

**ALMA MATER STUDIORUM
UNIVERSITÀ DI BOLOGNA**

SCUOLA DI GIURISPRUDENZA

CORSO DI LAUREA MAGISTRALE IN GIURISPRUDENZA

CUSTODIRE O CURARE?

UNA SCELTA DI DIRITTO:

**LA CHIUSURA DEGLI OSPEDALI PSICHIATRICI GIUDIZIARI E
LA PRESA IN CARICO DEL PAZIENTE GIUDIZIARIO**

TESI DI LAUREA IN DIRITTO PENITENZIARIO

Relatore: *Chiar.mo Prof.*
MASSIMO PAVARINI

Presentata da:
MARTINA NASSO

Sessione I

Anno Accademico 2013-2014

INDICE

Introduzione.....	1
Capitolo I – L’evoluzione storica	3
1. Alle origini del manicomio criminale	3
2. Il Codice Zanardelli.....	13
3. La legge n. 36 del 1904.....	17
4. I progetti di Riforma del Codice Penale.....	19
5. Il Codice Rocco.....	21
6. Un lungo silenzio	27
7. Il caso Bernardini	30
8. I primi interventi della Corte Costituzionale.....	32
9. Le leggi di riforma dell’ordinamento penitenziario.....	34
10. I nuovi progetti di riforma su imputabilità e Codice Penale.....	37
11. Il passaggio al Servizio Sanitario Nazionale della medicina penitenziaria e i progetti di legge più recenti.....	43
12. Il percorso di superamento dell’ospedale psichiatrico giudiziario	48
Capitolo II – Dalla custodia alla cura	57
1. La misura di sicurezza dell’ospedale psichiatrico giudiziario.....	57
2. La perizia psichiatrica e la pericolosità sociale	58
3. L’imputabilità penale e il vizio di mente.....	66
4. La responsabilizzazione: pro e contro	73
5. Il rapporto tra sanitari e polizia penitenziaria: verso la “sanitarizzazione”	77
6. La presa in carico	79
7. Un codice da riformare.....	83
Capitolo III – L’OPG di Reggio Emilia e le strutture presenti nel territorio regionale per la presa in carico del paziente giudiziario	86
1. La nascita dell’OPG di Reggio Emilia	86
2. Gli scandali e la Commissione di Vigilanza sui manicomi e gli alienati	87
3. La Commissione Marino sull’OPG di Reggio Emilia.....	95
4. Il percorso di superamento dell’OPG in Emilia-Romagna.....	99
5. L’OPG di Reggio Emilia oggi.....	103
6. Le strutture esterne	104
Conclusioni.....	111
Bibliografia.....	115
Fonti.....	120

INTRODUZIONE

*“Ci sono situazioni in cui è impossibile trovare
forme di compromesso perché se lo facciamo
stiamo andando al compromesso con la morte,
e con la morte non c'è compromesso possibile”.*

Franco Basaglia

La misura di sicurezza dell'ospedale psichiatrico giudiziario (OPG) è stata introdotta dal Codice Penale del 1930 ed è riservata all'autore di reato infermo di mente considerato socialmente pericoloso.

Tra scandali, inchieste e lunghi silenzi, l'esistenza di questa *“istituzione totale”*¹ non è mai stata seriamente messa in discussione.

Quando, durante la trasmissione televisiva *“Presadiretta”* del 20 marzo 2011, sono state mostrate in prima serata le immagini relative ai sei ospedali psichiatrici giudiziari italiani, effettuate grazie all'inchiesta della Commissione Marino, molti hanno auspicato una rapida soluzione all'*“autentico orrore, indegno di un paese appena civile”*,² che gli stessi rappresentavano.

Da allora sono trascorsi più di tre anni e nonostante l'emanazione di numerosi decreti e leggi³, proroga dopo proroga, gli OPG rimangono una terribile realtà.

Il percorso intrapreso dallo Stato italiano, per quel che riguarda il superamento dei vecchi *manicomi giudiziari*, è riassumibile in alcune proposte: regionalizzazione degli OPG e costruzione di strutture protette e vigilate in ogni regione, con un'ingente impegno economico per lo Stato.

Il pericolo di una siffatta previsione risiede nell'accoglimento del vecchio *paradigma manicomiale*, un paradigma basato sulla logica della reclusione del disturbo mentale in luoghi di internamento, anche se regionali e a venti posti letto.

¹ Cfr. Goffman E., *Asylums*, Edizioni di Comunità, Torino, 2001;

² Così il presidente della Repubblica, Giorgio Napolitano, definiva gli Ospedali psichiatrici giudiziari (OPG) nel discorso di fine anno del 2012;

³ Vedi *“§ 12. Il percorso di superamento dell'ospedale psichiatrico giudiziario.”*, Cap. 1;

Relativamente alla riforma del codice Rocco, in particolare per quello che riguarda misure di sicurezza, pericolosità sociale e non imputabilità, fino ad oggi, non ci sono stati interventi incisivi.

Eppure le concezioni in merito alla malattia mentale, che stavano alla base del codice penale del 1930, sono radicalmente mutate. Mutato è l'approccio alla persona che vive l'esperienza del disagio psichico e le politiche sanitarie conseguenti, che hanno prodotto un'evoluzione sorprendente nell'assistenza psichiatrica, attraverso forme di avvicinamento alla persona e presa in carico nelle modalità proprie della salute mentale comunitaria. Ricordo che nel 1978 con la legge n. 180 è stata disposta la chiusura dei manicomi civili.

Anche nel campo della psicopatologia il modello di spiegazione causale che va sempre più affermandosi è quello circolare: le caratteristiche affettive, emotive, comportamentali delle persone trovano la loro spiegazione nell'interazione di molteplici fattori: biologici, psicologici e ambientali⁴.

La concezione deterministica della malattia mentale è tramontata ovunque, come l'idea di una connessione diretta tra questa e la pericolosità del soggetto che ne è affetto.

Il disturbo mentale, non è più considerato condizione irreversibile, ma stato patologico transitorio e, come tale, curabile e spesso sanabile.

E allora la strada da intraprendere dovrebbe essere un'altra, più coraggiosa e radicale, come quella intrapresa più di cinquant'anni fa da Franco Basaglia e dal suo gruppo.

Partendo dal presupposto della necessità di una riforma del codice penale che vada ad abolire la non imputabilità del *reo-folle*, la perizia psichiatrica, le misure di sicurezza e la pericolosità sociale, è urgente stabilire che il finanziamento oggi disposto dalla legge per la costruzione delle Residenze per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza (REMS), sia destinato ai Dipartimenti di Salute Mentale, all'apertura 24 ore su 24 dei Centri di salute mentale, ai progetti terapeutico riabilitativi individuali e ai percorsi d'inclusione lavorativa e sociale sul territorio, in breve che il percorso di superamento dell'OPG sia riportato “*nella carreggiata della legge 180*”⁵.

⁴ Cfr. Bertolino M., *Normalità del male e patologia mentale*, in «Diritto Penale e Processo», n. 3/2007, Università Milano Bicocca;

⁵ Come affermato da Stefano Cecconi, membro del Comitato Nazionale StopOPG.

L'EVOLUZIONE STORICA

§ 1. *Alle origini del manicomio criminale*; § 2. *Il codice Zanardelli*; § 3. *La legge n. 36 del 1904*; § 4. *I progetti di Riforma del Codice Penale*; § 5. *Il codice Rocco*; § 6. *Un lungo silenzio*; § 7. *Il caso Bernardini*; § 8. *I primi interventi della Corte Costituzionale*; § 9. *Le leggi di riforma dell'ordinamento penitenziario*; § 10. *I nuovi progetti di riforma su imputabilità e codice penale*; § 11. *Il passaggio al Servizio Sanitario Nazionale della medicina penitenziaria e i progetti di legge più recenti*; § 12. *Il percorso di superamento dell'ospedale psichiatrico giudiziario*.

Francesca:

E chi tutelerà i nostri figli da questi pericolosi matti
che ne hanno combinate tante?

Marco Cavallo:

Capisco queste preoccupazioni
ma voglio dire una cosa che ho imparato in questi anni.
Da Basaglia in persona.
Altro che mostri gente impaurita e strade deserte!
È dietro le mura che nascono i mostri.

*Dialogo di Marco Cavallo e il Drago con gli internati di Montelupo*⁶

1. Alle origini del manicomio criminale.

Fino all'epoca dell'unificazione italiana, le normative penali dei diversi stati, non prevedevano istituti o norme speciali per autori di reato giudicati non punibili per malattia mentale, il loro destino era il più delle volte il manicomio comune.

In Italia si iniziò a dibattere sulla necessità di istituire dei *manicomi criminali* all'inizio degli anni settanta dell'ottocento.

Erano questi gli anni in cui si facevano strada le idee della Scuola Positiva di diritto penale, le quali, è noto, tanta fortuna avrebbero avuto negli anni a

⁶ Fonte: Stopopg.it

venire⁷, propugnate in particolare dagli scritti di Cesare Lombroso, in contrapposizione con quanto affermato dalla Scuola Classica⁸. Nelle prime pagine de “*L'Uomo delinquente*” troviamo alcune riflessioni sulla base delle quali si fonda il pensiero della scuola stessa:

La scuola positiva di diritto penale sostiene che i criminali non già delinquantano per atto cosciente e libero di volontà malvagia, ma perché hanno tendenze malvagie, tendenze che ripetono la loro origine da una organizzazione fisica e psichica diversa da quella dell'uomo normale, per cui la Nuova Scuola studia, invece che il delitto astratto, il delinquente, e prende per base il diritto della società ad agire contro di esso, non la sua malvagità, ma la sua pericolosità⁹.

Veniva quindi affermato il primato del modello psichiatrico su quello giuridico-normativo e privilegiata una concezione patologistica e deterministica del *criminale*.

Lombroso teorizzò un determinismo di stampo biologico, attraverso il quale si sosteneva l'equivalenza dell'*uomo delinquente* e di quello *nato pazzo*, riconoscibile per alcune caratteristiche somatiche correlate a *deformità mentali*. Veniva quindi negato il libero arbitrio e la volontà individuale, in posizione diametralmente opposta rispetto alla Scuola Classica. Si sostituì l'idea della “retribuzione” con quella della “pericolosità del reo”, per cui, più che di punizione, si iniziò a parlare di controllo e difesa sociale. I socialmente pericolosi avrebbero dovuto essere sottoposti a misura di sicurezza fintantoché fosse durata la loro pericolosità sociale, quindi per un tempo indeterminato.

Accanto a queste nuove teorie di stampo positivista e a sostegno delle stesse, bisogna rilevare il mutamento che era avvenuto già da anni nello studio della mente umana, attraverso l'evoluzione della psichiatria, che rivendicava a sé

⁷ Nel 1930 con l'approvazione del codice penale si assisterà alla grande mediazione tra Scuola classica e Scuola positiva di diritto penale, attraverso la scelta dell'adozione del doppio binario pena-misura di sicurezza;

⁸ Si trattava di una scuola di pensiero che riteneva l'uomo dotato di libero arbitrio e in quanto tale in grado di rispondere pienamente dei propri atti. Nell'ambito del diritto penale affermava la necessità di un rigoroso rapporto tra grado della colpevolezza e misura della pena: si basava sul principio della “retribuzione”, concezione fondata sul sistema tariffario, che prescindeva da qualsiasi valutazione inerente la personalità del reo e motivazioni socio-ambientali;

⁹ Lombroso C., *L'uomo delinquente*, ristampa anastatica, Quinta edizione, Bompiani, Torino, 1897;

la denominazione di scienza medica dopo essere stata relegata per decenni al pari della filosofia morale. Furono infatti questi gli anni di maggior sviluppo del paradigma medico o biologico-organicista nello studio della malattia mentale. L'affermarsi di questa concezione era in linea con le caratteristiche socioculturali della comunità scientifica del tempo: in quel periodo andava sempre più affermandosi la teoria medico-positivistica, che spiegava ogni comportamento umano come un problema di fisiologia neuromuscolare e le malattie mentali come malattie del cervello¹⁰.

Esaminando il rapporto che intercorre tra diritto e psichiatria si può affermare che nella strutturazione tradizionale della cultura positivista questi due rami del sapere abbiano ciascuno una propria identità. Se li si osserva come strumenti di controllo sociale, anche se non paritari, si può vedere come ciascuno abbia il suo campo d'azione: il diritto stabilisce chi devia la norma penale, chi dunque diventa *criminale*, alla psichiatria compete stabilire chi deroghi alla norma comportamentale, cioè chi è *folle*.

È proprio a partire dagli anni settanta dell'ottocento che il rapporto tra diritto e psichiatria si consolidò grazie all'uso che il giudice poté fare di una disciplina che andava costruendo la propria legittimità scientifica sulla convinzione dell'esistenza, e della possibilità di identificazione, delle cause biologiche della malattia mentale. D'ora in poi, i fattori morali o sociali, vennero relegati al ruolo di fattori scatenanti o *concause della follia*.

Nel 1872 Lombroso pubblicò un articolo su “*Rendiconti del Reale Istituto Lombardo di Scienze e Lettere*” dove parlò per la prima volta dei manicomi criminali:

Si può discutere a lungo da un lato e dall'altro della teoria della pena, ma in un punto ormai tutti convergono: tra i delinquenti e quelli creduti tali, ve n'ha molti che, o sono, o furono sempre alienati, per cui la prigione è un'ingiustizia, la libertà un pericolo, e a cui mal si provvede da noi con mezze misure, che violano ad un tempo la morale e la sicurezza;

¹⁰ Si tratta comunque di due processi paralleli, non c'è correlazione tra medicalizzazione della psichiatria ed affermazione della filosofia positiva, essendo il primo processo già in atto da alcuni anni rispetto alla data di pubblicazione del *Corso di filosofia positiva* di Auguste Comte, considerato il padre della nascente dottrina. Il contributo del positivismo si vede in maniera più importante nello sviluppo delle scienze criminologiche. Cfr. Canosa R., *Storia del manicomio in Italia dall'Unità a oggi*, Feltrinelli, Milano, 1990;

e sulle preoccupazioni di chi riteneva che si sarebbe finito col non punire nessuno affermava:

D'altronde, qui, non si tratta d'una pietà sentimentale e pericolosa all'altrui salute, si tratta anzi d'una misura più di precauzione che umanitaria, poiché, se son molti i condannati, sono anche molti gli imprudentemente prosciolti; e qui si tratta invece di disporre in modo che non possano ritornare, se non quando sieno perfettamente innocui, frammezzo a quella società a cui sono di tanto pericolo.¹¹

L'autore riteneva infatti, che gli episodi di violenza che si erano verificati nel manicomio criminale di Broadmoor¹², non fossero nient'altro che il prezzo da pagare per una gestione separata dei *delinquenti alienati* rispetto agli altri *folli*, al fine di evitare il dilagare della violenza anche nei manicomi comuni, che avrebbe impedito gli esperimenti, appena nati in quegli anni, di *no-restraint*¹³.

All'interno di questi istituti speciali, dovevano essere *ricevuti*:

- 1) Tutti i servi di pena impazziti, e con tendenze pericolose, incendiarie, omicide od oscene, dopo trascorso lo stato acuto del male.
- 2) Tutti gli alienati che per tendenze omicide, incendiarie, pederastiche ecc. venissero sottoposti ad inquisizione giudiziaria, restata sospesa per la riconosciuta alienazione.
- 3) Tutti quegli imputati di crimini strani, atroci, senza un movente chiaro, o con un movente sproporzionato al delitto.

¹¹ Lombroso C., *Sull'istituzione dei manicomi criminali in Italia*, RISP 1872, s. II, vol V, nn. 1 e 2;

¹² Nel 1868 a Broadmoor vi furono 72 ferimenti di infermieri;

¹³ "*Nessuna coercizione*". Sistema di trattamento degli alienati che esclude l'uso dei mezzi di coercizione meccanica (*no-restraint* assoluto) o lo consente soltanto in casi estremi, per lesioni fisiche che reclamino l'immobilità, per agitazione continua ed estenuante, per tendenze all'auto-mutilazione e simili (*no-restraint* relativo). Il primo tentativo su larga scala di *no-restraint* assoluto fu fatto nel 1835 da Charlesworth e Gardiner Hill nel manicomio di Lincoln; nel 1839 J. Conolly applicò questo sistema nel manicomio di Hanwell popolato di ben 1000 malati. Da allora le simpatie per il *no-restraint* si sono divulgate dappertutto, trovando applicazioni più o meno estese, e più spesso relative che rigorose. Condizioni arretrate di civiltà, ristrettezza di locali, ostinate tradizioni, grettezza amministrativa, difetto di risorse economiche sono gli ostacoli all'applicazione sistematica del *no-restraint*, che dagli alienisti è teoricamente caldeggiato senza grandi contrasti. L'applicazione metodica e rigorosa del *no-restraint* è possibile soltanto nei manicomi moderni e ben costruiti, non troppo grandi né affollati, ricchi di personale medico e di assistenza, ove le cure mediche, la degenza a letto, i bagni tiepidi prolungati trovano largo impiego, e non mancano colonie agricole e officine dove i malati possano trovare, appena siano tranquilli, un'occupazione piacevole. Da Enciclopedia Treccani;

4) Quelli che furono spinti al delitto da un abituale, evidente infermità, come: pellagra, alcoolismo, epilessia; massime quando abbiano parentele con alienati o con epiletici, e presentino una mala costruzione del cranio.

5) Gli alienati provenienti dalle carceri, che notoriamente passarono una parte della loro esistenza nei vizj, nei delitti, dovranno essere segregati in appositi compartimenti. Gli altri alienati non saranno riuniti che a piccoli gruppi, a seconda dei ceti e delle abitudini dormiranno ciascuno in una cella; la disciplina dovrà essere severa, la vigilanza maggiore che nei manicomi comuni, e analoga a quella delle case penali, ma il lavoro proporzionato alle forze, all'aria aperta, alternato da lunghi riposi, da divertimenti, biliardi ecc.

La direzione dovrebbe essere medica, il personale carcerario. Gli individui riconosciuti abitualmente pericolosi, e già sottoposti a vari processi, non potranno essere dimessi mai; gli alienati a follia istantanea, od intermittente, che offrano segni di perfetta guarigione, saranno segnalati per la dimissione dopo uno o due anni di osservazione, ma sottoposti, dopo la loro uscita, a visite mediche mensili per molti anni di seguito.¹⁴

Essendo a conoscenza delle difficoltà pratiche che si sarebbero riscontrate nell'istituzione, in breve tempo, dei manicomi criminali, Lombroso nel suo scritto chiese di stabilire nelle case di pena, dei compartimenti per i *condannati impazziti*, e nei manicomi provinciali dei grossi centri, dei compartimenti speciali per le forme intermedie di *pazzie criminali*, con sorveglianza particolare e dimissioni non effettuabili se non con enormi cautele.

Nei “*Rendiconti*” fu pubblicato nello stesso anno anche uno scritto di Serafino Biffi, importante alienista dell'epoca, il quale, pur sostenendo fosse sicuramente necessario togliere dal carcere i detenuti alienati di mente, per la cattiva influenza che potevano esercitare sull'intera popolazione carceraria, e allo stesso tempo inopportuno inviarli in un manicomio ordinario, per “l'umiliazione” che la loro presenza avrebbe comportato per gli altri alienati e le loro famiglie e per i problemi che ne sarebbero derivati alla disciplina manicomiale, si discostò dall'idea di Lombroso, affermando che coloro i quali fossero già *pazzi* al momento della commissione del reato avrebbero invece dovuto essere rinchiusi nei manicomi ordinari. Il dibattito scientifico si ripropose in Parlamento, assumendo anche le vesti di una questione

¹⁴ Lombroso C., *Sull'istituzione dei manicomi criminali in Italia*, RISL 1872, s. II, vol V, nn. 1 e 2;

amministrativa che coinvolgeva gli interessi di Stato e Province nell'Italia post-unitaria¹⁵.

Non mancavano, invero, anche coloro i quali aderivano con entusiasmo alle tesi lombrosiane anche in ambito psichiatrico, come nel caso di Augusto Tamburini, che in uno scritto del 1873, dopo aver ribadito l'opportunità di creare gli istituti speciali per tutte le categorie previste dal Lombroso, aggiungeva:

V'ha qui una lesione al diritto, alla giustizia? No certamente: è una questione di profilassi, d'igiene sociale, che non intacca nessun diritto poiché non colpisce che dei malati di mente, poiché non colpisce che uomini cui un esame imparziale finirebbe col dichiarare irresponsabili delle loro azioni. Non è un diritto della società il difendersene, il porli fuori dalla possibilità di nuocere? Non è in essa un dovere di provvedere alla loro cura? E non rilasciandoli che quando la guarigione, per lunghissima esperienza, non lasciasse più alcun dubbio, si verrebbe ad aver liberata la società nella sfera del possibile da una classe che costituisce, secondo una felice espressione del psichiatro di Pavia, “un focolaio attivissimo d'infezione sociale”.¹⁶

E fu proprio in questo clima, impregnato dalle idee della Scuola Positiva, che anche a livello politico e normativo iniziarono a vedersi i primi segnali di un mutato contesto scientifico e culturale. Il primo documento che rileva ai fini sopra esposti, è una circolare inviata nel giugno 1872 dal ministro dell'interno ai prefetti e da questi inoltrata ai direttori dei manicomi, la quale affermava:

All'evenienza di qualche fatto che recar potesse dispiacevoli conseguenze per l'ordine, la disciplina, lo stato igienico e la sicurezza interna delle case penali del regno,

¹⁵ Nella *querelle* con Biffi, Lombroso pubblicò un ultimo contributo nei “*Rendiconti*” segnalando il suo disaccordo con le tesi dello psichiatra e affermando che questi, probabilmente, non potesse cogliere fino in fondo la problematica, essendo lui direttore di un “*manicomio privato*”, i cui internati erano mantenuti a spese di privati, mentre nei manicomi pubblici, lo Stato si occupava dei “*mentecatti giudicabili o condannati*” e la Provincia si faceva carico di tutte le spese per i “*mentecatti poveri e pericolosi*”. Questo creava non pochi contrasti, infatti, la necessità di rendere omogenee le legislazioni pre-unitarie aveva fatto sì che, dal 1866, le Province dovessero caricarsi di un fardello che prima era di competenza dello Stato, almeno nel caso del Meridione, con un pesante aggravio delle loro finanze. Cfr. Intervento dell'on. De Renzis in *Atti parlamentari Camera dei Deputati*, sessione del 1874-1875; tornata del 14 dicembre 1875, p. 5180 e segg.;

¹⁶ Tamburini A., *I manicomi criminali*, in «*Rivista di discipline carcerarie*», 1873, p. 35 e segg.;

essendo sorto il dubbio se non convenga aprire uno o più reclusorii per concentrare in essi ogni condannato riconosciuto affetto da alienazione mentale, o gravemente indiziato di esserlo a giudizio degli ufficiali sanitari governativi addetti ai diversi stabilimenti penali del regno, il sottoscritto, d'incarico del ministro dell'interno, prega la S.V. Ill.ma che si degnamente dirige cotesto manicomio, di volergli far conoscere con apposita relazione di che distribuzione e di quali altre specialità dovrebbe andar munito un locale da destinarsi utilmente alla cura dei delinquenti alienati, o furiosi, o melanconici, od idioti, o affetti da altre malattie atte ad intaccare le facoltà mentali, tenuto conto delle separazioni necessarie, per qualunque sorta di detenzione nei sessi, nell'età e nei diversi gradi della malattia...¹⁷

La preoccupazione più grande rimaneva, dunque, quella di arginare il problema della presenza di detenuti dichiarati “folli” all'interno delle carceri. Coloro che avevano ricevuto l'etichetta di “folli-rei” erano sì coloro che la nosografia psichiatrica dell'epoca considerava come *psicopatici* o *folli* delle varie categorie, ma soprattutto quelli, tra i detenuti, che si piegavano difficilmente alla disciplina dell'istituzione, solidali con gli altri reclusi e considerati *sobillatori*. Coloro che, quindi, creavano un problema di gestione nell'ambito istituzionale, essendo fautori di situazioni di crisi o di fermento, che ne mettevano in discussione la stessa esistenza.

Nella tornata del 14 dicembre 1875, l'on. De Renzis presentò alla Camera dei Deputati una risoluzione:

La Camera [...], vista la necessità di raccogliere in ospedali governativi i mentecatti condannati o giudicabili, invita il ministero [...] a studiare se sia conveniente ed economico per lo Stato l'impianto di uno o più spedali governativi atti a raccogliere mentecatti condannati o giudicabili; e passa all'ordine del giorno.¹⁸

La proposta di De Renzis, era principalmente dovuta al congestionamento del manicomio di Aversa, della cui amministrazione lo stesso faceva parte, che in quegli anni era costretto a ricevere tutti i *detenuti pazzi* delle diverse province meridionali.

¹⁷ Canosa R., *Op. cit.*;

¹⁸ *Atti parlamentari Camera dei Deputati*, sessione del 1874-1875; tornata del 14 dicembre 1875, p. 5182 e segg.;

Il ministro dell'interno in risposta al De Renzis, riconosceva l'esistenza della problematica e proponeva come soluzione, non già la creazione di nuovi enti, che avrebbero rappresentato un eccessivo onere economico nel bilancio dello Stato, bensì la redistribuzione dei *maniaci provenienti dalle carceri*, a seconda della loro provenienza, nei diversi manicomi che avessero la possibilità di ricoverare senza pericoli i *condannati impazziti*.¹⁹ In questo senso la risoluzione veniva approvata.

Nel 1876 il direttore generale delle carceri, Martino Beltrani Scalia, con la collaborazione di Gaspare Virgilio²⁰, in assenza di disposizioni legislative, creò la "Sezione per maniaci" presso la casa penale per invalidi di Aversa. Fu così che, con un atto amministrativo, nacque il primo manicomio criminale italiano, senza che alcuna legge lo avesse deliberato. L'istituto era stato pensato per la reclusione dei detenuti *impazziti* in carcere, i *rei-folli*. Non era, al contrario, previsto l'internamento per coloro i quali fossero stati prosciolti per infermità mentale, i *folli-rei*. La direzione fu affidata proprio a Virgilio e la sezione accolse un primo nucleo di diciannove *pazzi criminali*.

Nel 1877, durante il Secondo Congresso dei Freniatri Italiani, tenutosi ad Aversa, il relatore sul tema dei manicomi criminali, Virgilio, sollecitò la creazione di altri istituti speciali anche al Centro-Nord.²¹

Anche in Parlamento la discussione continuava e, nello stesso anno, nella tornata del 14 aprile della Camera dei Deputati, l'on. Righi presentò un'interrogazione parlamentare sull'argomento, soffermandosi, in principio, sulla necessità di affidare ai medici alienisti la valutazione relativa alle facoltà mentali dell'indagato, in modo vincolante per i giudici. La *pazzia* veniva considerata dall'interrogante come "*una malattia del corpo e, di conseguenza, la diagnosi e la prognosi, l'indicazione della sua indole, delle sue evoluzioni e la cura della medesima, devono essere affidate essenzialmente a coloro che, pei loro studi e per le loro cognizioni tutt'affatto speciali, sono in grado di conoscerne le cause ed il probabile suo procedimento avvenire, di guarigione o di insanabilità.*"²²

¹⁹ *Ivi*, p. 5198;

²⁰ Dal 1867 chirurgo delle case penali per invalidi di Aversa;

²¹ La stessa richiesta verrà ribadita nel successivo Congresso del 1881 a Reggio Emilia;

²² *Atti parlamentari Camera dei Deputati*, sessione del 1877-1878; tornata del 14 aprile 1877, p. 2453;

Proseguiva, poi, chiedendo l'istituzione dei manicomi criminali:

Formulo quindi senz'altro la mia interpellanza all'onorevole guardasigilli, e gli chiedo quali siano i suoi intendimenti intorno all'istituzione di questi manicomi criminali, nei quali debbono essere accolti tutti coloro anzitutto, che abbiano commesso un reato in condizioni di mente riconosciuta aberrante, tutti coloro in secondo luogo, i quali siano diventati pazzi durante lo svolgimento del procedimento penale, e finalmente tutti quelli i quali possono essere diventati pazzi durante il periodo dell'espiazione della pena.²³

Il ministro Mancini, rispondeva all'on. Righi su tutte le questioni dallo stesso presentate. Partiva da quella relativa all'opportunità della istituzione dei manicomi criminali, dichiarando l'intenzione del governo di adottare il sistema della legge belga del 1850 che prevedeva la creazione di sezioni speciali "criminali" nei manicomi ordinari. Per quanto riguardava le categorie di persone da internare in questi luoghi, lo stesso nominava i colpiti da alienazione durante la fase istruttoria del processo penale e coloro che impazzivano durante l'espiazione della pena. Mancini affermava che nei confronti di coloro i quali fossero stati assolti, perché infermi di mente al momento in cui commisero il fatto, non si sarebbe dovuto procedere a priori, se non nei casi di sospetta simulazione.²⁴ Per la quarta categoria, quella dei seminfermi, proponeva la costituzione di case di custodia all'interno di alcuni manicomi.

Sulla questione del giudizio vincolante da parte dei medici, si diceva, invece, assolutamente contrario.

Negli anni successivi, si continuò a parlare di manicomi criminali, nei progetti di legge dedicati alla disciplina sui manicomi, alla definizione della quale gli alienisti dell'epoca avevano chiesto a gran voce di provvedere. Nel 1877, il progetto Nicotera si riferiva alla creazione di sezioni criminali nei

²³ *Ivi*, p. 2454;

²⁴ "Primamente io non concepisco come mai possa aver luogo un giudizio innanzi ai giurati per un individuo che, nel momento in cui esso si celebra e svolge, sia pazzo. In tale ipotesi il pubblico giudizio non avrebbe potuto aver luogo; il procedimento penale sarebbe arrestato al primo periodo istruttorio, e l'individuo di cui si tratta si sarebbe mandato dall'Istruttore in una casa di alienati." *Atti parlamentari Camera dei Deputati*, sessione del 1877-1877; tornata del 14 aprile 1877, p. 2457;

manicomi pubblici, come di una facoltà concessa al governo, mentre assai più dettagliato sul tema, era il progetto di legge presentato da Depretis nel 1881. Quest'ultimo proponeva di rinchiudere nei manicomi criminali i *delinquenti impazziti* dopo la condanna (esclusi quelli *tranquilli* e i condannati a pena di reclusione inferiore ad un anno), mentre per coloro i quali fossero stati assolti per infermità di mente, così prevedeva:

Trattandosi di imputati di gravi reati, specialmente se più volte recidivi [...] il tribunale o la corte potrà ordinare che siano rinchiusi nel manicomio criminale, sempreché, sentito il parere conforme di non meno di due alienisti, abbia riconosciuto che presentino un reale e continuo pericolo per la sicurezza sociale a motivo di un vizio mentale congenito od acquisito e non transitorio. Essi vi saranno ritenuti finché il Tribunale, sentito l'ufficiale sanitario dello stabilimento, e sentiti (ove d'uopo) anche altri alienisti, avrà riconosciuto scevro di pericoli il restituirli in libertà.²⁵

Per i detenuti giudicabili disponeva, nel caso impazzissero in carcere, come normale il ricovero degli stessi in manicomi pubblici o eccezionalmente l'autorità giudiziaria poteva farli rinchiudere nei manicomi criminali.

Questo progetto non diventò mai legge, nemmeno quando fu ripresentato nel 1884, così come non lo divennero quelli successivi (Crispi, Nicotera bis, Giolitti).

In quegli anni era prevista anche la stesura di un nuovo codice penale. Nel 1876 venne istituita una Commissione per stendere il progetto di un nuovo Codice del Regno d'Italia, che il Ministro Pasquale Stanislao Mancini presentò alla Camera dei Deputati. All'articolo 60, n. 2 era confermato il concetto scientifico dell'esistenza di cause minoranti o dirimenti dell'imputabilità, e si stabiliva che se tali cause avessero lasciato un minimo di volontà cosciente, solo il giudice avrebbe avuto la facoltà di ordinare il ricovero del soggetto, per il tempo della pena, in una casa di custodia. Il progetto fu accolto con entusiasmo nell'ambiente giuridico.²⁶ Gli alienisti, però, non potevano accettare l'autorità che la legge avrebbe riconosciuto ai giudici, cioè quella di stabilire se effettivamente il presunto reo, nel preciso

²⁵ In Canosa R., *Op.cit.*, p. 142;

²⁶ Cfr. Bosco G. M., *Uno sguardo allo schema del nuovo codice penale: primo libro (progetto Mancini)*, Stamperia Filantropica, Napoli, 1878;

momento del compimento del reato, fosse stato nella pienezza delle facoltà mentali. Ritenevano che loro fossero gli unici competenti nella gestione del *delinquente folle*. Il progetto era comunque destinato a cadere.

Non fu invece così per il progetto Zanardelli del 1887, destinato a diventare il nuovo codice penale italiano. All'art. 47, il progetto disponeva:

Non è punibile colui che, nel momento in cui ha commesso il fatto, era in tale stato di deficienza o di morbosa alterazione di mente, da togliergli la coscienza dei propri atti o la possibilità di operare altrimenti. Il giudice può tuttavia ordinare che sia ricoverato in un manicomio criminale o comune, per rimanervi finché l'autorità competente lo giudichi necessario.

Il ministro, nella Relazione che accompagnava il progetto, spiegava il perché dell'adozione di un testo di questo tipo:

Non per misura repressiva, che sarebbe fuori di luogo ed in contraddizione aperta con la legge che proclama la irresponsabilità dell'infermo di mente, ma *per ragione preventiva*, vuolsi provvedere, quando lo consiglino o la *specie di alienazione* o le *condizioni dell'individuo* o la *gravità dei fatti e del pericolo*, a porre tali sventurati nella impossibilità di nuocere, ed in pari tempo ad assicurar loro quella assistenza e quella cura che l'umanità impone [corsivi miei].²⁷

2. Il codice Zanardelli.

A distanza di 10 anni,²⁸ l'indirizzo del governo era decisamente mutato, indice di quale fortuna potessero aver avuto le idee della Scuola Positiva anche nel dibattito politico.

La proposta non era tuttavia accettata dalla commissione della Camera dei Deputati incaricata dell'esame del progetto. Molti erano i timori legati al potere di rinchiudere una persona in manicomio criminale, senza limiti temporali, che veniva affidato al magistrato. Le leggi speciali sugli alienati venivano, infatti, considerate sufficienti ad assicurare la tranquillità

²⁷ *Atti parlamentari Camera dei Deputati*, legislatura XVI, II sessione 1886, Documenti, Disegni di legge e Relazioni: *Progetto del codice penale per il Regno d'Italia*, seduta del 22 novembre 1887, vol. I, p. 166;

²⁸ Cfr. *Atti parlamentari Camera dei Deputati*, sessione del 1877-1878; tornata del 14 aprile 1877, p. 2453;

pubblica. Il 28 maggio 1888, il positivista Enrico Ferri, parlava in difesa del testo originario del progetto, sottolineando l'importanza di *difendersi da delitto e pazzia*, con le argomentazioni tipiche della scuola.

Il ministro Zanardelli, intervenendo il 7 giugno del 1888, affermava di aver accettato le critiche mosse al progetto, e proponeva di riservare la facoltà d'internare in manicomio criminale il prosciolto-folle ad altra autorità che non fosse il giudice penale.

In Senato l'articolo in esame venne modificato in tal senso: “il giudice, ove riconosca pericoloso il rilascio in libertà dell'imputato assolto, ne ordina la consegna all'autorità amministrativa per i provvedimenti di sua competenza”.

Il codice veniva approvato nel 1889 e l'art. 47 diventò nel testo definitivo l'art. 46, con la seguente formulazione: “il giudice nondimeno, ove stimi pericolosa la liberazione dell'imputato prosciolto, ne ordina la consegna all'autorità competente per i provvedimenti di legge”.

I “provvedimenti di legge” cui si faceva riferimento furono quelli predisposti dagli articoli 13 e 14 delle disposizioni attuative del codice Penale, promulgate con Regio Decreto 1 dicembre 1889 n. 6509 (serie 3°). Essi disponevano che il prosciolto venisse ricoverato provvisoriamente in un manicomio civile e vi restasse fino a quando il presidente del Tribunale civile avesse deciso se ordinarne il ricovero definitivo o la liberazione definitiva dell'imputato.

Ancora una volta, quindi, dopo tante discussioni, proposte, disegni di legge, proprio quando sembrava che si dovesse suggellare la nascita dei manicomi criminali, il nuovo codice faceva riferimento ai manicomi in generale, da intendersi nel senso di manicomi civili, con grande disappunto dei positivisti, che nel nuovo ordinamento speravano di vedere definitivamente affermata l'istituzione dei manicomi criminali, nel senso da loro voluto da almeno due decenni.

La situazione che si prospettava in questo modo per il *prosciolto-folle*, rimaneva invariata rispetto a quella precedente. I manicomi criminali erano stati previsti solo per i *rei-folli*.

Fino ad allora, i *prosciolti-folli* potevano, a seconda della valutazione del giudice di merito, essere rimessi in libertà, oppure, essere consegnati all'autorità di Pubblica sicurezza affinché ne disponesse l'invio in

osservazione provvisoria in un manicomio provinciale. Al termine della stessa il presidente del tribunale civile poteva ordinare la liberazione del prosciolto o il ricovero definitivo. In quest'ultima evenienza, cessate le ragioni dello stesso, sempre il presidente del tribunale civile poteva disporre la revoca anche affidando il prosciolto a persona che ne garantisse la custodia e la cura.

In realtà, fino al 1891, anche *i condannati impazziti* in carcere, rimanevano lì, in quanto il manicomio giudiziario era riservato solo ad un'esigua parte di essi.²⁹

Dopo solo due anni, però, con il R.D. 1 febbraio 1891, n. 260, le cose cambiarono. Nel decreto era contenuto il nuovo Regolamento generale degli stabilimenti carcerari e dei riformatori governativi e alla sua stesura aveva lavorato in gran parte Beltrani-Scalia. La materia di nostro interesse era regolata dall'articolo 469 al 480:

Art. 469. Per i condannati che devono scontare una pena maggiore di un anno, colpiti da alienazione mentale, sono destinati speciali stabilimenti, o manicomi giudiziari, nei quali *si provveda ad un tempo alla repressione e alla cura*.

Per ordinare il trasferimento in un manicomio giudiziario, *occorre* il rapporto speciale del medico-chirurgo dello stabilimento penale in cui trovasi il condannato, e il ministero può sentire all'uopo anche il parere di uno o più alienisti.

Art. 470. I condannati che devono scontare una pena minore di un anno, colpiti da alienazione mentale, ma inoffensivi, paralitici, o affetti da delirio transitorio, possono rimanere negli stabilimenti ordinari, ove non manchino i mezzi di cura e *non si porti nocimento alla disciplina interna*. In caso contrario, possono essere inviati ai manicomi giudiziari od anche ai manicomi provinciali a spese dell'amministrazione.

Art. 471. Gli accusati o imputati prosciolti, ai sensi dell'articolo 46 del Codice Penale, e per i quali il presidente del tribunale civile pronunzia il ricovero definitivo in un manicomio, giusta l'articolo 14 del Regio Decreto 1° dicembre 1889, n. 6509 (serie 3°), sono trasferiti, con decreto del ministro dell'Interno, e su proposta dell'autorità di pubblica sicurezza, in un manicomio giudiziario, ma in sezioni separate.

²⁹ Cfr. Daga L., *Ospedali psichiatrici giudiziari, sistema penale e sistema penitenziario* in «Rassegna penitenziaria e criminologica» (1-3), Roma, 1985;

Art. 472. Nelle sezioni indicate dall'articolo precedente possono essere fatti ricoverare, con decreto del ministro dell'Interno, anche gli accusati prosciolti che, ai sensi dell'articolo 13 del Regio Decreto 1° dicembre 1889, n. 6509 (serie 3°), debbono essere provvisoriamente chiusi in un manicomio, in istato di osservazione.

Art. 473. Sopra apposita domanda dell'autorità giudiziaria, possono essere ricoverati in una sezione speciale dei manicomi giudiziari, anche gli inquisiti in istato di osservazione.

L'assegnazione è fatta per decreto del ministro dell'Interno [corsivi miei].

Per la prima volta, nell'art. 469, era indicata in modo ufficiale la dizione “manicomio giudiziario”.

Al manicomio giudiziario venivano inviati:

- a) I condannati a pena superiore ad un anno, impazziti in carcere.
- b) I condannati a pena inferiore ad una anno, colpiti da alienazione mentale transitoria, o ad ogni modo inoffensivi. Sempre che non venissero curati in carcere o trasferiti nel manicomio provinciale.
- c) Le persone prosciolte per vizio di mente, in fase di osservazione.
- d) Le persone che dopo lo stadio di osservazione fossero state ritenute da internare definitivamente.

La durata del ricovero era indeterminata per i *prosciolti-folli*, mentre, per i *rei-folli* coincideva con l'espiazione della pena.

La direzione dei manicomi giudiziari era affidata ai medici chirurghi alienisti con il titolo di Direttori sanitari, posti alle dipendenze dei Direttori carcerari. Il nuovo regolamento carcerario disponeva che al trattamento dei ricoverati, ai problemi di vitto, disciplina, alle relazioni tra il direttore amministrativo e il direttore sanitario, si provvedesse con regolamenti interni agli istituti.

Nel frattempo nascevano altri manicomi giudiziari sul territorio nazionale: Montelupo Fiorentino nel 1886 e Reggio Emilia nel 1896.

L'apertura dei manicomi giudiziari, non sembrò risolvere l'annoso problema del trattamento dei *delinquenti folli*. Infatti, gli alienisti non accettavano di buon grado, il fatto di occupare una posizione subordinata rispetto al direttore amministrativo e mettevano in luce le difficoltà di superare i limiti imposti dal regolamento carcerario nel trattamento dei *detenuti impazziti*.

Ecco cosa scriveva nel 1908 Filippo Saporito, che l'anno prima era subentrato al Virgilio nella gestione sanitaria del manicomio giudiziario di Aversa:

Fino al 1904 i manicomi criminali non erano che pessime carceri [...] Erano luoghi in cui, quasi meccanicamente, dalle case di pena veniva ad affluire tutto ciò che esse contenevano di più torbido, le personalità che riuscivano più inadattabili al comune regime, superando, con la loro condotta, la mal concepita efficacia dei mezzi disciplinari: una specie di casa di rigore elevata alla massima potenza, di cui lo strumento principale era il così detto «guardamatto»: un criminale in veste di infermiere.³⁰

3. La legge n. 36 del 1904.

Nel 1904 il direttore delle carceri, Alessandro Doria, affidò ai medici alienisti la direzione autonoma dei manicomi giudiziari.

Fu proprio questo l'anno in cui, dopo oltre cinque anni di progetti e discussioni, venne approvata la legge n. 36 del 14 febbraio 1904 “Disposizioni sui manicomi e sugli alienati. Custodia e cura degli alienati”. L'art 6 della stessa, affermava che le province avrebbero dovuto farsi carico del mantenimento dei soggetti di cui all'art 46 del codice Zanardelli, cioè coloro i quali fossero stati prosciolti per infermità mentale. In questo modo gli stessi venivano rimandati in manicomio ordinario, suscitando la contrarietà degli alienisti dell'epoca.³¹

Un altro aspetto rilevante della nuova disciplina riguardava l'individuazione dei soggetti che dovevano essere custoditi nei manicomi, cioè “le persone affette per qualsiasi motivo da alienazione mentale, quando [fossero]

³⁰ Saporito F., *Gli incorreggibili ed il loro governo razionale*, in «Rivista di discipline carcerarie e correttive», 1908, p. 363;

³¹ “Vi è, innanzitutto, un dato d'esperienza, ed è che la intrusione dei pazzi criminali, nei Manicomii civili, è detestata, dappertutto, come il flagello più deleterio; onde unanime è il consenso dei tecnici nel respingerli, anche quando vi siano ragioni legali per accoglierli. Nella mia qualità di medico nel Manicomio giudiziario ho potuto constatare il fenomeno di province che, pur astrette dall'obbligo di ritirare da quello istituto elementi proprii, in seguito al disposto che poneva a carico delle province stesse le spese di mantenimento dei prosciolti, vi si sono in tutti i modi rifiutate, pur sobbarcandosi a corrispondere allo Stato una retta superiore a quella dei proprii manicomi” Saporito F., *Il manicomio di Aversa in rapporto alla legge ed ai progressi della tecnica manicomiale*, Tipografia Francesco Giannini, Napoli, 1907, p. 11;

pericolose a sé o agli altri e [riuscissero] di pubblico scandalo”. Come ulteriore stigma per coloro i quali venivano internati era prevista la menzione di tutti i provvedimenti di ricovero a loro carico nel casellario giudiziale, dove rimanevano trascritti per tutta la vita del soggetto, creandogli non poche difficoltà sia di ordine pratico che psicologico.³²

Il concetto di pericolosità legato alla malattia mentale veniva in questo modo codificato nella legge, stabilendo una connessione che molto avrebbe significato, negli anni successivi, nella stesura del nuovo codice penale. Le idee della Scuola positiva, trovarono i primi riscontri, anche se molto deboli, in questa normativa. L’“esclusione manicomiale veniva interpretata come il metodo di cura più adatto. In realtà rappresentava il metodo migliore di difesa dell’ordine pubblico da qualsiasi forma di protesta sociale, spesso assimilata alla *pazzia*.³³

La scelta del legislatore non venne molto apprezzata nell’ambiente freniatrico italiano, che ne lamentava un’“applicazione troppo restrittiva ed

³² Il “*marchio infamante*” comprometteva la ricerca di un’occupazione, specialmente in enti e uffici pubblici, inoltre causava un meccanismo di introiezione della malattia da parte del soggetto, contribuendo alla cronicizzazione della condizione di disagio psichico;

³³ Questa legge venne approvata in seguito ad un iter parlamentare molto lungo. Due furono i temi sui quali di dibatté più a lungo. Il primo concerne la situazione di miseria e lo stato delle grandi istituzioni nelle quali la stessa confluisce. Gran parte della discussione sui “mentecatti” riguarda infatti i “*mentecatti poveri*”, esposti all’arbitrio di queste istituzioni e ad un carcere incongruo. All’interno della più ampia questione sociale che impegna in quegli anni il Parlamento, s’inserisce quella dei “*folli poveri*”. Il secondo tema riguarda le competenze di psichiatria e giustizia nella gestione del problema. Inoltre concerne anche la regolamentazione del rapporto fra lo Stato, che scopre la propria funzione di disciplina, controllo ed intervento diretto, ed i privati che già occupano questo terreno con le proprie istituzioni: si tratta del tema della delega e del finanziamento. A questo livello la discussione parlamentare riecheggia il dibattito scientifico, che vede schierati, da un lato i tecnici della nascente psichiatria sulla difesa della propria autonomia scientifica contro l’invadenza repressiva dell’apparato giudiziario, e dall’altro quanti, politici ed uomini di legge, diffidano di una delega in bianco al sapere medico. Ambedue gli ordini di discorso hanno un minimo comune denominatore: la risposta consiste nell’internamento di queste masse di bisognosi che, malati, criminali o semplicemente indigenti che siano, o tutto ciò insieme, devono trovare un luogo di ricovero, visto che né l’ordine produttivo né il sociale offrono loro collocazione. Le condizioni di povertà, che connotano queste masse, sono tali da non aprire dubbi su questo punto neppure nelle frange più “progressiste” dello schieramento politico. Queste ultime mentre ribadiscono le varie necessità - che lo Stato si assuma la “*questione sociale*”, predisponga la riforma agraria, doti le città di impianti igienici e strutture sanitarie - devono anche confrontarsi con un’emergenza sociale, nella quale povertà e rivolta sono costantemente incrociate e contro la quale la risposta repressiva finisce con l’essere l’unica forma di intervento statale. L’internamento come controllo del “*contagio*” e come rassicurazione sociale è dunque la base della discussione: il contenimento della marginalità sociale come emergenza è infatti il problema principale che rimanda ai programmi igienici, sanitari e sociali. Esse riemergeranno in Italia come problema solo col primo dopoguerra. L’esito compromissorio di quelle discussioni sul nodo cura-custodia, ricovero-sanzione, malattia-crimine, medicina-ordine pubblico sarà appunto la normativa del 1904;

esclusivamente di pubblica sicurezza per quel che riguardava l'ammissione degli infermi.

La loro richiesta era quella di essere gli unici a poter stabilire i criteri di ricovero in manicomio, rivendicando una discrezionalità ampissima nella scelta degli stessi.

I lombrosiani erano i più strenui sostenitori della necessità di un'esclusione definitiva del deviante, sia attraverso l'internamento a tempo indeterminato in manicomio, sia con la condanna indeterminata in carcere. Si trattava di soggetto, nella maggioranza dei casi, *irrecuperabile*.³⁴

4. I progetti di Riforma del Codice Penale.

Il manicomio giudiziario, anche se ancora scarsamente popolato, era destinato a diventare il deposito per eccellenza di coloro i quali avessero ricevuto l'infamante etichetta di "irrecuperabili". Nato come istituto funzionale alla gestione delle carceri e destinato alla detenzione dei *detenuti impazziti* negli stessi, iniziò in quegli anni ad assumere la caratteristica di struttura repressiva duplice, carceraria e manicomiale insieme, finalizzata alla realizzazione dei propositi positivisti. Di cura non si poteva, e non si potrà, assolutamente parlare, né in quegli anni, né in seguito.

In Italia le istanze riformatrici dell'indirizzo positivo si materializzarono nel progetto Ferri del 1921. Il ministro della giustizia Mortara, nel 1919, ebbe infatti l'iniziativa di nominare una commissione ministeriale presieduta da Enrico Ferri. Detta commissione avrebbe dovuto operare "per la riforma della legislazione penale, per conseguire, in armonia ai principi e metodi razionali della difesa della società contro il delitto in genere, un più efficace e sicuro presidio contro la delinquenza abituale".³⁵

Puntuale sintesi dei principi della Scuola Positiva, pur dimostrando la capacità tecnica di misurarsi, superandole, con le impostazioni dogmatiche della Scuola Classica, il progetto Ferri non arrivò al punto di mettere in discussione i rapporti di forza sanzionati fino a quel momento dal diritto penale. Limitandosi alla parte generale del codice (prevista in 131 articoli) il

³⁴ Canosa R., *Op.cit.*, p.149 e segg.;

³⁵ Così recitava il mandato conferito con R.D. del 14-9-1919 n. 1742;

progetto rifuggì dalla parte speciale, settore dove erano più evidenti le scelte politiche e sociali, non tentando minimamente di riflettere nel diritto penale i mutamenti sociali intervenuti nel dopoguerra. Secondo l'impostazione positiva, le disposizioni penali avrebbero dovuto adattarsi al *delinquente* anziché al delitto.³⁶

Si assisteva, così, ad un radicale mutamento di impostazione dogmatica: i provvedimenti di difesa sociale dovevano adattarsi non alla obiettiva gravità del delitto ma, piuttosto, alla maggiore o minore *pericolosità del delinquente*. Distinguere i *delinquenti* secondo la loro pericolosità significava considerare la loro anti-socialità determinata da:

Tendenze congenite per atrofia del senso morale oppure da condizioni psicopatologiche clinicamente precisate oppure da impulsi passionali od infine da prevalenti influenze dell'ambiente familiare o sociale e dagli inconvenienti degli stessi sistemi carcerari, che fanno come da stufe per la coltura dei microbi criminali.³⁷

La tradizionale sanzione a termine fisso, proporzionata alla gravità del reato, sarebbe divenuta una misura di difesa sociale che doveva durare "*tanto tempo necessario perché l'individuo divenga adatto alla vita libera*". La detenzione avrebbe finito in molti casi col trasformarsi così in una carcerazione a tempo indeterminato.

I profondi mutamenti politici che sopraggiunsero di lì a pochi anni non consentirono di dare attuazione al progetto Ferri, ma è indubbio che il fascismo trovò un momento favorevole alla elaborazione di un nuovo codice penale, cui si aggiunse l'ambizione, tipicamente dittatoriale, di dare vita ad una produzione codicistica propria, che fosse espressione del nuovo regime instaurato.³⁸

Nel frattempo, nel 1923, venne istituito il manicomio giudiziario di Sant'Efremo, a Napoli e, nel 1925, quello di Barcellona Pozzo di Gotto.

³⁶ Scriveva Ferri: "La persona del delinquente è sempre stata considerata divelta dalle condizioni del suo ambiente fisico e sociale e non osservata nella sua reale costituzione organica e psichica, e quindi costretta entro i limiti artificiali di talune eccezioni tassative alla presunzione di morale imputabilità." Cit. in Modona G. N., *Legislazione penale*, in «Il mondo contemporaneo», vol. I, tomo 2, La Nuova Italia, Firenze 1978, p. 595;

³⁷ Ibid.;

³⁸ Vassalli V. G., *La riforma del codice penale italiano del 1930*, «La giustizia penale», 1972, p. 517;

5. Il Codice Rocco.

Nello stesso anno il Ministro di Grazia e Giustizia, Alfredo Rocco, presentò alla Camera un progetto di legge per delegare al Governo la facoltà di emendare il Codice penale. Nella Relazione di accompagnamento, venivano indicate le ragioni della riforma, da ricondursi ai *“profondi rivolgimenti prodottisi nella psicologia e nella morale degli individui e della collettività, e nelle condizioni della vita economica e sociale”*. Erano evidenti, per il Ministro, le lacune del sistema penale allora vigente e insufficienti nella lotta contro il delitto *“i mezzi puramente repressivi e penali”* e *“l’assoluta inidoneità delle pene a combattere i gravi e preoccupanti fenomeni della delinquenza abituale, della delinquenza minorile, degli infermi di mente pericolosi”*. Bisognava, dunque, predisporre *“nuovi e più adatti mezzi di prevenzione della criminalità”*.³⁹

L'idea di fondo del nuovo codice consisteva da un lato in una maggiore severità contro la delinquenza, in nome della difesa dello Stato e degli interessi individuali e collettivi ritenuti da questo meritevoli di tutela, dall'altro, nell'introduzione di nuovi istituti, considerati più moderni e adeguati alla prevenzione del delitto, come le misure di sicurezza.⁴⁰

Fu subito nominata una commissione ministeriale composta da magistrati, professori e avvocati. Tra i professori, oltre a Vincenzo Manzini, Enrico Ferri, e Edoardo Massari, si distingueva la figura di Arturo Rocco, fratello del guardasigilli ma, soprattutto, docente di diritto penale.

Quest'ultimo aveva messo in luce le linee portanti del tecnicismo giuridico. Si trattava di un nuovo indirizzo nel panorama della dottrina del diritto penale, che si contrapponeva, da un lato, alla Scuola Classica, che aveva errato nel considerare il diritto penale universale e immutabile, dall'altro, alla Scuola Positiva, che lo aveva ridotto ad appendice della sociologia.

Questo nuovo indirizzo, definito Terza Scuola o Scuola Eclettica, in realtà coniugava le istanze di entrambe le scuole di pensiero precedenti. Da un lato, il carattere speciale-preventivo della Positiva, che si sarebbe concretizzato

³⁹ *Lavori preparatori del codice penale e di procedura penale*, I, cit. in Vassalli V. G., *Codice penale*, in Enciclopedia del diritto, vol.III, Giuffrè, Milano 1960, p. 271;

⁴⁰ *Ibid.*;

nella previsione delle misure di sicurezza, dall'altro, il principio legale-retributivo delle pene della Classica. Era l'origine del sistema del "Doppio Binario".

Il testo definitivo del nuovo codice, accompagnato dalla relazione al Re, venne pubblicato con R.D. n. 1398 il 19 ottobre 1930 ed entrò in vigore il 1° luglio 1931.

Nella Relazione del Guardasigilli non mancavano riferimenti alla nuova concezione dello Stato, che ispirava molti degli istituti del codice. È in questa concezione che risultano più evidenti i rapporti tra la nuova legislazione penale e la filosofia sociale, politica e giuridica del fascismo. Lo Stato veniva concepito come un organismo allo stesso tempo economico, sociale, giuridico, etico e religioso.

Come organismo economico-politico, ad esempio, lo Stato non costituiva più la somma aritmetica degli individui che ne facevano parte ma, piuttosto, la risultante, la sintesi dei soggetti, delle categorie e delle classi che lo costituivano. Un ente che aveva una propria vita, propri fini, bisogni e interessi, cui venivano subordinati quelli individuali o collettivi. Ciò consentiva a Rocco di affermare che il diritto di punire, nella concezione fascista, si differenziava da quello proprio degli illuministi e della Scuola Classica, non essendo *"una graziosa concessione fatta dagli individui allo Stato, avente a proprio limite la barriera insuperabile del diritto naturale di libertà dell'individuo"* ma, piuttosto *"un diritto di conservazione e di difesa proprio dello Stato, nascente con lo Stato medesimo e avente lo scopo di assicurare e garantire le condizioni fondamentali e indispensabili della vita in comune"*.⁴¹

Per quel che riguarda l'argomento di questo lavoro, da rilevare le parole del Ministro sulla questione degli autori di reato non imputabili per vizio di mente:

Quanto alle persone che abbiano commesso il fatto in stato di alienazione mentale, il Progetto modifica radicalmente le norme contenute negli articoli 594 e 595 del codice di procedura penale, adottando criteri ben più risoluti e organici, nell'intento di prevenire i funesti risultati di un incompleto ordinamento di mezzi difensivi contro

⁴¹ Cit. in Modona G. N., *Op. cit.*, p. 598;

individui incoscienti in stato di follia. Anche per essi innegabilmente, si impone la necessità di prescindere, nei più gravi casi, da accertamenti specifici riguardanti il grado di pericolosità. Assodata, invero, la capacità di trascendere, sebbene inconsapevolmente, a fatti lesivi, che costituirebbero delitti, se commessi da persone non inferme né immature di mente, bastano la gravità dell'azione e la inerzia morbosa delle facoltà inibitrici, per ritenere senz'altro la grande pericolosità dell'agente. È ammessa, inoltre, una presunzione di persistenza nella pericolosità, per un tempo corrispondente alla durata minima del ricovero, presunzione che, come fu già avvertito, non costituisce affatto una larvata affermazione di responsabilità penale, né intende fare della misura di sicurezza un surrogato della pena. È noto che la demenza non va annoverata fra le infermità suscettibili di guarigioni improvvisate e piene, né è tale da escludere delle condizioni latenti, non percettibili con i sussidi della scienza, facili tuttavia a convertirsi inopinatamente nella impulsività più aperta e pericolosa. È soltanto dopo un non breve periodo di osservazione medica che uno stadio insidioso di infermità può essere dichiarato inesistente, o, trattandosi di infermità o deficienze incurabili, che la pericolosità sia da ritenere cessata, per le modificazioni profonde determinate da un assiduo ed efficace regime di cura. D'altro lato, il fatto commesso, quando abbia carattere di estrema gravità, è indice di per sé d'una forma morbosa pericolosissima, ossia di una infermità, la quale, esasperando in massimo grado i coefficienti psichici dell'azione, ovvero rendendo del tutto inerti i poteri inibitori, rivela nel modo più eloquente la pericolosità del soggetto che ne è affetto, e quindi giustifica una preventiva determinazione della durata minima della provvedimento di sicurezza. In coerenza ai concetti esposti, l'art. 228 stabilisce una presunzione di pericolosità, in ogni caso di proscioglimento per infermità psichica, ovvero per intossicazione cronica da alcool o da sostanza stupefacenti, ovvero per sordomutismo, salvo i casi che possono considerarsi non gravi, salvo cioè che si tratti di contravvenzione o di delitti colposi ecc.⁴²

Le misure di sicurezza, tutt'ora vigenti nel nostro ordinamento e disciplinate dall'art. 199 all'art. 240, si suddividono in patrimoniali e personali; queste ultime, a loro volta, si distinguono in detentive e non.⁴³

⁴² Ministero della giustizia e degli affari di culto, *Lavori preparatori del codice penale e del codice di procedura penale*, vol. V: *Progetto definitivo di un nuovo codice penale con la relazione del guardasigilli*, Rocco A., Parte I, Relazione sul libro I del progetto, Tip. Delle Mantellate, Roma 1929, p. 271 e segg. in R. Canosa, *Op.cit.*, p. 160;

⁴³ Art. 215 c.p. "Specie": Le misure di sicurezza personali di distinguono in detentive e non detentive. Sono misure di sicurezza detentive:

- 1) L'assegnazione ad una colonia agricola o ad una casa di lavoro;
- 2) Il ricovero in una casa di cura e di custodia;
- 3) Il ricovero in un ospedale psichiatrico giudiziario;
- 4) Il ricovero in un riformatorio giudiziario.

In via di principio le stesse erano applicate alle persone che avessero commesso un fatto previsto dalla legge come reato, se socialmente pericolose. Tuttavia, il secondo comma dell'art 202 specificava che la legge penale potesse stabilire i casi in cui, *a persone socialmente pericolose*, potessero essere applicate le misure di sicurezza a prescindere dal compimento di un fatto-reato.

Fu proprio in questo contesto che le idee di difesa della società, da colui il quale era considerato socialmente pericoloso, vennero esplicitate negli articoli del codice:

Art. 203. "Pericolosità sociale": Agli effetti della legge penale, è socialmente pericolosa la persona, anche se non imputabile o non punibile, la quale ha commesso taluno dei fatti indicati nell'articolo precedente, quando è probabile che commetta nuovi fatti preveduti dalla legge come reati.

La qualità di persona socialmente pericolosa si desume dalle circostanze indicate nell'articolo 133.⁴⁴

La pericolosità sociale era presunta nei casi d'infermità mentale e la sussistenza della stessa necessitava di accertamento solo in un caso:

Sono misure di sicurezza non detentive:

- 1) La libertà vigilata;
- 2) Il divieto di soggiorno in uno o più Comuni, o in una o più Province;
- 3) Il divieto di frequentare osterie e pubblici spacci di bevande alcooliche;
- 4) L'espulsione dello straniero dallo Stato.

Quando la legge stabilisce una misura di sicurezza senza indicarne la specie, il giudice dispone la libertà vigilata, a meno che, trattandosi di un condannato per delitto, ritenga di disporre l'assegnazione di lui a una colonia agricola o ad una casa di lavoro.

⁴⁴ Art. 133 "Gravità del reato: valutazione agli effetti della pena": Nell'esercizio del potere discrezionale indicato nell'articolo precedente, il giudice deve tener conto della gravità del reato, desunta:

- 1) Dalla natura, dalla specie, dai mezzi, dall'oggetto, dal tempo, dal luogo e da ogni altra modalità dell'azione;
- 2) Dalla gravità del danno o del pericolo cagionato alla persona offesa dal reato;
- 3) Dalla intensità del dolo o dal grado della colpa.

Il giudice deve tener conto, altresì, della capacità a delinquere, desunta:

- 1) Dai motivi a delinquere e dal carattere del reo;
- 2) Dai precedenti penali e giudiziari e, in genere, dalla condotta e dalla vita del reo, antecedenti al reato;
- 3) Dalla condotta contemporanea o susseguente al reato;
- 4) Dalle condizioni di vita individuale, familiare e sociale del reo;

- 1) Dopo dieci anni dal giorno in cui è stato commesso il fatto, qualora si tratti di infermi di mente, nei casi preveduti dal primo capoverso dell'articolo 219 e dall'articolo 222.⁴⁵

La misura di sicurezza prevista per le persone autrici di reato ed inferme di mente era il manicomio giudiziario. La misura si poteva applicare sia in via provvisoria, durante la istruzione o il giudizio, sia definitiva, con la sentenza di proscioglimento. In quest'ultimo caso, poteva essere revocata solo dopo che fosse decorsa la durata minima prevista dalla legge, dieci anni per il ricovero in manicomio giudiziario. Era questo il termine stabilito per riesaminare la pericolosità sociale della persona internata.

Art 222. "Ricovero in manicomio giudiziario": 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 a 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 del ricovero nel manicomio giudiziario 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 manicomio giudiziario debba scontare una pena restrittiva della libertà personale, l'esecuzione di questa è differita fino a che perduri il ricovero nel manicomio.

Le disposizioni di questo articolo si applicano anche ai minori degli anni quattordici o maggiori dei quattordici e minori dei diciotto, prosciolti per ragione di età, quando abbiano commesso un fatto preveduto dalla legge come reato, trovandosi in alcuna delle condizioni indicate nella prima parte dell'articolo stesso.

Per i seminfermi di mente veniva, invece, previsto il ricovero in casa di cura e custodia, misura da applicare in aggiunta o in sostituzione alla pena inflitta, anche se diminuita.

⁴⁵ Art 204 C.P;

Il legislatore, in linea con le idee dominanti all'epoca in campo psichiatrico e con l'ideologia fascista, decideva, quindi, di far prevalere le esigenze custodialistiche a quelle di cura del soggetto infermo di mente, autore di reato e non.

La malattia mentale era, infatti, associata al concetto di pericolosità sociale a tal punto da far coincidere i due significati. Lo Stato fascista sentiva la necessità di difendersi da una molteplicità di soggetti che potevano portare scompiglio nell'ordine sociale; una lunga lista, nella quale comparivano sì le persone affette da disagio psichico, ma non solo queste.

L'utilizzo strumentale delle misure di sicurezza in genere, e di quella del manicomio giudiziario in particolare, nasceva dalla possibilità che le stesse offrivano: la previsione di una durata indeterminata, di una neutralizzazione definitiva del soggetto che alle stesse veniva sottoposto. Nonostante la previsione della possibilità di revoca della misura (peraltro con l'indicazione di un termine, in alcuni casi elevatissimo, per il riesame della pericolosità⁴⁶), questa rappresentava un palliativo di scarsissimo utilizzo, e le persone internate in manicomio giudiziario o in case di cura e custodia, finivano per essere condannate all'ergastolo.

Le esigenze repressive e di difesa sociale assunsero una prospettiva più definita. Il sistema penale si piegò alla logica, marcatamente fascista, di *bonifica sociale e profilassi criminale*. Il buon funzionamento del meccanismo penale risiedeva nell'implementazione degli strumenti di esecuzione penale.

Il governo aveva un ruolo fondamentale nella revoca delle misure di sicurezza, infatti, il secondo comma dell'art. 207 disponeva: "Anche prima che sia decorso il tempo corrispondente alla durata minima stabilita dalla legge, la misura di sicurezza applicata dal giudice può essere revocata con decreto del Ministero della giustizia".

L'attribuzione all'esecutivo di una capacità derogatoria nei confronti dei provvedimenti dell'autorità giudiziaria, fu conseguenza del contesto autoritario in cui il codice venne a nascere. Il potere politico centrale non voleva rinunciare al controllo e all'influenza sulla funzione giurisdizionale.

⁴⁶ Spesso a fronte di reati bagatellari;

Nel 1939 nacque la Sezione giudiziaria del manicomio civile di Castiglione delle Stiviere, a seguito di convenzione stipulata tra il Ministero di Grazia e Giustizia e l'Amministrazione degli Istituti Ospedalieri di Castiglione delle Stiviere.⁴⁷ Il manicomio giudiziario femminile di Pozzuoli fu aperto nel 1955.

6. Un lungo silenzio.

Negli anni successivi il manicomio giudiziario continuò ad essere utilizzato come strumento di difesa sociale, ma accanto alle sue mura, ne nacquero di altre, ancora più alte, quelle del silenzio e del disinteresse. Le uniche voci che lo rompevano erano quelle di alcuni giuristi in articoli e trattati riservati agli addetti ai lavori, oppure degli operatori degli istituti, che lamentavano il funzionamento scadente dell'istituzione e reclamavano aumenti salariali.

Per quanto riguarda la legislazione manicomiale, invece, s'iniziò a discutere della necessità di un suo rinnovamento.⁴⁸

Nel 1953, la proposta di legge d'iniziativa del deputato Ceravolo affermava la necessità di una legge *“informata a criteri di umanità e giustizia, perché sostitui[sse] al concetto della custodia di chi [era] colpito da un male ora guaribile⁴⁹, il concetto di cura e redime[sse] l'infermo dalla ingiusta qualifica di delinquente potenziale”*.⁵⁰

Con la L. n. 431/1968 si apportarono le prime modifiche alla legge del 1904. L'articolo 4 prevedeva la possibilità del ricovero volontario in ospedale psichiatrico. Questa tipologia di ammissione si affiancava al ricovero coatto,

⁴⁷ La particolare forma convenzionale con la quale nacque questo ospedale psichiatrico giudiziario, influirà profondamente sulla sua gestione, solo sanitaria. In questo senso sotto molti aspetti l'OPG di Castiglione delle Stiviere si differenzia molto dagli altri istituti simili e di queste peculiarità si avrà modo di parlare nel corso della trattazione, vedi Cap. 2 § 5. *Il rapporto tra sanitari e polizia penitenziari: verso la „sanitarizzazione”*;

⁴⁸ La caduta del fascismo, la proclamazione della Costituzione, avevano mutato il contesto sociale e politico di quegli anni in maniera decisiva;

⁴⁹ Il deputato Ceravolo nell'introdurre la sua proposta di legge, affermava con convinzione il successo delle “grandi conquiste della scienza”: si riferiva a elettroshock, insulino-terapia, cardiazol-terapia, terapia convulsivante con cloruro di ammonio, leucotomia, lobotomia, ecc. Inoltre, con questa proposta, si tentava di allargare la fetta di popolazione da sottoporre a controllo psichiatrico, ampliando i criteri di ammissione in manicomio. Fortunatamente, questa impostazione è molto lontana da quella che verrà scelta con la l. n. 180/1978;

⁵⁰ *Atti parlamentari Camera dei Deputati*, Legislatura II, Documenti, Disegni di legge: Atto n. 338, annunciato il 17 Novembre 1953, p. 1;

che rimaneva la via d'ingresso principale al manicomio. L'articolo 11 abrogava l'articolo 604, n. 2 del codice di procedura penale, *“per quanto atteneva l'annotazione dei provvedimenti di ricovero degli infermi di malattie mentali e della revoca di essi nel casellario giudiziario”*.

Pochi mesi più tardi, con la sentenza n. 74 del 1968, la Corte Costituzionale dichiarò l'illegittimità dell'articolo 2, secondo comma, della legge del 1904, *“limitatamente alla parte in cui non permette[va] la difesa dell'infermo nel procedimento che si svolge[va] innanzi al Tribunale ai fini dell'emanazione del decreto di ricovero definitivo”* e dell'articolo 2, terzo comma, della stessa *“limitatamente alla parte in cui prevede[va] che l'autorità di pubblica sicurezza, quando ordina[va] il ricovero provvisorio, [poteva] riferire al procuratore della Repubblica in un termine superiore alle quarantotto ore”*.

In quel periodo era iniziata un'esperienza importante per quel che riguardava il superamento dell'ospedale psichiatrico. Nel 1962, Franco Basaglia avviava a Gorizia il primo tentativo di rinnovamento, destinato a sfociare nella costituzione della prima *“comunità terapeutica”* italiana.⁵¹

Ben consci dei limiti che avevano presentato le esperienze analoghe che si erano realizzate altrove in Europa⁵², i goriziani volevano che la loro esperienza non si esaurisse in una dimensione asilare apparentemente *“vivibile”*, in un miglioramento delle condizioni di vita in un manicomio *“a porte aperte”*, ma piuttosto fosse propedeutica ad una *“messa in crisi globale [...] delle strutture su cui [poteva] mantenersi una realtà coercitiva ed oppressiva quale quella manicomiale”*⁵³.

Negli anni successivi, l'esperienza di Gorizia fu esportata in altre realtà italiane, quali Nocera Superiore, Arezzo, Parma, Trieste, in alcuni casi attraverso percorsi avviati da persone che con Basaglia avevano vissuto il periodo goriziano. Gli indirizzi maggioritari della psichiatria italiana dell'epoca erano, però, completamente in disaccordo con questa nuova classe psichiatrica, che aspirava ad una totale distruzione istituzionale. Durante il

⁵¹ Sul tema, molte pagine sono state scritte. Vedi Basaglia F., *L'istituzione negata*, Einaudi, Torino, 1968; Basaglia F., *Che cos'è la psichiatria*, Einaudi, Torino 1973; Jervis G., *Il buon rieducatore*, Feltrinelli, Milano, 1977; Manacorda A., Montella V., *La nuova psichiatria in Italia*, Feltrinelli, Milano, 1977; Piro S., *Le tecniche della liberazione*, Feltrinelli, Milano, 1971;

⁵² Vedi l'esperienza di comunità terapeutica attuata da Maxwell Jones nel 1952, Jones M., *The Therapeutic Community*, Basic Book, New York, 1953;

⁵³ Ongaro F., in Basaglia F., *L'istituzione negata* cit., p. 108;

convegno nazionale di psichiatria del 1964, tenutosi a Bologna il 24, 25 e 26 aprile, i congressisti espressero entusiasmo per la novità francese della “psichiatria di settore”⁵⁴ e ribadirono con convinzione la necessità del mantenimento dell’“Ospedale Psichiatrico”.

Nel 1968 aprì il primo Centro di Igiene Mentale, esterno all’ospedale, e ad esso ne seguirono altri dieci.

Dopo anni di dibattiti accesi, di compromessi e scandali, venne approvata la legge n. 180 del 1978 – confluita nella l. n. 833/1978 – che, andando a riformare la legge del 1904, affermava la volontarietà dei trattamenti sanitari, se non “*[fossero esistite] alterazioni psichiche tali da richiedere urgenti interventi terapeutici e se gli stessi non [fossero stati] accettati dall'infermo*”.

Il disposto implicava, dunque, la totale chiusura dei manicomi; un processo i cui effetti si potranno dire esauriti, però, soltanto nel 1999, a più di vent'anni dalla sua approvazione.

Di manicomio giudiziario, fino al 1975, si parlava poco e i contatti con il mondo esterno erano praticamente ridotti a zero; si trattava di un *non problema*.

La rivendicazione dei diritti delle persone con disagio psichico e dei detenuti, la contestazione nei confronti delle istituzioni totali, manicomio e carcere, che in quegli anni aveva riguardato diversi soggetti, antagonisti e politici, non coinvolse la realtà del manicomio giudiziario nonostante questa rappresentasse la *summa* di entrambe. La questione coinvolgeva un numero

⁵⁴ La Psichiatria di Settore consisteva nel suddividere il manicomio in una serie di unità di cura e di ricovero, ciascuna delle quali ospitava solo pazienti provenienti da una specifica area geografica e non, come accadeva prima, da tutta la provincia o da tutto il Paese, con suddivisioni per classificazione diagnostica, senza nessun riferimento al contesto personale e culturale di origine. Inoltre, prevedeva che in ogni zona (settore) venissero istituiti dei servizi psichiatrici ambulatoriali, collegati all’ospedale psichiatrico di zona. In alternativa, una stessa struttura veniva divisa in diverse unità di cura e ricovero, distinte in base alla provenienza dei pazienti. Sin da subito, però, non mancarono perplessità sulla reale capacità innovativa del nuovo modello francese: al crescente numero di interventi ambulatoriali e domiciliari corrispose infatti un aumento dei ricoveri in ospedale psichiatrico. Il modello settoriale, nella pratica, nonostante avesse l’obiettivo contrario, portò al rafforzamento dell’istituzione manicomiale: nell’area in cui prima ne sorgeva uno, ora c’erano quattro, cinque manicomi, con conseguente proliferazione delle gerarchie manicomiali. Inoltre, l’aumento dei ricoveri può essere considerato una diretta conseguenza degli accresciuti interventi nel territorio, che miravano a individuare i casi “pre-psichiatrici”;

di persone molto esiguo rispetto ai grandi numeri delle altre due istituzioni e quindi tendeva ad essere, ancora più pericolosamente, nascosta.⁵⁵

7. Il caso Bernardini.

Il 31 dicembre 1974, Antonietta Bernardini, una donna di quarant'anni internata nel manicomio giudiziario di Pozzuoli, morì in un ospedale napoletano, dopo quattro giorni di agonia, perché era rimasta bruciata sul letto di contenzione, al quale era stata legata per almeno quattro giorni.

La notizia divenne di dominio pubblico solo il 5 gennaio del 1975, ben cinque giorni dopo l'accaduto⁵⁶.

L'effetto di questa tragedia, ebbe un enorme eco sulla stampa suscitando l'indignazione dell'opinione pubblica. Che un fatto simile si fosse verificato dopo che la donna era stata legata dai suoi custodi e dai suoi medici *curanti*, creò un enorme scalpore.

Tutti, opinione pubblica, organi di stampa chiedevano a gran voce il superamento del sistema dei manicomi giudiziari.

L'unica posizione accettabile da parte del Governo venne espressa dal sottosegretario alla Sanità, Franco Foschi, in una Dichiarazione alla stampa del 7 gennaio 1975, che affermava come fosse necessario *“affrontare finalmente il più complesso problema dell'inopportunità di mantenere in vita i manicomi giudiziari ed in genere un ordinamento sanitario carcerario „separati“ rispetto al servizio sanitario nazionale. Questa autarchia sul piano sanitario, ma anche per quanto attiene ad altri servizi delle strutture giudiziarie, oltre a mantenere una rigida quanto negativa separazione rispetto alla realtà esterna, costitui[va] in particolare per i malati di mente*

⁵⁵ Nel 1974 gli internati nei 7 OPG italiani erano 1239. Dati 1960-1981: ISTAT, in Daga L., *Op. cit.*, Tav. 4. La questione numerica fu in passato, ed è tutt'oggi, un problema da affrontare. Alla tavola rotonda che si è tenuta durante il convegno *“Fare a meno dell'OPG. Cittadini, istituzioni e servizi in vista del superamento degli OPG”*, svoltosi a Reggio Emilia il 27 settembre 2013, nel suo intervento, la deputata parlamentare europea, Rita Borsellino nell'immaginare un intervento europeo sulla questione dei diritti degli internati si trovava, suo malgrado, ad affermare *“Se un intervento politico europeo può dare rilevanza ed attenzione a questa tematica è importante farlo. È una tematica difficile però, e sapete perché? Perché riguarda soltanto 1200 persone. Perché se fosse una tematica che riguarda un gran numero di persone non sarebbe così. Invece 1200 persone, permettetemi di dirlo con amarezza, non hanno peso politico”*;

⁵⁶ Per una ricostruzione della storia si vedano *Atti Parlamentari, Camera dei Deputati*, Resoconto stenografico della seduta del 29.10.1975, p. 24318;

un grave elemento di perpetuazione e della emarginazione di queste persone".⁵⁷

E aggiungeva *"il comportamento conseguente ad una malattia viene giudicato come motivo d'imputazione, e [...] sull'imputazione si costruiscono le ragioni di un ricovero in manicomio giudiziario che è già di per sé una implicita condanna che non può avere che effetti aggravanti sulle condizioni psichiche dei soggetti"*.⁵⁸

Il 14 febbraio 1975, il sottosegretario di Stato per la grazia e la giustizia, Renato Dell'Andro, in risposta ad una interrogazione di alcuni senatori sulla morte di Antonietta Bernardini, affrontò il tema relativo *"all'attuale utilità, alle attuali funzioni dei manicomi giudiziari"*.⁵⁹ Il rappresentante del Governo affermava che già da tempo il Ministro della giustizia si era mosso in direzione dell'abolizione dell'istituto: il 25 luglio 1974 aveva incaricato il magistrato di cassazione, il dott. Martinelli, e l'ispettore generale sanitario, il professore Aldo Madia, *"di prendere contatti con gli enti regione ed eventualmente con le direzioni dei manicomi civili per accertare la disponibilità degli enti stessi e per poter successivamente provvedere, previa istituzione di sezioni all'interno dei manicomi civili, alla stipula delle necessarie convenzioni, al trasferimento dei prosciolti folli appartenenti alle singole regioni per nascita o per residenza o per domicilio di soccorso, internati nei manicomi giudiziari. La soluzione proposta [era] peraltro conforme ai principi del disegno di legge di riforma sanitaria che prevede[va] il passaggio dell'assistenza sanitaria, compresa quella psichiatrica, agli enti regione"*.⁶⁰ Il modello era quello della convenzione, come quello sperimentato a Castiglione delle Stiviere.

Questa linea venne presto abbandonata. Il Governo non aveva nessuna intenzione d'intraprendere la strada del superamento dei manicomi giudiziari, ma si avviava, semmai, verso una blanda razionalizzazione del loro funzionamento.

⁵⁷ In Manacorda A., *Il manicomio giudiziario*, De Donato, Bari, 1982, pag. 11;

⁵⁸ *Ibid.*;

⁵⁹ *Atti parlamentari, Senato della Repubblica*, legislatura VI, 398° seduta pubblica, Venerdì, 14 febbraio 1975;

⁶⁰ *Ibid.*;

Furono questi anni di scandali in diversi istituti⁶¹, ai quali fecero seguito altre inchieste giornalistiche e interrogazioni parlamentari. Il 21 marzo 1975 si decise ufficialmente di sopprimere il manicomio giudiziario di Pozzuoli.

Un gruppo di senatori⁶² della sinistra indipendente in quell'anno presentò il disegno di legge n. 1923, che prevedeva l'abolizione dei manicomi giudiziari. Il testo era fortemente stringato, costituito da due articoli:

Art. 1 – Gli ospedali psichiatrici giudiziari sono soppressi.

Art. 2 – I ricoveri in OPG disposti dalle vigenti leggi, per osservazione o per cura, vanno effettuati in reparti psichiatrici o in ospedali psichiatrici comuni.

Il progetto era volutamente laconico. Lo scopo, probabilmente provocatorio, era quello di far avvertire come esigenza improrogabile, all'opinione pubblica e al Parlamento, la chiusura di questi istituti.

8. I primi interventi della Corte Costituzionale.

Nello stesso periodo, alcuni magistrati (prevalentemente giudici di sorveglianza) iniziarono ad occuparsi della questione delle misure di sicurezza, dedicando particolare attenzione a quelle psichiatriche e cercando di proporre possibili alternative.

Il giudice di sorveglianza di Pisa, Vincenzo Accattatis, con ordinanza del 24 gennaio 1972 aveva sollevato questione di legittimità costituzionale dell'articolo 207, ultimo comma, del codice penale, *“che attribui[va] al Ministro di grazia e giustizia il potere di revocare le misure di sicurezza*

⁶¹ Un esempio: “nell'estate del 1974 alcune lettere anonime denunciarono episodi di illegalità nel manicomio giudiziario di Napoli, diretto da Giacomo Rosapepe, direttore dell'istituto dal 1967. Il dottor Rosapepe aveva favorito alcuni internati, tra cui Vincenzo Tolomelli, Raffaele Cutolo e Carmelo Marotta che, a seguito di accertamenti svolti dalla Procura di Napoli sulla base di segnalazioni anonime, avevano effettuato e ricevuto telefonate interurbane in teleselezione e internazionali. Agli internati privilegiati Rosapepe affidava le chiavi di casa, concedeva visite e colloqui vietati dalla legge, si intratteneva con loro in lunghi colloqui privati. Rosapepe venne rinviato a giudizio e condannato a quattro anni di reclusione e all'interdizione perpetua dai pubblici uffici. Al processo d'appello la sentenza venne annullata e Rosapepe assolto con formula piena; i giudici d'appello, infatti, ritennero che le libertà godute dai tre famosi e privilegiati internati rispondevano a „finalità psico-terapeutiche“. Travolto dallo scandalo e nonostante l'assoluzione in appello il dottor Giacomo Rosapepe si suicidò”. Per gli altri scandali, esposti, inchieste, vedi Borzacchiello A., *I luoghi della follia*;

⁶² Senatori Parra, Branca, Galante, Garrone, Ossicini, Romagnoli Carettoni T., Rossi Dante;

*„anche prima che [fosse] decorso il tempo corrispondente alla durata minima stabilita dalla legge”. Tale potere - infatti - [sarebbe andato] al di là di quelli che l'art. 110 della Costituzione accordava al Ministro di grazia e giustizia, che erano circoscritti all'organizzazione e al funzionamento dei servizi relativi alla giustizia. La norma in esame sarebbe [stata] altresì in contrasto, oltre che con gli artt. 2, 3, 13, 25, 27 e 111, con l'art. 102, „giacché una Costituzione che fa divieto di istituire giudici straordinari e speciali non può certo tollerare che la funzione giudiziaria, nel suo più delicato momento (provvedimenti in materia di libertà personale), venga ad essere incontrollatamente sostituita dal potere esecutivo”.*⁶³ La Corte Costituzionale dichiarava con sentenza n. 110/1974: *“l'illegittimità costituzionale dell'art. 207, terzo comma, del codice penale, nella parte in cui attribui[va] al Ministro di grazia e giustizia - anziché al giudice di sorveglianza - il potere di revocare le misure di sicurezza, nonché, ai sensi dell'art. 27 della legge n. 87 del 1953, l'illegittimità costituzionale del secondo comma dello stesso articolo 207 del codice penale, in quanto non consent[iva] la revoca delle misure di sicurezza prima che [fosse] decorso il tempo corrispondente alla durata minima stabilita dalla legge”.*⁶⁴

Con sentenza n. 146 del 6-19 giugno 1975 dichiarava, fra l'altro, l'illegittimità dell'art. 148 c.p., nella parte in cui prevedeva che il giudice, nel disporre il ricovero in manicomio giudiziale del condannato caduto in stato d'infermità psichica durante l'esecuzione di pena restrittiva della libertà personale, ordinasse che la pena medesima fosse sospesa, e nella parte in cui prevedeva che il giudice ordinasse la sospensione della pena anche nel caso in cui il condannato fosse ricoverato in una casa di cura e di custodia ovvero in un manicomio comune (ospedale psichiatrico).

Nel 1976, il giudice di sorveglianza di Firenze, Alessandro Margara, nella *“Relazione al ministro di grazia e giustizia sulla situazione dei manicomi giudiziari”*⁶⁵ denunciava l'“intollerabilità e l'“incongruenza dell'“istituto e della normativa che lo sosteneva.

⁶³ Corte Costituzionale, sentenza n. 110/1974;

⁶⁴ Ibid.;

⁶⁵ Margara A., *Relazione al ministro di grazia e giustizia sulla situazione dei manicomi giudiziari*, Firenze, 7 febbraio 1974;

9. Le leggi di riforma dell'ordinamento penitenziario.

Il 26 luglio 1975 venne approvata la legge n. 354 di riforma dell'ordinamento penitenziario. Ad essa seguì il regolamento di esecuzione disciplinato dal D.P.R. n.431/1976.

Fu il regolamento d'esecuzione ad apportare le modifiche più rilevanti per quel che concerne l'istituto in esame. Si preferì, infatti, non rischiare di allungare ulteriormente l'iter di approvazione della legge attraverso l'introduzione di articoli specifici sui manicomi giudiziari, sui quali era difficile raggiungere un consenso sufficientemente allargato. Nel regolamento delegato al governo, invece, vi erano margini di azione più ampi.

La l. n. 354/1975 interessava il manicomio giudiziario solo in via indiretta, con l'affermazione di alcuni diritti dei detenuti e degli internati. Si consentiva all'internato di trascorrere parte del giorno fuori dall'istituto per partecipare ad attività lavorative, istruttive o comunque utili al reinserimento sociale: s'introduceva il regime di "semi-libertà" anche per gli internati e con meno limitazioni rispetto ai condannati. Tale previsione trovò scarso rilievo pratico, poiché raramente il luogo di ricovero coincideva con quello di residenza. L'unica modifica diretta, riguardò la nomenclatura che si trasformò in "ospedale psichiatrico giudiziario", come d'altronde già di uso comune da alcuni anni.

Nel disciplinare il servizio sanitario negli istituti penitenziari, la legge introduceva la figura dello specialista in psichiatria in ogni struttura. Questo dato rivelava la natura emendativa dei provvedimenti in materia di OPG, infatti, si pensava, attraverso questo strumento, di limitare gli ingressi, riservando al carcere la gestione del disagio psichico dei detenuti.⁶⁶

Il regolamento, invece, introduceva elementi di novità più importanti:

⁶⁶ Come viene correttamente rilevato da Manacorda A. in *Op. cit.*, il disagio psichico dei detenuti nelle carceri, era spesso in stretta relazione con la condizione esistenziale degli stessi. La tendenza di quegli anni era quella di una psichiatrizzazione dei comportamenti disturbanti; lo psichiatra, veniva in questo modo chiamato a farsi carico dell'ordine e della disciplina degli stabilimenti. Ancora oggi la situazione non è mutata, le carceri continuano ad essere luoghi privilegiati nello sviluppo del disagio psichico, complici il sovraffollamento e le condizioni di vita inaccettabili al loro interno;

“Art. 100. “Convenzioni con ospedali psichiatrici civili”.

L'amministrazione penitenziaria può stipulare apposite convenzioni con ospedali psichiatrici civili per il ricovero di soggetti destinati ad ospedali psichiatrici giudiziari, previa intese con la regione competente e secondo gli indirizzi del Ministero della sanità.

Nei confronti dei detenuti e degli internati ricoverati presso gli ospedali psichiatrici civili, si applicano tutte le norme di legge e di regolamento prevedute per le loro categorie giuridiche di appartenenza”

Anche questa norma era finalizzata all'alleggerimento degli ospedali psichiatrici giudiziari, affinché potessero operare in modo più incisivo.

Il mondo della psichiatria non ne accolse con favore l'introduzione. Da un lato non si accettava di buon grado l'ingerenza dell'autorità giudiziaria nella gestione dei manicomi civili comuni, dall'altro si continuava a considerare i “folli-rei” più pericolosi dei “folli-comuni”. Inoltre, molti, in quegli anni, criticavano l'esistenza stessa del sistema manicomiale.

Con l'introduzione della l. n. 180/1978 gli ingressi in OPG registrarono un certo incremento. Il fenomeno era probabilmente conseguente all'abolizione del ricovero coattivo d'urgenza in manicomio comune. La modifica aveva fatto confluire verso l'OPG anche autori di reato per fatti particolarmente lievi, che per lo scarso allarme sociale che andavano a procurare, raramente, in precedenza, venivano denunciati alla magistratura dalla Polizia⁶⁷.

Come abbiamo visto la l. n. 833/1978, superava il concetto di pericolosità e di pubblico scandalo, sopprimendo del tutto i manicomi e quasi completamente i ricoveri coattivi, mentre il codice penale continuava a contenere articoli che s'incentravano su presunzioni di pericolosità sociale dell'infermo di mente che avesse commesso un reato e sull'obbligatorietà di ricovero in OPG, istituzione manicomiale e misura di sicurezza detentiva.

La Corte Costituzionale venne investita della questione relativa alle presunzioni di pericolosità sociale del *folle-reo* da numerosissime eccezioni d'incostituzionalità.

⁶⁷ Ne parla Manacorda A., *Op.cit.*, p. 153 e ss.;

Con la sentenza n.139/1982 “*dichiara[va] l’illegittimità costituzionale degli artt. 222, primo comma, 204, cpv. e 205, cpv. n. 2, del codice penale, nella parte in cui non subordina[vano] il provvedimento di ricovero in ospedale psichiatrico giudiziario dell’imputato prosciolto per infermità psichica al previo accertamento da parte del giudice della cognizione o della esecuzione della persistente pericolosità sociale derivante dalla infermità medesima al tempo dell’applicazione della misura*”.

Nella motivazione, inoltre, la Corte riconosceva il grave stato di abbandono in cui, a causa delle inadempienze amministrative e della arretratezza normativa, si trovavano i malati di mente sottoposti alla misura dell’OPG e proponeva al Parlamento di provvedere con sua legge.⁶⁸

Una seconda sentenza, la n.249/1983, era pressoché analoga, semplicemente riguardava il caso del seminfermo di mente.

Con queste sentenze, però, non veniva eliminata l’idea che l’infermità mentale fosse condizione presuntiva di pericolosità sociale. Il “*malato di mente*” continuava ad essere considerato più incline del “*sano*” a commettere reati.

Nel 1986 si assistette ad un altro intervento correttivo della Corte Costituzionale, che con la sentenza n. 233 dichiarava illegittimo l’articolo 384, 1° comma n. 2 del c.p., “*nella parte in cui, in caso di proscioglimento per infermità psichica, preclude[va] al giudice istruttore di tener conto delle circostanze attenuanti e di effettuare il giudizio di comparazione nel caso di condanna previsto dall’articolo 69 c.p. tra queste e le circostanze aggravanti, ai fini dell’applicazione della misura di sicurezza dell’OPG e della determinazione della sua durata minima ai sensi dell’articolo 222 c.p.*”⁶⁹.

Solo con la l. n. 663/1986 “*Modifiche alla legge sull’ordinamento penitenziario e sulla esecuzione delle misure privative e limitative della libertà*”, venne definitivamente eliminato il binomio pericolosità sociale-infermità mentale. Oltre all’abolizione della presunzione di pericolosità sociale, la legge disponeva l’attribuzione al Magistrato di Sorveglianza della

⁶⁸ Cfr. Corte Costituzionale, sentenza n.139/1982, depositata in cancelleria il 27 luglio 1982, p.31;

⁶⁹ In contrapposizione all’orientamento allora dominante della Corte di Cassazione, vedi Manacorda A., *Op. cit.*, p. 33 e segg.;

competenza esclusiva in ordine all'applicazione delle misure di sicurezza. Con la riforma del codice di procedura penale del 1989, al Magistrato di Sorveglianza venne confermata la competenza in ordine alla gestione delle misure di sicurezza⁷⁰.

10. I nuovi progetti di riforma su imputabilità e Codice Penale.

Il 29 settembre 1983 venne presentato in Senato il D.D.L. n. 177 *“Imputabilità del malato di mente autore di reato e trattamento penitenziario del medesimo. Abrogazione della legislazione speciale per infermi e seminfermi di mente”*.⁷¹

Il progetto partiva dal presupposto della necessità di conformare la legislazione in tema di psichiatria giudiziaria a quella riformata in ambito civile, dalla legge del 1978. I senatori rilevavano quanto la psichiatria avesse subito negli ultimi anni un'evoluzione dovuta, principalmente, all'abbandono della concezione organicistica e biologica della malattia mentale. Il dato rilevante era costituito dal mutato atteggiamento nei confronti dell'infermità psichica, non più considerata condizione irreversibile, ma stato patologico transitorio e, come tale, curabile e spesso sanabile.

La normativa speciale prevista dal codice penale per questi soggetti avrebbe, esclusivamente, contribuito alla emarginazione e coartazione degli stessi.

La non applicabilità dei benefici penitenziari previsti dalla l. n. 689/1981 ai prosciolti a causa d'infermità psichica, costituiva una grave lacuna che doveva essere colmata.

Il progetto stabiliva, quindi, la necessità di dichiarare imputabile anche l'autore di reato con disagio psichico⁷² e, quindi, di abolire la perizia psichiatrica.⁷³

⁷⁰ Art. 658 C.P.P. “Quando deve essere eseguita una misura di sicurezza, diversa dalla confisca, ordinata con sentenza, il pubblico ministero presso il giudice indicato nell'articolo 665 trasmette gli atti al pubblico ministero presso il magistrato di sorveglianza competente per i provvedimenti previsti nell'articolo 679. [...]”;

⁷¹ D'iniziativa dei senatori Grossi, Gozzini, Tedesco Tatò, Salvato, Benedetti, Rossanda, Ongaro, Basaglia, Flamigni, Imbriaco, Volponi, Cali, Meriggi, Ranalli, Bellafiore, Bonazzi, Alberti e Martorelli;

⁷² “Dichiarare il malato di mente incapace di intendere e di volere significa dichiararlo incapace di orientare il proprio comportamento ai criteri di valore che vigono in una società, e quindi dichiararlo incapace di vivere in questa” in *Atti Parlamentari, Senato della Repubblica*, DDL. N. 177/1983, Legislatura IX, Disegni di Legge e Relazioni, p. 4;

Per quanto concerneva, poi, la pericolosità sociale del malato di mente, questa veniva considerata “*frutto di vecchie credenze e di ideologie*”.⁷⁴

Il carcere veniva considerato il luogo idoneo a dare adeguata risposta alle necessità di vita ed alle esigenze della personalità di ogni singolo detenuto. Ovviamente, il carcere di cui si parlava era quello rinnovato dalla riforma dell’ordinamento penitenziario⁷⁵, la quale prevedeva una fisionomia completamente nuova della pena: umanizzata e orientata alla rieducazione e risocializzazione del condannato, con forme di esecuzione aperta e semiaperta.

Il disegno di legge proponeva anche alcune modifiche da apportare alla l. n. 354/1975, che, all’articolo 11, prevedeva il servizio sanitario all’interno del carcere. Disponeva che il carcere venisse dotato delle apposite strutture sanitarie idonee alla cura dei disturbi psichici e che, per la pratica delle cure e delle terapie riabilitative medico-psichiatriche, gli organi penitenziari richiedessero la collaborazione dei servizi psichiatrici territoriali.

Inoltre, veniva prevista l’istituzione di sezioni regionali attrezzate per accogliere i detenuti che avrebbero dovuto scontare lunghe pene detentive, con uno stato d’infermità psichica particolarmente grave. Le stesse avrebbero dovuto essere presenti in ogni regione e avere una capienza non superiore a 15-20 posti letto. Il piano di cura e di assistenza medico-psichiatrica doveva essere elaborato all’inizio dell’esecuzione della pena detentiva da un medico dei servizi psichiatrici territoriali. Quest’ultimo avrebbe dovuto seguire il detenuto come suo paziente.

Il progetto era destinato a cadere.

L’8 febbraio 1988 venne istituita dall’allora Ministro di grazia e giustizia, Giuliano Vassalli, la “*Commissione per l’elaborazione dei principi e criteri direttivi di uno schema di disegno di legge di delega al Governo per l’emanazione di un nuovo codice penale, sia nella parte generale che in*

⁷³ “Non si può continuare ad ignorare che al medico psichiatra viene richiesto di certificare l’esistenza di situazioni cliniche che non hanno alcun fondamento scientifico e nessuna certezza valutativa, neanche empirica, a cui la giustizia penale possa omologare un giudizio uniforme”. *Ivi*, p. 6;

⁷⁴ *Ivi*, p. 4. Doveva ancora essere promulgata la l. n. 663/1986 con la quale vennero meno tutte le presunzioni di pericolosità sociale;

⁷⁵ Prima con la l. n. 354/1975 e poi con la l. n. 689/1981;

quella speciale” presieduta dal Professor Antonio Pagliaro, Ordinario di diritto penale all’università di Palermo.

Il 25 ottobre 1991, lo schema venne presentato al nuovo Ministro, Claudio Martelli.

L’articolo 34 riguardava le cause di esclusione dell’imputabilità. In particolare allargava l’ambito di quelle legate all’infermità mentale: da un lato attraverso la dicitura “anomalie mentali”, e, dall’altro, tramite il rinvio ad ogni altra causa che poneva il soggetto “*in tale stato di mente da escludere la capacità d’intendere e di volere*”.

La categoria della semi-imputabilità e del vizio parziale di mente non veniva abbandonata, con l’invito ad escludere l’attuale doppio binario nel trattamento penale di tale autore di reato.

Quanto alla pericolosità sociale, l’art. 36 prospettava alcune innovazioni.

L’unica forma di pericolosità prevista era dichiarabile nei confronti dei soli soggetti totalmente non imputabili autori di reati plurimi o di un unico reato di particolare gravità, a condizione però che tali reati fossero manifestazione della causa di non imputabilità. Sotto il profilo della tipologia di pericolosità con riguardo al modo di procedere al suo accertamento, l’articolo 36, comma 2, sulla scia della già avvenuta abrogazione dell’art. 204 c.p. operata dall’art. 31 della legge 10 ottobre 1986 n. 663, mirava ad escludere ogni presunzione di esistenza o di persistenza della pericolosità.

La misura di sicurezza prevista all’articolo 48 per l’infermo di mente era il ricovero in una struttura psichiatrica o il trattamento psichiatrico in libertà sorvegliata.

Il progetto non ebbe seguito, ma quest’ultima disposizione avrebbe trovato in seguito riscontro nella sentenza n. 253/2003 della Corte Costituzionale.

Nel disegno di legge n. 2038 del 1995, cosiddetto “*Riz*”, “*Libro primo del codice penale*”, si abbandonavano le istanze di estensione delle cause di esclusione dell’imputabilità previste nel progetto precedente. L’unica differenza riscontrabile in tema di non imputabilità, rispetto al codice Rocco, era costituita dalla previsione d’introdurre affianco all’infermità mentale, la “*gravissima anomalia psichica*”, come causa escludente l’imputabilità.

Il ricovero in OPG era previsto per la persona dichiarata totalmente incapace d’intendere e di volere e socialmente pericolosa, che avesse commesso un

fatto per il quale la legge prevedeva una pena superiore nel massimo a dieci anni di reclusione. Attraverso l'introduzione di questo criterio, si intendeva restringere il campo d'applicazione della misura di sicurezza.⁷⁶

Anche questo progetto non sarebbe stato approvato.

Nel 1996, il 9 maggio, venne presentata alla Camera dei Deputati la proposta di legge n. 151, d'iniziativa del deputato Corleone *“Norme in materia di imputabilità e di trattamento penitenziario del malato di mente autore di reato”*.

Due anni prima, nel 1994, la 12° Commissione Igiene e Sanità del Senato aveva presentato la *“Relazione sull'indagine conoscitiva sulla situazione sanitaria nelle carceri”*. *“Negli ospedali psichiatrici giudiziari – si legge nel documento, relatrice la senatrice Bettoni Brandani – acuta è la contraddizione tra funzione sanzionatoria da un lato e funzione riabilitativa o curativa, dall'altro... Questa ambiguità, legata alla duplice funzione custodiale-curativa, è ancora più accentuata dal fatto che si tratta di una popolazione di utenti che, a causa del proprio stato, sono privati di qualsiasi capacità “contrattuale” di fronte all'apparato penitenziario”*.⁷⁷

Altra criticità segnalata dalla Commissione riguardava *“l'aumentata incidenza di sottoposti a misure di sicurezza di breve periodo (due anni) [che] evidenzia[va] come trov[assero] ricovero in ospedali psichiatrici giudiziari pazienti psichiatrici a bassa pericolosità sociale, per evidente carenza dei Servizio sanitario nazionale e di adeguate strutture intermedie”*.⁷⁸

L'auspicio era quello *“che gli ospedali psichiatrici giudiziari pot[essero] essere trasformati nel senso di rispondere maggiormente alle esigenze di trattamento sanitario dei pazienti [con l'identificazione di] modalità organizzative attraverso le quali organizzare una vera integrazione con i servizi psi-*

⁷⁶ L'attuale legge n. 9/2012 per il superamento degli OPG, non prevede un termine edittale così elevato per l'applicazione del ricovero nelle Residenze per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza, vedi Cap. 1, § 12. *Il percorso di superamento dell'ospedale psichiatrico giudiziario*;

⁷⁷ *Atti Parlamentari, Camera dei Deputati, Legislatura XIII, Documenti, Disegni di Legge e Relazioni, Proposta di Legge n. 151 del 9 maggio 1996 d'iniziativa del deputato Corleone, “Norme in materia di imputabilità e di trattamento penitenziario del malato di mente autore di reato”*, p.2;

⁷⁸ *12° Commissione, Senato della Repubblica, Legislatura XI, 5° Resoconto stenografico, 12 gennaio 1994, p.7;*

*chiatrici territoriali, e il loro pieno coinvolgimento, superando quella segregazione istituzionale propria dell'ospedale psichiatrico giudiziario".*⁷⁹

La proposta di legge Corleone partiva proprio da questo auspicio, e proponeva di *“abolire l'istituto della non imputabilità degli infermi psichici, la quale sottintende[va] una ritenuta inadeguatezza della categoria, prettamente giuridica, dell'incapacità di intendere e di volere. Contestualmente [ricordava] che anche la nozione della pericolosità del reo sofferente di disturbi psichici non [aveva] un proprio contenuto scientifico e non [poteva] considerarsi presupposto per la legittimazione di sanzioni penali quali le misure di sicurezza psichiatriche, che talvolta si protrae[vano] per anni, financo a superare la pena detentiva prevista e altrimenti applicata”*.⁸⁰

Le soluzioni prospettate erano molto simili a quelle presentate con il D.D.L. Grossi del 1983, infatti si identificavano, quali condizioni per il superamento degli OPG, la costruzione di strutture sanitarie, nell'ambito del carcere, idonee alla cura dei disturbi psichici dei detenuti e la collaborazione dei servizi psichiatrici territoriali.⁸¹

La “grave infermità psichica” si aggiungeva a quella fisica come causa di differimento dell'esecuzione della pena.

La proposta non venne approvata.

Il disegno di legge n. 2746, d'iniziativa del Consiglio regionale della Toscana, comunicato alla presidenza del Senato l'8 agosto 1997, fu il frutto del lavoro di un gruppo di esperti della regione Toscana, della regione Emilia-Romagna e della fondazione Michelucci⁸².

⁷⁹ *Ivi*, p.8;

⁸⁰ *Atti Parlamentari, Camera dei Deputati, Legislatura XIII, Documenti, Disegni di Legge e Relazioni, Proposta di Legge n. 151 del 9 maggio 1996 d'iniziativa del deputato Corleone, “Norme in materia di imputabilità e di trattamento penitenziario del malato di mente autore di reato”*, p.3;

⁸¹ “Integrazione con i servizi nel territorio e garanzie effettive per i malati, quali condizioni per il superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari, sostenute ad esempio da Nicolò Amato, in particolare come Direttore generale degli istituti di prevenzione e pena: „Se immaginiamo di ripartire gli internati più recuperabili fra tutte le regioni, avremo piccole comunità di non più di 25-30 malati, facili da amministrare e da affidare in gestione alle USL. Per i casi più difficili si potrebbe pensare a sezioni carcerarie speciali, di tipo psichiatrico” *Ibid.*;

⁸² Per una puntuale presentazione del progetto vedi Margara A., “Una proposta per il superamento dell'OPG” in «Carcere di tanti carceri», Quaderni della Fondazione Giovanni Michelucci, Architettura vissuta, Livorno, 1997;

Essa si configurava come un articolato insieme di norme che sostituivano il *corpus* legislativo in vigore nel settore, proponendo contenuti profondamente innovativi ma non stravolgenti: una proposta realistica, ma non radicale.⁸³

La scelta centrale della proposta era quella di mantenere la nozione di non imputabilità degli infermi psichici e le ragioni che ne stavano alla base, per i proponenti, erano essenzialmente le seguenti: *“la non esistenza nella comunità scientifica (psichiatrica e giuridica) di un consenso sufficientemente ampio intorno a scelte radicali, con il rischio di riproporre l'insuccesso della proposta stessa; la scarsità di esperienze pratiche di servizi territoriali che [avessero] dimostrato con sufficiente evidenza la possibilità di fare a meno completamente di momenti restrittivi della libertà personale: la necessità di evitare che ipotesi di soluzioni troppo radicali [facessero] scattare meccanismi di allarme sociale tali da rendere impraticabile qualsiasi revisione della situazione attuale”*.⁸⁴

La nozione d'“imputabilità veniva meglio specificata, rendendola meno generica ed onnicomprensiva. Veniva considerato incapace d'“intendere e volere anche chi avesse commesso un atto previsto dalla legge come reato se tale atto era stato il frutto di una *“grave alterazione dell'esame o del senso di realtà, o se il suo comportamento non era stato coscientemente determinato”*.

Il vizio parziale di mente veniva espunto.

La valutazione della esistenza o meno della condizione di imputabilità sarebbe avvenuta attraverso un procedimento giudiziario, in cui, oltre all'accertamento del fatto-reato, veniva accertata anche l'esistenza dell'imputabilità. A seguito di questa prima fase di accertamenti giudiziari, ove venisse accertata la non imputabilità, il soggetto sarebbe stato assolto (il soggetto non imputabile il più delle volte viene prosciolto in fase istruttoria e spesso il procedimento non ha luogo). Veniva così riconosciuta al soggetto, in ogni caso, la dignità di stare in giudizio e di poter esercitare il diritto alla difesa ed al contraddittorio.

⁸³ Molte sono le similitudini con l'attuale legge per il superamento degli OPG. Vedi Cap. 1, § 12. *Il percorso di superamento dell'ospedale psichiatrico giudiziario*;

⁸⁴ *Atti Parlamentari, Senato della Repubblica, Legislatura XIII, Documenti, Disegni di Legge e Relazioni, Disegno di Legge n. 2746/1997 “Disposizioni per il superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari”*;

Il giudice non avrebbe più potuto porre il quesito sulla pericolosità sociale in sede di perizia psichiatrica. La pericolosità diventava così oggetto di una valutazione non esclusivamente sanitaria, ma teneva conto di una pluralità di fattori connessi con la storia personale e sociale del soggetto, con le condizioni ambientali e relazionali.

Le misure di sicurezza previste erano l'assegnazione ad apposito istituto ovvero l'affidamento al servizio sociale. L'assegnazione all'istituto sarebbe intervenuta solo se la pena prevista per il reato commesso fosse nel massimo non inferiore a dieci anni di reclusione, a meno che, in caso di reati minori, non vi fossero particolari esigenze di sicurezza contrarie all'affidamento al servizio sociale.⁸⁵

Era stabilita la chiusura degli ospedali psichiatrici giudiziari e la creazione in ogni regione di un istituto che accogliesse i soggetti destinatari delle misure di sicurezza. La gestione interna avrebbe dovuto essere sanitaria, garantita da personale del Servizio sanitario, e avrebbe dovuto rivolgersi essenzialmente alla cura, mentre la custodia avrebbe dovuto essere affidata a personale dipendente dal Ministero di grazia e giustizia.

Ogni regione avrebbe dovuto aprire un Centro medico specifico all'interno di un carcere per detenuti definitivi cui fosse sopravvenuta la condizione di infermità durante la espiazione della pena in carcere, o anche detenuti in attesa di perizia o in osservazione.

Anche questo progetto non fu approvato, ma costituì il modello sul quale si basa l'attuale percorso di superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari.

11. Il passaggio al Servizio Sanitario Nazionale (SSN) della medicina penitenziaria e i progetti di legge più recenti.

Nel 1998 venne emanata la l. n. 419 che delegava al Governo la razionalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale e l'adozione di un testo unico in materia di organizzazione e funzionamento dello stesso. L'articolo 5 della legge stabiliva che il Governo emanasse un decreto che *“prevede[ss]e] specifiche modalità per garantire il diritto alla salute delle persone detenute o interna-*

⁸⁵ Vedi nota 76;

te 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, [e] prevede[ssse] che il controllo sul funzionamento dei servizi di assistenza sanitaria alle persone detenute o internate [fosse] affidato alle regioni ed alle aziende unità sanitarie locali”.

Fu il primo passo mosso nella direzione di un passaggio di competenze, dal Ministero della giustizia a quello della salute, per quel che riguardava la tutela della salute dei detenuti e degli internati.⁸⁶

In attuazione della delega venne emanato il D. Lgs. n. 230/1999 con il quale si dava inizio al processo di progressivo trasferimento al Servizio sanitario nazionale delle funzioni sanitarie precedentemente svolte dall'Amministrazione Penitenziaria.

L'articolo 8 stabiliva che *“a decorrere dal 1 gennaio 2000 erano trasferite al servizio sanitario nazionale le funzioni sanitarie svolte dall'amministrazione penitenziaria con riferimento ai soli settori della prevenzione e della assistenza ai detenuti e agli internati tossicodipendenti”.*

Nel decreto non si parlava ancora in maniera specifica di OPG, ma rileva comunque la sua importanza nella parte in cui prevedeva una serie di tutele nei confronti di detenuti ed internati.

Il riordino della medicina penitenziaria ebbe un certo rilievo anche nella stesura dei progetti di legge di riforma della parte generale del codice penale.

Nel *“progetto Grosso”*, approvato dalla *Commissione Ministeriale per la Riforma del codice penale* nella seduta del 26 maggio 2001, sebbene non fossero state previste differenze rilevanti per quel che concerneva il concetto di non imputabilità⁸⁷, si mise mano in maniera più radicale al sistema delle misure di sicurezza.

⁸⁶ Questo passaggio è ancora oggi in corso, come avremo modo di vedere in seguito;

⁸⁷ Art. 94. “Non imputabilità per infermità”. Non è imputabile chi, per infermità o per altro grave disturbo della personalità, ovvero per ubriachezza o intossicazione da sostanze stupefacenti, nel momento in cui ha commesso il fatto era in condizioni di mente tali da escludere la possibilità di comprendere il significato del fatto o di agire in conformità a tale valutazione. [...];

Innanzitutto, queste venivano denominate “*misure di sicurezza e riabilitative*”. Quelle previste dall’articolo 97 per l'autore non imputabile per infermità o altro grave disturbo della personalità, o per ubriachezza abituale o intossicazione abituale da sostanze stupefacenti erano le seguenti:

- Ricovero in una struttura con finalità terapeutiche o di disintossicazione;
- Obbligo di sottoporsi ad un trattamento ambulatoriale presso strutture sanitarie;
- Obbligo di sottoporsi a visita periodica presso strutture sanitarie o di presentazione periodica ai servizi sociali.

Poteva essere disposto il ricovero in una struttura chiusa soltanto se vi fosse stato concreto pericolo che il soggetto, in assenza di una di tale misura, avrebbe commesso un delitto doloso o colposo contro la vita, la integrità fisica, la libertà personale, la libertà sessuale o l'incolumità pubblica, o comunque con violenza o minaccia contro la persona.

Le misure nei confronti dei non imputabili per infermità o altro grave disturbo della personalità non potevano avere durata maggiore a 10 anni, se non nei casi di pericolo concreto e non altrimenti fronteggiabile di atti gravemente aggressivi contro la vita o l'incolumità delle persone.

Per quel che concerne i seminfermi, definiti, a “*capacità ridotta*”, si prevedeva una riduzione della pena da un terzo fino alla metà. Qualsiasi provvedimento doveva essere finalizzato al superamento delle condizioni di ridotta capacità esistenti al tempo del commesso delitto.

Alcuni anni più tardi, nel 2005, venne presentato il “*progetto Nordio*”, redatto dalla Commissione che era stata incaricata dal Ministro della giustizia, Roberto Castelli, di redigere una bozza per la riforma del codice penale.

La proposta di articolato non andava a modificare il concetto di non imputabilità per infermità mentale, ma si limitava a eliminare la differenza tra “*vizio totale e pressoché totale di mente*”, conservando il vizio parziale.

Le misure di sicurezza diventavano “*misure di controllo, cura e sostegno rieducativo*”, ed erano quelle elencate all’articolo 121:

- Il ricovero in una struttura giudiziaria di custodia con finalità terapeutiche o di disintossicazione;

- L'obbligo di sottoporsi a un trattamento di cura presso strutture sanitarie non giudiziarie sotto il controllo del servizio sociale;
- Le altre misure denominate tali dalla legge.

La durata della misura di controllo e cura non poteva essere inferiore a un anno né superiore a dieci anni, ma questa soglia poteva essere superata qualora fosse stato ancora costante il pericolo di commissione di nuovi reati contro la vita o l'incolumità pubblica.

Veniva prevista una stretta connessione tra pericolosità sociale e incapacità d'intendere e di volere. Si riteneva, infatti, che la prima fosse *determinata* dalla seconda. Il reato veniva considerato una conseguenza dell'infirmità.

Perché vi potesse essere la dichiarazione di pericolosità sociale il fatto commesso doveva attendere alla vita o all'incolumità, individuale o pubblica, e si doveva presumere che l'infirmità del soggetto, se persistente, lo avrebbe indotto a commettere altri fatti della stessa specie indicata.

Le misure di controllo e di cura, però, sarebbero state eseguite mediante internamento nelle strutture giudiziarie, solo quando il trattamento presso strutture sanitarie non giudiziarie non fosse stato altrettanto efficace oppure fosse stato incompatibile con le esigenze di controllo.

Ultimo in ordine di tempo fu il "*progetto Pisapia*". La Commissione presentò la sua bozza di articolato del codice penale nel 2007.

Il concetto di non imputabilità veniva conservato, ma ne veniva esteso l'ambito di applicazione attraverso il recepimento, quanto al vizio di mente, dei principi fissati dalle Sezioni Unite penali della Cassazione (sentenza n. 9163/2005), con il conseguente abbandono di un rigido modello definitorio dell'infirmità in favore di clausole aperte, più idonee ad attribuire, a determinate condizioni, rilevanza anche ai disturbi della personalità.

Venivano aboliti il sistema del doppio binario e il concetto di pericolosità, a favore dell'applicazione di "*misure di cura e di controllo*", applicabili in via alternativa e graduata, e consistenti in:

- Ricovero in strutture terapeutiche protette o in strutture con finalità di disintossicazione;
- Ricovero in comunità terapeutiche;

- Libertà vigilata associata a trattamento terapeutico;
- Obbligo di presentazione, eventualmente associata a trattamento terapeutico;
- Affidamento a servizi socio-sanitari;
- Svolgimento di una attività lavorativa o di una attività in favore della collettività.⁸⁸

Infine, la misura non poteva superare nella durata quella della pena che sarebbe stata comminata ad autore di reato imputabile.

Nessuno dei tre progetti sopra presentati fu sottoposto all'iter di approvazione parlamentare.

Alcuni correttivi all'istituto furono approntati solo grazie intervento della Corte Costituzionale.

Due sono state le declaratorie d'incostituzionalità che contribuirono in quegli anni a modificare l'applicazione della misura di sicurezza dell'OPG.

Con il primo, attraverso la sentenza n. 253/2003, la Corte dichiarò *“l'illegittimità costituzionale dell'articolo 222 del codice penale (Ricovero in un ospedale psichiatrico giudiziario), nella parte in cui non consent[iva] al giudice, nei casi ivi previsti, di adottare, in luogo del ricovero in ospedale psichiatrico giudiziario, una diversa misura di sicurezza, prevista dalla legge, idonea ad assicurare adeguate cure dell'infermo di mente e a far fronte alla sua pericolosità sociale”*⁸⁹.

Successivamente con sentenza n. 367/2004 stabilì che lo stesso principio dovesse valere anche per l'applicazione provvisoria della misura di sicurezza, dichiarando l'illegittimità costituzionale dell'articolo 206 c.p.⁹⁰

⁸⁸ Articolo 22, Schema di disegno di legge recante delega legislativa al Governo della Repubblica per l'emanazione della parte generale di un nuovo codice penale. Commissione Pisapia - per la riforma del codice penale - Proposta di articolato, 19 novembre 2007;

⁸⁹ “Premesso che le misure di sicurezza nei confronti degli infermi di mente incapaci totali, in tanto si giustificano in quanto rispondano contemporaneamente alla finalità di cura e tutela dell'infermo e di contenimento della sua pericolosità sociale, l'automatismo di una misura segregante e totale, come il ricovero in ospedale psichiatrico giudiziario, imposta pur quando essa appaia inadatta e senza consentire al giudice di adottare, tra le misure previste dall'ordinamento, quella che in concreto appaia più idonea a soddisfare le esigenze di cura e di tutela della persona e, ad un tempo, di controllo e contenimento della sua pericolosità sociale - e in particolare la libertà vigilata accompagnata da prescrizioni idonee nella specie ad evitare nuovi reati - infrange l'equilibrio costituzionalmente necessario e viola esigenze essenziali di protezione dei diritti della persona, nella specie il diritto alla salute”. Corte Cost., sentenza del 18/07/2003, n. 253;

⁹⁰ “Tali argomentazioni attagliano a maggior ragione alla disciplina dell'applicazione provvisoria della misura di sicurezza del ricovero in ospedale psichiatrico giudiziario, che si pone in una fase processuale in cui – alla luce della non definitività degli accertamenti sul fatto – assume rilievo particolare l'esigenza di predisporre forme di cura e cautele

12. Il percorso di superamento dell'ospedale psichiatrico giudiziario.

Per comprendere quello che è avvenuto negli ultimi anni è necessario soffermarsi sugli interventi e sulle norme che si sono succeduti a partire dal 2008.

- *D.P.C.M. del 1° aprile 2008.*

Con il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 1° aprile 2008 disciplinante *“le modalità, i criteri e le procedure per il trasferimento al Servizio sanitario nazionale delle funzioni sanitarie, delle risorse finanziarie, dei rapporti di lavoro, delle attrezzature, arredi e beni strumentali relativi alla sanità penitenziaria”*, tutte le funzioni sanitarie sono state trasferite al Servizio Sanitario Nazionale.

Le Regioni vengono, così, chiamate ad espletare le funzioni trasferite attraverso le Aziende Unità Sanitarie Locali (AUSL) ubicate nel loro territorio. Per agevolare il processo viene istituito un comitato paritetico inter-istituzionale presso la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano.

Per la prima volta vi è un esplicito riferimento alla questione degli OPG, per i quali si redigono *“le linee d’indirizzo per gli interventi”* nell’Allegato C del D.P.C.M.

Si prevedono tre fasi nelle quali articolare gli interventi regionali:

- 1° fase:
- ✓ Dimettere, in tempi brevi, gli internati che hanno concluso la misura di sicurezza con il coinvolgimento delle Regioni di residenza;
- ✓ Attivare delle sezioni di cura e riabilitazione all'interno delle carceri, al fine di riportarvi i ricoverati in OPG per disturbi psichici sopravvenuti durante l'esecuzione della pena;

adeguate e proporzionate al caso concreto, mediante interventi caratterizzati da flessibilità e discrezionalità, incompatibili con l'automatismo che caratterizza la disposizione censurata”. Corte Cost., sentenza del 29/11/2004 n. 367;

✓ Assicurarsi che le osservazioni per l'accertamento delle infermità psichiche siano espletate negli istituti ordinari.

○ 2° fase:

A distanza di un anno, distribuire gli internati in modo da avvicinarli alle realtà geografiche di provenienza.

○ 3° fase:

A distanza di due anni, restituire ad ogni regione italiana la quota di internati in OPG che proviene dai loro territori, affinché, ciascuna, si assuma la responsabilità della loro presa in carico attraverso:

a) Programmi terapeutici e riabilitativi da attuarsi all'interno di strutture come OPG con livelli diversificati di vigilanza o strutture psichiatriche;

b) L'affidamento ai servizi psichiatrici e sociali territoriali.

L'indicazione è quella di istituire, in ogni Regione in cui sia presente un OPG, idonea struttura sanitaria avente autonomia organizzativa, con la raccomandazione di dotarsi di presidi di sicurezza e vigilanza preferibilmente perimetrali o esterni ai reparti.

Oggi il passaggio degli OPG alla competenza dei Dipartimenti di Salute Mentale (DSM) è avvenuto in tutte le Regioni nelle quali gli istituti sono ubicati, ad eccezione dell'OPG di Barcellona Pozzo di Gotto.⁹¹

• *Commissione parlamentare di inchiesta sull'efficacia e l'efficienza del Servizio Sanitario Nazionale.*⁹²

Con la seduta del 20 luglio 2011, viene approvata la *“Relazione sulle condizioni di vita e di cura all'interno degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari”*, nella quale si denunciano *“le gravi e inaccettabili [...] carenze strutturali e igienico sanitarie rilevate in tutti gli OPG, ad eccezione di quello di Castiglione delle Stiviere e, in parte, di quello di Napoli”*.

La questione degli OPG torna alla ribalta grazie alle immagini riprese dalla c.d. “Commissione Marino” durante le visite. Queste vengono mostrate in

⁹¹ La Sicilia non ha ancora recepito il DPCM;

⁹² Istituita con deliberazione del Senato del 30 luglio 2008; vedi anche il rapporto della visita ispettiva effettuata all'OPG di Aversa dal Comitato Europeo per la Prevenzione della Tortura nel 2008;

diversi programmi televisivi e la stampa ricomincia ad occuparsi del problema, in articoli e inchieste giornalistiche.

A parere della Commissione, tutti gli OPG presentano *“un assetto strutturale assimilabile al carcere o all’istituzione manicomiale, totalmente diverso da quello riscontrabile nei servizi psichiatrici italiani”*.

Nella *Relazione* si prevedono gli interventi da attuarsi per il completamento del passaggio di competenza al Servizio Sanitario Nazionale, riportati di seguito:

1. Adeguare a standard ospedalieri tutti gli OPG, in un tempo massimo di sei mesi. In caso di mora, la Commissione avrebbe potuto disporre provvedimenti autoritativi di chiusura;
2. Introdurre una nuova organizzazione dell’assistenza sanitaria conforme ai Piani Sanitari Regionali della salute mentale, tendente al “superamento” dell’OPG;
3. Realizzare tutte le misure e azioni indicate per la tutela della salute mentale negli istituti di pena, ad esempio allestire reparti psichiatrici e per minorati psichici;
4. Raccordare magistratura e servizi psichiatrici regionali ed elaborare linee guida per un più frequente ed omogeneo ricorso alle *“misure alternative all’internamento”*. Le proroghe sono spesso effetto di una carenza di strutture residenziali e riabilitative esterne, che dovrebbero essere individuate dai DSM;
5. Creare commissioni specialistiche che diano avvio ad una rivalutazione sanitaria dei singoli casi, finalizzata all’elaborazione di progetti di recupero psicosociale, per agevolare i DSM nell’individuazione delle strutture territoriali psichiatriche più idonee al rientro di ciascun paziente;
6. Effettuare il passaggio di competenza al SSN della sanità penitenziaria nella Regione Sicilia;
7. Utilizzare, se necessario, i poteri sostitutivi del Governo per l’attuazione del DPCM del 1 aprile 2008;
8. Creare strutture pubbliche di ricovero intermedio.

La contenzione fisica o farmacologica viene considerata dai Commissari *“anti terapeutica oltre che illegale”*, se utilizzata come *“scorciatoia*

gestionale". Si chiede la messa in opera di strategie sanitarie di prevenzione dei comportamenti violenti e delle situazioni "prevedibili" di necessità di contenimento.

Nella Relazione si richiedono alcune modifiche legislative aventi come linee guida:

1. L'individuazione di modalità alternative di trattamento degli infermi di mente che abbiano commesso reati, che garantiscano la terapia e la riabilitazione insieme all'applicazione di misure di sicurezza adeguate alla condizione del soggetto;
2. L'attuazione di iniziative da parte dei Centri di Salute Mentale (CSM) sia all'interno che all'esterno degli istituti penitenziari per le necessità riabilitative;
3. Nei casi di incompatibilità col regime carcerario, per paziente autore di reato in attesa di giudizio o già condannato a pena detentiva, devono essere previste piccole comunità terapeutiche, con livelli di sicurezza diversificati e distribuite su tutto il territorio nazionale, a diretta gestione dei CSM.

E in caso di sentenza di proscioglimento per infermità psichica:

1. La sussistenza della pericolosità sociale deve essere accertata da un collegio medico psichiatrico composto da tre soggetti, e valutata dal giudice. Deve essere redatto dal collegio medico psichiatrico un piano di trattamento sanitario che preveda i termini di rivalutazione periodica della pericolosità sociale. In base a quest'ultima va graduata e proporzionata la misura di sicurezza.
2. Bisogna prevedere la nomina di un amministratore di sostegno per le necessità di cura del paziente.
3. È necessario adottare temperamenti giuridici, già presenti in altri ordinamenti.⁹³

⁹³ Ad esempio, in Spagna, non si applicano misure di sicurezza a titolo provvisorio; non è previsto l'internamento *sine die* dei soggetti ritenuti socialmente pericolosi: le misura di

La Commissione, infine, ritiene comunque necessaria l'abolizione dell'istituto della non imputabilità.

- *Decreto Legge 22 dicembre 2011, n. 211 "Interventi urgenti per il contrasto della tensione detentiva determinata dal sovraffollamento delle carceri"*.

L'articolo 3-ter "*Disposizioni per il definitivo superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari*", prevede, entro il 31 marzo 2012, l'adozione di un decreto di natura non regolamentare, del Ministro della salute, in concerto con il Ministro della giustizia, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, che definisca ulteriori requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi, anche con riguardo ai profili di sicurezza, relativi alle strutture che dovrebbero accogliere le persone cui viene applicata la misura di sicurezza dell'OPG.

Le strutture dovrebbero seguire questi criteri:

- ✓ Esclusiva gestione sanitaria all'interno delle strutture;
- ✓ Attività perimetrale di sicurezza e di vigilanza esterna;
- ✓ Destinazione dei soggetti alle strutture ubicate nel territorio di provenienza.

Per la copertura degli oneri finanziari in relazione alla realizzazione e riconversione delle strutture viene autorizzata una spesa di 120 milioni di euro per il 2012 e 60 milioni di euro per il 2013.

La riforma interviene in assenza di una contestuale riforma del codice penale per quanto concerne le misure di sicurezza personali detentive, quindi, l'OPG rimane quella destinata agli autori di reato non imputabili e socialmente pericolosi, ma deve essere eseguita esclusivamente nelle nuove strutture ad hoc.

sicurezza possono essere irrogate solo con la sentenza che definisce il procedimento penale e non possono avere durata superiore alla pena che sarebbe stata irrogata all'autore del reato se ritenuto imputabile;

- *Legge n. 9/2012.*

La legge di conversione del D.L. n. 211/2011 stabilisce il termine per il completamento del *superamento* degli OPG al 1° febbraio 2013.

- *Decreto del Ministro della Salute di concerto con il Ministro della Giustizia 1° ottobre 2012.*

Vengono individuati “*Requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi delle strutture residenziali destinate ad accogliere le persone cui sono applicate le misure di sicurezza del ricovero in ospedale psichiatrico giudiziario e dell’assegnazione a casa di cura e custodia*” (cd. REMS).

Nell’Allegato A si stabilisce che:

a) La gestione interna delle strutture dev’essere di esclusiva competenza sanitaria.

Per quanto concerne l’attività perimetrale di sicurezza e vigilanza esterna, le Regioni e le Province Autonome, se necessario, attivavano specifici accordi con le Prefetture al fine di garantire adeguati standard di sicurezza.

b) **Requisiti strutturali.**

La struttura deve avere uno spazio verde esterno.

L’area abitativa ha un massimo di 20 posti letto. Le camere possono essere destinate ad una o due persone, fino ad un massimo di quattro ospiti nei casi di particolari esigenze strutturali o assistenziali. Deve essere presente un bagno con doccia in ogni camera.

Sono previsti locali di servizio comune e locali per le attività sanitarie. Si prevedono tutte le attrezzature necessarie allo svolgimento delle attività sanitarie e che garantiscano la sicurezza del paziente e della struttura.

c) **Requisiti organizzativi.**

Il personale è organizzato come equipe di lavoro multi professionale, con medici psichiatri, psicologi, infermieri, terapisti della riabilitazione psichiatrica/educatori, Operatori Socio-Sanitari (OSS).

La responsabilità della gestione della struttura è assunta da un medico dirigente psichiatra.

L'organizzazione del lavoro si fonda sui principi del governo clinico, basati sulle linee guida professionali e i percorsi assistenziali.

Le Regioni adottano un piano di formazione del personale delle strutture sanitarie residenziali, con particolare attenzione ai rapporti con la Magistratura di sorveglianza.

- *Decreto legge 25 marzo 2013, n. 24.*

Vengono introdotte delle modifiche all'articolo 3-ter del D.L. n. 211/2011 convertito con modificazioni dalla l. n. 9/2012.

Innanzitutto, il termine per la *chiusura* degli OPG viene prorogato al 31 marzo 2014. Si prevedono una serie di misure per evitare il più possibile il ricovero in OPG o nelle strutture intermedie sia attraverso il potenziamento dei servizi di salute mentale sul territorio, sia attraverso la statuizione del termine del 15 maggio 2013, entro il quale le regioni devono presentare il Piano Sanitario Regionale della Salute Mentale tendente al superamento degli OPG. In caso contrario, il Governo provvede in via sostitutiva, anche attraverso la nomina di un commissario unico per tutte le regioni per le quali si rendano necessari gli interventi sostitutivi.

- *Legge n. 57/2013.*

La legge di conversione del D.L. n. 24/2013 vi apporta alcune modifiche, affermando che il programma regionale deve definire, prioritariamente, "*tempi certi e impegni precisi per il superamento degli OPG*".

Inoltre deve prevedere la dimissione di tutte le persone internate per le quali l'autorità giudiziaria abbia già escluso o escluda la pericolosità sociale, con l'obbligo per le AUSL di presa in carico all'interno di progetti terapeutico-riabilitativi individuali che assicurino il diritto alla cura e al reinserimento sociale.

L'assenza di strutture residenziali esterne non può quindi essere addotto a motivo di ulteriore proroga della misura di sicurezza detentiva.

- *Decreto legge 31 marzo 2014, n. 52.*

Vengono apportate ulteriori modifiche all'articolo 3-ter del D.L. n°211/2011 convertito, con modificazioni, dalla legge n. 9/2012:

- ✓ Fa slittare ulteriormente, fino al 31 marzo 2015, il termine per la chiusura degli OPG;
- ✓ Dispone che il giudice applichi la misura di sicurezza del ricovero in OPG come *extrema ratio* e solo nel caso in cui non ci sia altra misura idonea ad assicurare cure adeguate e ad a far fronte alla pericolosità sociale del soggetto;⁹⁴
- ✓ Prevede i poteri sostitutivi del Governo nel caso in cui, dopo un semestre dall'entrata in vigore del decreto, quando dalla comunicazione della regione risulta che la stessa non sarà in grado di completare il processo di superamento entro il semestre successivo;
- ✓ La proroga comporta ulteriori oneri finanziari pari a 4, 38 milioni di euro per il 2014 ed a 1,46 milioni per il 2015.

Il 3 aprile 2014, La Commissione Igiene e Sanità del Senato ha approvato una risoluzione per impegnare il Governo secondo alcune linee direttive:

- ✓ Accelerare l'effettiva erogazione delle risorse destinate alla realizzazione del processo di definitivo superamento degli OPG;
- ✓ Introdurre una disposizione volta a fissare la durata massima della permanenza nelle REMS dei soggetti che saranno giudicati socialmente pericolosi (esclusi coloro che si trovano già in esecuzione di una misura di sicurezza detentiva);
- ✓ Vietare che le REMS possano accogliere persone in applicazione provvisoria della misura di sicurezza.
- ✓ Disporre che, qualora alla scadenza del termine del 1 aprile 2015, ci siano ancora persone ricoverate in OPG, il Governo provveda in via sostitutiva al fine di assicurare il definitivo superamento degli OPG.
- ✓ Istituire una cabina di regia che veda rappresentate tutte le Istituzioni coinvolte nel processo di superamento degli OPG, con compiti di monito-

⁹⁴ Allo stesso modo deve provvedere il magistrato di sorveglianza quando interviene ex articolo 679 del codice di procedura penale.

raggio, stimolo e coordinamento e con obbligo di periodica relazione al Parlamento.

Il Senato ha approvato il disegno di legge di conversione del D.L. n. 52/2014 con alcune delle modifiche proposte dalla risoluzione.

In particolare ha previsto che "Il giudice dispone nei confronti dell'infermo di mente e del seminfermo di mente l'applicazione di una misura di sicurezza, anche in via provvisoria, diversa dal ricovero in un ospedale psichiatrico giudiziario o in una casa di cura e custodia, salvo quando sono acquisiti elementi dai quali risulta che ogni misura diversa non è idonea ad assicurare cure adeguate e a fare fronte alla sua pericolosità sociale, il cui accertamento è effettuato sulla base delle qualità soggettive della persona e senza tenere conto delle condizioni di cui all'articolo 133, secondo comma, numero 4, del codice penale. Allo stesso modo provvede il magistrato di sorveglianza quando interviene ai sensi dell'articolo 679 del codice di procedura penale. Non costituisce elemento idoneo a supportare il giudizio di pericolosità sociale la sola mancanza di programmi terapeutici individuali"

Inoltre ha previsto che le regioni possano modificare l'utilizzo dei fondi, già stanziati per la costruzione delle REMS, per l'implementazione dei DSM e dei percorsi terapeutico riabilitativi individuali, nonché per la riqualificazione delle strutture pubbliche.

I programmi terapeutici riabilitativi individuali dovranno essere inviati al Ministero della salute entro quarantacinque giorni dall'entrata in vigore della legge di conversione del decreto.

Decisamente innovativa è la parte del disegno che prevede che la durata delle misura di sicurezza detentive definitive o provvisorie, non possa superare il tempo stabilito per la pena detentiva per il reato commesso, avuto riguardo alla previsione edittale massima, a meno che non sia l'ergastolo.

Infine istituisce un organismo di coordinamento.

Si segnala che il divieto di applicazione provvisoria della misura di sicurezza detentiva non è stato accolto.

La Camera dei Deputati, in data 28 maggio 2014, ha dato il via libera alla conversione in legge del decreto così come modificato dal Senato.

DALLA CUSTODIA ALLA CURA

§ 1. La misura di sicurezza dell'ospedale psichiatrico giudiziario; § 2. La perizia psichiatrica e la pericolosità sociale; § 3. L'imputabilità penale e il vizio di mente; § 4. Il bisogno di cura; § 5. Il rapporto tra sanitari e polizia penitenziaria: verso la "sanitarizzazione"; § 6. La presa in carico; § 7. Un codice da riformare.

“Il pazzo non è irresponsabile per natura, egli lo è perché non gli viene offerta la possibilità di una qualsivoglia responsabilità⁹⁵”.

1. La misura di sicurezza dell'ospedale psichiatrico giudiziario.

Come abbiamo avuto modo di vedere nel capitolo precedente, le misure di sicurezza furono introdotte nel nostro ordinamento con il codice penale del 1930.

Presupposti per l'applicazione delle stesse sono la commissione di un fatto previsto dalla legge come reato e la pericolosità sociale del soggetto che lo ha commesso.

Per quanto riguarda i soggetti non imputabili per infermità mentale, la misura di sicurezza prevista era il “ricovero in un manicomio giudiziario” e si trattava dell'unico strumento predisposto dall'ordinamento nel caso di commissione d'illecito penale da parte degli stessi⁹⁶.

La loro pericolosità era dedotta in via presuntiva dalla legge⁹⁷ e la libertà personale degli stessi poteva essere limitata per una durata ben maggiore rispetto alla pena che avrebbe potuto subire un soggetto imputabile per il medesimo fatto.

Il riesame della pericolosità sociale veniva effettuato una volta decorso il periodo di durata minimo della misura. Per il manicomio giudiziario era

⁹⁵ *Dichiarazione dei diritti del pazzo*, Ass. Madpride, <http://madpridesito.jimdo.com>

⁹⁶ Come disciplinato dall'articolo 222 c. p. il ricovero non era automatico solo nel caso in cui il proscioglimento riguardasse contravvenzioni o delitti colposi o altri delitti per i quali la legge stabiliva la pena pecuniaria o la reclusione per un tempo non superiore nel massimo a due anni. In questi casi la sentenza di proscioglimento veniva comunicata all'Autorità di Pubblica sicurezza;

⁹⁷ Tranne nel caso in cui tra la commissione del fatto e il proscioglimento fossero trascorsi dieci anni, ex art. 204 c. p. ora abrogato;

stabilito in due, cinque o dieci anni, a seconda della gravità del reato commesso. La revoca della misura di sicurezza poteva essere disposta prima della decorrenza della durata minima solo con decreto del Ministro della Giustizia.

Con i riesami progressivi della pericolosità, quindi, la misura di sicurezza poteva essere protratta senza alcun limite temporale.

L'intero impianto delle misure di sicurezza rispondeva a precise esigenze, funzionali alle linee autoritarie di politica criminale del regime fascista. L'indeterminatezza della loro durata, infatti, permetteva una neutralizzazione definitiva del soggetto che alle stesse veniva sottoposto.

In seguito ai vari interventi della Corte Costituzionale⁹⁸ e del legislatore⁹⁹ che si sono succeduti negli anni, questo rigido apparato di prevenzione del delitto ha subito importanti correttivi: in *primis*, con il passaggio del potere di revoca anticipata della misura dal Ministro della Giustizia all'autorità giudiziaria; successivamente, con la messa in discussione e la totale abolizione del sistema delle presunzioni di pericolosità sociale. Con la legge n. 663/1986 viene stabilito l'obbligo di accertarla sempre, altrimenti non si potrà applicare la misura. La pericolosità sociale smette, in questo modo, di essere tipizzata attraverso le scelte del legislatore e la sua valutazione viene completamente demandata al potere decisionale del magistrato. Quest'ultimo ha il dovere di verificare la sussistenza degli elementi che consentono di poter formulare un giudizio prognostico sulla probabilità di recidiva. Si tratta, tuttavia, di una valutazione estremamente complessa che può comportare conseguenze estremamente negative per il soggetto prosciolto.

2. La perizia psichiatrica e la pericolosità sociale.

Il giudice quando si trova di fronte alla necessità di valutare la capacità d'intendere e volere dell'imputato, la sua condizione psico-fisica al momento del reato, o la sua capacità cognitiva di stare in giudizio, ordina la perizia psichiatrica.

Nella maggior parte dei casi, oltre a richiedere al perito di stabilire “*se al*

⁹⁸ Ad esempio: Corte Costituzionale sentenze nn. 110/1974, 139/1982, 249/1983;

⁹⁹ Fra tutte: legge n. 663/1986;

momento dei fatti per cui si procede fosse capace d'intendere e di volere, oppure se le capacità erano totalmente o grandemente scemate”, quindi se l’autore del reato sia imputabile, il giudice chiede anche di “*esprimersi sulla eventuale pericolosità sociale dell'imputato*”.

Negli ultimi anni la validità della perizia psichiatrica è stata oggetto di diverse contestazioni, in particolare poiché non esiste una procedura standardizzata, indispensabile per farla assurgere al rango di prova scientifica.

Due sono principalmente gli accertamenti rilevanti, per dare una risposta al primo quesito che solitamente viene posto dal giudice al perito.

Innanzitutto va effettuata una diagnosi del disturbo mentale. Fino a non molto tempo fa, convivevano nella psichiatria, e quindi nella giurisprudenza, paradigmi esplicativi di tipo mono-causale¹⁰⁰.

Il più antico di questi risale alla fine del '700 e si tratta del *paradigma medico o biologico-organicista*. Si basava sugli studi che molti, tra cui principalmente Esquirol, Chiarugi e Pinel, condussero, alla ricerca delle cause organiche della malattia mentale.

L'impostazione *clinico-nosografica*, introdotta da Emil Kraepelin nella seconda metà dell'800, significò, in questo senso, un'evoluzione dal punto di vista eziologico e della classificazione nosologica delle affezioni. Egli riteneva che il malato mentale s'identificasse nel soggetto affetto da una specifica ed accertabile malattia fisica del sistema nervoso, inquadrabile a livello nosografico¹⁰¹.

Quest'impostazione fu quella scelta da gran parte della giurisprudenza, e non mancano pronunce in tal senso anche in tempi relativamente recenti¹⁰². Secondo questa interpretazione, dunque, sarebbero senza rilevanza, ai fini della valutazione del perito, quei disturbi psichici non inquadrati dalla scienza psichiatrica: nevrosi, psicopatie, deviazioni sessuali e disturbi psicopatologici transitori.

¹⁰⁰ Vedi Collica M. T., *Vizio di mente: nozione, accertamento, prospettive*, Giappichelli, Torino, 2007, p. 44 e segg;

¹⁰¹ “*Nosografia*: studio descrittivo delle malattie. La n. comprende la classificazione delle malattie per organi e apparati e per generi eziologici, la semeiotica, la sintomatologia e l'eventuale epidemiologia. La classificazione nosografica è in uso nelle istituzioni sanitarie pubbliche a fini statistici, finanziari ed epidemiologici”. In *Dizionario di medicina*, Enciclopedia Treccani, 2010;

¹⁰² Vedi Collica M. T., *Op. cit.*, p. 46;

Un ulteriore indirizzo di questo paradigma, sviluppatosi nella seconda metà del '900, è quello *psicopatologico*. Il suo ideatore, Jaspers, stabiliva un collegamento tra vizio di mente e processo morboso, non necessariamente inquadrabile dalla nosografia, ma avente comunque origine in un'alterazione patologica clinicamente accertabile. L'attenzione era rivolta anche al vissuto del soggetto su cui si svolgeva l'accertamento.

Il *paradigma medico*, dunque, si caratterizza per il tentativo di oggettivazione del malato mentale.

Solo nella seconda metà del '900, la psichiatria inizia a concedere spazio al modello *psicologico-dinamico*, legato agli studi del padre della psicoanalisi, Sigmund Freud.

Qualsiasi disturbo morboso diventa in questo modo in grado di escludere la capacità d'intendere e di volere, in quanto ciò che rileva è il verificarsi di un predominio della realtà psicologica su quella esterna.

Anche questo modello entra in crisi, quando si tenta di applicarlo alle malattie sociali.

Fu proprio in questo contesto, a cavallo tra gli anni '60 e '70 del '900, che si affermò il terzo *paradigma* psichiatrico, quello *sociologico*. L'oggetto di studio si sposta sui rapporti esistenti tra l'individuo e le strutture sociali con le quali egli si confronta, non solo per quanto riguarda le relazioni interpersonali, familiari, di gruppo, sociali, ma anche rispetto all'organizzazione delle istituzioni terapeutiche, nei confronti delle quali si muovono ampie critiche. L'orientamento di cui si tratta ha ridato dignità alla persona affetta da disturbo psichico, riconoscendogli la capacità di autodeterminarsi. Proprio da questa impostazione si sviluppa in Italia il movimento anti-psichiatrico, che è alla base dell'approvazione della legge n. 180 del 1978.

La tendenza più recente è costituita dall'affermarsi di un *paradigma integrato* della malattia mentale che prende in considerazione fattori bio-psico-sociali. Questo orientamento è stato avallato dalla giurisprudenza con la sentenza Raso delle Sezioni Unite dell'8 marzo 2005, n. 9163, che ha dato rilevanza anche ai disturbi della personalità come cause di esclusione o di

limitazione dell'“imputabilità”¹⁰³. Inoltre, per effettuare la diagnosi del disturbo, prevalentemente si chiede di fare riferimento ai moderni manuali diagnostici come il *DSM-5* e, nel caso in cui ciò non fosse possibile, si può fare riferimento ad altre tipologie di diagnosi, come quella che mira all'“individuazione della struttura nervosa alterata che provoca il sintomo, o quella funzionale, che esplora globalmente la personalità del soggetto.

Il secondo accertamento, necessario ai fini della valutazione dell'“imputabilità del soggetto, riguarda l'“incidenza del disturbo sulla capacità d'“intendere e di volere dell'“agente. Si tratta di un profilo più problematico, dovendo, in via di principio, essere di esclusiva valutazione del giudice, ma nella pratica più spesso affidato al giudizio del perito.

Molti esperti hanno espresso delle perplessità rispetto al loro coinvolgimento in questo ambito, soprattutto perché nella formula “*capacità d'intendere e di volere*”, sono utilizzati termini a-scientifici e indimostrabili¹⁰⁴. Gli stessi, però, chiedono, invece dell'“abolizione, una riformulazione del quesito posto dal giudice, che dovrebbe concentrarsi sulla capacità d'“intendere il significato dell'“atto commesso e l'“analisi della personalità del soggetto, tenuto conto anche delle condizioni ambientali in cui vive e ha agito¹⁰⁵.

Il secondo quesito il più delle volte posto dal giudice, quello sull'“eventuale pericolosità sociale del soggetto, è il più criticato sia dalla psichiatria¹⁰⁶ che dalla dottrina di diritto penale.

Il codice del 1930 fece propria la nozione di pericolosità coniata da Eugenio Florian nel 1927. Si trattava di “*attitudine, inclinazione, tendenza del delinquente a delinquere di nuovo*”¹⁰⁷. Enrico Ferri, invece, riteneva che la

¹⁰³ Vedi Fornari U., *I disturbi gravi di personalità rientrano nel concetto d'infermità*, in «Cassazione Penale», 2006;

¹⁰⁴ La Società italiana di Criminologia, Medicina legale e Psichiatria in un documento redatto durante i lavori della Commissione Nordio, pubblicato su «Quaderni italiani di psichiatria», XXI 5-11, 2005 ha ribadito che la volontà attiene alla filosofia, mentre la valutazione della responsabilità deve poggiare sulla “*capacità di comprendere l'illiceità del fatto*”;

¹⁰⁵ Andreoli V., *La perizia psichiatrica*, Lezione tenuta il 7 maggio 1999 alla Scuola di Specializzazione in Psichiatria Forense dell'Università del Sacro Cuore di Roma, in www.sestaopera.it; Bandini T., Rocca G., *La psichiatria forense e il “vizio di mente”*: *criticità attuali e prospettive metodologiche*, in «Rivista italiana di medicina legale», 2010, n.3;

¹⁰⁶ Cfr. Merzagora Betsos I., *Il colpevole è il cervello: imputabilità, neuroscienze, libero arbitrio: dalla teorizzazione alla realtà*, in «Rivista italiana di medicina legale», 2011, n.1;

¹⁰⁷ Florian E., *Note sulla pericolosità criminale*, in «Scienza Positiva», 1927;

stessa fosse insita nella commissione del reato.

Il problema non occupò, però, ampio spazio nel dibattito dei positivisti, che partivano comunque da una base bio-psicologica della pericolosità e dalla lettura del reato come patologia-devianza. Il giudizio era il riflesso di una concezione di malattia a base organicistica, come “*degenerescenza*”. Il delitto era sempre considerato espressione di anormalità bio-psichica.

Il binomio malattia mentale-pericolosità sociale aveva già trovato avallo diversi anni prima, nella legge n. 36 del 1904, per cui l’“introduzione nel codice della presunzione di pericolosità dell’“infermo che commetteva reato veniva giustificata doppiamente, da un lato dal fatto stesso, dall’altro dalla malattia psichica.

Come abbiamo avuto modo di vedere, con la legge n. 663 del 1986, tutte le presunzioni legali di pericolosità sono state abbandonate. Pur trattandosi di una scelta imprescindibile per uno stato democratico, questa pone di fronte alla complessità di un accertamento in concreto della pericolosità dei soggetti. Questa difficoltà nasce dalla dubbia scientificità della nozione, quindi dalla impossibilità d’individuare metodi predittivi attendibili e falsificabili.

Innanzitutto, esistono numerosi metodi di accertamento, ognuno dei quali presenta diversi profili critici¹⁰⁸.

Il *metodo statistico* attribuisce al soggetto dei punteggi in relazione a fattori negativi e positivi di predittività. Il punteggio statistico differisce a seconda del gruppo di rischio preso in considerazione, che ha una certa percentuale di recidiva.

Nell’“utilizzo di questo metodo possiamo individuare alcune problematiche.

In primo luogo l’“inserimento del soggetto in un dato gruppo di rischio si basa su una presunzione di non agevole verifica; inoltre non predice nulla sulla sua probabilità di recidivare, ma indica solo che, in base ai fattori negativi, il gruppo di appartenenza ha una certa percentuale di recidiva. Questa generalizzazione, soprattutto nei soggetti affetti da disturbi psichici, si presta a diverse critiche, avendo il demerito di ridurre la personalità umana ad un

¹⁰⁸ Vedi Pellissero M., *Pericolosità sociale e doppio binario. Vecchi e nuovi strumenti di incapacitazione*, Giappichelli, Torino, 2008; Collica M. T., *La crisi del concetto di autore non imputabile “pericoloso”*, in «Diritto Penale Contemporaneo», novembre 2012;

conteggio di punti, senza prendere in considerazione la specificità del caso. Il *metodo clinico* affida in via principale il giudizio sulla pericolosità al perito attraverso l'osservazione e l'analisi psichiatrica della personalità. Il suo limite consiste nell'affidare *tout court* la valutazione all'esperto, rendendola, quindi, completamente dipendente dalle sue competenze professionali (psicologiche o psichiatriche) e spesso senza un'adeguata attenzione all'ambito sociale di provenienza del soggetto esaminato.

Il terzo metodo, non esente da limiti, rimane quello più completo. Si tratta del *metodo combinato*, che tiene conto di tutti i fattori – clinici, sociologici e statistici – e che, per il coinvolgimento di numerosi professionisti, comporta costi di una certa entità.

Il punto debole di tutti i metodi proposti risiede nella difficoltà di evitare un giudizio intuitivo, basato cioè su esperienze di vita, pregiudizi e conoscenze personali: fattori culturali, dunque, che sfuggono al controllo.

L'elevato tasso d'inattendibilità di questi giudizi potrebbe, in linea teorica, avere una ricaduta o sulle istanze di difesa sociale o sulle garanzie di libertà individuale. Molto più spesso, nel bilanciamento d'interessi effettuato dal giudice, prevalgono le prime, comportando un'ingiusta compromissione della libertà personale. Gli errori nelle predizioni, infatti, possono essere di due tipi. Si può parlare di falsi negativi, se la persona valutata non pericolosa commette un reato una volta rimessa in libertà, e di falsi positivi, se una persona viene considerata pericolosa e privata della libertà, pur in mancanza di rischi effettivi.

Il falso negativo è falsificabile nel momento in cui viene commesso un nuovo reato, mentre quello positivo non si presta ad esserlo. Non si può quindi escludere che la prevalenza di falsi positivi derivi dal timore del giudice di incorrere in responsabilità nel caso di errata predizione.

Un altro profilo critico concerne la difficoltà di giudizi di pericolosità a lungo termine, poiché a partire dagli anni '80 alcuni studi hanno ammesso, sulla base di dati empirici, la possibilità di prognosi attendibili solo nel brevissimo periodo¹⁰⁹.

Più recentemente si è proposto di abbandonare completamente il concetto di

¹⁰⁹ Ad es.: Palermo G., Ferracutti F., Del Forno G., Ferracutti S., Liska F., Palermo G. M., *Considerazioni sulla predicibilità del comportamento violento*, in «L'Indice penale», 1992;

pericolosità sociale, a favore della *pericolosità situazionale*. Una prognosi sul comportamento futuro viene, in questo caso, correlata prevalentemente al contesto ambientale e di relazione in cui è collocato il soggetto e, solo secondariamente, alle sue caratteristiche bio-antropologiche. Anche in questo caso l'accertamento non è di facile esecuzione, soprattutto se bisogna valutare la cessazione della misura, visto che la prognosi sul comportamento in libertà va effettuata in istituto.

Occupandoci di quello che attiene più nello specifico ai rapporti tra malattia mentale e pericolosità, gli studi condotti fino ad oggi hanno fissato alcuni punti fermi¹¹⁰.

La violenza del malato di mente è considerata *aspecifica*, ossia dipendente dal contesto in cui la persona è inserita. Questo vale anche se, da un'indagine condotta nel 2002 da Andreoli sugli OPG italiani, è emerso che la patologia più rappresentata era costituita dalle psicosi gravi (84%)¹¹¹. La correlazione tra patologia e violenza non ha, infatti, carattere di validità scientifica universale: una condizione psicotica grave non conduce necessariamente il soggetto ad essere pericoloso o violento.

Quanto finora detto chiarisce ulteriormente il dibattito che negli ultimi anni sta coinvolgendo psichiatria, criminologia e diritto. La pericolosità sociale non è un concetto dotato di validità scientifica. Si tratta più di una nozione giuridica, che di una medico-psichiatrica¹¹². Questo il motivo per cui gran parte della psichiatria ha rifiutato la delega in tema di accertamento della pericolosità. Secondo Pellissero: *“ad essere messo in discussione è lo stesso ruolo della perizia psichiatrica. [...] È indispensabile una integrazione del giudizio peritale con quello del magistrato giudicante. [...] Ciò non esclude l'attribuzione di un ruolo al perito, ma va limitato l'oggetto del quesito alle possibili correlazioni tra patologia e certe sue forme di manifestazione, alla prognosi sullo sviluppo della malattia e sulle possibili soluzioni terapeutico-*

¹¹⁰ Vedi tra gli altri Manna A., *Sull' "abolizione" degli ospedali psichiatrici giudiziari: pericolosità sociale o bisogno di terapia?*, in «Rivista italiana di diritto e procedura penale», 2013, n.3, Ferrannini L., Peloso P. F., *Il comportamento violento in psichiatria e il disturbo antisociale di personalità: problemi e prospettive nell'intervento del dipartimento di salute mentale*, in «Rassegna italiana di criminologia», 2000;

¹¹¹ Andreoli V., *Anatomia degli ospedali psichiatrici giudiziari italiani*, Pubblicazione del Dipartimento dell'amministrazione penitenziaria, Roma, 2002;

¹¹² Manacorda A. (a cura di), *Folli o reclusi, una ricerca sugli internamenti negli ospedali psichiatrici giudiziari*, La casa Usher, Firenze, 1988;

riabilitative, alla valutazione dell' idoneità delle strutture presenti sul territorio ad offrire un supporto terapeutico di contenimento delle manifestazioni patologiche"¹¹³.

Parte della psichiatria è sempre più refrattaria a condividere con la giustizia penale quel ruolo di controllo sociale che storicamente le era stato affidato. Se la psichiatria negli ultimi anni ha rivolto sempre più attenzioni alle istanze terapeutiche, la giustizia penale continua ad avere un mandato di tutela della collettività. Il binomio cura-custodia rimane legato a quella malattia-pericolosità, ormai consegnato alla storia dalla riforma psichiatrica del '78.

Alcuni propongono un abbandono del riferimento alla pericolosità sociale per l'applicazione delle misure di sicurezza e la sua sostituzione con altri presupposti, come il "bisogno di trattamento e di cura"¹¹⁴.

In contrapposizione a chi sostiene l' estraneità della scienza psichiatrica alla valutazione di pericolosità sociale, esiste un filone di orientamento diverso.

In presenza di alcune tipologie di disturbi, alcuni ritengono si possa individuare una probabilità di recidiva supportata con parametri scientifici: si tratta dei sostenitori delle ricerche sperimentali delle neuroscienze. Questo ambito di studio si serve di strumenti quali le tecniche di *neuroimaging*, la neuroanatomia, gli studi di biologia molecolare e di genetica comportamentale¹¹⁵.

Come rilevato dalla Bertolino¹¹⁶, non va sottovalutato il rischio di "neuroriduzionismo" o "neuroscientismo", che legittimerebbe l'idea di un determinismo dell'uomo del tutto estranea al diritto.

L'idea di un "intrusione" tale nel corpo e nella mente dei soggetti coinvolti si presta ad evidenti critiche dal punto di vista di un'etica delle tecniche

¹¹³ Pellissero M., *Op. cit.*, p. 120, cfr. Collica M. T., *Il giudizio di imputabilità tra complessità fenomenica ed esigenze di rigore scientifico*, in «Rivista italiana di diritto e procedura penale», n.3\2008;

¹¹⁴ Cfr. Collica M. T., *Vizio di mente*, 2007;

¹¹⁵ Propone di fare un più largo utilizzo di queste tecniche, senza rinunciare all'esame clinico del soggetto e delle sue condizioni ambientali: Collica M. T. *La crisi*, 2012; Collica M. T., *Il riconoscimento del ruolo delle neuroscienze nel giudizio di imputabilità*, in «Diritto penale contemporaneo», 2011; Merzagora Betsos I., *Il colpevole è il cervello*, 2011; Più critiche vengono mosse da: Bertolino M., *Prove neuro-psicologiche di verità penale*, in «Diritto penale contemporaneo», 2012; Bertolino M., *L'imputabilità penale tra cervello e mente*, in «Rivista italiana di medicina legale», n.3/2012;

¹¹⁶ Bertolino M., *Prove neuro-psicologiche di verità penale*, in «Diritto penale contemporaneo», 2012;

probatorie.

Non bisogna nemmeno sottovalutare il rischio, per il giudice, d'incorrere in fallacie del ragionamento giudiziario con l'irrompere di questi strumenti nel procedimento. È probabile, infatti, che questi finisca per affidarsi al pensiero spontaneo, facendo discendere dalle prove acquisite supposizioni del tutto erronee ed a-scientifiche.

Il nuovo realismo mentale, conclude, infine, per un modello pluralistico, per il quale “*ci sono molti livelli di spiegazione mentale, alcuni operanti a livello neurale, altri a livello psicologico, sociale e culturale*”¹¹⁷ che devono essere tutti presi in considerazione nel giudizio sulla responsabilità penale.

3. L'imputabilità penale e il vizio di mente.

Il codice penale italiano stabilisce, all'articolo 85, che “*Nessuno può essere punito per un fatto previsto dalla legge come reato, se, al momento in cui lo ha commesso non era imputabile*” e prosegue affermando: “*È imputabile chi ha la capacità d'intendere e di volere*”.

L'imputabilità viene considerata, da ampia parte della dottrina penalistica, come una qualificazione giuridica soggettiva inerente al reo e non al reato. Il rapporto tra imputabilità e reato viene quindi considerato di assoluta indipendenza, potendo ben sussistere il secondo in assenza della prima.

Altri, invece, la considerano un presupposto della colpevolezza e, in quanto questa richiede maturità e normalità psichica, affermano che non possa esserci dolo o colpa senza imputabilità. Quest'orientamento non sembra condivisibile, dato che non c'è alcuna norma che, direttamente o indirettamente, impedisca l'applicazione anche nei confronti dei soggetti non imputabili di tutte le disposizioni comunque attinenti alla riferibilità psichica del fatto al suo autore, quali quelle contenute negli articoli 42, 45 e 46 del c. p.; inoltre, gli articoli 222 e 224 del c. p. fissano, per le misure di sicurezza dell'ospedale psichiatrico giudiziario e del riformatorio giudiziario, dei minimi di durata che dipendono dalla gravità del reato, quindi, siccome questa va ricavata - per l'art. 133 - anche dall'intensità del dolo o dal grado

¹¹⁷ Cit. Di Francesco M., *Realismo mentale*, p.225, in Bertolino M., *Prove neuro-psicologiche di verità penale*, in «Diritto penale contemporaneo», 2012;

della colpa, il giudice è obbligato ad accertare se il fatto compiuto dall'incapace è doloso o colposo.

L'imputabilità viene specificata solo attraverso il riflesso del suo concetto negativo, la non imputabilità, cioè le cause di esclusione della prima¹¹⁸. Tra queste rileva il vizio totale di mente disciplinato all'articolo 88 del codice penale¹¹⁹.

Il giudizio d'imputabilità, ad oggi, almeno in tema di vizio di mente, non si fonda su premesse concettualmente definite e dal punto di vista empirico verificabili.

La teoria e la prassi penalistica si sono da tempo pronunciate verso un concetto di infermità mentale che lasci spazio anche all'assistenza e al rispetto dei diritti dell'individuo, esigenze queste che sono sacrificate da una risposta penale esclusivamente orientata alle esigenze di difesa e controllo sociale.

Alcuni psichiatri forensi, in questo contesto, chiedono di abolire l'istituto dell'imputabilità¹²⁰ e di sottoporre anche gli incapaci ad una pena che dovrebbe essere orientata a finalità terapeutiche. Da un lato parte della psichiatria rifiuta di farsi carico di quelle esigenze di controllo sociale alle quali per lungo tempo era stata delegata; dall'altro riconosce la propria impotenza scientifica: l'odierna psichiatria è incapace “*di identificare l'infermità e di valutare esattamente la capacità di intendere e di volere dei*

¹¹⁸ Più specificatamente esse sono:

1. la minore età
2. l'infermità di mente
3. il sordomutismo
4. l'ubriachezza
5. l'intossicazione da sostanze stupefacenti;

¹¹⁹ “Non è imputabile chi, nel momento in cui ha commesso il fatto, era, per infermità, in tale stato di mente da escludere la capacità di intendere o di volere”.

¹²⁰ “[...] ogni individuo di qualsiasi età, purché sia in condizioni di vigilanza (escludendo quindi il sonno profondo ed il coma) è – in modi e gradi diversi – sempre capace d'intendere e volere. Con ciò si vuole dire che ogni individuo è – in ogni stato e fase della sua vita – il prodotto delle condizioni storiche vissute fino a quell'istante; che su di lui influiscono spinte culturali e biologiche di tipo diverso e talora contraddittorie; che a nessuno dei suoi atti può in linea di principio essere negata una qualche forma di comprensibilità; che nessuno – infine – appare abilitato a giudicare sull'esistenza o meno di istanze così profonde all'interno di un altro uomo” Manacorda A., *Il manicomio giudiziario*, De Donato, Bari, 1982, p. 41; per altri riferimenti alle tendenze abolizioniste nella psichiatria italiana cfr. Intronà F., *Se e come siano da modificare le vigenti norme sull'imputabilità*, in «Rivista italiana di medicina legale», 1999, n.3;

portatori del disturbo mentale”¹²¹.

Nel testo “*I confini della responsabilità*” di Rossella Selmini, si può trovare una puntuale disamina del dibattito accademico, specialmente in Inghilterra e Stati Uniti, sulla tematica dell'imputabilità.

La principale esponente delle teorie abolizioniste è la criminologa inglese Barbara Wotton. Il suo pensiero rievoca i temi di fondo della scuola positiva, nonostante la Wotton precisi la sua estraneità da interpretazioni rigidamente deterministe del comportamento umano. Secondo quest'orientamento, la responsabilità criminale dev'essere eliminata attraverso la cancellazione della distinzione tra dolo e colpa e tra soggetti imputabili e non. Il nesso causale tra condotta ed evento è sufficiente per rendere penalmente perseguibile un soggetto. La Wotton ritiene che non ci sia scientificità nella definizione di malattia mentale, ma che si tratti di un giudizio morale che si riduce in un comportamento in contrasto con i valori dominanti. Inoltre ritiene che la risposta nei confronti dell'autore di reato non imputabile per infermità mentale sia comunque di tipo retributivo e non solo trattamentale¹²². La criminologa conclude affermando che le condizioni mentali del condannato devono rilevare solo ai fini del trattamento più adeguato alle esigenze del soggetto e agli scopi di prevenzione speciale.

Il *Mens Rea Approach* deriva dalle riflessioni di Norval Morris. Per quest'ultimo, il reato è un fenomeno predeterminato o dalle caratteristiche soggettive o da condizioni di “deprivazione sociale”. La responsabilità quindi è esclusivamente sociale.

Il vero problema che la società ha, secondo questa discutibile teoria, è quello della pericolosità sociale.

L'autore, pur partendo da un discorso critico nei confronti della psichiatria, finisce per concludere che debba essere questa l'unica ad occuparsi della prognosi e del trattamento dell'autore di reato malato di mente¹²³.

Agli inizi degli anni '60, negli Stati Uniti, si sviluppa la prima teoria giuridica abolizionista, grazie al contributo di Goldstei e Katz. Questi

¹²¹ Ponti G., Merzagora I. B., *Psichiatria e giustizia*, 1993, Milano;

¹²² L'autrice si riferisce al sistema inglese dell'insanity defense, per un approfondimento vedi Selmini R., *I confini della responsabilità*, Edizioni Scientifiche Italiane, Napoli, 1998;

¹²³ Propone addirittura un laboratorio di sperimentazione per socialmente pericolosi a completa gestione medica.

affermano che la legislazione penale in tema d'infermità non sia assolutamente ispirata alla difesa del soggetto, ma esclusivamente ad istanze di difesa sociale. La rivalutazione dello *status* di malato di mente rispetto agli altri autori di reato s'inserisce in un modello legalistico e oggettivo.

Negli anni '70 iniziano ad emergere le teorie abolizioniste repressive del *Just desert movement*, della *Rational choice perspective* e del *Decision making approach*. Tutti questi filoni di pensiero partono dal presupposto che sia necessario difendere la società dall'allargamento delle maglie della giustizia penale. L'idea del trattamento e della rieducazione viene considerata illusoria ed è, quindi, necessario rassicurare l'opinione pubblica, a loro avviso legittimamente preoccupata, dal rischio che le scappatoie concesse ai criminali dal sistema penale comportano. Criminalizzare i comportamenti individualizzando la responsabilità: tutti sono *potenziali criminali* da cui è necessario difendersi¹²⁴.

Lo spostamento dell'attenzione sul fatto di reato, caratteristico delle teorie oggettivo-responsabilizzanti, si presta a funzioni intimidatorie, attraverso un irrigidimento della risposta penale e a funzioni di prevenzione situazionale. Tutte le teorie sopra esposte non prescindono mai dal riconoscimento dell'esistenza della malattia mentale.

La responsabilità del malato in questo contesto viene invocata in termini di opportunità, non essendo effettivamente esplicito in cosa essa possa consistere.

Esiste però, un'ulteriore posizione abolizionista che parte proprio dal presupposto dell'inesistenza della malattia mentale, anzi, sottolinea che tale definizione sia esclusivamente ad appannaggio delle istanze di controllo e sanzionatorie sui soggetti che hanno comportamenti moralmente o socialmente riprovevoli¹²⁵.

Posizioni simili, che non negano però, l'esistenza della malattia mentale, si ritrovano nel dibattito sviluppatosi in Europa continentale sull'imputabilità.

¹²⁴ “Non c'è da stupirsi se i processi in cui viene sollevata un'insanity defense contribuiscono a diffondere cinismo e scetticismo nell'opinione pubblica rispetto all'efficacia del sistema di giustizia penale” cit. Smith W.F., *Limiting the insanity defense: a rational approach to irrational crimes*, in «University of Missouri Law Review», 47, p. 611

¹²⁵ “Insisto nell'affermare che qui non abbiamo a che fare con due tipologie di esseri umani, ma con due diverse spiegazioni delle azioni umane” cit. Szasz T., *Insanity. The idea and its consequences*, New York, 1987, p. 357 in Selmini R., *Op. cit.*, p. 64;

Si tratta di un filone penalistico che si rifà ad alcune considerazioni della psichiatria francese dell'epoca che individuava nella de-responsabilizzazione la causa principale della decadenza e dell'inefficienza terapeutica degli istituti manicomiali. Questo orientamento basa la sua idea sull'esigenza di riconoscere la responsabilità del malato come suo diritto finalizzato alla restituzione dell'umanità allo stesso¹²⁶. Si riteneva adatta la risposta carceraria, anche in ambito italiano,¹²⁷ in virtù della fiducia che la riforma del sistema penitenziario aveva infuso in molti. Si credeva, inoltre, che il trattamento terapeutico passasse proprio attraverso il riconoscimento processuale della riprovevolezza del comportamento.

In un contesto più generale di riforma del concetto stesso di reato e di pena, s'inseriscono le teorie che hanno come obiettivo la riduzione o l'abolizione dell'intervento penale¹²⁸. Si tratta di quell'orientamento che, rifacendosi ai teorici del *Labeling*¹²⁹, in tema d'imputabilità afferma che la malattia mentale dipenda più da valutazioni sociali che mediche. Gli infermi di mente appartengono a una categoria sociale che evidenzia particolarmente l'appartenenza ad un ordine sociale e culturale diverso da quello dominante. Si ritiene necessario sostituire le risposte stigmatizzanti e repressive con forme riparatorie dell'illecito di tipo amministrativo e civile. Si cercano quindi delle alternative al sistema di giustizia penale.

Un'altra articolazione di questo orientamento, che non esclude il carcere come "male minore" anche per l'infermo psichico, prevede la scomparsa del

¹²⁶ Varaut J. M., *L'irresponsabilité pénale des délinquants aliénés et anormaux mentaux*, in Selmini R., *Op. cit.*, p. 64 e segg.;

¹²⁷ Daga L., *Ospedali psichiatrici giudiziari, sistema penale e sistema penitenziario*, in «Rassegna penitenziaria e criminologica», 1, 3, pp. 1-52;

¹²⁸ Cfr Selmini R., *Op. cit.*, pp. 65-69;

¹²⁹ La teoria dell'etichettamento si sviluppa nel corso degli anni '60 in continuità con la tradizione della Scuola di Chicago, soprattutto col pensiero di George Herbert Mead, ed ha come esponenti maggiori Edwin Lemert e Howard Becker. Quello che rende questa teoria fortemente innovativa nel panorama criminologico di quegli anni è il mutamento dell'oggetto di studio. Infatti all'analisi della devianza si preferisce quella dei processi di controllo sociale considerati "produttori di devianza". I tecnici del *labelling approach* affermano che il deviante non è tale in quanto commette certe azioni, ma perché la società qualifica come tale chi compie quelle azioni. I gruppi sociali creano devianza approvando le norme ed applicandole ad alcune persone etichettate come *outsiders*: deviante è colui al quale l'etichetta è stata applicata con successo. Il soggetto etichettato ristrutturava il proprio comportamento fino ad aderire alle aspettative che gli altri hanno su di lui, il ruolo di deviante viene visto come soluzione alla situazione di *stress* in cui l'individuo si trova. Alla devianza primaria non è detto che consegua una stigmatizzazione del soggetto, infatti, uno degli esiti che, secondo Lemert, può scaturire da alcuni atti devianti è la normalizzazione della diversità.

giudizio d'imputabilità, limitando la valutazione alla responsabilità per l'atto compiuto. Prevede, quindi, la scomparsa delle misure di sicurezza e del doppio binario. Quando non sia possibile intervenire con sistemi riparatori di carattere non punitivo, la risposta contenitiva prospettata è sempre la stessa: il carcere. Quello che dev'essere garantito è una differenziazione sul piano trattamentale a seconda delle esigenze individuali della persona detenuta (psichiche, mediche, educative, assistenziali)¹³⁰.

Per quanto riguarda la teorie anti-abolizioniste esse, a differenza di quelle appena esaminate, non si caratterizzano a seconda del loro inquadramento in modelli soggettivi o oggettivi di diritto penale, ma le argomentazioni dei loro ideatori fanno generalmente riferimento ai modelli misti, che sono poi quelli adottati nei vari sistemi penali.

Hart, pur riconoscendo la difficoltà di definizione e l'opinabile scientificità del concetto di malattia mentale, afferma che escludere dalla sottoposizione alla pena gli infermi di mente rappresenti un'esigenza di giustizia e civiltà, altrimenti si arriverebbe al paradosso di comminare una pena ad un soggetto al quale non è possibile muovere un rimprovero.

Packer afferma che a livello simbolico la scelta anti-abolizionista garantisca l'ordine interno ed esterno al sistema penale, in quanto se fosse eliminata la distinzione tra responsabili e non si rischierebbe di eliminare la connessione tra comportamento criminale e libera scelta. Oggettivare la responsabilità provocherebbe riflessi complessivi su tutto il sistema degli elementi soggettivi del reato (dolo e colpa) e, in senso lato, sull'ordine sociale. Quello che questi autori propongono è una limitazione dell'ambito di applicazione dell'istituto dell'*insanity defense*, infatti *“la legge deve richiedere a tutti i soggetti il più alto grado di auto-controllo e deve scusare soltanto coloro che sono incapaci di qualunque forma di auto-disciplina”*¹³¹.

Si tratta, secondo queste teorie, di questione giuridica e non psichiatrica; l'incapacità di controllare i propri atti viene vista come un comportamento moralmente riprovevole e non come una patologia.

La questione della responsabilità o meno dell'autore di reato infermo di

¹³⁰ Cfr. Baratta A., *Principi del diritto penale minimo. Per una teoria dei diritti umani come oggetti e limiti della legge penale*, in *“Il diritto penale minimo. La questione criminale tra riduzionismo e abolizionismo”*, Edizioni Scientifiche Italiane, Napoli, 1986;

¹³¹ Morse S., *Retaining a modified insanity defense*, in Selmini R., *Op.cit.*;

mente è affare assai delicato.

Come abbiamo potuto vedere anche le teorie responsabilizzanti, si prestano ad essere utilizzate in maniera strumentale e simbolica, in funzione preventiva, e spesso non rappresentano alcun beneficio sul piano trattamentale, andando esclusivamente a spostare la differenziazione tra infermi e non al momento dell'esecuzione penale. In particolare ciò è evidente nelle teorie abolizioniste come quelle del *Just desert movement*, del *Justice model* e della *Rational Choise Theory*, nelle quali prevale un'ascrizione formale di responsabilità.

Anche quegli orientamenti riduzionisti ispirati a motivazioni di tipo umanitario e di giustizia, nei quali, invece, si può segnalare un'ascrizione sostanziale di responsabilità, non sono comunque esenti da critiche. Come correttamente evidenziato dalla Selmini “*rimane l'impressione che l'operazione condotta manchi dei necessari presupposti scientifici, cioè proprio di quel contenuto della nozione di responsabilità che le teorie esaminate riconducono esclusivamente al contesto sociale del soggetto; [...] la responsabilità viene comunque attribuita con un'operazione artificiosa e l'equiparazione dei soggetti rimane un'enunciazione formale: 'una proclamazione ideologica piuttosto che un criterio di conformazione (che sarebbe stato irragionevole) d'una disciplina uguale per tutti' (Pulitanò, 1988, 137)*”¹³². Inoltre, come abbiamo avuto modi di vedere nel primo capitolo parlando dei progetti di eliminazione dell'imputabilità proposti nel nostro ordinamento, al riconoscimento della responsabilità all'infermo psichico consegue solo la sua sottoposizione alla pena carceraria¹³³

Nonostante le critiche espresse nei confronti delle posizioni abolizioniste, non si può prescindere dalla forza morale delle stesse. Come ho avuto modo di spiegare nel primo capitolo, la discussione sugli OPG. si acui negli anni '70 sia per gli scandali che travolsero molte strutture, sia per il contesto più generale di ripensamento sulla questione dell'infermità mentale. Quello che veniva maggiormente denunciato era la fatiscenza delle strutture, la violenza

¹³² Cit. Selmini R., *Op. cit.*, p. 144;

¹³³ “S'intende forse, *hegelianamente*, che anche l'assoggettabilità a pena sia necessaria al fine di onorare l'infermo di mente quale essere morale?” Pulitanò D., *L'imputabilità come problema giuridico*, in Selmini R., *Op. cit.*;

che regnava al loro interno e la totale assenza di una funzione terapeutica¹³⁴. In questo senso le posizioni abolizioniste nascono da un'esigenza di rottura con un modo di pensare al trattamento del malato di mente rivolto più al controllo della sua presunta pericolosità, che alla necessità di un percorso terapeutico-riabilitativo.

4. La responsabilizzazione: pro e contro.

Partendo dalla considerazione che quanto esposto appena sopra sia assolutamente condivisibile, bisogna analizzare meglio alcuni passaggi.

Capita spesso che in soggetti, affetti o meno da disagio psichico, non vi sia un'immediata accettazione del reato commesso. I meccanismi di rimozione dell'illecito sono, ormai da anni, materia di studio di molti psicoanalisti.

Nel corso della mia ricerca di tesi, ho avuto la fortuna di potermi confrontare con chi, di queste questioni, ha una conoscenza non solo teorica, ma pratica.

Si tratta delle riflessioni di S. D., ex riabilitatrice psichiatrica dell'OPG di Reggio Emilia, raccolte durante una lunga intervista.

Interrogata sull'annosa questione *imputabilità/non imputabilità* dell'infermo psichico autore di reato e sui *pro e contro* dei processi di responsabilizzazione, così risponde:

È difficile dare delle risposte secche. In psichiatria ti insegnano che ogni caso va affrontato singolarmente, che non ci sono ricette preconfezionate, che tutto va individualizzato, e finché lo leggi non capisci cosa significhi, ti accorgi di quanto è vero solo quando inizi a farlo. Uno dei problemi dell'OPG è che ci sono regole uguali per tutti ed è difficile costruire percorsi individuali. È complicato quindi dare una risposta anche rispetto al percorso giuridico. Da un punto di vista sanitario è difficile mettere in pratica il discorso della responsabilizzazione per tutti, perché con alcuni pazienti non si riesce proprio a parlare di quanto accaduto. L'esame di realtà è molto faticoso e a livello terapeutico si rischia di farli scoppiare, perché non riescono a contenere tante emozioni e stimoli diversi. Ad esempio: un paziente che ha un disturbo di personalità tanto forte da arrivare al delirio quando si toccano determinate corde emotive, non accetterà mai di sentirsi dire che ha sbagliato. Il rapporto terapeutico si basa sul fatto che l'operatore deve sapere quello che si può permettere di dire e come

¹³⁴ In parte, si tratta delle stesse problematiche rilevate in anni recenti dalla Commissione Marino.

dirlo. Non tutti hanno un esame di realtà corretto, la delicatezza è fondamentale. Il conflitto interiore che c'è va gestito con molto tatto, altrimenti si rischia di perdere il contatto e la fiducia del paziente. Il lavoro psichiatrico non passa attraverso lo sbattere in faccia realisticamente un avvenimento così forte, non sarebbe tollerabile.

Non so perché, ma parlando di questa cosa mi viene in mente un paziente che, probabilmente, avrebbe ammazzato anche me se gli avesse fatto presente quello che aveva fatto. Ci sono inoltre pazienti che hanno strutture di personalità che li portano ad essere divorati dal senso di colpa. C'è anche chi ti direbbe: 'io lo rifarei domani'. C'è un ventaglio di situazioni davvero molto ampio. Non è che non si può parlare del reato, però viene tutto ragionato in una logica di quello che è tollerabile per quella persona, quali sono i suoi punti critici. Si può parlare del reato nella misura di domande quali 'tu come l'hai vissuto?', secondo te perché è successo?'. Un piano di delicatezza che ti permetta di capire quali dinamiche ci sono dietro. Questo paziente che mi veniva in mente aveva una struttura assolutamente narcisistica a livello esponenziale, nascondeva un Io fragilissimo che si sgretolava al minimo fallimento. Seguito dai servizi, leggermente paranoico, sorprende la mamma a mettergli le medicine nella minestra. Lui non è convinto di avere un disturbo! Questo susseguirsi di eventi fatti alle sue spalle hanno portato al fatto che ha ammazzato sua mamma. Ho l'idea molto forte che calcare la mano sul discorso della colpevolezza, riporti comunque alla mente del paziente tematiche più calde, come in questo caso l'incapacità o il fatto di ammettere di avere un disturbo o addirittura che sia portato a credere che la malattia l'abbia spinto a commettere un certo gesto. Tu potevi provare a far capire attraverso le dinamiche quotidiane che questo termometro delle incapacità diventava a 40 gradi non appena una situazione non lo faceva sentire in grado di fronteggiarla. Per fartela breve, con tanti pazienti non si può metterli di fronte al fatto commesso, anche perché hanno un sistema di difese molto radicate per cui rielaborano il reato in una rievocazione distorta.

Se non hai un rapporto di collaborazione coi servizi fuori, a volte non ce la fai nemmeno a capire cosa effettivamente sia successo. Bisogna stare molto attenti, anche perché il rischio suicidio è enorme in questi luoghi.

Dalle parole appena lette appare evidente quanto questa questione non vada semplificata.

La stessa presenza in tribunale della persona affetta da disagio psichico potrebbe comportare gravi conseguenze sul suo equilibrio psicologico. Che fare, dunque, nel momento in cui una persona con disturbo mentale commette un reato?

Questa è la stessa domanda che si è posta la psicologa Fernanda Otoni, ideatrice del “Programma di Attenzione Integrale al paziente giudiziario” sviluppato dal tribunale di giustizia dello Stato di Minas Gerais a Belo Horizonte in Brasile nel 2001. La sua è una risposta di tipo sanitario. Dall'esperienza brasiliana, Virgilio De Mattos, professore di Criminologia e Scienze Politiche a Belo Horizonte, ha tratto un interessante volume, tradotto in italiano con il titolo “*Una via d'uscita. Per una critica della misura di sicurezza e della pericolosità sociale. L'esperienza dell'ospedale psichiatrico giudiziario nello Stato di Minas Gerais*”¹³⁵.

Nel testo originale, risalente al 2006, l'autore presenta i dati di questo programma a distanza di cinque anni dal suo inizio. Oltre mille malati di mente autori di reato sono stati seguiti e la percentuale di recidiva è stata prossima allo zero, principalmente per i reati contro la persona. Il programma si occupa non solo di trattamento, ma anche di prevenzione, basata principalmente sulla responsabilizzazione dei pazienti che sono aiutati in questo delicato processo da familiari e personale specializzato.

Convivono in questo progetto tre azioni, quella giuridica, quella sociale e quella clinica. Il programma predisposto dal tribunale di giustizia, ha coinvolto, infatti, sia figure professionali che familiari.

Gli studi condotti sull'esperienza hanno dato interessanti risposte anche sulla prevedibilità di determinati comportamenti. La coordinatrice, Fernanda Otoni de Barrios, in un'intervista rilasciata all'autore nel 2005 così si esprime:

In vari casi, tra quelli che noi seguiamo, ci sono state delle crisi durante il periodo di trattamento. Ma è stata proprio la nostra presenza che ha impedito un nuovo passaggio all'atto, poiché il soggetto aveva la possibilità di far affidamento su di un sostegno. Che cosa significa passare all'atto? È un forte allontanamento dall'altro. Avviene quando il soggetto non ha più nessuna cosa a cui aggrapparsi. In quel momento il soggetto va via. Rompe come se fosse un oggetto. [...] Il soggetto però ci avverte, perché questa situazione gli dà angoscia... è per questo che il soggetto ci avvisa. È quando si è presenti con un sostegno, con l'attenzione, il soggetto si aggrappa a tutto questo¹³⁶.

¹³⁵ Edizioni Alfabeta Verlag, Merano, 2012;

¹³⁶ De Mattos V., *Una via d'uscita*, p. 182;

Sembra da queste parole, che un'effettiva presa in carico del paziente da parte di un'equipe formata da persone con diverse competenze, possa comportare ottimi risultati¹³⁷.

Sull'importanza dell'osservazione, che può realmente evitare che il paziente *passi all'atto*, concentra la sua attenzione anche S. D. che dichiara:

L'osservazione del paziente da parte del sanitario, la conoscenza delle sue abitudini, fanno la differenza. Notare i cambiamenti di espressione, di tensione, qualche gesto, il tono di voce a volte permettono di capire che il paziente in quel momento non sta tanto bene. Il bravo sanitario è quello che riesce ad instaurare un rapporto di fiducia col paziente, affronta il discorso, chiedendogli come si sente, se non sta bene, instaura un dialogo su questa cosa. Nelle situazioni più gravi si avvisa lo psichiatra e si fa un colloquio anche con chi ha notato dei segnali di scompenso. A volte tra primi segnali di scompenso e crisi il tempo è brevissimo, ma è la relazione spesso ad evitare che il paziente arrivi nella condizione più acuta. Credo che l'operatore abbia il 50% di responsabilità.

Un altro fattore positivo che viene sottolineato dalla Otoni nel corso dell'intervista concerne la possibilità di uscire dalla struttura chiusa da parte del paziente, accompagnato dagli operatori. Afferma, infatti:

Ciò che abbiamo costruito in questi casi è possibile soltanto in contesti urbani; accade soltanto quando l'individuo può liberamente circolare. È nelle situazioni di libertà che si devono trovare le risorse per affrontare gli ostacoli. Se il paziente rimane chiuso in un contenitore e poi si apre la porta perché possa uscire, si troverà dinnanzi agli stessi problemi di prima. Il paziente invece deve essere accompagnato, man mano che affronta i problemi¹³⁸.

Anche nel corso dell'intervista effettuata con S. D. emerge l'importanza della licenza a termine¹³⁹ (oraria o giornaliera) per i pazienti:

¹³⁷ De Mattos nel descrivere i pregi di questo programma ne individua uno molto pratico: il costo della presa in carico effettuata in questo modo è sette volte inferiore a quella classica del ricovero in ospedale psichiatrico giudiziario;

¹³⁸ De Mattos, *Op. cit.*, p.184;

¹³⁹ Si differenzia dalla licenza finale di esperimento che consiste nella facoltà di sperimentare, durante gli ultimi sei mesi di applicazione della misura di sicurezza, uno stile di vita autonomo, all'esterno dell'OPG., spesso in altre strutture psichiatriche, al fine di testare il grado di risocializzazione del soggetto.

La licenza è chiaramente una responsabilità grossa per l'operatore, io l'ho sempre fatto. Ho sempre creduto fondamentale che i pazienti avessero attorno persone vogliose di farlo, perché per loro è una conquista. Quando arriva la licenza vuol dire che il tuo medico, la tua equipe ti ha dato fiducia, che il magistrato l'ha concessa sulla base di una valutazione sanitaria. Sapere di avere una licenza e non avere nessun operatore che si assume la responsabilità di organizzarla secondo me è molto frustrante. A me personalmente non è mai capitato nulla. Soprattutto con la bella stagione, almeno una volta o due al mese ho cercato di organizzare le gite in bici, la festa dell'unità... Qualsiasi cosa viene comunque vissuta con estrema gioia, nonostante sotto certi punti di vista sia molto limitante avendo loro sempre i soldi contati. Durante l'uscita in realtà si nutrono di gesti molto semplici. Però ci tengo a precisare che fa bene anche all'operatore viverli fuori. Da un lato, perché solo così si sperimenta veramente il loro livello di autonomia e quindi, comunque, è una prova da affrontare e dall'altro perché non si può osservarli solo in un contesto chiuso. Nel reparto dov'ero io (Antares), non si è mai pensato di dimettere un paziente senza prima aver sperimentato le licenze.

5. Il rapporto tra sanitari e polizia penitenziaria: verso la “sanitarizzazione”.

Io ho sperimentato un po' di tutto. Ci sono tante brave persone, che non è detto che comprendano tutte le dinamiche sanitarie, ma se c'è rispetto reciproco si riesce a collaborare. A volte invece, altrettanti, non avendo una formazione psichiatrica, non si rendono conto di quali siano le esigenze sanitarie e si relazionano col paziente in un modo controproducente e nocivo. Una delle cause maggiori della conflittualità è la diversità di obiettivi. Il luogo comune che c'è in OPG. è proprio questo: i sanitari criticano il modo di fare della polizia penitenziaria, però quando c'è un'emergenza la chiamano per intervenire. È vero, ma lo è perché ci sono delle situazioni in cui non si può prescindere dal loro intervento. È altrettanto vero che si potrebbe collaborare meglio. Mi rendo conto che la formazione di un agente penitenziario che ha lavorato in carcere è molto diversa da quella di un operatore che ha studiato per un reinserimento della persona. Sono diverse le finalità. Io dico sempre che gli obiettivi sanitari e riabilitativi sono in contrasto con quelli della polizia penitenziaria. Perché si possano raggiungere migliori risultati dovrebbe esserci un investimento personale di ognuno, nella formazione, nell'ascolto, nel mettersi in discussione. Questo manca da entrambe le parti.

Credo che queste due figure debbano convivere e si possa fare attraverso un piano d'azione comune sugli obiettivi. Il problema è che dipende troppo da persona a

persona.

Queste sono le riflessioni di S.D. sul rapporto tra due figure così diverse.

La difficoltà di creare una collaborazione tra sanitari e polizia penitenziaria risiede, a mio avviso, in una sostanziale differenza di funzioni che queste professionalità svolgono. Da un lato il curante, che ha un'attenzione che dovrebbe essere rivolta esclusivamente all'individuo e alla sua riabilitazione; dall'altra, il custode, che, a tutela dell'ordine, si occupa in prima istanza del suo contenimento. I due termini sui quali si scontrano queste contrapposte esigenze sono gli stessi che serpeggiano nel corso di questo lavoro. La domanda di fondo rimane la stessa, *cura o custodia?*

Questa contraddizione attraversa tutti gli OPG. italiani, ad eccezione di quello di Castiglione delle Stiviere, in Provincia di Brescia. Come abbiamo avuto modo di vedere nel primo capitolo, nel 1939 la struttura inizia a svolgere funzioni a favore del Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria del Ministero della Giustizia, sulla base di un accordo in convenzione tra questo e l'Azienda Ospedaliera.

Oltre ad essere l'unico OPG. in Italia ad ospitare anche una sezione femminile, la sua caratteristica principale è costituita da un'organizzazione interna esclusivamente sanitaria, senza agenti di polizia penitenziaria.

L'attuale struttura è stata costruita a cavallo tra gli anni '50 e gli anni '60 ed è rispondente agli *standard* di qualità della vita previsti dalle Linee Guida della Tutela della Salute Mentale (Organizzazione Mondiale Sanità) e ai principi direttivi, alle modalità di trattamento ed ai criteri igienico abitativi ribaditi nell'ordinamento penitenziario.

Ogni reparto ha a disposizione un'equipe multidisciplinare composta da psichiatra, psicologo, educatore, assistente sociale e personale del comparto. L'assistenza infermieristica e la vigilanza sono effettuate da operatori, infermieri professionali, tecnici addetti all'assistenza e ausiliari specializzati che si occupano anche della tenuta igienico-sanitaria dei locali.

L'OPG. di Castiglione delle Stiviere ha importanti contatti con i DSM, indispensabili per pensare ad una dimissione dei pazienti, con la garanzia di una "continuità terapeutica".

Purtroppo anche in questa struttura esistono delle criticità.

Principalmente sono legate alle proroghe improprie alle quali vengono sottoposti alcuni soggetti, per mancanza di progetti socio-sanitari e indisponibilità della presa in carico da parte dei DSM nelle regioni di provenienza dei pazienti.

Il sovraffollamento è una realtà¹⁴⁰. La prima causa di questo risiede nella mancanza di risorse economiche regionali.

Con l'avvio del processo di *sanitarizzazione* degli OPG, inoltre, una questione che va assolutamente affrontata è quella della formazione del personale sanitario infermieristico. Questa formazione deve coinvolgere sia gli aspetti che concernono le attività quotidiane di reparto, che le attività di riabilitazione. Come ha evidenziato S.D., è fondamentale che convivano *“formazione e passione dei soggetti coinvolti nella gestione dei pazienti psichiatrici ed è necessario che gli operatori vengano maggiormente coinvolti nella redazione dei progetti di superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari, essendo coloro che conoscono meglio di chiunque altro le problematiche interne a queste strutture”*.

6. La presa in carico.

Nel D.L. 52/2014, attualmente in discussione in Parlamento, una delle questioni sulle quali sono stati proposti degli emendamenti in sede di conversione in legge, riguarda la ripartizione dei fondi, ad oggi esclusivamente predisposti per la costruzione delle strutture regionali con le quali dovrebbero essere sostituiti gli OPG (le REMS).

Molto spesso, l'indisponibilità della presa in carico da parte dei DSM di molte persone che attualmente si trovano in OPG, ma avrebbero già la possibilità di essere dimessi, deriva dalla mancanza di finanziamenti

¹⁴⁰ L'8 maggio 2014 *“una delegazione composta dagli Avvocati Antonella Calcaterra e Michele Passione, dell'Osservatorio Carcere UCPI, Gloria Trombini e Sebastiano Tosoni della Camera Penale di Mantova, ha visitato l'Opg di Castiglione delle Stiviere. La particolare predisposizione di risorse umane ed economiche favorisce certamente percorsi di cura e re-immissione nei territori, che tuttavia scontano, anche qui, alcune resistenze da parte di servizi territoriali di riferimento. Il sovraffollamento ne è la riprova; e' ancora una volta necessario evidenziare, come si propone il Dl in discussione, la necessità di destinare maggiori risorse economiche e strutturali ai servizi territoriali, vera alternativa di cura ed inclusione sociale per le persone con problematiche connesse a malattie mentali”*, <http://www.camerepenali.it/news/5740/OPG-il-viaggio-continua-a-Castiglione-delle-Stiviere.html>;

specifici per un percorso riabilitativo esterno, fatto di progetti socio-sanitari, reinserimenti lavorativi, percorsi assistenziali *ad hoc* e organizzazione delle strutture psichiatriche gestite da ogni Azienda Unità Sanitaria Locale (AUSL) - DSM.

Nelle REMS programmate attualmente dalle regioni sono previsti più di mille posti letto, un numero addirittura superiore a quello degli attuali internati in OPG. Si tratta di un paradosso.

Non è ravvisabile nessuna continuità con quanto stabilito dalla Corte Costituzionale e dal D.P.C.M. del 2008. Questi interventi, ispirati ai principi introdotti dalla legge 180 del 1978 e dalla Riforma Sanitaria, erano, infatti, finalizzati alla progressiva chiusura dei “*manicomi giudiziari*”, dopo quella già avvenuta per i manicomi civili. Il rischio, come correttamente evidenziato da associazioni ed esperti¹⁴¹, è quello di un passaggio da strutture di grandi dimensioni e ad alta sicurezza a piccole unità, con regimi di sicurezza differenziati, ma non differenti sul piano del controllo istituzionale.

Come affermato da Daniele Marchi, responsabile dell’area Giustizia della cooperativa “L’Ovile”

Con le REMS non avviene una chiusura degli OPG, che è quello che chiediamo. Tutte le garanzie che adesso sono riconosciute dal regolamento penitenziario non so come potranno essere assicurate. Il rischio è che ci siano degli eccessi di controllo e custodia sui pazienti, non essendo regolamentato. Chi decide che provvedimenti prendere nei confronti dei pazienti, quanti abusi possono nascere in un clima simile? Quali controlli si possono fare? Questo è la conseguenza di una riforma a metà che non è contestuale ad una riforma del codice penale.

Non sono nemmeno stati specificati i criteri sanitari ai quali le stesse dovrebbero conformarsi, lasciando ad ogni regione un margine di discrezionalità eccessivamente ampio.

Inoltre, la predisposizione di residenze psichiatriche, più appropriate sotto il profilo logistico, con un numero di posti letto così grande, potrebbe provocare un notevole incremento nel numero degli invii in risposta ad

¹⁴¹ Vedi gli appelli di Stopopg e l'introduzione di Ernesto Venturini a De Mattos V., *Op. cit.*;

esigenze giudiziarie e psichiatriche¹⁴².

Quello di cui, quindi, bisognerebbe occuparsi, in questo momento di passaggio così delicato, è lo stato di abbandono in cui si trovano i Centri di Salute Mentale, a causa dei tagli sempre più cospicui alla spesa sanitaria, soprattutto per quanto concerne la salute mentale.

I fondi che la legge ha stabilito che vengano stanziati per la costruzione di un eccessivo numero di strutture, l'inutilità delle quali appare evidente, dovrebbero essere dirottati sul finanziamento dei progetti terapeutico-riabilitativi individuali. Senza una previsione in tal senso risulta impensabile avviare quel percorso di dimissione al quale molti, oggi presenti in OPG, potrebbero accedere.

Non mancano in questo senso delle precise proposte per l'utilizzo dei finanziamenti. Ne è un esempio quanto previsto dalla Regione Friuli Venezia Giulia nel documento *“Percorso predisposto in alternativa all'OPG dalla regione FVG”*¹⁴³. Il 7 marzo 2014 la Giunta del Friuli Venezia Giulia,

¹⁴² Vedi l'intervento di Franco Rotelli in <http://www.news-forumsalutementale.it/>;

¹⁴³ Editto da Direzione centrale salute, integrazione socio-sanitaria e politiche sociali, 22 Marzo 2012: “[...] Il percorso in alternativa all'OPG, tenuto conto del numero ridotto di casi di persone con disturbo mentale severo attualmente in custodia presso strutture extra-regionali, tenuto conto delle possibili situazioni è, schematicamente, il seguente:

1) Persona che ha commesso, di recente, un reato e presenta un disturbo mentale severo, in attesa di giudizio e/o in corso di procedimento (anche in caso di perizia psichiatrica), anche in rapporto all'entità e alla tipologia del reato:

1.a. Presa in carico in carcere da parte dei servizi territoriali competenti (DSM e/o DDD (Dipartimenti delle Dipendenze))

1.b. Nel caso di incompatibilità con la detenzione per motivi di salute, arresti domiciliari o piantonamento presso il SPDC (Servizio Psichiatrico di Diagnosi e di Cura) per periodi limitati oppure arresti domiciliari o altra misura non detentiva presso il CSM H 24 o altra struttura residenziale o al domicilio.

2) Persona che ha riportato una condanna, riconosciuta pienamente imputabile ma con disturbo mentale:

2.a. sostegno e cura in carcere e, qualora valutato opportuno o necessario dal Giudice, anche in rapporto all'entità del reato e della pena e alla fase esecutiva, misura non detentiva presso il CSM H 24, una struttura residenziale, il domicilio o altro, con eventuale attivazione di un Progetto Personalizzato Terapeutico (PPT) e, se previsto, in concorso con l'ambito socio-assistenziale attingendo al Fondo per l'Autonomia Possibile specificatamente previsto (FAP art.8 ex LR. 6/2006)

3) Persona giudicata non imputabile in seguito a riconoscimento di infermità rilevante ai fini di quanto disposto dall'art. 88 c.p. con valutazione di pericolosità sociale attenuata, anche in rapporto all'entità e alla tipologia del reato:

3.a. Attuazione di misure di sicurezza non detentive eventualmente disposte dal Giudice con presa in carico da parte dei Servizi e con attivazione di PTP / FAP presso strutture residenziali o altre strutture comunitarie a diversa intensità con eventuale applicazione di misure non detentive. La presa in carico da parte del DSM può essere prevista, se opportuna, anche in caso di proscioglimento con valutazione negativa in merito alla pericolosità.

4) Persona giudicata non imputabile in seguito a riconoscimento di infermità rilevante ai

presieduta da Deborah Serracchiani, in coerenza con un emendamento presentato da Franco Rotelli, che presiede la commissione sanità del Consiglio Regionale, ha approvato una nota di indirizzo in previsione del superamento degli attuali Ospedali Psichiatrici Giudiziari.

In particolare si ipotizzano misure diverse da quelle detentive, e in genere restrittive della libertà personale, a favore di altri percorsi terapeutici individualizzati che sembrano coerenti con l'impostazione oggi seguita per tutti i percorsi psichiatrici introdotta dalla riforma Basaglia.

L'assessore Telesca fa presente che il primo programma presentato dalla Regione al Ministero della Salute verrà rimodulato nell'ottica di favorire l'esecuzione di misure di sicurezza alternative all'ospedale psichiatrico giudiziario, contribuendo alla costruzione di progetti terapeutico riabilitativi individuali. Evidenzia che l'esiguo numero di persone residenti in regione, attualmente internate in OPG. fuori Regione, sono tutte prese in carico dai Servizi per la salute mentale i quali, in collaborazione con la Magistratura di Sorveglianza, hanno formulato specifici programmi terapeutico-riabilitativi individuali finalizzati ad accompagnarle verso situazioni alternative, con tempistiche diverse nel rispetto dei bisogni individuali di cura e riabilitazione¹⁴⁴.

Una *buona* pratica sociosanitaria, di cui sicuramente il Friuli Venezia Giulia può dirsi artefice, essendo regione pilota sulla salute mentale ormai da diversi anni, può essere molto efficace, ma, a mio avviso, non è sufficiente.

fini di quanto disposto dall'art. 88 c.p. con valutazione di pericolosità sociale, anche in rapporto all'entità e alla tipologia del reato:

4.a. Attuazione di misure di sicurezza non detentive eventualmente disposte dal Giudice con presa in carico da parte dei Servizi e con attivazione di PTP/FAP presso strutture del DSM, strutture residenziali o altre strutture comunitarie a diversa intensità, anche in rapporto all'entità e alla tipologia del reato.

5) Persona giudicata imputabile ma con capacità di intendere o di volere grandemente scemata in seguito a riconoscimento di infermità rilevante ai fini di quanto disposto dall'art. 89 C.P., con o senza valutazione di pericolosità sociale, anche in rapporto all'entità e alla tipologia del reato.

5.a. Tutte le precedenti in integrazione o in successione nelle sedi previste nelle diverse fasi. Il percorso sopraesposto tiene conto della realtà della Regione FVG, dove nel corso degli anni sono già state attivate reti integrate e fattive sul territorio, con il coinvolgimento degli Enti Locali, del Volontariato e del Privato Sociale, che collaborano in modo continuativo e costante con i competenti Dipartimenti delle Aziende Sanitarie, con la Magistratura e con le Amministrazioni carcerarie. Tali reti andranno opportunamente stabilizzate ed implementate con risorse aggiuntive [...].

¹⁴⁴ Generalità n. 434, Estratto del processo verbale della seduta del 7 marzo 2014, Giunta regionale Friuli Venezia Giulia, "Ospedali psichiatrici giudiziari. Superamento. Comunicazioni".

7. Un codice da riformare.

Dopo la legge 180 del 1978 e l'esperienza basagliana, continuare a perpetrare una logica escludente e segregazionista nei confronti dell'autore di reato infermo di mente, costituisce uno dei tanti *nonsense* del nostro ordinamento. Il codice penale del 1931, trova le sue radici in un'ideologia, quella fascista, che utilizza strumenti repressivi e intimidatori per rimarcare il prevalere degli interessi dello Stato sui diritti dei singoli. Uno Stato che si difende dalla diversità, che rende nemico tutto ciò su cui non può avere controllo, che cerca un modo per neutralizzare in via definitiva chi non risulta adattabile al modello ideale di uomo fascista: sano, forte e autosufficiente.

In questo contesto, chiunque mostri debolezza non trova spazio. Sono questi gli anni in cui vanno sviluppandosi, lungo la strada tracciata dal positivismo, quelle istanze di difesa della società dal pericolo di *degenerazione* della razza, che troveranno piena applicazione nelle politiche di “*eugenetica positiva*” del Regime. Lo stigma ricade su chi non si allinea all'ordine fascista: dissidenti politici, disertori, poveri, “*criminali e matti*”.

Da allora, sono trascorsi più di 80 anni, ma ad oggi questo modello segregazionista continua a sopravvivere, seppur riformato dallo Stato democratico.

Il codice Rocco va cambiato.

Per quanto attiene nello specifico alla questione dell'autore di reato infermo di mente, non si può pensare di continuare a prevedere un doppio binario, sia rispetto agli altri soggetti portatori di disagio psichico nella legislazione civile, che a quelli imputabili nella legislazione penale.

In *primis* bisogna espungere dal codice qualsiasi riferimento alla pericolosità sociale. Questo concetto non possiede, come abbiamo avuto modo di vedere, nessun fondamento scientifico. La previsione del futuro comportamento di una persona, finisce, il più delle volte, per essere falsata da pregiudizi personali e culturali.

Non si può, poi, continuare a considerare il soggetto affetto da disagio psichiatrico come irresponsabile. Il processo di responsabilizzazione del paziente comporta un'attenzione enorme da parte dell'equipe che lo segue, ma, senza questo ulteriore passaggio, continuerebbe a sopravvivere un

collegamento tra disturbo mentale e reato commesso, ormai non più tollerabile.

Tutti i soggetti devono essere considerati imputabili e penalmente giudicabili; devono vedersi riconosciuto il diritto al processo, con tutte le garanzie previste, anche in ragione dell'opportunità per l'imputato di presenziare al suo svolgimento. È necessario ribadire il diritto al contraddittorio e alla difesa legale. La pena deve avere, inoltre, limiti certi, con tutte le possibilità di variazione oggi concesse a chi è condannato: cambiamento di regime, applicazione delle misure alternative, ecc.

Fino ad oggi, tutti i progetti di riforma che si sono basati sull'eliminazione della non imputabilità degli infermi di mente sono stati oggetto, in particolare, di una critica. Infatti è sempre stata prevista, quale alternativa alla misura di sicurezza, l'applicazione della pena detentiva.

Se questa previsione si poteva giustificare nel periodo immediatamente successivo alla riforma dell'ordinamento penitenziario, per la fiducia che ne scaturì in termini di finalità rieducative della pena, ad oggi sembra completamente smentita dal fallimento delle stesse.

Il carcere, non solo non rappresenta il luogo idoneo alla risocializzazione del soggetto detenuto, ma, anzi, rappresenta un luogo di esclusione e cronicizzazione delle situazioni di svantaggio.

Non è possibile nessun mutamento dell'istituzione penitenziaria che ne possa modificare l'identità. Il carcere è un luogo di degradazione fisica e morale per la persona che vi viene costretta. Il concetto di pena stesso ne è espressione: la pena, in particolare quella privativa della libertà personale, è sofferenza, magari proporzionale, ma pur sempre sofferenza. Il recupero dello svantaggio sociale non può, quindi, passare attraverso l'esclusione, ma, come dimostrato ormai da numerosi studi e statistiche¹⁴⁵, la pena che davvero funziona è quella non detentiva.

Ciò premesso, è impensabile che proprio il carcere diventi l'ennesimo istituto

¹⁴⁵ Cfr. Anastasia S., *Metamorfosi penitenziarie. Carcere pena e mutamento sociale*, Ediesse, Roma, 2012; Verde S., *Il carcere manicomio. Le carceri in Italia fra violenza, pietà, affari e camicie di forza*, Sensibili alle Foglie, 2011; Davis A., *Aboliamole prigionieri? Contro il carcere, la discriminazione, la violenza del capitale*, Edizioni minimum fax, Roma, 2009; Mathiesen T., *Perché il carcere?*, Edizioni Gruppo Abele, Torino, 1996; Pavarini M., *Pena*, in *Enciclopedia delle scienze sociali*, vol. VI, Enciclopedia Treccani, Roma, 1996; Christie N., *Abolire le pene? Il paradosso del sistema penale*, Edizioni Gruppo Abele, Torino, 1985;

deputato a prendersi cura di persone affette da disagio psichico, in quanto, in un luogo siffatto, le loro condizioni non potrebbero che peggiorare¹⁴⁶.

La risposta allora potrebbe essere la previsione di nuovi ed ulteriori percorsi di differenziazione individuali, che tengano conto della specificità di ciascuna persona. Questi devono essere basati sull'implementazione delle risorse già presenti sul territorio e l'appoggio, nei casi in cui fosse necessario, di quelle strutture, già esistenti, che da anni rappresentano un'alternativa reale all'asserita *irrecuperabilità* di alcuni pazienti psichiatrici giudiziari.

¹⁴⁶ Durante l'intervista a S. D. sulla previsione di aprire reparti di osservazione psichiatrica in ogni carcere, così risponde: “*il carcere è uno dei primi produttori di malattia mentale, quindi penso che la risposta sia scontata*”.

L'OPG DI REGGIO EMILIA E LE STRUTTURE PRESENTI NEL TERRITORIO REGIONALE PER LA PRESA IN CARICO DEL PAZIENTE GIUDIZIARIO

§ 1. La nascita dell'OPG di Reggio Emilia; § 2. Gli scandali e la Commissione di Vigilanza sui manicomi e gli alienati; § 3. La Commissione Marino sull'OPG di Reggio Emilia; § 4. Il percorso di superamento dell'OPG in Emilia-Romagna; § 5. L'OPG di Reggio Emilia oggi; § 6. Le strutture esterne.

“Sono disperato sono più di 10 anni che giro strutture carcerarie e psichiatriche; per una tentata rapina in banca con un cacciavite, e ancora non so se avrò la libertà o meno. Non è giusto che si sa quando inizia la cura e non si sa quando finisce la custodia. Spero che nei prossimi anni possa cambiare il codice penale per quanto riguarda la misura di sicurezza, per avere una fine misura anche ai folli autori di reato per me e tutti quelli come me internati e senza fine misura ringrazio tutti quelli che ci aiutano nel loro lavoro quotidiano qui nell'“o.p.g., ma anche queste strutture non sono adeguate per noi internati”¹⁴⁷.

Giancarlo, internato in OPG a Reggio Emilia

1. La nascita dell'OPG di Reggio Emilia.

Presso il complesso che ospitava il manicomio di Reggio Emilia, l'istituto San Lazzaro, è stato recentemente allestito un interessante museo di storia della psichiatria. In particolare questo progetto interessa uno degli edifici dell'area che ospitava l'ex ospedale psichiatrico: il Padiglione Lombroso.

Nel 1891 venne affidato il compito di progettare un padiglione, all'interno dell'ospedale San Lazzaro, in cui ospitare i malati cronici *tranquilli*. Il compito venne affidato all'Ing. Angelo Spallanzani e, fu così che, l'anno

¹⁴⁷ *Più di dieci anni*, in «Nuovo Effatà», Organo di informazione e strumento di dialogo dell'Ospedale Psichiatrico Giudiziario di Reggio Emilia, n.8, Gennaio 2014;

seguito, venne costruito quello che originariamente venne chiamato Casino Galloni¹⁴⁸.

Come abbiamo visto, già nel 1891 il “Regolamento generale degli stabilimenti carcerari e dei riformatori governativi” aveva previsto l'istituzione dei manicomi giudiziari, in sezioni speciali di quelli civili.

Nel luglio del 1907, l'ing. Domenico Spallanzani¹⁴⁹, firmò il “*Progetto di adeguamento del Casino Galloni a reparto speciale di sorveglianza per prosciolti e pazzi morali e pericolosi*”. I lavori si conclusero nel dicembre del 1911. L'edificio arrivò ad ospitare una settantina di reclusi.

Il cortile fu diviso in due spazi, uno per i malati cronici *tranquilli* e l'altro per i malati *pericolosi*.

A partire dal 1972 l'edificio fu progressivamente abbandonato e considerato inutilizzabile.

L'altro edificio, destinato a diventare ospedale psichiatrico giudiziario, si trovava nel pieno centro della città di Reggio Emilia, in via Franchi, e, fino al 1892, ospitava il “Carcere delle Missioni”. In quell'anno venne adibito a carcere per condannati affetti da vizio parziale di mente e, nel 1896, iniziò la trasformazione in manicomio giudiziario che si concluse nel 1925 con la costruzione di quattro nuovi padiglioni costruiti con edilizia militare e recintati da alte mura¹⁵⁰.

Nel 1991 tutti gli internati vennero trasferiti nella sede attuale, in via Settembrini, nella periferia della città, presso l'istituto penitenziario de “La Pulce”. Il trasferimento fu la conseguenza dello stato fatiscente dei locali dell'istituto sito in via Franchi e degli atti di protesta che, a partire dagli anni '70, erano andati sempre più incrementando di numero.

2. Gli scandali e la Commissione di Vigilanza sui manicomi e gli alienati.

Negli anni '70, come ci riporta Alberto Manacorda, nel suo libro *Il*

¹⁴⁸ In onore del primo medico direttore del San Lazzaro;

¹⁴⁹ Figlio di Angelo Spallanzani;

¹⁵⁰ Borzacchiello A., *Alle origini del manicomio criminale*, in Pugliese G. e Giorgini G. (a cura di), *Mi firmo per tutti. Dai manicomi criminali agli Ospedali psichiatrici giudiziari. Un'inchiesta e una proposta*, DataneWS, Roma,1997;

*manicomio giudiziario*¹⁵¹, numerosi scandali travolsero gran parte degli ospedali psichiatrici giudiziari. Per quanto riguarda l'OPG di Reggio Emilia, la maggior parte delle informazioni, che, fino ad allora, trapelavano all'esterno, provenivano da quei detenuti che per quel luogo avevano solo transitato per poco tempo. Infatti, il manicomio giudiziario veniva usato anche come istituto punitivo per chi non si assoggettava alla disciplina carceraria.

In quegli anni, però, iniziarono a giungere, anche dall'interno, le prime voci di protesta. A volte gli internati cercavano di sovrastare, con le loro grida, il rumore della folla riunita al Palazzetto dello Sport che si trovava lì vicino; altre volte, tentavano di comunicare con l'esterno, attraverso il lancio di messaggi fuori dal muro di cinta.

Molti detenuti iniziarono ad inviare delle lettere a chi di questi problemi si occupava¹⁵²:

Tutti quelli che arrivano al manicomio di Reggio Emilia vengono subito legati al letto di contenzione anche se calmi. Anche a me successe la stessa cosa. Mi spogliarono nudo e mi legarono su di un rudimentale letto, con delle cinghie di cuoio mi legarono mani e piedi [...]. per tre giorni e tre notti stetti legato in quelle condizioni¹⁵³.

Franca Rame inviò questa lettera, insieme a molte altre, all'allora sindaco comunista di Reggio Emilia, l'Avv. Renzo Bonazzi, e chiese che intervenisse sulla questione. Le stesse denunce furono indirizzate al Presidente della Repubblica, al ministro di Grazia e Giustizia, ai parlamentari e alla stampa.

In occasione della mia ricerca, ho ritrovato uno strumento importante per ricostruire quanto avvenuto in quegli anni presso l'OPG.

Si tratta di una serie di documenti raccolti in un supplemento al n. 161 della rivista «Il Comune» dell'Aprile del 1976¹⁵⁴.

In una lettera indirizzata al Presidente della Regione Guido Fanti, del 5

¹⁵¹ Edizioni De Donato, Bari, 1982;

¹⁵² Si tratta di alcune lettere che venivano spedite a Franca Rame, in quegli anni impegnata in Soccorso Rosso Militante, riportate in Manacorda A., *Il manicomio giudiziario*;

¹⁵³ Lettera di un detenuto anonimo in «Carcere oggi», bollettino a cura di Soccorso Rosso Militante, gennaio-febbraio 1976, p. 16;

¹⁵⁴ Il supplemento si può trovare nell'archivio della Biblioteca della salute mentale e delle scienze umane "Gian Franco Minguzzi" - "Carlo Gentili" presso l'Istituzione Gian Franco Minguzzi a Bologna;

marzo 1976¹⁵⁵, Bonazzi faceva riferimento ad un “*commissione di esperti*” incaricata dalla Regione Emilia-Romagna di riferire sulla situazione del manicomio giudiziario di Reggio Emilia. Come fatto notare dal sindaco, “*la legge penitenziaria d[ava] ai consiglieri regionali il diritto di visitare, senza bisogno di autorizzazione, i manicomi giudiziari*”.

Nella relazione della Commissione di Vigilanza sui manicomi e sugli alienati¹⁵⁶, innanzitutto veniva fatto presente che nessun manicomio giudiziario era mai stato ispezionato prima d'allora, nonostante, sin dalla legge n. 36/1904 e successivo regolamento, esistesse questa possibilità.

Il termine “Ospedale Psichiatrico Giudiziario” fa pensare ad una struttura sanitaria per reclusi anormali psichicamente o presunti tali, mentre in effetti, si tratta di un reclusorio con malati di mente o presunti tali¹⁵⁷.

La visita veniva effettuata in data 19 febbraio 1976.

Dopo una breve descrizione della struttura di Via Franchi, il relatore si soffermava sugli aspetti più critici dell'istituzione. Ecco cosa emergeva, più di trent'anni prima della Commissione Marino, sulle condizioni del vecchio OPG di Reggio Emilia:

[...] Del tutto assenti sono spazi verdi per minimi che siano, a meno che tali non si vogliano considerare le piante ornamentali dei corridoi d'ingresso che portano agli uffici: esiste un albero che sorge dal cemento e viene additato al visitatore come la meraviglia dell'istituzione.

[...] [I reparti] presentano al loro interno la visione di corridoi rettilinei lungo i quali sono disposte serie regolari di celle chiuse da porte massicce, spesse parecchi centimetri, munite di robustissimi catenacci e di uno sportello-spioncino.

[...] Al visitatore che varchi la soglia di un reparto, si presenta lo spettacolo della lunga prospettiva di un corridoio su due lati del quale emergono decine di teste umane che sporgono fino all'altezza del collo e ruotano nello sforzo di guardare attorno.

[...] Le celle [da uno a tre-quattro posti] sono dotate di letti in ferro, di comuni

¹⁵⁵ Comune di Reggio Emilia, prot. Gab. n. 172;

¹⁵⁶ Composta dal prof. Giuseppe Battiati, Medico Provinciale di Reggio Emilia, in qualità di Presidente, dal dr. Aldrigo Grassi del Dipartimento di Sicurezza Sociale e dal prof. Ferruccio Giacanelli, Direttore dell'Ospedale Psichiatrico di Colorno, in qualità di Componenti;

¹⁵⁷ *Relazione della Commissione di Vigilanza sui manicomi e sugli alienati*, Reggio Emilia, 9 marzo 1976, in Supplemento al n. 161 de «Il Comune», Aprile 1976;

suppellettili (sedie, armadietti,tavolo), di acqua corrente e di un servizio igienico “alla turca” appena riparato da un basso schermo in muratura, insufficiente a difendere la dignità della persona che ne fa uso e dei coabitanti. In tal modo si vengono a creare inibizioni che possono avere ripercussioni sul fisico o sulla psiche del ricoverato, che, peraltro, presenta già una labilità mentale.

Ogni cella è munita di un modernissimo apparecchio radio-televisore.

[...]

Dappertutto domina un ordine rigoroso, una disciplina apparentemente perfetta, una pulizia degli ambienti (cortili, passaggi, corridoi) quasi ossessiva.

[...] Unica eccezione al generale nitore geometrico è la cucina per il vitto dei detenuti.

[...] Stridente il contrasto con la cucina del personale di custodia, tenuta separata da quella dei detenuti e di aspetto ben più civile¹⁵⁸. [corsivi miei]

Ecco com'era suddivisa la struttura:

[...] Risultano internate – alla data del 19 Febbraio 1976 – 254 persone, in posizione giuridica diversa (vedi dati forniti dalla Direzione), suddivise nei vari reparti secondo criteri di gestione istituzionale (maggiore o minore “pericolosità” o “tranquillità”) che prescindono da qualsiasi considerazione medico-clinica o anche giuridica. Gli unici raggruppamenti più evidenti sono quelli di: “cronici anziani” che presentano – per buona parte – anche una patologia internistica; detenuti ad alta pericolosità (contenuti meccanicamente); così detti “minorati psichici” comprendenti coloro che sono stati giudicati semi-infermi in sentenza e coloro che, per un comportamento disturbante (violenti, ribelli, affetti da delirium tremens, ecc), vengono inviati da altri istituti carcerari al Manicomio Giudiziario – debitamente legati con diagnosi, il più spesso di “personalità psicopatica” o di “agitazione psicomotoria”¹⁵⁹.

Erano presenti un medico direttore a tempo pieno, un medico funzionario a tempo pieno, un medico “aggregato” a tempo parziale, due agenti di custodia infermieri. Non esisteva nessun'altra figura tecnico-assistenziale.

Questo comportava che avere un rapporto continuativo e personalizzato con il medico fosse concesso a pochissimi internati.

I due agenti infermieri si turnavano nell'arco delle 24 ore.

La Commissione rilevava una totale assenza di scambi sul piano delle esigenze tecnico-professionali con le altre strutture psichiatriche della città,

¹⁵⁸ *Relazione della Commissione di Vigilanza sui manicomi e sugli alienati*, pp. 33-35;

¹⁵⁹ *Ivi*, p. 35;

l'Istituto San Lazzaro e il Servizio di Igiene Mentale. In realtà, ciò che viene maggiormente sottolineato nella Relazione, è, più in generale, la totale assenza di scambi con l'esterno: non erano previste uscite in permesso, né iniziative che permettessero l'ingresso della comunità civile, in qualsiasi forma.

Ecco le prime conclusioni dei commissari:

Priva di un'apprezzabile potenzialità tecnica, medico-psicologica o anche solo genericamente sanitaria, chiusa accuratamente a qualsiasi intrusione da parte del mondo esterno, la citata istituzione non esprime la benché minima e, sia pure, utopistica progettualità terapeutico-riabilitativa. [...]

Una istituzione con i caratteri descritti – strutture e organico – non può che assolvere ad una funzione totalmente repressiva e non può che fondarsi sul sistema della violenza custodialistica sotto tutti gli aspetti. [...]

Tenendo conto che non esistono nel Manicomio Giudiziario delle statistiche sanitarie e che i medici hanno dichiarato alla Commissione che indicativamente non più del 40 – 50% dei reclusi presentano veri disturbi psichici, si comprende come si realizzi anche una promiscuità fra malati più o meno gravi (psicotici) e “normali”, gli uni e gli altri accomunati, alla lunga, da una stessa sindrome da istituzionalizzazione detentiva.

In relazione all'isolamento al quale erano sottoposti tutti gli internati, così si esprimeva:

La cella costituisce l'elemento base del sistema reclusorio-manicomiale, permettendo la migliore frammentazione e il controllo più capillare. [...] Il ricoverato-detenuto passa le sue giornate rinchiuso nella cella di pochi metri quadrati [...].

L'impianto radio-televisione in ogni cella sancisce il criterio dell'isolamento e della divisione e ne perfeziona l'applicazione: i sanitari del Manicomio Giudiziario hanno dichiarato alla Commissione che la televisione si è rilevata “un ottimo sedativo” e che da quando è stata introdotta sembrano essere grandemente diminuiti gli incidenti nelle ore serali.

Va aggiunto che la direzione del Manicomio esercita un oculato controllo anche sulle letture dei reclusi: sono proibiti i giornali politici di sinistra come “Il Manifesto” e ammessi “L'Unità” e “L'Avanti!” e vengono censurati i quotidiani di informazione quando riportano notizie “atte a turbare” la vita istituzionale¹⁶⁰.

¹⁶⁰ *Ivi*, p.37;

L'attività lavorativa coinvolgeva circa l'80% dei reclusi, con una retribuzione minima, chi non lavorava “[era] classificato con il termine di 'ozioso', scritto a fianco del nome sulla porta della cella¹⁶¹”.

La Commissione rilevava un ampissimo utilizzo dei mezzi di contenzione – che riguardava almeno 15-25 persone quotidianamente – di due tipi: il letto di contenzione¹⁶² e la cintura di sicurezza¹⁶³.

Sicuramente è una misura neppur lontanamente terapeutica ed anzi di per sé patogena e francamente distruttiva della personalità umana¹⁶⁴.

Le conclusioni della relazione sono drastiche:

Per la rigidità sia intrinseca della struttura manicomiale, sia estrinseca, cioè relativa alla rete di istituzioni da cui è condizionato, appare impensabile proporre soluzioni parziali o di razionalizzazione della situazione presente.

In altri termini è difficile pensare a rimedi che non siano radicali e che non investano delle precise e vaste responsabilità amministrative, legislative, politiche.

Fermo restando che la Commissione ritiene di dover fare delle proposte immediate relative ad alcune elementari esigenze igienico-sanitarie, il Manicomio Giudiziario di Reggio Emilia ripropone, come caso particolare, il problema più generale dell'abolizione di un tipo di istituzioni puramente repressive, già ampiamente superate nella coscienza della società civile, che sono espressione delle più assurde contraddizioni tecnico-giuridiche e tecnico-sanitarie. Il problema, pur di vasta portata,

¹⁶¹ *Ivi*, p.38;

¹⁶² “robusto letto metallico, con sponde alte alle quali il detenuto è fissato con larghe fasce di tela attorno agli arti che gli impediscono il minimo movimento, costringendolo a mantenere la posizione supina.

La contenzione a letto viene usata nelle ore notturne e, di giorno, per reclusi particolarmente 'gravi'”. *Ibid.*

¹⁶³ “impiegata di giorno, consiste in una pesante cintura di cuoio alta e spessa applicata alla vita del detenuto e dotata, a destra e a sinistra, di un sistema che permette di agganciare, mediante moschettoni di acciaio, due bracciali pure in cuoio che cingono i polsi del soggetto.

La persona quindi è libera di camminare ma non può utilizzare gli arti superiori che rimangono perfettamente fissati ai lati del corpo.

E francamente mostruoso è lo spettacolo offerto da uomini semi immobilizzati con la 'cintura' che si aggirano in un cortiletto assolutamente spoglio, di pochi metri quadri, abbandonati alla inattività dei corpi monchi delle braccia, senza che su di essi si eserciti alcuna forma di intervento 'assistenziale' che non sia la pura sorveglianza con lo sguardo.

Nelle giornate piovose questo gruppo di contenuti viene tenuto chiuso in un cameroncino dotato solo di panche fissate al muro”. *Ivi*, pp. 38-39;

¹⁶⁴ *Ivi*, p. 39;

deve essere affrontato sia sul piano legislativo, con l'abrogazione di quelle norme di legge che oggi sanciscono la sopravvivenza dei Manicomi Giudiziari, sia sul piano sanitario, e ciò per due vie: tutelando la salute e i diritti del cittadino-detenuto nelle istituzioni carcerarie che ancora riforniscono i Manicomi Giudiziari; impostando la gestione della salute degli attuali internati negli stessi Manicomi in collegamento con i normali Ospedali Psichiatrici e con i Servizi Territoriali di igiene mentale¹⁶⁵.

In data 10 marzo 1976, il Presidente della Regione Emilia-Romagna, Guido Fanti, scriveva una lettera indirizzata al Ministro di Grazie e Giustizia, Francesco Paolo Bonifacio¹⁶⁶.

I poteri della Regione in materia erano estremamente limitati, quindi il Presidente Fanti, chiedeva di agire direttamente al Ministro:

La relazione¹⁶⁷ pone in evidenza non solo l'assoluta inidoneità della struttura e dell'organizzazione assistenziale sanitaria del manicomio giudiziario a qualsiasi fine "terapeutico", ma l'indiscutibile azione patogena, la grave violenza morale, la prevaricazione dei più elementari diritti nei confronti di queste persone che, non va dimenticato, necessitano soprattutto di cura e di assistenza.

Lo scrivente chiedeva, dunque, il superamento della struttura e la valutazione attenta dell'opportunità di una totale chiusura del manicomio giudiziario di Reggio Emilia. In generale auspicava una riforma del codice penale con la totale abrogazione della misura di sicurezza dell'OPG.

Il ministro Bonifacio, in risposta al Presidente Fanti, elencava alcune misure che il Governo aveva intenzione di mettere in atto, in un'ottica di riforma dell'ospedale psichiatrico giudiziario. Nel documento¹⁶⁸ redatto dal ministro, non è in discussione l'esistenza dell'istituto, ma esclusivamente la sua condizione, con la necessità di un miglioramento della struttura e del suo funzionamento.

Per quanto attiene l'OPG di Reggio Emilia, veniva sottolineata l'assenza di gravi inconvenienti relativi alle condizioni igieniche ed edilizie. Il problema principale, a detta di Bonifacio, era costituito dalla scarsità di personale

¹⁶⁵ *Ivi*, pp. 39-40;

¹⁶⁶ Regione Emilia-Romagna, prot. n. 1334;

¹⁶⁷ Della Commissione di Vigilanza sui manicomi e sugli alienati;

¹⁶⁸ In Supplemento al n. 161 de «Il Comune», Aprile 1976, p. 44;

sanitario; ciò comportava che “*le terapie psico-farmacologiche [dovessero], necessariamente, essere sostituite da trattamento fisico o per evitare azioni autolesive o per esigenze cliniche*”¹⁶⁹.

Alla fine del 1976, anche il manicomio giudiziario di Reggio Emilia venne travolto da uno scandalo che riguardava l'amministrazione dell'istituto. L'autorità giudiziaria emanò due ordini di cattura a carico del direttore, Pompeo Davoli, e del contabile della struttura. L'accusa era di aver utilizzato a proprio vantaggio il lavoro degli internati e i beni dell'amministrazione.

Questo avvenimento, che il sindaco, i membri del consiglio comunale, la stampa e gli operatori psichiatrici consideravano solo occasionale rispetto al problema più grande dell'esistenza degli OPG, fu cavalcato dal Governo, alla ricerca di un capro espiatorio, con l'affermazione dell'urgenza di provvedimenti esemplari che “risanassero la situazione”.

La proposta del Ministro per il superamento consisteva nella stipula di convenzioni con gli Ospedali Psichiatrici della Regione¹⁷⁰. Nell'aprile del 1976 veniva promulgato il regolamento di esecuzione della legge di riforma penitenziaria, nel quale si adottava questo tipo di scelta.

All'inizio del 1977, in una riunione tra il ministro Bonifacio e gli enti locali, si posero le premesse operative per aprire gli ospedali psichiatrici civili del Centro-Nord ai pazienti giudiziari.

Si trattava, tuttavia, di una soluzione davvero miope.

Era già nell'aria la riforma della salute mentale, che sarebbe sfociata nella legge 180 del 1978, con la previsione di una graduale chiusura degli Ospedali Psichiatrici.

Fu così che molti degli internati, che erano stati trasferiti in una sede psichiatrica civile del loro luogo di residenza, fecero ritorno in manicomio giudiziario e le convenzioni fino ad allora stipulate iniziarono ad essere disdette.

Nel frattempo fatti gravissimi continuavano ad accadere nell'OPG di Reggio Emilia.

¹⁶⁹ *Ivi*, p. 45;

¹⁷⁰ Tra gennaio e ottobre del 1976 vennero trasferiti 42 internati al manicomio civile San Lazzaro, di questi solo 6 erano emiliani, cfr. Manacorda A., *Op.cit.*, p. 117; L'altra proposta del Governo concludeva per la necessità d'inserire nel giudiziario operatori dei servizi psichiatrici civili, ma molti si rifiutarono;

Negli ultimi mesi del 1979, il sottosegretario alla giustizia Costa, in risposta ad alcune interrogazioni parlamentari, rispondeva:

pur riconoscendosi che allo stato vuoi per ragioni di ordine tecnico e strutturale, vuoi d'ordine giuridico-legislativo le condizioni ambientali e sanitarie dell'ospedale psichiatrico giudiziario di Reggio Emilia risultano forse più carenti rispetto agli altri istituti gemelli, appare indubbio che gli episodi sopra descritti debbano primariamente ricondursi alle indiscutibili condizioni patologiche mentali dei protagonisti¹⁷¹.

Il Governo, ancora una volta, faceva marcia indietro sull'impegno, dichiarato solo alcuni anni prima, di un superamento dei manicomi giudiziari.

Lo stesso sopito interesse si può leggere nella relazione dell'ispezione compiuta dal medico provinciale nel 1980. I toni sono decisamente diversi da quelli della precedente Commissione del 1976.

Alla data odierna il numero dei ricoverati è di 236, mentre i posti letto disponibili sono 180, pertanto si presenta un problema di sovraffollamento dell'ospedale, reso ancor più grave dallo scarso numero degli agenti di custodia: 71 dei quali 70 presenti. Se si tiene conto della *pericolosità dei ricoverati* (di recente sono avvenuti un omicidio e due suicidi) appare evidente come è necessario che il rapporto guardie-ricoverati sia tale da assicurare un controllo continuo – specie nelle ore notturne – dei ricoverati¹⁷². [corsivi miei]

3. La Commissione Marino sull'OPG di Reggio Emilia.

Nel 1991 l'istituto venne trasferito in Via Settembrini, nella sede della casa circondariale di Reggio Emilia. Scarse sono le notizie che, su quegli anni, si possono avere riguardo alle condizioni di vita all'interno della struttura, certo è che furono sicuramente apportate alcune migliorie rispetto alla situazione previgente.

Molte realtà¹⁷³ iniziarono ad entrare in OPG.

¹⁷¹ *Atti Parlamentari, Senato della Repubblica*, VIII Legislatura, 37° seduta pubblica, 30.10.1979, p.23, in Manacorda A., *Op. cit.*, p. 120;

¹⁷² Regione Emilia-Romagna, Ufficio del medico provinciale di Reggio Emilia, *Verbale della visita all'ospedale psichiatrico giudiziario di Reggio Emilia* effettuata il 28.3.1980, Prot. n. 1197 del 14.4.1980 in Manacorda A., *op. cit.*, p.121;

¹⁷³ Vedi <http://effataopgre.wordpress.com/>; <http://www.ovile.net/#salutementale>;

Vennero, così, incrementate le attività ricreative e gli internati poterono usufruire sempre più spesso delle licenze all'esterno della struttura e del regime di semi-libertà, in particolare grazie alla cooperativa “L’Ovile” che dal ‘94 aveva attivato percorsi di inserimento lavorativo e abitativo con finalità di riabilitazione psico-sociale.

Nato nel luglio 2000 per iniziativa della Regione Emilia-Romagna (che lo ha finanziato) e del Comune di Reggio Emilia, e condiviso dalla Direzione dell’Ospedale Psichiatrico Giudiziario, il progetto “Antares” ha coinvolto in attività collettive o individuali circa 40 internati, attraverso la creazione del nuovo reparto *Antares*, l’introduzione di inedite modalità operative nella conduzione degli altri reparti, la promozione di attività manuali e ricreative: uso del computer, musica, proiezioni di film e documentari, lettura di quotidiani, disegno, attività di cucina, partecipazione a manifestazioni esterne e alle attività dell’Istituto, borse-lavoro, attività di gruppo (*group counseling*) e colloqui individuali.

Attraverso queste attività, il progetto si proponeva diversi obiettivi: qualificare la quotidianità; attivare il contatto con i servizi delle località di provenienza, nell’ottica della “regionalizzazione” degli internati; individuare percorsi mirati al reinserimento sociale dei ricoverati; creare un’equipe con l’inserimento di nuove figure professionali (psicologo, animatori-educatori) da affiancare a quelli già esistenti (psichiatra, infermieri, agenti) per individuare percorsi riabilitativi individuali.

Nel 2008 il reparto *Antares* era l’unico a regime “aperto” e a gestione esclusivamente sanitaria. Gli altri reparti si trovavano in regime chiuso e i pazienti rimanevano in cella giorno e notte (salvo nelle ore d’uscita programmate).

Durante il Convegno *Il percorso di superamento dell’OPG in Emilia-Romagna*, tenutosi a Reggio Emilia nel mese di settembre 2013, la Dott.ssa Mila Ferri (Responsabile del Servizio salute mentale, dipendenze patologiche, salute nelle carceri – Regione Emilia Romagna), ha presentato i dati relativi alla situazione dell’OPG nel 2008.

Il personale sanitario risultava così composto:

- a) 1 direttore psichiatra;
- b) 1 medico igienista dipendente;

- c) 1 psichiatra clinico dipendente;
- d) 10 contratti di consulenti psichiatri;
- e) 8 infermieri dipendenti;
- f) 28 infermieri parcellisti;
- g) 4 Operatori Socio-Sanitari parcellisti;
- h) 6 medici di guardia;
- i) 3 medici incaricati *part time*.

Nel corso dell'anno si registrarono 177 episodi di contenzione meccanica.

Alla data del 31 dicembre 2008 le persone presenti erano 316, a fronte di una capienza regolamentare di 132 persone e di una capienza “tollerabile” di 254 persone¹⁷⁴.

Nella *Relazione sulle condizioni di vita e di cura all'interno degli ospedali psichiatrici giudiziari* della Commissione parlamentare d'inchiesta sull'efficacia e l'efficienza del servizio sanitario nazionale, è riportata la relazione del sopralluogo effettuato all'OPG di Reggio Emilia in data 23 luglio 2010:

L'OPG di Reggio Emilia ha sede nella periferia della città, in via Settembrini n.8.

Il direttore dell'OPG si identifica nella dott.ssa Anna Paola De Filippo.

Il direttore sanitario è la dott.ssa Valeria Calevro.

La struttura, vista dall'esterno, appare di recente realizzazione ed è disposta su vari livelli collegati tra loro sia da scale che da ascensore, mentre all'interno si presenta in scadenti condizioni strutturali a causa di copiose infiltrazioni e segni di umidità, servizi igienici vecchi ed in cattivo stato di manutenzione, locali doccia sudici, con pavimenti e pareti costantemente bagnati a causa, verosimilmente, della scarsa areazione.

L'ospedale consta di 7 sezioni dotate di celle concepite per una, massimo due persone, ma che in alcuni casi, malgrado l'esiguità degli spazi (circa 9 mq.) previa adozione di letti a castello, ospitano anche tre persone. Allo stato, malgrado una capienza ufficiale di 132 persone ed una capienza c.d. “tollerabile” di 254 persone, ospita ben 274 pazienti.

Dapprima veniva visitato il secondo piano, dove ha sede il reparto denominato “Antares” munito di camere/celle a due o tre posti letto con servizio igienico e dove veniva notata l'esistenza di un locale doccia in disuso a causa delle forti infiltrazioni

¹⁷⁴ Fonte: Ministero della Giustizia, DAP, Ufficio per lo sviluppo e la gestione del Sistema Informativo Automatizzato – Sezione Statistica;

che avevano causato una presenza massiva di macchie e muffe, sia alle pareti che al soffitto; nel medesimo reparto si nota una sala per la lettura; una operatrice intenta ad assistere un paziente per l'igiene personale, riferisce che a fronte di 58 ospiti (su quel piano) sono funzionanti soltanto tre impianti doccia; ad una parete del corridoio si nota un cartello riprodotto i turni di gioco a carte ed altro.

Il sopralluogo veniva esteso al primo piano ove si accertava la presenza di un ufficio di immatricolazione, uno studio per il medico di guardia, una infermeria, una sala per i medici ed il reparto denominato "Orione" munito di camere con uno o due posti letto e servizio igienico.

Sia nell'uno che nell'altro reparto visitati, all'esterno delle camere/celle è riportato il nominativo degli ospiti e costoro partecipano alle attività di pulizia degli ambienti,

Nel corso della verifica è stata inoltre accertata la presenza di un paziente in regime di contenzione previa adozione di letto metallico fissato al pavimento ed apposite fasce; quella addominale e quelle atte a tenere pressoché immobili gli arti: in merito si è presa visione del registro delle contenzioni ed è stato accertato trattarsi del sig. R. G., sottoposto a tale regime da 5 giorni essendo autore di atti di violenza che avevano messo a rischio sia esso stesso che operatori della polizia penitenziaria e sanitari.

Nella circostanza, è stata accertata l'assenza di un campanello per richiamare l'attenzione degli operatori sanitari che si trovano in una stanza attigua e l'impossibilità di regolare l'inclinazione della testiera del letto.

Il controllo veniva esteso ai farmaci che risultavano collocati in appositi armadietti forniti di serratura. I farmaci a base di sostanze stupefacenti, custoditi in cassaforte, risultavano regolarmente registrati.

Al termine dell'ispezione, la Commissione interloquiva con i responsabili della struttura e dal colloquio emergeva che la contenzione dei pazienti era ormai una pratica in estinzione, cui si faceva ricorso soltanto nei casi d'impossibilità ad intervenire diversamente. L'abbandono quasi totale della pratica di contenzione, a dire degli operatori, è stata possibile soltanto a seguito dell'apertura delle camere/celle, di alcuni reparti, per gran parte della giornata. Inoltre emergeva che a fronte di 274 pazienti, vi sono 74 tra medici ed infermieri ed 80 appartenenti alla polizia penitenziaria. Nella circostanza, è stata evidenziata l'esistenza di vari spazi che previa autorizzazione potrebbero essere utilizzati per gli ospiti in modo da evitare che alcuni di essi alloggino in tre, in camere di soli 9 mq. All'uopo, il direttore ha riferito che il sovraffollamento della struttura è causato anche dall'assenza di strutture alternative sul territorio.

La Commissione effettua una seconda visita in data 6 dicembre 2010. Non emerge nessuna modifica rispetto al primo sopralluogo e si registra un altro

episodio di contenzione. In questa seconda occasione viene girato un video¹⁷⁵.

I dati trasmessi alla Commissione dal nuovo ed attuale direttore, il dott. Paolo Madonna, si riferiscono al 6 luglio 2011 e registrano la presenza di 245 persone ristrette¹⁷⁶.

4. Il percorso di superamento dell'OPG in Emilia-Romagna.

Il dibattito che scaturì dalla denuncia effettuata dalla Commissione Marino, sulle condizioni disumane in cui si trovavano le persone presenti nei sei OPG italiani, portò, come abbiamo visto nel primo capitolo, all'emanazione del D.L. n. 211/2011 e alla promulgazione della legge di conversione n.9/2012.

Tra il 2010 e il 2013 la Regione Emilia-Romagna ha predisposto una serie di misure atte ad incentivare il percorso di superamento degli OPG:

1. Sono stati predisposti finanziamenti alle AUSL, dedicati al supporto di progettualità per internati in licenza finale di esperimento o dimessi;
2. È stato organizzato un Corso di Formazione sui temi della psichiatria penitenziaria per i professionisti delle AUSL regionali e dell'OPG;
3. È stato promosso un Gruppo di Lavoro tra Regione, OPG di Reggio Emilia, DSM-DP delle AUSL regionali per favorire la presa in carico e la dimissione dall'OPG e per monitorare le attività;
4. Ha emanato la Circolare n. 10/2011 "Raccordo tra Struttura Operativa Complessa - Ospedale Psichiatrico Giudiziario di Reggio Emilia e Dipartimenti di Salute Mentale - Dipendenze Patologiche per la presa in carico congiunta degli internati e favorirne le dimissioni";
5. Sono stati implementati i rapporti con la Residenza Sanitaria Psichiatrica "Casa Zacchera", poco distante dal Borgo di Sadurano (FC), per l'accoglienza di internati in OPG, residenti in Emilia Romagna, in licenza finale di esperimento, fase propedeutica alle dimissioni;
6. È stato istituito un Tavolo di studio con la Magistratura di sorveglianza

¹⁷⁵ Il video della Commissione Marino si può trovare sul sito www.stopopg.it, nella sezione "Audio Video";

¹⁷⁶ Di questi: 3 semiliberi/semidetenuti; 10 detenuti minorati psichici; 7 osservandi comuni; 126 internati in OPG/prosciolti; 20 detenuti con sopravvenuta infermità mentale durante l'espiazione della pena ex art. 148 C. P.; 25 internati in applicazione provvisoria di misura di sicurezza; 54 internati in casa di cura e custodia;

- riguardante l'esecuzione delle misure di sicurezza applicate alle persone prosciolte e riconosciute socialmente pericolose;
7. Ha organizzato seminari con la Magistratura ordinaria per un confronto tra servizi psichiatrici e magistrati nelle prime fasi del processo;
 8. Ha incentivato il Raccordo tra UEPE¹⁷⁷ e Servizi sui pazienti in libertà vigilata, soprattutto in comunità;
 9. È stato aperto un Reparto di osservazione psichiatrica presso il Carcere di Piacenza (17 febbraio 2012);
 10. Ha attivato, presso l'AUSL di Bologna, una struttura residenziale sanitaria per detenuti che necessitano di perizia psichiatrica;
 11. È stato predisposto un Piano di intervento coordinato con le Regioni di bacino – Marche, Veneto, Friuli-Venezia Giulia, Province autonome di Trento e Bolzano – per definire il reinserimento degli internati nei territori di residenza;
 12. Ha firmato l'accordo di macro-bacino "Accordo di programma tre le regioni Emilia Romagna, Veneto, Marche, Friuli-Venezia Giulia, Province autonome di Trento e Bolzano".

Rispetto al 2008, si possono registrare diversi cambiamenti per quanto riguarda la situazione regionale.

Gli internati nell'OPG di Reggio Emilia al 31 agosto 2013¹⁷⁸ sono 173¹⁷⁹ e in base alle Regioni di provenienza sono così suddivisi¹⁸⁰:

- Emilia Romagna: 34
- Veneto: 36
- Trento e Bolzano: 7
- Friuli-Venezia Giulia: 8
- Marche: 9

Totale bacino: 94

- Lombardia: 38
- Piemonte: 9

¹⁷⁷ Ufficio per l'Esecuzione Penale Esterna;

¹⁷⁸ Fonte: Ministero della Giustizia, DAP, Ufficio per lo sviluppo e la gestione del Sistema Informativo Automatizzato – Sezione Statistica;

¹⁷⁹ 14 imputati, 42 condannati, 117 internati. Gli stranieri sono 43;

¹⁸⁰ *Il percorso di superamento dell'OPG in Emilia-Romagna*, Mila Ferri, Responsabile servizio salute mentale, dipendenze patologiche, salute nelle carceri, Regione Emilia-Romagna, settembre 2013;

- Altre regioni: 23

Totale extrabacino: 74

Rispetto al passato, si segnala un'implementazione del personale sanitario stabilmente collocato, che risulta così composto:

- a) 1 direttore psichiatra;
- b) 6 psichiatri clinici dipendenti;
- c) 3 psicologi dipendenti;
- d) 32,5 infermieri dipendenti;
- e) 5 Tecnici della riabilitazione psichiatrica dipendenti;
- f) 22 OSS dipendenti;
- g) 6 medici di guardia;
- h) 3 medici di medicina generale (ex incaricati) *part time*.

Gli episodi di contenzione, rispetto all'anno di confronto, sono decisamente diminuiti: 18 nel 2012 e solo 1 nel 2013. Oggi nell'OPG di Reggio Emilia non è più presente il letto di contenzione¹⁸¹.

Tutti i reparti si trovano in regime “aperto” e a completa gestione sanitaria, ad esclusione del reparto *Centauro*, dove vengono indirizzati i pazienti fortemente *scompensati*.

Alla fine di marzo 2013 l'AUSL di Reggio Emilia ha presentato il progetto preliminare per il superamento dell'ospedale psichiatrico giudiziario¹⁸².

Questo si concentra sulla realizzazione delle REMS, le Residenze per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza, ai sensi del Decreto del ministro della salute del 1 ottobre 2012¹⁸³.

Le strutture residenziali saranno costruite in una stessa area (Località Due Maestà, via Montessori, Reggio Emilia) e condivideranno una zona in comune di riabilitazione e di contatto con gli esterni. Si differenzieranno in base all'intensità di cura e alle valenze riabilitative.

Il complesso residenziale sarà costituito da 3 corpi:

1. Struttura spazi comuni, dedicata a zone di coordinamento, zone di servizio e zone riabilitative;

¹⁸¹ <http://www.assemblea.emr.it/garanti/notizie/ancora-in-203-allopg-di-reggio-emilia>;

¹⁸² Reperibile al link:

http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pagineAree_3855_listaFile_itemName_8_file.pdf;

¹⁸³ “Requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi delle strutture residenziali destinate ad accogliere le persone cui sono applicate le misure di sicurezza del ricovero in ospedale psichiatrico giudiziario e dell'assegnazione a casa di cura e custodia”;

2. Struttura residenziale “riabilitazione uomini” con 20 posti letto e su un unico piano;
3. Struttura residenziale “alta intensità uomini” con 10 posti letto e “donne” con 10 posti letto su due piani differenti.

Le aree verdi saranno di uso esclusivo e delimitate. Se ne prevedono due, una per l'area abitativa “alta intensità” e un'altra per le aree “riabilitazione uomini” e “donne”.

Ogni camera sarà dotata di un letto e di un bagno privato.

La sicurezza verrà garantita dal rapporto operatori-pazienti e dalla collaborazione con la Prefettura, in caso di necessità.

I costi stimati per la realizzazione dell'intero intervento si stimano in 7.356.880,64 euro. La previsione per l'attivazione della struttura è Settembre 2015.

Le persone provenienti dall'Emilia Romagna che dovrebbero accedere alle REMS. sono all'incirca 25.¹⁸⁴

Accanto alla costruzione delle residenze, sono previsti altri progetti:

- Progetto OPG/REMS: è finalizzato alla garanzia di livelli adeguati di assistenza nell'attuale OPG di Reggio Emilia e alle dimissioni dei pazienti internati in OPG;
- Progetto “NO RESTRAINT”: mira all'acquisizione di personale specifico per garantire interventi assistenziali intensivi e personalizzati;
- Progetto Formazione Continua: prevede lo sviluppo di competenze professionali e garantisce l'aggiornamento continuo agli operatori delle REMS, delle altre residenze psichiatriche e dei DSM-DP.

Il finanziamento del programma per la realizzazione delle REMS viene approvato dall'Assemblea Legislativa della Regione Emilia Romagna (su proposta della Giunta regionale) in data 10 settembre 2013 e dal Ministero della Salute in data 9 ottobre 2013.

¹⁸⁴ Dati aggiornati a settembre 2013, *Il percorso di superamento dell'OPG in Emilia-Romagna*, Mila Ferri, Responsabile servizio salute mentale, dipendenze patologiche, salute nelle carceri, Regione Emilia-Romagna, settembre 2013.

5. L'OPG di Reggio Emilia oggi.

Come già segnalato nel primo capitolo, la data finale per la chiusura degli OPG è stata prorogata di anno in anno, e, ad oggi, è fissata al 31 marzo 2015. Durante il seminario *Impegni per il superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari. Per non sprecare una occasione di crescita civile del Paese* – al quale ho avuto la fortuna di partecipare – tenutosi a Roma, il 27 marzo 2014, l'Assessore alla Sanità della Regione Emilia-Romagna, in qualità di rappresentante delle regioni, precisa che esistono ancora degli ostacoli alla chiusura degli OPG.

La sua attenzione si sofferma sul flusso d'ingresso, ancora troppo elevato. Si parla di 633 persone entrate nel 2012 e 604 nel 2013 su 1000 presenze negli OPG italiani. L'Assessore chiede alla Magistratura d'intervenire per la riduzione dello stesso.

Inoltre, propone la creazione di una *“cabina di regia che metta insieme le istituzioni coinvolte, dalla giustizia alla salute, dalle Regioni al Parlamento, alle associazioni”*.

In data 24 aprile 2014, in un comunicato della Regione Emilia-Romagna, lo stesso ha precisato che *“L'Emilia-Romagna sarà pronta a chiudere l'Ospedale psichiatrico giudiziario di Reggio Emilia nei tempi previsti e adottare i piani di assistenza individuali per i residenti”*.

Ecco le ultime notizie giunte all'esterno dall'OPG:

Nella giornata di martedì 6 maggio, Desi Bruno, Garante regionale delle persone private della libertà personale, si è recata all'Ospedale psichiatrico giudiziario (Opg) di Reggio Emilia; nella visita, la Garante era accompagnata dal direttore, Paolo Madonna, dal comandante di Polizia penitenziaria, e dal personale del suo ufficio. Nella struttura sono presenti 203 internati, di cui 41 stranieri: 27 minorati psichici, 5 in osservazione psichiatrica, 52 prosciolti per infermità mentale, 17 in sospensione della pena per sopraggiunta infermità, 27 in esecuzione provvisoria di misura di sicurezza, 32 in esecuzione di misura di sicurezza di casa di cura e custodia, 38 in licenza di esperimento finale e 30 in licenza a termine. Sono meno di 40 le persone che hanno residenza o domicilio in Emilia-Romagna.

Rispetto alle visite precedenti, le condizioni della struttura risultano invariate. Sono in

corso i lavori di rifacimento del tetto. Nel reparto “Centauro”, che ospita le persone considerate non adatte alla vita in comunità, le celle sono prevalentemente chiuse ed è sempre presente un presidio di Polizia penitenziaria. In tutti gli altri reparti le celle sono aperte dalle 8 alle 20, è presente esclusivamente il personale sanitario e l’intervento della Polizia penitenziaria viene richiesto solo in caso di bisogno. Il comandante della Polizia penitenziaria dichiara che il letto di contenzione è stato eliminato dalla struttura. La Garante segnala l’anomalia rappresentata dalla presenza di cinque persone in osservazione psichiatrica, nonostante presso la Casa circondariale di Piacenza sia stata aperta una apposita sezione, risultata vuota durante l’ultima visita dell’Ufficio (in data 16 aprile 2014). Altra criticità è rappresentata dalle 32 persone presenti alle quali è stata applicata la misura di sicurezza della casa di cura e custodia, ma che si trovano collocate all’interno dell’Opg; in particolare, non esiste – a livello sanitario – una diversa gestione di questi soggetti. La distribuzione degli internati, infatti, non dipende né dal tipo di patologia, né dalla gravità del reato commesso, né dalla categoria giuridica alla quale il soggetto appartiene, ma si effettua esclusivamente sulla base del suo grado di “compensazione”: se non mostra comportamenti violenti nei confronti di se stesso o degli altri, viene tendenzialmente indirizzato nel reparto a regime “aperto”.

Il numero di internati rende evidente la difficoltà di presa in carico all’esterno dei soggetti che non sono più considerati socialmente pericolosi: da qui, la necessità di implementare strutture esterne atte ad accogliere più persone in licenza finale di esperimento (come, ad esempio, la comunità di Sadurano, in provincia di Forlì). Con tutta evidenza, continuano ad arrivare all’Opg di Reggio Emilia persone provenienti da regioni esterne al bacino d’utenza previsto (Emilia-Romagna, Marche, Veneto, Friuli-Venezia Giulia, Province di Bolzano e Trento). Per rendere plausibile la chiusura della struttura entro l’aprile 2015, la Garante segnala la necessità di porre freno agli ingressi delle persone provenienti da altre regioni e contestualmente aumentare il numero delle licenze finali di esperimento, in strutture idonee¹⁸⁵.

6. Le strutture esterne.

Nella Regione Emilia-Romagna esistono delle strutture pensate per l’accoglienza di pazienti in licenza finale d’esperimento o per quella successiva alla revoca della misura di sicurezza detentiva dell’ospedale psichiatrico giudiziario.

Sicuramente in questo compito svolge un ruolo importante Casa Zacchera,

¹⁸⁵ <http://www.assemblea.emr.it/garanti/notizie/ancora-in-203-allopg-di-reggio-emilia>;

inaugurata nell'ottobre del 2007 e gestita dalla cooperativa "Sadurano Salus"¹⁸⁶. Questa si trova sulle colline di Sadurano, frazione di Castrocaro (Forlì), ed è una residenza sanitaria psichiatrica di tipo socio-riabilitativo che accoglie pazienti, residenti nel territorio regionale, provenienti dall'OPG.

La struttura ha ricevuto l'accreditamento sanitario da parte della Regione nel 2009 ed ha una capienza di 18 posti letto. Le persone presenti sono in regime di licenza finale d'esperienza dall'OPG o in libertà vigilata.

Casa Zacchera è concepita come struttura di transito o comunque "a tempo" – ogni progetto individualizzato dura non più di 2 anni – e l'inserimento presuppone il collegamento e la collaborazione con il Dipartimento di Salute Mentale territoriale, al fine di rendere possibile una reale presa in carico da parte del territorio nel quale si auspica che il paziente possa venire riaccolto. La costruzione del progetto di transito s'incardina sul riapprendimento delle capacità e potenzialità relazionali e di socializzazione, passando per la possibilità di un lavoro, l'aria aperta e il vivere in una casa

Dei sedici ospiti, alcuni svolgono attività all'interno della casa, altri escono per andare a lavorare, il pranzo è presso il ristorante della struttura e la sera ciascuno rientra nella propria camera (doppia o singola). Nella convinzione che "si cura nel bello", grande attenzione è prestata all'estetica, ritenendosi strategica anche in chiave terapeutica, la cura degli ambienti, con gli arredi che richiamano elementi naturali

Risulta sorprendente l'accoglienza e la straordinaria ricettività con cui il territorio limitrofo, dai cittadini alle istituzioni, sta consentendo al progetto di esplicitarsi, con forme uniche di coesione sociale ed impegno civile: i pazienti che ne hanno la capacità, durante la mattina lavorano presso aziende e cooperative del luogo, in borsa-lavoro erogata dall'Ausl, accompagnati da personale della struttura sul posto di lavoro.

A giudizio della Garante, la struttura di Sadurano può rappresentare un esempio a livello nazionale. Già oggi, è apparsa soddisfare molti dei requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi fissati dal decreto del ministro della Salute del 1° ottobre 2012 nell'ambito del processo di superamento degli Opg¹⁸⁷.

Anche a Reggio Emilia, però, esistono delle soluzioni simili e di dimensioni

¹⁸⁶ Per approfondimenti su Casa Zacchera vedi: http://sadurano.it/coop_sadurano_salus.php e <http://questacitta.altervista.org/2012/08/una-casa-insomma/>;

¹⁸⁷ Comunicato del 19 dicembre 2012 della Garante delle persone private della libertà personale della Regione Emilia-Romagna: http://www.assemblea.emr.it/garanti/attivita-e-servizi/detenuti/comunicati-garante-detenuti/comunicatodettaglio_view?codComunicato=41870;

più modeste, si tratta degli appartamenti protetti gestiti dalla Cooperativa “L’Ovile”.

Grazie alla disponibilità di Daniele Marchi, responsabile dell’area Giustizia della cooperativa, ho avuto la possibilità di visitarne la sede, sita a Mancasale, frazione di Reggio Emilia. Ivi si trovano i laboratori. Questi svolgono diversi servizi, dall’assemblaggio alle lavorazioni plastiche, dalla cartotecnica alla copisteria.

La maggioranza delle persone inserite in laboratorio sono svantaggiate certificate ex l. n. 381/1991:

- malati psichiatrici;
- carcerati o in misura alternativa;
- ex tossici;
- invalidi civili.

Le restanti sono persone in situazioni di disagio sociale:

- stranieri di etnie diverse con difficoltà di lingua;
- ragazze in percorsi di uscita dallo sfruttamento della prostituzione;
- persone con gravi difficoltà economiche;
- nomadi.

Abbiamo presenti in media 30/40 persone che con varie modalità di inserimento ogni settimana lavorano presso il laboratorio¹⁸⁸.

La cooperativa svolge un ruolo fondamentale come ponte tra l’OPG e il territorio. Grazie all’intervista a Daniele Marchi possiamo ricostruire come siano nate, e come si siano sviluppate, le relazioni tra “L’Ovile” e l’OPG.

D. Quando sono nati i rapporti tra “L’Ovile” e l’OPG?

R. I rapporti sono nati perché l’ex Presidente e fondatore, Don Daniele Simonazzi, cappellano dell’OPG di Reggio Emilia dall’89, ha creato sin da subito un legame tra la cooperativa, che nasce nel ’93 e l’OPG in cui svolgeva, e svolge attualmente, le sue funzioni. Prima le connessioni hanno riguardato il reinserimento lavorativo di alcuni internati, poi nel ’94-’95 nascono i primi progetti di strutture alternative, con la parte tecnico-scientifica curata da due psichiatri criminologi che lavoravano in OPG all’epoca, con la parte economico-finanziaria della Regione Emilia-Romagna e con la parte gestionale affidata a L’Ovile. Sto parlando degli appartamenti. Il primo nasce nel

¹⁸⁸ http://www.ovile.net/index.php#laboratori_aziende;

'94 ed era un progetto cosiddetto di "area ponte" tra l'OPG e il Territorio, anzi, i territori, dato che le persone che erano e sono in OPG provengono da altri bacini extraregionali.

Quindi, in primis per evitare l'ergastolo bianco e le proroghe infinite, e poi per consentire, da un lato al Magistrato di Sorveglianza di avere elementi di valutazione in ordine alla pericolosità, dall'altro ai servizi territoriali di iniziare ad attivarsi rispetto ad un possibile percorso sul territorio di provenienza, si era creato questo progetto che prevedeva l'uscita in licenza settimanale. In breve funzionava così: abbiamo un appartamento che deve essere un po' una palestra della vita quotidiana, dove le persone vengono e si rimpossessano della routine, fatta di casa, lavoro e tempo libero. Le persone uscivano dall'OPG il lunedì mattina e rientravano il sabato pomeriggio. Facevano quindi una settimana di vita comunitaria (gli appartamenti sono da 4-5 persone) in un contesto extramurario. Era sempre presente un operatore insieme a loro e le mansioni erano quelle giornaliere: fare da mangiare, fare la spesa, tenere in ordine, pulito, gestire le relazioni di convivenza. Accanto a queste mansioni, vi erano attività occupazionali, di inserimento lavorativo. Quindi in un mese uscivano a turni settimanali di 5 persone alla volta. Diciamo che più che inserimento lavorativo, si poteva parlare di osservazione lavorativa.

Questo dava elementi all'equipe dell'OPG e quindi al Magistrato di Sorveglianza e ai servizi che avrebbero dovuto prendersi in carico la persona, di stabilire se ci fossero le condizioni per un percorso di dimissione da effettuarsi presso una struttura comunitaria se le abilità erano basse, una struttura appartamento protetta con una serie di presenze professionali, o si poteva presentare una situazione di autonomia o di rientro in famiglia, laddove fosse possibile, ma in realtà è avvenuto in pochissimi casi. Era quindi una fase propedeutica alla dimissione. Le licenze finali venivano poi fatte in comunità residenziali.

La cooperativa ha inoltre collaborato, insieme a Regione, Comune e AUSL alla realizzazione del progetto Antares, proprio sulla base dell'esperienza negli appartamenti. Poi il progetto, il cui finanziamento veniva rinnovato di anno in anno, è confluito nelle misure adottate per il passaggio al SSN della salute negli istituti penitenziari, quindi a partire dal 2008, anno del D.P.C.M., le AUSL hanno preso in gestione direttamente l'assistenza sanitaria in OPG e anche del personale sanitario aggiuntivo previsto dal progetto.

Gli appartamenti gestiti dalla cooperativa sono cinque:

- "Carlo Livì" ad alta protezione, 5 posti per uomini;
- "Giorgio Iori" a media protezione, 4 posti per uomini;
- "Mirella Marazzi" a media protezione, 4 posti donne;

- “Labriola” e “Bainsizza” a bassa protezione, per un totale di 7 posti letto.

D. Come si finanziano i gruppi appartamento?

R. Fino al 2008, la Regione aveva un capitolo di spesa su questo progetto, quindi, attraverso il Comune di Reggio Emilia, che si convenzionava con la nostra cooperativa, arrivava il finanziamento, ma non copriva tutte le spese dell'attività di accoglienza.

Nel 2008, i fondi previsti per il progetto Antares, passano al capitolo della spesa sanitaria che riguarda la salute mentale e l'assistenza in OPG. Il finanziamento per l'appartamento s'interrompe già qualche anno prima, nel 2006. In quell'anno cambia anche il modello di funzionamento dell'appartamento, che diventa una struttura residenziale alternativa, H24, aperta tutti i giorni, tutto l'anno ed inizia a diventare un gruppo appartamento per la salute mentale in senso ampio con una retta che viene coperta dai Servizi di Salute Mentale, che fanno gli invii come in qualunque altra struttura. Oggi vi si svolgono le licenze finali d'esperienza. Non ha necessità per le dimensioni e per la collocazione socio-sanitaria di accreditamenti o autorizzazioni, ma è stata sufficiente una comunicazione di avvio attività. Vi è stata una fase, ovviamente, in cui è stato necessario far capire ai DSM che il servizio era diventato a pagamento. Quindi i DSM di provenienza delle persone ospitate pagano la retta. In gran parte le persone ospiti della struttura non si mantengono. Alcuni sono stati assunti da noi e con noi sono andati in pensione, ma potevano partecipare alle spese di accoglienza in parte minima. Ad oggi nessuno dei nostri ospiti ha possibilità di lavorare.

D. Da dove provengono le persone in appartamento?

R. Prima avevamo molte persone provenienti da fuori regione, oggi sempre meno. Abbiamo qualche percorso residuo di persone che non hanno una presa in carico amministrativa/economica da parte del territorio di Reggio Emilia. Abbiamo ad esempio, ancora oggi una persona, ormai libera dal 2004, al quale è stata revocata anche la misura di sicurezza della libertà vigilata, che continua a seguire il percorso riabilitativo, in carico all'AUSL di Milano che continua a sostenerlo. Oggi, però, è difficile, se non impossibile, che ci venga affidata una persona non proveniente dalla nostra regione, si tende a farla andare verso casa sua.

D. In cosa consiste un progetto riabilitativo-individuale?

R. Noi abbiamo tre livelli di protezione, alta, media e bassa, che si differenziano sia per la quantità di ore di copertura, quindi nel primo caso un H24 con un rapporto ospiti/operatori abbastanza importante, quasi 1-2/3; nel secondo sono da soli solo di notte, nella bassa protezione stanno da soli e l'operatore ci va una volta al giorno o al bisogno, perché sono molto autonomi o con possibilità riabilitative molto basse, come anziani ormai stabili. Ogni struttura quindi declina il progetto personalizzato a seconda del tipo di collocamento.

D. Come avviene la differenziazione nelle varie strutture?

R. C'è un periodo di osservazione, i primi due mesi, in cui si svolge la definizione di criticità e punti di forza e poi la condivisione degli obiettivi riabilitativi e delle criticità e dei punti di forza con l'ospite. Gli obiettivi riabilitativi vanno dalle cose più concrete, come l'igiene personale, la cucina, l'attività di pulizia, a seconda delle carenze. Questi sono gli obiettivi individuati da noi e dai servizi e per fortuna sempre di più c'è il coinvolgimento dell'ospite. L'obiettivo finale è ovviamente passare a livelli di protezione sempre più bassa, fino al ritorno alla vita autonoma. Bisogna capire se è possibile, come e in che tempi. Stiamo cercando di convincere sempre di più i servizi a farlo con l'ospite proprio perché saranno loro a farsene carico in futuro. In tutto questo poi c'è il Magistrato di Sorveglianza che comunque su molte cose ha l'ultima parola. Ad esempio il passaggio da una struttura ad alta protezione ad una a maggior autonomia, non lo decidiamo noi, se la persona è sottoposta a misura di sicurezza. Bisogna poi tenere sempre conto, nello stilare il progetto, dei vincoli che le persone hanno. Se ad esempio vogliamo fare un lavoro sul cinema e il paziente alle sette di sera deve essere a casa, se il Magistrato di Sorveglianza non ce lo autorizza, non se ne fa niente. Nell'alta protezione, ad esempio, tutti gli ospiti hanno come prescrizione, l'essere sempre accompagnati da un operatore, non possono muoversi da soli. In media protezione non è così. Siamo ad un punto del percorso in cui devi essere in grado di muoverti da solo. E l'autorizzazione del Magistrato di Sorveglianza è ancora più importante in questa fase.

D. Ospitate solo persone in licenza finale d'esperienza?

R. La licenza finale d'esperienza è la forma più ordinaria. La Magistratura ha cambiato orientamento negli anni. Prima prorogavano anche le licenze finali d'esperienza, oggi, di solito più di sei mesi non dura e dopo scatta la libertà vigilata se tutto va bene. Abbiamo avuto, l'anno scorso, una persona in applicazione provvisoria di misura di sicurezza, la cui misura si è trasformata in definitiva e poi in libertà vigilata, sempre da noi. Avevano anche tentato di farlo venire direttamente da noi, ma un passaggio in OPG c'è stato comunque.

D. Potrebbero esserci nel territorio delle alternative alla costruzione delle REMS?

R. A normativa invariata, a codice penale immutato, no. Si potrebbe fare, ma con tutte le cautele e criticità che possono esserci sulle REMS e quindi poi su strutture gestite direttamente da DSM, più piccole. Se penso all'esperienza nostra, io dico di sì. Bisogna anche pensare che non stiamo parlando di grandi numeri, 30-40 persone. Su queste si possono fare valutazioni puntuali, precise. Per ciascuno si può indagare su quale sia la sua storia, cosa sia successo, quale sia il contesto sociale, la patologia, ecc.. Tutto questo consentirebbe per la stragrande maggioranza di queste persone di accedere a percorsi di cura a vari livelli, anche, secondo me, di tipo sanitario basso,

perché per l'esperienza che abbiamo la pericolosità non ha nessun legame con la presenza in OPG. E non perché li abbia resi mansueti l'istituto...

In certi casi si perpetua e una misura di sicurezza e una spesa per il tipo di percorso giustificata solo dalla presunta pericolosità sociale e dalla storia del reato che hai commesso.

Dal punto di vista clinico, non ho dubbi sul fatto che, anche le persone autrici di reato grave o gravissimo, con un percorso di cura e riabilitazione territoriale o di psichiatria di comunità, chiamiamolo come vogliamo, possono avere una prognosi in ordine alla riabilitazione, al loro stare meglio, decisamente più favorevole che se venissero messi dietro le sbarre. Se io devo creare delle REMS in cui tenere delle persone e poi non creo la possibilità di avere una continuità di cura, dopo la permanenza in una struttura sanitaria così protetta, che prognosi posso effettuare? Nessuna.

Bisogna fare progetti individuali, diffusi, capendo se oggi, quello che offrono i DSM di una Regione hanno tutto quello che serve per coprire tutte le tipologie di cura necessarie per questi 30-40 pazienti. È una domanda legittima. È necessaria una mappatura delle risorse disponibili.

CONCLUSIONI

*“Qualcuno potrebbe chiederci:
ma voi che idea avete della cura e dell'aiuto?
Chiunque voglia entrare in contatto con un uomo legato,
la prima cosa che deve fare è slegarlo.
Chiunque voglia entrare in contatto con un uomo rinchiuso,
la prima cosa che deve fare è liberarlo.
Tutti coloro che credono nella forza delle relazioni umane,
che credono sia possibile venire fuori dalla sofferenza e dall'esclusione,
tutti coloro che cercano la gioia per sé e per gli altri
e che frequentano questi posti devono fare una sola cosa:
chiuderli.
Una relazione terapeutica, anzi una qualsiasi relazione,
costruisce umanità e attiva trasformazione
soltanto se realizza o promette desiderio e liberazione.
Se dobbiamo rimanere qui, lasciateci stare”.*

Salvatore Verde, Educatore presso l'OPG di Napoli Secondigliano¹⁸⁹.

Grazie al tirocinio effettuato presso l'Ufficio della Garante delle persone private della libertà personale della Regione Emilia-Romagna, l'Avv. Desi Bruno, ho avuto l'opportunità di accompagnare lei e il suo ufficio, durante una visita all'OPG di Reggio Emilia, effettuata il 6 maggio 2014¹⁹⁰.

Si tratta di un'esperienza emotivamente molto complessa.

Nel percorrere i corridoi di quel luogo, intrisi di sofferenza, la mia mente era affollata da tutte le parole, le immagini e i suoni che mi hanno accompagnato in questa intensa ricerca.

I “manicomi criminali”, “giudiziari” o “ospedali psichiatrici giudiziari” che dir si voglia, non possono essere migliorati, né sostituiti da altre strutture più piccole e più nuove, ma devono essere demoliti e, con le loro mura, è l'idea che in quelle stesse mura è racchiusa a dover essere abbattuta.

Abbiamo visto quanto è accaduto nel '76, quando si pensava che i manicomi

¹⁸⁹ Editoriale di 33,3, periodico dell'OPG di Napoli Secondigliano, Estate 2009, Anno X – numero 1;

¹⁹⁰ <http://www.assemblea.emr.it/garanti/notizie/ancora-in-203-allopg-di-reggio-emilia;>

giudiziari andassero chiusi subito: quella che si realizzò allora fu, però, soltanto una riforma del loro funzionamento. Le inchieste, gli scandali, l'esposizione di alcuni politici, sfumarono con il passare del tempo, e gli OPG tornarono a funzionare avvolti dal silenzio istituzionale.

Allora non si ebbe il coraggio di affrontare il problema più volte segnalato anche nel corso di questo lavoro: cura e custodia sono due termini inconciliabili.

E oggi? Per come è attualmente formulata la legge n.9/2012, più volte modificata, non si può certo pensare ad una definizione della questione. Come correttamente segnalato da Maria Grazia Giannichedda, una delle più attive sostenitrici della necessità di un'abolizione dell'OPG,

non è per niente vero che con questo provvedimento l'ospedale psichiatrico giudiziario viene abolito o soppresso o superato che dir si voglia. La differenza è tutt'altro che sottile. L'Opg non è solo un luogo, è un dispositivo solidamente ancorato al codice penale che ne definisce l'oggetto (l'infermo di mente autore di reato o il condannato che diventa infermo di mente), la forma (misura di sicurezza) e le funzioni (cura e custodia). E poiché il codice penale non si modifica per decreto tutto questo rimane immutato¹⁹¹

Mentre mi accingo a scrivere le ultime pagine di questa tesi, la Camera dei Deputati, ha scelto, con il via libera alla conversione in legge del D.L. n. 52/2014, in data 28 maggio 2014, di riportare il percorso di superamento dell'OPG nella carreggiata della legge 180.

Il testo originario del decreto è stato modificato dal Senato, come abbiamo visto, attraverso l'introduzione di importanti emendamenti.

Come evidenziato più volte, però, ciò non è sufficiente.

Rimane urgente una modifica del codice penale che vada a eliminare il concetto di pericolosità sociale, considerato assolutamente ascientifico, ormai dalla maggioranza dei tecnici del diritto e della psichiatria.

Il codice penale rimane un lascito del fascismo che, seppur più volte emendato, continua ad essere pervaso dalla logica escludente di *difesa della società* – e quindi dello Stato – dal *nemico*: nell'ordine fascista non vi era

¹⁹¹ Giannichedda M. G., *Opg, chiuderne sei per aprirne quanti?*, «Il Manifesto» del 7 febbraio 2012;

spazio per coloro i quali ad esso non potevano essere disciplinati; per loro, l'unico rimedio era la *neutralizzazione*.

In questo contesto, anche grazie al sostegno di una psichiatria che non rifiutava certo la funzione di *controllo e bonifica sociale* che le era stata affidata/riconosciuta fin dal secolo precedente, *il matto criminale* diventò l'emblema del nemico interno.

Grazie a Basaglia e a tutti gli uomini e le donne che insieme a lui hanno lottato, dentro e fuori le mura dei manicomi, le persone affette da disagio psichico, in seguito, riconquistarono gradualmente i loro diritti, la loro umanità e la dignità di essere considerate responsabili dei loro comportamenti. All'opportunità di una loro *custodia*, giustificata dalla presunzione che il *matto* non potesse che essere anche *pericoloso*, si sostituì la necessità di *cura*, intesa come presa in carico del *paziente* che aveva diritto ad essere *assistito*, all'esterno di quelle mura.

Lo stesso non accadde per chi si trovava all'interno degli ospedali psichiatrici giudiziari: per costoro la violenza dell'internamento doveva perdurare.

Oggi, ci troviamo di fronte ad un bivio. Da un lato, la proposta attuale, che, nonostante i pregi riconosciutale nel corso della trattazione, perpetra una logica manicomiale nella gestione del paziente giudiziario¹⁹²; dall'altro una proposta più radicale, quella, ad esempio, che arriva da alcuni movimenti – come l'organizzazione *Stopopg*¹⁹³ – e da una parte della psichiatria e del diritto, che consiste nell'abolizione del *doppio binario*, attraverso l'eliminazione delle misure di sicurezza, e della pericolosità sociale.

È necessario che per l'autore di reato affetto da disagio psichico sia prevista la presa in carico da parte dei DSM e delle strutture che ad essi fanno riferimento.

Non è possibile continuare ad escludere dal processo penale chi viene dichiarato "incapace d'intendere e di volere": deve essere considerato e

¹⁹² "Chiudere sei grandi strutture manicomiali per aprirne venti piccole è di per sé garanzia che le violenze, gli abusi, le detenzioni indeterminate non si daranno più?" Questa la domanda retorica che si pongono gli Autori Dario Stefano Dell'Aquila ed Antonio Esposito nelle conclusioni di *Cronache da un manicomio criminale*, edizioni dell'asino, Roma, 2013;

¹⁹³ Impegnata non solo nella definitiva chiusura degli OPG ancora esistenti nella nostra penisola, ma anche nel tentativo di impedire il ripristino di logiche neomanicomiali e neoistituzionali dentro le nuove strutture che dovranno sostituirli;

riconosciuto imputabile.

A chi muove l'accusa del possibile regime peggiorativo che la persona andrebbe a vivere se sottoposto a pena, va costantemente ricordato che essa non può e non deve consistere nel carcere, luogo principe per lo sviluppo del disturbo mentale. Il carcere è, per sua natura, un luogo di esclusione e sofferenza, dunque, non può essergli riconosciuta alcuna funzione responsabilizzante e su questo punto, come già detto, si possono leggere le pagine di molti studiosi che da anni si occupano della questione.

Quando l'autore di reato presenti un disagio psichico, in qualsiasi momento esso si palesi, è necessario che la pena sia indirizzata ad una presa in carico dello stesso da parte di quei soggetti che del paziente dovrebbero occuparsi, indipendentemente dall'illecito commesso.

Come abbiamo visto, esistono strutture che si assumono questa responsabilità, attraverso la creazione di programmi terapeutici individuali che si basano sull'effettiva conoscenza tra i sanitari e i soggetti in cura e la condivisione dei percorsi da intraprendere.

Sembra, quindi, sempre più urgente un finanziamento ai DSM, affinché possano implementare le loro risorse sul territorio, sia umane che strutturali, come l'apertura H 24 dei CSM e la continua formazione del personale che vi è impiegato.

Le risorse devono essere indirizzate verso la riabilitazione dei soggetti e non verso la costruzione di nuovi istituti che li nascondano dalla società, col rischio che, con la previsione della loro efficienza, appaiano meno disumani e, quindi, accettabili.

Bisogna, dunque, che vi sia una visione d'insieme, tanto sul sistema penale che su quello sanitario.

Per quanto riguarda l'Emilia Romagna, come testimoniato anche dalla presenza di molte strutture che da diversi anni, ormai, si occupano del paziente giudiziario, l'utilizzo delle risorse disponibili per l'implementazione dei DSM appare di primaria importanza per un'effettiva presa in carico del soggetto. In questo senso una mappatura delle strutture, del personale e degli strumenti in possesso dei Servizi psichiatrici sarebbe non solo opportuno, ma indispensabile in un'ottica di superamento dell'OPG, che miri alla sua abolizione e non alla mera riforma.

BIBLIOGRAFIA

- «Nuovo Effatà», Organo di informazione e strumento di dialogo dell'«Ospedale Psichiatrico Giudiziario di Reggio Emilia, n.8, Gennaio 2014;
- Anastasia S., *Metamorfosi penitenziarie. Carcere pena e mutamento sociale*, Ediesse, Roma, 2012;
- Andreoli V., *Anatomia degli ospedali psichiatrici giudiziari italiani*, Pubblicazione del Dipartimento dell'amministrazione penitenziaria, Roma, 2002;
- Bandini T., Rocca G., *La psichiatria forense e il "vizio di mente": criticità attuali e prospettive metodologiche*, in «Rivista italiana di medicina legale», 2010, n.3;
- Baratta A., *Principi del diritto penale minimo. Per una teoria dei diritti umani come oggetti e limiti della legge penale*, in «Il diritto penale minimo. La questione criminale tra riduzionismo e abolizionismo», Edizioni Scientifiche Italiane, Napoli, 1986;
- Basaglia F. (a cura di Ongaro F. e Giannichedda M. G.), *Conferenze brasiliane*, Raffaello Cortina Editore, 2000;
- Basaglia F. (a cura di Ongaro F.), *L'utopia della realtà*, Einaudi, Torino, 2005;
- Basaglia F. (a cura di), *Che cos'è la psichiatria*, Einaudi, Torino 1973;
- Basaglia F. (a cura di), *L'istituzione negata*, Einaudi, Torino, 1968;
- Bertolino M., *L'imputabilità penale tra cervello e mente*, in «Rivista italiana di medicina legale», 2012, n.3;
- Bertolino M., *L'imputabilità e il vizio di mente nel sistema penale*, Giuffrè, Milano, 1990;
- Bertolino M., *Normalità del male e patologia mentale*, in «Diritto Penale e Processo», n. 3/2007, Università Milano Bicocca;
- Bertolino M., *Prove neuro-psicologiche di verità penale*, in «Diritto penale contemporaneo», 2012;
- Bizzarri C., *Criminali o folli. Nel labirinto della perizia psichiatrica, et. al.* Edizioni, Milano, 2010;

- Bonazzi A. *Squalificati a vita. Inchiesta e testimonianze sui manicomi criminali italiani*, Gribaudo Editore, Torino, 1975;
- Borzacchiello A., *I luoghi della follia*;
- Bosco G. M., *Uno sguardo allo schema del nuovo codice penale: primo libro (progetto Mancini)*, Stamperia Filantropica, Napoli, 1878;
- Canosa R., *Storia del manicomio in Italia dall'Unità a oggi*, Feltrinelli, Milano, 1990;
- Castellani R. - Correani R., *Ospedale psichiatrico giudiziario: sottosistema penitenziario*, in «Rassegna penitenziaria», 1983, n.2/3;
- Christie N., *Abolire le pene? Il paradosso del sistema penale*, Edizioni Gruppo Abele, Torino, 1985;
- Collica M. T., *Il giudizio di imputabilità tra complessità fenomenica ed esigenze di rigore scientifico*, in «Rivista italiana di diritto e procedura penale», 2008, n.3;
- Collica M. T., *Il riconoscimento del ruolo delle neuroscienze nel giudizio di imputabilità*, in «Diritto penale contemporaneo», 2011;
- Collica M. T., *La crisi del concetto di autore non imputabile "pericoloso"*, in «Diritto Penale Contemporaneo», novembre 2012;
- Collica M. T., *Vizio di mente: nozione, accertamento, prospettive*, Giapichelli Editore, Torino, 2007;
- Daga L., *Ospedali psichiatrici giudiziari, sistema penale e sistema penitenziario* in «Rassegna penitenziaria e criminologica» (1-3), Roma, 1985;
- Davis A., *Aboliamo le prigioni. Contro il carcere, la discriminazione, la violenza del capitale*, Edizioni minimum fax, Roma, 2009;
- De Mattos V., *Una via d'uscita. Per una critica della misura di sicurezza e della pericolosità sociale. L'esperienza dell'Ospedale Psichiatrico Giudiziario nello Stato di Minas Gerais*, Edizione italiana: Edizioni alpha beta Verlag, Merano, 2012 (Edizione originale: *Crime e psiquiatria. Uma saída: preliminares para a desconstrução das medidas de segurança*, Revan, Rio de Janeiro, RJ, 2006);
- Dell'Aquila D. S. - Esposito A., *Cronache da un manicomio criminale*, edizioni dell'asino, Roma, 2013;

- Dell'Aquila D. S., *Se non t'importa il colore degli occhi. Inchiesta sui manicomi giudiziari*, Filena, Napoli, 2009;
- Ferrannini L., Peloso P. F., *Il comportamento violento in psichiatria e il disturbo antisociale di personalità: problemi e prospettive nell'intervento del dipartimento di salute mentale*, in «Rassegna italiana di criminologia», 2000;
- Fiandaca G. - Musco E., *Diritto penale. Parte generale*, VI Edizione, Zanichelli Editore, Bologna, 2009;
- Flora G., *Per un codice penale nuovo: "trasferire" la Costituzione nel codice*, in «Diritto Penale Contemporaneo», 2010;
- Florian E., *Note sulla pericolosità criminale*, in «Scienza Positiva», 1927;
- Fornari U., *I disturbi gravi di personalità rientrano nel concetto d'infermità*, in «Cassazione Penale», 2006;
- Foucault M., *Sorvegliare e punire. Nascita della prigione*, XX Edizione, Einaudi, Trento, 2011 (I Edizione: Einaudi, Torino, 1976);
- Foucault M., *La vita degli uomini infami*, il Mulino, Bologna, 2009;
- Foucault M., *Storia della follia nell'età classica*, Edizione Bur, 2012 (I Edizione: Rizzoli Editore, Milano, 1973);
- Goffman E., *Asylums*, Edizioni di Comunità, Torino, 2001 (I Edizione: Einaudi, Torino, 1969);
- Introna F., *Se e come siano da modificare le vigenti norme sull'imputabilità*, in «Rivista italiana di medicina legale», 1999, n.3;
- Jervis G., *Il buon rieducatore*, Feltrinelli, Milano, 1977;
- Jones M., *The Therapeutic Community*, Basic Book, New York, 1953;
- Lombroso C., *L'uomo delinquente*, ristampa anastatica, Quinta edizione, Bompiani, Torino, 1897;
- Lombroso C., *Sull'istituzione dei manicomi criminali in Italia*, RISL 1872, s. II, vol V, nn. 1 e 2;
- Manacorda A. (a cura di), *Folli o reclusi, una ricerca sugli internamenti negli ospedali psichiatrici giudiziari*, La casa Usher, Firenze, 1988;
- Manacorda A., *Il manicomio giudiziario*, De Donato, Bari, 1982;
- Manacorda A., Montella V., *La nuova psichiatria in Italia*, Feltrinelli, Milano, 1977;

- Manna A., *Sull' "abolizione" degli ospedali psichiatrici giudiziari: pericolosità sociale o bisogno di terapia?*, in «Rivista italiana di diritto e procedura penale», 2013, n.3;
- Marretti C. - Solimano N. (a cura di), *Carcere di tanti carceri*, in «Architettura vissuta», Quaderni della Fondazione Giovanni Michelucci, Angelo Pontecorboli Editore, Firenze, 1997;
- Margara A., *Relazione al ministro di grazia e giustizia sulla situazione dei manicomi giudiziari*, Firenze, 7 febbraio 1974;
- Mathiesen T., *Perchè il carcere?*, Edizioni Gruppo Abele, Torino, 1996;
- Merzagora Betsos I., *Il colpevole è il cervello: imputabilità, neuroscienze, libero arbitrio: dalla teorizzazione alla realtà*, in «Rivista italiana di medicina legale», 2011, n.1;
- Merzagora Betsos I., *Il colpevole è il cervello: imputabilità, neuroscienze, libero arbitrio: dalla teorizzazione alla realtà*, «Rivista italiana di medicina legale», 2011, n.1;
- Ministero della giustizia e degli affari di culto, *Lavori preparatori del codice penale e del codice di procedura penale*, vol. V: *Progetto definitivo di un nuovo codice penale con la relazione del guardasigilli*, Rocco A., Parte I, Relazione sul libro I del progetto, Tip. Delle Mantellate, Roma 1929
- Modona G. N., *Legislazione penale*, in «Il mondo contemporaneo», vol. I, tomo 2, La Nuova Italia, Firenze 1978;
- Palermo G., Ferracutti F., Del Forno G., Ferracutti S., Liska F., Palermo G. M., *Considerazioni sulla predicibilità del comportamento violento*, in «L'Indice penale», 1992;
- Pavarini M., *Pena*, in *Enciclopedia delle scienze sociali*, vol. VI, Enciclopedia Treccani, Roma, 1996;
- Pellissero M., *Pericolosità sociale e doppio binario. Vecchi e nuovi modelli di incapacitazione*, Giappichelli Editore, Torino, 2008;
- Piro S., *Le tecniche della liberazione*, Feltrinelli, Milano, 1971;
- Ponti G., Merzagora Betsos I., *Psichiatria e giustizia*, Cortina, Milano, 1993;

- Pugiotto A., *L'ergastolo nascosto (e altri orrori) dietro i muri degli ospedali psichiatrici giudiziari*, in «Quaderni costituzionali», 2013, n.2;
- Pugliese G. - Giorgini G. (a cura di), *Mi firmo per tutti. Dai manicomi criminali agli Ospedali psichiatrici giudiziari. Un'inchiesta e una proposta*, Datanews, Roma,1997;
- Saporito F., *Gli incorreggibili ed il loro governo razionale*, in «Rivista di discipline carcerarie e correttive», 1908;
- Saporito F., *Il manicomio di Aversa in rapporto alla legge ed ai progressi della tecnica manicomiale*, Tipografia Francesco Giannini, Napoli, 1907;
- Selmini R., *I confini della responsabilità*, Edizioni scientifiche italiane, Napoli, 1998;
- Smith W.F., *Limiting the insanity defense: a rational approach to irrational crimes*, in «University of Missouri Law Review»;
- Szasz T., *Insanity. The idea and its consequences*, New York, 1987;
- Tamburini A., *I manicomi criminali*, in «Rivista di discipline carcerarie», 1873;
- Vassalli V. G., *Codice penale*, in Enciclopedia del diritto, vol.III, Giuffrè, Milano 1960;
- Vassalli V. G., *La riforma del codice penale italiano del 1930*, «La giustizia penale», 1972;
- Verde S., *Il carcere manicomio. Le carceri in Italia tra violenza, pietà affari e camicie di forza*, Sensibili alle foglie, 2011.

FONTI

- *Atti parlamentari Camera dei Deputati*, sessione del 1874-1875; tornata del 14 dicembre 1875;
- *Atti parlamentari Camera dei Deputati*, sessione del 1877-1878; tornata del 14 aprile 1877;
- *Atti parlamentari Camera dei Deputati*, legislatura XVI, II sessione 1886, Documenti, Disegni di legge e Relazioni: *Progetto del codice penale per il Regno d'Italia*, seduta del 22 novembre 1887, vol. I;
- *Atti parlamentari Camera dei Deputati*, Legislatura II, Documenti, Disegni di legge: Atto n. 338, annunciato il 17 Novembre 1953;
- *Atti parlamentari, Senato della Repubblica*, legislatura VI, 398° seduta pubblica, Venerdì, 14 febbraio 1975;
- *Atti Parlamentari, Camera dei Deputati*, VI Legislatura, Resoconto stenografico della seduta del 29 ottobre 1975;
- *La situazione del manicomio giudiziario di Reggio Emilia. Giudizio e orientamenti del consiglio comunale – seduta 14 aprile 1976*. «Atti e Documenti», Supplemento al n. 161 de «Il Comune», Aprile 1976;
- *Atti Parlamentari, Senato della Repubblica*, VIII Legislatura, 37° seduta pubblica, 30 ottobre 1979;
- Regione Emilia-Romagna, Ufficio del medico provinciale di Reggio Emilia, *Verbale della visita all'ospedale psichiatrico giudiziario di Reggio Emilia* effettuata il 28 marzo 1980, Prot. n. 1197 del 14 aprile 1980;
- *Atti Parlamentari, Senato della Repubblica*, DDL. N. 177/1983, Legislatura IX, Disegni di Legge e Relazioni;
- *12° Commissione, Senato della Repubblica*, Legislatura XI, 5° Resoconto stenografico, 12 gennaio 1994;
- *Atti Parlamentari, Camera dei Deputati*, Legislatura XIII, Documenti, Disegni di Legge e Relazioni, Proposta di Legge n. 151 del 9 maggio 1996 d'iniziativa del deputato Corleone, “*Norme in materia di imputabilità e di trattamento penitenziario del malato di mente autore di reato*”;

- *Atti Parlamentari, Senato della Repubblica*, Legislatura XIII, Documenti, Disegni di Legge e Relazioni, Disegno di Legge n. 2746/1997 “Disposizioni per il superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari”;
- *Schema di disegno di legge recante delega legislativa al Governo della Repubblica per l’emanazione della parte generale di un nuovo codice penale*. Commissione Pisapia - per la riforma del codice penale - Proposta di articolato, 19 novembre 2007;
- *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 aprile 2010;
- Regione Emilia-Romagna, Garante delle persone private della libertà personale, *Relazione annuale della attività svolte*, 2012;
- *Senato della Repubblica*, Doc. XXII bis n. 4, *Relazione sulle condizioni di vita e di cura all’interno degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari*, Commissione parlamentare di inchiesta sull’efficacia e l’efficienza del Servizio Sanitario Nazionale, 2011;
- Generalità n. 434, Estratto del processo verbale della seduta del 7 marzo 2014, Giunta regionale Friuli Venezia Giulia, “Ospedali psichiatrici giudiziari. Superamento. Comunicazioni”;
- Intervista a S. D., ex operatrice psichiatrica presso l’OPG di Reggio Emilia;
- Intervista a Daniele Marchi, responsabile dell’area Giustizia della Cooperativa “L’Ovile”.