il superamento degli Opg e la loro sostituzione con strutture alternative. Tale disegno, diviene proposta emendativa; poi approvata in sede di conversione al senato, del decreto legge n. 211 del 2011 relativo a “Interventi urgenti per il contrasto della tensione detentiva determinata dal sovraffollamento delle carceri”, confluisce nell’articolo 3 *ter* della legge di conversione n. 9 del 17 febbraio 2012.

Sebbene il lavoro della commissione sia stato criticato da qualcuno¹³⁴ perché troppo meccanicista, in realtà ha certamente squarciato un velo di Maya sull’universo Opg.

L’articolo 3 *ter* della legge n. 9 del 2012, rubricato “Disposizioni per il definitivo superamento degli ospedali psichiatrici” , non fa altro che ribadire la necessità di dare concretezza all’allegato C del D.p.c.m 1° aprile 2008, in cui si chiedeva alle regioni la presa in carico dei pazienti dimissibili attraverso la predisposizione dei

¹³⁴ Cit. intervista a Giovanni Cardelli, direttore della casa Zacchera, comunità protetta specializzata nell’accoglienza di pazienti psichiatrici autori di reato, contenuta in “Roba da matti” di M. Miravalle p. 111.

programmi individuali di reinserimento. Per quanto riguarda il contenuto del suddetto articolo vi è da dire che al primo comma fissa il termine per la sostituzione degli Opg, con diverse strutture a carattere sanitario,¹³⁵ al 1° febbraio 2013. Il secondo comma ordina che entro il 31 marzo 2012 debba essere elaborato un decreto di natura non regolamentare, approvato dalle varie istituzioni coinvolte, che contenga i requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi relativi alle nuove strutture destinate ad accogliere le persone cui è applicata la misura di sicurezza del ricovero in Opg.

Per coloro che, al contrario, hanno cessato di essere pericolose è disposto che debbano essere senza indugio dimesse e prese in carico, sul territorio, dai dipartimenti di salute mentale¹³⁶ (art. 3 *ter* comma 4).

Si prevede, altresì, che le cure debbano essere studiate per ciascun paziente e che le regioni, a cui le nuove strutture fanno capo, possano “assumere personale qualificato da dedicare anche ai percorsi terapeutico riabilitativi finalizzati al recupero e

¹³⁵ Cit. S. Rossi, p. 209.

¹³⁶ Cifr. F. Schiaffo “La riforma continua del definitivo superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari: la tormentata vicenda legislativa dell’art. 3 *ter* del d.l. n. 211/2011”, in *Critica del diritto*, Edizioni Scientifiche Italiane, Napoli, fasc. 1/ 2013, p. 5.

reinserimento sociale dei pazienti internati provenienti degli ospedali psichiatrici giudiziari”¹³⁷.

Il superamento degli Opg richiede interventi complessi che ovviamente hanno un costo, per questo i commi sei e sette prevedono che “ per la realizzazione e la riconversione delle strutture è autorizzata una spesa di 120 milioni di euro nel 2012 e di 60 milioni di euro nel 2013” ; per quanto concerne gli oneri derivanti dalle altre attività viene autorizzata “ una spesa di 38 milioni di euro nel 2012 e di 55 milioni di euro nel 2013”.

Il comma nove prevede l'intervento sostitutivo del governo, nel caso in cui le regioni non siano in grado di dare attuazione al dato progetto.

Infine, il comma dieci, si occupa della destinazione dei beni immobili allora sede degli Opg.

In ossequio a quanto previsto dallo stesso articolo 3 *ter* il compito, di stabilire i requisiti strutturali e organizzativi delle nuove strutture, è stato rimesso ad un decreto ed in particolare al decreto n. 270 del 1° ottobre del 2012¹³⁸.

¹³⁷ Art. 3 *ter* l. 9/2012 comma 5, in Gazzetta Ufficiale n. 42 del 20-02-2012.

¹³⁸ Cifr. A. Venchiarutti, “Superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari: profili civilistici”, in *Rivista italiana di medicina legale e del diritto in campo sanitario*, fasc. 3/2013, p. 1378.

Quanto ai requisiti strutturali, ciascuno dei nuovi istituti si sarebbe dovuto dotare di alcune aree, tra le quali: un'area verde entro il perimetro, aree comuni (cucina, dispensa, lavanderia, soggiorno, locale per le attività lavorative ...), un'area abitativa, dotata di un massimo di venti posti letto, disposti per una quantità pari almeno al 10% in camere singole. Ogni camera avrebbe dovuto avere servizi igienici con doccia, separati dall'area di pernottamento.

Quanto ai requisiti organizzativi, invece, si stabiliva che nelle strutture dovesse lavorare un'equipe multi - professionale. Era prevista la garanzia di un numero minimo di membri dello staff sanitario per le aree composte da venti ospiti.¹³⁹ La dirigenza della struttura sarebbe stata assunta da un medico psichiatra.

Con il decreto suddetto, peraltro approvato in ritardo, si è altresì proceduto al riparto dei fondi tra le regioni; si fissava un termine di sessanta giorni, entro il quale le regioni avrebbero dovuto

¹³⁹ In particolare cfr. il decreto n. 270 del 2012 contenuto in www.GazzettaUfficiale.it si legge che l'equipe doveva essere composta da: 12 infermieri a tempo pieno; 6 OSS a tempo pieno; 2 medici psichiatri a tempo pieno con reperibilità; 1 educatore o tecnico della riabilitazione psichiatrica a tempo pieno; 1 psicologo a tempo pieno; 1 assistente sociale per fasce orarie programmate.

Nelle ore notturne doveva essere garantita la presenza di almeno 1 infermiere e 1 OSS.

provvedere alla presentazione dei loro programmi; all'articolo 3, con una parziale deroga al principio di territorializzazione, si consentiva alle regioni di predisporre accordi interregionali per consentire, ad una sola delle regioni in accordo, la gestione dei pazienti psichiatrico- giudiziari. In cambio si esonerava questa, dal provvedere all'elaborazione di un piano regionale e le si attribuiva i fondi in origine destinati alla regione "remittente".

Ripercorso, se pur a grandi linee, il testo dell'articolo 3 *ter* della legge n. 9 del 2012, e quello dell'atto normativo relativo ai requisiti delle future strutture sanitarie residenziali, si tratta ora di affrontare la questione relativa alle conseguenze di tale nuova disciplina.

Anzitutto, non viene chiarito quale sarà lo status dei soggetti che saranno collocati, dopo lo smantellamento degli ospedali psichiatrici, presso le nuove strutture. Il decreto n. 270 del 1° ottobre 2012, infatti, si limitava a stabilire che, mediante appositi accordi tra il ministero della salute, il dipartimento dell'amministrazione penitenziaria, le regioni e le province autonome, verrà disciplinato lo svolgimento delle funzioni di cui alla legge penitenziaria, anche con riferimento agli aspetti

dell'esecuzione della misura di sicurezza e ai rapporti con la magistratura.¹⁴⁰ Circostanza che ha indotto gli interpreti a ritenere che i soggetti sottoposti alla misura continueranno a mantenere, pur quando collocati nelle nuove strutture, lo status giuridico di internati.¹⁴¹ Tuttavia, non può tacersi che una serie di disposizioni della normativa penitenziaria finiranno inevitabilmente per stridere allorché si ipotizzi la loro applicabilità in un ambiente ad esclusiva gestione sanitaria¹⁴²; ma questo problema verrà trattato in maniera approfondita nei seguenti capitoli.

Per quanto riguarda l'argomento della sicurezza, il decreto, che pur affronta il tema sotto più di un aspetto, disegna l'utilizzabilità di interventi a carattere deterrente e di natura emergenziale. Tant'è che si contempla la "disponibilità di sistemi di sicurezza congrui rispetto alla missione della struttura quali sistemi di chiusura delle porte interne ed esterne, sistemi di allarme, telecamere, nel rispetto peraltro delle caratteristiche

¹⁴⁰ Cifr A. Venchiarutti, p. 1379.

¹⁴¹ Cit. F. Della Casa, "Basta con gli Opg! La rimozione di un <<fossile vivente>> quale primo passo di un arduo percorso riformatore", in *Rivista Italiana di diritto processuale penale*, 2013, p. 90.

¹⁴² *Ibidem* cifr, p. 92.

sanitarie e dell'intensità assistenziale"; ci limitiamo a dire che queste disposizioni hanno suscitato più di qualche critica.¹⁴³

Altra questione che si desume leggendo i suddetti provvedimenti, è quella circa le modalità di esecuzione degli accertamenti e trattamenti sanitari nei confronti di coloro che verranno collocati in una struttura residenziale sanitaria.¹⁴⁴ Anche nei confronti di coloro varrà, di norma, il principio della volontarietà del trattamento sanitario. Tuttavia, data la eterogeneità dei soggetti fin'ora ricoverati in Opg, è naturale porsi delle domande.

L'opera degli operatori va considerata tutt'altro che agevole, data la situazione di degrado, difficoltà e coercizione¹⁴⁵, perciò sono ipotizzabili rifiuti o quantomeno atteggiamenti ritrosi alle terapie da parte di alcuni ricoverati; in questi casi quali saranno le modalità di esecuzione? Stante quanto previsto dal decreto del 30 ottobre, non possono certo immaginarsi procedure in contrasto con l'articolo 32 della Costituzione,¹⁴⁶ eppure niente è esplicitato

¹⁴³ P. Dell'Acqua, "Lettera aperta di Peppe Dell'Acqua", in www.newsforumsalutementale.it; F. Rotelli, "I nuovi vestiti degli Ospedali psichiatrici giudiziari", in www.stopopg.it, i quali esprimono il timore che nelle strutture venissero riprodotte le condizioni di limitazione della libertà dei movimenti dei pazienti che si riscontrano in gran parte dei servizi psichiatrici di diagnosi e cura.

¹⁴⁴ Cifr. A. Venchiarutti, p. 1380.

¹⁴⁵ In tal senso si esprime Massimo Niro, in *l'AltroDiritto*, che si è occupato per alcuni anni, come magistrato di sorveglianza, dell'Opg di Montelupo Fiorentino ed ha sempre riscontrato elevata dedizione e sensibilità umana negli operatori dell'Opg.

¹⁴⁶ Cifr. M. Giannichedda, "Opg, chiuderne sei ... ma per aprirne quanti?", in *Il manifesto*, 17 Febbraio 2012, p. 15.

per questi casi. In mancanza di espressa previsione, qualora il diniego persista, è da ritenersi che si dovrà ricorrere all'applicazione di un trattamento sanitario obbligatorio.

Sono poi da considerare coloro che, in ragione del proprio stato di salute, o fiaccati dalla lunga permanenza in Opg, non siano in grado di comprendere il genere di terapia che viene proposto e dunque non capaci di manifestare il loro consenso. Per tutelare la posizione di tali soggetti, la commissione aveva suggerito la nomina di un amministratore di sostegno, con il compito specifico di provvedere alla cure del paziente, individuate in un piano di trattamento sanitario.¹⁴⁷ Come altre indicazioni della commissione, pure questa non è stata seguita dal legislatore al momento di approntare il provvedimento volto al superamento degli Opg. La circostanza che nulla, in tal senso, sia stato fatto non deve peraltro sorprendere. Che interesse può esserci ad occuparsi legalmente di una persona che rimane rinchiusa, per lunghi anni, entro le mura di un' istituzione totale?¹⁴⁸

¹⁴⁷ Cfr. A. Venchiarutti, p. 1381.

¹⁴⁸ Cfr. P. Cendon, "Profili dell'infermità di mente nel diritto privato", in *Rivista Critica del diritto privato*, 1986, p. 33 e ss.

3.3 UN PRIMO CORRETTIVO ALLA LEGGE 9 DEL 2012

“Perché quelli che prima erano qui pregavano di morire(...). Come una pianta quando è arsa perché non piove e le foglie appassiscono, così era qui la gente.” A., ricoverato nel Manicomio di Gorizia.

I tempi previsti dalla legge n. 9 del 2012 non verranno rispettati e, a pochi giorni dal termine ultimo da questa fissato, interviene il decreto, noto come Balduzzi, n. 24 del 2013, poi convertito nella legge n. 57 del 2013.

Le fasi, in cui si articola il progetto di superamento, sono le seguenti:

- presentazione dei programmi regionali entro il 15 maggio 2013;
- relazione alle Camere sullo stato di avanzamento dei progetti da parte del ministro della giustizia e di quello della salute, entro il 30 Novembre 2013;
- chiusura degli Opg entro il 1° aprile 2014.

Data la necessaria proroga, sempre nello spirito di garantire l'effettivo rispetto dei nuovi termini,¹⁴⁹ al comma 6 dell' articolo 3 *ter*, sono specificati i contenuti dei programmi regionali che debbono definire “ tempi certi e impegni precisi per il superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari”.

Le innovazioni, rispetto ai contenuti dei programmi richiesti dalle regioni sono significative : laddove, ad un sistema che manteneva la centralità dell'Opg (pur di dimensioni ridotte, rinnovati, a gestione esclusivamente sanitaria) proposto dal comma 4 dell'articolo 3 *ter*, se ne sostituisce uno diverso, con un orientamento volto a strutturare il sistema della misura di sicurezza detentiva come *extrema ratio*.¹⁵⁰ Su questo punto intervengono le modifiche più importanti del decreto, chiarendo che nei programmi regionali debbono essere presenti, oltre che interventi strutturali, attività volte ad incrementare i percorsi terapeutico - riabilitativi. A questa modifica consegue che i 120 milioni di euro stanziati per l'anno 2012 e i 60 per il 2013, debbono ritenersi destinati anche a questo genere di interventi.

¹⁴⁹ Così commenta F. Schiaffo, "La riforma continua del «definitivo superamento degli OPG»: la tormentata vicenda dell'art. 3 *ter* del D.L. 211/2011", in *Critica del diritto*, fasc. 1/2013, pp. 44 e ss.

¹⁵⁰ Cifr. S. Rossi , p. 210.

Il comma 6 dell'articolo 3 *ter*, così come modificato dal decreto Balduzzi, si concentra sul tema dei dimissibili.¹⁵¹ Si stabilisce che i programmi regionali debbano provvedere alla dimissione dei soggetti per i quali l'autorità giudiziaria abbia già escluso la sussistenza della pericolosità sociale. Si tratta di un'espressione quantomeno imprecisa perché, se infatti l'autorità giudiziaria trattenesse all'interno degli Opg, soggetti non più pericolosi socialmente, si verrebbe a configurare una situazione di totale illegittimità.

Come previsto dalla nuova formulazione dell'articolo 3 *ter* il 15 dicembre del 2013, il ministro della giustizia e quello della salute, hanno trasmesso al parlamento la relazione sullo stato di avanzamento dei programmi regionali per il superamento degli Opg.¹⁵² Prima di concentrarsi sullo stato di avanzamento dei programmi regionali, la relazione fa il punto sull'attuazione degli indirizzi programmatici previsti dalla normativa precedente, riferendosi in particolare a:

- Attuazione dei macro-bacini;

¹⁵¹Cit. G. Melani.

¹⁵² A. Cancellieri, B. Lorenzin, "Relazione al Parlamento sul programma di superamento degli Ospedali psichiatrici giudiziari, ai sensi dell'art. 3 *ter* del Decreto-legge 22 dicembre 2011, n. 211, convertito dalla legge 17 febbraio 2012, n. 9, come modificato dal decreto-legge 25 marzo 2013, n.24 convertito con modificazione, dalla legge 23 maggio 2013, n. 57, alla data del 30 novembre 2013", reperibile nell'area documentazione del sito www.Stopopg.it.

- Andamento delle dimissioni.

Per quanto concerne il primo punto, è rilevato come a partire dal 2010 siano stati realizzati i macro-bacini regionali, con il conseguente trasferimento degli internati alla regione di provenienza.

Per quanto riguarda l'andamento delle dimissioni tra il 2010 e il 2012, è registrato un incremento delle stesse.

Come anticipato, il 30 novembre del 2013 tutte le regioni, escluso il Veneto, avevano provveduto a presentare i programmi per il superamento degli Opg. Tuttavia, non sono state poche le problematiche anche stavolta. In particolare, ciò che rileva è il fatto che le regioni abbiano progettato di utilizzare tra il 60% e il 95% dei finanziamenti a disposizione, per la costruzione di Rems.¹⁵³ Solo una cifra residuale, quindi, è stata destinata ai dipartimenti di salute mentale affinché predispongano piani terapeutici individuali accelerando l'uscita dagli Opg dei pazienti dimissibili.

Inoltre, altro aspetto dibattuto è quello del numero dei posti letto. Infatti, a fronte di una popolazione internata che continua a diminuire, passata dalle 1.484 unità nel dicembre 2011 alle 918

¹⁵³ Cit. M. Miravalle p. 133.

dell'ottobre del 2014, perché il legislatore ha previsto e finanziato 1.400 posti ? Tale previsione, suona quasi come un sinistro auspicio.

Infine, sempre in tema di numeri, vi è un'altra considerazione da fare. Alcune regioni hanno predisposto 40 posti letto, la Lombardia addirittura 120 posti. Ma questo non va in contrasto con quanto disposto dal decreto n. 270 del 2012 il quale parlava di 20 posti letto? Non sarebbe più facile gestire una struttura più piccola e con un minor numero di pazienti, in maniera tale da garantire al meglio i percorsi di cura individualizzati?¹⁵⁴

Altro problema è, ancora una volta, quello dei tempi stretti; infatti come sosteneva lo stesso Paolo Fedda, sottosegretario alla salute, rispondendo ad un'interrogazione parlamentare, “anche per le regioni più efficienti sarà quasi impossibile rispettare il termine previsto dalla norma”.

¹⁵⁴ Ad esempio Piccione, in uno scritto con il quale presenta le possibili strade per il superamento degli Opg, ricorda come nelle strutture per l'assistenza psichiatrica di carattere residenziale che presentano un numero massimo di posti di letto non superiore a 16, si sia attribuito al dato quantitativo del numero di pazienti una discreta importanza. Cifr. R. Piccione, "Gli ospedali psichiatrici giudiziari", in *Fogli di informazione*, n. 201, 2004, p. 117.

3.4 ULTIMO TERMINE PER IL SUPERAMENTO: LA LEGGE 81 DEL 2014

“La progettazione dei templi si basa sulla simmetria, il cui metodo deve essere scrupolosamente osservato dagli architetti. La simmetria nasce dalla proporzione, che in greco viene definita analoghìa. La proporzione consiste nella commisurabilità delle singole parti di tutta l’opera, sia fra loro sia con l’insieme. Questa commisurabilità si basa sull’adozione di un modulo fisso e consente di applicare il metodo della simmetria. Nessun tempio potrebbe avere progettazione razionale senza simmetria e senza proporzione, senza cioè senza cioè avere un esatto rapporto proporzionale con le membra di un ben formato corpo umano.” Vitruvio

L’eccessiva enfasi custodiale, sottolineata dal fatto che le regioni abbiano destinato troppe attenzioni (e troppe risorse) alla costruzione di nuove Rems, non ha lasciato il legislatore indifferente; quest’ultimo è infatti intervenuto con il decreto legge n. 52 del 2014 (convertito nella legge n. 81 del 2014), non solo concedendo un ulteriore anno di proroga per rendere esecutivo il superamento,¹⁵⁵ ma anche introducendo elementi di forte novità.¹⁵⁶

¹⁵⁵ Cifr. S. Rossi, p. 211. Termine ultimo fissato al 31 Marzo 2015.

¹⁵⁶ Cifr. M. Miravalle, p. 140.

Tali innovazioni sono ottimamente esposte nel saggio “Dalla chiusura degli ospedali psichiatrici giudiziari alla (possibile) eclissi della pena manicomiale” di Andrea Pugiotto,¹⁵⁷ il quale ripercorre i punti fondamentali della riforma. Eccoli spiegati qui di seguito:

- Il giudice deve predisporre una misura di sicurezza detentiva, anche in via provvisoria, diversa dal ricovero in Opg o casa di cura, salvo grave pericolosità sociale del reo. Tale principio, contenuto nell’articolo 1, comma uno, lettera b) della legge n. 81 del 2014, degrada la misura del ricovero in Opg in una misura residuale, da applicare solo come *extrema ratio* in caso di grave pericolosità sociale del soggetto. “Tale regola è giustificata dall’inidoneità del ricovero”, scrive Pugiotto. Ecco, allora, che i giudici dovranno preferire la libertà vigilata o la custodia cautelare presso una struttura idonea del sistema psichiatrico ospedaliero;
- Ridefinizione della pericolosità sociale valutata esclusivamente sulla base delle qualità soggettive del reo. Questa novità, di cui si è già parlato¹⁵⁸, è di fondamentale

¹⁵⁷ Tale saggio è presente in www.Costituzionalismo.it, fasc. 2/2015, p. 1-12.

¹⁵⁸ Vedi capitolo I, par. 1.2.

importanza; infatti con l'entrata in vigore della legge n. 81 del 2014, non hanno più alcuna rilevanza per la valutazione del folle l'assenza di legami familiari, di un lavoro, di una fissa dimora. Pugiotto ritiene che considerare tali fattori sarebbe un "eccesso di prudenza", che limiterebbe la libertà personale del reo;

- La mancanza di programmi terapeutici individuali non costituisce elemento idoneo a supportare il giudizio di pericolosità sociale. L'articolo 1 della legge in esame, prosegue stabilendo che un soggetto non può più essere dichiarato pericoloso socialmente solo perché non è previsto per lui un piano terapeutico individuale. Tale norma nasce dalla necessità di porre rimedio a quelle che erano le precedenti pratiche scorrette utilizzate, sintomatiche dell'inefficienza del sistema sanitario nazionale;
- I trattamenti indifferenziati non sono più contemplati. Ecco, allora, che i piani individualizzati diventano la prima condizione necessaria nell'ipotesi in cui sia indispensabile disporre il ricovero in Opg;

- Le regioni formano il personale incaricato di studiare i trattamenti individuali e possono modificare i programmi per la riqualificazione dei Dsm e la realizzazione di nuove strutture;
- I programmi terapeutici riabilitativi di dimissione devono essere obbligatoriamente previsti per ciascun paziente dai Dsm di ogni regione e presentati al ministero della salute entro 45 giorni dall'entrata in vigore della legge di conversione;
- Le misure di sicurezza detentive, provvisorie o definitive, compreso il ricovero nelle Rems, non possono durare oltre il tempo stabilito per la pena detentiva prevista per il reato commesso, avuto riguardo alla previsione edittale massima. Se prima, infatti, la durata era minima e prorogabile, adesso questa è stabilita in base alla durata massima della pena prevista per il reato commesso. Si rendono gli internati uguali ai detenuti, ostacolando la possibilità di protrarre *sine die* le misure di sicurezza detentive per i malati psichici. È così assicurata la proporzionalità tra reato e pena e, scrive Pugiotto, “ne esce una scelta legislativa ragionevole, perché in grado di conciliare garanzie di libertà ed esigenze di difesa sociale”.

- Viene, inoltre, prevista la costituzione di un organismo di coordinamento, composto da rappresentanti del ministero della salute, del ministero della giustizia, delle regioni e delle province autonome di Trento e Bolzano, per monitorare e coordinare le iniziative assunte per garantire il completo superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari. Al comma 2 dell'articolo 1 della legge n. 81 del 2014, è previsto che ogni tre mesi, il ministro della salute e il ministro della giustizia, debbano inviare alle camere una relazione sullo stato di attuazione delle suddette iniziative.

Ora, volgendo lo sguardo alla situazione delle regioni impegnate nel processo di attuazione del programma, si può affermare che le stesse, nell'ottemperare agli obiettivi stabiliti a livello nazionale, abbiano deciso di percorrere strade del tutto diverse. Semplificando la situazione possiamo prendere in esame due modelli: quello toscano e quello della lombardo.¹⁵⁹

Le linee del modello toscano sono ben tracciate nel programma regionale approvato con delibera della giunta, n. 283/2014, la cui idea di fondo è quella di ridurre i posti letto previsti nella Rems e

¹⁵⁹ Cifr. S. Rossi, rivista BioLaw Journal, fasc. 2/2015, p. 212 e ss.

potenziare le strutture pubbliche presenti sul territorio. Tale potenziamento è volto ad incrementare i percorsi di cura e reinserimento individualizzati.

L'obiettivo del programma approvato con delibera n. 122 del 14 maggio del 2013, della regione Lombardia è volto alla creazione di un articolato circuito residenziale regionale che surroghe le funzioni svolte finora dall'Opg di Castiglione. Tuttavia la previsione di un elevato numero di posti letto, fa sì, non solo che tale modello di contrapponga a quello toscano ma fa, altresì, temere la riproposizione, sotto altre spoglie, di un modello di gestione del paziente esclusivamente ospedaliero, di cui si intravede il “germe di una trans-istituzionalizzazione”, ossia la possibilità che il programma si riduca a un processo di mero trasferimento dei ricoverati dai vecchi Opg alle nuove strutture.¹⁶⁰

¹⁶⁰ In questi termini G. Dodaro, “Ambiguità e resistenze nel superamento dell'Opg in regione Lombardia: verso l'istituzionalizzazione ospedaliera del malato di mente autore di reato?”, in *Rivista Italiana di medicina legale e diritto sanitario*, fasc. 3/2013, p. 1378 e ss.

3.5 LA LEGGE 81 DEL 2014 AL VAGLIO DELLA CORTE COSTITUZIONALE

“Non ci si persuade del proprio buonsenso chiudendo il prossimo in manicomio.” Fedor

Dostoievski

Analizzata la portata della legge n. 81 del 2014, vogliamo adesso soffermarci, in particolare, su due punti: sulla questione concernente la “nuova” pericolosità sociale e quella che attiene al limite massimo, apposto dalla suddetta legge, alla durata della misura di sicurezza.

Tra le modifiche di maggior rilievo apportate alla disciplina delle misure di sicurezza detentive, spicca sicuramente la disposizione secondo cui l'accertamento della pericolosità sociale, da parte del giudice di cognizione o del magistrato di sorveglianza, ai fini dell'applicazione anche provvisoria, dell'Opg e della Casa di Cura e di Custodia (Ccc), è effettuato sulla base delle qualità soggettive della persona senza tener conto delle condizioni di cui all'articolo 133 secondo comma, numero quattro, del codice penale; e la disposizione secondo cui non costituisce elemento

idoneo a supportare il giudizio di pericolosità sociale la sola mancanza di programmi terapeutici individuali. In tali previsioni si coglie un apprezzabile cambiamento nell'atteggiamento culturale del legislatore.¹⁶¹

Non v'è dubbio che la riforma possieda, dal punto di vista sanitario, un valore storico di grande portata, introducendo un radicale mutamento nell'ambito del trattamento del soggetto autore di reato non imputabile per infermità di mente e socialmente pericoloso¹⁶². Tuttavia, sul piano politico-criminale, esprime una visione tutt'altro che originale. Conferma il pilastro del doppio - binario, e il dispositivo psichiatrico - normativo della pericolosità sociale, seppur ristretto, continua ad essere alla base dell'attuale sistema codicistico delle misure di sicurezza¹⁶³; in più l' articolo 1, comma 1, lett. a) e b) della legge n. 81 del 2014, non modifica neppure la nozione di pericolosità sociale, che continua ad essere definita, in termini ampi e generici, come possibilità di commettere reati.

Tale legge non è stata accolta da tutti con entusiasmo.

¹⁶¹ Cfr. Dodaro, p. 611 e ss.

¹⁶² Cfr. A. Grispini e G. Ducci, "Il superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari. Considerazioni e riflessioni." In Rassegna penitenziaria e criminologica, fasc. 1/2013, p. 10 e ss.

¹⁶³ Cit. G. Dodaro, p. 162.

C'è, infatti, chi ne ha messo in dubbio la legittimità costituzionale. Con un'ordinanza del 16 luglio 2015 il tribunale di Messina ha promosso una questione di legittimità costituzionale proprio dell' articolo 1, comma uno, della legge 81 del 2014 nella parte in cui si stabilisce che l'accertamento della pericolosità sociale è "effettuato sulla base delle qualità soggettive della persona, senza tener conto delle condizioni di cui all'articolo 133, comma due, n. 4 del codice penale" e che " non costituisce elemento idoneo a supportare il giudizio di pericolosità sociale la sola mancanza di programmi terapeutici individuali." Il tribunale, trovandosi a giudicare il caso di una revoca della misura di sicurezza detentiva da concedere o meno ad un paziente di cui, oltre ad averne accertato il disturbo psichico, è stato riscontrato anche che il soggetto, fosse senza fissa dimora e senza occupazione, ritiene che la legge 81 del 2014 violi alcuni dettami costituzionali, avvallando la critica di decontestualizzazione del reo infermo di mente, in un giudizio di pericolosità che non tiene in considerazione i parametri del n. 4 dell'articolo 133 del codice penale. La Corte, non solo ha dichiarato la questione sollevata dal giudice *a quo* non fondata,

ma ha altresì posto l'accento sul fatto che la legge n. 81 del 2104 vada letta nell'ottica di superamento degli Opg, in linea con quanto già affermato nelle sentenze 253 del 2003 e 367 del 2004.¹⁶⁴

Altra novità dall'effetto dirompente è sicuramente quella che attiene all'apposizione di un limite massimo per la durata della misura di sicurezza¹⁶⁵. Senza dubbio, apponendo un termine ultimo invalicabile per l'esecuzione dell'internamento in Opg, viene meno il fenomeno degli ergastoli bianchi. Diversamente, tale “epitaffio”¹⁶⁶ non vale per i veri e propri ergastoli da scontare dietro i muri di un manicomio giudiziario: per espressa previsione legislativa, infatti, la regola di un limite massimo temporale per le misure di sicurezza detentive non si applica per i delitti puniti con la pena dell'ergastolo. Esemplificando: pensiamo al seminfermo di mente condannato per un fatto di reato punito con la pena del carcere a vita, che tuttavia il giudice concretamente non commina in ragione della prevalenza delle attenuanti. Una volta internato, egli non beneficerà del limite di

¹⁶⁴ Cfr. A. Pugiotto, p. 26- 30.

¹⁶⁵ Cfr. M. T. Collica, “I limiti delle misure di sicurezza detentiva al vaglio della Corte Costituzionale: tra istanze di garanzia e riemergenti esigenze di difesa sociale”, in *Diritto penale e processo*, fasc. 6/2017, p. 764.

¹⁶⁶ Cit. D. Piccione, “Libertà dall'ospedale psichiatrico in dimissione e rischi di regressione istituzionale”, in *Rivista AIC*, fasc. 4/2014, p. 5.

garanzia della durata massima della misura di sicurezza. Da reo, un giorno, avrebbe potuto uscire di galera. Da folle, invece, rischia di non uscire più dal luogo di custodia dove è stato recluso in ragione della sua pericolosità sociale. Sopravvivranno così gli ergastoli nascosti dietro i muri di una Rems, di un Opg, di una Ccc.

Altra ordinanza di rimessione che ha interessato la Corte è stata quella sollevata dal gip del tribunale di Napoli nel 2015.¹⁶⁷

Il giudice *a quo* interpellava la Corte su una questione concernente l'articolo 1 della legge n. 81 del 2014. Si tratta, in particolare, della norma che ha fissato un limite massimo di durata per le misure di sicurezza detentive. L'ordinanza di rimessione riguarda la situazione di una persona sottoposta, dal 2005, alla misura di sicurezza provvisoria del ricovero in Opg ma che da allora si era più volte vista prorogare la misura sul presupposto della permanenza della pericolosità sociale. La condizione d'internato non era venuta meno neppure superate la soglia di tempo massimo introdotta dall'articolo censurato, che stabilisce per le misure di sicurezza detentive, provvisorio definitive, una durata comunque mai superiore al massimo

¹⁶⁷ Gip Trib. Napoli 21 Maggio 2015, ord. n. 187, in Gazz. Uff.

edittale delle pene detentive corrispondenti ai reati commessi. Anzi, lo stesso giudice constata come rispetto ai delitti contestati fosse maturata persino la prescrizione, che a seguito della sentenza della Corte costituzionale n. 45 del 2015, può essere ormai riconosciuta anche ai cosiddetti eterni giudicabili. Permanendo le circostanze che avevano portato a riconoscere la pericolosità sociale del soggetto, secondo il gip non restava che applicare la misura della sicurezza della libertà vigilata, con prescrizioni annesse relative al controllo delle forze dell'ordine e all'assistenza psichiatrica da parte dei servizi territoriali. Sennonché, a parere dello stesso giudice, la misura di sicurezza non detentiva non sarebbe in grado, nel caso di specie, di garantire gli obiettivi di controllo della pericolosità sociale, né le esigenze di cura della persona internata.

Su queste basi il giudice *a quo* arriva a prospettare la dubbia legittimità della nuova disciplina nella parte in cui non consente eccezioni al limite massimo di durata delle misure di sicurezza detentive, neppure di fronte a casi di particolare gravità.¹⁶⁸ A conferma dei rilievi critici sollevati, il giudice *a quo* ricorda

¹⁶⁸Cit. M. T. Collica, p. 762.

come la pronuncia della Corte costituzionale n. 367 del 2004¹⁶⁹ abbia esteso anche alle misure di custodia cautelare l'illegittimità costituzionale della norma che prevedeva l'internamento negli Opg come misura unica per il soggetto non imputabile o seminputabile autore di reato, aprendo la strada all'applicazione della libertà vigilata¹⁷⁰ ma non senza averne al contempo subordinato l'ammissibilità alla valutazione dell'idoneità della misura non detentiva a garantire esigenze, non solo di cura, ma anche di custodia dell'infermo. A chiudere il percorso argomentativo si pone la constatata assenza di una struttura nel territorio disposta ad accogliere l'internato, nel caso in cui si vogliano considerare consistenti i presupposti per consentire un trattamento *extra moenia*. Il giudice, alla luce di ciò, si trova in una situazione di stallo, dovendo scegliere tra la disapplicazione della legge vigente e il rimettere in libertà l'indagato.

La Corte ha ritenuto la questione inammissibile poiché nel caso oggetto dell'ordinanza di remissione, è venuta meno la possibilità di ricorrere ad una misura di sicurezza, indipendentemente dalla modifica apportata dalla legge n. 81 del 2014 alla loro durata,

¹⁶⁹ Corte Cost. n. 367 del 2004 in *Diritto penale e processo*, 2005, p. 425 ss., con commento di F. Triulzi, "Infermità di mente e misure di sicurezza detentive", p. 427 ss.

¹⁷⁰ Cit. M. T. Collica, p. 763.

essendo ormai maturata la prescrizione dei reati commessi, constatata dallo stesso giudice *a quo*. Pertanto la Corte, non ha potuto entrare nel merito della questione sollevata dal giudice, sui punti caldi della nuova disciplina.

3.6 NOMINA DEL COMMISSARIO UNICO E LE RELAZIONI DEL 2016

“Abbiamo una vasca da bagno con un piccolo buco di scolo per chiudere gli Opg e, dall'altra parte, un rubinetto che continua a riempire la vasca fino a farla traboccare.” Franco

Corleone

La legge n. 57 del 2013, oltre alle modifiche apportate alla legge n. 9 del 2012, ha altresì operato una modifica alla disciplina dei poteri sostitutivi del governo nel caso di inerzia delle regioni. Laddove infatti, in precedenza, l'attivazione di tal potere era legata al solo mancato rispetto del termine fissato per il superamento degli Opg, è stato invece previsto, che il potere sostitutivo scatti nel momento in cui le regioni omettano di presentare entro il 15 maggio 2013, il loro progetto regionale di

intervento e in più non rispettino il termine per il completamento del programma.¹⁷¹ Tale potere sostitutivo consisteva nella nomina di un Commissario Unico, che avrebbe avuto il compito di seguire le regioni nel completamento del processo di chiusura degli Opg. Risiede proprio in tale disposizione la genesi della nomina, da parte del governo, di Franco Corleone nel febbraio del 2016. Tale nomina viene ufficializzata il 19 febbraio : da una parte si schierano le regioni, le quali percepiscono tale esercizio di potere da parte dello Stato come una punizione; dall'altra parte c'è chi, come il comitato StopOpg, che accoglie tale notizia con grande entusiasmo.¹⁷² Come sottolinea, il sottosegretario Vito De Filippo, “il compito del commissario, sarà quello di portare a compimento, nel più breve tempo possibile, il percorso di superamento degli Opg nelle regioni di : Abruzzo, Puglia, Calabria, Piemonte, Veneto e Toscana; si tratta di una scelta <<competenza>> , che deve essere intesa come un aiuto per le Regioni che hanno dimostrato più difficoltà.”¹⁷³

¹⁷¹Cifr. S. Rossi, p. 210.

¹⁷² Cifr. l'articolo “Corleone commissario, finalmente una buona notizia”, in www.StopOpg.it.

¹⁷³ Le parti virgolettate fanno parte di un'intervista, rilasciata dal sottosegretario De Filippo alla giornalista Lucia Conti, contenuta nell'articolo “Opg. Franco Corleone nominato commissario. Interverrà in Abruzzo, Calabria, Piemonte, Puglia, Toscana e Veneto. De Filippo: “Non è una punizione ma aiuto alle regioni in difficoltà.”, presente su www.quotidianosanità.it.

Qual è la situazione che il commissario Corleone rinviene? Per rispondere a tale domanda, riportiamo qui di seguito i dati più significativi che emergono dalle relazioni attinenti al semestre 19 febbraio 2016 – 19 agosto 2016 e trimestre 19 agosto 2016 – 19 novembre 2016¹⁷⁴. In particolare, facendo riferimento ai dati di fine ottobre 2016, risulta che :

- Gli Opg ancora da chiudere sono due e ospitano 26 persone: quello di Barcellona Pozzo di Gotto, nel quale si trovano 14 persone, e quello di Montelupo Fiorentino nel quale se ne trovano 12;
- Sul territorio sono presenti 28 Rems, per 624 posti complessivi; in alcune regioni (Lazio, Campania, Friuli, Sicilia, Puglia, Emilia Romagna, Piemonte) sono presenti più strutture (da 2 a 4); in altre, una sola è la Rems di riferimento (Lombardia, Basilicata, Sardegna, Veneto, Marche, Toscana, Abruzzo, Calabria, Trentino);
- Il numero dei posti è di norma al di sotto delle 20 unità per struttura, salvo eccezioni (con riguardo in particolare a strutture plurimodulari, la più vistosa delle quali è la Rems di

¹⁷⁴ Tali relazioni sono presenti sul sito www.DirittoPenaleContemporaneo.it e www.francocorleone.it.

Castiglione con 160 posti) ; l'impressione è di realtà molto diverse tra loro: basti pensare che le 3 strutture attive in Friuli, hanno 2 posti ciascuna;

- Quanto alla vigilanza, la relazione semestrale a pagina 29, segnala come nella maggior parte dei casi sia previsto un sistema di vigilanza privato 24 ore su 24, per lo più da parte di personale non armato e collocato all'interno delle Rems, all'ingresso, in un apposito locale; in tutte le strutture è presente un sistema di videosorveglianza;
- Il principio di territorialità, espresso dalla legge di riforma e funzionale al reinserimento sociale, risulta in buona parte rispettato, dato che solo 34 pazienti risultano ricoverati in strutture collocate fuori dalla propria regione di residenza¹⁷⁵; d'altra parte, le relazioni segnalano come sia problematico rispettare quel principio in rapporto alle donne, considerato che in molte strutture non vi è la possibilità di ospitarle;
- Il dato più allarmante, segnalato dal commissario unico, è quello relativo all'incidenza delle misure di sicurezza provvisorie sul numero complessivo dei pazienti assegnati alle Rems, pari al 40%: la relazione trimestrale segnala in

¹⁷⁵ Cifr. Relazione trimestrale p. 20.

particolare come, a fine ottobre 2016, risultavano in attesa di essere eseguite 241 misure di sicurezza, gran parte delle quali (176) provvisorie, misure queste non eseguibili per mancanze di posti disponibili;¹⁷⁶ l'incidenza di tale fenomeno è riferibile, in particolare, ad alcune regioni (ad esempio la Sicilia) in cui il ricorso all'applicazione provvisoria delle misure di sicurezza del ricovero in Opg e in Ccc rappresenterebbe, secondo il commissario Corleone, un fattore capace di portare al collasso il neo istituito sistema delle Rems;¹⁷⁷

- Ulteriore profilo problematico segnalato nelle relazioni, infine, riguarda i regolamenti delle Rems, all'analisi dei quali ampio spazio è dedicato nella relazione semestrale: i profili problematici riguardano, in particolare, le disparità di trattamento tra gli istituti conseguenti alla mancanza di uniformità dei regolamenti, come anche i rapporti, talora problematici, con la disciplina di cui alla legge sull'ordinamento penitenziario e al relativo regolamento di attuazione.

178

¹⁷⁶ Cifr. Relazione Trimestrale p. 6.

¹⁷⁷ Cifr. Relazione Semestrale p. 51.

¹⁷⁸ Cifr. Relazione Semestrale p. 23 ss.

Capitolo quarto

LA SITUAZIONE ATTUALE IN ITALIA

“..e io parlo, parlo, dico tutto, più di quanto non si direbbe in confessionale, sperando in una parola buona, un consiglio, un parere da questo signore che ti misura, passeggia avanti e indietro dicendo frasi come << lei metterebbe una firma su di una cambiale in bianco?>> ecc... poi la grande delusione: dopo aver dato tanto, perché a parlare di sé si dà tutto ciò che si ha, in cambio si ricevono punture e pastiglie che non potranno forse risolvere mai nessun problema di amore, di lavoro, di sapere, perché è per questi problemi che tanti malati sono rinchiusi lì dentro..” Stralcio di una lettera di un ex degente

4.1 INTRODUZIONE

In questo capitolo si cercherà di dare una visione complessiva della situazione Rems in Italia nel biennio 2017-2018. A tal fine, si utilizzeranno gli ultimi dati dell' associazione Antigone e alcune relazioni sulle visite effettuate da esperti dell'Osservatorio Nazionale Rems.

Prima di procedere all'analisi dei suddetti dati, si deve sottolineare come la situazione in merito, agli Opg prima, e alle Rems oggi, è sempre stata caratterizzata dall'essere

estremamente variegata¹⁷⁹: vi sono, infatti, strutture che sono state classificate come “eccellenze della sanità” e strutture che ancora presentano i problemi di 40 anni fa, in merito agli edifici (spesso non idonei), o per quanto riguarda il personale (a volte carente o impreparato). Emblema di questa situazione, appena descritta, possono considerarsi le Rems di Carovigno e di Spinazzola. La prima considerata, un’eccellenza in Puglia¹⁸⁰, presenta molti progetti di laboratorio, tra cui un laboratorio di scrittura, che si pone come uno spazio di espressione verbale e contenitore di riflessioni, desideri e speranze degli ospiti. La seconda, invece, carente di personale (per cercare di risolvere tale problema, a breve verrà indetto un bando) e di spazi esterni, secondo l’opinione di Franco Corleone.¹⁸¹ Tuttavia lo stesso Sindaco di Spinazzola, Michele Patruno, sottolinea come la struttura abbia a cuore il futuro reintegro degli ospiti.¹⁸²

¹⁷⁹ Parafasando Stefano Cecconi, promotore del comitato Stopopg, in un’intervista presente in www.Redattoresociale.it.

¹⁸⁰ Espressione utilizzata, in una breve intervista rilasciatami, dalla dott.ssa Viviana Leo, che si occupa della direzione del laboratorio di scrittura della Rems di Carovigno, il cui frutto è il giornalino “Daldidentro”.

¹⁸¹ Nella breve intervista rilasciatami, il commissario Unico Franco Corleone, dice di avere avuto una buona impressione circa la realtà Rems in Puglia, tuttavia afferma che la Rems, ubicata a Spinazzola, sia carente di spazi esterni.

¹⁸² Ho avuto, altresì, modo di parlare con il Sindaco di Spinazzola, Michele Patruno, il quale mi ha riferito che la comunità del suo paese, in un primo momento, non riusciva a cogliere il senso della struttura (nonché simili dubbi vi erano tra lo stesso personale); tuttavia tali difficoltà sono state superate, ed ad oggi, a suo dire, la Rems è incentrata sul pieno reintegro dei suoi ospiti.

Nello stesso solco della Rems brindisina si pone la Rems ubicata a Casale di Mezzani (PR), alla quale, invece, si contrappongono le Rems lombarde. Nella prima, c'è maggiore libertà, infatti, ruolo primario hanno le attività riabilitative individuali e di gruppo; quelle ubicate nella Lombardia, invece, si caratterizzano per il loro carattere ancora troppo custodiale, con regolamenti molto duri e sbarre tuttora presenti all'interno delle strutture.

Il caso della Rems di Casale di Mezzani è, tuttavia, maggiormente interessante per il fatto che agli ospiti siano stati consegnati 26 questionari e 17 schede per la rilevazione del grado della loro soddisfazione. Dai risultati si può notare come gli ospiti esprimano maggiore soddisfazione per la qualità dell'assistenza medica (88%), infermieristica (89%), per l'accoglienza al momento dell'ingresso (83%) e le relazioni con l'equipe (78%); le attività più gradite risultano essere la Riunione Residenziale, le uscite individuali e di gruppo, il gruppo "Shiatsu, Salute, Benessere e Musica".¹⁸³ Tale strumento del

¹⁸³ Il tratto relativo alla Rems di Casale Mezzani, deriva dalla lettura del saggio scritto da V. I. Molinaro, G. Paulillo e P. Pellegrini, "La qualità percepita dagli ospiti della Rems di Casale di Mezzani (PR)", contenuto in *Rassegna Italiana di Criminologia*, fasc. 3/2017, p. 213-219.

questionario si è dimostrato un utile metodo per garantire la corretta individuazione degli ambiti di intervento.

4.2 IL XIV RAPPORTO DI ANTIGONE



Figura 5: la figura è stata elaborata da me (con non poche difficoltà); rappresenta la situazione italiana sul fronte Rems, ovvero dove sono situate le 30 Rems attualmente in funzione sul territorio della Repubblica.

Come si può notare dalla piantina soprastante, al 15 marzo 2018 le Rems in Italia sono 30 con 599 persone ricoverate, di cui 54

donne. Il numero di presenze corrisponde ai posti disponibili e questo permette di sottolineare l'ammirevole resistenza da parte dei servizi sanitari nel non eccedere nel numero massimo dei posti, evitando il sovraffollamento.

Le liste d'attesa per entrare nelle Rems sono piuttosto lunghe.

Manca un quadro nazionale definitivo (nel 2017 erano 289 persone) ma a titolo di esempio si analizzano tre regioni : la Lombardia ha una lista di attesa di 8 persone, il Piemonte di 13 (di cui 4 "attendono" in carcere) e la Campania 44 (di cui 18 in carcere). Le differenze tra le regioni sono evidenti : la Lombardia continua ad affidarsi ad un' unica Rems, ubicata nell'ex Opg di Castiglione delle Stiviere, con 156 presenze; altre regioni hanno implementato strutture più piccole.

A stupire è l'analisi delle posizioni giuridiche dei pazienti ospitati. Rispetto al 2017, i pazienti con una misura di sicurezza provvisoria sono saliti a 274, aumentando del 22% e arrivando ad essere il 45,7% del totale. La misura di sicurezza provvisoria, *ex* articolo 206 del codice penale, corrisponde alla custodia cautelare in attesa di sentenza definitiva e, come tale, dovrebbe costituire un'eccezione, l'*extrema ratio* a disposizione del

giudice. I prosciolti per vizio totale di mente, ma socialmente pericolosi (*ex* articolo 222 del codice penale), che dovrebbero costituire la categoria tipica del ricoverato in Rems, sono invece in minoranza, arrivando a costituire il 37% del totale.

Altro indice, dello stato di salute del sistema Rems, è l'analisi dei flussi di entrata e di uscita dal gennaio al dicembre 2017.

Si tratta, nel caso degli ingressi, di un indice dell'orientamento dell' autorità giudiziaria e della capacità delle istituzioni coinvolte di rendere effettiva la previsione di legge per cui le Rems dovrebbero costituire, come innanzi detto, l'*extrema ratio*.

Nel caso delle dimissioni, si tratta di un indice sintomatico della capacità delle istituzioni di trovare e costruire percorsi che coinvolgano altre strutture del territorio (su tutte, le comunità psichiatriche specializzate) e che puntino alla libertà e alla riabilitazione della persona.

Il saldo tra ingressi e dimissioni è sbilanciato verso i primi; nel 2017 sono entrate nel circuito Rems 46 persone in più di quelle che sono uscite. Tra gli ingressi è interessante notare come il 26% provenisse dal carcere; ciò a conferma della connessione che esiste tra la questione penitenziari e la questione Rems. E'

evidente, infatti, che con la chiusura degli Opg, sia venuta meno la valvola di sfogo su cui il carcere “scaricava” i casi più problematici. Sul fronte delle dimissioni si nota che più della metà siano, in realtà, trasformazioni della misura di sicurezza detentiva in misura di sicurezza non detentiva (nella forma della libertà vigilata). Questo significa che buona parte di chi esce dalle Rems continua ad essere sottoposto ad un controllo istituzionale.¹⁸⁴

4.3 L'ISTITUZIONE DELL'OSSERVATORIO NAZIONALE REMS

“La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana.”

Comma 2 articolo 32 della Costituzione

L'osservatorio nazionale Rems nasce dall'idea comune del comitato StopOpg e del associazione Antigone. L'Osservatorio nasce con il fine preciso di “tenere i fari puntati sulle Rems” per evitare che queste nuove strutture diventino altri piccoli Opg :

¹⁸⁴ Questo paragrafo, come già anticipato, è una rielaborazione del XIV Rapporto Antigone sulle condizioni di detenzione, presente sul sito www.Antigone.it e ivi pubblicato nel maggio 2018, scritto da M. Miravalle e D. Ronco.

sarà necessario, a tal fine, controllare il trattamento riservato alle persone ospitate, nonché valutare se effettivamente le Rems costituiscano l'*extrema ratio*, così come previsto dalla legge 81 del 2014.

L' Osservatorio ha una struttura nazionale che presenta: una "cabina di regia", composta attualmente dai rappresentanti di StopOpg e Antigone, e dei referenti regionali che raccolgono e trasmettono informazioni, mediante visite realizzate direttamente nelle strutture.¹⁸⁵ A seguito di tali visite vengono redatte delle relazioni che poi l'Osservatorio pubblica sul sito Stopopg.it. Dalla sua istituzione, nella primavera del 2018, sono state pubblicate ben quattro relazioni che attengono alle visite condotte presso le Rems di: Volterra, Calvi Risorta e Vairano Patenora, Ceccano, San Maurizio Canavese e San Michele in Bra. Di seguito si analizzeranno tre di queste relazioni, facendo, in tale maniera, riferimento al Nord, al Centro e al Sud Italia.¹⁸⁶ Per comodità e chiarezza di esposizione saranno prese in considerazione quattro categorie di valutazione:

¹⁸⁵ I dati circa l'istituzione dell'Osservatorio derivano da "Osservatorio sul superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari e sulle Rems", in www.StopOpg.it.

¹⁸⁶ Tali relazioni sono presenti sul sito www.StopOpg.it e vengono pubblicate dall'Osservatorio Nazionale Rems a seguito di visite presso le strutture prese in considerazione in ogni relazione.

- Aspetto e accessibilità della Rems;
- Categorie di persone nella Rems;
- Attività nella Rems;
- Rapporti con la magistratura;

Infine, saranno riportate anche le considerazioni generali del gruppo di esperti sulla Rems visitata.

- **Relazione sulla visita alla Rems ubicata a San Maurizio Canavese (TO), effettuata il 24 Luglio 2018.**

L'attività di questa Rems è stata avviata il 16 novembre 2016. La Rems è parte del gran presidio ospedaliero Fatebenefratelli, un complesso privato che opera in convenzione con il sistema sanitario nazionale, situato nel comune di San Maurizio Canavese. Il "presidio ospedaliero" è collocato all'interno del perimetro di quello che fu uno degli Opg piemontesi.

Aspetto e accessibilità della Rems: la Rems, una palazzina con 20 posti letto, è circondata da un muro con recinzione alta 6 metri. Ha spazi esterni molto ampi e diversi spazi comuni interni (sale riunioni, sale fumatori..). L'accesso è controllato da un addetto alla sicurezza, al quale si devono consegnare telefoni e documento d'identità. Le porte verso l'esterno sono chiuse a

chiave e la struttura è video sorvegliata, salvo le camere dei pazienti. Tutte le finestre sono bloccate da fermi. I visitatori entrano, se autorizzati, e possono introdurre vestiti ed alimenti, che vengono controllati dal personale. La connotazione della struttura in termini custodiali è marcata. Il movimento dei pazienti all'interno della Rems è parzialmente libero; possono accedere in orari prestabiliti: ad un grande giardino esterno e ad aree comuni. Le camere da letto non sono accessibili di giorno; sono sia doppie che singole e restano aperte di notte. I mobili sono fissati e non si possono spostare. La stessa direzione ha optato per un modello di regolamento di tipo penitenziario, con precisa scansione degli orari e delle regole. Ciò, inevitabilmente, fa sì che la vita interna alla struttura sia molto simile a quella carceraria.

Le categorie di persone all'interno della Rems: attualmente sono ricoverate complessivamente 20 persone, di cui 2 donne. Ben 8 persone senza fissa dimora. Le misure di sicurezza definitive sono 14, quelle provvisorie 6. Ad oggi sono stati 41 gli ingressi e 21 le dimissioni, ma 4 di queste sono detenute altrove. Gli operatori riferiscono che quasi mai è rispettato il termine di

45 giorni dall'ingresso per la presentazione del Progetto Terapeutico Riabilitativo Individuale (Ptri). Ciò, secondo il direttore, a causa della lentezza dei servizi territoriali a rapportarsi con la Rems ed a redigere il Ptri.

Le attività all'interno della Rems: tra le attività è stato segnalato un lavoro di assemblaggio di gadget per hotel. L'uscita dalla Rems avviene solo per alcuni pazienti. I permessi per uscire vengono concessi con difficoltà dalla magistratura di sorveglianza. Quanto all'uso della contenzione, il direttore dichiara che è stata praticata nei confronti di una sola persona ma più volte. Qui, esiste la cosiddetta "stanza di crisi", dove il paziente viene rinchiuso e tenuto sotto controllo da una videocamera.

Il rapporto con la magistratura: viene segnalata la difficoltà di rapportarsi con l'ufficio di sorveglianza esterno.

Considerazioni generali: il personale ha una buona propensione a promuovere le dimissioni quanto più rapide possibili. Sembra problematico il rapporto con i Dsm di appartenenza dei pazienti. Questa Rems è da collocare tra quelle a più alto custodialismo. Sembra, inoltre, necessario incrementare le ore di assistenza

medica, in quanto due medici non sembrano bastare. Pare non ci sia sufficiente consapevolezza dei rischi che corre chi è qui internato, e del rischio che corre chi qui vi lavora.

- **Relazione sulla visita alla Rems ubicata a Ceccano (FR) effettuata il 30 luglio 2018.**

La Rems è stata aperta a novembre del 2018, con 20 posti e bacini di utenza della regione Lazio.

Aspetto e accessibilità della Rems: la struttura è inserita all'interno di un' area del presidio socio sanitario di Ceccano, vicina al centro urbano. La recinzione esterna e la presenza in tutto il perimetro di sbarre in ferro assegnano alla struttura un aspetto decisamente custodiale. L'ingresso è filtrato da addetti alla vigilanza, cui si deve consegnare un documento d'identità. I visitatori entrano se autorizzati e i pazienti possono effettuare fino a 4 colloqui a settimana. Il movimento dei pazienti all'interno della Rems è parzialmente libero: possono uscire in autonomia in giardino, possono accedere al campetto e ad un orto. Le camere da letto restano aperte ed accessibili, ma dalle ore 23.30 vengono chiuse e per uscire i pazienti devono

citofonare. Le porte, infatti, non sono dotate di maniglie e hanno un oblò. Nelle camere i mobili sono fissati a terra.

Le categorie di persone all'interno della Rems: i ricoverati al momento della visita erano 18. Gli operatori riferiscono che, quasi sempre nei termini stabiliti (45 giorni), per ogni paziente è presentato il Ptri, inizialmente a cura della Rems e poi condiviso con il Dsm di appartenenza del paziente. Dalla data di apertura ci sono stati 53 ingressi e 35 dimissioni. Attualmente su 18 pazienti, 4 sono in misura di sicurezza provvisoria. Circa la destinazione delle persone dimesse, la maggior parte viene inviata in libertà vigilata; pochissimi sono stati inviati presso il proprio domicilio. Viene, inoltre, riferito che diverse persone, almeno 1/3, non presentano problemi psichiatrici tali da dover essere nella Rems: si tratta di solito, a detta degli operatori, di persone che presentano comportamenti delinquenti e la cui presenza nella Rems, viene definita pesantemente disturbante. Anche in questa Rems sono presenti stranieri (3 su 18), ma mancano mediatori ed interpreti. Mentre il *turn over* di ingressi e dimissioni ci pare positivo, la lista di attesa (attualmente di 65 persone) sembra un

indicatore di inappropriato uso della misura in Rems da parte della magistratura di cognizione.

Le attività all'interno delle Rems: si svolgono attività riabilitative esterne sia individuali che di gruppo, con gli operatori presso i centri commerciali, gelaterie, cinema. L'uscita dei pazienti dalla Rems è definita come una priorità, anche se la scarsità del personale è di ostacolo all'organizzazione di più attività esterne. I permessi di uscita vengono concesse di volta in volta; più complicata è invece la gestione dei permessi da richiedere al tribunale di Latina, per le persone destinate a misura provvisoria. Sono stati eseguiti alcuni Trattamenti Sanitari Obbligatorii (Tso).

Il rapporto con la magistratura: viene segnalato un miglioramento dei rapporti con la magistratura di sorveglianza, frutto di una negoziazione continua.

Considerazioni generali: il personale mantiene un buon livello di apertura e di flessibilità; si percepisce nei rapporti tra pazienti e operatori un "clima" positivo. Il personale è consapevole dei rischi che corre, chi è internato in questi luoghi, e chi ivi vi lavora. Nonostante l'impegno e la professionalità del personale,

il mandato custodiale, ancora una volta, rischia di prevalere su quello sanitario.

- **Relazione sulla visita della Rems ubicata a Calvi Risorta (CE), effettuata il 9 novembre 2018.**

La Rems è aperta il 18 giugno 2015 con 20 posti letto; ha come bacino d'utenza la regione Campania.

Aspetto e accessibilità della Rems: la struttura è inserita nel contesto urbano, con intorno abitazioni e negozi. La bassa recinzione esterna e l'assenza di sbarre, in tutto il perimetro e all'interno, assegnano alla struttura un aspetto non custodiale. I visitatori entrano su richiesta ed i pazienti possono effettuare più colloqui a settimana. Il movimento all'interno della Rems da parte dei pazienti è abbastanza libero: possono uscire nel giardino esterno, muoversi negli spazi interni, tutti aperti, ad eccezione di alcuni locali del personale.

Le categorie di persone all'interno della Rems: al momento della visita erano presenti 20 ricoverati, tra cui 5 stranieri. Gli operatori riferiscono che nei termini stabiliti, per ogni paziente, è presentato il Piano Terapeutico Riabilitativo Individuale (Ptri); segnalano che la magistratura è restia a concedere misure non

detentive. Dalla data di apertura ci sono stati 104 ingressi e 68 dimissioni. Attualmente su 20 pazienti, 11 sono con misura di sicurezza provvisoria; 61 sono le persone in liste d'attesa di cui 28 "attendono" in carcere. Anche qui, come in altre regioni, la lunga lista d'attesa è un segnale preoccupante sintomatico dell'uso inappropriato della misura nella Rems.

Le attività all'interno della Rems: si svolgono attività riabilitative sia individuali che di gruppo. I permessi vengono concessi di volta in volta. Sono stati eseguiti alcuni Tso. Sono riferiti eventi critici, quali allontanamenti dalla Rems di alcuni pazienti, rottura di oggetti e porte.

I rapporti con la magistratura: la magistratura pare preferire misure detentive quando, invece, basterebbe disporre una misura non detentiva.

Considerazioni generali: è auspicabile migliorare il rapporto con la magistratura. Il personale mantiene un buon livello di apertura e flessibilità. In questa Rems, il mandato custodiale pare attenuato.

Capitolo quinto

PRESENTE E FUTURO DELLE REMS

“Un modo evidente per lo psichiatra per risolvere il problema del suo ruolo è quello di lasciare l’ospedale psichiatrico di Stato appena può, dichiarando spesso di andarsene per trovare un posto dove sia realmente possibile fare psichiatria.[...] Nel caso lo psichiatra non possa o non voglia andarsene dall’ospedale psichiatrico di Stato, ci sono allora pronte per lui alcune possibilità. Egli potrebbe ridefinire il suo ruolo da quello tecnico a quello di saggio governatore, accettando cioè l’aspetto custodialistico dell’istituzione. Può riconoscere l’impossibilità di applicare la terapia individuale nella situazione e orientarsi verso terapie sociali più nuove, tentando di coinvolgere i parenti dei pazienti nella psicoterapia. Può limitarsi alla ricerca scientifica. Può ridurre il più possibile il contatto con i degenti[...] può fare un serio tentativo per informare i pazienti di quanto poco egli sappia, ma questo tipo di sincerità sembra destinato a fallire, perché il ruolo medico è definito diversamente nella nostra società. Qualche volta lo psichiatra diventa << l’uomo dei pazienti >>, nel senso che si accorda con i loro reclami su ciò che l’istituzione sta facendo di loro. Se non assume una di queste linee può, alla fine, diventare cinico circa il suo ruolo nell’ospedale, accontentandosi di proteggere sé stesso, se non può proteggere i suoi pazienti.” Erving Goffman

5.1 INTRODUZIONE

L'analisi delle relazioni dell'Osservatorio Opg, effettuata nel precedente capitolo, è stata propedeutica ad introdurre ed incardinare questo capitolo quinto. Dalla lettura dei dati precedentemente presi in considerazione, si delineano, a parer mio, alcune di quelle che sono le problematiche attuali circa la situazione italiana Rems:

- anzitutto, la situazione è estremamente diversificata lungo il territorio nazionale: questo fa sì che manchi unitarietà e omogeneità nei trattamenti riservati ai pazienti, essendoci in tal maniera differenze non trascurabili tra regione e regione;
- altra questione attiene all'indirizzo della magistratura, ancora poco propensa ad utilizzare la misura del ricovero presso le Rems come *extrema ratio*, in contrasto con il dettato della legge n. 81 del 2014: questo determina, altresì, le lunghe liste d'attesa per poter accedere nelle Rems;
- altro punto critico è quello relativo ai rapporti delle singole Rems con il dipartimento della salute mentale, spesso difficoltosi andando ciò a discapito dei pazienti e dell'intero

meccanismo, in quanto ciò si traduce in ritardi nell'elaborazione dei piani di trattamento riabilitativi individuali, conseguentemente in un perpetrarsi del ricovero nella struttura e a catena, questo non fa altro che inceppare l'intero sistema;

- sebbene, molto sia stato fatto per superare i vecchi e non rimpianti Opg, alcune strutture si presentano ancora inadeguate e risentono tutt'oggi dell'influenza della destinazione d'uso precedente;
- altro problema, che si può leggere tra le righe delle relazioni dell'Osservatorio, è quello relativo alla mancanza di strutture intermedie che possano accogliere persone non adatte al ricovero in Rems:¹⁸⁷ come, infatti, si è potuto cogliere dalle relazioni, le categorie di pazienti, all'interno della strutture, sono ancora eterogenee, andando spesso a ricomprendere soggetti che non presentano il profilo tipico del paziente destinatario di questa misura. Di fronte a tale mancanza la magistratura, deve decidere se optare per il ricovero in Rems, e quindi una misura detentiva, oppure se concedere la libertà

¹⁸⁷ Stesso problema, se ben si ricorda, era stato sollevato innanzi alla Corte Costituzionale, dal Tribunale di Napoli nel 2015. (vedi capitolo 3, paragrafo 3.5).

vigilata ma, come si è notato, si privilegia spesso la prima di queste misure, non solo a causa della ritrosia della magistratura a concedere misure non detentive, ma anche perché la libertà vigilata non sarebbe, in alcuni casi, opportuna ed efficace al fine del reintegro, della cura e anche della sicurezza sociale.

Delineate queste problematiche, nel capitolo che segue, mi voglio soffermare, su ulteriori due questioni meno evidenti, ma non per questo meno importanti, e sono : l'attuale ruolo dello psichiatra e il rapporto tra le norme dell'ordinamento penitenziario e la disciplina delle Rems.

In realtà, c'è anche un'altra questione da affrontare, attinente ai rapporti tra normativa penale e normativa Rems, ma a questa sarà riservato parte del capitolo sesto.

5.2 IL RUOLO DELLO PSICHIATRA AI TEMPI DELLE REMS: TRA IL “CURARE” E IL “CUSTODIRE”

“ [...] durante questi tre anni mi sono totalmente posto al servizio di questo paese e degli uomini che l’abitano. Non ho risparmiato né i miei sforzi né il mio entusiasmo. Ma che cosa sono l’entusiasmo e l’interesse per l’uomo se giornalmente la realtà è intessuta di menzogne, di viltà, di disprezzo dell’uomo? [...] la funzione di una struttura sociale è di instaurare delle istituzioni impregnate dello spirito dell’uomo. Una società che costringe coloro che ne fanno parte a soluzioni disperate non è una società vitale. Il dovere del cittadino è di denunciarlo. Nessuna morale professionale, nessuna solidarietà di classe possono prevalere. Da lunghi mesi la mia coscienza è sede di dibattiti inconciliabili. La mia decisione è di non essere complice. Per tutte queste ragioni, ho l’onore signor Ministro, di chiederle di accettare le mie dimissioni. ” Stralcio di una lettera di Frantz Fanon

Il ruolo attribuito agli operatori psichiatrici, all’interno delle nuove strutture per l’esecuzione delle misure di sicurezza, merita qualche spunto di riflessione. Si tratta di un aspetto connesso e non meno rilevante, che riguarda coloro che, nel processo di sanitarizzazione delle strutture di ricovero, rivestono un ruolo

preminente e che può ingenerare sensibili ricadute sugli stessi destinatari delle misure.¹⁸⁸

Punto di partenza ed elemento centrale di ogni riflessione, non può che essere la posizione di garanzia del medico, qualificabile come obbligo di controllo e di protezione del paziente.¹⁸⁹ Seppur, nell'impostazione maggioritaria si ritiene che la posizione di garanzia vada circoscritta agli obblighi di protezione e cura del paziente, vi è ancora chi, nonostante la riforma, ritiene che essa ricomprenda tanto obblighi di protezione quanto di controllo.¹⁹⁰

Questa posizione pare avvalorata dalla stessa legge n. 81 del 2014 e ancora prima dal decreto legge n. 211 del 2011, da cui emerge che gli operatori sanitari sono chiamati a “governare” le nuove strutture residenziali. Tale dettame ha due ripercussioni:

- una riguarda la responsabilità penale dello psichiatra per atti auto ed etero aggressivi del paziente, che in tal prospettiva discenderà dalla violazione di un obbligo di cura, di assistenza e di sorveglianza;

¹⁸⁸ Cit. C. Cupelli, “Dagli Opg alle Rems: un ritorno alla medicina custodiale?”, relazione dell'intervento dell'autore al Convegno nazionale “ Il superamento degli Ospedali Psichiatrici giudiziari tra esigenze di custodia, trattamento e salute (legge 30 maggio 2014, n. 81)”, tenutosi presso l'Università degli Studi di Milano il 14 dicembre 2016, p. 1.

¹⁸⁹ Cit. C. Cupelli, “La responsabilità penale dello psichiatra: nuovi spunti, diverse prospettive, timide aperture”, in *Diritto Penale e processo*, fasc. 3/2017, p. 370.

¹⁹⁰ Tra i contributi più significativi, F. Introna, “Problemi interpretativi, pratici e burocratici suscitati dalla legge sui trattamenti sanitari obbligatori dei malati di mente”, in *Rivista Italiana di Medicina Legale*, 1980, p. 13 ss.

- l'altra conseguenza è l'accrescere del timore di un ritorno al passato, data la concentrazione di poteri di cura e custodia nelle sole mani dell'amministrazione sanitaria.¹⁹¹

La giurisprudenza, dal canto suo, ha mantenuto un atteggiamento molto vago: accanto a pronunce che esaltano il ruolo prioritariamente terapeutico dello psichiatra¹⁹², ve ne sono altre in cui compare un concetto di protezione così ampio fino a farvi rientrare obblighi impeditivi di tutte le conseguenze negative che la sofferenza psichica può cagionare al paziente.¹⁹³

In tale contesto incerto l'effetto è che, a sanitarizzazione avvenuta, i profili di cura e custodia, paiono destinati nuovamente a sovrapporsi¹⁹⁴; lo psichiatra sarà chiamato a garantire l'ordine pubblico e la tutela della collettività, in primo luogo, e solo dopo il profilo terapeutico.¹⁹⁵

¹⁹¹ cfr. C. Cupelli, p. 371.

¹⁹² Cfr. sentenza Cass., Sez. IV, 1° agosto 2016, n. 33609.

¹⁹³ Cfr. sentenza Cass., Sez. IV, 11 marzo 2008, n. 10795.

¹⁹⁴ Cfr. A. Massaro, "Sorvegliare, curare e non punire: l'eterna dialettica tra "cura" e "custodia" nel passaggio dagli ospedali psichiatrici giudiziari alle residenze per l'esecuzione delle misure di sicurezza", in *Rivista Italiana di Medicina Legale e del diritto in campo sanitario*, fasc. 4/2015, p. 1358 ss.

¹⁹⁵ Cfr. C. Cupelli, p. 6 ss.

Fortunatamente un po' di luce giunge da una pronuncia della Quarta Sezione penale della Cassazione¹⁹⁶, la quale nel febbraio del 2016, è stata chiamata ad affrontare il caso di una psicologa e di una psichiatra, entrambe in servizio presso una casa circondariale. Quest'ultime, in particolare, erano imputate, nelle rispettive funzioni, di omicidio colposo, per colpa generica e con specifica violazione delle regole dell'arte medica e dei valori inerenti alla loro qualifica, per avere erroneamente valutato il rischio suicidario sussistente in capo ad un detenuto, affetto da disturbi psichici, omettendo di adottare le doverose misure medico sanitarie e di controllo carcerario necessarie a tutelarne la salute psicofisica e a prevenirne gli atti autolesionistici.¹⁹⁷ Nella fattispecie, la Corte ha confermato l'assoluzione del medico psichiatra e della psicologa, sul rilievo che alla luce dei dati clinici in loro possesso e dai parametri di valutazione individuabili nella letteratura scientifica, non poteva ravvisarsi un rischio suicidario concreto, dovendo per altro verso escludersi ogni loro responsabilità per le carenze organizzative dell'amministrazione penitenziaria.

¹⁹⁶Il riferimento è alla sentenza della Cass, Sez. IV, ud. 4 Febbraio 2016, dep. 11 aprile 2016, n. 14766.

¹⁹⁷Cit. C. Cupelli, p. 372.

Nel valutare il trattamento riservato al paziente, si è tenuto conto dell'esigenza di operare un corretto bilanciamento tra protezione dell'internato, salute, volontà e libertà di autodeterminazione. Quindi, alla luce della posizione di apertura della Cassazione, la conclusione è confortante in quanto: nel caso di del suicidio del paziente affetto da problemi mentali, qualora si arrivi a dimostrare che il terapeuta abbia applicato la terapia più aderente alle condizioni del malato e alle regole dell'arte psichiatrica, può dirsi che il medico non avrebbe dovuto comportarsi diversamente da come ha fatto.¹⁹⁸ Lo snodo appare, pertanto, quello di una corretta valorizzazione del legame tra posizione di garanzia, obblighi impeditivi e regole cautelari. La pronuncia in questione della Cassazione offre segnali incoraggianti in chiave garantista per liberare gli operatori della salute mentale dalle pressioni giudiziarie, allontanandoli dalle tentazioni di modelli di psichiatria meramente difensiva.

¹⁹⁸ Ibidem cifr. p. 375.

5.3 I DIFFICILI RAPPORTI TRA LA NORMATIVA REMS E LE NORME DELL'ORDINAMENTO PENITENZIARIO

Accade spesso che al *novum* normativo non segua una disciplina organica volta ad adeguare l'ordinamento e le norme preesistenti. La riforma che ha riguardato la chiusura degli Opg ne è un esempio.

La nuova modalità operativa nelle Rems ha generato effetti inediti sul *quomodo* dell'esecuzione, tali da determinare una situazione di incertezza in ordine all'applicazione delle disposizioni dell'ordinamento penitenziario.¹⁹⁹

La questione critica è quella di capire se alle Rems siano ancora applicabili le norme penitenziarie. Due sono le strade percorribili: la prima possibilità è quella di ritenere che, all'esito delle modifiche, il cambiamento sulla modalità esecutiva abbia inciso anche sulla natura sostanziale della misura di sicurezza, determinando la perdita del carattere custodiale; secondo questa impostazione, le norme penitenziarie non sarebbero applicabili.

Una tale posizione però confligge con due rilievi: in primo luogo,

¹⁹⁹ Cit. E. Mariucci, "Soggetti sottoposti a misura di sicurezza detentiva dopo gli Ospedali Psichiatrici Giudiziari: quale "status"?", in *Processo penale e Giustizia*, fasc. 2/2017, p. 336.

vi è da tener conto un dato fattuale, ovvero, che la misura di sicurezza del ricovero in Opg non è stata eliminata dal codice; in secondo luogo, non si può negare che le odierne residenze, pur non essendo qualificabili come luoghi di detenzione *tout court*, presentino, ancora e necessariamente, punti di contatto rispetto a questi ultimi, attesa l'esigenza attuale del contenimento verso l'individuo infermo di mente e pericoloso.

Appare, dunque, preferibile ritenere che, nonostante la nuova modalità abbia inciso certamente anche sulla qualità della misura, facendo prevalere istanze terapeutiche su quelle custodiali, i ricoverati nelle Rems siano ancora definibili quali internati, con tutto ciò che ne consegue sul piano giuridico.²⁰⁰

Restano, dunque, operative le norme dell'ordinamento penitenziario e del regolamento del 2000, con l'importante precisazione, secondo cui, stanti le caratteristiche delle Rems, non tutte le disposizioni risulteranno applicabili, dovendosi valutare caso per caso quali siano compatibili. Sul punto occorre condividere l'opinione di Della Casa, il quale afferma che la

²⁰⁰ Ibidem cifr. p. 341 ss.

soluzione non può constare in un “taglio netto”, ma sono in una valutazione “articolo per articolo”.²⁰¹

Saranno, pertanto, applicabili le disposizioni circa l’individualizzazione del trattamento (articolo 13), i colloqui (articolo 18), il lavoro con finalità terapeutiche (comma 4 articolo 20). Di contro, risulta estremamente difficoltosa l’applicazione di tutte quelle norme che impongono l’esercizio di prerogative inconciliabili con la gestione sanitaria delle residenze. A titolo esemplificativo si pensi alle norme che presuppongono situazioni di contenimento (articolo 14 bis). Ragionare *case by case* è, allo stato, l’unica strada percorribile dall’interprete, almeno fin quando non verrà dettata in via legislativa un’esplicita normativa.

²⁰¹ Cifr. F. Della Casa, “Basta con gli Opg! La rimozione di un fossile vivente quale primo passo di un arduo percorso riformatore”, in *Rivista italiana di diritto e procedura penale*, fasc. 1/2013, p. 70.

5.4 LA LEGGE 103 DEL 2017

“Luoghi, snodi, soglie che devono favorire lo scambio, l’incontro, il reciproco riconoscimento; capaci quindi di accogliere con attenzione singolare. Soglie che mai definiscono un dentro, che costruiscono un passaggio, luoghi di relazioni possibili che riconoscono e promuovono l’identità dei soggetti, che permettono che l’incontro, l’ascolto, l’aiuto, la cura possano accadere. Luoghi che possono essere attraversati nella pienezza del proprio diritto.” *Peppe dell’Acqua*

La legge n. 103 del 2017 è forse il più cospicuo tra i prodotti nel campo della legislazione concernente la giustizia penale²⁰². Il suo iter ha inizio il 23 dicembre 2014 quando l’ ex ministro della giustizia Andrea Orlando (governo Renzi-Gentiloni) deposita il disegno di legge noto come d.d.l C- 2798, che tre anni dopo porterà al varo della legge in questione.

Relativamente rapido il percorso in prima lettura, più lungo e travagliato l’iter successivo in Senato, per quello che frattanto era divenuto il d.d.l. S-2067 dopo il suo abbinamento ad una serie di disegni di legge di iniziativa parlamentare.

²⁰² Cit. M. Chiavario, “ Una riforma dalle molte facce”, La legislazione Penale, p. 1.

Il 3 marzo 2016 la commissione competente inizia un esame di merito che si conclude il 1° agosto 2016.

È il 14 giugno 2017 che con un “sì” maggioritario sulla questione dirimente, il taglio del traguardo finale.

La legge Orlando entra in vigore il 3 agosto 2017.

Nella sua struttura, la legge si presenta come un unico articolo, composto da una serie di commi. Non tutte le disposizioni inserite hanno la medesima portata e i medesimi destinatari: per una parte, si tratta infatti di norme che, una volta entrate in vigore, sono direttamente operative per i cittadini e per coloro che lavorano nel campo della giustizia penale; per talune materie è invece stato utilizzato il meccanismo della delega legislativa.

Un primo gruppo di disposizioni (commi 1-4) ruota attorno all'introduzione nel codice penale, dell'istituto dell'estinzione del reato per condotte riparatorie; ad esso seguono i commi che vanno dal 5 al 9, riguardanti altre norme di diritto penale sostanziale che accentuano la severità del trattamento sanzionatorio di quei reati considerati di forte “allarme sociale”.

Il testo del codice penale è poi modificato dalle disposizioni

contenute nei commi 10-14 attinenti alla prescrizione del reato.²⁰³

Fa da cuscinetto tra queste norme e quelle successive, una delega riguardante “la modifica della disciplina del regime di procedibilità di taluni reati e delle misure insicurezza personali” e al comma 18 si fissa l’obiettivo della revisione della disciplina del casellario giudiziale. Il corpo della legge comprende anzitutto alcune previsioni concernenti le conseguenze dell’accertamento dell’infermità irreversibile (commi 21-23); seguono poi, norme di vario contenuto ma tutte riconducibile alla sfera del sapere processuale (commi 24-40). Compatto risulta essere il gruppo di disposizioni concernenti i procedimenti speciali (commi 41-53), seguito da un altro gruppo di norme altrettanto compatto (commi 54-71) vertenti il regime delle impugnazioni. Dopo previsioni di vario contenuto, ulteriori operazioni di delega legislativa sono configurate per la materia delle intercettazioni, dei giudizi di impugnazione e dell’ordinamento penitenziario. Ultimo comma è il 95 contenente la rituale clausola sulla *vacatio legis*.

La legge delega sulle misure di sicurezza personali detentive, contenuta nella riforma Orlando, rappresenta un tassello aggiuntivo a quel processo di riforma già avviato nel nostro

²⁰³ Ibidem cifr. p. 2 ss.

ordinamento con la legge n. 67 del 2014,²⁰⁴ la quale, però, mirava ad introdurre pene detentive non carcerarie da eseguirsi presso il domicilio. L'intento, invece, della delega Orlando era quello di una revisione della disciplina delle misure di sicurezza, dei loro presupposti applicativi e di un ridimensionamento del sistema del doppio binario, improntato al principio del "minor sacrificio possibile della libertà personale".

Vi è da dire, che parallelamente al disegno di legge, è stato avviato nel 2015 e 2016 dal ministro della giustizia, il percorso degli Stati generali dell'esecuzione penale, coordinati dal prof. Glauco Giostra, che in maniera davvero innovativa, ha coinvolto in diciotto tavoli telematici, studiosi e operatori a diversi livelli del settore, puntando a definire un nuovo modello di esecuzione penale. Fortunatamente le preoccupazioni di quanti avevano espresso dubbi sulla reale forza vincolante dei lavori degli Stati generali, sono state smentite, in quanto la legge delega mette in qualche modo a frutto i lavori del Tavolo di esperti.²⁰⁵

²⁰⁴ Cit. M. T. Collica, "La delega della legge Orlando sulle misure di sicurezza", in *La Legislazione Penale*, p. 1, 2017.

²⁰⁵ *Ibidem* cifr. p. 3 ss.

Quanto al contenuto, la legge delega distingue le posizioni dei soggetti imputabili, seminputabili e non imputabili, tracciando per ognuna di queste categorie un regime diverso.

Per i soggetti imputabili è stato, infatti, mantenuto il doppio binario limitato ai gravi delitti previsti dall'articolo 407 comma 2, lett. a. Quanto all'accertamento della pericolosità sociale si prevede un'indagine periodica della sua persistenza e la revoca delle misure di sicurezza personali qualora la pericolosità sia venuta meno. A questo proposito non è dato sapere se il legislatore delegato dovrà applicare anche a queste ipotesi le limitazioni introdotte dalla legge n. 81 del 2014.

Per i soggetti non imputabili si prospettano “misure terapeutiche e di controllo” ispirate ad esigenze di cura, al di fuori del circuito carcerario.

La delega stabilisce l'abolizione del sistema del doppio binario anche per i soggetti seminputabili, per i quali si predispone l'introduzione di un trattamento sanzionatorio finalizzato al superamento delle cause che hanno diminuito la capacità dell'agente, anche mediante il ricorso a trattamenti terapeutici e

riabilitativi e l'accesso a misure alternative che potrebbero anche coinvolgere la stessa via penitenziaria.²⁰⁶

Tra le previsioni della delega compaiono poi alcune indicazioni di carattere più generale, come quella concernente la ridefinizione della nozione di infermità da intendersi in maniera più ampia tale da comprendere disturbi atipici o della personalità in genere.

La delega prevede poi il “divieto di sottoporre a misure di sicurezza personali per fatti non preveduti come reato dalla legge del tempo in cui furono commessi”, ribadendo così un concetto ormai consolidato in dottrina e giurisprudenza.

L'ultima novità di carattere generale contenuta nella delega attiene alla conferma della necessità di una durata massima delle misure di sicurezza che viene estesa espressamente sia agli imputabili che per i non imputabili.

La lettera d del comma 16 dell'articolo 1 della delega, infine, confermando il superamento degli Opg, l'annullamento della competenza del ministero della giustizia nella gestione del trattamento dei non imputabili, puntando sulle Rems come “luogo di eccellenza della sanità penitenziaria”, compie in realtà

²⁰⁶ Ibidem cifr. p. 10 ss.

un passo falso. Si prevede, infatti, che le Rems siano destinate non solo, ai non imputabili socialmente pericolosi, ma anche a “tutti coloro per i quali occorra accertare le relative condizioni psichiche, qualora le sezioni degli istituti penitenziari non siano idonee a farlo”. Chiaro è che tale previsione, non solo va contro l’idea delle Rems intese come *extrema ratio*, ma rappresenterebbe altresì un rischio di ritorno al passato.

5.5 I DECRETI LEGISLATIVI 123 E 124 DEL 2018

Nel luglio 2018 sono state nominate tre commissioni di studio per l’elaborazione degli schemi dei decreti legislativi per la riforma dell’ordinamento penitenziario e del sistema delle misure di sicurezza personali.²⁰⁷

Il 2 ottobre 2018 vengono pubblicati in Gazzetta Ufficiale i tre decreti legislativi che danno parziale attuazione alla legge delega n. 103 del 2017. I decreti n. 121,123 e 124 rappresentano la fine del tortuoso iter della riforma dell’ordinamento penitenziario.

²⁰⁷ Cit. M. T. Collica p. 23.

In particolare, ciò che in tal sede, merita un' analisi più approfondita sono i capi I e IV del dlgs n. 123/2018, in materia di assistenza sanitaria e vita detentiva, nonché le novità contenute nel dlgs n. 124/2018, contenente (altre) disposizioni in materia di vita detentiva e lavoro penitenziario.

Prima di addentrarci nell'esame dei contenuti delle riforme, appare opportuno evidenziare che, secondo quanto affermato nella relazione illustrativa allo schema di decreto inviato dal governo alle camere, il testo del decreto in materia di assistenza sanitaria rappresenta una nuova elaborazione rispetto al testo elaborato dalle commissioni nominate dal precedente ministro della giustizia.²⁰⁸

Venendo alle disposizioni del capo I del decreto n. 123, occorre rilevare come l'adeguamento al principio di potenziamento dell'assistenza psichiatrica negli istituti di pena non abbia avuto attuazione. Non si rinviene nessuna traccia, nel capo in discussione, delle proposte contenute nel progetto Pelissero²⁰⁹ (si pensi, ad esempio, alla prospettata equiparazione del disagio

²⁰⁸ Cfr. A. Della Bella, " La riforma dell'ordinamento penitenziario: le novità in materia di assistenza sanitari, vita detentiva e lavoro penitenziario", in *Diritto Penale Contemporaneo*, 2018, p. 1.

²⁰⁹ Una delle tre commissioni era quella presieduta da Marco Pelissero ed aveva il compito di disporre uno schema di decreto sulla riforma delle misure di sicurezza.

psichico a quello fisico ai fini del rinvio della pena). Occorre evidenziare la novità della disciplina della “prima vista”, ovvero, della visita medica a cui il detenuto o l’internato è sottoposto all’atto dell’ingresso in istituto. Nel comma 7 trovano poi espressione alcuni importanti principi, tra cui il diritto a ricevere informazioni sul proprio stato di salute, il principio di continuità terapeutica, il principio di integrazione dell’assistenza sanitaria e sociale. Tale capo però non è esente da critiche, in quanto, se nel progetto Pelissero si ampliava la competenza del magistrato di sorveglianza, nel testo del decreto si amplia al contrario, quella del giudice; se nel progetto si prevedeva un potenziamento del servizio psichiatrico, il decreto, non solo non lo prevede ma addirittura elimina la previsione secondo cui ogni istituto deve disporre “dell’opera di almeno uno specialista” .

Venendo ora alle disposizioni del capo IV, non si può non sottolineare la mancata attuazione della cosiddetta “sorveglianza dinamica”, ossia, un modello di vigilanza che presuppone che il perimetro di detenzione sia quello della sezione e non quello della cella, e che si caratterizza per il fatto che il controllo non è di tipo “fisico”, ma è basato sull’osservazione e sulla conoscenza

della persona²¹⁰. La mancata consacrazione di tale previsione nella legge - la cui valorizzazione tra l'altro è auspicata anche dalla Corte di Strasburgo come strumento per garantire l'adeguamento del nostro sistema penitenziario agli standard richiesti dall'articolo 3 della CEDU- dà conferma all'impressione iniziale che si ha leggendo tale decreto, ovvero che ancora una volta siano prevalse le esigenze securitarie.

Se è vero che ogni governo ha una propria visione politico criminale, è anche vero che la mancata attuazione di alcune previsioni del progetto Pelissero non trova giustificazione. Qualunque sia la visione governativa che si persegua, residua in capo allo Stato l'obbligo inderogabile di tutelare la salute fisica e mentale dei soggetti affidati alla sua custodia.

Il decreto n. 124 si presenta, invece, articolato in due capi: il primo contenente "Disposizioni in tema di vita penitenziaria", il secondo "Disposizioni in tema di lavoro penitenziario".²¹¹

Il capo I contiene disposizioni inerenti agli interventi sulle strutture penitenziarie: si stabilisce che gli edifici debbano essere dotati di spazi per lo svolgimento delle attività lavorative e

²¹⁰ Cfr. A. Della Bella, p. 3 ss.

²¹¹ Ibidem cit. p. 7.

formative e che i servizi igienici siano collocati in spazi riservati (intervento quest'ultimo da considerarsi davvero urgente posto che migliaia di detenuti sono tutt'oggi ristretti in celle con servizi igienici a vista).

Nel capo II sono poi contenute disposizioni sul lavoro penitenziario. L'obiettivo della riforma, che su questo profilo ha accolto numerose previsioni della commissione Giostra²¹², è quello di potenziare il lavoro quale strumento indispensabile per assicurare e promuovere la dignità della persona. Si è eliminata la previsione di obbligatorietà del lavoro penitenziario; si è intervenuti sulla disciplina della remunerazione dei detenuti e degli internati, stabilendone una quantificazione in una misura fissa.

Infine, sebbene si sia data un'autonomia al lavoro di pubblica utilità, sganciandolo dalla qualificazione tipica di "lavoro all'esterno" e quindi ampliandone in tal maniera anche l'ambito di applicazione, non si è accolta la previsione per cui la partecipazione al progetto configurava uno sconto di pena togliendo in tal modo un'effettività al progetto stesso.

²¹² Si tratta della commissione incaricata di redigere uno schema di decreto in materia di riforma dell'ordinamento penitenziario.

CONCLUSIONI

Alla luce di quanto esposto, possiamo affermare come a volte un processo di esclusione, emarginazione nasca proprio da una sorta di “etichettamento” che la stessa società compie. Chi viene “etichettato” diventa il capro espiatorio di tutti i problemi che una società può presentare; si addebita, in tal maniera, il male a qualcuno che è semplicemente diverso, ma non per questo pericoloso, dimenticando come l’uguaglianza sia un diritto, ma la diversità un valore.

I manicomi criminali nascono proprio con il fine di “proteggere” la società e tale resta il loro fine per secoli, nonostante le modifiche nominali e non solo delle strutture destinate ad accogliere il reo infermo di mente.

Abbiamo visto come si sia passati gradualmente dall’ ospedale psichiatrico giudiziario alle nuove residenze per l’esecuzione delle misure di sicurezza; non si può certamente negare lo sforzo (più che doveroso) compiuto dall’Italia per il superamento di istituzioni che, come aveva sottolineato lo stesso ex Presidente

della Repubblica Giorgio Napolitano, non erano degne di un paese civile.

Arrivati a questo punto, possiamo cercare di dare una risposta alla domanda che ci eravamo posti all'inizio del presente elaborato: ad oggi si tratta di una transizione compiuta o ancora in atto? Alla luce di quanto letto e studiato, il processo di superamento sembra essere ancora in atto: non poche, infatti, sono ad oggi le problematiche.

Ciò che si auspica, al fine di realizzare un completo superamento, è una implementazione dei servizi psichiatrici territoriali, i quali devono garantire la presa in carico degli infermi, non imputabili o seminputabili autori di reato, come forma principale di intervento, essendo le Rems misure sussidiarie (Pelissero, 2014). Appare indispensabile, inoltre, valorizzare il piano terapeutico individuale per ciascun destinatario al fine di assicurare una continuità di cura tra Rems e servizi territoriali (Collica, 2017). Sarebbe opportuno, inoltre, creare una cabina di regia che garantisca contatti costanti tra Stato ed enti locali, con il coinvolgimento anche del garante dei diritti delle persone, al fine di impedire il ritorno ad una logica meramente custodiale.

In termini di funzionamento generale delle strutture, accertata la sussistenza di differenze sul piano territoriale, sembra necessario superare le disparità di trattamento dovute alla poca uniformità dei regolamenti, adottando un modello comune sulla base del quale, poi, perfezionare quelli delle singole residenze, in accordo anche alla disciplina penitenziaria vigente.

Occorrerebbe investire, in termini di personale e di risorse sui dipartimenti della salute mentale (Sgarbi, 2017). Sembrano, altresì, mancare soluzioni intermedie, tra il ricovero in Rems e la libertà vigilata; questo fa sì che all'esterno non siano realizzabili percorsi differenziati e personalizzati.

Sarebbe opportuno definire un corpus di diritti dei soggetti ristretti nelle Rems, al fine di consentire una tutela degli internati e di precisare l'ambito di operatività degli strumenti giurisdizionali a presidio delle posizioni giuridiche sottese (Mariucci, 2017).

E' sicuramente necessaria una stabile e sinergica collaborazione tra psichiatria e magistratura, possibilmente mediante una metodologia di lavoro condivisa e rispettosa dei reciproci ambiti,

che consenta di gestire, in maniera ottimale la presa in carico dei pazienti autori di reato (Latte, 2018).

Si auspica, inoltre, un aggiustamento dell'intero impianto della disciplina dell'imputabilità e del trattamento sanzionatorio dei non imputabili (Iannucci, 2014). Purtroppo, sebbene ci sia stato un recente intervento del legislatore in tal senso con la legge delega n. 103 del 2017, i risultati successivi sono stati deludenti e non hanno posto un punto fermo a nessuna di queste problematiche. Il cambio di rotta compiuto dall'attuale governo rispetto alla strada intrapresa dal governo uscente, non lascia in tal senso ben sperare, in quanto sembra orientarsi più al populismo che al garantire i diritti delle persone ristrette.

Se a livello legislativo la situazione è questa, a livello sociale ciò che appare indispensabile e più difficile da realizzare è un sovvertimento sul piano culturale: finché il nostro sistema sociale non si rivelerà interessato al recupero di chi è escluso, la riabilitazione del malato di mente resterà limitata ad un'azione all'interno di una istituzione e questo lascerà per sempre intatto il nucleo del problema.

Ho scelto di chiudere questo discorso, con delle parole tratte da uno slogan della seconda metà del '900, contenuto nel libro "Morire di classe"; parole, che alla luce di quanto detto, echeggiano come un auspicio, attuali ma forse irrealizzabili:

"Papà, pensa come sarebbe bello se tante cose fossero diverse. Se non ci fossero più ingiustizie. Se scomparissero i soldi. Se non avessimo più né ricchi né poveri. Se le ore più importanti fossero quelle dell'amore. Se non ci fossero le convenzioni sociali. Se potessimo stare tanto in vacanza. Se nelle strade ci fosse soltanto musica. Se scomparissero i militari. Papà, che bello sapere che tu la pensi come me."

***UN ESEMPIO DI VIRTU': LA REMS DI CAROVIGNO E IL
SUO GIORNALINO "DALDIDENTRO"***

Le conclusioni suonavano un po' malinconiche e allora per chiudere (questa volta definitivamente) il lavoro, voglio lanciare un messaggio positivo, (ri)sottolineando che in Italia un grande lavoro è stato fatto e che esempi da seguire, per il superamento Opg, ce ne sono. Tra questi ho preferito la Rems di Carovigno in provincia di Brindisi, la quale, come si è già detto, presenta un laboratorio di scrittura il cui frutto è il giornalino Daldidentro. Questo prodotto editoriale è un contenitore di pensieri degli stessi ospiti della Rems e pertanto rappresenta un collegamento tra l'interno e l'esterno, nonché un modo per far conoscere questa realtà ancora un po' ignorata. La stessa direttrice, la Dott.ssa Viviana Leo, che si occupa di gestire queste pubblicazioni, è stata molto gentile nel farmi recapitare una copia della prima uscita che si allega qui di seguito. Spero che sia un tentativo, seppur piccolo, di dare una mano a questa lodevole realtà nel venire ancor più alla luce.

BIBLIOGRAFIA

Libri

BASAGLIA F., *Morire di classe*, Einaudi, Torino, 1969.

BECKER S., *Outsiders-studies*, Edizioni Gruppo Abele, 2006.

BRICOLA F., *Il carcere riformato*, Il Mulino, 1977.

CODARO F., *Che cos'è l'antipsichiatria*, Edizioni psiconline, 2013.

DELL'AQUILA S. e ESPOSITO A., *Cronache da un manicomio criminale*, Edizioni dell' Asino, 2013.

DOLCINI E. e GATTA G., *Manuale di diritto penale. Parte generale*. VI edizione, Giuffrè, 2017.

DOLCINI E. e MARINUCCI G., *Manuale di diritto penale. Parte generale*, Giuffrè, 2009, p. 657 ss.

DOLCINI E. e MARINUCCI G., *Manuale di diritto penale. Parte generale*, IV edizione, Giuffrè, 2012.

FIORAVANTI L., *Le infermità psichiche nella giurisprudenza penale*, Cedam, 1988.

FOUCAULT M., *Storia della follia nell'Età Classica*, Rizzoli, 1981.

GALATI A. e SIRACUSANO D., *Diritto processuale penale*, Vol. II, Giuffrè, Milano, 1996, p. 607.

GIORGINI G. e PUGLIESE G., *Mi firmo per tutti*, Datanews, 1977, p. 26-28.

GOFFMAN E., *Le istituzioni totali: i meccanismi dell'esclusione e della violenza*, Einaudi, 1961.

- GREVI V., *Alternative alla detenzione e riforma penitenziaria*, Zanichelli, 1982.
- GROSSO C., PELISSERO M. e PETRINI D., *Manuale di diritto penale. Parte generale*, Giuffrè, 2017, p. 655 ss.
- MANNA A., *L'imputabilità e i nuovi modelli di sanzione: dalle finzioni giuridiche alla terapia sociale*, Giappichelli Editore, 1977, p. 228 ss.
- MERSH H., *Primo non nuocere*, Ponte delle Grazie, 2016.
- MIRAVALLE M., *Roba da matti*, Edizioni Gruppo Abele, 2015.
- MIRISOLA G., *Salute libera tutti*, Eurolit, 2013.
- PELISSERO M., *Pericolosità sociale e doppio binario*, Giappichelli Editore, 2008.
- REDAZIONE PROVERSI, *Superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari: favorevoli o contrari?*, Etipubblica, 2017.
- SANTAMBROGIO A., *Il senso comune, appartenenze e rappresentazioni sociali*, editore Laterza, Bari, 2006, p. 9.
- SANTORO E., *Carcere e società liberale*, Giappichelli Editore, 2004, p. 70.
- VALCARENGHI M., *I manicomi criminali*, Mazzotta, 1975.
- WACQUANT L., *Punishing the poor*, Duke University press, 2006.
- ZAGREBELSKY G., *Il giudice delle leggi artefice del diritto*, Editoriale Scientifica, 2007.

Articoli contenuti in opere collettive

DELL'ACQUA G., *Isidoro, Luca, Marco e l'insensatezza della contenzione*, in Stefano Rossi, *Il Nodo della contenzione*, Edizioni alpha beta Verlag, Merano, 2015.

JERVIS G., *Crisi della psichiatria e contraddizioni istituzionali*, in Franco Basaglia, *L'istituzione negata*, Baldini Castoldi Editore, Milano, 2010.

LUPO E., *Il progetto di modifica della legge 180: una controriforma fondata sulla segregazione*, in Giovanni Verde, *Questione Giustizia*, Giappichelli Editore, Torino, 2014, p. 51 ss.

PADOVANI T., *L'ospedale psichiatrico giudiziario e la tutela costituzionale della salute*, in U. Breccia e F. D. Busnelli, *Tutela della salute e diritto privato*, Giuffrè, 1978.

Articoli in riviste cartacee

CASTIGLIONI R., *Il ritorno del mariolino, ovvero dell'insostituibile funzione del manicomio criminale*, in *Rassegna Penitenziaria*, fasc. 1-3, p.1-20, 1986.

CENDON P., *Profili dell'infermità di mente nel diritto privato*, in *Rivista Critica del diritto privato*, p. 33 ss, 1986.

COLLICA M. T., *I limiti delle misure di sicurezza detentiva al vaglio della Corte Costituzionale: tra istanze di garanzia e riemergenti esigenze di difesa sociale*, in *Diritto Penale e Processo*, fasc. 6/2017, p. 764.

CUPELLI C., *La responsabilità penale dello psichiatra: nuovi spunti, diverse prospettive, timide aperture*, in *Diritto Penale e Processo*, fasc. 3/2017, p. 370-378.

D'AUTILIA S. e DELL'ACQUA P., *Abbandonare quei luoghi, abitare quelle soglie*, in *Rivista italiana di medicina legale e del diritto in campo sanitario*, fasc. 3/2013, p. 1355-1375.

DELLA CASA F., *Basta con gli Opg! La rimozione di un fossile vivente quale primo passo di un arduo percorso riformatore*, in *Rivista Italiana di diritto processuale penale*, fasc. 1/2013, p. 64-103.

DODARO G., *Ambiguità e resistenze nel superamento dell'Opg in regione Lombardia: verso l'istituzionalizzazione ospedaliera del malato di mente autore di reato?*, in *Rivista Italiana di medicina legale e diritto sanitario*, fasc. 3/2013, p. 1387-1400.

DODARO G., *Nuova pericolosità sociale e promozione dei diritti fondamentali della persona malata di mente*, in *Diritto penale e processo*, fasc. 5/2015, p. 611-619.

DUCCI G. e GRISPINI A., *Il superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari. Considerazioni e riflessioni*, in *Rassegna penitenziaria e criminologica*, fasc. 1/2013, p. 9-24.

FORNARI U. e ROSSO R., *Folli in libertà? Contributo al prosciolto socialmente non pericoloso*, in *Rivista Italiana di Medicina Legale*, fasc. 14/1992, p. 635.

GIANNICCHEDDA M., *Opg chiuderne sei.. ma per aprirne quanti?*, in Il Manifesto, 17 febbraio 2012, p. 15.

HARDING T. W., *Du danger, de la dangerosité et de l'usage médical de termes affectivement charges*, in *Déviance et société*, fasc. 4/1980, p. 331-348.

INTRONA F., *Problemi interpretativi, pratici e burocratici suscitati dalla legge sui trattamenti sanitari obbligatori dei malati di mente*, in *Rivista Italiana di Medicina Legale*, 1980, p. 13 ss.

LATTE G., *Dagli Opg alle Rems: il ruolo di un servizio sanitario territoriale nell'esecuzione delle misure di sicurezza detentive e non, nei confronti degli autori di reato con problemi psichici*, in *Rivista Psichiatrica*, fasc.1/2018, p. 31-39.

MANNA A., *Il trattamento sanzionatorio del malato di mente autore di reato e le prospettive di riforma*, in *Rassegna italiana di Criminologia*, 1994, p. 269.

MARIUCCI E., *Soggetti sottoposti a misura di sicurezza detentiva dopo gli Ospedali Psichiatrici Giudiziari: quale status?*, in *Processo penale e Giustizia*, fasc. 2/2017, p. 1-10.

MARTELLI F., *I cascami del positivismo*, in *Rivista Italiana di Medicina Legale*, fasc. 6/2003, p. 1149-1157.

MASSARO A., *Sorvegliare, curare e non punire: l'eterna dialettica tra "cura" e "custodia" nel passaggio dagli ospedali psichiatrici giudiziari alle*

residenze per l'esecuzione delle misure di sicurezza", in Rivista Italiana di Medicina Legale e del Diritto in campo sanitario, fasc. 4/2015, p. 1358-1360.

MERLINI S., *Libertà personale e tutela della salute mentale: profili costituzionali*, in Democrazia e Diritto, fasc. 1-2, 1970, p. 55 ss.

MERZAGORA I. e PONTI G., *La abolizione di presunzione della pericolosità sociale*, in Rivista Italiana di Medicina Legale, fasc. 9/1987, p.18 ss.

MINNITI F. e MINNITI M., *I disabili mentali, i giudici e la comunità: resta il nodo delle misure di sicurezza*, in Diritto e Giustizia, 2004, p. 46.

MOLINARO V. I., *La qualità percepita dagli ospiti della Rems di Casale dei Mezzani(PR)*, contenuto in Rassegna Italiana di Criminologia, fasc. 3/2017, p. 213-219.

PICCIONE R., *Gli ospedali psichiatrici giudiziari*, in Fogli di Informazione, n. 201, 2004, p.113 ss.

ROSSI S., *Once upon a time: la parabola degli Opg fino al loro superamento*, in BioLaw Journal, Rivista di BioDiritto, fasc. 2/2015, p.1-23.

RUSSO G., *Il manicomio giudiziario come luogo di trattamento per detenuti difficili*, in Rivista Italiana di Medicina Legale, fasc. 4/1982, p. 928-933.

SCHIAFFO F., *Delega per la riforma delle misure di sicurezza: l'eco di un immenso appetito di medicina*, in Diritto Penale e Processo, fasc. 1/2018, p. 127 ss.

TRIULZI F., *Infermità di mente e misure di sicurezza detentive*, in *Diritto Penale e Processo*, 2005, p. 427 ss.

VASSALLI G., *L'abolizione della pericolosità presunta degli infermi di mente attraverso la cruna dell'ago*, in *Giurisprudenza Costituzionale*, fasc. 1/1982

VENCHIARUTTI A., *Superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari: profili civilistici*, in *Rivista Italiana di Medicina Legale e del Diritto in campo sanitario*, fasc. 3/2013, p. 1377-1386.

Articoli in riviste telematiche

ARGENIO M., *Il fondamento incerto della pericolosità sociale*, in *Diritto.it*, p. 1-17, 2017.

CHIAVARIO M., *Una riforma dalle molte facce*, in *La Legislazione Penale*, p. 1-12, 2017.

COLLICA M. T., *Il riconoscimento del ruolo delle neuroscienze*, in *Diritto Penale Contemporaneo*, p. 18, 2012.

COLLICA M. T., *La delega della legge Orlando sulle misure di sicurezza*, in *La Legislazione Penale*, p. 1-23, 2017.

DELLA BELLA A., *La riforma dell'ordinamento penitenziario: le novità in materia di assistenza sanitaria, vita detentiva e lavoro penitenziario*, in *Diritto Penale Contemporaneo*, p. 1-9, 2018.

MELANI G., *La funzione dell'Opg. Aspetti normativi e sociologici*, in rivista online *L'altro Diritto*, 2014.

MIRAVALLE M., *La riforma della sanità penitenziaria: il caso Opg*, in rivista online L'altro Diritto, 2011.

NEGRONI A., *Sul concetto di trattamento sanitario obbligatorio*, in Rivista AIC, fasc. 4/2017, p. 1-30.

NIRO M., *Misure di sicurezza e alternative all'Opg*, relazione all'incontro di studio *La salute mentale dei detenuti e degli internati in Toscana: presente e futuro*, Firenze Villa Demidoff, 11 Luglio 2008, presente in CentroBasaglia.it.

NIRO M., *Ancora un rinvio per il superamento degli Opg: problemi e prospettive*, in rivista online L'Altro Diritto, 2014.

PELISSERO M., *La politica penale delle interpolazioni*, in Diritto Penale Contemporaneo.it, fasc. 1/2016, p. 61 ss.

PICCIONE D., *Libertà dall'ospedale psichiatrico in dimissione e rischi di regressione istituzionale*, in Rivista AIC, fasc. 4/2014, p. 1-13.

PUGIOTTO A., *Dalla chiusura degli ospedali psichiatrici giudiziari alla (possibile) eclissi della pena manicomiale*, in Costituzionalismo.it, fasc. 2/2015, p. 1-63.

RONCO M., *Proposta di riforma sulle misure di sicurezza personali e sull'imputabilità*, in Archiviopenale.it, 2018.

SANNINI T., *Vizio di mente e pericolosità sociale*, in rivista online L'Altro Diritto, 2014.

SBORDONI S., *Devianza primaria e devianza secondaria*, in rivista online L'Altro Diritto, 1998.

SCHIAFFO F., *La riforma continua del definitivo superamento degli Opg: la tormentata vicenda dell'art. 3 ter del D.L. 211/2011*, in *Critica del diritto*, fasc. 1/2013, p. 44 ss.

Sentenze, leggi, ordinanze ed atti consultati

Sent. Corte Cost. n. 110/1974

Sent. Corte Cost. n. 139/1982

Sent. Corte Cost. n.324/1998

Sent. Corte Cost. n. 228/ 1999

Sent. Corte Cost. n. 253/2003

Sent. Corte Cost. n. 367/2004

Sent. Tribunale di Milano del 6 Novembre 2008

Sent. Corte Cass. Sez. IV 11 marzo 2008 n. 10795

Sent. Corte Cass. Sez. V 12 gennaio 2010 n. 11945

Sent. Corte Cass. Sez. IV 11 aprile 2016 n. 14766

Sent. Corte Cass. Sez. IV 1 agosto 2016 n. 33609

d.d.l. n. 2746 del 8 agosto 1997

L. 419/1998

d.d.l Burani-Procaccini del 2004

D.L. 211/2011

D.L. 270/2012

L. 9/2012

D.L. 24/2013

L. 57/2013

L. 81/2014

Dlgs 123/2018

Dlgs 124/2018

Ord. Giudice Istruttore del Trib. di Firenze del 21 aprile 1976

Ord. Giudice Istruttore del Trib. di Pisa del 18 febbraio 1978

Ord. Giudice Istruttore del Trib. di Napoli del 21 maggio 2015

Ord. Corte Cost. n. 24 del 24 gennaio 1985

Ord. Corte Cost. n. 333 del 22 luglio 1994

Ord. Corte Cost. n. 396 del 17 novembre 1994

Ord. Corte Cost. n. 88 del 21 marzo 2001

Ord. Corte Cost. n. 254 del 1 luglio 2005

“Seguito dell’inchiesta su alcuni aspetti della medicina territoriale, con particolare riguardo al funzionamento dei servizi pubblici per le tossicodipendenze e dei dipartimenti di salute mentale”, relazione della

Commissione parlamentare sull'efficacia e l'efficienza del Servizio Sanitario Nazionale, approvata nella seduta del 22 giugno 2010 dal Senato della Repubblica.

“Relazione sulle condizioni di vita e di cura all'interno degli Opg”, relazione della Commissione parlamentare sull'efficacia e l'efficienza del Servizio Sanitario Nazionale, approvata nella seduta del 20 luglio 2011 dal Senato della Repubblica.

“Relazione sullo stato di attuazione dei programmi regionali relativi al superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari”, presentata dal Ministro della Giustizia Cancellieri A. e dal Ministro della Salute Lorenzin B., documento XXVII, n.7, comunicata alla Presidenza il 16 dicembre 2013.

Sitografia

www.Antigone.it

www.ArchivioPenale.it

www.CentroBasaglia.it

www.ConsultaOnline.it

www.Costituzionalismo.it

www.DirittoPenaleContemporaneo.it

www.Documenti.Camera.it

www.francocorleone.it

www.GazzettaUfficiale.it

www.Giurcost.it

www.Giurisprudenzapenale.it

www.Newsforumsalutementale.it

www.Normattiva.it

www.Quotidianosanità.it

www.Redattoresociale.it

www.Ristretti.it

www.Ristrettiorizzonti.it

www.Senato.it

www.Stopopg.it

www.Vittimedella180.it

Altro

BRUNETTI B., *La tutela della salute in carcere. Organizzazione del Servizio Sanitario Penitenziario. Evoluzione normativa*, articolo in RistrettiOrizzonti.it.

XIV Rapporto Antigone sulle condizioni di detenzione , presente su Antigone.it, scritto da Miravalle M. e Ronco D.

DELL'ACQUA P., *Lettera aperta di Peppe Dell'Acqua*, articolo in newsforumsalutementale.it.

Relazione trimestrale e relazione semestrale di F. Corleone, relative all'anno 2016, presenti in penalecontemporaneo.it e francocorleone.it.

Brevi interviste rilasciatemi da Franco Corleone, dal Sindaco di Spinazzola Michele Patruno e dalla direttrice del giornale DaldiDentro Viviana Leo.

“Quando la tua pazzia non desiderata, quando la tua pazzia non voluta viene strangolata nelle sbarre della fossa, tu da impotente caprone ti trasformi in uomo e l’unico mezzo per farlo, per stupire i camici bianchi che ti vogliono curare a fondo è quello di rinchiuderti in una pazzia voluta e quando vuoi essere pazzo nessun camice bianco riuscirà a trarti fuori dalla fossa. Tu vuoi essere pazzo e sarai un beato felice pazzo per tutto il resto della tua vita. Pazzo.”

Scritta su di un muro di un Opg. Era il 10 settembre 1968.

