

**UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI SALERNO**  
**DIPARTIMENTO DI SCIENZE POLITICHE, SOCIALI E DELLA**  
**COMUNICAZIONE**



**CORSO DI DOTTORATO IN**  
**SCIENZE DEL LINGUAGGIO, DELLA SOCIETÀ, DELLA POLITICA E**  
**DELL'EDUCAZIONE**

**CURRICULUM: SOCIOLOGIA E TEORIA E STORIA DELLE ISTITUZIONI**  
**CICLO XXXI**

**TESI DI DOTTORATO IN**  
**SOCIOLOGIA DEL DIRITTO**

**RIFORMA DELL'INTERNAMENTO**  
**PSICHIATRICO-GIUDIZIARIO**

**DISCORSI E PRATICHE DI SUPERAMENTO DEGLI OPG**

**Tutor:**  
**Chiarissimo**  
**Prof. Adalgiso Amendola**

**Candidata:**  
**Dr.ssa Giulia Melani**

**Coordinatore:**  
**Chiarissimo**  
**Prof. Annibale Elia**



*Ad Ezzelina*

*All'impazienza ed al rinvio*

*São dias só de febre na cabeça  
e, por mais que procure até que adoeça.  
Já não encontro a mola pra adaptar-me*

Sono solo giornate di cervello febbrile  
E, per quanto cerchi fino a soffrire,  
Non trovo più l'impulso ad adattarmi

[F. PESSOA, *Oppiario*]

# INDICE

<b>INDICE DELLE ABBREVIAZIONI.....</b>	<b>12</b>
--	-----------

<b>CRONOLOGIA ESSENZIALE .....</b>	<b>15</b>
------------------------------------	-----------

<b>CAPITOLO I - UMANIZZAZIONE, MODERNIZZAZIONE, RIFORMA: COM'È NATA LA RIFORMA DEGLI OPG .....</b>	<b>40</b>
--	-----------

0. Prologo: Funzioni, disfunzioni, scandali e sopravvivenza dell'istituzione manicomio criminale ...	40
0.1. Precisazioni preliminari: il materiale consultato.....	46
0.2. Perché gli atti parlamentari e le dichiarazioni espresse dai membri della Commissione ? .....	49
1. La presa di parola degli internati, le denunce degli organismi nazionali e sovranazionali, i racconti di liberazione .....	53
2. Dall'emergenza all'emendamento: percorso di riforma .....	62
2.1. Stupore.....	66
2.2. L'OPG indecoroso .....	68
2.3. Colpevoli insensibili: direzione e personale.....	71
2.4. Vittimizzazione del folle reo.....	74
2.5. Gli eccessi del manicomio giudiziario .....	75
2.6. Modello Castiglione .....	76
2.7. La pericolosità sociale: presente ed indiscussa .....	78
2.8. Civiltà.....	82
3. Le posizioni sulla riforma: consenso trasversale vs. securitarismo.....	83

<b>CAPITOLO II - PERICOLOSITÀ SOCIALE E CONTROLLO NEGLI ANNI DELLA RIFORMA .....</b>	<b>88</b>
--	-----------

0. Prologo: la pericolosità sociale.....	88
1. Breve genealogia della pericolosità sociale e del manicomio giudiziario .....	90
2. Lo "stato di salute" della pericolosità negli anni 2000.....	98

3.	Psichiatria e psichiatria forense.....	104
3.1.	fattori di rischio.....	104
3.2.	Neuroscienze e psichiatria forense .....	107

## **CAPITOLO III - LE VESTI GIURIDICHE DEL MANICOMIO GIUDIZIARIO PRIMA E DOPO LA RIFORMA..... 110**

0.	Premessa .....	110
1.	Il manicomio criminale nel codice rocco.....	110
1.1.	Chi risponde dei reati commessi? Imputabilità .....	112
1.2.	Misure amministrative (?) di sicurezza .....	115
1.3.	Principi: legalità e successione delle leggi nel tempo .....	115
1.4.	Presupposti: la pericolosità sociale.....	116
1.5.	Presunzione di pericolosità sociale .....	117
1.6.	Durata .....	118
1.7.	La revoca anticipata .....	119
1.8.	La misura di sicurezza provvisoria .....	120
1.9.	Chi altro in manicomio giudiziario? .....	120
2.	Com'è cambiata l'istituzione: Riforme e sentenze 1930-2011 .....	123
2.1.	Gli interventi legislativi .....	123
2.1.1.	L'ordinamento penitenziario (L. 26 luglio 1975, n. 354) ed i regolamenti di esecuzione.....	124
2.1.2.	La riforma della sanità penitenziaria .....	126
2.1.2.1.	Gli effetti sugli OPG.....	127
2.2.	Le sentenze della corte costituzionale .....	130
2.2.1.	La revoca anticipata .....	130
2.2.2.	Il giudice può anche modificare la misura di sicurezza? .....	131
2.2.3.	La sospensione dell'esecuzione della pena ai sensi dell'art. 148 c.p. ....	132
2.2.4.	La presunzione di pericolosità sociale .....	133
2.2.4.1.	Presunzione di esistenza e persistenza dopo le sentenze.....	135
2.2.5.	L'OPG e i minori.....	136
2.2.6.	L'internamento in manicomio giudiziario come unica misura per il prosciolto pericoloso....	137

2.2.6.1. Quali alternative?.....	139
3. Contenuti di riforma.....	140
3.1. Prima proroga.....	140
3.2. Seconda proroga .....	141
3.3. Questioni interpretative .....	142
3.3.1. Non più internamenti per le carenze dello stato sociale o affermazione di una concezione biologista della pericolosità sociale? .....	143
3.3.1.1. Al vaglio della Corte Costituzionale .....	144
3.3.2. Rems come extrema ratio? I anno di applicazioni: un bilancio .....	146
3.3.3. Durata massima misura di sicurezza.....	147

## **CAPITOLO IV - IL SUPERAMENTO DEGLI OPG: CHIUSURA DEI MANICOMI CRIMINALI O TRASFORMAZIONE?..... 149**

0. Preludio. maggio 1978: Chiusura dei manicomi – febbraio 2012: superamento dei manicomi criminali .....	149
0.1. Effetti di riforme .....	153
0.2. Rimozione dell'istituzionalizzazione? .....	156
1. Minori misure di sicurezza o distrazione verso misure non detentive.....	159
1.1. Tendenza di crescita? .....	161
1.3. Le misure di sicurezza provvisorie.....	164
2. I programmi regionali .....	166
ABRUZZO – MOLISE .....	166
BASILICATA.....	167
CALABRIA .....	168
CAMPANIA .....	169
EMILIA ROMAGNA .....	171
FRIULI VENEZIA GIULIA.....	172
LAZIO.....	173
LIGURIA .....	174
LOMBARDIA – VALLE D'AOSTA.....	174
MARCHE .....	175

<b>PIEMONTE</b> .....	<b>176</b>
<b>PUGLIA</b> .....	<b>177</b>
<b>SARDEGNA</b> .....	<b>177</b>
<b>SICILIA</b> .....	<b>178</b>
<b>TOSCANA – UMBRIA</b> .....	<b>179</b>
<b>VENETO</b> .....	<b>181</b>
<b>PROVINCIA AUTONOMA DI TRENTO – PROVINCIA AUTONOMA DI BOLZANO</b> .....	<b>182</b>
<b>2.1. I programmi: tra nuovi manicomi, ampie reti e servizi territoriali</b> .....	<b>183</b>
<b>2.1.1. Che quota dei fondi nei DSM?</b> .....	<b>184</b>
<b>2.1.2. Quanti posti e quale “fabbisogno”?</b> .....	<b>185</b>
<b>2.1.3. Dove? Che Strutture?</b> .....	<b>187</b>
<b>2.1.4. I modelli</b> .....	<b>188</b>
<b>3. Le Nuove strutture</b> .....	<b>189</b>
<b>3.1. I VECCHI OPG</b> .....	<b>189</b>
<b>AVERSA</b> .....	<b>190</b>
<b>MONTELUPO FIORENTINO</b> .....	<b>190</b>
<b>REGGIO EMILIA</b> .....	<b>192</b>
<b>NAPOLI: SANT'EFRAMO E SECONDIGLIANO</b> .....	<b>192</b>
<b>BARCELLONA POZZO DI GOTTO</b> .....	<b>193</b>
<b>CASTIGLIONE DELLE STIVIERE</b> .....	<b>193</b>
<b>LE CASE DI CURA E CUSTODIA</b> .....	<b>194</b>
<b>3.2. LE REMS</b> .....	<b>195</b>
<b>BARETE</b> .....	<b>198</b>
<b>PISTICCI</b> .....	<b>199</b>
<b>SANTA SOFIA D’EPIRO</b> .....	<b>200</b>
<b>MONDRAGONE</b> .....	<b>200</b>
<b>VAIRANO PATENORA</b> .....	<b>201</b>
<b>CALVI RISORTA</b> .....	<b>201</b>
<b>SAN NICOLA BARONIA</b> .....	<b>202</b>

<b>BOLOGNA</b> .....	<b>202</b>
<b>PARMA</b> .....	<b>203</b>
<b>AURISINA</b> .....	<b>203</b>
<b>MANIAGO</b> .....	<b>204</b>
<b>UDINE</b> .....	<b>204</b>
<b>CECCANO</b> .....	<b>204</b>
<b>PONTECORVO</b> .....	<b>205</b>
<b>PALOMBARA SABINA – MEROPE E MINERVA</b> .....	<b>206</b>
<b>SUBIACO</b> .....	<b>206</b>
<b>GENOVA – PRÀ</b> .....	<b>207</b>
<b>CASTIGLIONE DELLE STIVIERE</b> .....	<b>207</b>
<b>MONTEGRIMANO</b> .....	<b>208</b>
<b>BRA</b> .....	<b>208</b>
<b>SAN MAURIZIO CANAVESE</b> .....	<b>209</b>
<b>CAROVIGNO</b> .....	<b>209</b>
<b>SPINAZZOLA</b> .....	<b>210</b>
<b>CAPOTERRA</b> .....	<b>210</b>
<b>CALTAGIRONE</b> .....	<b>211</b>
<b>NASO</b> .....	<b>211</b>
<b>VOLTERRA</b> .....	<b>211</b>
<b>PERIGINE VALSUGANA</b> .....	<b>212</b>
<b>NOGARA</b> .....	<b>213</b>
<b>3.3. OSPEDALI, COMUNITA' O PICCOLE CARCERI?</b> .....	<b>213</b>
<b>3.3.1. INSERIMENTO NEL CONTESTO URBANO</b> .....	<b>214</b>
<b>3.3.2.1. AREE A VERDE ESTERNE</b> .....	<b>217</b>
<b>3.3.2.2. CAMERE</b> .....	<b>217</b>
<b>3.3.2.3. CONTROLLO E VIDEOSORVEGLIANZA</b> .....	<b>219</b>
<b>3.3.2.4. IN SINTESI</b> .....	<b>221</b>
<b>4. Regime di vita</b> .....	<b>221</b>

4.1. Perché i regolamenti? .....	221
4.1.1. Regolamenti delle REMS .....	222
4.1.1.1. Regime di vita .....	224
4.1.1.2. Oggetti personali e denaro .....	225
4.1.1.3. Rapporti con l'esterno .....	226

## **CONCLUSIONI.....230**

ed aperture.....	230
1. Discorsi di riforma .....	232
2. Aperture.....	233
2.1. Dalla pericolosità sociale alla necessità di cura: una truffa delle etichette neo-manicomiale ....	234
2.2. Carcerizzazione e diritto alla pena: il rischio di una conferma dell'antropologia liberale .....	235
2.3. Abolizionismo penale: rischio "Minority Report"?.....	237

## **APPENDICE BIBLIOGRAFICA .....ERRORE. IL SEGNALIBRO NON È DEFINITO.**

Letteratura.....	Errore. Il segnalibro non è definito.
Articoli di giornale .....	Errore. Il segnalibro non è definito.
Videografia .....	Errore. Il segnalibro non è definito.
Sitografia.....	Errore. Il segnalibro non è definito.
Altre fonti.....	Errore. Il segnalibro non è definito.
Normativa .....	Errore. Il segnalibro non è definito.
Giurisprudenza.....	Errore. Il segnalibro non è definito.
<b>RINGRAZIAMENTI.....</b>	<b>278</b>



## INDICE DELLE ABBREVIAZIONI

ASL: azienda sanitaria locale

AUSL: azienda unità sanitaria locale

ASM: Articolazione per la salute mentale

c.c.: codice civile

CCC: casa di cura e custodia

CEDU: Convenzione europea per la salvaguardia dei diritti dell'uomo e delle libertà fondamentali (*European Convention on Human Rights*)

Corte EDU: Corte europea dei diritti dell'Uomo (*European Court of Human Rights*)

CPT: Comitato europeo di prevenzione della tortura (*European Committee for the Prevention of Torture an Inhuman or Degrading Treatment or Punishment*)

CSM: Consiglio Superiore della Magistratura

DDL: disegno di legge

D.G.R.: Delibera di Giunta Regionale

D.Lgs.: Decreto legislativo

D.M.: Decreto ministeriale

D.P.C.M.: Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri

D.P.R.: Decreto del Presidente della Repubblica

DSM: Dipartimento di salute mentale

L.: legge

o.p.: ordinamento penitenziario

OP: Ospedale psichiatrico

OPG: ospedale psichiatrico giudiziario

PRAP: provveditorato regionale dell'amministrazione penitenziaria

R.D.: Regio Decreto

REMS: Residenze per l'esecuzione delle misure di sicurezza

SPDC: servizio psichiatrico di Diagnosi e cura

UEPE: Ufficio Esecuzione Penale Esterna





## CRONOLOGIA ESSENZIALE\*

**1834:** Luigi Ferrarese, medico nel Real Spedale de' dementi nella città di Aversa, riporta la vicenda dell'omicidio di una bambina ad opera di Henriette Cornier, come esempio di delitto commesso per affezione da monomania-omicida, che «avrebbe meritato soltanto la reclusione, la custodia in una Casa dei folli, particolarmente addetta per i *folli delinquenti*»<sup>1</sup>. Nel dibattito psichiatrico italiano si parla del *folle delinquente*.

**1843:** Ancora Luigi Ferrarese riferendo della condanna a morte di Pierre Rivière<sup>2</sup> e della consultazione firmata dai grandi psichiatri francesi per la domanda di grazia, asserisce:

---

\* Ho scelto di anteporre al testo una cronologia essenziale riportando alcuni dei fatti, dei discorsi, dei dibattiti, degli eventi, della normativa, della giurisprudenza ritenuti significativi, relativi all'istituzione manicomio giudiziario, sì da introdurre il lettore all'argomento. La cronologia è limitata alla storia del manicomio criminale in Italia. Come da definizione, i fatti saranno esposti nella loro successione temporale. Ciò che s'intende fare in queste poche pagine, è presentare una carrellata di parole e di immagini che il lettore possa facilmente richiamare, nel successivo svolgersi dell'argomentazione. Per una ricostruzione storica completa, si rinvia a: A. BORZACCHIELLO, *Alle origini del manicomio criminale*, in G. PUGLIESE e G. GIORGINI (a cura di), *Mi firmo per tutti. Dai manicomi criminali agli ospedali psichiatrici giudiziari, un'inchiesta e una proposta*, Roma, Datanews, 1997, pp. 71; R. CANOSA, *Storia del manicomio in Italia dall'Unità ad oggi*, Feltrinelli, Milano 1979; F. COLAO, *Un' "esistenza mezza legale mezza no". Il manicomio giudiziario nell'Italia liberale*, in F. COLAO, L. LACCHE' et. al. (a cura di), *Perpetue appendici e codicilli. Le circolari ministeriali, il potere regolamentare e la politica del diritto in Italia tra Otto e Novecento*, EUM, Macerata 2011, pp. 439-463; S. GANDOLFI, M. LESCOVELLI, A. MANACORDA, *Cenni storici sull'ospedale psichiatrico giudiziario*, in A. MANACORDA (a cura di), *Folli e reclusi. Una ricerca sugli internati negli ospedali psichiatrici giudiziari*, La casa Usher, Perugia 1988, pp. 53-65; G. GRASSI, C. BOMBARDIERI (a cura di), *Il policlinico della delinquenza. Storia degli ospedali psichiatrici giudiziari italiani*, Franco Angeli, Milano 2016; A. MANACORDA, *Il manicomio giudiziario: cultura psichiatrica e scienza giuridica nella storia di un'istituzione totale*, De Donato, Bari 1982; M. MIRAVALLE, *Roba da matti. Il difficile superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari*, Gruppo Abele, Torino 2015, cap. II; F. PAOLELLA, *Alle origini del manicomio criminale* in "Rivista sperimentale di freniatria", 2011, 1, pp. 33-42; D. VANNI, *O.P.G. italiani: un inquadramento storico*, in "Atti della Fondazione Giorgio Ronchi", LIX (2004), 4, pp. 567 – 581.

<sup>1</sup> L. FERRARESE, *Programma di psicologia medico-forense*, Tipografia di F. Fernandes, Napoli 1834, p. 30

<sup>2</sup> Il dossier Rivière, e soprattutto la Memoria redatta da Rivière stesso, sono stati al centro di un lavoro collettivo condotto in un seminario al Collège de France, nell'ambito del Corso tenuto da Michel Foucault nell'anno 1972-1973. Il corso è pubblicato: M. FOUCAULT, *La società punitiva*.

«individui di questa qualità, tutto che provati per folli, debbonsi tenere lontani dal consorzio degli uomini, come esseri pericolosi per la sociale sicurezza, e perciò fa mestieri vigilarli in apposite case unicamente destinate per cotali *folli delinquenti*»<sup>3</sup>. Si afferma la necessità di introdurre speciali istituzioni per il *folle delinquente* e sono sviluppate alcune delle argomentazioni che ritroveremo tra i fautori dell'istituzione manicomio criminale negli anni '70 del XIX secolo: l'ingiustizia della forza, il pericolo della libertà.

**1859 – 1861:** Contestualmente alle annessioni al Regno d'Italia, viene estesa la vigenza del Codice penale sardo del 1859 alle varie Province, con eccezione dell'ex Gran Ducato di Toscana, in cui resta vigente il codice preunitario<sup>4</sup>. Il Codice penale Sardo, come molti codici degli Stati Europei della prima metà dell'Ottocento, statuisce l'inesistenza del reato compiuto da chi «trovavasi in istato di assoluta imbecillità, di pazzia, o di morboso furore quando commise l'azione»<sup>5</sup>. Il reato del pazzo non esiste, la linea di demarcazione tra competenza medica e giudiziaria appare netta.

**1872:** Serafino Biffi, Direttore del Privato Manicomio a S. Celso Milano, pubblica un pamphlet intitolato “Dei provvedimenti che occorrerebbero in Italia pei Delinquenti divenuti pazzi”<sup>6</sup>. Ecce *reo-folle!*

**1872:** Il Ministro dell'Interno dirama una circolare ai Direttori delle carceri e dei bagni penali per ricevere informazioni sulla presenza di alienati negli istituti di pena.

---

*Cours au Collège de France 1972-1973*, Gallimard, Paris 2013; tr.it., *La società punitiva. Corso al Collège de France (1972-1973)*, Feltrinelli, Milano 2016. Il Dossier Rivière è pubblicato in un volume, contenente gli interventi sviluppati nel corso del seminario: M. FOUCAULT (a cura di), *Moi Pierre Rivière, ayant égorgé ma mère, ma sœur et mon frère*, Gallimard, Paris 1973; tr. it, *Io, Pierre Rivière, avendo sgozzato mia madre, mia sorella e mio fratello...Un caso di parricidio nel XIX secolo*, Einaudi, Torino 1976.

<sup>3</sup> ID., *Questioni medico-legali intorno alle diverse specie di follie*, Napoli 1843, p. 62.

<sup>4</sup> Sull'unificazione legislativa del Regno d'Italia, si rinvia a: AA.VV., *La nascita dello Stato unitario. Libri, periodici e stampe della Camera dei deputati*, Catalogo della mostra alla Biblioteca della Camera dei deputati, Centro riproduzione e stampa della Camera dei deputati, Roma 2011;

<sup>5</sup> Codice penale per gli Stati di Sua Maestà il Re di Sardegna, L. 20 novembre 1859, n. 3783, pubblicato in Raccolta degli atti del governo di Sua Maestà il Re di Sardegna, Pignetti e Carena, 1859, versione scansionata in pdf disponibile sul sito del Ministero della Giustizia, [www.giustizia.it](http://www.giustizia.it) (consultato il 2 ottobre 2018).

<sup>6</sup> S. BIFFI, *Provvedimenti che occorrerebbero in Italia pei delinquenti divenuti pazzi. Cenni del Dottor Serafino Biffi*, Stabilimento dei Fratelli Rechiedei, Milano 1872;

L'amministrazione mostra interesse per i *rei-folli*, tanto da rendere oggetto di un'indagine la loro presenza nelle patrie galere.

**14 dicembre 1875:** il deputato Francesco De Renzis presenta una risoluzione alla Camera, per impegnare il Governo a studiare la possibilità di istituire degli ospedali «atti a raccogliere mentecatti e giudicabili». La risoluzione viene approvata.

**1876:** Il Direttore generale delle carceri Martino Beltrani Scalia, con un atto amministrativo, dispone che 19 «servi di pena impazziti» vengano trasferiti presso un'apposita sezione (per maniaci) nella casa penale per invalidi di Aversa. Questo evento è tradizionalmente riportato come la nascita del manicomio giudiziario in Italia.

**12 giugno 1886:** A Montelupo Fiorentino, presso la Villa Medicea dell'Ambrogiana, viene inaugurato il manicomio giudiziario. In questa struttura, come in quella di Aversa sono reclusi i condannati cui sia sopraggiunta un'infermità di mente e non coloro che hanno commesso il fatto in stato di demenza, pazzia o morboso furore, il cui reato non esiste ai sensi dell'art. 94 del codice penale sardo: i *rei folli*, dunque, non i *folli rei*.

**30 giugno 1889:** È emanato il primo codice penale unitario, il Codice Zanardelli. Fino a quel momento, nella gran parte delle Regioni italiane, era vigente il Codice penale sabaudo del 1859. Il nuovo codice prevede che non sia imputabile colui che è affetto da una tale infermità di mente da togliergli la coscienza e volontà dei propri atti (art. 46) e che il giudice, se lo ritiene pericoloso, possa, contestualmente al proscioglimento, consegnarlo all'autorità competente per i provvedimenti di legge. Nelle disposizioni attuative è chiarito che il prosciolto è consegnato alle autorità di pubblica sicurezza, che provvede al ricovero in manicomio in osservazione, all'esito della quale, il Presidente del Tribunale civile può disporre: la liberazione, l'affidamento ad un familiare, il ricovero in manicomio (artt. 113 e 114 disp. att.). Questa disposizione permetterà la reclusione dei *folli rei* in manicomio giudiziario.

**1 febbraio 1891:** è pubblicato il R.D. n. 260/1891, il regolamento generale delle carceri. Ivi, si definiscono i manicomi giudiziari come stabilimenti di pena (art. 4) e si prevede che

possano esservi reclusi i detenuti alienati e i prosciolti ai sensi dell'art. 46 del codice penale e gli inquisiti in osservazione (artt. 471, 472 e 473).

L'individuazione del manicomio giudiziario come luogo di ricovero dei pazzi delinquenti è giustificata – nella Relazione al Regolamento<sup>7</sup> – da ragioni di bilancio e ripartizione delle spese tra i vari capitoli.

**1892:** Viene aperto un nuovo manicomio giudiziario a Reggio Emilia.

**14 febbraio 1904:** È approvata la legge n. 36/1904 “Disposizioni sui manicomi e sugli alienati. Cura e custodia degli alienati”, nota come legge Giolitti. Vi è previsto il ricovero coatto per il folle pericoloso per sé e per gli altri. La legge si riferisce ai manicomi giudiziari soltanto per disciplinare la ripartizione delle spese di trasferimento e di mantenimento degli internati (art. 6).

**1919:** L'allora Guardasigilli Mortara, incarica Enrico Ferri – esponente di spicco della Scuola Positiva – di presiedere la Commissione di riforma del Codice penale. L'anno successivo il progetto Ferri è pronto, ma non sarà mai approvato.

**1 luglio 1923:** A Napoli, l'ex monastero di Sant'Eframo viene adibito a manicomio giudiziario.

**6 maggio 1925:** Un ulteriore manicomio giudiziario è aperto a Barcellona Pozzo di Gotto.

**19 ottobre 1930:** Con Regio Decreto, n. 1398, è emanato il Codice penale Rocco, ancora in vigore in Italia, il manicomio giudiziario viene legislativamente normato, cessa quella che Ferri ebbe a definire un'«esistenza mezza legale, mezza no»<sup>8</sup> e Lombroso qualificò come misura «sguscante tra le maglie del codice sotto falsi nomi»<sup>9</sup>. Il Codice Rocco adotta un sistema a doppio binario sanzionatorio, ovvero prevede due tipologie di reazione

---

<sup>7</sup> DIRETTORE GENERALE DELLE CARCERI – M. BELTRANI SCALIA, *Relazione al Regolamento Generale per gli Stabilimenti Carcerari e per i Riformatori Governativi del Regno del 1891*, Tipografia delle Mantellate, Roma 1957, p. 100.

<sup>8</sup> E. FERRI, *Manicomio criminale di Montelupo*, in “Archivio di psichiatria”, 1887, p. 523

<sup>9</sup> C. LOMBROSO, *L'uomo delinquente*, cit., p. 1803

dell'ordinamento alla condotta contraria alla legge penale: le pene, con fondamento la colpevolezza del reo e proporzionali alla gravità del fatto commesso, e le misure di sicurezza, applicate al soggetto ritenuto socialmente pericoloso e di durata potenzialmente illimitata<sup>10</sup>. Tra le misure di sicurezza vengono introdotte: il ricovero in manicomio giudiziario e l'assegnazione ad una casa di cura e custodia. Il ricovero in manicomio giudiziario è applicato ai prosciolti per infermità psichica (art. 88 c.p.), per intossicazione cronica da alcool o sostanze stupefacenti (art. 95 c.p.) o per sordomutismo (art. 96 c.p.), ritenuti socialmente pericolosi. Nella disciplina codicistica originaria, la pericolosità sociale è presunta, salvo nei casi di Commissione di contravvenzioni, delitti colposi o delitti per i quali la legge stabilisce la pena pecuniaria o la reclusione per un tempo non superiore nel massimo a due anni (artt. 204 e 222 c.p.). La presunzione non è solo di esistenza della pericolosità sociale, ma anche di persistenza, dal momento che non è previsto un vaglio in fase di esecuzione della misura, salvo siano decorsi 10 anni dalla Commissione del fatto. La misura di sicurezza ha una durata minima, pari a 10 anni se per il fatto commesso è prevista la pena di morte o l'ergastolo, a cinque se per il fatto commesso la legge stabilisce una pena non inferiore nel minimo a 10 anni, a 2 negli altri casi. La misura può essere revocata prima dello spirare del termine di durata minima per cessata pericolosità dal Ministero di Grazia e Giustizia (art. 207 c.p.) e può essere prorogata dall'autorità giudiziaria anche all'infinito (art. 208 c.p.). L'assegnazione ad una casa di cura e custodia è applicata, dopo l'esecuzione della pena, alla nuova categoria dei soggetti condannati a pena diminuita per vizio parziale di mente (artt. 89 e 219 c.p.) o cronica intossicazione da alcool o sordomutismo. Anche l'assegnazione ad una casa di cura

---

<sup>10</sup> La manualistica e i contributi dottrinari sul sistema a doppio binario sono numerosissimi. *Ex multis*, si rinvia a: V. ACCATTIS, L. DE MARCO, *Il sistema penale del doppio binario con particolare riferimento alle misure di sicurezza*, in "Quale giustizia", 1974, pp. 29 e ss.; F. ANTOLISEI, *Manuale di diritto penale. Parte generale*, Giuffrè Milano 2003, cap. XXIV; G. FIANDACA, E. MUSCO, *Diritto penale. Parte generale. VII Edizione*, Zanichelli, Bologna 2014, parte III; C. F. GROSSO, M. PELISSERO et. al, *Manuale di diritto penale. Parte generale*, Giuffrè, Milano 2017, cap. XXX; S. GILIBERTI, *Il sistema del "doppio binario"*, in P. PITTARO (a cura di), *Scuola Positiva e sistema penale: quale eredità?*, EUT Edizioni Università di Trieste, Trieste 2012, pp. 11-16; F. MANTOVANI, *Diritto penale. Parte Generale. IX Edizione*, CEDAM, Milano 2015, parti III e IV; G. MARINUCCI, E. DOLCINI, *Manuale di diritto penale. Parte generale*, Giuffrè, Milano 2015, cap. XIV; M. PELISSERO, *Pericolosità sociale e doppio binario, vecchi e nuovi modelli di incapacitazione*, Giappichelli, Torino 2008.

e custodia ha una durata minima predeterminata. Le due misure di sicurezza possono essere applicate in via provvisoria nel corso del processo (art. 206 c.p)<sup>11</sup>.

**18 giugno 1931:** Viene emanato il Regolamento per gli istituti di prevenzione e pena, R.D. 18 giugno 1931, n. 787. Da regolamento, nei manicomi giudiziari vige la disciplina penitenziaria, con alcune eccezioni, come: la possibilità di disporre l'isolamento diurno anche per ragioni tecnico-sanitarie (art. 269); la previsione di punizioni regolate direttamente dalla direzione (art. 280); un vitto speciale (art. 244).

**1939:** Il Ministro di Grazia e Giustizia stipula una convenzione con l'Amministrazione degli Istituti Ospedalieri di Castiglione delle Stiviere per l'apertura e la gestione di una sezione manicomiale giudiziaria presso un convento nel centro storico cittadino. Quello di Castiglione delle Stiviere sarà per lungo tempo il solo manicomio giudiziario a gestione sanitaria del paese.

**1 gennaio 1948:** Entra in vigore la Costituzione della Repubblica italiana. L'art. 27 della Costituzione afferma il principio della tendenza alla rieducazione della pena e l'art. 32 Cost. quello della volontarietà dei trattamenti sanitari. Riguardo alle misure di sicurezza, l'art. 25 sancisce il principio di legalità.

**1955:** A Pozzuoli viene aperto un manicomio giudiziario femminile.

**febbraio 1973:** Viene pubblicato il diario tenuto da Maria Luisa Marsigli negli anni del suo internamento presso il manicomio giudiziario di Castiglione delle Stiviere<sup>12</sup>

**23 aprile 1974:** La Corte Costituzionale pronuncia la sentenza n. 110 del 1974, con cui dichiara costituzionalmente illegittima la previsione (di cui al co. 3 dell'art. 207 c.p.) del

---

<sup>11</sup> Per l'approfondimento della disciplina codicistica, si rinvia al Cap. III.

<sup>12</sup> M. L. MARSIGLI, *La marchesa e i suoi demoni. Diario da un manicomio*, Feltrinelli, Milano 1973.

potere di revoca anticipata della misura di sicurezza in capo al Ministro di Grazia e Giustizia, anziché al<sup>13</sup> giudice di sorveglianza.

**6 dicembre 1974:** Aldo Trivini presenta un memoriale di denuncia delle violenze subite o di cui è stato testimone nel corso del suo internamento ad Aversa dal 1972 al 1974, alla Procura della Repubblica di Aversa<sup>14</sup>.

**31 dicembre 1974:** Muore Antonia Bernardini, per le ustioni riportate nell'incendio del letto di contenzione a cui era legata «come Cristo in croce»<sup>15</sup> da 43 giorni. Antonia era stata arrestata il 12 settembre del 1973, a seguito di un diverbio con un vigile urbano in borghese, scoppiato alla stazione di Roma Termini, per il mancato rispetto della fila alla biglietteria. Il banale litigio le era valso un'accusa di oltraggio a pubblico ufficiale, un arresto convalidato, l'applicazione della carcerazione preventiva, poi trasformata in misura di sicurezza provvisoria, eseguita presso il manicomio giudiziario di Pozzuoli. La notizia del decesso di Antonia, seppure con qualche giorno di ritardo, viene riportata da alcuni quotidiani (tra cui il Manifesto, con l'articolo a firma di Luigi Pintor, intitolato *Lo Stato addosso*<sup>16</sup>), scatenando indignazione ed un acceso dibattito sull'istituzione<sup>17</sup>.

**14 febbraio 1975:** il Senatore Adriano Ossicini presenta un DDL per l'abolizione dei manicomi giudiziari, da sostituire con il ricovero in ospedale psichiatrico civile<sup>18</sup>. Il DDL non viene approvato.

---

<sup>13</sup> Per approfondimento, si rinvia al Cap. III.

<sup>14</sup> Il memoriale di Trivini è stato integralmente pubblicato nella monografia a cura di D.S. DELL'AQUILA, R. ESPOSITO, *Cronache da un manicomio criminale*, Edizioni dell'asino, Roma 2013.

<sup>15</sup> Nei giorni di agonia al Cardarelli di Napoli, Antonia dichiara al Pubblico Ministero «C'è una suora Anna Teresina che mi metteva ai lavori forzati. Ci legava come Cristo in Croce», si veda G. DURANTE, G. FERRARA, *L'infernale elettroshock del quotidiano*, in "Il Manifesto", 25 novembre 2011.

<sup>16</sup> L. PINTOR, *Lo Stato addosso*, in "Il Manifesto", 7 Gennaio 1975.

<sup>17</sup> D.S. DELL'AQUILA, A. ESPOSITO, *Storia di Antonia. Viaggio al termine di un manicomio*, Sensibili alle foglie, Roma 2017.

<sup>18</sup> DDL S.1923, presentato al senato il 14.02.1975, in SENATO DELLA REPUBBLICA – VI LEGISLATURA, Seduta pubblica n. 398, Tipografia del Senato, pp. 18839 e ss.

**1975:** Alfredo Bonazzi pubblica un'inchiesta-testimonianza sul suo ricovero in manicomio criminale<sup>19</sup>.

**26 luglio 1975:** È approvato il nuovo ordinamento penitenziario (L. 354/1975) ed il manicomio giudiziario cambia nome (anche se non cambia denominazione la relativa misura di sicurezza) in Ospedale psichiatrico giudiziario (OPG). La riforma incide pochissimo sulla realtà dei manicomi giudiziari. Il regime di vita nei (anche ai sensi del successivo regolamento attuativo del 1976) altro non è che quello penitenziario, con alcune previsioni speciali, per lo più *in peius* per gli internati in OPG. Gli internati sono suddivisi in internati in grado di svolgere un lavoro produttivo e che sono di conseguenza ammessi al lavoro con godimento dei diritti e coloro che possono essere assegnati al lavoro solo per finalità terapeutiche e vengono ricompensati con un sussidio (art. 20 Reg. pen). La corrispondenza degli internati può essere sottoposta a visto di controllo anche per esigenze terapeutiche e i colloqui possono, per le stesse esigenze, essere limitati (art. 20 Reg. pen). Occorre ricordare che l'ordinamento penitenziario ha introdotto alcuni benefici e misure alternative per i detenuti. Gli internati, esclusi dalla fruizione di queste misure, possono godere dei permessi per gravi motivi familiari e delle licenze finali di esperimento ed essere assegnati al lavoro all'esterno<sup>20</sup>.

**29 aprile 1976:** è approvato il D.P.R. n. 431/1976, contenente il Regolamento attuativo sull'ordinamento penitenziario.

**28 febbraio 1977:** il Ministro della Giustizia Bonifacio presenta un progetto di legge che prevede: il trasferimento dei folli rei presso gli ospedali civili e per i soli rei folli, un investimento per aumentare il numero di posti letto in manicomio giudiziario<sup>21</sup>.

**13 maggio 1978:** La legge 180/1978 sancisce la volontarietà degli accertamenti e trattamenti psichiatrici, disciplinando come eccezione il trattamento sanitario obbligatorio

---

<sup>19</sup> A. BONAZZI, *Squalificati a vita. Inchiesta e testimonianze sui manicomi criminali italiani*, Gribaudo, Milano 1975.

<sup>20</sup> Si veda Cap. III

<sup>21</sup> DDL n. 1208, presentato il 28.02.1977, a firma Bonifacio.

TSO. Il TSO, a differenza dell'internamento coatto, si fonda su necessità terapeutiche e non sulla pericolosità. Con la legge 180/1978, vengono chiusi i manicomi, rimangono come residuo i manicomi giudiziari.

**27 luglio 1982:** la Corte Costituzionale pronuncia la sentenza n. 139/1982, con cui dichiara illegittima la presunzione di perdurante pericolosità sociale del prosciolto per vizio totale di mente, ma non la presunzione di pericolosità *tout court*.

**15 luglio 1983:** la Corte costituzionale pronuncia la sentenza n. 249/1983, con cui dichiara costituzionalmente illegittima la presunzione di perdurante pericolosità sociale del condannato a pena diminuita per vizio parziale di mente.

**1983:** viene presentato al Senato della Repubblica il disegno di legge n. A. S. 177, primo firmatario il senatore Luigi Vinci Grossi. Il disegno prevede la chiusura degli OPG, intervenendo alla radice sulla disciplina dell'imputabilità. Il vizio di mente non costituisce causa di esclusione ed il malato di mente autore di reato è condannato. Si prevedono alcune misure alternative per il malato di mente. Il disegno di legge non viene approvato.

**1985:** Russo e Capanna presentano un nuovo disegno di legge per l'abolizione degli OPG, attraverso la carcerizzazione, sul modello del precedente DDL Vinci Grossi. Anche questo non viene approvato.

**10 ottobre 1986:** È approvata la legge n. 663, nota come Gozzini, di modifica dell'ordinamento penitenziario. Questa legge introduce nel nostro ordinamento ulteriori misure alternative e benefici. La legge Gozzini abroga l'art. 204 c.p. nella parte in cui prevedeva la presunzione di pericolosità sociale<sup>22</sup>.

---

<sup>22</sup> Nello specifico, le nuove misure alternative e benefici sono: lavoro all'esterno (art. 21 o.p.); permessi premio (art. 30-ter o.p.); affidamento in prova al servizio sociale (art. 47 o.p.); affidamento in prova in casi particolari (art. 47-bis o.p.); detenzione domiciliare (art. 47-ter o.p.); semilibertà (art. 50 o.p.); liberazione anticipata (art. 54 o.p.).

**8 febbraio 1988:** Viene nominata con decreto ministeriale una Commissione di studio per la riforma del codice penale, presieduta da Antonio Pagliaro. La Commissione termina i lavori alla fine del 1991 e presenta il progetto di nuovo codice penale. In tema di OPG, il progetto prevede per il prosciolto per infermità psichica, ritenuto pericoloso, il ricovero in una struttura psichiatrica o il trattamento psichiatrico in libertà sorvegliata (art. 48). Il progetto Pagliaro, è stato ignorato per due anni. Nel 1993 il Ministro della Giustizia ha inviato il progetto alle Università, per ricevere commenti dai docenti di diritto penale, senza grande successo.

**15 – 27 marzo 1992:** Una delegazione dello *European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment* (CPT) visita l'OPG di Napoli. Nel complesso, il Comitato rileva una situazione soddisfacente, fatta eccezione per la sezione di cure intensive. Il CPT solleva il problema dei “dimissibili” e dichiara che la reclusione per colpa di carenze attribuibili ai servizi esterni comporta il rischio di un trattamento inumano e degradante<sup>23</sup>.

**22 ottobre – 6 novembre 1995:** il CPT ritorna a visitare l'OPG di Napoli e constata che la sezione cure intensive versa ancora nello stato di degrado, rilevato nel corso della visita del 1992<sup>24</sup>.

**9 maggio 1996:** Franco Corleone presenta alla Camera dei Deputati il ddl n. 151, che sulla falsa riga del progetto Vinci Grossi, elimina la distinzione tra imputabili e non imputabili. Anche questo nuovo disegno non ha successo.

**24 luglio 1998:** la Corte Costituzionale pronuncia la sentenza n. 324/1998, con cui dichiara illegittima la previsione di applicabilità della misura di sicurezza del ricovero in OPG ai

---

<sup>23</sup> CPT, *Rapport au Gouvernement de l'Italie relatif a la visite effectuée par le Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants (CPT) en Italie du 15 au 27 mars 1992*, Strasbourg, 31 janvier 1995, CPT/Inf (95) 1.

<sup>24</sup> CPT, *Rapport au Gouvernement de l'Italie relatif a la visite effectuée par le Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants (CPT) en Italie du 22 octobre au 6 novembre 1995*, Strasbourg, 4 décembre 1997, CPT/Inf (97) 12 [Partie 1].

minorenni infermi di mente. Nell'argomentazione la Corte definisce la misura di sicurezza come «segregante».

**30 novembre 1998:** Il Parlamento, con L. 419/1998 delega il governo al riordino della medicina penitenziaria. Il 22 Giugno del 1999 viene approvato il decreto legislativo concernente il riordino della sanità penitenziaria: si sancisce il principio dell'uniformità delle prestazioni sanitarie tra soggetti reclusi e persone in stato di libertà; si stabilisce che dall'1.1.2000 le funzioni concernenti la prevenzione, la diagnosi e la terapia delle tossicodipendenze siano trasferite al Servizio Sanitario Nazionale e che si avviino in tre Regioni sperimentazioni di modelli organizzativi per il passaggio delle ulteriori funzioni. Sono individuate come regioni-pilota: Toscana, Lazio e Puglia (D.M. 21 aprile 2000)<sup>25</sup>.

**13 – 25 febbraio 2000:** una delegazione del CPT visita l'OPG di Montelupo fiorentino. Pur non avendo rinvenuto indizi a riguardo, la delegazione dichiara di aver raccolto lamentele circa la brutalità di alcuni agenti penitenziari, per cui raccomanda una formazione *ad hoc* per gli agenti di custodia che operano nelle strutture psichiatrico-penitenziarie. Per quanto concerne le condizioni di vita, il CPT rileva che sono accettabili nella sezione "Ambrogiana", lasciano a desiderare nelle sezioni "Arno" e "Torre" e sono particolarmente preoccupanti nella sezione "Pesa", ove i pazienti non svolgono alcuna attività e le condizioni materiali sono pessime, tanto da incidere sullo stato di salute, aggravandolo. Inoltre esprime preoccupazione per il ricorso alla contenzione fisica, esercitata in assenza di direttive scritte sul ricorso ai mezzi di contenzione, con il rischio di abusi<sup>26</sup>.

**30 Giugno 2000:** È approvato il D.P.R. n. 230/2000, ovvero il regolamento recante norme sull'ordinamento penitenziario. Questo regolamento, ha sostituito il precedente del 1976,

---

<sup>25</sup> Sulla riforma della sanità penitenziaria, si rinvia a: G. STARNINI, *Il passaggio della sanità penitenziaria al Servizio Sanitario Nazionale*, in "Autonomie locali e servizi sociali, Quadrimestrale di studi e ricerche sul welfare", 2009, 1, pp. 3-14; AA.VV., *Riforma della sanità penitenziaria. Evoluzione della tutela della salute in carcere*, "Quaderni ISSP", 11 (2012).

<sup>26</sup> CPT, *Rapport au Gouvernement de l'Italie relatif a la visite effectuée par le Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants (CPT) en Italie du 13 au 25 février 2000*, Strasbourg, 29 janvier 2003, CPT/Inf (2003) 16.

apportando alcune modifiche al regime di vita interno agli OPG e cancellando alcune delle previsioni sfavorevoli per l'internato. Ad esempio, in materia di lavoro si stabilisce che i detenuti e gli internati che, a detta del sanitario, siano in grado di svolgere un lavoro produttivo sono ammessi al lavoro e godono dei diritti relativi.

**12 settembre 2000:** la Commissione Grosso presenta il progetto preliminare per il nuovo codice penale<sup>27</sup>. In materia di misure di sicurezza per non imputabili, sono previste due tipologie a seconda della specie e gravità del reato commesso: il ricovero in struttura chiusa, se è stato commesso un delitto doloso o colposo, consumato o tentato, contro la vita, l'integrità fisica, la libertà personale, o contro l'incolumità pubblica, o comunque commesso con violenza o minaccia contro la persona e misure diverse negli altri casi. Anche questo progetto non sarà approvato.

**18 luglio 2003:** la Corte Costituzionale pronuncia la sentenza n. 253/2003 con cui dichiara l'illegittimità costituzionale dell'art. 222 c.p. nella parte in cui non consente al giudice di applicare al prosciolto per vizio totale di mente, ritenuto pericoloso, una misura di sicurezza diversa dal ricovero in OPG, più idonea e che non comprometta il diritto alla salute della persona internata, aprendo alla possibilità di applicare la misura di sicurezza non detentiva della libertà vigilata.

**29 novembre 2004:** la Corte Costituzionale pronuncia la sentenza n. 367/2004, con cui dichiara costituzionalmente illegittimo l'art. 206 c.p., nella parte in cui non prevede la possibilità di applicare, in via provvisoria, all'imputato malato di mente, una misura di sicurezza diversa dal ricovero in OPG, aprendo alla possibilità di applicare la misura di sicurezza non detentiva della libertà vigilata, anche in via provvisoria.

**27 luglio 2006:** la Commissione per la riforma del Codice penale presieduta da Giuliano Pisapia, presenta la sua proposta di articolato per il nuovo codice, che non verrà discussa in

---

<sup>27</sup> Articolato e relazione della Commissione Grosso sono pubblicati sul sito del Ministero della Giustizia, [www.giustizia.it](http://www.giustizia.it)

aula. Il progetto prevede per i non imputabili una gamma di misure di sicurezza graduabili e cumulabili<sup>28</sup>.

**24 Dicembre 2007:** con L. 244 (finanziaria 2008) sono stanziati i fondi per compiere il passaggio di competenze della medicina penitenziaria, dall'amministrazione penitenziaria al Servizio Sanitario Nazionale, previsto dalla legge delega 419/1998 e dai successivi decreti attuativi. Il D.P.C.M. 1 aprile 2008 chiarisce modalità, principi e obiettivi del trasferimento. Il D.M. 21 aprile 2000 aveva già individuato nella salute mentale uno dei settori specifici, cui dedicare particolare attenzione e, proprio nell'ambito della tutela della salute mentale, con l'allegato C al D.P.C.M. 1 aprile 2008 vengono definite le linee di intervento in materia di OPG, con obiettivo il superamento dell'istituzione. Le tre direttrici delineate sono: creazione di reparti psichiatrici penitenziari, sì da evitare il flusso presso gli OPG dei detenuti con sopravvenute patologie psichiatriche e ridurre l'eterogeneità della popolazione internata; instaurazione di rapporti di collaborazione con i dipartimenti di salute mentale (DSM), al fine di favorire la celere dimissione degli internati, con predisposizione di programmi di presa in carico; distribuzione degli internati secondo il principio di territorializzazione<sup>29</sup>.

**14 – 26 settembre 2008:** Una delegazione del CPT visita l'OPG di Aversa. La delegazione definisce il ricorso alla contenzione fisica dei pazienti, operato nella struttura, come trattamento inumano e degradante. Rileva condizioni materiali variabili a seconda dei reparti, ma complessivamente insoddisfacenti e mediocri. Inoltre, denuncia un regime di vita monotono e restrittivo<sup>30</sup>.

**11 giugno – 21 novembre 2010:** Alcune delegazioni della Commissione parlamentare sull'efficacia e l'efficienza del Servizio Sanitario nazionale, visitano i sei OPG italiani. Ivi riscontrano, eccezion fatta per l'OPG a gestione sanitaria di Castiglione delle Stiviere, condizioni materiali inaccettabili, personale di cura insufficiente alle esigenze terapeutiche

---

<sup>28</sup> Articolato e relazione sono pubblicati sul sito del Ministero della Giustizia, [www.giustizia.it](http://www.giustizia.it)

<sup>29</sup> Si veda Cap. III

<sup>30</sup> CPT, *Report to the Italian Government on the visit to Italy carried out by the European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (CPT), from 14 to 26 september 2008*, Strasbourg 20 april 2010, CPT/Inf (2010) 12

della popolazione reclusa, una routine sempre uguale ed assenza di attività. L'inchiesta viene proseguita dalla Commissione attraverso le audizioni di direttori, esperti ed esponenti di associazioni. La Commissione, nella relazione finale rileva alcune criticità, tra cui una massiccia presenza di persone "dimissibili"<sup>31</sup>. I membri della Commissione si impegnano in una campagna mediatica: denunciano le condizioni riscontrate, partecipano ed organizzano convegni e conferenze stampa ed inoltre diffondono il video registrato nel corso delle ispezioni a mezzo TV.

**19 aprile 2011:** Nasce StopOpg, campagna che si propone l'abolizione dell'OPG, con un appello firmato da numerose associazioni, fondazioni, centri studio, cooperative<sup>32</sup>.

**13 ottobre 2011:** la Conferenza Unificata, con accordo 95/CU statuisce che ogni Regione debba dotarsi, presso una delle case circondariali o di reclusione presenti sul territorio regionale di un'articolazione per la salute mentale, che ospiti le persone in osservazione psichiatrica ai sensi dell'art. 112 o.p. e le persone con infermità psichica sopravvenuta ex art. 111 co. 5 e 7.

**31 dicembre 2011:** Il Presidente della Repubblica Giorgio Napolitano dedica alcune parole del messaggio di fine anno alle condizioni di vita in OPG, appellandoli istituzioni «indegne di un paese che possa definirsi civile»<sup>33</sup>.

**17 febbraio 2012:** È approvata la legge n. 9/2012 di conversione con modificazioni del D.L. 211/2011, recante "Interventi urgenti per il contrasto della tensione detentiva

---

<sup>31</sup> COMMISSIONE D'INCHIESTA SULL'EFFICACIA E L'EFFICIENZA DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE, *Relazione sulle condizioni di vita e di cura all'interno degli ospedali psichiatrici giudiziari*, 20 luglio 2011

<sup>32</sup> Gli aderenti a StopOpg sono: Forum salute mentale, Forum salute in carcere, CGIL, CGIL funzione pubblica, UNASAM, Antigone, Conferenza per la salute mentale nel mondo Franco Basaglia, CNCA, Fondazione Franco e Franca Basaglia, Cittadinanza Attiva, Gruppo Abele, La società della Ragione, SOSsanità, Centro Basaglia Arezzo, Forum Droghe, A buon diritto, Itaca Italia, Edizioni Alphabeta, ARCI, Grusol, Auser, Ristretti, AIRSM, 180 amici, Lega Coop Sociali, Psichiatria democratica, Coordinamento dei Garanti dei diritti dei Detenuti, Coordinamento nazionale nuove droghe, Cooperativa Con-tatto, Associazione Casa di solidarietà e accoglienza Barcellona Pozzo di Gotto.e

<sup>33</sup> PRESIDENTE DELLA REPUBBLICA – GIORGIO NAPOLITANO, Messaggio di fine anno del Presidente della Repubblica Giorgio Napolitano, Palazzo del Quirinale – Roma, 31.12.2011

determinata dal sovraffollamento delle carceri”. In sede di conversione è stato inserito l’art. 3-ter che prevede il definitivo superamento degli OPG entro il 1 febbraio 2013 e la sostituzione di queste istituzioni con altre a completa gestione sanitaria, le residenze per l’esecuzione delle misure di sicurezza (REMS), in cui dovranno eseguirsi le misure del ricovero in OPG e dell’assegnazione ad una casa di cura e custodia a decorrere dal 31 marzo 2013. L’art. 3-ter prevede che un successivo decreto ministeriale definisca i requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi delle nuove strutture, nel rispetto di tre principi: gestione sanitaria; sorveglianza limitata al perimetro esterno, territorializzazione. Vengono stanziati i fondi per la costruzione/ristrutturazione/adequamento delle nuove residenze.

**13 – 25 maggio 2012:** una delegazione del CPT visita l’OPG di Barcellona Pozzo di Gotto, in cui la Commissione rileva condizioni materiali abbastanza soddisfacenti, seppure in un ambiente complessivamente sterile ed impersonale e denuncia la carenza del personale, in particolare di psichiatri ed una terapia per lo più schiacciata sulla somministrazione di psicofarmaci. La Commissione auspica che le autorità nazionali e regionali si adoperino per implementare la riforma<sup>34</sup>.

**1 ottobre 2012:** Il Ministero della salute, di concerto con il Ministero della Giustizia adotta il decreto ministeriale di definizione dei requisiti delle REMS, previsto dall’art. 3 ter della L. 9/2012. Vi si stabilisce che le strutture debbano essere dotate di uno spazio verde esterno, l’area abitativa possa ospitare un massimo 20 posti letto e debba essere organizzata in camere per una o due persone, e mai più di quattro. Ogni camera deve avere un bagno con doccia, separato dall’area di pernottamento ed essere arredata, sì da garantire sicurezza, decoro e comfort. Sono inoltre previsti in dettaglio gli spazi ad uso comune, di cui ogni struttura deve dotarsi. Si chiariscono la tipologia e i quantitativi minimi degli strumenti e apparecchiature tecnologiche e sanitarie che ogni struttura deve possedere, nonché il quantitativo minimo di personale.

---

<sup>34</sup> CPT, *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 13 to 25 May 2012*, Strasbourg, 19 november 2013, CPT/Inf (2013) 32.

**28 dicembre 2012:** Il Ministero della Salute, di concerto con il Ministero della Giustizia adotta il D.M. n. 32, con cui stabilisce la procedura per l'attribuzione dei fondi alle Regioni, dando un termine di 60 gg. a ciascuna per provvedere alla redazione di un programma che contenga «la descrizione complessiva degli interventi progettuali con l'indicazione del numero, dell'ubicazione geografica e delle caratteristiche generali delle strutture da realizzare». Inoltre, all'art. 3, con una parziale deroga al principio di territorializzazione, si dà facoltà alle Regioni, di predisporre accordi interregionali per affidare la gestione dei pazienti psichiatrico-giudiziari ad una delle Regioni in accordo, esonerando una dall'elaborazione di un piano e attribuendo alla regione “ospitante” la quota di fondi in origine destinati all'altra.

**25 marzo 2013:** È approvato il D.L. 24/2013, con cui si proroga di un anno la chiusura degli OPG, che slitta al 1 aprile 2014. Si prevede che i programmi regionali debbano contenere anche “attività volte progressivamente a incrementare la realizzazione dei percorsi terapeutico riabilitativi” e “a favorire l'adozione di misure alternative all'internamento negli ospedali psichiatrici giudiziari”. Si fissa un termine per la presentazione dei programmi regionali (15 maggio 2013) e si prevede il commissariamento, quale conseguenza del mancato rispetto. Si stabilisce che il Ministro della salute, entro il 31 maggio 2013, riferisca alle Commissioni parlamentari competenti, sugli interventi programmati dalle regioni.

**23 maggio 2013:** Con legge n. 57/2013 è convertito con modificazioni il D.L. 24/2013. Tra le modifiche principali introdotte in sede di conversione, si ricorda l'aggiunta tra i contenuti dei programmi regionali di « tempi certi e impegni precisi per il superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari, prevedendo la dimissione di tutte le persone internate per le quali l' autorità giudiziaria abbia già escluso o escluda la sussistenza della pericolosità sociale».

**30 novembre 2013:** Tutte le Regioni, escluso il Veneto, hanno presentato i programmi. La maggior parte di queste ha destinato la totalità dei fondi alla costruzione o ai lavori per la ristrutturazione delle nuove REMS. Soltanto alcune Regioni hanno assegnato una parte dei fondi ai progetti terapeutico-riabilitativi, in proporzioni più o meno consistenti.

**15 Dicembre 2013:** I Ministri della Giustizia e della Salute trasmettono al Parlamento la Relazione sullo stato di avanzamento dei programmi regionali, esprimendo un giudizio complessivamente positivo sull'operato delle Regioni.

**31 marzo 2014:** È emanato il D.L. 52/2014, la chiusura degli OPG è prorogata al 31 marzo 2015. Il decreto introduce novità significative, che incidono sul regime delle misure di sicurezza, in particolare prevede che il giudice applichi all'infermo di mente una misura di sicurezza diversa dal ricovero in OPG, salvo non risulti che ogni altra misura sia inidonea a contenerne la pericolosità sociale, sono inoltre introdotti strumenti di monitoraggio del rispetto del termine da parte delle regioni.

**30 maggio 2014:** Il D.L. 52/2014 è convertito in legge con modificazioni, ad opera della legge 81/2014. Le modificazioni introdotte sono di grande rilievo. In primo luogo, sono escluse dagli elementi di accertamento della pericolosità sociale le condizioni di cui all'art. 133, 2° co., n. 4 c.p. («condizioni di vita individuale, familiare e sociale del reo») ed è stabilito che «non costituisce elemento idoneo a supportare il giudizio di pericolosità sociale la sola mancanza di programmi terapeutici individuali». Inoltre, è prevista una durata massima della misura di sicurezza, pari al massimo di pena edittale previsto per il reato commesso. È dato un termine alle regioni per modificare i programmi, sì da destinare parte dei fondi alla riqualificazione dei DSM e contenere il numero di posti letto nelle REMS. Si stabilisce che ogni Regione debba adoperarsi per la redazione di programmi terapeutici individuali, finalizzati alla dimissione, per ogni persona ancora ricoverata negli OPG.

**30 settembre 2014:** Il Ministro della Salute e della Giustizia trasmettono alle due Camere la prima Relazione sullo stato di attuazione delle iniziative per il superamento degli OPG, dando atto dell'istituzione dell'Organismo di Coordinamento del processo di superamento, presieduto dal Sottosegretario Vito De Filippo. Vengono riportati i dati relativi alle presenze in OPG, alla percentuale di "dimissibili" e sono descritti i programmi regionali<sup>35</sup>.

---

<sup>35</sup> MINISTRO DELLA SALUTE (LORENZIN) E MINISTRO DELLA GIUSTIZIA (ORLANDO), *Relazione sullo stato di attuazione delle iniziative per il superamento degli*

**31 dicembre 2014:** viene trasmessa al Parlamento la seconda relazione sull'avanzamento del superamento degli OPG. Nella Relazione si dà atto della riscontrata impossibilità di adempiere al dettato normativo nei tempi previsti, dando attuazione ai programmi regionali, già approvati e si prospetta, come soluzione, l'individuazione di residenze provvisorie, anche attraverso affidamento a strutture private<sup>36</sup>.

**26 febbraio 2015:** la Conferenza Unificata sancisce l'accordo 17/CU con cui vengono stabilite norme che regolamentano lo svolgimento delle funzioni previste dall'o.p. nelle REMS. Tra i principi, si stabilisce che i diritti previsti dall'ordinamento penitenziario siano garantiti pienamente – e in prospettiva ampliativa – anche nelle nuove residenze.

**31 marzo 2015:** non è stato approvato alcun decreto di proroga e formalmente gli OPG sono chiusi. Nessuna nuova esecuzione viene ordinata presso queste strutture, ma vi rimangono ancora alcuni internati.

**16 aprile 2015:** viene trasmessa alle due Camere la terza Relazione dei Ministri della Salute e della Giustizia, aggiornata al 31 marzo 2015, in cui si dà conto delle iniziative intraprese dalle Regioni e da Ministero della Giustizia e Amministrazione penitenziaria<sup>37</sup>.

**19 maggio 2015:** il Ministro della Giustizia Andrea Orlando, presso il carcere di Bollate, presenta gli Stati Generali dell'esecuzione penale, sei mesi di confronto per portare a ridefinire un nuovo modello di pena<sup>38</sup>. Tra i vari tavoli ne figura uno sulle misure di sicurezza, il tavolo 11, presieduto dal Presidente del Tribunale di Sorveglianza di Messina,

---

*ospedali psichiatrici giudiziari (aggiornata al 30 settembre 2014), Atti parlamentari, XVII Legislatura, Camera dei deputati, Doc. CCXVII, N. 1.*

<sup>36</sup> ID., *Relazione sullo stato di attuazione delle iniziative per il superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari (aggiornata al 31 dicembre 2014), Atti parlamentari, XVII Legislatura, Camera dei deputati, Doc. CCXVII, N. 2.*

<sup>37</sup> ID., *Relazione sullo stato di attuazione delle iniziative per il superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari (aggiornata al 31 marzo 2015), Atti parlamentari, XVII Legislatura, Camera dei deputati, Doc. CCXVII, N. 3.*

<sup>38</sup> Sul sito del Ministero della Giustizia sono presenti tutti gli atti degli Stati Generali, [www.giustizia.it](http://www.giustizia.it).

Nicola Mazzamuto e composto da: Desi Bruno (Garante diritti dei detenuti della Regione Emilia Romagna), Alessandro De Federicis (Avvocato), Ugo Fornari (Docente di psicopatologia forense Università degli studi di Torino), Michele Miravalle (Coordinatore dell'Osservatorio sulle condizioni detentive di Antigone), Francesco Patrone (Giudice delle indagini preliminari del Tribunale di Roma), Daniele Piccione (Avvocato), Angela Anna Bruna Piarulli (Direttore istituto penitenziario di Trani), Nunziante Rosania (Direttore OPG Barcellona Pozzo di Gotto), Massimo Ruaro (Professore a contratto di diritto penitenziario Università degli studi di Genova), Emilio Santoro (Docente di Filosofia del diritto Dipartimento di Scienze Giuridiche Università degli studi di Firenze).

**24 giugno 2015:** la Corte Costituzionale, con sentenza n. 186/2015, dichiara non fondata la questione di legittimità costituzionale dell'art. 1 co. 1 lett. b) della legge 81/2014, «nelle parti in cui stabilisce che l'accertamento della pericolosità sociale “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” e che “non costituisce elemento idoneo a supportare il giudizio di pericolosità sociale la sola mancanza di programmi terapeutici individuali», sollevata dal Tribunale di sorveglianza di Messina, con ordinanza n. 247/2014. La Corte ritiene infondata la questione, in quanto basata sull'erroneo presupposto che la L.81/2014 abbia mutato i criteri di valutazione della pericolosità sociale, mentre, la Corte chiarisce: «la disposizione censurata non ha modificato, neppure indirettamente, per le persone inferme di mente o seminferme di mente, la nozione di pericolosità sociale, ma si è limitata ad incidere sui criteri di scelta tra le diverse misure di sicurezza e sulle condizioni per l'applicazione di quelle detentive»<sup>39</sup>.

**21 ottobre 2015:** il Magistrato di sorveglianza di Firenze accoglie i reclami ai sensi dell'art. 35 bis o.p. presentati da alcuni internati nell'OPG di Montelupo e dichiara illegittima la protrazione dell'internamento nelle vecchie strutture penitenziario-manicomiali. Nei mesi successivi anche il Magistrato di Sorveglianza di Reggio Emilia e

---

<sup>39</sup> Corte Costituzionale, sentenza 24 giugno 2015, n. 186

quello di Messina accoglieranno analoghi reclami, presentati dagli internati negli OPG di Reggio Emilia e Barcellona Pozzo di Gotto<sup>40</sup>.

**21 dicembre 2015:** chiude l'OPG di Napoli – Secondigliano.

**22 gennaio 2016:** viene trasmessa alle Camere la IV relazione dei Ministri sul superamento degli OPG, aggiornata al 31 dicembre 2015. I ministri forniscono un quadro dei programmi regionali e del loro avanzamento. Si dà conto della presenza di ancora 164 internati<sup>41</sup>.

**10 febbraio 2016:** Il tavolo 11 degli Stati Generali dell'esecuzione penale, presenta la propria relazione, allegando una proposta di modifiche normative, che prevede la sostituzione della misura di sicurezza per l' infermo di mente autore di reato, con misure giudiziarie di cura e controllo. Sono previste due tipologie di misura: la prima da applicarsi soltanto nel caso di Commissione di delitti contro l' incolumità pubblica o contro la persona, puniti con pena non inferiore nel minimo a quattro anni, ove il giudice ritenga probabile la Commissione dello stesso reato o altro di pari gravità e occorran cure ad elevata intensità. La misura consiste nel ricovero coattivo in un servizio per pazienti psichiatrici giudiziari sulla base di progetto terapeutico individualizzato, con durata compresa tra 3 mesi e 3 anni ed è prorogabile non oltre il minimo editto previsto per il reato commesso. La seconda, applicabile negli altri casi, purché il reato commesso preveda

---

<sup>40</sup> L'associazione L'altro diritto si è fatta promotrice della presentazione dei reclami ex art. 35 bis o.p. dagli internati illegittimamente detenuti presso gli OPG dopo il 31.03.2015. Sul sito dell'associazione sono reperibili i modelli di istanza, con una breve illustrazione e commento: G. MELANI (a cura di), *Modelli di reclamo ex art. 35 bis per gli internati ancora presenti negli OPG*, in [www.altrodiritto.unifi.it](http://www.altrodiritto.unifi.it), 2015. Le ordinanze dei magistrati sono anch'esse riportate sul sito dell'associazione [www.altrodiritto.unifi.it](http://www.altrodiritto.unifi.it). Per un commento alle ordinanze, mi permetto di rinviare ad una mia breve nota sulla rivista online diritto penale contemporaneo: G. MELANI, *Tutela della libertà personale degli internati: «attraverso la cruna dell'ago»*, in "Diritto penale contemporaneo", Rivista online, 5 giugno 2016.

<sup>41</sup> MINISTRO DELLA SALUTE E MINISTRO DELLA GIUSTIZIA, *Relazione sullo stato di attuazione delle iniziative per il superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari (aggiornata al 31 dicembre 2015)*, Atti parlamentari, XVII Legislatura, Camera dei deputati, Doc. CCXVII, N. 4, con nota a commento di G. ALBERTI, *Superamento degli OPG: a che punto siamo?*, in "Diritto penale contemporaneo", rivista online, 16 febbraio 2016;

una pena edittale non inferiore nel massimo a tre anni, consiste nell'affidamento al Dipartimento di salute mentale competente perché si prenda cura del soggetto secondo un progetto terapeutico individualizzato. Può essere disposta per un minimo di sei mesi ed un massimo di tre anni e non può essere prorogata per un tempo complessivo superiore al massimo di pena edittale ridotto di un quarto. Le due nuove misure giudiziarie di cura e controllo possono essere applicate anche in via provvisoria. Il progetto uscito dagli Stati Generali non è stato fatto oggetto di un disegno di legge.

**17 febbraio 2016:** Franco Corleone – già Garante Regionale Toscano per i diritti delle persone detenute e private della libertà personale<sup>42</sup> – viene nominato Commissario Unico per il superamento degli OPG.

**4 marzo 2016:** chiude la sezione casa di cura e custodia presso il N.C.P. di Sollicciano, Firenze. Le tre detenute sono trasferite – nel rispetto del principio di territorialità – presso la Casa Circondariale Dozza di Bologna, in una sezione denominata Articolazione per la tutela della salute mentale, che altro non è che l'insieme di due celle situate nel corridoio antistante la sezione femminile<sup>43</sup>.

**8-21 aprile 2016:** Una delegazione del CPT ha visitato le REMS di San Michele a Bra, Casa degli Svizzeri a Bologna, Pontecorvo e Castiglione delle Stiviere e l'OPG di Montelupo fiorentino<sup>44</sup>.

**16 giugno 2016:** chiude l'OPG di Aversa.

---

<sup>42</sup> Franco Corleone ricopre il ruolo di Garante Regionale dei diritti dei detenuti della Toscana da ottobre 2013, si rinvia al sito [www.consiglio.regione.toscana.it/garante-detenuti](http://www.consiglio.regione.toscana.it/garante-detenuti).

<sup>43</sup> L'associazione L'altro diritto, riscontrando una situazione di palese violazione dei diritti delle tre detenute, in particolare diritto alla libertà personale e alla salute, e della normativa in materia di sezioni psichiatriche penitenziarie, le ha aiutate a presentare ricorso ai sensi dell'art. 35 bis o.p.. Il magistrato di sorveglianza di Bologna ha accolto il ricorso con ordinanza del 06/07/2016. La vicenda è ricostruita sul sito di L'altro diritto [www.altrodiritto.unifi.it](http://www.altrodiritto.unifi.it) ove si possono trovare i modelli di istanza, con breve commento ed istruzioni: G. MELANI, (a cura di), *Il superamento degli OPG e la collocazione dei rei-folli: le istanze ex art. 35-bis o.p.*, in [www.altrodiritto.unifi.it](http://www.altrodiritto.unifi.it), 2016.

<sup>44</sup> CPT, *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 8 to 21 april 2016*, Strasbourg 8 september 2017, CPT/Inf (2017) 23

**3 agosto 2016:** viene trasmessa al Parlamento la V Relazione sul superamento degli OPG, aggiornata al 30 giugno 2016. Sono descritte, in forma sintetica, le attività svolte dalle Regioni e dall'amministrazione centrale per l'attuazione della riforma. Tra gli allegati figura la relazione del Commissario Unico Franco Corleone, aggiornata al 19 giugno 2016, da cui risulta che sono ancora reclusi in OPG 26 persone<sup>45</sup>.

**10 febbraio 2017:** chiude l'OPG di Montelupo fiorentino.

**12 aprile – 30 giugno 2017:** Nel corso della discussione in aula del disegno di legge-delega per la modifica del codice penale, di procedura penale e dell'ordinamento penitenziario, StopOpg dà il via ad un digiuno a staffetta, contro l'introduzione alla lett. d) del co. 16 del principio direttivo che apre alla possibilità ospitare nelle REMS, come nei vecchi OPG, anche i detenuti affetti da patologie psichiatriche, compiendo un passo indietro, rispetto a quanto previsto, come indirizzo dalla riforma della sanità penitenziaria, e successivamente dagli accordi in conferenza Stato-Regioni, post L. 9/2012.

**19 aprile 2017:** il CSM adotta una delibera, con cui fornisce direttive per l'interpretazione e l'applicazione della riforma in materia di superamento degli OPG. In particolare, sottolinea la necessità di favorire e sviluppare un'integrazione tra ufficio di sorveglianza, DSM, Direzione delle REMS e UEPE e di valorizzare il ruolo del Presidente del Tribunale di Sorveglianza nel definire regole applicabili dentro le residenze<sup>46</sup>.

**11 maggio 2017:** chiude l'ultimo OPG italiano a Barcellona Pozzo di Gotto.

**23 giugno 2017:** viene approvata la legge n. 103/2017 recante "Modifiche al codice penale e al codice di procedura penale e all'ordinamento penitenziario", che all'art. 1 co. 16 delega il Governo ad adottare, nel termine di un anno dall'entrata in vigore (3 agosto 2018)

---

<sup>45</sup> MINISTRO DELLA SALUTE E MINISTRO DELLA GIUSTIZIA, *Relazione sullo stato di attuazione delle iniziative per il superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari (aggiornata al 30 giugno 2016)*, Atti parlamentari, XVII Legislatura, Camera dei deputati, Doc. CCXVII, N. 5.

<sup>46</sup> CONSIGLIO SUPERIORE DELLA MAGISTRATURA, *Delibera consiliare del 19 aprile 2017*.

decreti legislativi per la modifica del regime delle misure di sicurezza personali (oltreché delle norme in materia di procedibilità per alcuni reati) statuendo quali principi direttivi, per quanto di nostro interesse: l'introduzione del divieto di sottoporre a misure di sicurezza personali, per fatti non preveduti come reato dalla legge del tempo in cui furono commessi; la revisione del doppio binario per i soggetti imputabili; l'introduzione di una durata massima delle misure di sicurezza personali; l'accertamento periodico di persistenza della pericolosità; la revisione del modello definitivo di infermità, attribuendo rilevanza ai disturbi di personalità; la previsione per i non imputabili di misure terapeutiche e di controllo determinate nel massimo, tenendo conto delle necessità di cura; abolizione del doppio binario per l'ipotesi di diminuita capacità di intendere e volere e previsione per il semi-infermo di un trattamento sanzionatorio con finalità terapeutiche, anche attraverso l'accesso a misure alternative; destinazione alle REMS prioritariamente dei soggetti per i quali sia stata accertata in via definitiva l'infermità al momento della Commissione; nonché dei soggetti per i quali l'infermità di mente è sopravvenuta e degli imputati per i quali occorra accertare le condizioni psichiche, qualora le sezioni degli istituti penitenziari non siano di fatto idonee.

**dicembre 2017:** la Commissione, nominata con D.M. Giustizia 19.07.2017 e presieduta da Marco Pelissero, per la riforma del regime delle misure di sicurezza, presenta lo schema di riforma. Per quanto ci compete, lo schema prevede: l'estensione del rinvio facoltativo dell'esecuzione della pena, ex art. 147, anche al caso di grave infermità psichica, equiparata a quella fisica, e la conseguente possibilità di applicare le misure alternative di cui all'art. 47 co. 1 ter o.p.; l'abrogazione dell' art. 148 c.p.; l'introduzione di un affidamento in prova "speciale" per i condannati affetti da infermità psichica<sup>47</sup>.

---

<sup>47</sup> Si rinvia al botta e risposta tra Mario Iannucci e Gemma Brandi e Marco Pelissero, in commento all'articolato: M. IANNUCCI, G. BRANDI, *Il reo folle e le modifiche dell'ordinamento penitenziario*, in "Diritto penale contemporaneo", rivista online, 19 febbraio 2018; ID., *Il reo folle e doppio binario. Una risposta alle osservazioni del Prof. Marco Pelissero*, in "Diritto penale contemporaneo", 13 marzo 2018; M. PELISSERO, *Sanità penitenziaria e doppio binario. Alcune considerazioni a margine di "Il reo folle e le modifiche dell'ordinamento penitenziario"*, in "Diritto penale contemporaneo", 21 febbraio 2018.

**22 marzo 2018:** la I sezione penale della Corte di Cassazione dichiara rilevante e non manifestamente infondata la questione di legittimità costituzionale degli artt. 148 c.p. e 47 ter co. 1 ter o.p. nella parte in cui non prevedono l'accesso né al differimento pena né alla collocazione in REMS per i condannati affetti da grave infermità psichica<sup>48</sup>.

**14 maggio 2018:** Il Tribunale di sorveglianza di Messina, operando un'interpretazione conforme alla costituzione, applica il differimento pena nelle forme della detenzione domiciliare (ex artt. 147 c.p. e 47 ter co. 1 o.p.) al detenuto infermo di mente, equiparando la malattia mentale a quella fisica<sup>49</sup>.

**28 giugno 2018:** StopOpg da l'avvio ad un Osservatorio sul Superamento degli OPG e sulle REMS ed inizia a visitare le nuove residenze.

**03 agosto 2018:** il Governo non ha adottato alcun decreto, rispetto alla delega di cui all'art. 1 co. 16 lett. c) e d) della legge delega 103/2017 ed il termine è spirato.

**24 settembre 2018:** il CSM adotta una risoluzione atta a promuovere protocolli operativi per favorire il dialogo tra gli attori coinvolti nell'applicazione ed esecuzione delle misure di sicurezza<sup>50</sup>.

---

<sup>48</sup> Cass. pen., sez. I, 22 marzo 2018 (ud. 23 novembre 2017). Si rinvia alla nota nota a sentenza: N. MANI, *Detenzione domiciliare "in deroga" – Profili di incostituzionalità*, in "Archivio penale", 2, 2018.

<sup>49</sup> L'ordinanza (TRIB. SORV. MESSINA, 28 febbraio 2018, Pres. Mazzamuto, Est. Lino) è pubblicata sulla rivista online "Diritto penale contemporaneo", 14 maggio 2018, con nota a commento di G. L. GATTA, *Esecuzione della pena e infermità psichica sopravvenuta: il Tribunale di sorveglianza di Messina imbecca la via dell'interpretazione conforme a costituzione e applica la detenzione domiciliare*

<sup>50</sup> CONSIGLIO SUPERIORE DELLA MAGISTRATURA, *Risoluzione del 24 settembre 2018*, pubblicata in "Diritto penale contemporaneo" rivista online, 5 novembre 2018, con nota: B. SECCHI e A. CALCATERRA, *La nuova risoluzione del CSM in tema di misure di sicurezza psichiatriche*.



## CAPITOLO I

### UMANIZZAZIONE, MODERNIZZAZIONE, RIFORMA: COM'È NATA LA RIFORMA DEGLI OPG

Dallo scandalo tuttavia la istituzione non deriva soltanto danni e perdita di credibilità. Al contrario essa spesso, attraverso lo scandalo, si autovalida, cioè elimina da sé come incompatibile con la sua natura quello che qualitativamente è parte di essa, ma quantitativamente viene presentato come aberrazione ed intollerabile eccesso.

[R. CANOSA, *Storia del manicomio in Italia*, cit., p. 119]

#### **0. PROLOGO: FUNZIONI, DISFUNZIONI, SCANDALI E SOPRAVVIVENZA DELL'ISTITUZIONE MANICOMIO CRIMINALE**

Allo studio di un'istituzione ci si può approcciare da un punto di vista funzionale: individuarne le funzioni ideali e mostrare i deficit nella messa in pratica, chiedersi se e quanto l'istituzione sia riuscita a perseguire gli obiettivi per i quali era stata progettata, pensata e posta. Come si propongono in un recente studio storico sul manicomio criminale, Peloso e Paoletta: «ritornare alle origini delle istituzioni per comprendere a quali bisogni avrebbero dovuto rispondere [...] per capire se quei bisogni sussistono ancora ed, eventualmente, con quali strumenti alternativi è possibile affrontarli»<sup>51</sup>.

---

<sup>51</sup> P. F. PELOSO e F. PAOLELLA, *Dei claustris e altro. Idee e progetti per la costruzione del manicomio criminale nella psichiatria italiana dell'Ottocento*, in G. GRASSI e C. BOMBARDIERI, *Il policlinico della delinquenza*, Franco Angeli, Milano 2016, p. 16

Molti studi sul penitenziario e sul manicomio, hanno adottato questa prospettiva. Si sono interrogati sulla capacità riabilitativa del carcere o terapeutica del manicomio, spesso constatandone lo scacco.

La proclamazione del fallimento di un'istituzione, può essere strategicamente orientata in senso diverso: ottenere un maggior investimento di risorse economiche o un più attento studio della popolazione che abita l'istituzione, avanzare proposte di nuove tecniche di organizzazione, promuovere l'adozione di un trattamento più efficace e talvolta affermare la necessità della destituzione per cronica e congenita inadeguatezza.

Nel recente processo di riforma degli OPG è stato dichiarato il fallimento dell'istituzione: il manicomio giudiziario dovrebbe curare e non è in grado di farlo. Non è la prima la volta che si rilevano le deficienze del manicomio giudiziario attribuite, a seconda dei casi, a carenze materiali, ad un'erronea organizzazione interna e ad un'ambiguità funzionale, o ancora ad una non accorta classificazione dei reclusi o ad una convivenza di soggetti di tipo diverso.

Gli alienisti, che avevano chiesto a gran voce l'introduzione del manicomio criminale, già tra la fine del XIX e i primi del XX secolo, denunciavano le pessime condizioni delle strutture, la troppa somiglianza al penitenziario, nonché la presenza di una popolazione eterogenea in cui i *rei folli* erano sovrarappresentati, anche per la leggerezza nelle valutazioni da parte dei medici carcerari<sup>52</sup>.

Sugli aspetti strutturali, Gaspare Virgilio rilevava che ad Aversa vi erano:

cameroni immensi dove si mangia, si dorme e si resta; d'onde non si sorte che per una o due ore sulle ventiquattro; i quali, soprapieni di popolazione come sono presentemente, diventano ben presto graveolenti del lezzo che esala dall'organismo dei malati di mente<sup>53</sup>.

Sullo stesso manicomio di Aversa, Cesare Lombroso non esitava a spendere dure parole e

---

<sup>52</sup> Scriveva Virgilio «a me accade tutti i giorni di constatare che al manicomio giudiziario vengono inviati individui assolutamente scemi, dementi, cronici, inoffensivi, i quali potrebbero benissimo essere assistiti nelle case di pena [...] è pertanto da stigmatizzare come riprovevole la leggerezza colla quale si sospingono ora al manicomio giudiziario, individui che vengono a provarvi fastidi e preoccupazioni», G. VIRGILIO, *Le origini e le vicende del Manicomio Giudiziario di Aversa*”, in *Rivista di Disciplina carcerarie. Parte I*”, 25 (1900), 10, p. 361

<sup>53</sup> Ivi, p. 365

definirlo «un'immensa latrina»<sup>54</sup>.

Ponticelli ed Algeri, proponevano miglioramenti e suggerivano di sostituire alle camerate e agli elementi che potessero richiamare il carcere, il bagno penale o l'ergastolo, nella mente degli *sciagurati*<sup>55</sup>: «celle allegre, finestre ampie, la cui dimensione naturale fa in certo modo scomparire la robustezza delle inferriate»<sup>56</sup>.

Una più netta caratterizzazione in senso manicomiale-sanitario delle neonate strutture era chiesta da Enrico Ferri, che concludeva il suo rapporto sulla visita a Montelupo Fiorentino, affermando che «bisogna che lo stabilimento assuma completo il suo carattere medico e, per esempio, si tolgano le guardie, inadatte a questo servizio, e si mettano tutti infermieri»<sup>57</sup>.

Anche tra gli esponenti della Scuola Classica, che si erano opposti all'introduzione del manicomio criminale, ma non a misure di custodia per i malati di mente autore di reato (quali la reclusione in manicomio civile per decisione del Tribunale civile come nel codice Zanardelli del 1889<sup>58</sup>), l'ambiguità organizzativa e strutturale dei nuovi speciali asili era individuata come bersaglio critico, sì che Lucchini definisce quello di Montelupo Fiorentino:

una istituzione, che si risolve sostanzialmente in una transizione fra il carcere ordinario e il manicomio comune, spogliando il primo di qualche rigore e rendendo di più difficile attuazione le prescrizioni terapeutiche del secondo, dacchè la stessa classificazione delle malattie è resa impossibile dalla distinzione necessaria delle diverse condizioni giuridiche<sup>59</sup>.

---

<sup>54</sup> C. LOMBROSO, *La cattiva organizzazione della polizia ed i sistemi carcerari*, in "Il momento attuale", 1903, p. 94

<sup>55</sup> L'aggettivo sostantivato *sciagurati* ricorre con grande frequenza nei testi dei criminologi positivisti per indicare i pazzi delinquenti. Si tiene a sottolinearlo per mostrare come non fosse infrequente nel lessico proprio dei criminologi il ricorso ad espressioni chiaramente pietistiche.

<sup>56</sup> L. PONTICELLI e G. ALGERI, *Il manicomio criminale dell'Ambrogiana (presso Montelupo Fiorentino)*, Tipografia delle Mantellate, Roma 1888, p. 18.

<sup>57</sup> E. FERRI, *Manicomio criminale di Montelupo*, in "Archivio Psichiatria", 1888, p. 527.

<sup>58</sup> Il codice Zanardelli prevedeva che il prosciolto per infermità di mente potesse essere consegnato all'autorità competente per i provvedimenti di legge (art. 47). Nelle disposizioni attuative, si chiariva che l'autorità competente era il Presidente di Tribunale civile che, dopo un periodo di osservazione, poteva disporre il ricovero in manicomio per pericolosità.

<sup>59</sup> L. LUCCHINI, *Fra manicomi e stabilimenti carcerari*, in "Rivista penale", XXXVI (1892), VI della III serie, p. 286

Critiche sulla natura dell'istituzione a metà tra carcere e manicomio, inviti ad operare una definitiva caratterizzazione sanitaria e denunce delle pessime condizioni igieniche e dell'orrore dei luoghi, accompagnano la storia di questa istituzione, fino ai tempi recenti, seppur declinati diversamente.

Talvolta, si fa riferimento all'ambiguità funzionale come elemento connaturato al sistema penale dualistico, per muovere verso il suo superamento (che spesso significa superamento della sistematica del codice penale, ma non abrogazione di misure atte a contenere la pericolosità sociale del folle reo), talaltra si segnalano le insufficienze, i difetti nella concreta attuazione, al fine di proporre riforme che permettano di raggiungere le finalità, di cancellare le anomalie, di rendere l'istituzione ciò che a livello teorico doveva e dovrebbe essere.

La somiglianza della misura di sicurezza (per imputabili e non) alla pena detentiva, già negli anni '30, per alcuni giuristi era diventata argomento a sostegno del passaggio ad un sistema monistico – senza che fosse messa in discussione la necessità di una risposta penale dell'ordinamento alla pericolosità sociale di alcuni soggetti<sup>60</sup>.

Con l'entrata in vigore della Carta Costituzionale, l'affermarsi del principio personalistico, di una concezione della pena come tendente alla rieducazione, del diritto fondamentale alla salute e del principio di volontarietà dei trattamenti sanitari, la tematica dell'impercettibile differenza funzionale e di contenuto tra reclusione in manicomio criminale e pena detentiva in carcere e dell'ambigua tendenza della prima istituzione a curare e custodire, inizia ad essere declinata, nel dibattito giuridico, in termini di diritti negati al malato di mente autore di reato<sup>61</sup>.

Nel corso dei decenni, la cura, quale funzione del manicomio criminale è stata risemantizzata, finendo per indicare non solo e non tanto il processo di normalizzazione del malato di mente, quanto il suo diritto soggettivo alla salute. Questo cambio di paradigma ha condotto a leggere cura e custodia, inizialmente diretti agli stessi traguardi, come interessi in contrasto, da bilanciare.

---

<sup>60</sup> F. ANTOLISEI, *Pene e misure di sicurezza*, in "Rivista italiana di diritto penale", 1933, p.133

<sup>61</sup> Si veda ad esempio, T. PADOVANI, *L'ospedale psichiatrico giudiziario e la tutela costituzionale della salute*, in U. BRECCIA E F.D. BUSNELLI ET.AL., *Tutela della salute e diritto privato*, Milano, Giuffrè, 1978,

Anche l'antica – quanto la nascita del manicomio criminale – proposta della medicalizzazione del trattamento del malato di mente autore di reato è stata risignificata: non più affidamento agli specialisti che sono in grado di restituire al consesso sociale un cittadino riformato, quanto piuttosto, garanzia di un approccio più umano alla malattia mentale.

In entrambe le forme, la misura di sicurezza e l'istituzione manicomio giudiziario non sono messe in discussione nei loro presupposti. È accettata come naturale la pericolosità sociale, la necessità della società di difendersi dalla particolare forma di pericolosità del folle reo, di rispondere con misure che mirino a curare il folle e dove ciò non sia possibile, tagliarlo fuori dal contesto sociale.

La constatazione del fallimento istituzionale può attivare, a seconda delle cause a cui viene imputata, una ricerca delle responsabilità individuali, l'elaborazione di normative atte ad introdurre un controllo sulla condotta degli operatori per evitare gli abusi, una correzione delle disposizioni legislative che si ritiene siano produttive di eccessi, la progettazione di nuove forme istituzionali. Ma come afferma Foucault, riguardo alle riforme del sistema penale, molto spesso «si *ammette* implicitamente, e talvolta anche esplicitamente, il sistema di razionalità che era stato definito e messo in atto da diverso tempo; e si *cerca* semplicemente di sapere quali siano le istituzioni e le pratiche che avrebbero permesso di realizzare il progetto e di raggiungerne le finalità»<sup>62</sup>.

Per l'OPG, il proclamato fallimento della funzione terapeutica, nelle sue diverse declinazioni di riforma dell'individuo e di diritto soggettivo alla salute, in una prima fase è stato strumento degli stessi ideatori del manicomio criminale, per promuovere riforme e per tale via affermare lo statuto del sapere psichiatrico sul malato di mente autore di reato, successivamente è stato alla base delle argomentazioni dei giudici della Corte Costituzionale per rimuovere alcune disposizioni, ritenute in contrasto con il diritto alla salute. Ma fino a pochi anni fa, non ha condotto ad una riforma dell'istituzione, se non

---

<sup>62</sup> M. FOUCAULT, *Qu'appelle-t-on-punir?*, in "Revue de l'université de Bruxelles", 1984, 1-3, pp- 35-46, e in M. FOUCAULT, *Dits et Ecrits*, IV, Gallimard, Paris, pp. 346 e ss.; tr.it., *Cos'è che chiamiamo punire?*, in M. FOUCAULT, *L'emergenza delle prigioni. Interventi su carcere, diritto, controllo*, La Casa Usher, Firenze, 2011

quella minima di un cambio di denominazione<sup>63</sup>.

Lo scandalo e l'indignazione per le indecorose condizioni materiali, la rivelazione degli effetti iatrogeni, della violenza perpetrata e della lesione dei diritti degli internati, sono passati sul manicomio criminale lasciandolo indenne con le sue mancanze, i suoi eccessi, i suoi fallimenti e la sua ambiguità.

In un recente scritto, sulla condizione detentiva Verde afferma:

Nella rappresentazione mediatica ciò che avviene in quel mondo [*quello penitenziario* N.d.R.] sembra sempre segnato da un'imminente deriva catastrofica, come se si trattasse di una tragedia annunciata e prossima, dove tutti aspettano l'ultimo atto, che però non viene mai<sup>64</sup>.

Così, a lungo trascurato, ma anche attraversato da ripetute rappresentazioni catastrofiche, il manicomio criminale non solo non sembrava giungere ad un ultimo atto, ma pareva anche resistere pressoché nelle sue forme originarie.

Fintanto che, alla scoperta da parte della Commissione d'inchiesta sull'efficacia e l'efficienza del servizio sanitario nazionale della nuova emergenza OPG, ha fatto eco un «grido del cuore»<sup>65</sup> che ha da prima mosso la Commissione alla ricerca dei responsabili di quelle inciviltà – nei direttori che mandavano avanti strutture enormi e sovraffollate con budget prossimi al ridicolo<sup>66</sup> – e poi ad una riforma minima, che ha non affrontato il nodo della pericolosità sociale e dell'imputabilità, non tangendo la logica dell'istituzione ma riplasmandone la forma, per renderla più umana ed accettabile.

Il mutamento, minimo o massimo, di un apparato come quello del manicomio criminale, come afferma Tarantino «non può che essere indice e conseguenza di un'alterazione nella

---

<sup>63</sup> Con la legge 26 luglio 1975, n. 354 – introduttiva dell'ordinamento penitenziario – il manicomio criminale è stato ridenominato “ospedale psichiatrico giudiziario”. Un cambio di denominazione parziale, in quanto non tocca la rubrica codicistica.

<sup>64</sup> S. VERDE, *Il carcere manicomio. Le carceri in Italia tra violenza, pietà, affari e camice di forza*, Sensibili alle foglie, Roma 2011, p. 7

<sup>65</sup> M. FOUCAULT, *Surveiller et punir. Naissance de la prison*, Gallimard, Paris 1975, tr. it. *Sorvegliare e punire. Nascita della prigione*, Einaudi, Torino 1993

<sup>66</sup> Il budget annuale per la manutenzione ordinaria e straordinaria dell'OPG di Montelupo, struttura di grandissime dimensioni, per l'anno 2011 era pari a 18.000 € (dichiarazione della Dr.ssa Tuoni all'epoca direttrice dell'OPG di Montelupo, nel video registrato da Antigone nell'ambito del progetto Inside Carceri e disponibile su youtube) e l'OPG di Barcellona Pozzo di Gotto nello stesso anno poteva contare su soli 10.000 € (dichiarazione del Dr. Rosania all'epoca direttore dell'OPG di Barcellona, nel video registrato da Antigone nell'ambito del progetto Inside Carceri e disponibile su youtube).

composizione delle forze che articolano questo specifico dispositivo di governo della pericolosità sociale»<sup>67</sup>. Occorre chiedersi se a questa alterazione corrisponda un'incrinatura nello statuto e nell'operatività della categoria della pericolosità sociale.

I lavori della Commissione d'inchiesta sull'efficacia e l'efficienza del servizio sanitario nazionale, protagonista di primo piano della riforma, ci offrono un indice.

Il discorso del legislatore, come vedremo, è stato declinato in termini di indignazione morale per le pessime condizioni igieniche riscontrate. Indignazione che riesce a coagulare un consenso trasversale, in quanto «conferma gli ordini costituiti e li riporta nei margini di tollerabilità»<sup>68</sup>.

L'umanitarismo – come rileva Fassin – ha la grande capacità di produrre ampio consenso, in quanto, in una società segnata da forti diseguaglianze, la morale umanitaria è in grado di offrire «fiducia in una solidarietà con potere di redenzione e per tal via colmare le contraddizioni»<sup>69</sup>.

## **0.1. PRECISAZIONI PRELIMINARI: IL MATERIALE CONSULTATO**

Per la redazione di questa parte del lavoro, si è scelto di procedere con una ricerca documentale. Sono stati presi in esame gli atti prodotti dalla Commissione d'inchiesta sull'efficacia e l'efficienza del servizio sanitario nazionale (Provvedimenti di sequestro di alcune sezioni dell'OPG di Montelupo fiorentino e Barcellona Pozzo di Gotto e provvedimenti conseguenti, Relazione sulle condizioni di vita e cura negli ospedali psichiatrici giudiziari) e i resoconti stenografici delle sedute relative all'inchiesta su alcuni aspetti della medicina territoriale, con particolare riguardo al funzionamento dei Servizi pubblici per le tossicodipendenze e dei Dipartimenti di salute mentale, sia precedenti che successivi alla scoperta di una “emergenza OPG”<sup>70</sup>.

---

<sup>67</sup> C. TARANTINO, *La strategia della lumaca. Appunti sulla dismissione degli ospedali psichiatrici giudiziari*, in C. TARANTINO, A. M. STRANIERO, *La bella e la bestia. Il tipo umano nell'antropologia liberale*, Mimesis, Fano 2014, p. 90

<sup>68</sup> ID., *Il trattamento morale del manicomio criminale*, in “Minority Reports”, 4, 2017, p. 229.

<sup>69</sup> D. FASSIN, *La raison humanitaire. Une histoire morale du temps présent*, Gallimard, Paris 2010, tr. it., *Ragione umanitaria. Una storia morale del presente*, DeriveApprodi, Roma 2018, p. 7.

<sup>70</sup> Sedute n. 14 del 01/04/2009; n. 33 del 23/09/2009; n. 34 del 29/09/2009; n. 35 del 30/09/2009; n. 37 del 15/10/2009; n. 57 del 02/02/2010; n. 61 del 16/02/2010; n. 62 del 23/02/2010; n. 63 del 02/03/2010; n. 69 del 05/05/2010; n. 71 del 18/05/2010; n. 73 del 16/06/2010; n. 74 del 22/06/2010; n. 75 del 06/07/2010; n. 76 del 07/07/2010; n. 79 del 27/07/2010; n. 84 del

Sono stati inoltre analizzati tutti gli atti parlamentari relativi alla conversione del D.L. 22 dicembre 2011, n. 211, con L. 17 febbraio 2012, n. 9, ovvero i resoconti della trattazione del DDL n. S. 3074 della XVI Legislatura in Commissione, in Consultiva e in Assemblea al Senato<sup>71</sup> e del DDL n. C. 4909 della XVI Legislatura in Commissione ed in Assemblea alla Camera<sup>72</sup>.

---

29/09/2010; n. 85 del 05/10/2010; n. 86 del 06/10/2010; n. 87 del 13/10/2010; n. 88 del 19/10/2010; n. 89 del 27/10/2010; n. 91 del 16/11/2010; n. 92 del 17/11/2010; n. 94 del 24/11/2010; n. 95 del 07/12/2010; n. 96 del 15/12/2010; n. 97 del 20/12/2010; n. 100 del 19/01/2011; n. 105 del 09/02/2011; n. 106 del 23/02/2011; n. 109 del 15/03/2011; n. 110 del 22/03/2011; n. 111 del 23/03/2011; n. 112 del 29/03/2011; n. 118 del 18/05/2011; n. 119 del 07/06/2011; n. 120 del 14/06/2011; n. 121 del 21/06/2011; n. 123 del 06/07/2011; n. 124 del 14/07/2011; n. 125 del 20/07/2011; n. 126 del 28/07/2011; n. 128 del 21/09/2011; n. 129 del 19/10/2011; n. 131 del 26/10/2011; n. 133 del 15/11/2011; n. 135 del 30/11/2011; n. 139 del 21/12/2011; n. 140 del 17/01/2012; n. 146 del 21/02/2012; n. 147 del 28/02/2012; n. 149 del 07/03/2012; n. 155 del 03/04/2012; n. 159 del 08/05/2012; n. 160 del 15/05/2012; n. 161 del 17/05/2012; n. 163 del 31/05/2012; n. 165 del 07/06/2012; n. 169 del 04/07/2012; n. 177 del 19/09/2012; n. 180 del 03/10/2012; n. 181 del 09/10/2012; n. 184 del 08/11/2012

<sup>71</sup> 2° COMMISSIONE PERMANENTE (GIUSTIZIA) – SENATO DELLA REPUBBLICA (XVI LEGISLATURA), *Resoconto sommario 273° Seduta*, 4 Gennaio 2012 (antimeridiana); ID., *Resoconto sommario 274° Seduta*, 10 Gennaio 2012 (pomeridiana); ID., *Resoconto sommario 276° seduta*, 11 Gennaio 2012 (pomeridiana); ID., *Resoconto sommario 277° Seduta*, 12 Gennaio 2012 (pomeridiana); ID., *Resoconto sommario 278° Seduta*, 12 Gennaio 2012 (pomeridiana); 1° COMMISSIONE PERMANENTE (AFFARI COSTITUZIONALI) – SENATO DELLA REPUBBLICA (XVI LEGISLATURA), *Resoconto sommario 344° Seduta*, 22 Dicembre 2011 (pomeridiana); ID., *Resoconto sommario 345° Seduta*, 10 Gennaio 2012 (pomeridiana); ID., *Resoconto sommario 181° Seduta*, 17 Gennaio 2012 (pomeridiana); 5° COMMISSIONE PERMANENTE (BILANCIO) – SENATO DELLA REPUBBLICA, *Resoconto sommario 629° seduta*, 11 Gennaio 2012 (pomeridiana); ID., *Resoconto sommario 630° Seduta*, 12 Gennaio 2012 (antimeridiana); ID., *Resoconto sommario 631° Seduta*, 17 Gennaio 2012 (pomeridiana); ID., *Resoconto sommario 632° Seduta*, 18 Gennaio 2012 (antimeridiana); ID., *Resoconto sommario 633° Seduta*, 18 Gennaio 2012 (pomeridiana); ID., *Resoconto sommario 634° Seduta*, 19 Gennaio 2012 (antimeridiana); ID., *Resoconto sommario 635° Seduta*, 25 Gennaio 2012 (antimeridiana); ID., *Resoconto sommario 636° Seduta*, 25 Gennaio 2012 (pomeridiana); SENATO DELLA REPUBBLICA (XVI LEGISLATURA), *Resoconto sommario e stenografico 654° seduta pubblica*, 11 gennaio 2012 (pomeridiana); ID., *Resoconto sommario e stenografico 658° seduta pubblica*, 18 gennaio 2012 (antimeridiana); ID., *Resoconto sommario e stenografico 659° seduta pubblica*, 18 gennaio 2012 (pomeridiana); ID., *Resoconto sommario e stenografico 660° seduta pubblica*, 19 gennaio 2012 (antimeridiana); ID., *Resoconto sommario e stenografico 662° seduta pubblica*, 24 gennaio 2012 (pomeridiana); ID., *Resoconto sommario e stenografico 664° seduta pubblica*, 25 gennaio 2012 (pomeridiana); SERVIZIO BILANCIO – SENATO DELLA REPUBBLICA (XVI LEGISLATURA), *Nota di lettura A.S. 3074*, 12 Gennaio 2012; SERVIZIO STUDI – SENATO DELLA REPUBBLICA (XVI LEGISLATURA), *Dossier. Disegno di legge A.S. 3074*, n. 324, Gennaio 2012;

<sup>72</sup> 2° COMMISSIONE (GIUSTIZIA) – CAMERA DEI DEPUTATI (XVI LEGISLATURA), *Resoconto stenografico seduta 31 gennaio 2012*; ID., *Resoconto stenografico seduta 1 febbraio 2012*; ID., *Resoconto stenografico seduta 2 febbraio 2012*; ID., *Resoconto stenografico seduta 6 febbraio 2012*; ID., *Resoconto stenografico seduta 7 febbraio 2012*; ID., *Resoconto stenografico*

Per quanto concerne le opinioni espresse dai fautori della riforma, in contesti non istituzionali, si è scelto di procedere ad una ricerca negli archivi dei quotidiani italiani, con pubblicazione anche cartacea, a diffusione nazionale<sup>73</sup>. La ricerca è stata effettuata per nominativo dei membri della Commissione<sup>74</sup>, nell'arco di tempo compreso tra la data della

---

*seduta 8 febbraio 2012; COMITATO PER LA LEGISLAZIONE – CAMERA DEI DEPUTATI (XVI LEGISLATURA), Resoconto stenografico seduta 31 gennaio 2012; 1° COMMISSIONE (AFFARI COSTITUZIONALI) – CAMERA DEI DEPUTATI (XVI LEGISLATURA), Resoconto stenografico seduta 7 febbraio 2012; ; ID., Resoconto stenografico seduta 8 febbraio 2012; 3° COMMISSIONE (AFFARI ESTERI) – CAMERA DEI DEPUTATI (XVI LEGISLATURA), Resoconto stenografico seduta 1 febbraio 2012; 5° COMMISSIONE (BILANCIO E TESORO) – CAMERA DEI DEPUTATI (XVI LEGISLATURA), Resoconto stenografico seduta del 7 febbraio 2012; ID., Resoconto stenografico seduta del 8 febbraio 2012; 6° COMMISSIONE (FINANZE) – CAMERA DEI DEPUTATI (XVI LEGISLATURA), Resoconto stenografico seduta del 7 febbraio 2012; 11° COMMISSIONE (LAVORO) – CAMERA DEI DEPUTATI (XVI LEGISLATURA), Resoconto stenografico seduta del 07 febbraio 2012; 12° COMMISSIONE (AFFARI SOCIALI) – CAMERA DEI DEPUTATI (XVI LEGISLATURA), Resoconto stenografico seduta del 2 febbraio 2012; ; ID., Resoconto stenografico seduta del 7 febbraio 2012; 14° COMMISSIONE (UNIONE EUROPEA) – CAMERA DEI DEPUTATI (XVI LEGISLATURA), Resoconto stenografico seduta del 1 febbraio 2012; ; ID., Resoconto stenografico seduta del 7 febbraio 2012; CAMERA DEI DEPUTATI (XVI LEGISLATURA), Resoconto stenografico seduta pubblica n. 582, 7 febbraio 2012; ID., Resoconto stenografico seduta pubblica n. 583, 8 febbraio 2012; ID., Resoconto stenografico seduta pubblica n. 584, 9 febbraio 2012; ID. Resoconto stenografico seduta pubblica n. 585, 14 febbraio 2012; SERVIZIO STUDI – CAMERA DEI DEPUTATI (XVI LEGISLATURA), *Interventi urgenti per il contrasto della tensione detentiva determinata dal sovraffollamento delle carceri - D.L. 211/2011 - A.C. n. 4909 - Elementi di valutazione sulla qualità del testo e su specificità, omogeneità e limiti di contenuto del decreto-legge*, Dossier n. 140, 31 gennaio 2012; ID., *Interventi urgenti in materia di sovraffollamento carcerario - D.L. 211/2011 - A.C. 4909 - Elementi per la valutazione degli aspetti di legittimità costituzionale*, Dossier n. 356, 7 febbraio 2012; ID., *Interventi urgenti in materia di sovraffollamento carcerario - D.L. 211/2011 A.C. 4909 Schede di lettura e documentazione*, Dossier n. 584, 30 gennaio 2012; ID., *Interventi urgenti in materia di sovraffollamento carcerario - D.L. 211/2011 A.C. 4909 Elementi per l'istruttoria legislativa*, Dossier n. 584/9, 30 gennaio 2012; SERVIZIO BILANCIO DELLO STATO – CAMERA DEI DEPUTATI, (AC 4909) DL 211/2011 *contrasto della tensione detentiva determinata dal sovraffollamento delle carceri*, Dossier n. 374, 7 febbraio 2012.*

<sup>73</sup> Si sono effettuate ricerche negli archivi dei seguenti quotidiani: Corriere della Sera, la Repubblica, Il sole 24 ore; Quotidiano Nazionale; La Stampa; Il Messaggero; Il Resto del Carlino; Il Giornale; Avvenire; La Nazione; Il Manifesto; Libero; Italia Oggi; Il Gazzettino; Il Fatto Quotidiano; Il Secolo XIX; Il Tirreno; Il Mattino; Il Giorno. Per individuare i quotidiani a diffusione nazionale si è consultato FEDERAZIONE ITALIANA EDITORI GIORNALI (FIEG), *Rapporto 2017 sull'industria dei quotidiani in Italia*. Dall'elenco dei quotidiani a diffusione nazionale si sono sottratti quelli a tema sportivo.

<sup>74</sup> Le senatrici e i senatori: Maria Antezza, Giuseppe Astore, Dorina Bianchi, Laura Bianconi, Franca Biondelli, Daniele Bosono, Raffaele Calabrò, Carlo Chiurazzi, Lionello Cosentino, Luigi D'ambrosio Lettieri, Stefano De Lillo, Leopoldo Girolamo, Antonio Fosson, Vincenzo Galio, Domenico Gramazio, Ignazio Marino, Alfonso Mascitelli, Piergiorgio Massida, Salvatore Mazzaracchio, Giovanni Pistorio, Adriana Polibortone, Donatella Poretti, Fabio Rizzi, Michele Saccomanno, Albertina Soliani.

prima visita ispettiva di una delegazione della Commissione in OPG (11 giugno 2010) e il 17 febbraio 2012. Dai risultati così ottenuti, si sono poi scartati gli articoli non attinenti.

Non tutti i membri della Commissione e i firmatari della proposta hanno pubblicamente espresso il loro parere sugli OPG. Per l'esame relativo alle fasi successive della riforma (D.L. 25 marzo 2013, n. 24, convertito in L. 23 maggio 2013, n. 57 e D.L. 31 marzo 2014, n. 52, convertito in L. 30 maggio 2014, n. 81) si è quindi scelto di limitare la ricerca (effettuata con le stesse modalità appena illustrate) ai soli nominativi di persone che erano già risultate attive, nella fase precedente.

## **0.2. PERCHÉ GLI ATTI PARLAMENTARI E LE DICHIARAZIONI ESPRESSE DAI MEMBRI DELLA COMMISSIONE ?**

In una Repubblica parlamentare, come la nostra, la funzione legislativa è esercitata dal Parlamento o – in caso di delega (art. 76 Cost.) o di straordinaria necessità ed urgenza (art. 77 Cost) – dal Governo.

Ciò, di per sé, non è sufficiente a motivare la nostra scelta. In primo luogo, in quanto possono partecipare al processo di produzione normativa svariati attori e l'iniziativa legislativa, nel nostro ordinamento, non è monopolio dei membri delle due Camere, ma appartiene anche al Governo (art. 71 Cost.), al CNEL (art. 99 Cost.), ai Consigli regionali (art. 121 Cost.) e al corpo elettorale, con la raccolta di 50.000 firme (art. 71 co. 2 Cost.). In secondo luogo, perché, a prescindere dalla titolarità formale dell'iniziativa e della funzione legislativa, l'elaborazione delle leggi è spesso preceduta e accompagnata da dibattiti specialistici o tra la cittadinanza, dalla messa in discussione di vecchi o affermazione di nuovi paradigmi scientifici, da campagne di sensibilizzazione su varie tematiche promosse da «imprenditori morali»<sup>75</sup>, da movimenti, proteste, conflitti, lotte per i diritti.

---

<sup>75</sup> Si ricorre alla nota espressione con cui Becker definisce il tipo principale di promotore di nuove norme. Per Becker, come noto, l'imprenditore morale è quell'attore sociale, particolarmente rigoroso ed intransigente, che è profondamente insoddisfatto delle regole esistenti e propone una riforma, animato dalla volontà di piegare gli altri alla sua morale, spesso con un intento umanitario, essendo persuaso che il divieto di determinate condotte giovi anche ai soggetti che abitualmente le praticano. H. S. BECKER, *The Outsiders. Studies in the Sociology of Deviance*, The Free Press, New York 1963, pp. 147 – 164; tr. it. *Outsiders. Studi di Sociologia della devianza*, Meltemi, Milano 2017.

Perché allora concentrarci sui soli atti e dichiarazioni dei Parlamentari ed in particolare su quelle della Commissione d'inchiesta sull'efficacia e l'efficienza del servizio sanitario nazionale? Il motivo è legato alla specifica vicenda che ha condotto all'emanazione di questa riforma.

Come abbiamo anticipato, l'istituzione di cui ci stiamo occupando, è stata attraversata da scandali, ma è anche un'istituzione su cui ha gravato per anni un certo disinteresse. Forse per il numero ridotto di persone colpite dall'internamento psichiatrico giudiziario – rispetto ad esempio ai detenuti o agli internati nei manicomi civili prima dell'approvazione della L. 180/1978<sup>76</sup> - questa materia è quasi ignorata nel percorso accademico di formazione del giurista<sup>77</sup> e assai poco dibattuta in generale<sup>78</sup>, le monografie dedicate esclusivamente al

---

Nel testo di Becker, la locuzione si riferisce a quei soggetti – di norma collettivi – che promuovono la criminalizzazione di alcune pratiche (come si evince dall'esame del ruolo della *Woman's Christian Temperance Union WTCU* nell'approvazione della legislazione proibizionista negli USA). Noi utilizziamo l'efficace espressione beckeriana, allargandone il campo semantico, per riferirci non solo a coloro che propongono la criminalizzazione di alcune condotte (di cui si riscontrano tanti esempi nell'Italia contemporanea, si pensi al movimento per l'introduzione di un'autonoma fattispecie di omicidio stradale, oppure per l'aggravio delle pene per le condotte di maltrattamento di animali), ma anche a individui, gruppi, movimenti, che sulla base di un principio morale, vorrebbero imporre una modifica normativa (si pensi ad esempio, a Englaro o Welby e l'associazione Luca Coscioni, rispetto alle tematica della libertà di scelta sul fine vita).

<sup>76</sup> Gli internati nei manicomi giudiziari dal 1970 non sono mai saliti sopra le 1600 unità (si veda la serie storica pubblicata in V. ANDREOLI, *Anatomia degli ospedali psichiatrici giudiziari*, cit., p. 17), a fronte di una popolazione detenuta che dagli anni '90 oscilla tra le 50000 e le 60000 unità (per i dati precisi, si rinvia a ISTAT, *Report. I detenuti nelle carceri italiane. Anno 2012*) e di circa 120.000 internati nei manicomi civili prima della L.180/1978 (G. DELL'ACQUA, *The Italian asylum law: Moving towards the deinstitutionalization model*, in "Epidemiologia E Psichiatria Sociale", 8 (1999), 2, pp. 105-111).

<sup>77</sup> Guardando ai principali manuali della parte generale di diritto penale, sarà facile riscontrare che pochissime pagine sono dedicate alle misure di sicurezza e ancora meno alla misura di sicurezza del ricovero in OPG. Giusto per fare alcuni esempi, il *Corso di diritto penale. Parte generale* del 2016 di Francesco Palazzo dedica alle misure di sicurezza 2 pagine su 630; il *Manuale di diritto penale. Parte generale* del 2018 di Giorgio Marinucci, Emilio Dolcini e Gian Luigi Gatta, 11 su 788; il *Manuale di diritto penale* curato da Carlo Federico Grosso, Marco Pelissero e Davide Petrini, 30 su 685 (e Marco Pelissero uno dei curatori è tra gli studiosi contemporanei che si sono maggiormente occupati del tema). Come aneddoto, mi sia permesso riportare un fatto personale, sicuramente non rappresentativo della conoscenza della materia da parte di tutta la categoria dei docenti universitari di diritto, ma sicuramente indicativo di una certa disattenzione alla tematica: nel dicembre del 2014, dopo la laurea, ho partecipato ad un concorso per un importante seminario di diritto pubblico. Dopo una prima fase di selezione sulla base dei titoli e delle pubblicazioni, ho avuto accesso al colloquio, in cui avrei dovuto discutere i temi della mia tesi di laurea di fronte ad una Commissione, che era composta da un docente di Diritto commerciale, un grande costituzionalista italiano ed un professore di scienze politiche. La mia tesi verteva sulla storia degli OPG, nessuno dei tre illustri professori ordinari componenti della Commissione sapeva cosa

tema si contano sulle dita di una mano e le critiche all'istituzione sono state portate avanti e condotte, negli anni, da una nicchia abbastanza ristretta.

Di abrogazione delle misure di sicurezza e di abolizione o riforma dell'OPG<sup>79</sup>, in Italia, si parlava da decenni, ben prima del 2011 e tutti i progetti di riforma del codice penale, redatti dalle varie commissioni<sup>80</sup> intervenivano a modificare il sistema a doppio binario. Si è però sempre trattato di dibattiti non solo specialistici, ma condotti da pochi esperti e persone impiegate nel settore, che poco hanno influito sul percorso di riforma.

Come sostiene Daniele Piccione, nel mutamento della disciplina concernente gli OPG, il paradigma di riferimento è quello del decisionismo politico<sup>81</sup> e la Commissione ha svolto

---

significasse l'acronimo OPG, che esistesse l'istituzione psichiatrico-carceraria, che fosse stata oggetto di una riforma appena due anni prima.

<sup>78</sup> Una ricerca sul catalogo del Servizio Bibliotecario Nazionale (OPAC), effettuata il 06.08.2018, ha dato i seguenti risultati:

- 8 record per la ricerca di opere contenenti "OPG" nel titolo pubblicate tra il 2010 e il 2018;
- 10 record per la ricerca di opere contenenti "Ospedale psichiatrico giudiziario" nel titolo, pubblicate tra il 2010 e il 2018;
- 12 record per la ricerca di opere contenenti "ospedali psichiatrici giudiziari" nel titolo pubblicate tra il 2010 e il 2018;
- 0 record per la ricerca di opere contenenti "REMS" nel titolo pubblicate tra il 2010 e il 2018;
- 1 record per la ricerca di opere contenenti "residenze per l'esecuzione delle misure di sicurezza nel titolo";

Questo tipo di ricerca non da conto di tutte le pubblicazioni in materia (possono non rientrarvi monografie, che pur non contenendo nel titolo le parole chiave, abbiano ad oggetto gli OPG e rimangono esclusi gli articoli nelle riviste specialistiche), però è indicativo dell'esiguo numero di pubblicazioni sull'argomento, specie facendo un raffronto con altre tematiche (anche se le ricerche che abbiamo provato ad effettuare con altre parole chiave contengono anche numerosi record relativi a opere letterarie):

- 530 record per la ricerca di opere contenenti "carcere" nel titolo pubblicate tra il 2010 e il 2018;
- 242 record per la ricerca di opere contenenti "penitenziario" o "penitenziari" nel titolo pubblicate tra il 2010 e il 2018;
- 192 record per la ricerca di opere contenenti "manicomio" o "manicomi" nel titolo pubblicate tra il 2010 e il 2018;
- 95 per la ricerca di opere contenenti "ospedale psichiatrico" o "ospedali psichiatrici" nel titolo.

<sup>79</sup> Sulle varie opzioni di abolizione o riforma dell'OPG, si rinvia a M. PELISSERO, *Pericolosità sociale e doppio binario. Vecchi e nuovi modelli di incapacitazione*, Giappichelli, Torino 2008.

<sup>80</sup> Per i vari progetti di riforma del codice penale, si veda *supra* il capitolo Cronologia essenziale

<sup>81</sup> L'Autore individua tre paradigmi di mutamento delle normative: il decisionismo politico, ovvero l'imposizione di una forte capacità decisionale; il metodo consensuale, ovvero l'innovazione prodotta per mezzo della mediazione in Parlamento di opposte visioni; l'integrazione dei saperi, ovvero un processo che è al contempo culturale, di prassi e normativo. D. PICCIONE, *Il metodo*

un ruolo di primo piano, tanto nell'attività istituzionale, quanto nella diffusione mediatica del tematica. Per avallare la nostra affermazione, vale la pena ricordare che la riforma è stata approvata come emendamento in sede di conversione di un decreto legge e che i decreti legge debbono essere approvati dalle Camere entro 60 gg. dalla presentazione del disegno di conversione, pena la perdita di efficacia *ex tunc*. Su un emendamento in sede di conversione di un decreto legge, difficilmente potrà aprirsi un ampio dibattito parlamentare.

Indubbiamente, tra l'approvazione della legge 17 febbraio 2012, n. 9 e i successivi interventi (D.L. 25 marzo 2013, n. 24, convertito con modificazioni in legge 23 maggio 2013, n. 57 e D.L. 31 marzo 2014, n. 52, convertito con modificazioni in legge 31 maggio 2014, n. 81), è riscontrabile una nuova attenzione al tema, in ambito specialistico (giuridico e psichiatrico) e nel dibattito pubblico. Alcune associazioni, specie con la campagna StopOPG hanno monitorato con attenzione quanto stava accadendo, dialogato con le istituzioni e contribuito a sollevare alcune questioni – cui il legislatore ha tentato di approntare una soluzione con i due decreti di proroga.

Perché allora non dedicare parte della trattazione agli spostamenti prodotti, grazie a queste forme di attivismo civico?

Alcune delle modifiche contenute nelle leggi 57/2013 e soprattutto 81/2014 sono di indubbia rilevanza (la possibilità di destinare parte dei fondi stanziati alla ristrutturazione dei DSM, la previsione di una durata massima della misura di sicurezza, la misura di sicurezza detentiva come *extrema ratio*, il limite alla comminazione e proroga della misura per sole carenze dei servizi socio-terapeutico-assistenziali), ma si muovono comunque nel quadro dell'opzione politica di fondo adottata con il primo intervento legislativo: superare gli OPG, rendendoli istituzioni territoriali e sanitarie e perciò migliori e più umane.

Quello che ci preme, come abbiamo chiarito, non è individuare la volontà del legislatore, ma ricostruire alcuni elementi dei discorsi dei riformatori che possono essere indice del tipo relazione che la società instaura con la follia e al contempo contribuiscono a ridefinirla, spostarla, modificarla o riaffermarla.

## 1. LA PRESA DI PAROLA DEGLI INTERNATI, LE DENUNCE DEGLI ORGANISMI NAZIONALI E SOVRANNAZIONALI, I RACCONTI DI LIBERAZIONE

Anno 1972: Aldo Trivini varca il cancello del manicomio giudiziario di Aversa ed è subito sottoposto ad un «processo di spoliazione»<sup>82</sup>: denudato, gli vengono sottratti i suoi vestiti, riceve in cambio un pantalone e una giacca di tela grezza, senza bottoni né tasche, il suo nome viene sostituito da un numero di matricola, il 1775, che deve ripetere ogniqualvolta lo senta scandire da una guardia<sup>83</sup>. Viene assegnato alla “Staccata”<sup>84</sup>, in una cella da condividere con altre 11 persone, gli consegnano un materasso sporco di urina e feci e la sua richiesta di riceverne un altro pulito cade nel vuoto. Il cibo somministrato è di qualità scadente e non sufficiente a sfamare tutti i presenti, che si accalcano in fila, prima dell’ora di pranzo per assicurarsi di ricevere la loro razione. Le condizioni igieniche sono intollerabili. Qualsiasi forma di protesta o lamentela è sedata con le botte o la contenzione. Le contenzioni possono durare giorni, mesi o anche anni e le persone che vi sono sottoposte subiscono angherie di ogni sorta, da parte del personale di vigilanza. Le regole ed il regime di vita interno sono incomprensibili e provocano un effetto di straniamento, come afferma Trivini:

Lo stato di pensare, di esprimersi, di fare, di dire, le regole, le abitudini, tra queste e quelle di prima, hanno un largo abisso tra loro, un abisso incolmabile, giacché anche sforzandosi di sottostare alle regole queste saranno sempre inspiegabili, anche col tempo, esse rimarranno tali e

---

<sup>82</sup> E. GOFFMAN, *Asylums. Essay on the social situation of mental patients and other inmates*, Random House, New York 1961, tr. it., *Asylums. Le istituzioni totali: i meccanismi dell’esclusione e della violenza*, Einaudi, Torino, 2010

<sup>83</sup> Il 6 gennaio 1974, Aldo Trivini presenta alla Procura della Repubblica di Aversa un memoriale dattiloscritto di 70 pagine, per denunciare i maltrattamenti e gli abusi subiti e di cui è stato testimone nel corso del suo internamento nel manicomio giudiziario di Aversa. Il memoriale è integralmente trascritto nel libro *Cronache di un manicomio criminale*, in cui è anche ricostruito l’iter giudiziario, seguito alla denuncia, D.S. DELL’AQUILA e A. ESPOSITO, *Cronache di un manicomio criminale*, Edizioni dell’asino, Roma 2013

<sup>84</sup> “Staccata” era la denominazione della reparto VIII del manicomio giudiziario di Aversa, così chiamato perché situato in uno degli edifici del complesso manicomiale, distanziato dagli altri, Cfr. M. R. BIANCHI, *Un consapevole impossibile amore*, Nulla die, Enna 2014

questo porta colui che non riesce a sottostare a queste regole, ad essere un individuo insano per i guardiani e un appestato per i ricoverati<sup>85</sup>.

16 marzo 1968: Maria Luisa Marsigli entra nel manicomio giudiziario di Castiglione delle Stiviere, l'unico a completa gestione sanitaria<sup>86</sup>. La scena iniziale è analoga a quella che abbiamo appena descritto: le vengono sottratti abiti, denaro, gioielli e carte e consegnato un camice. Le condizioni igieniche e strutturali sono diverse da quelle descritte da Trivini ad Aversa, ma ciò non incide sul fatto che «l'atmosfera è da campo di concentramento»<sup>87</sup>. I regolamenti sono assurdi ed indiscutibili, ad esempio, le detenute sono obbligate a rimanere a letto in pieno giorno. Qualsiasi piccola violazione delle regole o forma di resistenza al regime manicomiale è punita con la camicia di forza fisica o quella chimica: Maria Luisa Marsigli racconta di essere stata sedata perché trovata in possesso di una lametta «non italiana», che usava per depilarsi e a seguito della sua protesta e della richiesta di non ricevere più l'iniezione di Largactil<sup>88</sup>, di essere stata nuovamente sedata e legata al letto per 17 giorni<sup>89</sup>. Lo psichiatra e le infermiere non picchiano, ma contengono, praticano l'elettroshock e l'insulino-terapia e «sono loro [...] i giudici, la legge in

---

<sup>85</sup> Ivi, p. 85

<sup>86</sup> Il manicomio giudiziario di Castiglione delle Stiviere è stato istituito nel 1939, come sezione giudiziaria di un manicomio civile, con una convenzione stipulata tra il Ministero di Grazia e Giustizia e gli Istituti Ospedalieri di Mantova. In quegli stessi anni, il Ministero della Giustizia aveva stipulato convenzioni analoghe anche con i manicomi civili di Imola e Volterra, ma nel secondo dopoguerra soltanto il manicomio giudiziario di Castiglione delle Stiviere resterà aperto, come unica istituzione, di questo tipo, a completa gestione sanitaria. Delle convenzioni con i manicomi civili da notizia: D. GRANDI, *Bonifica umana. Decennale delle leggi penali e della riforma penitenziaria*, vol. I, Ministero di Grazia e Giustizia, Roma 1941, p. 225. Per una ricostruzione della nascita dell'istituto mantovano, si rinvia a: R. CANOSA, *Storia del manicomio in Italia dall'Unità ad oggi*, Feltrinelli, Milano 1979, pp. 161 – 162; D. VANNI, *O.P.G. italiani: un inquadramento storico*, in “Atti della Fondazione Giorgio Ronchi”, LIX (2004), 4, pp. 575 – 579.

<sup>87</sup> M. L. MARSIGLI, *La marchesa e i suoi demoni. Diario da un manicomio*, Feltrinelli, Milano 1973, p. 11

<sup>88</sup> Il riferimento al Largactil si trova in vari racconti di sopravvissuti alla reclusione in manicomio giudiziario. Largactil è il nome commerciale del farmaco con principio attivo clorpromazina. Si tratta di un neurolettico di prima generazione, nato per il trattamento della schizofrenia, che induce uno stato di inerzia e apatia. I neurolettici hanno gravissimi effetti collaterali sul lungo periodo, tra cui il parkinsonismo. Per una storia dei neurolettici, in chiave di psicofarmacologia critica, si rinvia a P. CIPRIANO, *Il manicomio chimico. Cronache di uno psichiatra riluttante*, Elèuthera, Milano 2015, edizione digitale 2017, cap. VI

<sup>89</sup> Ivi, pp. 48 -51

manicomio la fanno loro [...]»<sup>90</sup>. E la fanno anche per mezzo delle diagnosi, con cui possono decidere della libertà o meno delle reclusi e dei reclusi.

Anno 1975: Gianfranco Cordiglia entra nel manicomio giudiziario di Montelupo fiorentino, consueta cerimonia: spogliato delle sue vesti, viene costretto ad indossare una divisa marrone. Trascorre i primi giorni a Montelupo in un letto di contenzione, senza alcun motivo, costretto a dipendere per qualsiasi esigenza fisiologica dallo “scopino”<sup>91</sup> o dalla polizia penitenziaria<sup>92</sup>.

Tre testimonianze, provenienti da tre luoghi diversi, dislocati sul territorio italiano, al Nord, al Centro e al Sud. Tre racconti delle reclusi e dei reclusi nei manicomi giudiziari degli anni '60 – '70, al tempo dei processi penali nei confronti dei Direttori<sup>93</sup> e della tragica morte di Antonia Bernardini, bruciata nel letto di contenzione del manicomio giudiziario di Pozzuoli, in cui era reclusa, da oltre un anno, in attesa di giudizio dopo un arresto per

---

<sup>90</sup> Ivi, p. 14

<sup>91</sup> Nel gergo carcerario, lo scopino è il detenuto che svolge i lavori di pulizia degli spazi comuni. Si rinvia ad alcuni glossari di gergo carcerario: S. RICCIARDI, *Cos'è il carcere. Vademecum di resistenza*, DeriveApprodi, Roma 2015, pp. 101 – 125; AA.VV., *Glossario per conoscere il carcere*, in [www.ristretti.it](http://www.ristretti.it). Alcuni dei termini sono riportati nella Circolare del Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria “Ridenominazione corrette di talune figure professionali ed altro in ambito penitenziario” del 31.03.2017, n. 0112426, con cui si invitavano le Direzioni dei penitenziari ad intraprendere iniziative atte a sostituire il gergo carcerario con un lessico meno infantilizzante.

<sup>92</sup> L'esperienza è raccontata dallo stesso Cordiglia in M. VALCARENGHI, *I manicomi criminali*, Mazzotta, Milano, 1975, p. 116.

<sup>93</sup> Negli anni '70 furono imputati due direttori di manicomio giudiziario: Domenico Ragozzino, direttore di Aversa e Giacomo Rosapepe direttore dell'istituto di Sant'Eframo a Napoli.

Il processo a Ragozzino, avviato a seguito della presentazione alla Procura della Repubblica di Aversa della denuncia da parte di Aldo Trivini (si veda *supra*), si concluse in primo grado con una condanna per violenza privata aggravata (Trib. Santa Maria Capua Vetere, 9 maggio 1978; Pres. ed est. Di Tolla; imp. Ragozzino ed altri, pubblicata su “Il Foro Italiano”, 104 (1981), 3, pp. 169 – 186, con note di M. SCIALOJA). A seguito della condanna, Ragozzino si tolse la vita e la Corte d'Appello di Napoli conseguentemente dichiarò l'estinzione per morte del reo. L'intera vicenda processuale è riportata in: D.S. DELL'AQUILA, A. ESPOSITO, *Cronache di un manicomio criminale*, cit.; La storia di Ragozzino è ricostruita in A. FERRARO, *Materiali dispersi. Storie dal Manicomio Criminale*, Tullio Pironti, Napoli 2010, pp. 42-54.

Le indagini nei confronti di Rosapepe erano partite con la ricezione da parte della Procura della Repubblica di Napoli e del Ministero di Grazia e Giustizia, di lettere anonime in cui si denunciava il trattamento di favore riservato dal direttore ad alcuni dei detenuti (ad esempio l'autorizzazione a telefonare in P). Il processo, in primo grado, si è concluso con la condanna del direttore per peculato e violata consegna (Trib. Napoli, 20 settembre 1977; Pres. ed estensore Morello; imp. Rosapepe ed altri, pubblicata su “Il Foro Italiano”, 104 (1981), 3, pp. 185-198, con commento di M. SCIALOJA). La sentenza è stata riformata in appello e gli imputati sono stati assolti.

oltraggio a pubblico ufficiale<sup>94</sup>. Tre prese di parola impreviste<sup>95</sup>, tre voci, che in forme diverse (un libro, un memoriale depositato in procura, una lettera) denunciano condizioni inaccettabili ed al contempo avanzano la pretesa di essere prese sul serio.

Nel 1975 il manicomio giudiziario cambia nome, diventando Ospedale Psichiatrico Giudiziario (OPG), alle detenute e ai detenuti è consentito indossare abiti propri (purché puliti e convenienti) e le reclusi e i reclusi riacquistano il diritto ad essere chiamati con il proprio nome e non con un numero di matricola<sup>96</sup>. Rimangono la sporcizia, le cerimonie di spoliatura dagli effetti personali, la disciplina, le condizioni di vita precarie, la violenza, gli psicofarmaci, le contenzioni.

Settembre 1984: L.V. è nell'ospedale psichiatrico giudiziario di Reggio Emilia, la sveglia è alle 7:00 e la giornata segue scandita da orari rigidi e dall'assunzione di psicofarmaci, che stordiscono e frastornano quasi tutti i presenti. I medici esercitano il potere diagnostico e terapeutico, con le parole di L.V.:

---

<sup>94</sup> Antonia Bernardini fu arrestata il 12 settembre 1973 alla stazione di Roma Termini per un banale diverbio scoppiato per il mancato rispetto della fila alla biglietteria della stazione, diverbio con un vigile urbano in borghese, che le era valso l'accusa di oltraggio a pubblico ufficiale. Inizialmente, era stata reclusa in carcerazione preventiva a Rebibbia e poi trasferita al manicomio giudiziario di Pozzuoli, il 26 ottobre 1973. Nei giorni a cavallo del Natale del 1974 è stata legata ad un letto di contenzione, che il 27 dicembre ha preso fuoco. Antonia è deceduta quattro giorni dopo a causa delle gravi ustioni riportate. Come commenterà Luigi Pintor «In questa storia di una innocente arsa viva c'è tutto. Questa donna aveva “addosso” lo Stato tutto intero», L. PINTOR, *Lo Stato addosso*, in “Il Manifesto”, 7 Gennaio 1975

Si rinvia alla lettura di: D.S. DELL'AQUILA, A. ESPOSITO, *Storia di Antonia. Viaggio al termine di un manicomio*, Sensibili alle foglie, Roma 2017;

<sup>95</sup> Sulla presa di parola, Tarantino osserva «di regola, le prese di parola sono estremamente ripetitive [...] Ma una quota marginale di parole prese è composta di parole inattese, rispetto al tempo, all'oggetto o al soggetto della loro emergenza. Tra queste poi, un piccolo insieme si caratterizza per essere imprevisto per tutti questi elementi contemporaneamente», C. TARANTINO, *La parola imprevista. Immagini da una dimensione parallela di speech act e linguistic turn*, in “Minority Reports”, 2015, 1, p. 24

<sup>96</sup> Queste modifiche sono state introdotte dall'ordinamento penitenziario, L. 26 luglio 1975, n. 354, sia per i reclusi in carcere che per gli internati in ospedale psichiatrico giudiziario. In particolare, l'art. 1 co. 3 o.p. dispone che «I detenuti e gli internati sono chiamati o indicati con il loro nome» e l'art. 7 co. 2 che «Gli imputati e i condannati a pena detentiva inferiore ad un anno possono indossare abiti di loro proprietà, purché puliti e convenienti». Per un approfondimento sulle condizioni di vita in carcere in Italia nella storia dell'istituzione, si rinvia a C. G. DE VITO, *Camosci e girachiavi. Storia del carcere in Italia*, Laterza, Roma – Bari 2009, ed. digitale, 2015. Per l'illustrazione ed il commento all'ordinamento penitenziario, si rinvia a: V. GREVI, G. GIOSTRA, F. DELLA CASA, *Ordinamento penitenziario. Commentato*, CEDAM, Padova 2011; L. FILIPPI, G. SPANGHER, *Manuale di diritto penitenziario*, Giuffrè, Milano 2011; M. PAVARINI, G. GUAZZALOCA, *Corso di diritto penitenziario*, Edizioni Martina, Bologna 2004

Il metro di valutazione è il “loro”, comunque i matti o pazzi furiosi sono coloro che comandano qua, la distruzione è continua e studiata per ognuno; non ti credere, ne sono coscienti. Se ti segni dal dottore per un malanno, allora vedi fino a dove arrivano le loro fauci per studiarti ancora di più<sup>97</sup>.

Anni 1991 – 1993: Michele Fragna è recluso nell’OPG di Sant’Eframo a Napoli, giornate tutte uguali, che «finiscono troppo presto», terapie che rendono imbambolati, provocazioni continue degli agenti e vere e proprie torture. Fragna racconta la storia di un compagno di detenzione, un giovane «che dava fastidio» a cui fu bagnato il materasso in una sera fredda d’inverno, nella sua cella priva di finestre, causandogli una broncopolmonite, che l’avrebbe, di lì a pochi giorni, ucciso<sup>98</sup>.

Altre testimonianze dal manicomio giudiziario rinominato, altre vite plasmate dall’istituzione, negli anni dell’emissione delle sentenze con cui la Corte Costituzionale ha inciso su alcune disposizioni del codice penale in materia di misure di sicurezza rivolte ai non imputabili: dichiarando illegittima la presunzione di perdurante pericolosità sociale (Corte Costituzionale, 27 luglio 1982, n. 139 e Corte Costituzionale, 28 luglio 1983, n. 249); dichiarando incostituzionale la disposizione che consentiva di applicare la misura del ricovero in OPG ai minori (Corte Costituzionale, sentenza 24 luglio 1998, n. 234); ammettendo la possibilità di applicare al prosciolto per vizio totale di mente, ritenuto socialmente pericoloso una misura di sicurezza diversa dal ricovero in OPG (Corte Costituzionale, 18 luglio 2003, n. 253 e Corte Costituzionale, 29 novembre 2004, n. 367).

Le parole sugli OPG continuano ad essere pronunciate, anche se si affievolisce la voce dei reclusi e delle reclusi.

14 – 26 settembre 2008: lo *European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment* (CPT) visita l’OPG di Aversa e rileva che in alcune unità le condizioni di vita materiali sono insoddisfacenti: spazi piccoli nei dormitori, mobilia insufficiente per servire le esigenze di tutti i reclusi, sporcizia nei locali destinati ai servizi igienici, presenza di topi, nessun elemento decorativo o oggetto

---

<sup>97</sup> La lettera di L.V. è raccolta in M.R. PRETTE (a cura di), *Il carcere speciale*, Sensibili alle foglie, Dogliani 2006, pp. 534 - 535

<sup>98</sup> Alcuni estratti del diario di Michele Fragna, sono riportati in F. MARANTA (a cura di), *Vito il recluso. OPG: un’istituzione da abolire*, Sensibili alle foglie, Roma 2005, pp. 25-29

personale nelle celle. Inoltre, il regime quotidiano risulta monotono, le attività sono poche ed il tempo è scandito dai momenti in cui sono serviti i pasti e le terapie. Infine, osserva che le contenzioni rappresentano un trattamento inumano e degradante<sup>99</sup>.

11 giugno 2010: una delegazione della Commissione Parlamentare sull'Efficacia e l'Efficienza del Servizio Sanitario Nazionale visita l'OPG di Barcellona Pozzo di Gotto, ove rileva sovraffollamento, assenza di cure specialistiche, inesistenza di attività educative o ricreative, sporcizia e contenzioni praticate senza annotazione nei registri<sup>100</sup>.

Le visite negli OPG da parte di organismi internazionali e nazionali negli anni 2000, evidenziano ancora le condizioni di vita inaccettabili, le contenzioni quantitativamente elevate ed irregolari, una routine ripetitiva.

22 dicembre 2015: G. lascia l'OPG di Napoli Secondigliano, è la prima volta in 10 anni che mette piede fuori dalla struttura ed è l'ultimo recluso nell'OPG di Napoli<sup>101</sup>.

11 maggio 2017: l'ultimo (ignoto) recluso esce dall'OPG di Barcellona Pozzo di Gotto<sup>102</sup>.

9 settembre 2017: la popolazione di Montelupo fiorentino circonda la cinta muraria della Villa dell'Ambrogiana e con un abbraccio simbolico la cittadinanza si riappropria di quella struttura<sup>103</sup>.

---

<sup>99</sup> COUNCIL OF EUROPE – EUROPEAN COMMITTEE FOR THE PREVENTION OF TORTURE AND INHUMAN OR DEGRADING TREATMENT AND PUNISHMENT, *Report to the Italian Government in the visit to Italy carried out by the European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment and Punishment (CPT) from 14 to 26 september 2008*, CPT/Inf (2010) 12, pp. 49-59.

<sup>100</sup> COMMISSIONE PARLAMENTARE D'INCHIESTA SULL'EFFICACIA E L'EFFICIENZA DEL SISTEMA SANITARIO NAZIONALE – SENATO DELLA REPUBBLICA – XVI LEGISLATURA, *Relazione sulle condizioni di vita e di cura all'interno degli ospedali psichiatrici giudiziari*, 20 luglio 2011, Doc. XXII-bis n. 4.

<sup>101</sup> L'OPG di Napoli Secondigliano è stato il primo a chiudere i battenti, il 21 dicembre 2015. La notizia è riportata su alcuni quotidiani, si vedano ad esempio, A. MATTONE, *OPG, si chiude: l'internato G. saluta tra sorrisi e abbracci*, "Il Mattino", 22 dicembre 2015, C. PROCENTESE, *Napoli: Opg di Secondigliano, traslocano gli ultimi detenuti*, "Il Mattino", 21 dicembre 2015

<sup>102</sup> La notizia si può leggere nel blog "Fuori luogo" su "L'Espresso - online" dell' 11 maggio 2017, a firma di F. CORLEONE, *Finalmente l'Opg di Barcellona Pozzo di Gotto ha chiuso i battenti*. Franco Corleone è stato Commissario Unico per il Superamento degli OPG dal 19 febbraio 2016 al 19 febbraio 2017.

<sup>103</sup> Il 9 settembre 2017 si è tenuto l'evento "#Ambrogiana2017. La città entra in Villa". Oltre 1000 persone hanno circondato la cinta muraria della Villa, facendo passare di mano in mano una chiave, a simboleggiare la riapertura di quello che era stato un luogo di reclusione dal 1886 ed il ritorno del bene nella disponibilità delle cittadine e dei cittadini di Montelupo fiorentino. Le informazioni sono presenti sul sito del Museo della Ceramica di Montelupo fiorentino, [www.museomontelupo.it](http://www.museomontelupo.it) (consultato in data 24 Agosto 2018)

Storie di liberazione sono tratteggiate dai quotidiani, il superamento degli OPG, previsto dall'art. 3-ter della L. 17 febbraio 2012, n. 9, è stato completato, seppur con resistenze, ritardi e difficoltà<sup>104</sup>. Le persone che hanno lasciato le strutture sono state trasferite nelle nuove REMS, o sottoposte alla misura di sicurezza non detentiva della libertà vigilata, oppure si trovano nelle sezioni psichiatriche di un casa circondariale o, in qualche caso, in libertà. Altre persone segnate dalla «doppia qualificazione»<sup>105</sup> medico-giudiziaria, varcano le soglie delle strutture a gestione sanitaria, in esecuzione di una misura di sicurezza provvisoria o definitiva, o scontano la loro pena in nuove o vecchie articolazioni per la salute mentale (ASM) nelle prigioni, oppure attendono, in libertà o nella cella di un penitenziario, che si liberi un posto in una delle REMS del territorio<sup>106</sup>.

---

<sup>104</sup> Il termine per il definitivo superamento degli OPG, inizialmente fissato al 31 marzo 2013, è stato prorogato di un anno per due volte, ad opera del D.L. 25 marzo 2013, n. 24, convertito in L. 23 maggio 2013, n. 57 e del D.L. 31 marzo 2014, n. 52, convertito in L. 30 maggio 2014, n. 81. Ciononostante, a pochi mesi dal termine ultimo di chiusura (31 marzo 2015), pochissime Regioni erano pronte, come risulta dalla Relazione del Ministro della salute e del Ministro della Giustizia al Parlamento sullo stato delle iniziative per il superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari, aggiornata al 30 settembre 2014. Si rinvia alla lettura della Relazione, con commento, G. ALBERTI, *Chiusura degli OPG: si profila un'ennesima proroga del termine*, in "Diritto penale contemporaneo", rivista online, 4 dicembre 2014.

I ritardi, registrati fin dalle primissime fasi del processo di superamento (basti pensare che il Ministero della Salute doveva provvedere con decreto a fissare i requisiti delle nuove strutture entro il 31 marzo 2012 ed ha approvato il decreto soltanto il 1° ottobre 2012 - D.M. 270 del 2012), sono imputabili a varie cause e non sono necessariamente il frutto della volontà politica di ostacolarne l'attuazione. Una parte della letteratura pone l'accento sulla concatenazione di inadempimenti da parte delle varie istituzioni coinvolte (si veda A. PUGIOTTO, *Dalla chiusura degli Ospedali psichiatrici giudiziari al (possibile) superamento della pena manicomiale*, in "Costituzionalismo.it", rivista online, 2015, 2), altra sulla mancanza di un tempestivo coordinamento degli attori (non solo Governo e Regioni, ma anche Dipartimenti di salute mentale e magistrati) sia a livello nazionale che locale (si veda C. BONDIOLI, *Le resistenze all'applicazione della Legge 81*, in AA.VV., *L'abolizione del manicomio criminale. Tra utopia e realtà*, Fondazione Michelucci Press, Fiesole 2015, pp. 55-63), altra sull'inadeguatezza dei servizi psichiatrici territoriali, che avrebbe impedito un rapido «snellimento» della popolazione internata (si veda, F. FEDERICI, *Il superamento degli OPG: una riforma possibile?*, in "Diritto penale contemporaneo", Rivista online, 25 luglio 2013), altri ancora sull'esistenza di prassi consolidate e culture giuridiche e psichiatriche, difficili da intaccare (si veda L. BENEVELLI, *Il contrastato e difficile superamento degli OPG*, in "Minority Reports. Cultural Disability studies", 2016, 3, pp. 143-159).

<sup>105</sup> M. FOUCAULT, *Les anormaux. Cours au Collège de France. 1974 -1975*, Gallimard, Paris 1999, tr. it., *Gli anormali. Corso al Collège de France (1974-1975)*, Feltrinelli, Milano 2000, p. 38

<sup>106</sup> Le REMS hanno un numero prestabilito di posti letto e le assegnazioni devono avvenire nel rispetto del principio di territorialità, in attuazione di quanto già previsto dall'allegato C al DPCM 1 aprile 2008, confermato al co. 3 dell'art. 3-ter L. 17 febbraio 2012, n. 9, secondo i criteri chiariti nell'Accordo della Conferenza Unificata del 26 febbraio 2015. Il numero complessivo dei posti letto è superiore al numero di internati (589 internati per 604 posti letto, al 31.03.2018, Dati da ASSOCIAZIONE ANTIGONE, *Un anno di carcere. XIV rapporto sulle condizioni di detenzione*,

Le strutture che per decenni hanno ospitato le istituzioni penitenziario-manicomiali, ad eccezione del sistema poli-modulare di REMS di Castiglione delle Stiviere<sup>107</sup>, sono convertite in carceri o destinate a nuovi progetti: il primo manicomio giudiziario d'Italia, il “Filippo Saporito” di Aversa, è diventato una casa di reclusione<sup>108</sup>; a Barcellona Pozzo di

---

2018 – M. MIRAVALLE e D. RONCO (a cura di) *Sezione Salute e Rems*), ma alcune regioni non hanno un numero sufficiente di posti e i sottoposti a misura di sicurezza detentiva, provvisoria o definitiva, in sovrannumero vengono iscritti in liste d'attesa. Al 19 febbraio 2017 le persone in lista d'attesa erano 290, dati del COMMISSARIO UNICO PER IL SUPERAMENTO DEGLI OSPEDALI PSICHIATRICI GIUDIZIARI - FRANCO CORLEONE, *Seconda relazione semestrale sulle attività svolte dal Commissario unico per il superamento degli OPG (19 agosto 2016 – 19 febbraio 2017)*. Si sono verificati anche casi in cui, la persona sottoposta a misura di sicurezza, che era precedentemente detenuta per la stessa o altra imputazione, abbia atteso in carcere che si liberasse un posto in REMS. Tali ipotesi non sono monitorate e i dati relativi non sono rilevati dalle statistiche del DAP, o dal sistema SMOP (sistema monitoraggio OPG) per cui non è possibile avere contezza delle dimensioni quantitative del fenomeno. La condizione di illegittima detenzione in attesa di esecuzione delle misure di sicurezza è stata per la prima volta denunciata dall'Associazione Antigone, a seguito del suicidio in carcere, il 24 febbraio 2017 a Regina Coeli, di Valerio Guerrieri, un giovane detenuto, che attendeva di essere trasferito in REMS (. Il caso di Valerio Guerrieri non è isolato, si è riscontrata una situazione analoga, nel corso dell'attività di volontariato penitenziario, svolta con l'associazione L'Altro Diritto, nella casa circondariale di Prato, nel mese di novembre 2017: Y. L. si trovava da oltre 6 mesi detenuto presso la casa circondariale, nonostante gli fosse stata applicata la misura di sicurezza provvisoria del ricovero in REMS, dopo altri due mesi di reclusione con modalità illegittime è riuscito ad ottenere la sostituzione della misura detentiva con la libertà vigilata.

La storia di Valerio Guerrieri e gli aggiornamenti sulle varie fasi delle azioni giudiziarie promosse dalla famiglia, si trovano sul sito dell'Associazione Antigone, [www.antigone.it](http://www.antigone.it) e su quello della Camera penale di Roma, [www.camerapenediroma.it](http://www.camerapenediroma.it). Le notizie sono state pubblicate da molti quotidiani italiani, a titolo di esempio: E. MARTINI, *Malato psichico suicida in carcere. Ma la procura incolpa i poliziotti*, in “Il Manifesto”, 4.10.2017; F. FIANO, *Caso Guerrieri, Valerio si suicida in carcere a 21 anni: aperte 3 inchieste*, in “Il Corriere della Sera”, 26 Febbraio 2018; F. SALVATORE, *Detenuto suicida. Guardie e medici sotto inchiesta: non vigilarono*, in “La Repubblica”, 10 maggio 2018.

<sup>107</sup> L'OPG di Castiglione delle Stiviere era l'unico a completa gestione sanitaria prima della riforma (Si veda G. PUGLIESE, G. GIORGINI (a cura di), *Mi firmo per tutti. Dai manicomi criminali agli ospedali psichiatrici giudiziari, un'inchiesta e una proposta*, Datanews, Roma 1997) ed è stato convertito in sistema poli-modulare di REMS. Per la ricostruzione del passaggio da OPG a REMS si rinvia a G. ALBERTI, *Chiudono gli ospedali psichiatrici giudiziari (?): la situazione e le prospettive in Lombardia*, in “Diritto penale Contemporaneo”, rivista online, 31 marzo 2015; Per una lettura della transizione, dal punto di vista di psichiatri e operatori, si rinvia a M. BRUNOD, L. CASTELLETTI, F. FRANCONI, M. G. GANDELLINI, *L'integrazione come archetipo della trasformazione dell'OPG di Castiglione delle Stiviere in Sistema Polimodulare di REMS*, in “Rivista sperimentale di freniatria”, 2017, 1, pp. 55-73.

<sup>108</sup> Per informazioni dettagliata sulla Casa di reclusione “Filippo Saporito” di Aversa, si rinvia alla scheda sul sito dell'Associazione Antigone, [www.antigone.it](http://www.antigone.it) (consultato in data 24 agosto 2018) e quella sul sito del Ministero della Giustizia, [www.giustizia.it](http://www.giustizia.it) (consultato in data 24 agosto 2018).

Gotto, l'edificio è stato trasformato in casa circondariale<sup>109</sup>, l'OPG di Reggio Emilia è una sezione psichiatrica penitenziaria<sup>110</sup>, nei locali del Centro penitenziario di Napoli Secondigliano, che dal 2008 ospitavano l'OPG, si trova oggi una sezione del carcere<sup>111</sup>; l'Agenzia del Demanio ha emanato un bando per progetti di riconversione della Villa medicea dell'Ambrogiana<sup>112</sup>.

Trenta residenze per l'esecuzione delle misure di sicurezza (REMS) sono state aperte sul territorio nazionale, in tutte le Regioni, eccetto la Valle d'Aosta, l'Umbria ed il Molise<sup>113</sup>. Residenze diverse per dimensioni, caratteristiche strutturali, modelli organizzativi e gestionali, regolamenti interni.

Sui giornali, nei convegni, nei salotti televisivi proliferano racconti di liberazione, di civilizzazione, di restituzione di soggettività, come effetti della riforma.

---

<sup>109</sup> Per informazioni dettagliate sulla Casa circondariale Vittorio Madia di Barcellona Pozzo di Gotto, si rinvia alla scheda sul sito dell'Associazione Antigone, [www.antigone.it](http://www.antigone.it) (consultato in data 24 agosto 2018) e quella sul sito del Ministero della Giustizia, [www.giustizia.it](http://www.giustizia.it) (consultato in data 24 agosto 2018).

<sup>110</sup> Si rinvia alla scheda "Istituti penali di Reggio Emilia" sul sito dell'Associazione Antigone, [www.antigone.it](http://www.antigone.it)

<sup>111</sup> L'OPG di Napoli Secondigliano è stato il primo a chiudere i battenti, il 21 dicembre 2015. La notizia è riportata su alcuni quotidiani, si vedano ad esempio, A. MATTONE, *OPG, si chiude: l'internato G. saluta tra sorrisi e abbracci*, "Il Mattino", 22 dicembre 2015, C. PROCENTESE, *Napoli: Opg di Secondigliano, traslocano gli ultimi detenuti*, "Il Mattino", 21 dicembre 2015. L'immobile in cui si trovava l'OPG storico di Napoli, nel quartiere Materdei, rimasto vuoto dal 2008, è stato occupato nel marzo 2015 ed è oggi un centro sociale l'Ex OPG Occupato "Je so' pazzo", [www.jesopazzo.org](http://www.jesopazzo.org)

<sup>112</sup> AGENZIA DEL DEMANIO – DIREZIONE REGIONALE TOSCANA E UMBRIA, *Avviso manifestazione di interesse*, Prot. n. 2017/ 1617/RI, 06.09.2017

<sup>113</sup> Alcune Regioni hanno presentato un programma unitario per il superamento degli OPG, con previsione di REMS in una sola delle Regioni accordatesi, si tratta di: Lombardia e Valle d'Aosta, Abruzzo e Molise, Toscana e Umbria. Per la ricognizione dei programmi regionali e dei loro contenuti, si rinvia alla Relazione del Ministro della Salute e del Ministro di Giustizia al Parlamento sul Programma di superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari, di cui all'art. 1, comma 2 bis, della Legge 81/2014 di conversione del decreto legge 31 marzo 2014, n. 52, recante "Disposizioni urgenti in materia di superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari", atti Parlamentari, Camera dei Deputati, Doc. CCXVII, n. 5, 5 agosto 2016

## 2. DALL'EMERGENZA ALL'EMENDAMENTO: PERCORSO DI RIFORMA

Confesso con sincerità che io ho avuto difficoltà ad addormentarmi nei giorni successivi, riflettendo sul fatto che questa Commissione deve davvero fare qualcosa.

[Sen. Ignazio Marino dopo il sopralluogo dell'11 Giugno 2010 agli OPG di Barcellona ed Aversa]

Il 30 luglio 2008 il Senato della Repubblica italiana delibera per l'istituzione della Commissione d'inchiesta sull'efficacia e l'efficienza del Servizio sanitario Nazionale: è la terza legislatura in cui viene prevista questa Commissione<sup>114</sup>. La finalità statutaria è quella di acquisire «tutti gli elementi conoscitivi relativi alle condizioni organizzative ed ai modelli produttivi delle strutture sanitarie pubbliche e private, di ricovero o assistenza ospedaliera» (art. 1 Delibera istitutiva). La missione generale della Commissione è stata inizialmente declinata come ricerca delle aree di maggiore criticità ed inadeguatezza dei servizi e dell'offerta sanitaria, anche tenendo conto degli aspetti economici<sup>115</sup>. Questo obiettivo generale è stato poi declinato in tre filoni d'inchiesta: 1) medicina territoriale, con particolare riguardo ai SerT e alle strutture preposte alla cura dei disturbi della salute mentale; 2) indagine sulle ASL dal punto di vista dell'attività sia ospedaliera che territoriale, anche arrivando fino ai medici di famiglia; 3) consulenze esterne nel settore sanitario e possibili sprechi di risorse.

---

<sup>114</sup> SENATO DELLA REPUBBLICA, *Istituzione di una Commissione parlamentare di inchiesta sull'efficacia e l'efficienza del Servizio sanitario nazionale*, Deliberazione 30 luglio 2008, pubblicata in Gazzetta Ufficiale della Repubblica italiana, Serie Generale n. 182, 5.08.2008

<sup>115</sup> COMMISSIONE D'INCHIESTA SULL'EFFICACIA E L'EFFICIENZA DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE – SENATO DELLA REPUBBLICA – XVI LEGISLATURA, *Resoconto stenografico n. 2*, IV seduta, 20 gennaio 2009.

A questi tre filoni, se ne aggiungono altri due: uno sul sistema dei trapianti e l'altro sulle terapie del dolore, da attivare, eventualmente, in una fase successiva<sup>116</sup>. Per il primo filone d'indagine sono nominati come relatori i Senatori Saccomanno e Bosone.

La Commissione tra il 2009 ed il 2010 avvia varie inchieste su tematiche specifiche, tra cui quelle: sulla corruzione in ambito medico; sulle condizioni degli ospedali nelle zone colpite dal sisma; sull'adeguatezza delle cure prestate al Sig. Stefano Cucchi.

Gli ospedali psichiatrici giudiziari non sono un tema presente nell'iniziale ordine dei lavori, come non lo erano stati per le precedenti commissioni d'inchiesta e come non lo erano per la Commissione omologa alla Camera dei Deputati<sup>117</sup>. Vengono per la prima volta menzionati nel corso dell'audizione dell'Unione nazionale delle associazioni per la salute mentale (UNASAM), nel corso della LXIX seduta, del 10 maggio 2010, in cui la Presidente di UNASAM Trincas, ricorda cursoriamente, che ancora sono aperti gli ospedali psichiatrici giudiziari e auspica la promozione di programmi di dimissionamento di queste istituzioni.

Di lì, nella LXXII seduta del 9 giugno 2010, il Presidente della Commissione comunica che è stata approvata la proposta del senatore Bosone di inserire tra i luoghi destinatari di ispezioni a sorpresa una struttura siciliana, di cui non viene rivelato il nome, ma che sappiamo sarà l'OPG di Barcellona Pozzo di Gotto. Viene inoltre preannunciato che analoghi sopralluoghi dovranno essere effettuati in strutture del Piemonte e della Lombardia, di cui il Presidente dà atto di aver avuto conoscenza a seguito di segnalazione nel corso del sopralluogo nei servizi di salute mentale di Trieste.

Così, inizia l'attività d'inchiesta della Commissione sugli OPG, nell'ambito del filone concernente i servizi per le tossicodipendenze e per la salute mentale, con la programmazione di un sopralluogo in «una struttura sanitaria psichiatrica siciliana» e contemporaneamente presso l'OPG di Aversa, dopo pochi mesi dalla ricezione del Report del European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading

---

<sup>116</sup> COMMISSIONE D'INCHIESTA SULL'EFFICACIA E L'EFFICIENZA DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE – SENATO DELLA REPUBBLICA – XVI LEGISLATURA, *Resoconto stenografico n. 10*, XII seduta, 19 marzo 2009.

<sup>117</sup> La Commissione parlamentare di inchiesta sugli errori in campo sanitario e sulle cause dei disavanzi sanitari nazionali.

Treatment or Punishment (CPT) sulle visite effettuate nel 2008, che avevano riguardato anche l'OPG di Aversa e a pochi giorni da una preannunciata nuova visita del Comitato<sup>118</sup>. A seguito dei due sopralluoghi vengono programmati l'audizione del Direttore e del cappellano dell'OPG di Barcellona Pozzo di Gotto, Nunziante Rosania e Don Giuseppe Insana, nella seduta LXXIII del 16 giugno 2010<sup>119</sup>, l'audizione del direttore e del referente sanitario dell'OPG di Aversa, Adolfo Ferraro e Carlotta Giacquinto, nella seduta LXXIV del 22 giugno 2010<sup>120</sup> della Presidente del Tribunale di sorveglianza di Napoli, Angelica di Giovanni nella LXXVI seduta del 7 luglio 2010<sup>121</sup>.

Dopo queste audizioni, proseguono i sopralluoghi a sorpresa, il 22 luglio 2010 una delegazione della Commissione visita gli OPG di Napoli e Montelupo Fiorentino ed il 23 luglio 2010 quello di Castiglione delle Stiviere.

L'inchiesta prosegue con l'audizione del Capo del DAP, Franco Ionta, il 29 settembre 2010<sup>122</sup> ed il 6 ottobre 2010<sup>123</sup>; del Direttore sanitario dell'Azienda USL di Empoli, Enrico Roccato e del Direttore sanitario dell'OPG di Montelupo fiorentino, Franco Scarpa, il 13 ottobre 2010<sup>124</sup>; di un medico operante nell'OPG di Montelupo fiorentino, il Dottor Luca Bigalli, il 19 ottobre 2010<sup>125</sup>; del Presidente e dell'Assessore alla salute della Regione Sicilia, Raffaele Lombardo e Massimo Russo, il 27 ottobre 2010<sup>126</sup>; dell'assessore alla salute del Veneto Coletto, il 17 novembre 2010<sup>127</sup>; del Presidente del Tribunale di Sorveglianza di Roma, il Dr. Giovanni Tamburino, il 24 novembre 2010<sup>128</sup> ed il 7 dicembre 2010<sup>129</sup>; del direttore dell'OPG di Castiglione delle Stiviere, Antonino Calogero, il 20 dicembre 2010<sup>130</sup>; di persone informate sulle problematiche dei dipartimenti di salute

---

<sup>118</sup> Il report delle visite del CPT del 2008 è datato 20 aprile 2010, mentre le nuove visite ad hoc si terranno tra il 14 ed il 18 giugno 2010.

<sup>119</sup> COMMISSIONE D'INCHIESTA SULL'EFFICACIA E L'EFFICIENZA DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE – SENATO DELLA REPUBBLICA – XVI LEGISLATURA, *Resoconto stenografico n. 70*, LXXIII seduta, 16 giugno 2010

<sup>120</sup> ID., *Resoconto stenografico n. 71*, LXXIV seduta, 22 giugno 2010.

<sup>121</sup> ID., *Resoconto stenografico n. 73*, LXXVI seduta, 7 luglio 2010.

<sup>122</sup> ID., *Resoconto stenografico n. 81*, LXXXIV seduta, 29 settembre 2010.

<sup>123</sup> ID., *Resoconto stenografico n. 83*, LXXXVI seduta, 6 ottobre 2010.

<sup>124</sup> ID., *Resoconto stenografico n. 84*, LXXXVII seduta, 13 ottobre 2010.

<sup>125</sup> ID., *Resoconto stenografico n. 85*, LXXXVIII seduta, 19 ottobre 2010.

<sup>126</sup> ID., *Resoconto stenografico n. 86*, LXXXIX seduta, 27 ottobre 2010.

<sup>127</sup> ID., *Resoconto stenografico n. 89*, XCII seduta, 17 novembre 2010.

<sup>128</sup> ID., *Resoconto stenografico n. 91*, XCIV seduta, 24 novembre 2010.

<sup>129</sup> ID., *Resoconto stenografico n. 92*, XCV seduta, 7 dicembre 2010.

<sup>130</sup> ID., *Resoconto stenografico n. 94*, XCVII, 20 dicembre 2010.

mentale, il 23 febbraio ed il 15 marzo 2011<sup>131</sup>; del GIP Giuseppina Guglielmini e del pubblico Ministero Eugenio Albamonte presso il Tribunale di Roma, il 29 marzo 2011<sup>132</sup>; di alcuni esponenti della società italiana di psichiatria democratica, il 18 maggio 2011<sup>133</sup>; del Coordinatore della Conferenza Nazionale dei Garanti dei detenuti, Salvo Fleres, il 7 giugno 2011<sup>134</sup>; di alcune persone informate sul progetto terapeutico di un malato ricoverato in OPG<sup>135</sup>.

Al compimento di questa densa e prolungata attività d'inchiesta, i due relatori Bosone e Saccomanno presentano, agli altri commissari, la relazione sugli OPG<sup>136</sup>.

L'attività non si conclude con questa presentazione, il 21 luglio 2011 una delegazione effettua un nuovo sopralluogo a sorpresa negli OPG di Montelupo Fiorentino e Barcellona Pozzo di Gotto ed il 27 luglio nell'OPG di Aversa. Viene presa la decisione di porre sotto sequestro la sala contenzioni ed alcune celle della sezione Amborgiana dell'OPG di Montelupo Fiorentino e la sala contenzioni ed il reparto I dell'OPG di Barcellona Pozzo di Gotto<sup>137</sup>.

Le audizioni riprendono dopo queste nuove visite: il 21 settembre 2011 vengono ascoltati l'assessore per il diritto alla salute della Regione Toscana, Daniela Scaramuccia, ed il vice sindaco di Montelupo fiorentino Rossana Mori<sup>138</sup>. Seguono ancora sopralluoghi a sorpresa il 30 settembre, a Montelupo fiorentino e Barcellona Pozzo di Gotto. Viene ascoltata il magistrato di sorveglianza nell'ufficio di Napoli Daria Vecchione<sup>139</sup>.

L'attività istituzionale della Commissione è fin dai primi mesi, accompagnata da un intenso impegno mediatico di alcuni sui membri e dalla ricerca della «leale collaborazione» delle istituzioni coinvolte. Già il 28 luglio 2010, la Commissione decide di

---

<sup>131</sup> Rispettivamente: ID., *Resoconto stenografico n. 101*, CVI, 23 febbraio 2011 e ID., *Resoconto stenografico n. 104*, CIX, 15 marzo 2011.

<sup>132</sup> ID., *Resoconto stenografico n. 107*, CXII, 29 marzo 2011.

<sup>133</sup> ID., *Resoconto stenografico n. 113*, CXVIII, 18 maggio 2011.

<sup>134</sup> ID., *Resoconto stenografico n. 114*, CXIX, 7 giugno 2011.

<sup>135</sup> ID., *Resoconto stenografico n. 116*, CXXI, 21 giugno 2011.

<sup>136</sup> ID., *Resoconto stenografico n. 117*, CXXIII, 6 luglio 2011; ID., *Resoconto stenografico n. 118*, CXXIV, 14 luglio 2011; ID., *Resoconto stenografico n. 119*, CXXV, 20 luglio 2011; ID., *Relazione sulle condizioni di vita e di cura all'interno degli ospedali psichiatrici giudiziari*, approvata nella seduta del 20 luglio 2011.

<sup>137</sup> ID., *Provvedimento relativo all'OPG di Montelupo Fiorentino*, 26 luglio 2011 e ID., *Provvedimento relativo all'OPG di Barcellona Pozzo di Gotto*, 26 luglio 2011.

<sup>138</sup> ID., *Resoconto stenografico n. 122*, CXXVIII, 21 settembre 2011.

<sup>139</sup> ID., *Resoconto stenografico n. 127*, CXXXIII, 15 novembre 2011.

organizzare una Conferenza Stampa, mostrando alcune delle fotografie scattate nel corso dei sopralluoghi. Saccomanno, Bosone e Marino rilasciano numerose interviste e il 20 marzo 2011 Marino è presente alla trasmissione *Presa Diretta* su Rai Tre in cui vengono mandati in onda alcuni minuti del video girato da Francesco Cordio negli ospedali psichiatrici giudiziari.

La Commissione inoltre, si fa promotrice di un disegno di legge, che porta la firma di tutti i membri, il n. S3036, contenente “Disposizioni per il definitivo superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari e per la razionalizzazione dell’utilizzo delle risorse del Servizio sanitario nazionale e dell’Amministrazione penitenziari”, che viene presentato al Senato, il 9 dicembre 2011.

I contenuti del DDL sono traslati, anche qui su impulso del Presidente della Commissione, che fa menzione della sua attività di perorazione presso la Commissione Giustizia del Senato<sup>140</sup>, nell’emendamento, che sarà approvato il 17 febbraio 2012.

Negli interventi in sede di lavoro della Commissione e nelle dichiarazioni pubbliche dei suoi membri, la questione OPG appare come emergenza, emergenza morale e scandalo per condizioni inaccettabili, per strutture indecorose, per eccessi di un’istituzione, di cui si giunge a proclamare una chiusura, che è in realtà una ristrutturazione, un adeguamento a canoni di maggiore tollerabilità.

## **2.1.STUPORE**

L’«emergenza» OPG appare agli occhi dei commissari: è una vera scoperta di qualcosa di inedito ed inconnoscibile. La parola «sconcerto» è ripetuta nelle dichiarazioni di coloro che hanno svolto i sopralluoghi e degli altri membri, che apprendono con orrore e «smarrimento»<sup>141</sup> in quale stato versino le strutture, a quale indecenza siano sottoposti gli internati.

Sembra quasi che questa istituzione sia nuova allo scandalo, come se non vi fossero state le inchieste e le testimonianze degli anni ’70. Come se gli internati non avessero mai preso

---

<sup>140</sup> ID., *Resoconto stenografico n. 134*, CXL seduta, 17 gennaio 2012.

<sup>141</sup> ID., *Resoconto stenografico n. 76*, cit., p. 11

voce per denunciare le carenze di ogni genere e sorta, le violenze, l'incuria, la sporcizia, il degrado. Come se Aldo Trivini non avesse scritto un memoriale di denuncia, come se l'Italia non fosse stata scossa dalla storia di Antonia Bernardini, morta con «lo stato addosso». Come se, a partire dagli anni '90, il Comitato Europeo di prevenzione per la tortura e i trattamenti inumani e degradanti non avesse visitato quei luoghi. Come ancora, se pochi anni prima, lo stesso capo del DAP Santi Consolo non avesse effettuato delle visite negli OPG e prodotto relazioni, trasmesse alle autorità competenti.

La Commissione scopre, porta alla luce una realtà che sembra che i commissari – nonostante la relazione del CPT di pochi mesi precedenti – non potessero attendersi, un quadro che nessuno sembra potesse conoscere: un'emergenza, l'emergenza 140ennale dell'istituzione manicomio giudiziario.

Stupore incredulità, indignazione, vergogna che producono l'effetto, chiaramente delineato da Tarantino, di una vittimizzazione non solo del folle reo ma della società intera<sup>142</sup>. Del resto, questo spostamento centrifugo dell'umanità da rispettare dal colpevole alla collettività, non è affatto nuovo: era già tratto essenziale dei discorsi dei grandi riformatori e dei *philosophes* illuministi, ove, come magistralmente rileva Foucault, «il corpo, l'immaginazione, la sofferenza, il cuore da rispettare, non *erano* in effetti quelli del criminale da punire ma quelli degli uomini che, avendo sottoscritto il patto hanno il diritto di esercitare contro di lui il potere di unirsi»<sup>143</sup>.

Così, in prossimità di questa nuova riforma, di questa nuova articolazione della forma di punizione riservata al non imputabile per vizio di mente, il primo cuore, la prima dignità ferita è quella del corpo sociale sconvolto.

I commissari esprimono questa sensazione, tanto che Saccomanno dichiara «Noi ci sentiamo veramente umiliati; ho percepito questo senso in tutti i colleghi»<sup>144</sup>. I commissari, rappresentanti delle istituzioni che hanno disposto il taglio drastico di risorse e fondi alle istituzioni psichiatrico-giudiziarie, si ritrovano vittime delle stesse.

La società «civile» scopre quella realtà – uguale a se stessa da decenni – e rimane colpita, vittima anch'essa di un orrore, che nel ciclo di scandali e rimozioni che accompagnano il

---

<sup>142</sup> C. TARANTINO, *Il trattamento morale*, cit.

<sup>143</sup> M. FOUCAULT, *Sorvegliare e punire*, cit., p. 99

<sup>144</sup> COMMISSIONE D'INCHIESTA, *Resoconto stenografico n. 76*, cit., p.6

dibattito pubblico, può non essere indagato a fondo e che potrà essere soppiantato da un'altra emergenza strutturale.

## 2.2.L'OPG INDECOROSO

La prima visita a sorpresa nei due OPG, siciliano e campano, produce una immediata reazione di «sconcerto, turbamento e profonda indignazione»<sup>145</sup>. Destano grande allarme le condizioni igienico-sanitarie e strutturali, che il presidente di Commissione così descrive:

celle luride e affollate al di là della soglia di tollerabilità; internati seminudi e madidi di sudore a causa della temperatura torrida, per lo più sotto l'evidente effetto di forti dosi di psicofarmaci; servizi igienici in uno stato indescrivibile; penuria di agenti della polizia penitenziaria e pressoché totale assenza di medici psichiatri e psicologi; fatiscenza delle strutture, ai limiti – e talora oltre il limite – della agibilità; contenzioni in atto, adottate con metodiche inaccettabili e non refertate sugli appositi registri; internati in uno stato di evidente prostrazione psicofisica e affetti da patologie, diverse da quella mentale, sostanzialmente non curate<sup>146</sup>.

Il senatore Saccomanno, calca sul «disagio alberghiero» e «l'abbandono sanitario»<sup>147</sup> dell'OPG di Barcellona. Analoghe criticità sono riscontrate a Montelupo fiorentino e Reggio Emilia, dove le stanze sono paragonabili ad «un'isola ecologica tenuta male»<sup>148</sup>. Lievemente migliore la situazione nell'OPG di Napoli Secondigliano, struttura più decorosa, seppure presenti anch'essa alcune criticità. Unica vera eccezione all'orrore: l'OPG a gestione sanitaria di Castiglione delle Stiviere.

Dai sopralluoghi, vengono prodotti affreschi e scene di ordinaria indecenza: gli internati devono tenere l'acqua in fresco dentro il buco del bagno alla turca<sup>149</sup>, uomini «normali» sono costretti ad urinare nel lavandino<sup>150</sup>, i letti per la contenzione sono arrugginiti. Descrizioni che rimbalzano sui quotidiani, accompagnate dalle fotografie e dai video

---

<sup>145</sup> ID., *Resoconto stenografico n. 71*, cit., p. 3

<sup>146</sup> Ivi, p. 4

<sup>147</sup> Ivi, p. 5

<sup>148</sup> ID., *Resoconto stenografico n. 76*, cit., p. 5

<sup>149</sup> ID., *Resoconto stenografico 81*, cit., p. 13

<sup>150</sup> Ivi, p. 16

registrati durante i sopralluoghi. Le immagini vengono etichettate come *shock*<sup>151</sup>, ovvero se ci orientiamo sul significato medico del termine «sindrome ad insorgenza acuta ed evoluzione più o meno drammatica, indotta da cause molteplici e di grave entità»<sup>152</sup>, se optiamo per l'uso comune del termine «impressione violenta e improvvisa, trauma psichico»<sup>153</sup>, in entrambi i casi uno stato negativo, prodotto da un evento repentino, intenso, inatteso. Emergenza, quindi, e turbamento non tanto per chi subisce le inaccettabili condizioni, ma per la società civile.

Le lenzuola sporche, l'odore forte di urina, i letti arrugginiti, le celle affollate, la temperatura torrida, gli internati costretti a girare svestiti o con vestiti lerci. Gli OPG sulla stampa diventano «lager»<sup>154</sup>, «cimiteri»<sup>155</sup>, «luoghi di morte»<sup>156</sup> ed «orrore»<sup>157</sup>.

La reazione emotiva alla visione delle immagini degli OPG è legittima e non è in discussione, come non è in discussione la sincerità dei commissari, il loro effettivo sgomento e la loro reale incredulità, che peraltro ha suscitato un'inchiesta seria, con numerose audizioni di esperti ed un reale attivismo, che ha condotto in poco più di un anno a riformare l'istituzione. L'attività dei commissari non è bersaglio di critica, quanto indicativa del tipo di cambiamento, cui abbiamo assistito.

I toni, le parole, le immagini descritte o mostrate sono atti a sollevare lo scandalo e ad accendere i riflettori su un'istituzione che spesso è stata oggetto di rimozione collettiva. Quello che sembra interessante è che l'attenzione rimanga, per l'intero percorso – come nota Tarantino – sulle condizioni manicomiali e non sulla condizione manicomiale<sup>158</sup>, sui

---

<sup>151</sup> Si vedano, ad esempio: L. CRINO', *Ecco i manicomi lager*, in "L'Espresso", 18 agosto 2010; P. COPPOLA, *Ospedali psichiatrici documentario shock. L'inferno per i malati*, in "La Repubblica", 17 marzo 2011; REDAZIONE REPUBBLICA FIRENZE, *Storie di matti e cattivi un libro e il video choc*, in "La Repubblica", Sez. Firenze, 26 luglio 2011; REDAZIONE IL FATTO QUOTIDIANO, *Ospedali psichiatrici giudiziari, le immagini shock*, in "Il fatto quotidiano", versione online, 17 marzo 2011;

<sup>152</sup> *Shock*, (voce), in "Dizionario di medicina", Treccani, 2010

<sup>153</sup> *Shock*, (voce), in "Vocabolario", Treccani

<sup>154</sup> Si vedano, ad esempio: S. CERVASIO, *Opg di Aversa, un video sull'incubo*, in "La Repubblica", 17.03.2011; R. SARDO e K. LANERI, *Viaggio nell'OPG di Aversa, il "lager del Sud"*, in "Il fatto quotidiano", 29 gennaio 2012.

<sup>155</sup> S. MAZZOCCHI, *Il cimitero dei "pazzi" le storie degli invisibili*, in "La Repubblica", 15 ottobre 2010

<sup>156</sup> REDAZIONE REPUBBLICA NAPOLI, *Opg di Aversa un luogo di morte*, in "La Repubblica", Sezione Napoli, 13 maggio 2011.

<sup>157</sup> G. DEL GIUDICE, *Contro l'orrore dell'OPG*, in "Il manifesto", 11 maggio 2011.

<sup>158</sup> C. TARANTINO, *Il trattamento morale*, cit., p. 227

luoghi fisici e non sulle logiche, sul decoro e non sullo statuto della follia e sul controllo sociale.

La questione OPG, spogliata di ogni carattere politico, diventa meramente umanitaria. Esattamente il contrario del percorso di distruzione del manicomio operato dai «tecnici» dell'istituzione, che ha condotto all'approvazione in Italia della L. 180/1978.

La pratica e la teoria basagliane non si orientano soltanto contro il manicomio, «istituzione della violenza», ma contro lo stesso statuto del sapere-potere psichiatrico, per una restituzione di soggettività al folle. La natura della pratica basagliana è dichiaratamente politica: «un'azione politica e tecnica allo stesso tempo»<sup>159</sup>.

Negli interventi della Commissione non è affatto messo in discussione lo statuto del sapere-potere medico, che anzi dovrebbe essere più presente entro l'istituzione, caratterizzarla, rendendola, senza dubbio alcuno, più umana. Non è messo in discussione neanche l'etichettamento del malato di mente autore di reato come pericoloso. Non è marcata la violenza dell'istituzione, il trattamento è sì «disumano», ma in quanto effettuato in luoghi indecorosi.

Non è un caso che il primo punto della Relazione della Commissione, mirante a riferire «le risultanze delle attività di indagine» sia intitolato «condizioni igienico-sanitarie, organizzative e clinico-psichiatriche delle strutture» apra con: «gravi e inaccettabili sono le carenze strutturali e igienico-sanitarie»<sup>160</sup>.

Esempio emblematico di questo tipo di sguardo, è rappresentato da alcune osservazioni sulla contenzione in atto durante la visita dei senatori all'OPG di Aversa. La contenzione meccanica<sup>161</sup>, che è purtroppo praticata ancora in numerosissimi SPDC<sup>162</sup>, non è bersaglio

---

<sup>159</sup> F. BASAGLIA, *Libertà e oppressione*, Conferenza a San Paolo del Brasile, Istituto Sedes Sapientiae, 18-19 giugno 1979, pubblicato in ID., *Se l'impossibile diventa possibile. Per dirsi civile la nostra società dovrebbe accettare la follia così come accetta la ragione*, Edizioni di comunità, Ivrea 2018, p. 22.

<sup>160</sup> COMMISSIONE D'INCHIESTA, *Relazione*, cit., p. 3

<sup>161</sup> In letteratura si fa riferimento a quattro diverse forme di contenzione: la contenzione fisica, quella farmacologica, quella relazionale e quella ambientale. Si tratta in tutti i casi, di tecniche atte a rispondere allo stato di agitazione del paziente. La contenzione fisica consiste nella limitazione della possibilità di movimento della persona che vi è sottoposta. Quella chimica si attua somministrando farmaci con effetto sedativo. Quella ambientale si realizza creando un'ambiente circostante atto a placare e calmare la persona. Infine, quella relazionale, mira alla riduzione l'aggressività del paziente con tecniche psicologiche e relazionali. La contenzione fisica, può essere realizzata immobilizzando il paziente senza il ricorso a particolari strumenti utilizzando cinghie, letti di contenzione e camicie di forza. In quest'ultimo caso si parla di contenzione

di critiche per sé, sebbene la sua eliminazione sia richiesta da oltre un secolo e mezzo<sup>163</sup>. La critica verte piuttosto sullo scarso decoro degli strumenti di contenzione «letto arrugginito», sulla insufficienza di sedativi (!) e tutt'al più sulla durata<sup>164</sup> e la mancata annotazione nei registri.

I rilievi e le osservazioni della Commissione si estendono ad altri aspetti, oltre l'igiene delle persone e la pulizia degli ambienti, come la mancanza di lavoro o di attività ricreative e culturali predisposte per gli ospiti. Questi stessi aspetti, però, sono perlopiù trascurati nella presentazione mediatica della vicenda OPG.

### 2.3. COLPEVOLI INSENSIBILI: DIREZIONE E PERSONALE

Nel nostro ordinamento, il Parlamento svolge, tra le altre, una funzione di controllo. Funzione che è articolata nel controllo dell'attività del Governo, con gli strumenti dell'interrogazione parlamentare e dell'interpellanza, e nel controllo su «materie di pubblico interesse», con «i poteri e i limiti dell'autorità giudiziaria», attraverso l'istituzione

---

meccanica. Sulla contenzione si rinvia all'opera: D.S. DELL'AQUILA, *Se non ti importa il colore degli occhi. Inchiesta sui manicomi giudiziari*, Filema edizioni, Napoli 2009.

Comunemente, quando si parla di contenzione si fa riferimento alla contenzione meccanica.

<sup>162</sup> Nel 2017, gli SPDC che si auto-dichiaravano *no restraint* erano meno del 10%, quelli di Novara, Alessandria, Mantova, Melegnano, Desio, Merano, Trento, Mestre, Pordenone, Udine, Trieste, Portogruaro, Venezia, San Giovanni in Persiceto (BO), Ravenna, Carpi (MO), Modena, Pescia, Siena, Livorno, Grosseto, Terni, Roma, San Severo (FO), Caltanissetta, Caltagirone-Palagonia. I dati sono presi dal sito di "E Tu slegalo subito", la campagna nazionale per l'abolizione della contenzione meccanica in psichiatria, [www.slegalosubito.com](http://www.slegalosubito.com) (consultato in data 23.11.2018), in cui è pubblicata una mappa geografica degli SPDC no restraint.

<sup>163</sup> Il testo di Jhon Connolly, considerato il padre del movimento "No restraint", *Treatment of The Insane without Mechanical Restraints* è del 1856. Sulle teorie e la storia di questo movimento, si rinvia a: L. TORESINI, *Il diritto dei soggetti deboli a non essere più torturati negli SPDC*, in "Persona e danno", rivista online, 02/06/2013; ID., *Il superamento della contenzione: professionalità in trasformazione. Visioni di ieri e visioni di oggi*, in "Atti del VIII Convegno SPDC No Restraint", pp. 19 e ss.; G. ROSSI, *Trattamenti non coercitivi e diritti degli utenti. Le psichiatrie tra libertà e coercizione*, in "Nuova Rassegna di studi psichiatrici", rivista online, Vol. 15, 10 novembre 2017; G. A. EDWARDS, *Restraint in the treatment of the mentally ill in the late 19th century*, in *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 4 (1970), 4, pp. 201 e ss.

<sup>164</sup> Bosone nella seduta del 16 giugno 2010 afferma: «Rispetto alle contenzioni, la nostra impressione è stata che tali misure fossero troppo prolungate, con casi di contenzione della durata – è quanto abbiamo potuto desumere da un esame molto superficiale – anche di tre o quattro giorni. Francamente, la durata della contenzione ci è sembrata eccessiva», COMMISSIONE D'INCHIESTA, *Stenografico n. 70*, cit., p. 16

di apposite Commissioni (art. 82 Cost.). La Commissione d'inchiesta ha dunque gli stessi poteri d'indagine e di ricerca della prova, che sono riconosciuti dal codice di procedura penale. Nonostante vi siano differenze tra giudizio e inchiesta – tra tutte, la Commissione non commina sanzioni, non emana sentenze, la finalità della sua attività è far valere responsabilità politiche e non giuridiche– la ricerca delle responsabilità è connaturata a questo tipo di attività parlamentare<sup>165</sup>.

Niente di strano, dunque, se la Commissione venuta a conoscenza di uno stato di palese violazione dei diritti delle persone internate e di un trattamento inumano, nel corso delle audizioni abbia mirato a comprendere se vi fossero responsabilità dei direttori delle strutture, o delle amministrazioni regionali, o dei dipartimenti di salute mentale o dei magistrati di cognizione e sorveglianza.

Quel che colpisce, anche sul profilo delle considerazioni e delle domande tese ad accertare le eventuali responsabilità o anche inabilità, è la caratterizzazione in senso morale ed in una chiave umanitaria-filantropica. Il senatore Saccomanno, sul sopralluogo nel manicomio aversano afferma:

Ci guida nella visita la direttrice, persona della quale mi sentirei subito in dovere di dire che, al di là delle capacità tecniche (che forse ha, ma che io non conosco), dimostra o, almeno, lascia trasparire un tratto distaccato, freddo, quasi impermeabile e indifferente quando le si fanno notare le evidenti difficoltà di vita (se così ancora la si può definire) dei pazienti detenuti<sup>166</sup>.

Sacomanno ritorna su questo tratto caratteriale della direttrice, che sembra assumere importanza, tanto che è ribadito che la stessa rispondeva alle sollecitazioni e alle domande «con una freddezza drammatica, che io continuo a denunciare a questa Commissione»<sup>167</sup>.

Il personale è tacciato di mancanza di *pietas*, di assenza di umanità, quasi che le condizioni

---

<sup>165</sup> Basti pensare che nella storia repubblicana, non poche commissioni d'inchiesta sono state istituite per accertare la verità, non accertata dai procedimenti penali, conclusi con assoluzioni. Ad esempio: la Commissione bicamerale sul disastro del Vajont nella IV legislatura; la Commissione bicamerale sulla strage di Via Fani e sul sequestro Aldo Moro nella VIII; sempre nel corso dell'VIII la Commissione sul caso Sindona e sulla loggia massonica P2, o ancora sull'affare Telekom Serbia e sulla Morte di Ilaria Alpi e Miran Hrovatin nella XIV. Si rinvia a AA.VV., *Repertorio delle commissioni parlamentari d'inchiesta, 1948-2001*, Edizioni Senato della Repubblica – Archivio Storico, Roma 2001.

<sup>166</sup> COMMISSIONE D'INCHIESTA, *Stenografico n. 70*, cit., p. 7

<sup>167</sup> Ivi, p. 8

degli OPG non fossero dagli stessi operatori subite quotidianamente nei loro luoghi di lavoro, e anzi fossero per lo più da attribuire alla maggiore o minore predisposizione a trattare con persone malate, tanto che Biondelli afferma:

Io ho lavorato in ospedale e quando al mattino entravo in una camera mi veniva sempre il pensiero che quel paziente disteso nel letto avrebbe potuto essere mio padre o mio fratello: non riesco proprio a concepire questa non curanza della dignità umana<sup>168</sup>.

Alcune equipé mediche sono ancora motivate, ma nella media dalla direzione agli infermieri, sembra esservi disinteresse, incuria, poco rispetto per il proprio ruolo e comportamenti non «improntati a una qualità umana, mai»<sup>169</sup>. Ed è proprio in termini di qualità umane negative che si descrivono gli operatori, affermando:

Capisco che forse, quando si lavora in ospedale, si finisce a volte per diventare più duri e meno sensibili, ma occorre una maggiore attenzione da parte di tutti per tentare di modificare questa situazione, sia da parte del mondo politico, sia da parte di coloro che operano presso l'ospedale, che dovrebbero avere una maggiore sensibilità di quella che spesso non viene posta – almeno questa è stata la mia percezione – e non soltanto a Barcellona Pozzo di Gotto ma anche altrove<sup>170</sup>.

Uno dei problemi degli OPG, dunque sembra imputare a chi vi lavora ed è la mancanza di sensibilità e la durezza, che caratterizzano gli operatori di OPG e non si addicono certo al trattamento dei malati.

Per il personale di polizia penitenziaria, manca indubbiamente la formazione specifica<sup>171</sup>, del resto il mandato della polizia è di tutela dell'ordine e della sicurezza. Ma per quanto riguarda gli operatori sanitari, desta sconcerto la totale insensibilità.

Tanto che le piccole condotte irregolari per un ambiente ospedaliero non possono che imputarsi direttamente al personale:

nel corso del sopralluogo abbiamo notato addirittura i camici sporchi di chi probabilmente il camice poteva anche indossarlo pulito. So che molto probabilmente si tratta di una banalità rispetto a cose ben più importanti, ma a mio avviso è il segno

---

<sup>168</sup> ID., *Resoconto stenografico n. 72*, cit., p. 12

<sup>169</sup> ID., *Resoconto stenografico n. 76*, cit., p. 8

<sup>170</sup> ID., *Resoconto stenografico n. 71*, cit., p. 8

<sup>171</sup> La senatrice Poretti vi ritorna in varie audizioni.

di un degrado estremo anche sul piano del rapporto umano che si dovrebbe invece avere con quelle persone<sup>172</sup>.

Anche l'incuria verso la tenuta del proprio abbigliamento professionale è segno di mancanza di umanità, del resto il dispositivo del decoro agisce sovrapponendo la suddivisione sporco/pulito a quella cittadino *perbene/permale*<sup>173</sup>. Poco importa, infondo, se quel lavoratore, tenuto indubbiamente ad indossare un camice pulito, non avesse a disposizione uno spogliatoio e dovesse cambiarsi ogni giorno in un sottoscala.

## 2.4. VITTIMIZZAZIONE DEL FOLLE REO

Prima vittima dell'orrore degli OPG, scandalizzata ed indignata è la società, il sentimento ferito è quello delle persone civili. Ma la logica umanitaria, riduce a vittima anche il *folle reo*.

Il folle reo è per definizione non responsabile delle sue azioni e privo di colpa, per cui dovrebbe esser custodito sì, ma in luoghi soltanto di cura. L'idea di ridiscutere dell'imputabilità del malato di mente è presente nella relazione della Commissione d'inchiesta, ma giusto come prospettazione di un aspetto di cui ridiscutere e parlare, in futuro<sup>174</sup>.

Di fondo resta, spesso riaffermata, l'idea che il malato di mente è prima di tutto un malato da curare, lasciando ferma la necessità di custodirlo, laddove sia accertata la pericolosità sociale.

Il recluso simbolo è raffigurato come internato nudo o coperto dal solo lenzuolo<sup>175</sup>, legato al letto, o che urina alla presenza dei compagni di cella. L'internato non ha nome, neppure quello di battesimo. Non ci sono nomi nelle relazioni, non ci sono persone, ci sono vittime della condizione disumana. Anche quando si affrontano alcuni casi critici, individuali, di

---

<sup>172</sup> *Ibid.*

<sup>173</sup> Sul dispositivo del decoro si rinvia a T. PITCH, *Contro il decoro. L'uso politico della pubblica decenza*, Laterza, Roma-Bari 2003; C. PISANELLO, *In nome del decoro. Dispositivi estetici e politiche securitarie*, Ombrecorte, Verona 2017.

<sup>174</sup> COMMISSIONE D'INCHIESTA, *Relazione*, cit.

<sup>175</sup> REDAZIONE ANSA, *Giustizia: Ospedali Psichiatrici Giudiziari; un inferno per 1.500 persone internate e abbandonate*, in Ansa, 29 luglio 2010

questi non è mai riportato il nome, ma neppure – per mantenerne la privacy – le iniziali: diventano un transessuale o un diabetico.

Le affermazioni degli internati nel corso dei sopralluoghi non sono riportate nelle sedute e nei rapporti della Commissione. Nei casi in cui l'internato prende parola – come nel video trasmesso da Presa diretta il 20.03.2011 – non è nominato, compare l'immagine, il volto, ma nessuna scritta in sovrapposizione riporta il nome, sostituito da un "Commissione d'inchiesta SSN – Senato della Repubblica".

Non soggetti, ma «bestie in gabbia»<sup>176</sup>, che vivono vite, che non si sa se possono chiamarsi tali, vite indegne.

## 2.5. GLI ECCESSI DEL MANICOMIO GIUDIZIARIO

Fin dall'inizio, la Commissione pone l'accento su alcuni «eccessi» dell'istituzione, alcuni meccanismi che sembrano superare la funzione.

Emerge, da subito, il problema dei cosiddetti «dimissibili», seppure non ancora ben inquadrato:

vi sono tra l'altro 80 detenuti che hanno espiato la propria pena e sono trattenuti in deroga fino a 16 anni dopo l'esaurimento della condanna per mancanza di accoglienza sul territorio. Su questo aspetto noi dobbiamo intervenire<sup>177</sup>.

Si fa riferimento, infatti, a persone che hanno espiato la pena e sono trattenute in deroga, anziché alla proroga delle misure di sicurezza. Differenza non irrilevante da un punto di vista giuridico, in quanto, il trattenimento senza titolo, come nel caso di una pena di cui è compiuta l'espiazione, sarebbe una pratica illecita e penalmente sanzionabile. Le infinite proroghe della misura di sicurezza, sono invece formalmente, a tutti gli effetti, legittime<sup>178</sup>. Questa impostazione della questione «dimissibili» rivela una caratteristica che ritroveremo in molti punti e momenti dell'attività della Commissione e che consiste nella presentazione

---

<sup>176</sup> Questa la definizione di Iacona, nel corso della trasmissione "Presa diretta"

<sup>177</sup> COMMISSIONE D'INCHIESTA, *Resoconto stenografico n. 72*, cit., pp. 6-7

<sup>178</sup> Il Presidente Marino torna sul punto facendo, erroneamente riferimento a detenzioni senza titolo: «è evidente che molte persone (80 solo in quel luogo) sono private della loro libertà da molti anni, senza che vi sia un motivo legale per cui possano esserlo»

di problemi che – se possono essere indicatori di un’applicazione criticabile ma diffusa della normativa – non sono abusi ed eccessi nell’esercizio di un potere, o atti illegittimi, di cui sembra doversi trovare l’individuo responsabile.

Questo modo salva la struttura e la logica della misura di sicurezza, imputando ad una cattiva volontà del responsabile di turno le emergenze, gli scandali, i difetti, le criticità.

Altro eccesso istituzionale, che appare inspiegabile la durata lunghissima di alcune misure di sicurezza, la situazione dei cosiddetti «ergastoli bianchi» internati che – magari per la Commissione di reati bagatellari – si trovano in OPG da decenni. Marino definisce questa situazione come «internamento in deroga», quasi la proroga della misura di sicurezza non fosse prevista dal codice penale, confermando quella tendenza alla lettura di elementi strutturali, come abusi.

Anche la contenzione fisica è un di più di violenza istituzionale, ma soltanto in quanto non vi si provvede con le modalità adeguate e forse per periodi troppo prolungati<sup>179</sup>.

## 2.6. MODELLO CASTIGLIONE

Il decoro dei luoghi, le buone condizioni igieniche, la necessità di affermare la natura sanitaria della misura di sicurezza sono centrali e, non a caso, per i commissari, Castiglione delle Stiviere è un «riferimento»<sup>180</sup>, tanto che non stentano a dichiarare che arrivati a Castiglione è sembrato di «toccare il cielo con un dito»<sup>181</sup>, alla vista di un OPG «perfetto splendido e pulito»<sup>182</sup>.

Castiglione assurge a modello, tanto che nelle audizioni viene chiesto ai direttori degli OPG di illustrare le ragioni per cui: «in una struttura come quella di Castiglione delle Stiviere è tuttora in corso un esperimento che prevede un tentativo di recupero dei pazienti in assenza della polizia penitenziaria, mentre questo non è possibile in altre strutture italiane»<sup>183</sup>.

---

<sup>179</sup> ID., *Resoconto stenografico 71*, cit., p. 5

<sup>180</sup> ID., *Resoconto stenografico 84*, cit., p. 14

<sup>181</sup> ID., *Resoconto stenografico 76*, cit., p. 9

<sup>182</sup> Ivi, p. 10

<sup>183</sup> Ivi, p. 13

Non emergono critiche di fondo sulla realtà di Castiglione, un manicomio sopravvissuto alla 180/1978. Né sono sottolineati alcuni dati allarmanti, come il fatto che a Castiglione si praticano un numero spropositato di contenzioni. Il dato emergerà ad OPG chiusi, a riforma completata, quando Franco Corleone, commissario per il superamento degli OPG, chiederà alle REMS di fornire i dati sulle contenzioni praticate e la REMS polimodulare (si legga pure OPG) di Castiglione delle Stiviere dichiarerà di aver praticato 918 contenzioni su 59 pazienti dal 1 aprile 2015 al 31 marzo 2016, di cui 742 hanno coinvolto una sola persona: oltre due contenzioni al giorno, per questa donna, nell'OPG modello trasformato in residenza<sup>184</sup>. Nel corso dell'ispezione questo non emerge tanto che nella Relazione della Commissione si può leggere:

In ogni reparto insiste una stanza per l'eventuale contenzione ed all'uopo il direttore riferiva che vi veniva fatto ricorso soltanto sporadicamente, per brevissimi periodi di tempo e solo in caso di mancanza di alternativa<sup>185</sup>.

Dichiarazione che non collima con i dati emersi nel 2016, né con le dichiarazioni dello psichiatra Rivellini, che il 15 ottobre 2016, nel corso della due giorni di "E tu slegalo subito" a Castiglione delle Stiviere, sostiene essere in atto nell'ex OPG un lavoro per limitare il ricorso alla contenzione<sup>186</sup>, dal che sembra possibile dedurre che il ricorso non fosse sporadico neppure ai tempi dei sopralluoghi della Commissione d'inchiesta.

Nei mesi dell'inchiesta i commissari declinano i loro obiettivi per risolvere l'inaccettabile situazione. In primo luogo, chiudere le tre strutture assolutamente inadeguate (Aversa, Barcellona, Montelupo fiorentino). Procedere poi, a rimuovere gli elementi che fanno dell'istituzione una misura ambigua tra manicomio e carcere e far sì che «queste strutture

---

<sup>184</sup> Si veda P. CIPRIANO, *Il manicomio che non vuole morire*, in "Forum salute mentale", 10 novembre 2016. Il ricorso eccessivo alla contenzione nella struttura di Castiglione è noto, tanto che nel corso di un'indagine conoscitiva della Commissione straordinaria per i diritti umani del Senato, sulla vicenda di Antonio Mottola, il Presidente della Commissione Manconi, dichiara «l'uso della contenzione nell'OPG di Castiglione delle Stiviere è notoriamente critico», COMMISSIONE STRAORDINARIA PER LA TUTELA E PROMOZIONE DEI DIRITTI UMANI – SENATO DELLA REPUBBLICA – XVII LEGISLATURA, *La contenzione meccanica*, rapporto conclusivo, p. 30 (Resoconto seduta 85° del 4 agosto 2015).

<sup>185</sup> COMMISSIONE D'INCHIESTA, *Relazione*, cit., p. 20

<sup>186</sup> Si fa riferimento alle dichiarazioni di Rivellini, sia in P. CIPRIANO, *Il manicomio che non vuole morire*, cit., sia nell'intervista rilasciata da Vittoria Ghidoni, delegata FP CGIL, il 17 ottobre 2016, e pubblicata sul sito di FP CGIL Lombardia [www.fp.cgil.lombardia.it](http://www.fp.cgil.lombardia.it).

abbiano caratteristiche di gestione assimilabili a quella dell'ospedale»<sup>187</sup>. Infine, riaprire il dibattito sull'imputabilità.

In questo assetto si perpetra e si ripete il racconto consolidato su "Castiglione delle Stiviere" OPG modello<sup>188</sup>. Tanto che Bosone presenta l'OPG di Castiglione non solo come modello, ma anche come esempio di «comunità terapeutica»:

l'OPG di Castiglione delle Stiviere, dove invece la situazione è molto diversa: lì è presente un aspetto comunitario, che probabilmente è il modello verso cui dobbiamo puntare, nel quale chi è davvero socialmente pericoloso può essere protetto (e al tempo stesso lo è anche la società nei confronti dell'individuo), nell'ambito di una comunità aperta al proprio interno e chiusa soltanto verso l'esterno<sup>189</sup>.

## **2.7.LA PERICOLOSITÀ SOCIALE: PRESENTE ED INDISCUSSA**

Le carenze igienico-sanitarie e l'aspetto indecoroso dell'istituzione sono indubbiamente il cuore dell'inchiesta e l'indignazione che hanno suscitato è il motore dei successivi atti, ma la pericolosità sociale, in apparente controtendenza, compare come elemento di discussione fin dalle prime sedute del filone d'inchiesta sugli OPG<sup>190</sup>.

La Commissione ha dunque avviato un dibattito sui presupposti e la ragion d'essere delle misure di sicurezza? Ha messo in questione la non imputabilità del malato di mente autore di reato e la pericolosità sociale?

A ben vedere no. La pericolosità ritorna spesso nei resoconti, ma con una riaffermazione, al fine, della sua necessità, naturalezza e del suo statuto scientifico.

Il tema emerge, soprattutto, in relazione al problema dei cosiddetti «dimissibili» e degli «ergastoli bianchi». I commissari interrogano, a più riprese, le persone audite sulle ragioni

---

<sup>187</sup> ID. *Resoconto stenografico* 84, cit., p. 19

<sup>188</sup> Anche nella letteratura scientifica l'OPG di Castiglione rappresentava un modello, definito «eccellenza» (A. CALOGERO, G. RIVELLINI, E. STRATICO', *L'ospedale psichiatrico giudiziario di Castiglione delle Stiviere: modello sanitario*, in "Quaderni Italiani di Psichiatria", 31 (2012), 3, pp. 137-154), «felice esperienza» (G. ZAPPA, C.A. ROMANO, *Infermità mentale, pericolosità sociale e misure di sicurezza alla prova degli anni duemila*, in "Rassegna penitenziaria e criminologica. Nuova serie", 3 (1999), 2-3), «ottima esperienza storica» (L. DAGA, *op.cit.*).

<sup>189</sup> COMMISSIONE D'INCHIESTA, *Stenografico n. 76*, cit., p. 13.

<sup>190</sup> Già nel resoconto Stenografico n. 70, il Senatore Marino, vi fa riferimento.

per cui i soggetti «non più pericolosi» si trovino ancora negli OPG. Ad essere in discussione non è la pericolosità sociale, sembra anzi che questa sia un dato naturale, chiaramente ed indubbiamente accertabile, tanto che ove non sussista più, la prosecuzione dell'internamento appare illegittima.

Questo tipo di ragionamento, è perfettamente in linea con l'assetto normativo vigente e non implica alcuna messa in discussione dei suoi presupposti.

Indubbiamente, un soggetto di cui non sia più ritenuta sussistere la pericolosità sociale deve essere liberato, tanto che esistono istituti giuridici quali la revoca prima del termine minimo di durata della misura (art. 207 c.p). Ma a ben vedere, la categoria dei dimissibili non ha mai compreso persone nei cui confronti sia stato emesso un giudizio di cessata pericolosità sociale, che ricordiamo compete al giudice, non vincolato alle risultanze delle perizie, essendo *peritus peritorum*. Tra i dimissibili, vi erano persone ritenute socialmente pericolose dall'autorità competente, ma non sulla base degli accertamenti clinici, che suggerivano un miglioramento della condizione patologica.

Questa categoria è stata prodotta da un movimento di opinione a partire dal 2010, avallata dagli operatori degli OPG e fatta propria anche da una fetta di giuristi, ma non ha alcun fondamento giuridico, come ribadisce Schiaffo, che parla a tal proposito di «esoterismo inconsistente di una prassi ignorante»<sup>191</sup>.

La giurisprudenza, che sulla base della mancata presa in carico da parte dei servizi sanitari all'esterno della struttura, riteneva persistente la pericolosità sociale, è criticabile come è criticabile la mancata attivazione da parte dei dipartimenti di salute mentale per i pazienti provenienti dagli OPG, ma porre la questione nei termini di una «dimissibilità», concetto prettamente medico, non solo può confermare la naturalezza della pericolosità sociale, ma rischia di avallare una concezione biologico-deterministica.

Anche a fronte delle risposte dei soggetti ascoltati dalla Commissione, che talvolta chiariscono alcuni aspetti normativi o della prassi, ignorati dai commissari, viene ribadito, che si tratta «delle mancate dimissioni di soggetti non più pericolosi»<sup>192</sup>, di «persone che non hanno bisogno di essere internate e non rappresentano pericolo

---

<sup>191</sup> F. SCHIAFFO, *La riforma continua del «definitivo superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari»: la tormentata vicenda legislativa dell'art. 3-ter del D.L. n. 211/2011*, in "Critica del diritto", 2013, 1, p. 12

<sup>192</sup> COMMISSIONE D'INCHIESTA, *Resoconto stenografico n. 77*, cit., p. 5

sociale»<sup>193</sup>. Ma come abbiamo già anticipato, la pericolosità sociale non è una caratteristica naturale del soggetto da accertare con strumenti scientifici, ma una categoria giuridica che si fonda su una valutazione della probabilità che la persona commetta in futuro ulteriori fatti dalla legge previsti come reato.

Nel lavoro dei commissari, per risolvere il problema dei dimissibili, diventa centrale non solo provvedere a stanziare maggiori fondi ai dipartimenti di salute mentale, per garantire la presa in carico dei pazienti che escono dagli OPG, ma anche chiarire le modalità per distinguere i pericolosi dai non pericolosi, tanto che Bosone si chiede «se il concetto di pericolosità sociale possa essere superato o maggiormente circostanziato», per vincere l'«assoluta soggettività con cui si considera la pericolosità sociale»<sup>194</sup> e la «genericità con cui oggi tale fattispecie è trattata nel codice Rocco»<sup>195</sup>.

Si avanza, quindi, la proposta, più volte ribadita, di affiancare al magistrato:

l'ausilio di un collegio medico-psichiatrico con funzioni di CTU che insieme al magistrato sarebbe chiamato a valutare il grading di pericolosità sociale e, quindi, l'eventuale applicazione della terapia, fino ad arrivare, nei casi di acclamata e acclarata vera pericolosità, alla scelta della detenzione, in tal caso verificando se vi siano le condizioni perché la detenzione o la misura cautelare possano essere applicate in un carcere ordinario, posto che situazioni come quelle che abbiamo visto negli OPG di Secondigliano, Barcellona Pozzo di Gotto, Montelupo Fiorentino o Aversa alla fine non differiscono assolutamente da un carcere normale<sup>196</sup>.

La valutazione di pericolosità sociale, si chiede sia per legge accompagnata dal parere di un consulente tecnico, che non solo si esprima sulla sussistenza oggettiva della pericolosità, ma sia capace di graduarla, di inserirla nella scala del pericolo, con la sua relativa terapia, anch'essa graduata:

si potrebbe immaginare un grading di terapia e anche di misura cautelativa nell'ambito di comunità protette a vario grado di sicurezza con assegnazioni del paziente sul

---

<sup>193</sup> ID., *Stenografico 86*, cit., p. 20

<sup>194</sup> COMMISSIONE D'INCHIESTA, *Resconto stenografico 81*, cit., p. 20

<sup>195</sup> ID., *Stenografico 91*, cit., p. 14

<sup>196</sup> *Ibid.*

territorio [...] definite dal CTU, cui facevo riferimento, in sede processuale e in accordo col magistrato<sup>197</sup>.

La scientificità del giudizio di pericolosità sociale non è affatto discussa, si chiede piuttosto che siano gli scienziati del pericolo ad esprimersi e non i magistrati, dimenticando che sulla prognosi di pericolo di reiterare le condotte criminose si gioca molto del lavoro quotidiano dei giudici penali, chiamati a decidere sul pericolo di reiterazione per l'applicazione della misura cautelare, o in sede di esecuzione della pena, per la concessione di una misura alternativa o di un beneficio.

Sulla pericolosità sociale – scientificamente discussa e perfino screditata nel corso degli ultimi 40 anni – sembra giocare ancora la «concorrenza che si fanno [...] l'istanza penale e quella medica»<sup>198</sup>. Non compaiono le critiche al concetto di pericolosità, non emerge l'aleatorietà intrinseca del suo accertamento.

Anzi, a fronte delle ricerche che per anni hanno sostenuto un minore tasso di Commissione di reati da parte dei malati di mente, il direttore dell'OPG modello di Castiglione, tiene a sottolineare che alla diminuzione generale di omicidi, fa da contraltare l'aumento di quelli commessi dai malati di mente ai danni dei loro familiari, precisando che i malati di mente, commettono sì, un numero minore di reati, ma tra loro esiste una cerchia ristretta di pazienti aggressivi, che commettono reati efferati, per di più a danno delle loro famiglie<sup>199</sup>. È chiaro allora, che non è in gioco una ridiscussione della categoria, ma un migliore accertamento, fatto da medici-psichiatri in grado di individuare gli aggressivi, quelli stessi che, una volta reclusi in OPG, potranno essere sottoposti a 742 contenzioni meccaniche in un anno.

Del resto:

sicuramente ci sono casi in cui permane obiettivamente – almeno per un periodo – una certa pericolosità sociale e per i quali si richiede un elevato livello di sicurezza: è chiaro che in questi casi debbano essere applicate invece misure di sicurezza più

---

<sup>197</sup> *Ibid.*

<sup>198</sup> R. CASTEL, *I medici e i giudici*, in M. FOUCAULT (a cura di), *Moi Pierre Rivière, ayant égorgé ma mère, ma sœur et mon frère...*, Gallimard, Paris 1973, tr. it., *Io, Pierre Rivière, avendo sgozzato mia madre, mia sorella e mio fratello... Un caso di parricidio nel XIX secolo*, Einaudi, Torino 1976, p. 276

<sup>199</sup> COMMISSIONE D'INCHIESTA, *Stenografico n. 74*, cit., p. 4-5

«contenitive»<sup>200</sup>.

## 2.8. CIVILTÀ

Come in ogni impresa di riforma, che poggia sul filantropismo, non mancano i richiami alla binomio civiltà/inciviltà.

L'OPG è passato – come sostiene Tarantino – dall'essere il «male minore ed inevitabile» a «intollerabile antropologico»<sup>201</sup>. Un autentico orrore, segno chiaro di inciviltà, che porta «un Paese civile e avanzato sotto tanti profili» ad essere il luogo in cui si verificano «vicende che addirittura fanno perdere la percezione minima di cosa sia il senso della dignità umana»<sup>202</sup>. E come definire un'inciviltà se non richiamando l'inciviltà per antonomasia? Così, si scrive che in quelle strutture indecorose vi sono persino «bagni da terzo mondo»<sup>203</sup>.

La scelta di superare l'OPG, il modo in cui sceglie di farlo, non sono rappresentativi di una visione parziale, di una opzione politica. Sono caricati del peso simbolico del processo di civilizzazione. Da un lato sta l'orrore e chi lo vorrebbe perpetrare, dall'altro i buoni sentimenti, l'umanità che muovono «per restituire» – parole del Senatore Mascitelli – «al nostro Paese e al nostro sistema sanitario la dignità che deriva da un rapporto di umanità»<sup>204</sup>, che aggiungono «un tassello di civiltà e di rispetto della dignità»<sup>205</sup>.

Il contenuto della riforma è minimo, il carico simbolico massimo. La riforma si inserisce di diritto nella storia dei progressi della penality: dai supplizi ai giorni nostri. Si rimuove il residuo mostruoso di una pena vendicativa nei confronti di un soggetto incapace di intendere e volere, lo si restituisce alle più umane mani dei medici, a trattamenti più

---

<sup>200</sup> *Ibid.*

<sup>201</sup> C. TARANTINO, *Il trattamento morale*, cit.

<sup>202</sup> COMMISSIONE D'INCHIESTA, *Stenografico 81*, p. 12

<sup>203</sup> *Malati reclusi all'inferno. Orrore manicomi giudiziari. La denuncia della Commissione d'inchiesta del Senato sul servizio sanitario: lager, molti potrebbero anche uscire ma mancano le cure*, La stampa, 16 marzo 2011

<sup>204</sup> COMMISSIONE D'INCHIESTA, *Stenografico 81*, cit., p. 11

<sup>205</sup> ID., *Stenografico 105*, cit., p. 4

dignitosi, in luoghi migliori.

Eppure, in questo progresso, alla fine, si riafferma quanto sostenuto da Leuret nel *post-scriptum* sul caso Rivière «la società ha dunque diritto di chiedere, non la punizione di quest'infelice, poiché senza libertà morale non può esservi colpevolezza, ma il suo sequestro con provvedimento amministrativo»<sup>206</sup>.

### **3. LE POSIZIONI SULLA RIFORMA: CONSENSO TRASVERSALE VS. SECURITARISMO**

Il 25 Gennaio 2012, il Senato approva l'emendamento 3.0.4. (testo 4) al Disegno di Legge S. 3074 di conversione del D.L. 211/2011, contenente “Interventi urgenti per il contrasto della tensione detentiva determinata dal sovraffollamento delle carceri”<sup>207</sup>.

Nella discussione in aula, le dichiarazioni di voto – favorevoli e contrarie – pongono l'accento sulla dismissione dell'istituzione manicomio giudiziario, quasi che il testo prevedesse l'abrogazione delle misure di sicurezza. Castelli, opponendosi all'emendamento, dichiara:

chiudiamo irrevocabilmente l'anno venturo gli OPG. [...] andiamo a fare un'azione fortissima [...]. Qui ci sono dei poveri malati che sono dei criminali, degli assassini. Dove andranno una volta chiusi gli OPG? Li metteremo in carcere? Oppure li lasciamo liberi? Questa è l'alternativa<sup>208</sup>.

Marino, a favore dell'approvazione, attribuisce all'emendamento lo statuto di «passo epocale per dire un no netto: il nostro Paese non può e non vuole tollerare che esista “un inferno dei dimenticati”»<sup>209</sup>. Michele Saccomanno, analogamente, afferma che quella in

---

<sup>206</sup> Riportato in R. CASTEL, *I medici e i giudici*, cit., p. 275

<sup>207</sup> L'emendamento è stato approvato con 175 voti favorevoli, 66 contrari e 27 astenuti su 269 presenti e 28 votanti, si rinvia al video della seduta n. 664 del 25.01.2012 – XVI Legislatura, su Senato-Tv, [www.webtv.senato.it](http://www.webtv.senato.it).

<sup>208</sup> SENATO DELLA REPUBBLICA – XVI LEGISLATURA, *Resoconto stenografico della Seduta pubblica del 25.01.2012, n. 664*

<sup>209</sup> SENATORE IGNAZIO MARINO, *Dichiarazione di voto sull'emendamento 3.0.4. (testo 4) al decreto legge n. 211 (3074)*, in SENATO DELLA REPUBBLICA – XVI LEGISLATURA, *Resoconto Stenografico della Seduta pubblica del 25.01.2012, n. 664 – Allegato B*

discussione è l'opportunità di «mettere la parola fine ai manicomi criminali, ridando dignità al disagio della malattia psichiatrica»<sup>210</sup>.

Il testo ha una portata più modesta di quanto potrebbe apparire dallo scarno<sup>211</sup> dibattito parlamentare, non modifica alcuna disposizione del codice penale ed il problema – posto dal Sen. Castelli – del luogo in cui collocare gli internati, una volta dismessi gli OPG, è già risolto: le nuove residenze per l'esecuzione delle misure di sicurezza.

L'art. 3-ter, infatti, prevede che, a decorrere dal 31 marzo 2013, le misure siano eseguite in nuove residenze (REMS) a completa gestione sanitaria, con attività di sicurezza e vigilanza limitata al perimetro esterno e stanziando 180 milioni di euro da destinare alle Regioni e Province Autonome, per la costruzione/adeguamento delle nuove strutture. La normativa interviene sulle «forme dell'istituzione» e non sulle «logiche della sua produzione e riproduzione»<sup>212</sup> ed è, infatti, sostenuta da un fronte di consenso trasversale<sup>213</sup>.

La questione OPG, del resto, è costruita nel dibattito politico e pubblico, come emergenza igienico-sanitaria, grazie ai lavori della Commissione d'inchiesta ed è assente la problematizzazione di concetti quali la pericolosità sociale o la non imputabilità, che pure erano stati al centro degli accesi dibattiti intorno alle proposte di riforma di qualche decennio precedenti<sup>214</sup>.

---

<sup>210</sup> SENATORE MICHELE SACCOMANNO, *Dichiarazione di voto sull'emendamento 3.0.4. (testo 4) al decreto legge n. 211 (3074)*, in SENATO DELLA REPUBBLICA – XVI LEGISLATURA, *Resoconto Stenografico della Seduta pubblica del 25.01.2012, n. 664 – Allegato B*

<sup>211</sup> Si ricorda che la riforma è stata introdotta con emendamento ad un disegno di legge di conversione di un decreto-legge, che non conteneva disposizioni in materia e che la legge di conversione segue un iter semplificato, al fine di consentire l'adozione della legge di conversione nei termini costituzionalmente previsti, si rinvia a R. BIN e G. PITRUZZELLA, *Diritto costituzionale*, Giappichelli, Torino 2017, cap. IX, § 6

<sup>212</sup> C. TARANTINO, *La strategia della lumaca*, cit. p. 86

<sup>213</sup> Nella discussione in aula al Senato, esprimono dichiarazione di voto favorevole all'emendamento i seguenti gruppi: Partito democratico (PD), Popolo della libertà (PDL), Italia dei Valori (IDV), Coesione Nazionale – Io sud – Forza del Sud, vedi *Resoconto stenografico, seduta 664*, cit.

<sup>214</sup> Nel corso degli anni, sono stati elaborati moltissimi progetti (del resto, sono stati numerosi i progetti di riforma del codice penale), alcuni miranti all'abolizione delle misure di sicurezza, altri alla riforma di alcuni peculiari aspetti della normativa. Tra i primi, si distinguono due tipologie di proposte: quelle che unificavano pene e misure di sicurezza, abolendo la non imputabilità per vizio di mente (ddl S.177/1983 “Vinci Grossi” e ddl 151/1996 “Corleone”); e quelle che miravano all'equiparazione del trattamento del folle reo a quello del malato di mente comune (ddl 2778/1985 “Fiori”). Per un inquadramento generale delle varie proposte di riforma, si vedano: R. MALANO, *Attualità delle problematiche riguardanti i manicomi giudiziari. Una revisione storica dei progetti*

Non è mossa alcuna critica alla logica sottesa alla misura di sicurezza, alle sue funzioni, ai suoi presupposti e fondamenti. La Commissione denuncia le carenze materiali, strutturali, e l'inadeguatezza dei sei OPG italiani, individuando come soluzione la sostituzione con strutture gestite completamente da personale sanitario.

Come sottolineavano i primi commentatori, l'esito più probabile della riforma sembrava essere la moltiplicazione e disseminazione di istituzioni psichiatrico-manicomiali, seppure con dimensioni più ridotte<sup>215</sup>.

Il travagliato e atteso superamento dell'OPG è stato, da più parti, salutato con entusiasmo. L'On. Lorenzin ha parlato di una «giornata storica»<sup>216</sup>, il Commissario Franco Corleone di un «passo storico»<sup>217</sup>. Come era già avvenuto nel dibattito parlamentare per l'approvazione dell'emendamento 3.0.4, sui media si sono affrontate due posizioni: un fronte «umanitario», che ha festeggiato la fine di quei «luoghi indegni di un paese appena civile»<sup>218</sup> ed un altro che ha manifestato una ferma opposizione alla chiusura delle istituzioni, puntando sul senso di insicurezza e paventando la liberazione di assassini e stupratori che avrebbero invaso le strade<sup>219</sup>. I due opposti fronti spesso condividono l'enfaticizzazione della portata – seppure ponendo l'accento su aspetti molto diversi. Il fronte securitario - che non è rappresentato solo dalle posizioni della Lega e dei partiti

---

*di legge riguardanti il superamento dell'ospedale psichiatrico giudiziario e la modifica dell'attuale sistema della non imputabilità per gli infermi di mente autori di reato*, in "Rivista italiana di medicina legale", 2008, 4-5, pp. 1022-1026; M. PELLISSERO, *Pericolosità sociale e doppio binario. Vecchi e nuovi modelli di incapacitazione*, Giappichelli, Torino, 2008. Sul ddl Vinci-Grossi, V. GROSSI, *Per l'abolizione dei manicomi giudiziari*, in "Fogli di informazione", 1982, 85, pp. 263-264.

<sup>215</sup> Si veda, ad esempio, GIANNICHELLA M.G., Giustizia: OPG. Chiuderne sei... ma per aprirne quanti?, in "Il Manifesto", 17 Febbraio 2012;

<sup>216</sup> Si veda RED. ANSA, *Opg: Lorenzin, chiusi in tutta Italia, giornata storica. "Traguardo per diritti umani e in percorso per salute mentale"*, in "Ansa - Salute e Benessere", 20 febbraio 2017

<sup>217</sup> COMMISSARIO UNICO PER IL SUPERAMENTO DEGLI OSPEDALI PSICHIATRICI GIUDIZIARI - FRANCO CORLEONE, *Seconda relazione semestrale sulle attività svolte dal Commissario unico per il superamento degli OPG (19 agosto 2016 - 19 febbraio 2017)*.

<sup>218</sup> PRESIDENTE DELLA REPUBBLICA - GIORGIO NAPOLITANO, *Messaggio di fine anno*, cit.

<sup>219</sup> Emblematico il tweet di Matteo Salvini del 30 marzo 2015 «Domani chiudono gli Ospedali Psichiatrici Giudiziari. Stiamo parlando di 700 "folli" pericolosi, internati per omicidi, violenze sessuali e aggressioni di ogni genere, 450 dei quali verranno "ospitati" in nuove strutture, mentre più di 200 usciranno. Chi pensa alle famiglie, lasciate sole, e alle vittime, passate e future? Una scelta pazzesca, purtroppo siamo in tema».

della destra populista, ma anche da voci apparentemente tecniche e neutrali<sup>220</sup> – pone l'accento su una presunta liberazione di una massa di soggetti pericolosi, che non trova alcun ancoraggio normativo. Sull'altro versante, è comunque dato rilievo alla liberazione, ma non intesa come messa in libertà delle persone recluse nei manicomi giudiziari, quanto come liberazione dalle vecchie istituzioni, dai loro aspetti più cupi e tetri, dai retaggi ottocenteschi del manicomio criminale, una liberazione come adeguamento, modernizzazione, civilizzazione dell'antica struttura.

La rappresentazione della riforma come netta rottura con il passato (dipinta in toni chiari o scuri), non è l'unico punto di contatto tra le due posizioni: ambedue poggiano sulla mancata problematizzazione, se non la conferma e legittimazione, dei presupposti su cui si fonda la reclusione dell'autore di reato etichettato come folle.

Il fronte securitario fonda le sue argomentazioni sulla necessità che lo Stato assolva alla funzione di difendere la società dal pericolo rappresentato dal folle<sup>221</sup> e tanto più dal folle-reo. Il fronte umanitario, risponde che i timori sono infondati perché i pericolosi resteranno reclusi e celebra la riforma, come progresso nel riconoscimento della dignità dell'internato. Come ci ricorda Colucci, già nel 2010, Ignazio Marino, protagonista della prima fase di riforma, accompagnava «la denuncia vibrante [...] delle terribili condizioni di vita» ad un implicito riconoscimento «non tanto *della* legittimità, purtroppo ancora oggetto di una norma del codice, quanto *della* scientificità. E, in fondo, *della* permanente utilità» della pericolosità sociale<sup>222</sup>.

Di fronte agli spettri aleggiati dal fronte securitario ed all'ammirazione della riforma da parte del fronte umanitario, la prima tentazione è quella di sondare nella pratica gli effetti prodotti.

---

<sup>220</sup> Nello specifico, si fa riferimento alle dichiarazioni del Presidente del Tribunale di Sorveglianza di Catania, che ha affermato che «vagano nel territorio ammalati psichiatrici gravi, violenti e socialmente pericolosi», al Procuratore Generale presso la Corte d'Appello di Bari che sostiene siano presenti «sul territorio soggetti autori anche di gravissimi reati di sangue, affetti da patologie psichiatriche anche valutate di alta pericolosità», dichiarazioni riportate, insieme ad altre di analogo tenore, nella delibera del CONSIGLIO SUPERIORE DELLA MAGISTRATURA, *Direttive interpretative ed applicative in materia di superamento degli Ospedali psichiatrici giudiziari (OPG) e di istituzione delle Residenze per l'esecuzione delle misure di sicurezza (REMS), di cui alla legge n. 81 del 2014*, 19 aprile 2017

<sup>221</sup> Si pensi alla retorica sul fallimento della L. 180/1978 e alla continua presentazione disegni di legge di riforma.

<sup>222</sup> M. COLUCCI, *Individui pericolosi, società a rischio*, in "Aut Aut", 2016, 370, p. 3, ed in "Minority Reports", 2016, 3, p. 95 [corsivo mio]



## CAPITOLO II - PERICOLOSITÀ SOCIALE E CONTROLLO NEGLI ANNI DELLA RIFORMA

### 0. PROLOGO: LA PERICOLOSITÀ SOCIALE

La pericolosità sociale non è solo il presupposto giuridico che il giudice è chiamato ad accertare per ordinare o applicare una misura di sicurezza, è la legittimazione dell'esistenza dell'intero sistema e la giustificazione della permanenza di una istituzione segregante con dichiarata funzione terapeutica, in un ordinamento che ha rinunciato da quarant'anni ai manicomi.

A partire dagli anni '70 la categoria sembra essere entrata in crisi, il suo statuto scientifico è messo in questione<sup>223</sup>, così come l'idea che esista un nesso causale tra patologia psichiatrica e Commissione di un reato e che la malattia mentale implichi una particolare propensione alla Commissione di crimini<sup>224</sup>. L'impossibilità per lo psichiatra di formulare giudizi prognostici sul comportamento futuro del malato di mente ed il rischio patente di proliferazione di falsi positivi sono stati tematizzati<sup>225</sup>.

---

<sup>223</sup> Nel colloquio di Lovanio della Scuola di criminologia del 1979, quasi tutti i criminologi presenti sono propensi a considerare la nozione di pericolosità come il frutto superato di una fase arcaica del sapere criminologico. Sul Colloquio di Lovanio si rinvia a: C. ADAM, *Le peregrinazioni della "pericolosità" attraverso la criminologia clinica*, in "Aut Aut", 2017, 373, pp. 65- 85.

Debuyst che in quel convegno aveva cercato di porre la questione in termini di necessità di rinnovamento, pochi anni più tardi definì la pericolosità come «malattia infantile della criminologia», C. DEBUYST, *La notion de dangerousité, maladie infantile de la criminologie*, in "Criminologie", 1984, 2, pp. 17-24.

<sup>224</sup> All'idea di una maggiore propensione del folle alla Commissione di reati si sostituisce l'inverso pregiudizio di una minore propensione. Sul punto si rinvia al seguente saggio e alla relativa bibliografia: I. MERZARGORA BETSOS, *Imputabilità, pericolosità sociale e capacità di partecipare al processo*, in G. GIUSTI (a cura di), *Trattato di medicina legale. Vol. IV: Genetica, psichiatria forense e criminologia, medicina del lavoro*, Cedam, Padova 2009.

<sup>225</sup> Si rinvia al capitolo dedicato alla "Crisi del concetto psichiatrico-criminologico di pericolosità sociale" nel sistema statunitense, della ricerca di Tommaso Sannini e alla relativa bibliografia. L'autore riporta alcuni esperimenti condotti negli Stati Uniti, negli anni '50-'60, le cui evidenze mostrano un tasso di falsi positivi, nell'accertamento della pericolosità sociale, che oscilla tra il 65

Negli stessi anni, la pericolosità è stata risignificata, non solo nel dibattito criminologico, ma anche nella prassi giurisprudenziale, il suo legame con la sola *evoluzione* patologica incrinato, e nell'accertamento si sono iniziati a comprendere fattori sociali ed elementi del contesto familiare e relazionale della persona, in quella che viene chiamata «pericolosità situazionale»<sup>226</sup>.

Il legislatore non ha fatto di questo nodo, il fulcro della discussione sul superamento degli OPG, anzi, questo concetto è stato maneggiato dalla Commissione sul SSN, come se la pericolosità fosse una qualità ontologica del soggetto, che al più veniva sovrastimata, in ragione di una definizione codicistica non sufficientemente circostanziata.

Il fatto che la nozione non sia stata il bersaglio della riforma, non è tanto il segno della miopia di un legislatore non attento alle più recenti acquisizioni del dibattito scientifico. La necessità di restituire oggettività alla valutazione della pericolosità è molto presente nei resoconti delle sedute e la Commissione si fa promotrice di un più scrupoloso vaglio, proponendo che sia introdotto un team di consulenti tecnici d'ufficio da affiancare al magistrato nel suo accertamento.

Anche le disposizioni che intervengono sulla pericolosità, adottate più tardi con L. 81/2014, che limitano gli elementi di cui il giudice può tenere conto nell'accertamento, mirano indubbiamente a risolvere il problema dei dimissibili, ma confermano la vitalità della nozione, con il rischio peraltro di produrre un ritorno a concezioni biologico-deterministiche della pericolosità.

---

ed il 95%, T. SANNINI, *Vizio di mente e pericolosità sociale. Aspetti storici, giuridici e sociologici*, in "L'altro diritto", rivista online, 2014, [www.adir.unifi.it](http://www.adir.unifi.it), cap. II, par. 2.

Negli anni '70 anche la validità della diagnosi psichiatrica viene messa in discussione, soprattutto con il noto esperimento Rosenhan. Nel 1973 un gruppo di volontari, guidato dallo psicologo David Rosenhan, si presenta in ospedali psichiatrici di diverso genere (pubblici e privati, universitari e non, poli d'eccellenza o meno) in varie località degli Stati Uniti d'America. Gli pseudo-pazienti si presentano per essere ricoverati, modificando il loro nome e la loro professione e dichiarando di sentire le voci, per il resto descrivono la loro vita com'era. Con una sola eccezione, vengono tutti ricoverati con diagnosi di schizofrenia e tutta la loro biografia viene iscritta nel registro della malattia mentale, ogni elemento del racconto ne diventa un sintomo, D. L. ROSENHAN, *On Being Sane in Insane Places*, in "Science", 1973, 179, pp. 250 e ss., tr. it., *Sani in manicomio*, in L. FORTI (a cura di), *L'altra pazzia. Mappa antologica della psichiatria alternativa*, Feltrinelli, Milano 1975.

<sup>226</sup> Si rinvia a: M. T. COLLICA, *La crisi del concetto di autore non imputabile pericoloso*, in "Diritto penale contemporaneo", rivista online, 19 novembre 2012.

Gli anni in cui emerge il problema dell'indecorosa istituzione OPG, non sembrano affatto gli anni del tramonto e della messa in discussione in radice del suo «piano d'appoggio: l'associazione tra follia, incapacità e pericolosità»<sup>227</sup>.

## **1. BREVISSIMA GENEALOGIA DELLA PERICOLOSITÀ SOCIALE E DEL MANICOMIO GIUDIZIARIO**

Il concetto di individuo pericoloso è iscritto nel nostro sistema penale dualistico, è fondamento delle misure di sicurezza ed è tornato ad essere scarsamente problematizzato, quasi fosse la rappresentazione – per astrazione – di un dato naturale, scientificamente misurabile.

La genealogia di questo concetto, la ricostruzione della sua emergenza con una particolare attenzione alle perizie psichiatriche dei primi anni del XIX secolo, illustrate da Michel Foucault, ci è utile per aggirare il problema del grado di razionalità e scientificità dell'accertamento, che può essere strategicamente funzionale ad affermare nuove e più accurate tecniche<sup>228</sup>.

Il tratto «ubuesco»<sup>229</sup> della perizia, non è il segno dell'insufficienza di strumenti diagnostici e prognostici, è piuttosto connaturato alla funzione di «scambiatore» tra il dominio giuridico e quello psichiatrico, che il concetto di individuo pericoloso svolge<sup>230</sup>.

---

<sup>227</sup> C. TARANTINO, *L'individuo inaffidabile*, in "Aut Aut", 2016, 370, p. 116

<sup>228</sup> Françoise Digneffe chiarisce perfettamente questo aspetto, commentando il dibattito pubblicato sulla rivista "Déviance et société" nel 1981. A quel tavolo si discute della pericolosità, sono presenti tre oratori, che restituiscono tre posizioni: lo scienziato fiducioso "domatore" della pericolosità, il meno ottimista che fa emergere le contraddizioni interne e Michel Foucault che dimostra che «girando intorno al problema della pericolosità non facciamo che rinforzare il nodo inestricabile formato dall'alleanza psichiatrico-giudiziaria», F. DIGNEFFE, *Généalogie du concept de dangerosité*, in P. CHEVALIER, T. GREACEN (a cura di), *Folie et justice: relire Foucault*, Érès, Toulouse 2009, pp. 139-157. tr. it., *Genealogia del concetto di pericolosità*, in "Aut aut", 2016, 370, pp. 167-183

<sup>229</sup> Nella versione online del dizionario francese Larousse l'aggettivo *Ubuesque* è definito come: «Degno di un personaggio grottesco creato da A. Jarry, il "padre Ubu"», *Dictionnaires de français*, Larousse, [www.larousse.fr](http://www.larousse.fr) (tr. it. mia). L'aggettivo ricorre per sottolineare il carattere assurdo dei discorsi che si trovano nelle perizie psichiatriche, in M. FOUCAULT, *Gli anormali*, cit.

<sup>230</sup> M. FOUCAULT, *Gli anormali*, cit., pp. 39 – 42.

Tale nozione, infatti, congiunge il discorso giuridico con quello medico, attivando categorie elementari della moralità, con un linguaggio infantile<sup>231</sup>.

Nei casi che si presentano come errori diagnostici marchiani – ad esempio i falsi positivi - ciò che è importante fare apparire non è tanto l'errore di accertamento, la svista, un sapere da sviluppare e perfezionare, miglorie da apportare al processo di valutazione, ma il fatto che l'osservazione, la diagnosi e la prognosi sono relazioni di potere<sup>232</sup>.

«La nozione di *pericolosità* – ci ricorda Campesi – è un caso tipico di concetto che nasce a cavallo tra le esigenze istituzionali e di controllo sociale e l'elaborazione teorica da parte dei saperi antropologici»<sup>233</sup>. Lo psichiatra entra nel processo penale nei primi anni del XIX secolo, in un contesto in cui la psichiatria si sta affermando come scienza del pericolo e il sistema punitivo è stato attraversato da profonde trasformazioni.

Sul primo versante, occorre ricordare che fino al XVIII secolo, la follia non era sistematicamente e separatamente internata ed il concetto di follia era iscritto nel paradigma dell'errore: una falsa rappresentazione, una erronea percezione, un inganno.

La follia, nel XVII secolo, aveva condiviso gli spazi dell'*hôpital général*, delle *workhouse* e delle *zuchthäuser* con mendicanti, poveri, disoccupati, all'esito di quel processo di «laicizzazione della carità, indubbiamente, ma, oscuramente, anche punizione della miseria»<sup>234</sup>. Il mondo della miseria, nel Medioevo indistintamente glorificato, iniziava ad essere suddiviso in una povertà buona sottomessa ed in una povertà indomita, sottoposta ad internamento.

Nel XVIII secolo viene operata la separazione della follia dalle altre forme di esperienza con cui aveva condiviso la reclusione indistinta dal Rinascimento (libertini, vagabondi, mendicanti), separazione che avviene all'intersezione di due movimenti, uno dal basso, l'emergenza della singolarità della follia entro la confusione dell'ospedale generale, e l'altro dall'alto, la riflessione economica sulla povertà, secondo cui l'internamento

---

<sup>231</sup> Ivi, p. 40

<sup>232</sup> Foucault lo sottolinea commentando l'esperimento svolto da David Rosenhan nel 1973 (vedi nota 222), M. FOUCAULT, *En guise de conclusion*, in "Le Nouvel Observateur", 1973, 435, pp. 92 e ss., tr. it., *Come conclusione*, in M. FOUCAULT, *Follia e psichiatria. Detti e scritti 1957-1984*

<sup>233</sup> G. CAMPESI, *L'«individuo pericoloso». Saperi criminologici e sistema penale nell'opera di Michel Foucault*, in "Materiali per una storia della cultura giuridica", 38 (2008), 1, p. 124

<sup>234</sup> M. FOUCAULT, *Histoire de la folie à l'âge classique*, Gallimard, Paris 1972, tr. it., *Storia della follia nell'età classica*, BUR, Milano 2012, p. 131

indistinto può costituire un «finanziamento pericoloso» ed influire negativamente sul mercato della manodopera<sup>235</sup>.

Dopo la separazione dalle altre forme di sragione, l'internamento dei folli cessa di essere un'evidenza ed il legislatore si trova nell'imbarazzo di non sapere cosa fare della follia, dove situarla, in quale spazio sociale, assicurandosi ad «un tempo proteggere dai suoi pericoli la popolazione internata e accordare i benefici di un'assistenza speciale»<sup>236</sup>. Laddove i malati iniziavano ad essere stati affidati alle famiglie ed i poveri obbligati al lavoro, i pazzi non potevano essere lasciati liberamente circolare in società e la follia esigeva un apposito spazio di confino<sup>237</sup>.

In questa fase si situano i due eventi che diverranno i miti fondativi della psichiatria, la liberazione dei pazzi dalle catene di Pinel e il ritiro di Tuke. I miti nascondono tutto un movimento discorsivo che vuole che la follia liberata dall'animalità cui la costingevano le catene possa enunciare una verità, la verità delle virtù, in cui essa appare come vizio e cattiveria<sup>238</sup>. Nello spazio manicomiale che la oggettiva, di fronte al personaggio del medico, la follia inizia ad essere definita nei termini di un disturbo che attiene al modo di agire e di volere ed il trattamento, ciò che potrà riportare il folle entro un tipo sociale virtuoso, riconosciuto ed accettato.

L'internamento troverà giustificazione come permanenza in un luogo di osservazione, in cui la volontà perturbata del malato si affronta con quella retta del medico<sup>239</sup>.

In campo penale, si era verificata una trasformazione del castigo (dai supplizi alla pena detentiva), si era affermata una nuova economia del potere punitivo (da eccesso discontinuo a funzione regolare) ed uno spostamento dell'oggetto dell'operazione (dal corpo all'anima)<sup>240</sup>. Le forme di punizione iniziano a mirare alla trasformazione del reo e:

---

<sup>235</sup> Ivi, pp. 544-592

<sup>236</sup> Ivi, p. 595.

<sup>237</sup> Ivi, p. 601-602

<sup>238</sup> Ivi, p. 667

<sup>239</sup> M. FOUCAULT, *Histoire de la folie et antipsychiatrie (1973)*, in "Cahier", 2011, 95, L'Herne; tr. it., *Storia della follia e antipsichiatria [1973]*, in "Aut Aut", 2011, 351, pp. 86 - 101

<sup>240</sup> M. FOUCAULT, *Sorvegliare e punire*, cit.

sotto il nome di crimini e di delitti è vero, si giudicano sempre oggetti giuridici definiti dal codice ma, allo stesso tempo, si giudicano istinti, passioni, anomalie, infermità, disadattamenti<sup>241</sup>.

Il supplizio di antico regime era parte di un rituale di produzione della verità del crimine – che iniziava con la *quaestio* e terminava con l'esecuzione della condanna – ed aveva una funzione giuridico-politica di ricostruzione della sovranità ferita, in uno spettacolo in cui il Re si mostrava attraverso il combattimento pubblico tra il boia ed il suppliziato, non solo come capo della giustizia ma anche come capo della guerra<sup>242</sup>. Il contesto sociale ed economico, in cui la pena corporale a lungo si è mantenuta, può ben spiegarne la sopravvivenza<sup>243</sup>, ma come Foucault ribadisce «su questo sfondo, bisogna *fare* apparire la funzione precisa [...] di rivelatore di verità e operatore di potere»<sup>244</sup>.

Nel XVIII secolo, le formulazioni teoriche, le tecnologie di controllo e la pratica giudiziaria, presentano una comunanza di bersagli strategici.

I grandi riformatori denunciano la crudeltà dei supplizi, a cui oppongono un uomo-misura, limite del potere politico sovrano e propongono la sostituzione di un castigo che non aveva timore di mostrarsi cruento, con una pena più moderata e proporzionata alla gravità del fatto commesso, ma soprattutto capace di un'applicazione generalizzata, in una lotta contro il «superpotere monarchico» e anche contro «l'infra-potere» degli illegalismi tollerati<sup>245</sup>.

I discorsi dei riformatori sono coevi ad una modifica delle pratiche illegali, alla diminuzione della violenza dei crimini e alla traslazione del bersaglio della delinquenza dai diritti ai beni. Questo mutamento «fa parte di un complesso meccanismo, in cui figurano lo sviluppo della produzione, l'aumento delle ricchezze, una valorizzazione giuridica e

---

<sup>241</sup> Ivi, p. 20

<sup>242</sup> Ivi, pp. 49-59

<sup>243</sup> Foucault individua come ragioni congiunturali: «l'effetto di un regime di produzione in cui le forze lavoro e dunque il corpo umano, non hanno l'utilità e quindi il valore commerciale che saranno conferiti in un'economia di tipo industriale. E certo anche il “disprezzo” del corpo si riferisce ad un'attitudine generale nei confronti della morte. E in questa attitudine generale, potremmo decifrare altrettanto bene i valori propri al cristianesimo quanto una situazione demografica e in qualche modo biologica», M. FOUCAULT, *Sorvegliare e punire*, cit., p. 59

<sup>244</sup> Ivi, p. 60

<sup>245</sup> Ivi, p. 95

morale più intensa dei rapporti di proprietà, i metodi di sorveglianza più rigorosi, un più stretto controllo della popolazione»<sup>246</sup>.

Questo processo di maggiore controllo, di intolleranza verso i crimini economici è strategicamente coincidente con il discorso dei riformatori: una punizione meno atroce, ma soprattutto un controllo generalizzato.

L'illegalismo dei beni, sempre più diffuso nelle classi popolari, non può essere tollerato e diviene il bersaglio della repressione. Il potere punitivo deve rinunciare agli eccessi per farsi funzione regolare. Nell'antico regime, il rapporto tra crimine e castigo non si poneva in termini di economia, di misura. La punizione doveva vendicare il Sovrano, in una sorta di gara, in cui «l'eccesso della punizione doveva rispondere all'eccesso del crimine e doveva averne ragione»<sup>247</sup>.

Nel XVIII secolo sono stati elaborati un «insieme di procedimenti, e al tempo stesso di analisi, che permettono di ampliare gli effetti di potere, di diminuire il costo dell'esercizio del potere, di integrare l'esercizio del potere in meccanismi di produzione»<sup>248</sup>. Questi procedimenti investono anche il potere di punire.

Nella formulazione teorica di una nuova economia del potere punitivo, la funzione esemplare, da sempre collegata al castigo, ne diventa la misura. Colui che ha violato il contratto diviene il nemico interno della società e la punizione cessa di essere una vendetta e si trasforma in strumento di difesa sociale. Il castigo deve, in primo luogo, impedire la recidiva. Diviene necessario calibrarlo, da un lato al crimine, per evitare abusi di potere ed ottenere una penalità meno fastosa e più regolare, ridurre il costo politico ed economico della punizione; dall'altro sul criminale, in quanto la pena deve potere assolvere alla funzione difesa sociale.

I progetti di riforma delineano le traiettorie di due tipi di oggettivazione, che si svilupperanno nella pratica punitiva: l'oggettivazione del delitto come fatto e quella del criminale<sup>249</sup>. Queste due forme di oggettivazione seguono percorsi distinti ed hanno cronologie diverse. La prima avrà effetti immediati, produrrà la codificazione, la classificazione dei delitti, la correlazione tra delitti e pene. Sulla linea di una

---

<sup>246</sup> Ivi, p. 84

<sup>247</sup> M. FOUCAULT, *Gli anormali*, cit. p. 80

<sup>248</sup> Ivi, p. 84

<sup>249</sup> Ivi, p. 111

«individualizzazione antropologica»<sup>250</sup>, che nel XVIII secolo è ancora in forma embrionale, emergerà in un tempo più lungo un campo di sapere che costruirà «l'uomo delinquente»<sup>251</sup>.

La funzione preventiva della pena, non è una novità introdotta dai riformatori illuministi, è piuttosto una giustificazione del potere di punire molto antica. Nel passaggio dalla penalità dell'antico regime a quella moderna e nelle teorie dei riformatori, la prevenzione che ci si attende dalla pena, diviene suo stesso limite e misura<sup>252</sup>. Come osserva Fontana, nel sistema penale classico, la pena è il «contrappeso geometrico dell'infrazione [...] secondo un tariffario ben ponderato, l'esatto equivalente della sottrazione di utilità all'interesse generale»<sup>253</sup>.

La pena deve perciò essere commisurata all'interesse leso, ma per non essere arbitraria ed essere efficace, deve anche essere commisurata all'interesse dell'attore: presentarsi alla mente di chi sta per commettere un'azione delittuosa, come conseguenza da attendersi e come male superiore, per il minimo sufficiente, al profitto ricavato dal reato.

In questa meccanica d'interessi, funzionale alla prevenzione e alla limitazione della recidiva, le pene devono adattarsi all'autore del reato. La minaccia di uno stesso male, infatti, non si ripercuote egualmente su tutti. Si accende la scintilla di un'attenzione all'autore di reato, alla natura del criminale, oltre che del crimine, ma «bersaglio della meccanica punitiva non è ancora *l'homo criminalis* da riformare, bensì l'attore individuale dotato di interessi e capace di rappresentazioni»<sup>254</sup>.

Nel contesto di queste ampie trasformazioni, si verificano delle situazioni di impasse. I codici penali europei della fine del XVIII e degli inizi del XIX secolo non contemplano l'ipotesi di una *folia-criminalis*, la demenza, la pazzia e il morboso furore escludono il crimine<sup>255</sup>. La punizione è legata, nella nuova economia della pena, alla meccanica degli interessi e la giustizia, di fronte al grave crimine senza ragione, si trova ad uno stallo.

---

<sup>250</sup> Ivi, p. 109

<sup>251</sup> Il richiamo è alla nota opera lombrosiana, C. LOMBROSO, *L'uomo delinquente. V Edizione 1897*, Bompiani, Milano 2013.

<sup>252</sup> Ivi, p. 102

<sup>253</sup> A. FONTANA, *Dalla difesa sociale alla difesa della razza*, in "Laboratoire italien", 4 (2003), p. 134

<sup>254</sup> G. CAMPESI, *L'individuo pericoloso*, cit., p. 128

<sup>255</sup> L'art. 64 del Code pénal francese dispone: «*Il n'y a ni crime ni délit, lorsque le prévenu était en état de démence au temps de l'action, ou lorsqu'il a été contraint par une force à laquelle il n'a pu*

Henriette Cornier o la donna di Sélestat o Pierre Rivière non sono folli nel senso tradizionale del termine, i loro delitti efferati «non sono preceduti, accompagnati o seguiti da nessuno dei sintomi riconosciuti e visibili della follia»<sup>256</sup> che valevano ad escludere le conseguenze del reato. Dunque, «i procuratori fanno valere la legge [...] Ma per quanto facciano, non possono evitare di porre la questione del motivo»<sup>257</sup>.

All'imbarazzo della giustizia risponde una psichiatria che ha interesse ad affermare il proprio dominio sulla delinquenza, non tanto per mire espansionistiche su un nuovo oggetto, quanto per affermarsi come branca autonoma dell'igiene pubblica, che si occupa del pericolo sociale.

La psichiatria, nel XVIII secolo, ha acquisito prestigio, proprio come branca dell'igiene pubblica che si occupa dei pericoli che attentano al «corpo sociale»<sup>258</sup>.

All'inizio del XIX secolo, la follia non è più considerata una forma di errore e diviene qualcosa che attiene alla condotta, al modo regolare/irregolare di comportarsi. La scienza

---

*résister*». (Tr.it.:Non c'è ne crimine né delitto, quando l'accusato era in stato di demenza ai tempi dell'azione, o quando è stato costretto da una forza alla quale non ha potuto resistere), art. 64 Code pénal de l'Empire Français, loi 12 février 1810, n. 1<sup>er</sup>, Imprimerie Imperiale, Paris 1810, versione scansionata in pdf, disponibile sul sito della Bibliothèque Nationale de France, [www.bnf.fr](http://www.bnf.fr) (consultato il 06 agosto 2018). Analogamente, il Código penal español: «Tampoco se puede tener por delincuente ni culpable al que comete la acción hallandose dormido, ó en estado de demencia ó delirio, ó privado del uso de su razon de cualquiera otra manera independiente de su voluntad». (Tr. it: Non può essere considerato delinquente o colpevole colui che commette l'azione essendo addormentato, o in stato di demenza o delirio, o privato dell'uso della sua ragione in qualche altra maniera indipendente dalla sua volontà), Código penal español, 9 julio 1822, La Imprenta nacional, Madrid 1822, versione scansionata in pdf disponibile sul sito del Portal Iberoamericano de las Ciencias penales, [www.cienciaspenale.net](http://www.cienciaspenale.net) (consultato il 06 agosto 2018).

Il Codice penale sabauda, che troverà applicazione in quasi tutta la penisola dopo l'unificazione d'Italia, era traduzione del codice penale francese del 1810, L. 20 novembre 1859, n. 3783, pubblicato in Raccolta degli atti del governo di Sua Maestà il Re di Sardegna, Pignetti e Carena, 1859, versione scansionata in pdf disponibile sul sito del Ministero della Giustizia, [www.giustizia.it](http://www.giustizia.it) (consultato il 2 ottobre 2018).

Anche il Codice penale per il Regno delle due Sicilie prevedeva l'inesistenza del reato in ipotesi di Commissione in stato di demenza o morboso furore, Codice per lo Regno delle Due Sicilie, 26 marzo 1819, Real Tipografia del Ministero di Stato della Cancelleria Generale, Napoli 1819, versione scansionata in pdf disponibile sul sito del Ministero della Giustizia, [www.giustizia.it](http://www.giustizia.it) (consultato il 2 ottobre 2018).

<sup>256</sup> M. FOUCAULT, *About the Concept of the "Dangerous Individual" in 19th Century Legal Psychiatry*, in "Journal of Law and Psychiatry", 1978, 1, pp. 1-18, tr. it., *L'evoluzione della nozione di "individuo pericoloso" nella psichiatria legale del XIX secolo (1978)*, in "Aut Aut", 2016, 370, p. 129

<sup>257</sup> Ivi., p. 131

<sup>258</sup> Ivi., p. 132

psichiatrica ha operato una doppia qualificazione: da un lato quella della follia come malattia, dall'altro quella della follia come pericolo<sup>259</sup>. Per questo, si è mostrata subito interessata alla follia omicida, che permetteva di fondare il suo sapere-potere, come scienza del pericolo, di difesa della società. Del resto, lo stesso internamento in manicomio traeva legittimazione da questa doppia qualificazione, come osserva Galzigna:

la scienza psichiatrica, presentandosi all'opinione pubblica come impresa terapeutica e al tempo stesso come sapere a pretesa di verità sulla follia, fornirà una nuova legittimità alle procedure dell'internamento asilare: la misura amministrativa che priva l'internato della sua libertà – ben lungi dal configurarsi come espressione arbitraria e dispotica di un mero rapporto di potere – rappresenta [...] la sintesi condensata di una istanza umanitaria, di una preoccupazione medica e di una necessità sociale; essa infatti segrega il folle per potergli restituire la sua dignità di uomo e di cittadino, per poterlo curare e guarire, ed infine per poter difendere, nell'interesse della collettività l'ordine pubblico e la serenità delle famiglie<sup>260</sup>.

Di fronte ai gravi crimini senza ragione, si affrontano due istanze: quella giudiziaria – con il suo imbarazzo nel punire un crimine che non è in grado di comprendere – e quella psichiatrica che necessita la piena affermazione di competenza a riconoscere e trattare il crimine, non solo dopo ma anche prima, del suo manifestarsi. Una competenza che vedrà riconosciuta, in Francia, dalla legge sui manicomi del 1838, che permetterà il ricovero coatto del malato di mente «pericoloso a sé o agli altri»<sup>261</sup>

L'intersezione tra medico e giudiziario non si risolve nella perizia, ma attraversa l'intero campo penale, tanto che si può dire sia stato approntato un «sistema doppio, medico e giudiziario»<sup>262</sup>. Questo sistema, a dispetto di quanto si è soliti ritenere, non funziona secondo il modello giuridico: legge-infrazione-castigo, quanto sulla sanzione delle deviazioni dal paradigma della normalità. La figura antropologica oggetto dell'intervento e delle teorizzazioni non è l'individuo razionale che ha scelto di violare la legge, dei teorici illuministi, è l'individuo che «coniugando in sé i tratti del malato ed i tratti del criminale

---

<sup>259</sup> M. FOUCAULT, *Gli anormali*, cit.,

<sup>260</sup> M. GALZIGNA, *La malattia morale. Alle origini della psichiatria moderna*, Marsilio, Venezia 1988, p. 250

<sup>261</sup> R. CASTEL, *Medici e giudici*, cit.

<sup>262</sup> M. FOUCAULT, *Gli anormali*, cit., p. 45

manifesta una pericolosità che dev'essere presa in carico da un'istanza che non è né strettamente giuridica, né strettamente medica»<sup>263</sup>.

Nell'ultimo quarto dell'800, l'intervento della psichiatria nel processo penale è un elemento quasi consolidato, e l'*homo criminalis* è stato costruito come oggetto di una scienza: l'antropologia criminale. La penalistica classica liberale non si oppone a quello che Sbriccioli, riferendosi all'esperienza penale dell'Italia post-unitaria, ha definito «duplice livello di legalità»<sup>264</sup>, atto ad assicurare la difesa sociale da alcuni pericoli, senza il rispetto di vincoli e garanzie. In questo contesto prende corpo il dibattito sul manicomio giudiziario, sulla sua necessità come misura terapeutica e soprattutto difensiva. Un dibattito condotto prevalentemente da psichiatri ed atto ad affermare la competenza della psichiatria sul folle criminale. Nello stesso contesto il manicomio criminale viene istituito.

## 2. LO “STATO DI SALUTE” DELLA PERICOLOSITÀ NEGLI ANNI 2000

Abbiamo brevemente tratteggiato la genealogia del concetto di individuo pericoloso, come operatore nel processo penale, nella conduzione del manicomio e nell'amministrazione delle prigioni.

Il concetto emerge in un'epoca in cui la modalità prevalente di articolazione della punizione è quella moderna-disciplinare, ove lo stesso schema delitto-castigo, già proprio della modalità sovrana-legale, è inserito entro un complesso di strumenti e tecniche di sorveglianza e di correzione, orientati al duplice obiettivo di capire se e quando il crimine si verificherà e di trasformare il criminale<sup>265</sup>.

---

<sup>263</sup> G. CAMPESI, *L'individuo pericoloso*, cit., p. 125

<sup>264</sup> M. SBRICCOLI, Caratteri originali e tratti permanenti del sistema penale italiano (1860-1990), in L.VIOLANTE (a cura di), *Storia d'Italia. Annali, XVI, Legge Diritto Giustizia*, Torino, Einaudi, 1998, pp. 489 ss. Si rinvia anche al saggio, F. FILIPPETTA, *Liberalismo e governamentalità: garantismo penale e prevenzione di polizia in Francesco Carrara*, “Rivista AIC”, 2015, 2

<sup>265</sup> M. FOUCAULT, *Sécurité, territoire, population. Cours au Collège de France 1977-1978*, Gallimard, Parigi 2004, tr. it., *Sicurezza, territorio, popolazione. Corso al Collège de France (1977-1978)*, Feltrinelli, Milano 2010, pp. 15 – 16.

Foucault già nel 1977 individuava un'altra modalità, come dominante<sup>266</sup> nella sua contemporaneità: quella di sicurezza, in cui lo stesso meccanismo infrazione-punizione, calato nell'insieme di tecniche di sorveglianza e correzione, è orientato da istanze diverse, relative all'andamento statistico della criminalità, al suo costo sociale e a quello della repressione, al mantenimento della criminalità entro limiti ottimali<sup>267</sup>.

Quali differenze ci sono tra dispositivi di disciplina e dispositivi di sicurezza?

- 1) Spazio di applicazione: la disciplina è centripeta, lavora su segmenti, spazi isolati, fissa gli individui nello spazio. La sicurezza è centrifuga si estende ad un ampio raggio di intervento;
- 2) Grado di transigenza: la disciplina mira a colpire ogni minima infrazione rilevata. La sicurezza funziona con un certo livello di *laissez faire*;
- 3) Forma di regole: sia la disciplina che i sistemi sovranolegali suddividono ciò che è lecito da ciò che è vietato. Ma la disciplina funziona, non tanto in negativo sul divieto, quanto in positivo sull'obbligatorio. Il dispositivo di sicurezza utilizza gli strumenti della prescrizione e del divieto, ma funziona sulla base di un diverso punto di vista, quello del piano: presa di distanza, esame della realtà effettiva e risposta alla realtà, per eliminarne gli effetti, limitarli o amplificarli<sup>268</sup>;
- 4) Normalizzazione: la disciplina introduce un modello ottimale (la norma) e distingue tra chi è conforme e chi non lo è. La disciplina dunque, parte, da una norma. La sicurezza gioca inversamente, parte dall'osservazione della realtà, dalle distribuzioni, dalle curve di normalità e giunge alla norma. La sicurezza parte dal normale.

Nel 1990 Gilles Deleuze<sup>269</sup>, prendendo in prestito il termine da Burroughs, propone di qualificare le società post-disciplinari come società del controllo, che si differenzerebbero dalle società disciplinari per i seguenti elementi:

---

<sup>266</sup> Si parla di modalità penale dominante e non di "società disciplinare" o "società di sicurezza", per evitare l'effetto periodizzazione. Foucault precisa che la sua non vuole essere un'organizzazione per "ere", a suo avviso, non esistono «un'età legale, un'età disciplinare e un'età della sicurezza» (Ivi, p. 19) e non vi è una sostituzione di meccanismi e tecniche, ciò che cambia nei vari momenti e contesti è «la dominante» o «il sistema di correlazione» (*Ibid.*).

<sup>267</sup> Ivi, pp. 19-20

<sup>268</sup> Ivi, pp. 42-48

<sup>269</sup> G. DELEUZE, *Post-scriptum sur les sociétés de contrôle*, in "L'autre journal", 1990, 1; tr. it., *Poscritto sulle società di controllo*, in ID. *Pourparler*, Quodlibet, Macerata 2000, pp. 234-241

- 1) Spazio: la sorveglianza nelle società disciplinari è esercitata in una serie di ambienti di internamento; mentre il controllo si esercita in spazi aperti;
- 2) Linguaggio: la disciplina ricorre ad un linguaggio «analogico», mira alla costruzione o alla riforma dell'individuo utilizzando calchi o stampi. Il controllo un linguaggio digitale, ricorre a «calchi autodeformanti»;
- 3) Produzione: l'impresa sostituisce la fabbrica. La fabbrica costituiva un corpo di individui, laddove l'impresa spinge ad una concorrenza continua dividendo l'individuo fin nel suo intimo;
- 4) Passaggio da un'istituzione all'altra: nelle società di disciplina ogni istituzione che prendeva in carico il soggetto, ne recideva i legami, praticando una cesura con la vita precedente e con il precedente percorso istituzionale. Le società del controllo sono invece società in cui i dispositivi di controllo coesistono e sono permanenti. «Nelle società disciplinari non si faceva che ricominciare, mentre nelle società di controllo non si finisce mai niente»<sup>270</sup>;
- 5) Poli: nelle società disciplinari vi erano due poli, l'individuo e la massa. Nelle società di controllo il «dividuale» ha sostituito l'individuo e la banca dati, la massa.

Il modello deleuziano della società del controllo, trova riscontro nella nostra contemporaneità, in un continuum di strumenti di sorveglianza diffusi, che comprende, ad esempio, la sorveglianza sul consumo, con il *database marketing*<sup>271</sup>.

Occorre chiedersi se in una società del controllo, scompaiono, come preconizzava Deleuze, le istituzioni dell'internamento chiuse disciplinari<sup>272</sup>.

A livello globale, almeno per quanto attiene al campo penale, le istituzioni disciplinari sembrano tutt'altro che prossime alla dipartita. Nei Paesi occidentali, negli ultimi 40 anni si è assistito ad una costante (ed in taluni casi repentina) crescita dei tassi di detenzione e di quelli delle persone sottoposte a controllo penale<sup>273</sup>. Uscendo da un paradigma di lettura

---

<sup>270</sup> Ivi, pp. 236-237.

<sup>271</sup> Z. BAUMAN, D. LYON, *Liquid Surveillance. A Conversation*, Polity Press, Cambridge 2013, tr.it., *Sesto potere. La sorveglianza nella modernità liquida*, Laterza, Bari 2013.

<sup>272</sup> Nel già citato *Poscritto sulle società del controllo*, Deleuze affermava che industria, ospedale, carcere «sono finite, sono a più o meno breve scadenza. Si tratta unicamente di gestire la loro agonia e tenere occupata la gente fino all'insediamento delle nuove forze che bussano alla porta», p. 235

<sup>273</sup> Con «tasso di detenzione» si intende il rapporto tra i detenuti presenti in carcere e la popolazione abitante in un Paese ad una determinata data, il tasso è abitualmente utilizzato negli

semplificistico del tipo che vuole che esista un nesso necessario delitto-castigo e che l'andamento statistico della popolazione detenuta sia indicativo di una crescita della criminalità, ci si accorge, al contrario, che il «boom penitenziario»<sup>274</sup> è in controtendenza rispetto al tasso di reati commessi ed in particolare rispetto alla Commissione dei reati violenti, che dovrebbero destare maggiore allarme sociale, o comunque che, tenendo fermo il tasso di criminalità, i vari sistemi penali sono oggi molto più punitivi di 30 anni fa<sup>275</sup>.

---

studi sociologici sul carcere per comparazioni tra i diversi Paesi. Negli Stati Uniti il tasso di incarcerazione nel 1980 era di 310 persone ogni 100.000 residenti negli Stati Uniti con età superiore a 18 anni. Soltanto 10 anni dopo, nel 1990 il tasso era raddoppiato e aveva raggiunto la quota di 620 persone ogni 100.000 abitanti. Nel 2000 le persone detenute negli Stati Uniti erano 920 ogni 100.000 abitanti e nel 2006, si raggiungeva la quota massima di 1.000 detenuti ogni 100.000 abitanti: 1 abitante su 100 era detenuto. Il trend dal 2008 è in decrescita e nel 2016 il tasso è di 860 persone detenute ogni 100.000 abitanti. Anche il numero di persone sottoposte a controllo penale non detentivo è costantemente cresciuto. Nel 1980 erano sottoposte a *probation* o *parole* 810 persone ogni 100.000 abitanti negli Stati Uniti con età superiore ai 18 anni. Nel 1990 il tasso era più che raddoppiato 1720 persone su 100.000. Nel 2000, le persone sottoposte a controllo penale non detentivo erano 2160 su 100.000. Anche questo tasso dal 2007 è sceso, nel 2016 le persone sottoposte a controllo sono 1810. Nel 2007 oltre 3 abitanti statunitensi maggiorenni su 100 erano sottoposti a controllo penale. I dati sono tratti da BUREAU OF JUSTICE STATISTICS, *Key Statistics*, <Estimated number of inmates held in local jails or under the jurisdiction of state or federal prisons and incarceration rate, 1980-2016>, sul sito internet del Bureau, [www.bjs.gov](http://www.bjs.gov) (visitato il 16/11/2018). La crescita esponenziale registrata negli Stati Uniti non ha pari nei Paesi europei, dove comunque si registra una tendenza di crescita. Nel Regno Unito, il tasso di popolazione detenuta è passato da 87 persone ogni 100.000 abitanti nel 1980, a 90 nel 1990, 124 nel 2000, 153 nel 2010 e 146 nel 2016. I dati sono tratti da PRISON STUDIES, *Prison Brief Data, United Kingdom*, <Prison Population Trend>, sul sito dei Prison Studies, [www.prisonstudies.org](http://www.prisonstudies.org) (visitato il 16/11/2018). In Francia, il tasso di popolazione detenuta è passato da 66 persone su 100.000 abitanti nel 1980, a 78 su 100.000 nel 1990, a 82 su 100.000 nel 2000, a 96 nel 2008 e 110 nel 2016. I dati sono tratti da PRISON STUDIES, *Prison Brief Data, France*, <Prison Population Trend>, sul sito dei Prison Studies, [www.prisonstudies.org](http://www.prisonstudies.org) (visitato il 16/11/2018). In Italia, il tasso di popolazione detenuta è passato da 56 persone su 100.000 abitanti nel 1980, 46 nel 1990 (con una decrescita in controtendenza rispetto ad altri Paesi), a 93 nel 2000 (quasi raddoppiato nel corso di 10 anni), a 112 nel 2010. I dati sono tratti PRISON STUDIES, *Prison Brief Data, Italy*, <Prison Population Trend>, sul sito dei Prison Studies, [www.prisonstudies.org](http://www.prisonstudies.org) (visitato il 16/11/2018). In Spagna, il tasso è costantemente cresciuto, passando da 48 persone detenute su 100.000 abitanti nel 1980, a 85 nel 1990, a 113 nel 2000 a 165 nel 2010. I dati sono tratti da PRISON STUDIES, *Prison Brief Data, Spain*, <Prison Population Trend>, sul sito dei Prison Studies, [www.prisonstudies.org](http://www.prisonstudies.org) (visitato il 16/11/2018).

<sup>274</sup> Per riferirsi al caso-limite statunitense, in letteratura si è parlato di «boom penitenziario». Si rinvia alla monografia di Lucia Re e alla relativa ricca bibliografia, L. RE, *Carcere e globalizzazione. Il boom penitenziario negli Stati Uniti e in Europa*, Laterza, Roma-Bari 2006.

<sup>275</sup> Per misurare il fenomeno della criminalità, quasi tutti gli istituti di statistica nazionali, utilizzano metodi di indagine di vittimizzazione, ovvero interviste a campione sulla popolazione, con cui si rileva il numero di persone che dichiarano di aver subito un reato. Il tasso di vittimizzazione, rispetto ad altri indici come il numero di denunce presentate alle autorità competenti, riduce il dato

Le misure alternative, le pene sostitutive, i «collari elettronici che impongono al condannato di rimanere a casa in certe ore»<sup>276</sup>, non hanno scalzato la prigione. Come prospettava Cohen le misure alternative «si fanno nient'affatto alternative ma nuovi programmi che integrano il sistema esistente o lo espandono attraendo nuove popolazioni»<sup>277</sup>.

Mentre negli USA crescevano esponenzialmente i tassi di incarcerazione, si assisteva al «declino dell'ideale riabilitativo»<sup>278</sup>, senza intendere con questo la cancellazione e l'inoperatività di tutti i programmi e le misure correzionali, bensì l'affermazione di nuovi obiettivi del sistema penale. Fino agli anni '70, i professionisti del settore penitenziario e dei servizi sociali, i criminologi condividevano una serie di assunti penologici e dopo decenni di incertezza, nei primi anni 2000, sembra affermarsi una nuova «cultura del controllo», caratterizzata dal ritorno della mera retributività, l'invocazione delle ragioni delle vittime e della difesa sociale<sup>279</sup>. La questione penale, inoltre, con una rottura rispetto al passato, ha cessato di essere affidata ai soli esperti ed è diventata tema centrale del dibattito politico. In questa transizione, alcune *parole d'ordine*<sup>280</sup> e slogan, come «sicurezza» e «tolleranza zero», hanno dominato le campagne elettorali e sono state fatte proprie tanto da schieramenti conservatori quanto da progressisti, in un doppio movimento,

---

sommerso. Su questa metodologia, si rinvia a : M. G. MURATORE, *La misurazione del fenomeno della criminalità attraverso le indagini di vittimizzazione*, Istat, 2011.

Se prendiamo ad esempio il Paese con la più vorticosa crescita dei tassi detentivi, gli Stati Uniti, potremmo osservare che il tasso di vittimizzazione per reati violenti è sceso da 79.8 persone ogni 1.000 abitanti con età superiore ai 12 anni nel 1993, a 37.5 nel 2000, a 19.3 nel 2010, a 18.6 nel 2015. Dunque, nel 2015 negli Stati Uniti sono commessi ¼ dei crimini violenti del 1993, ma il tasso di popolazione detenuta è aumentato. BUREAU OF JUSTICE STATISTICS. *Rates of violent victimizations, 1993-2016*. Generated using the NCVS Victimization Analysis Tool, sul sito del Bureau, [www.bjs.gov](http://www.bjs.gov) (visitato in data 16/11/2018).

<sup>276</sup> G. DELEUZE, *Poscritto*, cit., p. 241

<sup>277</sup> S. COHEN, *The Punitive City: Notes on the Dispersal of Social Control*, in “Contemporary Crises”, 1979, 3, p. 347 [tr. it. mia]

<sup>278</sup> *The Decline of the Rehabilitative Ideal* è il titolo di una monografia di Francis Allen del 1981, utilizzato da D. GARLAND, *The Culture of Control. Crime and Social Order in Contemporary Society*, Oxford University Press, Oxford 2001, ebook, cap. I

<sup>279</sup> *Ibid.*

<sup>280</sup> Il richiamo è a L. WACQUANT, *Le prison de la misère, Raison d'agir*, Paris 1999, tr.it, *Parola d'ordine: tolleranza zero. La trasformazione dello stato penale nella società neoliberale*, Feltrinelli, Milano 2000.

in cui «le élite politiche rafforzano o addirittura anticipano le inquietudini securitarie dei cittadini»<sup>281</sup>, che «sono sempre meno tolleranti verso ciò che disturba le loro esistenze»<sup>282</sup>.

L'espansione del penitenziario negli USA non ha prodotto – come precisa Wacquant – un'incarcerazione di massa, in quanto non ha riguardato indistintamente l'intera popolazione, ma ha operato selettivamente portando «all'iperincarcerazione di maschi (sotto)proletari neri del ghetto in distruzione»<sup>283</sup>.

La particolare selettività del sistema penale non è una caratteristica soltanto statunitense ma anche propria di molti paesi europei<sup>284</sup>: il sistema penale, attraverso il gioco dei due principi giuridici della responsabilità individuale e della individualizzazione della pena, contribuisce «ad aggravare e perpetuare le diseguaglianze sociali»<sup>285</sup>. Il principio di responsabilità individuale cancella la storia del reo, dissolve le circostanze in cui il fatto è stato commesso, annulla il peso del contesto e delle disuguaglianze sociali, nella valutazione della responsabilità. L'individualizzazione della pena, d'altro canto, essendo tesa alla prevenzione della recidiva, fa giocare gli elementi del contesto sociale e familiare in negativo per le categorie, già in partenza, sfavorite<sup>286</sup>.

Il fatto che le istituzioni penali chiuse, i tipi di punizione della penalità moderna, i dispositivi disciplinari rimangano in vita e che il penitenziario risulti rafforzato, non demolisce la tesi del passaggio da società disciplinari a società del controllo.

---

<sup>281</sup> D. FASSIN, *Punir. Une Passion Contemporaine*, Edition du Seuil, 2017, tr. it., *Punire. Una passione contemporanea*, Feltrinelli, Milano 2018, p. 11

<sup>282</sup> Ivi, p. 10

<sup>283</sup> L. WACQUANT, *Class, race & hyperincarceration in revanchist America*, in “Dedalus”, 3 (2010), 139, pp. 74-90, tr. it., *Classe, razza e iperincarcerazione nell'America revanchista*, in ID., *Iperincarcerazione. Neoliberismo e criminalizzazione della povertà negli Stati Uniti*, Ombre Corte, Verona, 2013, p. 58

<sup>284</sup> In Italia, ad esempio, si riscontra una sovrarappresentazione dei migranti tra la popolazione detenuta, si rinvia A. SBRACCIA, *Immigrazione e criminalità*, in S. MEZZADRA e M. RICCIARDI (a cura di), *Movimenti indisciplinati. Migrazioni, migranti e discipline scientifiche*, Ombre Corte, Verona 2013, pp. 68-92

<sup>285</sup> D. FASSIN, *Punire*, cit., p. 161

<sup>286</sup> Ivi, p. 152

Foucault, ripartendo le tattiche punitive in quattro forme principali, osservava che le pene «insieme statutarie e apparentemente costanti non svolgono affatto lo stesso ruolo, in realtà non rispondono alla stessa economia del potere in un sistema o nell'altro»<sup>287</sup>.

Occorre dunque capire se nella nostra contemporaneità continui ad operare la pericolosità sociale, se e come il concetto sia stato risemantizzato e come giochi nelle tattiche e nell'economia del potere di punire e del controllo sociale contemporaneo.

Negli ultimi decenni, l'operatività del concetto di pericolosità sociale si è estesa, nel nostro ordinamento, trovando applicazione e insinuandosi in ambiti estranei all'abituale campo delle misure di prevenzione e di sicurezza: nelle norme sulla recidiva – ove quest'ultima viene ad incidere sui termini di prescrizione – o in quelle sull'esclusione della punibilità per particolare tenuità del fatto – non applicabile ai delinquenti abituali<sup>288</sup>.

Nel diritto penale contemporaneo, una pericolosità sociale rinvigorita opera come fattore che contribuisce a quella selettività del sistema penale, di cui abbiamo parlato.

### **3. PSICHIATRIA E PSICHIATRIA FORENSE**

Dopo le critiche radicali, la pericolosità sociale dell'infermo di mente autore di reato, sembra seguire traiettorie molteplici ed in parte divergenti.

Nel dibattito criminologico, psichiatrico-forense si affacciano teorie scientifiche attuariali, e, al contempo, le neuroscienze offrono un nuovo paradigma biologico-deterministico.

In entrambi i casi, è rinsaldata l'idea che vi siano individualità portatrici di rischi particolari, che la malattia mentale o la combinazione tra malattia mentale ed alcuni fattori esterni possano spiegarci un comportamento e permetterci di calcolare il grado di pericolosità, di cui è stato indice.

#### **3.1. FATTORI DI RISCHIO**

---

<sup>287</sup> M. FOUCAULT, *La société punitive. Cours au Collège de France 1972-1973*, Gallimard, Seuil 2013, tr.it., *La società punitiva. Corso al Collège de France (1972-1973)*, Feltrinelli, Milano 2016, p. 20.

<sup>288</sup> G. BALBI, *Infermità di mente e pericolosità sociale tra OPG e REMS*, in “Diritto penale contemporaneo”, rivista online, 20 luglio 2015.

Già negli anni '80, Robert Castel riteneva che la pericolosità sociale fosse stata soppiantata dalla nozione di rischio.

Secondo il sociologo francese, a partire dalla seconda metà del XIX secolo, con le teorie di Morel, si sarebbero poste le basi per un passaggio dall'operare del concetto di pericolo, come qualità ontologica del soggetto, da cui la società può difendersi ricorrendo ai tradizionali dispositivi di disciplina, al rischio, come combinazione di fattori «che rendono più o meno probabile il verificarsi di comportamenti indesiderabili»<sup>289</sup>.

Nelle società in cui è diventato centrale il rischio, la sorveglianza allargherebbe lo spettro, non sarebbe più centrata sul carcere, il manicomio e le istituzioni chiuse disciplinari, ma estesa allo spazio generalizzato, con una «moltiplicazione potenzialmente infinita delle possibilità di intervento»<sup>290</sup>. L'obiettivo principale delle strategie di gestione del rischio sarebbe la prevenzione. L'intervento non si eserciterebbe più su un soggetto, che ha dato manifestazione di sintomi di pericolosità, bensì su fattori di rischio e, per conseguenza, sulle persone che appartengono alle categorie portatrici di questo rischio. Si assisterebbe, dunque, al ritorno di un'utopia igienista, con una tendenza non più «a sradicare dal corpo sociale gli elementi indesiderabili (segregazione) o reintegrarli più o meno con la forza», ma «ad assegnare differenti destini sociali agli individui in funzione della loro capacità di farsi carico delle esigenze di competitività e redditività»<sup>291</sup>.

La pericolosità, nella sua forma psicologica di caratteristica ontologica del soggetto, connessa allo stato patologico, da trattare nelle istituzioni, sarebbe scalzata da una gestione del rischio, che agirebbe su “fattori”, predisponendo percorsi differenziati, in un contesto aperto e competitivo.

Nel processo penale, per valutare la pericolosità entrerebbero in gioco una serie di elementi statistici e non sarebbe più il criminale a rappresentare il rischio di crimine, ma certi tipi di popolazione<sup>292</sup>.

---

<sup>289</sup> R. CASTEL, *De la dangerosité au risque*, in “Actes de la recherche en sciences sociales”, 1983, 47-48, pp. 119-127, tr. it., *Dalla pericolosità al rischio*, in “Aut Aut”, 2016, 370, p. 155

<sup>290</sup> Ivi, p. 157

<sup>291</sup> Ivi, p. 164

<sup>292</sup> In questo senso anche M. FOUCAULT, *Danger, Crime and Rights. A Conversation between Michel Foucault and Jonathan Simon*, in “Theory, Culture and Society”, 2016, 1; tr. it., *Pericolo, crimine e diritti. Conversazione con Jonathan Simon*, in “Aut aut”, 2016, 372, pp. 5-29

Nella individualizzazione della pena, nelle decisioni sulle misure alternative, specie nel mondo anglosassone, i dati statistici, i modelli attuariali sono entrati prepotentemente nella teoria criminologica e nella pratica delle Corti, confermando le analisi di Castel e Foucault<sup>293</sup>.

Nella valutazione della pericolosità sociale, alcuni recenti studi di psicopatologia e psichiatria forense mostrano la progressiva affermazione in Italia di metodi attuariali di valutazione del rischio del *folle reo*. Dopo una fase di resistenza all'esportazione dei modelli di analisi del rischio, negli ultimi cinque/dieci anni compaiono nella letteratura italiana, studi atti ad affermare la maggiore attendibilità scientifica dei vari metodi di *Violence Risk Assessment*, rispetto all'accertamento con parere clinico non strutturato, accusato di essere troppo dipendente dalla soggettività del clinico chiamato ad effettuare la valutazione<sup>294</sup>.

La discussione in ambito scientifico, psicologico-forense e criminologico, sta producendo a cascata un dibattito anche negli studi giuridici, ove alcuni autori sostengono la necessità di una maggiore integrazione tra saperi e l'apertura a queste nuove tecniche di accertamento della pericolosità che garantirebbero, addirittura, il risultato – tutt'altro che scontato se guardiamo alla crescita della popolazione penitenziaria nei paesi in cui queste tecniche sono adottate da oltre trent'anni – di una riduzione del sovraffollamento carcerario<sup>295</sup>.

---

<sup>293</sup> Sulla razionalità attuariale, si rinvia a B. H. HARCOURT, *Une généalogie de la rationalité actuarielle aux États-Unis aux XIX<sup>e</sup> e XX<sup>e</sup> siècles*, in “Revue de sciences criminelles et de droit pénal comparé”, 2010, 1, pp. 29-45; tr. it., *Breve genealogia della razionalità attuariale americana*, in “Aut Aut”, 2017, 373, pp. 30 -50;

<sup>294</sup> Si vedano: L. CASTELLETTI, G. RIVELLINI, E. STRATICO', *Efficacia predittiva degli strumenti di Violence Risk Assessment e possibili ambiti applicativi della psichiatria forense e generale italiana. Una revisione della letteratura*, in “Journal of Psychopathology”, 2014, 20, pp. 153 – 162; L. CASTELLETTI, E. STRATICO', *Dalla pericolosità sociale all'analisi del rischio di recidiva di reato per i soggetti con malattia mentale. Prospettiva storica e riflessi attuali in Italia*, in “Rivista Sperimentale Freniatria”, 2016, 1, pp. 133-150; R. CAPRPENTIERI, A. SCHIMMENTI, S. FERRACUTTI, ET AL., *Valutazione della pericolosità sociale e del rischio di recidiva criminale attraverso un sistema di assessment integrato*, in “Psichiatria e Psicoterapia”, 36 (2017), 3, pp. 138-151; A. POMILLA, *Rischio di Violenza e Pericolosità Sociale: quali influenze? Applicazione delle Scale HCR-20 e PCL-R ad un campione di internati presso gli OPG di Italia*, tesi di laurea, Università La Sapienza, Roma 2012; I. ROSSETTO, *Dall'OPG alle REMS: studio di risk assessment in una popolazione psichiatrico forense*, tesi di dottorato, Milano Bicocca, 29 giugno 2017;

<sup>295</sup> G. ZARA, *Tra il probabile e il certo. La valutazione del rischio di violenza e di recidiva criminale*, in “Diritto penale contemporaneo”, rivista online, 20 maggio 2016.

Il metodo *risk assessment* è produttivo di un triplice effetto: conferma la validità e necessità della nozione di individuo pericoloso, di cui mira a garantire il maggiore grado di oggettività possibile, produce un'assegnazione delle persone a percorsi pre-determinati sulla base dei fattori di rischio, riproducendo le gerarchie e differenze sociali e rischiando di cristallizzare il destino dei soggetti di cui è accertata la pericolosità<sup>296</sup>; permette una maggiore gradazione della pericolosità, in una scala a zero soppresso e la relativa gradazione del trattamento, con un rischio di espansione del raggio di intervento delle istituzioni di controllo.

### 3.2. NEUROSCIENZE E PSICHIATRIA FORENSE

Le neuroscienze comprendono un ampio ed eterogeneo spettro di studi che spazia dalla neurobiologia molecolare, alla neuropsicologia, il cui comune denominatore è rappresentato dallo scopo di spiegare le azioni umane – semplici e complesse – attraverso le connessioni neuronali<sup>297</sup>.

Sia il programma neuroscientifico forte – secondo cui non esiste alcun margine di libero arbitrio – che quello debole – secondo cui le neuroscienze non sarebbero ancora in grado di dirimere la questione dell'esistenza del libero arbitrio, possono produrre effetti dirompenti sul sistema penale. La tecnica del *brain imaging*<sup>298</sup>, secondo alcuni autori sarebbe in grado di fondare valutazioni oggettive su imputabilità, pericolosità sociale, idoneità del trattamento penitenziario e attendibilità delle dichiarazioni di un testimone.

---

<sup>296</sup> Moretti e Galeazzi insistono molto su due elementi: 1) questo tipo di valutazione influisce sulla relazione terapeutica, rischiando di pregiudicare le risposte del terapeuta; 2) molti dei fattori sono relativi a precedenti agiti violenti, V. MORETTI e G. M. GALEAZZI, *La colonizzazione del rischio. Note sulla pratica di valutazione e gestione del rischio di violenza in psichiatria*, in “Rivista Sperimentale Freniatria”, 134 (2015), 3, pp. 71-88.

<sup>297</sup> Si rinvia a: A. OLIVIERO, *Prima lezione di neuroscienze*, Laterza, Bari, 2002, Cap. “Origine delle neuroscienze moderne” e C. GRANDI, *Neuroscienze e responsabilità penale. Nuove soluzioni per problemi antichi?*, Giappichelli, Torino 2016, Introduzione.

<sup>298</sup> Con *brain imaging* si intendono le tecniche diagnostiche che consentono di visualizzare l'attività celebrale e le aree del cervello che si rispondono nelle diverse attività umane.

In Italia, le prove neuroscientifiche iniziano ad essere accolte nel processo penale, anche se limitatamente ai giudizi sulla capacità di intendere e di volere<sup>299</sup>. Negli USA si contano anche casi di applicazione nei giudizi di pericolosità sociale<sup>300</sup>.

La diffusione della prova neuroscientifica pone i giuristi di fronte a grandi quesiti, in quanto, l'accoglimento della teoria forte, riduzionista, scuoterebbe le basi stesse del diritto penale di matrice liberale, imponendo una rifondazione su altri presupposti. La querelle teorica tra neuroscienziati e giuristi sul tema dell'esistenza del libero arbitrio, ripropone, in gran parte, le posizioni del dibattito tardo ottocentesco tra Scuola classica e Scuola positiva. Entrambe le posizioni eludono il nodo della costruzione sociale della distinzione tra condotte ammesse e vietate, di ciò che definiamo reato, delle condotte future che intendiamo prevenire ricorrendo al concetto di pericolo sociale e non pare al momento produttivo di effetti concreti.

La prova neuroscientifica si è insinuata, attraverso la perizia, nella pratica penale, a prescindere dalla soluzione della diatriba concettuale sull'esistenza o meno del libero arbitrio.

Questa introduzione dal basso, di cui si intravedono soltanto le prime manifestazioni, riafferma concezioni biologico-deterministe della tendenza a delinquere. La pericolosità sociale ritrova un saldo appoggio scientifico, dal momento in cui si ritiene possibile determinare il grado di pericolosità di un soggetto sulla base di alcune anomalie nel funzionamento celebrale.

Pur senza tratteggiare o prefigurare l'avvento di paesaggi distopici, questo sviluppo desta particolare allarme e riflette un buono stato di salute della pericolosità sociale.

---

<sup>299</sup> Si rinvia alla giurisprudenza presentata e discussa nel Cap. III della monografia di C. GRANDI citata.

<sup>300</sup> Anche per la giurisprudenza statunitense, si rinvia alla citata monografia di GRANDI.



### **CAPITOLO III – LE VESTI GIURIDICHE DEL MANICOMIO GIUDIZIARIO PRIMA E DOPO LA RIFORMA**

#### **0. PREMESSA**

Il manicomio giudiziario è stato istituito in Italia con una decisione amministrativa, come misura *extra codicem*, con una prevalente funzione, come la definisce Daga, «servente» al sistema penitenziario: liberare le case di pena dai detenuti ingestibili e meglio mantenervi l'ordine<sup>301</sup>.

Soltanto più di 50 anni dopo l'apertura della prima sezione per maniaci ad Aversa, l'internamento in manicomio giudiziario riceverà uno statuto, con l'emanazione dell'ancora vigente Codice Rocco, che lo qualificherà come misura amministrativa di sicurezza.

#### **1. IL MANICOMIO CRIMINALE NEL CODICE ROCCO**

Il legislatore del 1930 ha optato per un sistema penale a doppio binario, ovvero per la previsione di due diverse risposte dell'ordinamento alla Commissione di un fatto dalla legge previsto come reato: pene e misure di sicurezza.

Per comprendere il senso di questa opzione sistematica, vale la pena accennare alle posizioni delle due Scuole, che hanno segnato il dibattito tardo ottocentesco sulla penalità: la scuola classica e la scuola positiva di diritto penale e alle due diverse tipologie di sistema monistico proposte.

Le due scuole propugnavano due modelli diversi di penalità, che si fondavano su diverse concezioni antropologiche. Con qualche inevitabile semplificazione, possiamo affermare

---

<sup>301</sup> L. DAGA, *Ospedali psichiatrici giudiziari, sistema penale e sistema penitenziario*, in "Rassegna penitenziaria e criminologica", 1985, 1, pp. 1 – 52.

che per gli autori della Scuola classica, l'uomo era da ritenersi dotato di libero arbitrio e razionale, per la Scuola Positiva, di contro, l'uomo era tutt'altro che libero di compiere scelte autonome, essendo determinato da fattori biologici e sociali.

Da questi diversi modelli antropologici derivavano diverse concezioni della responsabilità penale. Per i classici, il soggetto che aveva commesso il reato era da ritenersi "moralmente" responsabile, per aver scelto di porre in essere l'azione penalmente sanzionata, al contrario, per i positivisti, la reazione dell'ordinamento era disancorata dall'accertamento della responsabilità e colpevolezza e scattava per il solo fatto della Commissione del reato, sintomatico della pericolosità sociale del reo.

Questa differenza si riverbera sulla concezione di imputabilità, che aveva un ruolo centrale per i classici e nessuna attrattività per i positivisti, che ritenevano che la società avesse il diritto di intervenire, non per retribuire il male fatto e vendicarsi, ma per difendersi, rispetto alle possibili future condotte.

Per i classici, la pena doveva avere funzione general-preventiva e retributiva, per i positivisti special-preventiva nelle varie forme dell'eliminazione, dell'impedimento, della cura. Alle due diverse funzioni corrispondevano due diverse legittimazioni della pena.

Entrambe le scuole proponevano un modello monistico di penalità, ovvero un unico genere di risposta all'illecito. Per la scuola classica, la pena, con durata predeterminata, da comminarsi soltanto all'imputabile e proporzionale alla gravità del fatto commesso. Per i positivisti, i sostitutivi penali, di durata potenzialmente illimitata, da comminarsi a qualsiasi autore di reato, modellati non sul crimine ma sul criminale, nella durata e nel contenuto<sup>302</sup>.

Arturo Rocco – fratello di Alfredo, Guardasigilli e promulgatore del codice penale del 1930 – elaborò una teoria penale, che coniugava alcuni assunti del positivismo e della giurisprudenza classica. Rocco partiva da una critica alla metodologia delle due scuole, che non erano riuscite a fondare un metodo propriamente tecnico-giuridico, perché

---

<sup>302</sup> Per una panoramica generale si rinvia a A. CAPUTO, *La pericolosità sociale. Vecchie esigenze e nuove proposte alla luce della legge 30 maggio 2014, n. 81*, Aracne, Roma 2015, cap. I; F. COLAO, *Le scuole penalistiche* (voce), in "Il contributo italiano alla storia del pensiero – Diritto", Treccani, 2012. Si rinvia inoltre, alla lettura di alcune opere di autori appartenenti alle due scuole. Per la scuola classica: F. CARRARA, *Programma del corso di diritto criminale*, Tipografia Giusti, Lucca 1867. Per la scuola positiva: E. FERRI, *Sociologia criminale*, cit.; ID., *La scuola criminale positiva. Conferenza del Prof. Enrico Ferri nella Università di Napoli*, Enrico Dekten, Napoli, 1885.

contaminate da influenze di altre discipline: la classica dalle speculazioni filosofico-metafisiche e la positiva dalle scienze umane<sup>303</sup>. Rocco promuoveva un metodo scientifico-giuridico, centrando l'analisi sul diritto positivo e posticipando le riflessioni sul fondamento della pretesa sanzionatoria.

Nella sistematica di Rocco la pena, come qualsiasi altro istituto giuridico, era funzionale ad uno scopo. Lo scopo della pena variava nelle due distinte fasi della previsione normativa e dell'applicazione della sanzione. Se, nella prima fase, la pena assolveva ad una funzione general-preventiva negativa (nella forma del monito), nell'applicazione, lo scopo era preventivo, rispetto a tre condotte che avrebbero potuto seguire all'azione delittuosa: la replica, l'emulazione e la vendetta<sup>304</sup>. La pena – reazione ad un fatto commesso da un individuo responsabile – non poteva prescindere dalla proporzione alla gravità del fatto né dall'accertamento della colpevolezza dell'autore, ma ciò non escludeva che lo Stato predisponesse altre misure atte a difendere la società, di natura non penale.

Il legislatore del 1930, faceva proprio questo terzo indirizzo, ritenendo «opportuno prendere da ciascuna scuola soltanto ciò che in esse vi è di buono e di vero – cercando di creare – un sistema che tutte le scuole componesse nell'unità di un più alto organismo atto a soddisfare i reali bisogni e le effettive esigenze di vita della società e dello Stato»<sup>305</sup>, puntando, dunque, ad obiettivi di utilità, tra cui – preminente – quello di offrire strumenti efficaci di difesa sociale.

Con il Codice Rocco veniva introdotto un modello dualistico, che prevedeva a fianco alla pena, su un altro binario, con altri presupposti, misure atte a difendere la società: sia *ante* che *post delictum* (misure di prevenzione e misure di sicurezza).

## 1.1. CHI RISPONDE DEI REATI COMMESSI? IMPUTABILITÀ

---

<sup>303</sup> ARTURO ROCCO, *Il metodo della scienza del diritto penale*, in “Rivista di diritto e procedura penale”, 1, 1910, pp. 497 e ss.

<sup>304</sup> ARTURO ROCCO, *Opere giuridiche. Volume I. L'oggetto del reato e della tutela giuridica penale. Contributo alle teorie generali del reato e della pena*, Fratelli Bocca, Torino 1913, ristampa Società editrice del Foro italiano, Roma 1932, pp. 442 – 467.

<sup>305</sup> ALFREDO ROCCO, *Relazione a Sua Maestà il Re*, in *Testo del nuovo Codice penale con relazione a Sua Maestà il Re del Guardasigilli*, Tipografia Le Mantellate, Roma 1930.

In ossequio all'impostazione dualistica, fedele al brocardo *nulla poena sine culpa*, l'art. 85 del codice penale esclude la punibilità di colui che non è imputabile. L'imputabilità è definita, dallo stesso articolo, in termini positivi, come presenza delle due facoltà di intendere e di volere, al momento della Commissione del fatto.

Con un'inevitabile semplificazione, possiamo definire la capacità di intendere come attitudine a cogliere il significato dell'atto, mentre quella di volere, come facoltà di frenare i propri impulsi e di compiere una scelta, almeno parzialmente libera<sup>306</sup>.

Nessun soggetto è mai completamente libero di autodeterminarsi, di conseguenza, la capacità di intendere e di volere dovrà essere valutata in rapporto ad uno standard, un livello di "normalità", al di sotto del quale il soggetto cessa di essere ritenuto responsabile delle proprie azioni.

La letteratura giuridica e criminologica ritiene che il livello normale di autodeterminazione possa ricavarsi, a contrario, dall'insieme delle condizioni che il codice indica come cause che diminuiscono od escludono l'imputabilità e, riconducendo le varie cause elencate (minore età<sup>307</sup>, sordomutismo<sup>308</sup>, ubriachezza derivata da caso fortuito o forza maggiore<sup>309</sup>

---

<sup>306</sup> La dottrina ha molto dibattuto sulla possibilità di considerare capacità di intendere e capacità di volere come due facoltà distinte ed autonome. I momenti della comprensione e della volizione, sarebbero inestricabili fasi del processo decisionale. In questo senso, G. FIANDACA, E. MUSCO, *Diritto penale. Parte generale*, Zanichelli, Bologna 2011, pp. 325 e ss. *contra* M. ROMANO, G. GRASSO, *Commentario sistematico del codice penale. Art. 85-149*, Giuffrè, Milano 2012, p. 15.

<sup>307</sup> Il codice penale suddivide i soggetti in tre categorie, in base all'età: i minori dei 14 anni, per i quali vi è una presunzione *iuris et de iure* di incapacità (Art. 97 c.p.); i minorenni di età compresa tra 14 e 18, per i quali il giudice dovrà valutare in concreto la sussistenza della capacità di intendere e di volere (Art. 98c.p); i maggiorenni per i quali vige una presunzione relativa di capacità e in assenza di un vizio di mente o di un'intossicazione, saranno normalmente ritenuti imputabili.

<sup>308</sup> Tra le cause che possono incidere sull'imputabilità dell'agente, il codice Rocco annovera anche il sordomutismo. Per i sordomuti, come per gli infermi di mente, non esiste alcun meccanismo presuntivo, dunque l'incapacità dovrà essere soggetta a dimostrazione.

<sup>309</sup> In relazione agli stati di incapacità di determinazione causati dall'uso di alcol o di sostanze stupefacenti, il Codice articola una serie di ipotesi che vanno dall'esclusione dell'imputabilità (o scemata responsabilità), all'imputabilità in caso di ubriachezza volontaria o colposa, all'aggravio di pena per uso preordinato. La disciplina sembra, in primo luogo, funzionale a sanzionare il consumo di sostanze psicotrope, laddove con una *fictione iuris* presume l'imputabilità anche quando, di fatto, il soggetto poteva non essere in grado di intendere e volere al momento della Commissione. L'uso di sostanze stupefacenti per causa fortuita o forza maggiore e la cronica intossicazione da alcool o sostanze stupefacenti sono tra le condizioni che il Codice indica come potenziali escludenti della capacità di intendere e di volere; mentre l'ubriachezza volontaria o colposa, per espressa previsione codicistica non incide sull'imputabilità, infine l'uso preordinato alla Commissione e l'uso abituale comportano un aumento di pena.

e cronica intossicazione da alcol e sostanze stupefacenti<sup>310</sup>, vizio di mente) a due tipologie di fattori (età e anomalie psichiche), ritiene che lo standard debba essere la capacità di autodeterminarsi media dell'adulto sano.

La disciplina codicistica prevede che si debba considerare non imputabile per vizio di mente il soggetto che, nel momento in cui ha commesso il fatto, si trovava, in ragione di un'infermità, in uno stato di mente tale da escludere la capacità di intendere e di volere.

Il legislatore ha optato per una definizione empirico-normativa della incapacità per vizio totale di mente. L'infermità non è di per sé requisito sufficiente per escludere l'imputabilità, essendo necessario che l'infermità abbia prodotto effetti sulla capacità di intendere e di volere, scemandola o cancellandola.

Quella di infermità di mente è una categoria astratta, elastica e non ereditata dal gergo psichiatrico-specialistico e a cui potenzialmente possono ascrivere una gamma di condizioni anche più ampia di quelle che rientrano nella definizione psichiatrica di malattia mentale<sup>311</sup>. L'infermità deve aver prodotto una diminuzione o un completo obnubilamento delle due capacità. Secondo alcuni autori, per escludere l'imputabilità è necessario che la condotta criminosa segua temporalmente la manifestazione patologica oppure che sussista un nesso eziologico tra la malattia e la condotta, soprattutto in presenza di quei disturbi psichici che non escludono in assoluto la capacità di intendere e di volere<sup>312</sup>.

Il codice riconosce due diversi gradi in cui la patologia psichiatrica può incidere sull'imputabilità: il vizio totale ed il vizio parziale di mente. Al riconoscimento del vizio totale di mente consegue il proscioglimento e l'eventuale applicazione della misura di sicurezza del ricovero in manicomio giudiziario, al riconoscimento del vizio parziale, la condanna a pena diminuita e l'applicazione – dopo l'espiazione della condanna – della misura di sicurezza dell'assegnazione ad una casa di cura e custodia.

---

<sup>310</sup> Come l'ubriachezza fortuita, anche la cronica intossicazione da alcol e sostanze stupefacenti è una delle cause di esclusione dell'imputabilità, laddove abbia dato luogo ad incapacità di intendere e volere.

<sup>311</sup> In giurisprudenza si rilevano due orientamenti. Il primo considera rilevanti soltanto le malattie mentali *stricto sensu* intese (*ad exemplum*, Cass. pen., sez. V, 27 giugno 2000; Cass. pen., sez. I, 25 marzo 2004, n. 16940), il secondo che considera rilevanti anche disturbi non strettamente ascrivibili ad una patologia, come i disturbi di personalità possono costituire causa idonea ad escludere o scemare la responsabilità (*ad exemplum*, Cass. pen., Sez. Un., 8 marzo 2005, n. 9163)

<sup>312</sup> I. MERZAGORA BETSOS, *Imputabilità, pericolosità sociale e capacità di partecipare al processo*, in G. GIUSTI (a cura di), *Trattato di medicina legale. Vol. IV. Genetica, psichiatria forense e criminologia, medicina del lavoro*, Cedam, Padova 2009, pp. 162-163.

## **1.2.MISURE AMMINISTRATIVE (?) DI SICUREZZA**

Le misure di sicurezza, anche se trovano regolamentazione nel codice penale, sono qualificate, dal legislatore del 1930, come misure amministrative. Tale attribuzione è coerente con quella «grande illusione»<sup>313</sup> della terza Scuola, di poter conservare un'ossatura liberale, pur introducendo una forma di limitazione della libertà personale, con funzione di prevenzione speciale, svincolata dai principi e dalle garanzie del diritto penale classico e con lo stesso contenuto della pena, semplicemente conferendole un altro statuto.

Il codice prevede due categorie di misure di sicurezza: personali e patrimoniali. Tra le personali, due specie: detentive e non detentive. Le misure si distinguono, inoltre, per i soggetti a cui sono applicate, in misure per imputabili, che si applicano cumulativamente alla pena e a seguito dell'espiazione e per semi-imputabili o non imputabili, che si applicano, rispettivamente in aggiunta o in sostituzione alla pena.

Tra le misure di sicurezza personali detentive per semi-imputabili e non imputabili, figuravano: il ricovero in riformatorio giudiziario per i minori non imputabili, misura soppressa nel 1988<sup>314</sup>, con la riforma della giustizia penale minorile; il ricovero in manicomio giudiziario, per non imputabili per vizio di mente, cronica intossicazione da alcol o sostanze stupefacenti, sordomutismo; l'assegnazione ad una casa di cura e custodia, per semi-imputabili per vizio di mente, cronica intossicazione da alcol o sostanze stupefacenti, sordomutismo.

## **1.3.PRINCIPI: LEGALITÀ E SUCCESSIONE DELLE LEGGI NEL TEMPO**

L'art. 199 del codice penale estende il principio di legalità alle misure di sicurezza, statuendo che «nessuno può essere sottoposto a misure di sicurezza che non siano espressamente stabilite dalla legge e fuori dei casi dalla legge stessa preveduti». Il

---

<sup>313</sup> M. ROMANO, G. GRASSO, *op. cit.*, p. 423

<sup>314</sup> Per l'esame ed il commento della riforma del processo penale minorile, si rinvia a G. GIOSTRA (a cura di), *Il processo penale minorile: commento al D.P.R. 448/1988*, Giuffrè, Milano 2016.

principio di legalità è stato poi costituzionalizzato: l'art. 25 Cost. infatti dispone che «nessuno può essere sottoposto a misure di sicurezza, se non nei casi previsti dalla legge». Nel diritto penale, la successione delle leggi nel tempo è orientata al principio del *favor rei*. Ai sensi, dell'art. 2 c.p. la legge penale è irretroattiva negli effetti negativi e retroattiva in quelli positivi. Si prevede, infatti, che nessuno possa essere punito per un fatto che, all'epoca della commissione, non costituiva reato, ma anche che nessuno possa essere punito per un fatto che ha cessato di essere qualificato come reato. Nell'ipotesi di successione di leggi che fissano discipline diverse per la stessa fattispecie, è previsto che si applichi la più favorevole.

La successione delle leggi in materia di misure di sicurezza, è diversamente regolata: le misure hanno applicazione retroattiva e, nel caso di diversa regolamentazione, trova applicazione la disciplina vigente al tempo dell'esecuzione (art. 200 c.p.)<sup>315</sup>.

#### **1.4.PRESUPPOSTI: LA PERICOLOSITÀ SOCIALE**

I presupposti su cui si fonda l'applicazione delle misure sono due: la Commissione di un fatto dalla legge previsto come reato e la pericolosità sociale.

Le misure di sicurezza possono essere applicate anche in assenza del primo presupposto, nelle ipotesi di commissione di una di quelle condotte ascritte alla categoria dei quasi reati: fatto erroneamente supposto reato (art. 49 c.p.); reato impossibile (art. 49 c.p.); l'accordo per commettere un reato, o l'istigazione a delinquere, cui non abbia fatto seguito la commissione dell'illecito (art. 115 c.p.).

Il presupposto oggettivo, consente di distinguere le misure di sicurezza da quelle di prevenzione. Entrambe sono misure amministrative, di polizia, finalizzate alla difesa sociale e alla prevenzione speciale.

---

<sup>315</sup> La retroattività della normativa sulle misure di sicurezza è stata delimitata per via interpretativa. In un prima fase, si è affermato, con una lettura costituzionalmente orientata, il principio secondo cui non si può applicare la misura di sicurezza alla persona che abbia compiuto un fatto, che all'epoca della Commissione non costituiva reato. In una secondo fase, alla luce dell'art. 7 della CEDU, si è estesa l'irretroattività anche alla legge che introduce nuove misure di sicurezza, quanto meno per gli imputabili. Per il commento e la bibliografia sul tema, si rinvia a M. ROMANO, G. GRASSO, *op. cit.*, pp. 455 - 463

L'estinzione del reato impedisce l'applicazione delle misure di sicurezza (art. 210 c.p.).

La pericolosità sociale è definita dall'art. 203 come probabilità di commettere nuovi fatti previsti dalla legge come reato. L'accertamento di tale qualità soggettiva, si basa sulle circostanze di cui all'art. 133 c.p. (art. 203 c.p.) che fissa i criteri di commisurazione della pena. Il giudice ha un ampio potere discrezionale nel determinare in concreto il *quantum* di pena, tra il minimo ed il massimo edittale. Il legislatore però, determina le condizioni, gli indici, le circostanze, di cui dovrà tenere conto in questa valutazione.

Il primo gruppo di questi, attiene alla gravità del fatto e comprende: la natura, la specie, i mezzi, l'oggetto, il tempo, il luogo ed ogni altra modalità dell'azione; la gravità del danno o del pericolo cagionato alla persona offesa dal reato; l'intensità del dolo o il grado della colpa.

Il secondo gruppo, contiene gli indici di capacità a delinquere e comprende: i motivi a delinquere e il carattere del reo; i precedenti penali e giudiziari e, la condotta e la vita del reo, antecedenti al reato; la condotta contemporanea o susseguente al reato; le condizioni di vita individuale, familiare e sociale del reo.

### **1.5.PRESUNZIONE DI PERICOLOSITÀ SOCIALE**

Nella versione originaria del Codice Rocco la pericolosità era presunta in alcune ipotesi, disciplinate dall'art. 204 c.p., ove si disponeva che in generale le misure fossero applicate solo previo accertamento della pericolosità.

Nelle ipotesi di presunzione, l'accertamento era comunque richiesto qualora fossero trascorsi 10 anni dalla Commissione del fatto da parte di infermo di mente o 5 negli altri casi. Oppure, in fase di esecuzione qualora fossero trascorsi oltre 10 anni dalla sentenza di proscioglimento dell'infermo di mente, o 5 anni dalla sentenza di condanna, senza che la misura ordinata fosse stata eseguita.

La presunzione operava nei confronti delle seguenti categorie:

- a. minori condannati per un delitto commesso durante l'esecuzione di una misura di sicurezza disposta in precedenza (art. 225 co. 2);
- b. minori che avessero commesso delitti non colposi per cui la legge stabiliva la pena di morte, l'ergastolo o la reclusione non inferiore nel minimo a 3 anni (art. 224 co. 2);

- c. prosciolti per vizio di mente o cronica intossicazione da alcool o sostanze stupefacenti o sordomutismo che avessero commesso un delitto non colposo con pena edittale non inferiore nel massimo a due anni (art. 222 co. 1);
- d. condannati a pena diminuita per semi-infermità, cronica intossicazione da alcool o sostanze stupefacenti o sordomutismo che avessero commesso un delitto per il quale la pena edittale non fosse inferiore nel minimo a cinque anni (art. 219 co. 1).

La presunzione non era soltanto una presunzione di esistenza della pericolosità sociale del soggetto ma persino una presunzione di durata, di persistenza. L'infermità mentale e la conseguente pericolosità erano presunte perdurare fino al momento dell'applicazione della misura di sicurezza, con una eccezione nel caso in cui tra la Commissione del fatto e l'applicazione della misura di sicurezza fosse decorso un tempo tale da far riaffiorare un onere di accertamento giudiziale.

Per l'infermo di mente, la sola esistenza della patologia e l'aver commesso un reato erano ritenuti condizioni sufficienti per far operare una presunzione *iuris et de iure*, non suscettibile di prova contraria.

## 1.6.DURATA

Le misure di sicurezza personali hanno una durata predeterminata nel minimo e potenzialmente illimitata nel massimo. Al termine della durata minima, infatti, il giudice procede a riesaminare la pericolosità sociale del soggetto e può disporre la proroga (art. 208 c.p.)<sup>316</sup>.

Per le misure di sicurezza personali rivolte ai non imputabili o semi-imputabili per vizio di mente, la durata minima è connessa alla gravità del fatto commesso, valutata in astratto, sulla base della pena edittale prevista, secondo le due tabelle che seguono:

**Tabella 1: Durata minima ricovero in M.G.**

Previsione edittale	Durata minima ricovero in M.G.
---------------------	--------------------------------

<sup>316</sup> Si ricorda che la L. 81/2014 ha previsto un tetto massimo di durata delle misure di sicurezza del ricovero in OPG e dell'assegnazione ad una casa di cura e custodia.

≥ 2 anni nel massimo	2 anni
≥ 10 anni nel minimo	5 anni
Ergastolo o pena di morte	10 anni

**Tabella 2: durata minima assegnazione ad una casa di cura e custodia**

Previsione edittale	Durata minima assegnazione ad una CCC
< 5 anni nel minimo	6 mesi (senza presunzione di pericolosità)
≥ 5 anni nel minimo	1 anno
≥ 10 anni nel minimo	3 anni

Così congegnata, per fasce di pena edittale, la disciplina codicistica della durata minima del ricovero in manicomio giudiziario, poteva produrre dei paradossi, con un deciso sfavore per coloro che avessero commesso un fatto di minore gravità e fossero stati valutati incapaci di intendere e di volere. Nel caso, infatti, di Commissione di un reato con massimo di pena edittale pari a due anni, ad esempio oltraggio a pubblico ufficiale (art. 341 c.p.), una persona dichiarata incapace di intendere e volere per vizio totale di mente, si sarebbe vista applicare una misura di sicurezza con durata minima di due anni, senza alcun accertamento della pericolosità sociale e senza possibilità di revoca anticipata, se non nel caso residuo previsto dall'art. 207 c.p. Per la Commissione del medesimo fatto, la persona valutata capace di intendere e volere, sarebbe stata condannata a due anni, solo nell'ipotesi – residua – di applicazione del massimo edittale di pena e potendo eventualmente far giocare le circostanze attenuanti.

Se invece ipotizziamo la Commissione di un fatto per il quale il Codice preveda una pena non inferiore nel minimo a anni 10, ad esempio l'omicidio doloso (art. 575 c.p.), il non imputabile sarebbe stato sottoposto ad una misura di sicurezza della durata minima di 5 anni, mentre l'imputabile sarebbe stato condannato a scontare almeno 21 anni di reclusione (salvo anche in questo l'operare delle circostanze).

### **1.7.LA REVOCA ANTICIPATA**

La misura di sicurezza è revocabile prima del decorso del termine di durata minima, in caso di cessata pericolosità sociale. Ma la facoltà di revoca era originariamente attribuita

soltanto al Ministro della Giustizia. Tale attribuzione di competenza riduceva le possibilità di potersi vedere effettivamente revocata la misura di sicurezza prima del decorso della durata minima<sup>317</sup>.

## **1.8.LA MISURA DI SICUREZZA PROVVISORIA**

Le misure di sicurezza per non imputabili o semi-imputabili possono essere applicate anche prima della conclusione del giudizio, in via provvisoria (art. 206 c.p.).

I presupposti per l'applicazione provvisoria non erano chiariti, né dal codice penale né da quello di procedura penale del 1930, che si limitava a prevedere la facoltà per il giudice di applicare provvisoriamente la misura di sicurezza del ricovero in manicomio, nel caso in cui il soggetto fosse stato infermo di mente al momento della commissione (art. 258 c.p.p. 1930).

Il codice di procedura penale attualmente vigente, introdotto nel 1988, ha invece previsto le condizioni di applicabilità delle misure provvisorie, ovvero: gravi indizi di commissione del fatto ed assenza di cause di giustificazione o non punibilità (art. 312 c.p.p.).

Il tempo trascorso in esecuzione della misura provvisoria è computato nella durata minima della definitiva, ai sensi dell'art 206 c.p.

Tale misura non ha - o meglio non aveva prima della riforma - un limite di durata. Potevano, dunque, verificarsi casi in cui la persona ritenuta inferma dal giudice nel corso del procedimento, ancor prima della condanna o del proscioglimento per vizio di mente, venisse reclusa in manicomio giudiziario anche per un tempo molto lungo.

## **1.9.CHI ALTRO IN MANICOMIO GIUDIZIARIO?**

---

<sup>317</sup> Per correttezza, occorre precisare che anche dopo la dichiarazione di incostituzionalità della disposizione di cui all'art. 207 c.p. ed il conferimento del potere di revoca anticipato in capo al magistrato di sorveglianza, le revoche anticipate sono state numericamente molto esigue. In 26 anni, dal 1986 al 2012 ci sono stati soltanto 19 casi in cui la misura di sicurezza detentiva del ricovero in OPG è stata anticipatamente revocata (Dati dell'ufficio statistiche del casellario di giustizia, che ci erano stati forniti per un precedente lavoro).

I manicomi giudiziari non erano solo i luoghi in cui veniva eseguita la relativa misura di sicurezza. Originariamente istituiti per accogliere i detenuti impazziti, hanno ospitato *rei folli e folli rei*, per gran parte della loro storia.

Le categorie giuridiche che trovavano accoglienza nei manicomi giudiziari erano:

1. *i sottoposti alla misura di sicurezza del ricovero in manicomio giudiziario*: sia i prosciolti che dovevano eseguire una misura di sicurezza definitiva, sia le persone cui fosse stata applicata una misura provvisoria;

2. *sottoposti alla misura di sicurezza dell'affidamento ad una casa di cura e custodia*: i condannati a pena diminuita cui fosse stata applicata la misura di sicurezza della casa di cura e custodia, dopo l'espiazione della pena. Il regolamento delle carceri del 1931 prevedeva l'istituzione di strutture apposite, ma le case di cura e custodia sono sempre state sezioni di manicomio giudiziario (o di carcere);

3. *condannati a pena sospesa*: l'148 del codice penale disponeva che il condannato ad una pena restrittiva della libertà personale, al quale fosse sopravvenuta un'infermità psichica tale da non consentire la prosecuzione dell'esecuzione, fosse ricoverato in un manicomio giudiziario. Il giudice, in queste ipotesi sospendeva o differiva la pena<sup>318</sup>.

Gli effetti di questo provvedimento erano particolarmente negativi per il condannato affetto da un patologia psichiatrica in quanto, in ipotesi di guarigione, egli tornava a scontare la propria pena, senza che il periodo trascorso in manicomio giudiziario fosse computato come pena espiata<sup>319</sup>.

4. *imputati a procedimento sospeso*: qualora un patologia psichiatrica sopravvenisse nel corso del giudizio, rendendone impossibile la prosecuzione, era prevista la facoltà di ricoverare l'imputato in manicomio giudiziario (art. 88 del c.p.p. del 1930). In questi casi, il procedimento veniva sospeso, con gravissime conseguenze.

---

<sup>318</sup> La Corte Costituzionale, con sentenza 6-19 giugno 1975, n. 146, ha dichiarato costituzionalmente illegittimo l'art. 148, nella parte in cui prevedeva la sospensione ed il differimento della pena.

<sup>319</sup> Si rinvia a F. DE FERRARI E C.A. ROMANO, *Sistema penale e tutela della salute*, Milano, Giuffrè, 2003; A. MANACORDA, *Il manicomio giudiziario: cultura psichiatrica e scienza giuridica nella storia di un'istituzione totale*, De Donato, Bari 1982, pp. 50 e ss ; A. MARGARA, *Le situazioni giuridiche sospese*, in "Quale giustizia", 1974, 29; I. CAPPELLI, *Il manicomio giudiziario*, Comunicazione all'VIII Convegno nazionale dei Comitati d'azione per la giustizia, Roma, giugno 1971, pubblicato in "Quale giustizia", 1971, 9-10.

L'istituto della sospensione del procedimento, nato come garanzia per un effettivo esercizio del diritto di difesa, poteva produrre internamenti a vita<sup>320</sup>. L'art. 272 del c.p.p., come modificato nel 1955, prevedeva che i termini di durata della custodia cautelare fossero sospesi in esecuzione della perizia, non nel caso di sospensione del processo. Ciononostante, negli anni '70 si riscontravano ancora casi di internati in manicomio giudiziario da oltre 20 anni con procedimento sospeso.

5. *Periziandi*: gli imputati di un reato per i quali il giudice avesse disposto la perizia psichiatrica, potevano essere trasferiti dal carcere al manicomio giudiziario, al solo fine di espletare la perizia. Il codice di procedura penale del 1930, prevedeva infatti che il periziando fosse detenuto nel carcere o in un manicomio pubblico, preferibilmente giudiziario (art. 318 c.p.p. del 1930).

6. *Osservazione psichiatrica*: qualora il detenuto – sia in attesa di giudizio, che condannato in primo grado o in via definitiva – manifestasse segni di disturbo psichico, poteva essere trasferito in manicomio giudiziario, per espletare una osservazione psichiatrica, anche ai fini dell'adozione del provvedimento di cui all'art. 148 c.p.

7. *Misura di sicurezza trasformata*: le persone che, nel corso dell'esecuzione di una misura di sicurezza detentiva, diversa dal ricovero in manicomio giudiziario, avessero manifestato patologie psichiatriche, potevano subire la trasformazione della misura di sicurezza, nel ricovero in OPG, ai sensi dell'art. 212 c.p.

8. I cosiddetti *Minorati psichici in sentenza*: le persone condannate ad una pena diminuita perché ritenute parzialmente capaci di intendere e di volere, al momento della commissione del fatto, avrebbero dovuto prima espiare la pena in carcere e successivamente – se ritenuti ancora socialmente pericolosi – eseguire la misura di sicurezza dell'assegnazione ad una casa di cura e custodia. La pena detentiva però, poteva essere eseguita – anziché in carcere – in manicomio giudiziario. Le persone che eseguivano la pena in manicomio giudiziario erano etichettate come “minorati psichici in sentenza”.

9. *Minorati psichici amministrativi*: i condannati che nel corso dell'espiazione della pena fossero stati colpiti da una patologia psichiatrica, non abbastanza grave da comportare la

---

<sup>320</sup> Si rinvia a: A. MANACORDA, *op. ult., cit.*, pp. 50 e ss.; A. MARGARA, *op.ult.cit.*; I. CAPPELLI, *op.ult.cit.*;

sospensione della pena, ai sensi dell'art. 148 c.p., potevano essere trasferiti ad espiare la condanna in manicomio giudiziario, per decisione dell'autorità amministrativa. Le persone che subivano il trasferimento in manicomio giudiziario per questo motivo erano appellate "minorati psichici amministrativi".

## **2. COM'È CAMBIATA L'ISTITUZIONE: RIFORME E SENTENZE 1930-2011**

La normativa sul manicomio giudiziario non è rimasta immutata dal 1930 fino alla recente riforma del 2012.

Il sistema penale a doppio binario, le misure di sicurezza ed il manicomio giudiziario sono stati bersagli di critiche, specie nel corso degli anni '70 e una pluralità di voci si sono espresse a favore del superamento dell'istituzione.

Ciononostante, questa è sopravvissuta e non è stata oggetto di un ripensamento complessivo e di una riforma compiuta.

Le modifiche normative si devono ad alcuni minimi interventi legislativi, inseriti in riforme su altre materie e ad alcune importanti sentenze della Corte Costituzionale.

### **2.1. GLI INTERVENTI LEGISLATIVI**

A partire dagli anni '70 sono state elaborate numerose proposte e progetti di modifica della normativa concernente la misura di sicurezza del ricovero in manicomio giudiziario. Sono stati elaborati sia progetti di riforma che di abolizione dell'istituzione. Tra questi ultimi, sia opzioni di medicalizzazione dell'intervento sul malato di mente autore di reato, che di carcerazione, abrogando la distinzione tra imputabili e non<sup>321</sup>.

Gli unici interventi del legislatore, però, non hanno operato un'organica revisione della misura di sicurezza, della sua disciplina o dell'organizzazione dell'istituzione. In

---

<sup>321</sup> Si rinvia a: R. MALANO, *Attualità delle problematiche riguardanti i manicomi giudiziari. Una revisione storica dei progetti di legge riguardanti il superamento dell'ospedale psichiatrico giudiziario e la modifica dell'attuale sistema della non imputabilità per gli infermi di mente autori di reato*, in "Rivista italiana di medicina legale", 4-5, 2008, pp. 1022-1026 e M. PELISSERO, *Pericolosità sociale e doppio binario*, cit.

particolare, l'ordinamento penitenziario ha previsto un cambio di denominazione e la riforma della sanità penitenziaria, alcune linee di indirizzo per il superamento degli OPG.

### **2.1.1. L'ORDINAMENTO PENITENZIARIO (L. 26 LUGLIO 1975, N. 354) ED I REGOLAMENTI DI ESECUZIONE**

Il 26 luglio 1975 fu approvato l'ordinamento penitenziario, che sostituiva il precedente regolamento degli istituti carcerari, R.D. 787/1931.

Cosa cambiava, per i manicomi giudiziari, nell'ordinamento penitenziario?

Il nome: con la legge n. 354/1975, l'istituzione penitenziario-manicomiale acquisiva la denominazione di "ospedale psichiatrico giudiziario". Un cambiamento giustificato da un tentativo effettivo di trasformazione o la violazione, come sostiene Margara di quella «regola morale», che imporrebbe di mutare i nomi solo quando si interviene sulla sostanza<sup>322</sup>?

Il cambiamento di denominazione poteva suggerire l'iscrizione dell'istituzione in un nuovo orizzonte. Si poteva immaginare una caratterizzazione maggiormente terapeutica. Ma la regolamentazione della vita dell'internato nella struttura (il lavoro, i colloqui con familiari e terze persone, la disciplina) conferma l'assetto precedente: il nuovo ospedale psichiatrico giudiziario è la vecchia istituzione penitenziaria, nata sul finire dell'800.

L'ordinamento penitenziario modifica grandemente il regime detentivo introducendo, per i detenuti, alcune misure alternative e benefici, per la gran parte non estese ai sottoposti a misure di sicurezza. L'internato è escluso dall'affidamento in prova al servizio sociale<sup>323</sup>, dalla liberazione condizionale (già prevista dal Codice penale)<sup>324</sup>, dalla detenzione domiciliare<sup>325</sup>. Può fruire, invece, della semilibertà – che non è una misura alternativa, ma

---

<sup>322</sup> A. MARGARA, *Manicomio giudiziario e 180*, in "Fogli d'informazione", 5-6, 2008, p. 116.

<sup>323</sup> La misura dell'affidamento in prova al servizio sociale è regolata dall'art. 47 dell'ordinamento penitenziario. La misura può essere concessa se la pena detentiva inflitta non è superiore a 3 anni e, sulla base dell'osservazione condotta in carcere, la misura è in grado di contribuire alla rieducazione del reo e di assicurare la prevenzione del pericolo.

<sup>324</sup> La liberazione condizionale regolata dall'art. 176 c.p. può essere concessa al detenuto che abbia dato prova di ravvedimento, dopo aver espiato almeno una parte della pena.

<sup>325</sup> La detenzione domiciliare è stata introdotta dalla legge 10 ottobre 1986, n. 663, nota come "Gozzini". I requisiti per la concessione sono: la compresenza di un quantum di pena residua e

una diversa forma di esecuzione della pena<sup>326</sup> - e delle misure alternative, introdotte dalla legge n. 231 del 12 Luglio 1999, rivolte ai soggetti affetti da AIDS o grave immunodeficienza conclamata. È inoltre ammesso al lavoro all'esterno (art. 21 o.p.).

Gli internati fruiscono di permessi per necessità<sup>327</sup> e licenze, in particolare, la cosiddetta licenza finale di esperimento, ma non di permessi premio<sup>328</sup>.

L'ordinamento penitenziario, inoltre, modifica le regole relative al regime detentivo, nell'ottica di attuare il principio della tendenza alla rieducazione della pena (art. 27 Cost.), mutando anche il regime cui sono sottoposti gli internati. Come principio generale, agli internati si applica il regime detentivo, con alcune norme ad hoc. Spesso queste previsioni limitano le facoltà e i diritti dell'internato, per ragioni terapeutiche, in una logica di protezione paternalistica.

Il regolamento penitenziario del 1976, in conformità con quanto già previsto dal regolamento delle carceri del 1931, distingue tra internati idonei e non al lavoro produttivo. I primi sono ammessi al lavoro e godono dei diritti relativi. Per i secondi, è prevista una forma di ergoterapia: l'internato è assegnato al lavoro soltanto per finalità terapeutiche e viene ricompensato con un "sussidio" e non con uno salario. Per ragioni terapeutiche, inoltre, è consentito l'esercizio di un controllo ampliato sulla corrispondenza e la limitazione dell'autorizzazione ai colloqui.

Il D.P.R. 230/2000, che ha introdotto il nuovo regolamento penitenziario, è intervenuto a livellare la posizione di internati e detenuti, che possono essere entrambi ammessi al lavoro se siano risultati idonei a seguito di visita medica ed in tal caso godono dei diritti relativi.

Inoltre, nei confronti degli infermi di mente, siano essi detenuti oppure internati, è stata

---

alcune condizioni personali (madre di prole di età inferiore di anni 10, padre qualora la madre sia deceduta o non in grado di assistere la prole, età superiore ai 70 anni ed inabilità, età inferiore ai 21 per esigenze di studio, lavoro, famiglia). Il condannato ammesso a questo regime espia la pena nella propria abitazione. A questa originaria forma di detenzione domiciliare ne sono state aggiunte altre nel corso degli anni: una ad applicazione più estesa, per i detenuti che non versino nelle condizioni particolari, introdotta dalla L. 27 maggio 1998, n. 165; una per le ipotesi di rinvio obbligatorio o facoltativo, introdotta dalla legge 27 maggio 1998, n. 165.

<sup>326</sup> I requisiti per l'ammissione al regime della semilibertà sono: un quantum di pena residua o aver scontato almeno una quota della pena complessivamente irrogata ed aver compiuto progressi nel trattamento. Per l'internato il primo requisito non trova applicazione e può accedervi in qualunque momento.

<sup>327</sup> Concessi in caso di imminente pericolo di vita di familiare o convivente ed eventi familiari di particolare gravità.

<sup>328</sup> I permessi premio sono concessi ai detenuti per coltivare interessi familiari, culturali, lavorativi.

prevista la necessità di attuare interventi tesi a favorire la partecipazione ad attività trattamentali, soprattutto quelle che consentano di mantenere le relazioni familiari e sociali. Il regolamento specifica che in tal senso sono possibili autorizzazioni a colloqui oltre il limite massimo, previsto dall'art. 37 a livello generale.

### **2.1.2. LA RIFORMA DELLA SANITÀ PENITENZIARIA**

La riforma della sanità penitenziaria ha previsto alcune linee di intervento sugli OPG, che saranno riprese dalla riforma del 2012.

Fino al 1999, la tutela della salute e l'assistenza sanitaria in carcere erano separate dal sistema sanitario nazionale, che garantiva le prestazioni a tutela della salute dei soli cittadini liberi.

Il regolamento degli istituti di prevenzione e pena del 1931 aveva introdotto la presenza sanitaria nelle carceri, inserendo l'obbligo per ogni istituto di dotarsi di almeno un medico. I medici che operavano in carcere, alla luce di questa normativa, erano dipendenti dal Ministero di Giustizia. All'epoca, del resto, non esisteva un Ministero della Salute e l'assistenza sanitaria era affidata a vari soggetti, quali associazioni di categoria, enti benefici e di mutuo soccorso<sup>329</sup>.

Nel 1978, fu approvata la legge n. 833, istitutiva del Servizio Sanitario Nazionale. L'art. 1 di questa legge disponeva che la tutela della salute dell'intera popolazione fosse assicurata da tale Servizio, senza distinzione di condizioni individuali o sociali. La riforma non statuiva alcunché riguardo alla medicina penitenziaria e alcuni autori ritennero dovesse

---

<sup>329</sup> L'assistenza sanitaria in Italia, negli anni della dittatura fascista, era frammentata e caotica. Le cure erano prestate in ospedali pubblici, privati ed enti di pia assistenza. I trattamenti erano garantiti secondo un modello mutualistico frammentato, agli iscritti ad uno dei tanti enti assicurativi (dalla mutua per l'industria a quella per l'agricoltura), da cui restavano escluse alcune fasce della popolazione. Nel secondo Dopoguerra, vi furono varie iniziative volte all'elaborazione di una riorganizzazione dell'assistenza sanitaria che garantisse la tutela del diritto alla salute dell'intera popolazione (il Piano della Commissione D'Aragona del 1948, le conclusioni propositive del CNEL dell'ottobre dello stesso anno), tutte risolte in un nulla di fatto. Negli anni '50, sul modello previgente, continuarono a proliferare gli enti assicurativi-mutualistici. Nel 1958 sarà istituito il Ministero della Sanità, il 12 febbraio 1968 sarà approvata la legge n. 132 di riforma degli enti ospedalieri e nel 1978 la riforma istitutiva del Servizio Sanitario Nazionale. Si rinvia a G. COSMACINI, *Storia della medicina e della sanità in Italia. Dalla peste nera ai giorni nostri*, Laterza, Bari 2016, parte III.

ritenersi intrinseco il passaggio della stessa al SSN. Nonostante questo, la medicina penitenziaria rimase di competenza del Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria (DAP) all'interno del Ministero della Giustizia, in conformità con quanto aveva stabilito il Consiglio di Stato, in un parere del 1987<sup>330</sup>.

Alla fine degli anni '90, nell'ambito dell'opera di ristrutturazione e razionalizzazione del SSN, il Parlamento emanò la legge n. 419 del 1998, con cui si delegava il Governo all'adozione di decreti, tra cui quello per il riordino della medicina penitenziaria, che fu approvato il 22 Giugno del 1999.

A livello di principi, il decreto sanciva, l'uniformità delle prestazioni sanitarie tra soggetti reclusi e persone in stato di libertà e prevedeva il trasferimento delle funzioni dall'amministrazione penitenziaria al SSN: a decorrere dal 1.1.2000, per le funzioni di prevenzione generale, diagnosi e terapia delle tossicodipendenze, differito, all'esito della sperimentazione di alcuni modelli organizzativi in alcune Regioni<sup>331</sup>, per le restanti funzioni. Le sperimentazioni rimasero sostanzialmente su carta e soltanto con la finanziaria dell'anno 2008 - Legge 24 Dicembre 2007, n. 244 - furono stanziati fondi per l'attuazione del passaggio. Con il successivo DPCM 1° Aprile 2008 fu stabilito il trasferimento *ope legis* al SSN, a partire dal 14 Giugno 2008.

### **2.1.2.1. GLI EFFETTI SUGLI OPG**

Il 21 aprile del 2000 fu approvato con decreto interministeriale, il Progetto obiettivo per la tutela della salute in ambito penitenziario. Il progetto individuava alcuni settori

---

<sup>330</sup> Con il parere n. 305 del 7 Luglio 1987, la III Sezione il Consiglio di Stato ribadì la specialità di questo settore medico. Nelle motivazioni si sosteneva che questo compito dovesse ricomprendersi tra quelli attribuiti allo Stato e da svolgersi ricorrendo alle preesistenti strutture. I motivi per cui si sosteneva la necessità e l'opportunità di mantenere la salute dei detenuti tra le competenze del Ministero della Giustizia erano le esigenze di sicurezza, nonché la necessità di coordinare l'assistenza medico-sanitaria con le esigenze di trattamento. Si rinvia a: A. SALVATI, *Il passaggio dell'assistenza sanitaria in carcere al sistema sanitario nazionale*, in "Amministrazione in cammino. Rivista elettronica di diritto pubblico, di diritto dell'economia e di scienza dell'amministrazione", 2010.

<sup>331</sup> Le Regioni che dovevano attuare la sperimentazione furono individuate con Decreto del Ministero della Salute e della Giustizia del 20 Aprile del 2000: Toscana, Lazio e Puglia. La sperimentazione fu estesa alle Regioni Campania, Emilia Romagna e Molise, su richiesta delle amministrazioni regionali.

specialistici, per cui si rendevano necessari interventi *ad hoc*, tra cui l'assistenza delle persone affette da disturbi psichiatrici.

In questa area del Progetto si articolavano i seguenti obiettivi: lo studio e l'analisi dell'entità della presenza e della distribuzione dei disturbi psichiatrici nel settore penitenziario; la formazione specialistica degli operatori e il loro aggiornamento; l'assicurazione di un trattamento equipollente a quello offerto all'esterno, favorendo la presa in carico con programmi individualizzati, azioni sull'internamento in OPG, da definire con successivi protocolli. Si fissavano, inoltre, alcuni principi che avrebbero dovuto orientare i successivi interventi, tra cui quello dell'assegnazione dei detenuti con disturbi psichiatrici a strutture prossime alla regione di residenza.

Le linee di intervento sugli OPG vennero definite, nell'allegato C al DPCM 1 aprile 2008, in cui veniva posto l'obiettivo di un graduale superamento dell'istituzione. Erano fissate tre direttrici, che dovevano essere risolutive rispetto ad alcuni dei problemi che erano spesso denunciati: la presenza di soggetti eterogenei e l'assenza di programmi di presa in carico esterni, che rendeva difficile il percorso di uscita dall'istituzione penitenziario-manicomiale. Il DPCM prevedeva: la creazione di reparti psichiatrici all'interno delle carceri per ridurre il trasferimento dei *rei folli* in OPG; l'attuazione di una collaborazione interistituzionale tra DAP e DSM; l'assegnazione agli istituti psichiatrico-giudiziari secondo il principio di territorialità.

Gli obiettivi erano poi declinati in una serie di azioni organizzate in tre fasi. Nella prima fase, a passaggio di competenze avvenuto, i DSM nel cui territorio si trovavano gli OPG avrebbero dovuto provvedere alla stesura di un piano finalizzato alla riduzione del numero degli internati, attraverso la dimissione di quelli che avevano concluso la misura di sicurezza – con la collaborazione delle Regioni di provenienza – il trasferimento nelle carceri degli internati detenuti e l'impegno ad effettuare le osservazioni negli istituti di pena.

La seconda fase, sarebbe dovuta partire dopo un anno, e prevedeva di organizzare la popolazione internata secondo bacini macro-regionali di utenza<sup>332</sup>. Le Regioni sede di

---

<sup>332</sup> I bacini macro-regionali erano così disegnati:

- Castiglione delle Stiviere –internati provenienti dal Piemonte, dalla Val d'Aosta, dalla Liguria, dalla Lombardia, e tutte le internate di sesso femminile;

OPG – in accordo con le Regioni di provenienza degli internati – avrebbero dovuto predisporre programmi per l'uscita dalle strutture ed il reinserimento sociale.

L'ultima fase, di due anni successiva, prevedeva la regionalizzazione degli OPG. Gli internati sarebbero dovuti essere presi in carico dalle Regioni di competenza, che potevano predisporre strutture con livelli diversificati di vigilanza, affidare a strutture di accoglienza o ai servizi psichiatrici e sociali territoriali.

Per garantire una cooperazione proficua tra le istituzioni coinvolte (sia sanitarie che carcerarie) si richiedeva di attivare un gruppo di lavoro all'interno del Tavolo di consultazione permanente della Conferenza Stato Regioni e a livello regionale presso l'Osservatorio<sup>333</sup>. Il 26 novembre 2009, la Conferenza Unificata individuava, prendendo atto di alcune problematiche emerse nel Tavolo<sup>334</sup>, le linee di intervento prioritarie, tra le quali: incrementare le dimissioni (le Regioni si erano date per obiettivo 300 dimissioni nell'anno 2010) e redistribuire gli internati nei macro-bacini regionali.

Il 13 ottobre 2011, la conferenza Stato Regioni stipulava un nuovo accordo, ad integrazione delle linee guida del DPCM 1 aprile 2008. Nell'accordo si rilevavano alcune criticità nel superamento, tra cui la mancata attuazione delle sezioni specializzate nelle carceri e un impegno grandemente disomogeneo delle varie Regioni. Si proponeva, dunque, l'istituzione di un Gruppo di Coordinamento del Bacino Macroregionale per il Superamento degli OPG, composto da un rappresentante per ciascuna delle Regioni afferenti al Bacino e in ciascuna Regione e Provincia Autonoma un Sottogruppo Tecnico Regionale per il superamento.

- 
- Reggio Emilia - internati provenienti dalle Regioni Veneto, Trentino-Alto Adige, Friuli Venezia Giulia, Marche ed Emilia Romagna;
  - Montelupo Fiorentino – internati provenienti della Toscana, Umbria, Lazio e Sardegna;
  - Aversa e Napoli - internati provenienti dalla Campania, Abruzzo, Molise, Basilicata e Puglia;
  - Barcellona Pozzo di Gotto – internati provenienti dalla Sicilia e della Calabria.

<sup>333</sup> Istituito poi dalla Conferenza Stato Regioni con accordo adottato nella seduta del 31 luglio 2008, con i compiti di: monitorare l'attuazione del D.P.C.M.; valutare l'efficacia e l'efficienza degli interventi; predisporre indirizzi per favorire l'intervento nelle realtà territoriali; attuare un coordinamento inter-istituzionale. Oltre al tavolo, in quella stessa seduta, è stato istituito un Comitato Paritetico Interistituzionale con i compiti di: predisporre gli indirizzi per l'attuazione dell'allegato C e predisporre gli strumenti per il graduale superamento degli OPG. (Accordo in Conferenza Unificata Stato Regioni)

<sup>334</sup> In particolare, da una ricognizione effettuata dal DAP, erano emersi due nodi problematici: la questione dei “dimissibili” (aggiugno del 2009 questi risultavano in numero pari a 399 uomini e 14 donne) e la mancata effettività della redistribuzione per macro-bacini regionali.

La riforma della sanità penitenziaria, dunque, si pone l'obiettivo del superamento dell'OPG, puntando alla regionalizzazione, alla riduzione del ricorso alla misura di sicurezza detentiva e alla sanitarizzazione. Le linee che ritroveremo nella riforma recente.

## **2.2.LE SENTENZE DELLA CORTE COSTITUZIONALE**

La Corte Costituzionale, negli anni, è stata chiamata più volte ad esprimersi sulla legittimità di alcune disposizioni concernenti le misure di sicurezza per non imputabili e le sentenze della Corte hanno modificato la normativa in materia di misure di sicurezza, rimuovendo buona parte degli automatismi originariamente previsti dalla disciplina e flessibilizzando la misura.

### **2.2.1. LA REVOCA ANTICIPATA**

La revoca anticipata delle misure di sicurezza era di competenza del Ministro di Giustizia, che poteva adottare, con massima discrezionalità ed insindacabilmente, un provvedimento concernente la libertà personale di un individuo.

Se la misura di sicurezza in questione era il ricovero in manicomio giudiziario, con le presunzioni di pericolosità, di cui all'art. 222 c.p, il giudice di sorveglianza, in fase di esecuzione, non poteva che applicare la misura di sicurezza, anche se avesse ritenuto cessata la pericolosità sociale della persona.

Il giudice di sorveglianza di Pisa, nel corso di un procedimento iniziato con la domanda di revoca della misura di sicurezza della casa lavoro, con ordinanza del gennaio del 1972<sup>335</sup>, rimette alla Corte Costituzionale una serie di questioni di costituzionalità: del procedimento di applicazione del misure di sicurezza; della normativa sull'assegnazione ad una colonia agricola oppure ad una casa lavoro; della normativa sulla decorrenza del periodo minimo di durata della misura di sicurezza detentiva e della normativa sulla revoca

---

<sup>335</sup> GIUDICE DI SORVEGLIANZA DEL TRIBUNALE DI PISA, ordinanza del 24 Gennaio 1972, n. 58 del Registro delle ordinanze 1972, pubblicata in *Giurisprudenza Costituzionale*, 1972, pp. 592 e ss.

anticipata.

La Corte, con sentenza n. 110/1974<sup>336</sup>, dichiarava infondate le prime questioni, mentre accoglieva la censura relativa al potere di revoca anticipata in capo al Ministro, ritenuto in contrasto con l'art. 13 Cost., in quanto attribuiva la competenza ad adottare un provvedimento che incide sulla libertà personale, ad un organo esecutivo, senza alcun vaglio giurisdizionale; con l'art. 102 Cost., in quanto il Ministro interferisce con lo svolgimento di funzioni giurisdizionali, oltre i poteri affidatigli dall'art. 110 Cost.

Con la pronuncia si introduce il potere di revoca anticipata in capo al giudice di sorveglianza.

### **2.2.2. IL GIUDICE PUÒ ANCHE MODIFICARE LA MISURA DI SICUREZZA?**

A partire dal 1974, il giudice di sorveglianza si è visto riconosciuto il potere di revocare anticipatamente la misura di sicurezza, nelle ipotesi in cui fosse venuta meno la pericolosità sociale.

L'art. 635 del c.p.p. del 1931 stabiliva che competessero al Magistrato di Sorveglianza l'applicazione, la modifica, la sostituzione e la revoca delle misure di sicurezza. Da questa disposizione, attraverso un'interpretazione analogica, la giurisprudenza aveva ritenuto di poter applicare una misura di sicurezza non detentiva, in sede di riesame della pericolosità sociale ai sensi dell'art. 208 del c.p.<sup>337</sup>

A seguito della previsione del potere di revoca, parte della giurisprudenza e della dottrina, ben prima delle sentenze della Corte Costituzionale dei primi anni 2000, ammise l'applicazione della misura non detentiva della libertà vigilata al prosciolto per vizio totale

---

<sup>336</sup> CORTE COSTITUZIONALE, Sentenza 05 aprile 1974 (Ud. 20 febbraio 1974), n. 110. Si rinvia alle seguenti note a sentenza: G. COLLI, *Presunzioni di pericolosità e revoca delle misure di sicurezza*, in "Rivista italiana di diritto e procedura penale", 1975, pp. 994 e ss.; G. DEAN, *La contestazione dell'accusa nel processo di prevenzione*, in "Rivista italiana di diritto e procedura penale", 1989, 1, pp. 441 e ss.; G. U. RESCIGNO, *Note sulla giurisprudenza costituzionale del 1974*, in "Quale giustizia", 1975, pp. 728 e ss.; R. RUSTIA, *La revoca delle misure di sicurezza: modifiche e prospettive*, in "Giurisprudenza di merito", 1977, 4, pp. 231 e ss.

<sup>337</sup> UFFICIO DI SORVEGLIANZA PRESSO IL TRIBUNALE DI PADOVA, Ordinanza 21 maggio 1979, pubblicata in "Rassegna penitenziaria e criminologica", 1-2, 1981, pp. 209 e ss.

di mente<sup>338</sup>.

### **2.2.3. LA SOSPENSIONE DELL'ESECUZIONE DELLA PENA AI SENSI DELL'ART. 148 C.P.**

Il ricovero in manicomio giudiziario non era sorte dei soli prosciolti per vizio di mente. Come abbiamo anticipato, tra le varie categorie, vi erano anche i condannati cui fosse sopravvenuta un'infermità psichica tale da rendere impossibile l'esecuzione, ai sensi dell'art. 148 c.p. Il codice penale prevedeva, in queste ipotesi, la sospensione o il differimento dell'esecuzione della pena, con pesanti ripercussioni sulla persona che era colpita da questo provvedimento.

Il 3 maggio 1973, in costanza di un procedimento ex art. 148 c.p., il giudice di sorveglianza presso il Tribunale di Firenze, ha sollevato questione di costituzionalità del richiamato articolo, con riferimento agli artt. 3 e 27 Cost. Il giudice *a quo* sosteneva che vi fosse un'irragionevole diseguaglianza tra la disciplina prevista per colui che viene colpito da una patologia psichiatrica in fase di esecuzione della pena e colui che viene colpito nel corso del processo. Quest'ultimo, infatti, non vede sospeso il corso della custodia preventiva e, in caso di condanna, potrà computare il periodo trascorso in manicomio giudiziario come pena espiata.

La Corte accoglie la questione e dichiara illegittimo l'art. 148 c.p. nella parte in cui prevede che il giudice nel disporre il ricovero in manicomio giudiziario del detenuto affetto da infermità psichica sopravvenuta, sospenda l'esecuzione<sup>339</sup>.

---

<sup>338</sup> Si veda L. BRAMBILLA, *Misure di sicurezza: problemi attuali sulla loro applicazione. Ipotesi di modifica o soppressione*, in "Quaderni CSM", 80, 1995, pp. 759 e ss.

<sup>339</sup> CORTE COSTITUZIONALE, 06 giugno 1975 (Ud. 20 marzo 1975), n. 146. Si rinvia alle seguenti note a sentenza: A. ALESSANDRI, *Pena e infermità mentale*, in "Rivista italiana di diritto e procedura penale", 1976, pp. 277 e ss.; G. ICHINO, *Manicomio giudiziario, pena sospesa e diritto di difesa*, in "Giurisprudenza Costituzionale", 1975, pp. 3106 e ss.; F. SCALFANI, A. STARACE, *Attuali problematiche giuridiche e psicopatologiche in tema di infermità psichica sopravvenuta al condannato*, in "La giustizia penale", 1976, 1, pp. 65 e ss.; G. VASSALLI, *Fine poco gloriosa di una norma poco civile: l'art. 148 c.p.*, in "Giurisprudenza costituzionale", 1975, pp. 2021 e ss.

#### 2.2.4. LA PRESUNZIONE DI PERICOLOSITÀ SOCIALE

Il codice prevedeva varie fattispecie presuntive, nei confronti di diverse categorie di soggetti, tra le quali, la presunzione di esistenza e persistenza della pericolosità sociale, per il prosciolto per vizio totale di mente che avesse commesso un delitto non colposo per il quale il Codice prevedeva una pena superiore nel massimo a due anni.

La Commissione di un reato e la presenza di una patologia psichiatrica erano ritenuti condizioni sufficienti per far operare una presunzione *iuris et de iure*, non suscettibile di prova contraria.

Negli anni '60 e '70 fu più volte sollevata la questione della legittimità di questa presunzione, in relazione a vari parametri costituzionali (art. 13 Cost.<sup>340</sup>, art. 24 Cost.<sup>341</sup>; art. 27 Cost.<sup>342</sup>, art. 32 Cost.<sup>343</sup>, art. 3 Cost.<sup>344</sup>), sempre con esito negativo.

---

<sup>340</sup> Le posizioni dei vari giudici *a quo* possono essere così esemplificate: inquadrando le misure di sicurezza tra le misure limitative della libertà personale ritengono che, ai sensi dell'art. 13 della Costituzione, dovrebbero essere sottoposte alla duplice riserva di legge e di giurisdizione. Ma la riserva di giurisdizione sarebbe limitata, non essendo lasciato al giudice il margine per il libero apprezzamento delle condizioni e impedendo di pronunciarsi con un provvedimento motivato, come richiesto dallo stesso articolo. La Corte Costituzionale si è espressa su questo rilievo in due occasioni, con la sentenza n. 19 del 1966 e la sentenza n. 68 dell'anno seguente, ritenendo in entrambi i casi, infondate le questioni. Le presunzioni assolute di pericolosità sociale altro non sarebbero, a detta della Corte, che la tipizzazione di condizioni nelle quali è maggiormente probabile la Commissione di un fatto dalla legge previsto come reato. Il fatto che la misura di sicurezza sia disposta con atto dell'autorità giudiziaria, motivato enunciando la presenza delle condizioni che la legge collega ad una prognosi di futura Commissione di un reato è condizione sufficiente a garantire il rispetto dell'art. 13 della Carta costituzionale. Si rinvia a CORTE COSTITUZIONALE, 03 marzo 1966 (Ud. 15 dicembre 1965), n. 19, con note a commento: I. CARACCIOLI, *Sulla legittimità costituzionale della pericolosità presunta*, in "Rivista italiana di diritto e procedura penale", 1966, pp. 1009 e ss.; A. PACE, *Misure di sicurezza e pericolosità sociale presunta*, in "Giurisprudenza costituzionale", 1966, pp. 191 e ss.; CORTE COSTITUZIONALE, 01 giugno 1967 (Ud. 15 febbraio 1967), n. 68, con note a sentenza: G. VASSALLI, *Le presunzioni di pericolosità sociale di fronte alla costituzione*, in "Giurisprudenza costituzionale", 1967, 3, pp. 742 e ss.

<sup>341</sup> Alcuni remittenti sostengono che la presunzione comprime il diritto alla difesa, impedendo alla persona di fornire prove contrarie. La Corte, con la richiamata sentenza 68/1967, esclude il contrasto della presunzione con l'art. 24, ritenendo pienamente garantito il diritto alla difesa, dalla necessaria verifica giurisdizionale dell'esistenza delle condizioni della fattispecie presuntiva.

<sup>342</sup> Alcuni giudici *a quo* si richiamano al principio della tendenza alla rieducazione previsto dall'art. 27 Cost., che ritengono doversi estendere anche alle misure di sicurezza. La Corte rigetta la questione di costituzionalità in riferimento a questo parametro nelle sentenze n. 68/1967 e 106/1972, argomentando sull'intrinseca natura rieducativa delle misure di sicurezza. Si veda, CORTE COSTITUZIONALE, 09 giugno 1972 (Ud. 25 maggio 1972), n. 106, con note a

La Corte Costituzionale, dopo questo primo orientamento conservatore, dichiarò illegittima la presunzione di cui all'art. 222 c.p., con sentenza 139/1982<sup>345</sup>. La dichiarazione di illegittimità colpiva soltanto la presunzione di una costanza della condizione patologica e quella conseguente del permanere della pericolosità.

La Corte, argomentando sul principio dell'*id quod plerumque accidit*, secondo il quale le presunzioni di pericolosità sono legittime fintanto che risultano fondate su dati di comune esperienza, continuò a ritenere ragionevole presumere una maggiore tendenza a delinquere dei folli. Il dato che risultava contrastare con la comune esperienza era invece quello del mantenimento di uno stato di salute inalterato nel tempo.

---

commento: I. CARACCIOLI, *Le presunzioni di pericolosità sociale tra Corte Costituzionale e progetto di riforma*, in "Rivista italiana di diritto e procedura penale", 1972, pp. 771 e ss.; F. FALZONE, *Brevi note in tema di legittimità costituzionale della pericolosità presunta*, in "Giurisprudenza costituzionale", 1972, pp. 1205 e ss.; G. VASSALLI, *Ancora sulla pericolosità sociale presunta dell'infermo di mente*, in "Giurisprudenza costituzionale", 1972, pp. 1215 e ss.

<sup>343</sup> Alcuni giudici di sorveglianza avevano anche avanzato l'ipotesi del contrasto con l'art. 32 Cost, ritenendo una violazione del diritto alla salute, la reclusione in manicomio giudiziario di una persona sana. La Corte, con sentenza n. 68/1967, aveva lapidariamente rigettato la questione, sostenendo che la natura intrinsecamente sanitaria della misura portava ad escludere che questa potesse produrre nocimento alla salute del sottoposto.

<sup>344</sup> La questione della legittimità rispetto all'art. 3 Cost. viene sollevata dopo che la Corte Costituzionale ha per la prima volta dichiarato illegittimo un meccanismo presuntivo (CORTE COSTITUZIONALE, sentenza del 20 Gennaio 1971, n. 1, in "Giurisprudenza Costituzionale", 1971, I, pp. 1 e ss), ritenendo che la normativa trattasse irragionevolmente in modo analogo situazioni diverse. I giudici a quo ritengono che anche la presunzione di pericolosità sociale dell'infermo di mente autore di reato produca un trattamento analogo di situazioni diverse, quella del pericoloso e quella del non pericoloso. La Corte rigetta la questione, ritenendo che la presunzione prevista dal legislatore risponda al principio dell'*id quod plerumque accidit*, e sia razionale e legittima, in quanto fondata su dati di comune esperienza che confermerebbero la pericolosità dei folli autori di reato.

<sup>345</sup> Come dato di colore, si osserva che il giudizio riuniva una pluralità di questioni, rimesse a pioggia dai magistrati di sorveglianza di tutta Italia. Si rinvia alla sentenza CORTE COSTITUZIONALE, sentenza 08 luglio 1982 (Ud. 10 febbraio 1982), n. 139, con note a commento: V. FERRARI, *Il cielo dei concetti e le diaboliche applicazioni. Altre riflessioni in tema di ospedali psichiatrici giudiziari*, in "Rivista italiana di diritto e procedura penale", 1983, pp. 169 e ss.; G. LA GRECA, *Nota a sentenza*, in "Il foro italiano", 1982, 1, pp. 2109 e ss.; A. MANACORDA, *L'infermità mentale, custodia e cura alla luce della recente giurisprudenza costituzionale*, in "Il foro italiano", 1983, 1, pp. 292 e ss.; E. MUSCO, *Variazioni minime in tema di pericolosità sociale presunta*, in "Rivista italiana di diritto e procedura penale", 1982, pp. 1584 e ss.; G. RUSSO, *La pericolosità sociale dell'infermo di mente prosciolto*, in "Rivista italiana di medicina legale", 1983, p. 375; G. VASSALLI, *L'abolizione della pericolosità degli infermi di mente attraverso al cruna dell'ago*, in "Giurisprudenza costituzionale", 1982, pp. 1202 e ss.

Questa sentenza intacca la presunzione di pericolosità sociale del malato di mente autore di reato, seppure, come afferma Vassalli «attraverso al cruna dell'ago»<sup>346</sup>. Secondo la Corte, infatti, era perfettamente ragionevole – in quanto conforme a dati di comune esperienza – la presunzione di una maggiore tendenza a delinquere del folle reo.

Nel 1983, la Corte è intervenuta anche sulla presunzione relativa all'applicazione della misura di sicurezza dell'assegnazione ad una casa di cura e custodia, confermando l'illegittimità della duplice presunzione, anche per il semi-infermo, per il quale è ritenuta ancor più irragionevole, in quanto, la Corte afferma, è più probabile che la condizione di malattia del semi-infermo evolva nel tempo in senso positivo<sup>347</sup>.

#### **2.2.4.1. PRESUNZIONE DI ESISTENZA E PERSISTENZA DOPO LE SENTENZE**

La Corte Costituzionale non aveva dichiarato illegittimo il meccanismo presuntivo. Nel 1986, la legge n. 663 del 10 Ottobre 1986 ha abrogato l'art. 204 c.p. e previsto che «Tutte le misure di sicurezza personali sono ordinate previo accertamento che colui il quale ha commesso il fatto è persona socialmente pericolosa». Questa disciplina lasciava un nodo interpretativo irrisolto: in quale momento si doveva effettuare la valutazione sulla pericolosità sociale?

Secondo alcuni autori era sufficiente un accertamento in fase di giudizio di cognizione, altri ritenevano necessario il doppio accertamento in giudizio e in fase di applicazione, altri ancora ritenevano sufficiente la valutazione nella seconda fase<sup>348</sup>.

A dissipare i dubbi in materia, è intervenuto il nuovo codice di procedura penale del 1988 che ha disposto il doppio accertamento della pericolosità sociale. A seguito della introduzione della nuova normativa, il giudice di cognizione accerta ed eventualmente dispone la misura in sentenza, il magistrato di sorveglianza provvede su istanza del P.M o

---

<sup>346</sup> G. VASSALLI, *L'abolizione della pericolosità*, cit.

<sup>347</sup> CORTE COSTITUZIONALE, sentenza 15 luglio 1983 (ud. 25 maggio 1983), n. 249, con note a commento: A. FIORI – M. MARCHETTI, *Commento*, in “Rivista italiana medicina legale”, 1984, pp. 193 e ss; D. GIURI, *Infermità psichica e presunzione di pericolosità nel giudizio della Corte Costituzionale*, in “Rivista italiana di diritto e procedura penale”, 1984, pp. 460 e ss.

<sup>348</sup> A. CALABRIA., *Pericolosità sociale*, in R. Sacco (a cura di), *Digesto delle Discipline penalistiche*, Torino, Utet, 2002, pp. 451 e ss.

anche d'ufficio, ogni qualvolta debba applicare la misura ordinata e adotta i provvedimenti conseguenti.

### 2.2.5. L'OPG E I MINORI

I minorenni sono presunti *iuris et de iure* non imputabili, se hanno un'età inferiore ai quattordici anni ed è valutata la capacità di intendere e di volere in concreto, se hanno un'età compresa tra i quattordici anni e la maggiore età.

Per i minorenni autori di reato pericolosi il codice prevede una misura di sicurezza *ad hoc*: il ricovero in riformatorio giudiziario<sup>349</sup>.

Il minore non imputabile per vizio di mente, però, poteva vedersi applicata la misura di sicurezza del ricovero in manicomio giudiziario, sia in via provvisoria (art. 206 c.p.) che definitiva (art. 222, 4° comma c.p.).

Il Tribunale per i minorenni di Brescia ha sollevato questione di legittimità costituzionale di queste disposizioni, ritenute in contrasto con gli articoli 2, 3, 10, 27 e 31 Cost.

Il ricovero in manicomio giudiziario per i minori era in tutto analogo a quello per i maggiorenni, in contrasto con l'orientamento espresso dalla Corte Costituzionale con la sentenza n. 168 del 1994, riguardo alla necessità di un trattamento idoneo e differenziato per le misure per i minori<sup>350</sup>.

La Corte ritiene fondata la questione e dichiara incostituzionale la normativa, nella parte in cui prevede l'applicabilità della misura ai minori<sup>351</sup>.

Nell'argomentazione la Corte esprime un giudizio severo sulla misura di sicurezza del ricovero in OPG:

Una misura detentiva e segregante come il ricovero in ospedale psichiatrico giudiziario, prevista e disciplinata in modo uniforme per adulti e minori, non può certo

---

<sup>349</sup> Ad oggi, la misura di sicurezza può essere eseguita soltanto mediante collocamento in comunità, ai sensi degli artt. 36 e 37 del D.P.R. 22 settembre 1988, n. 488.

<sup>350</sup> CORTE COSTITUZIONALE, Sentenza 27 aprile 1994 (Ud. 12 aprile 1994), n. 168, con note a commento: M. G. PINTUS, *L'esecuzione della pena nei confronti dei minorenni tra lacune legislative e interventi della Corte Costituzionale*, In "La giustizia penale", 2010, 1, pp. 203 e ss.; M. RUOTOLO, *L'illegittimità costituzionale della pena dell'ergastolo nei confronti del minore: un segno di civiltà giuridica*, in "Giurisprudenza italiana", 1995, 6, 1, pp. 358 e ss.

<sup>351</sup> CORTE COSTITUZIONALE, Sentenza 14 luglio 1998 (Ud. 25 marzo 1998), n. 324.

ritenersi conforme a tali principi e criteri: tanto più dopo che il legislatore, recependo le acquisizioni più recenti della scienza e della coscienza sociale, ha riconosciuto come la cura della malattia mentale non debba attuarsi se non eccezionalmente in condizioni di degenza ospedaliera, bensì di norma attraverso servizi e presidi psichiatrici extra-ospedalieri, e comunque non attraverso la segregazione dei malati in strutture chiuse come le preesistenti istituzioni manicomiali (artt. 2, 6 e 8 della legge 13 maggio 1978, n. 180).

### **2.2.6. L'INTERNAMENTO IN MANICOMIO GIUDIZIARIO COME UNICA MISURA PER IL PROSCIOLTO PERICOLOSO**

L'internamento in manicomio giudiziario è l'unica misura prevista dal Codice per il malato di mente autore di reato. Dalla fine degli anni '80, il giudice che deve ordinare o applicare la misura di sicurezza si trova di fronte ad una valutazione ed una scelta binaria: considerare il soggetto non pericoloso e disporre la liberazione oppure ritenerlo pericoloso e, di conseguenza, ordinare il ricovero nell'istituzione psichiatrico manicomiale.

Nel 2002, il GUP di Genova si trova a decidere un caso in cui un imputato è ritenuto dal perito incapace di intendere e di volere e «non pericoloso se ricoverato in una comunità per psicotici» e rimette questione di costituzionalità alla Corte, ritenendo illegittimo l'art. 222 cp. nella parte in cui non consentiva al giudice di adottare la misura di sicurezza del ricovero in casa di cura e custodia o la libertà vigilata al prosciolto per infermità di mente scarsamente pericoloso. La disciplina codicistica era viziata sotto due profili: collegava la scelta della misura di sicurezza alla gravità del reato e la tipologia di misura alla distinzione tra vizio parziale e vizio totale di mente, senza che alcun criterio scientifico facesse propendere per la minore pericolosità di un soggetto affetto da vizio parziale, creando un'illegitima disparità tra situazioni analoghe.

La Corte, con sentenza 253/2003 accoglie la questione<sup>352</sup>. Come il giudice remittente aveva osservato, la possibilità di applicare soltanto la misura di sicurezza del ricovero in

---

<sup>352</sup> CORTE COSTITUZIONALE, Sentenza 02 luglio 2003 (Ud. 07 maggio 2003), n. 253, pubblicata in "Giurisprudenza Costituzionale", 2003, 48, 2, pp. 2109 e ss. Si rinvia alle note a commento: M.T. COLLICA, *Ospedale psichiatrico giudiziario: non più misura unica per*

OPG per il maggiorenne totalmente incapace e pericoloso realizzava una disparità di trattamento rispetto alla condizione e del minore e del semi-infermo, fondata su una presunzione di maggiore pericolosità di questo soggetto, che trovava riscontro scientifico. Questa condizione finiva per trasformare la misura di sicurezza da una misura con funzione di prevenzione speciale in una dal mero volto retributivo. Tale situazione non appariva tollerabile stando che l'infermo di mente è per l'ordinamento italiano un soggetto non imputabile e dunque assolutamente non responsabile per gli illeciti commessi e non suscettibile di essere sottoposto ad una misura dal «contenuto anche solo parzialmente punitivo»<sup>353</sup>. La Corte afferma l'incostituzionalità di un sistema ispirato a garantire una sola delle due finalità. Ma aggiunge qualcosa di più:

[...] Le esigenze di tutela della collettività non potrebbero mai giustificare misure tali da recare danno, anziché vantaggio, alla salute del paziente (cfr. sentenze n. 307 del 1990, n. 258 del 1994, n. 118 del 1996, sulle misure sanitarie obbligatorie a tutela della salute pubblica): e pertanto, ove in concreto la misura coercitiva del ricovero in ospedale psichiatrico giudiziario si rivelasse tale da arrecare presumibilmente un danno alla salute psichica dell'infermo, non la si potrebbe considerare giustificata nemmeno in nome di tali esigenze<sup>354</sup>.

Con quest'affermazione la Corte apre ad un nuovo bilanciamento tra le due esigenze, le due funzioni, i due poli, in cui da sempre si muove la misura di sicurezza del ricovero in OPG, sancendo che qualsiasi esigenza di custodia non possa mai arrivare a giustificare una misura che danneggi la salute del soggetto sottoposto.

---

*l'infermo di mente adulto pericoloso*, in "Diritto penale e processo", 2004, 3 pp. 297 e ss.; A. FAMIGLIETTI, *Verso il superamento della pena manicomiale*, in "Giurisprudenza costituzionale" 2003, 4, pp. 2118 e ss.; T. GROPPI, *La sentenza n. 253 del 2003: la Corte e il diritto mite*, in "Forum costituzionale", rivista online [www.forumcostituzionale](http://www.forumcostituzionale); M. MINNITI, *La consulta apra la strada a misure più flessibili rispetto all'OPG*, in "Diritto e Giustizia", 2003, 32, pp. 74 e ss.; M. PELISSERO, *Il definitivo superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari nel tempo della crisi*, in "Diritto penale e processo", 2012, 8, pp. 1017 e ss.; A. TESAURO, *Corte Costituzionale, automatismi legislativi e bilanciamento in concreto: "giocando con le regole" a proposito di una recente sentenza in tema di perdita della potestà genitoriale e delitto di alterazione di stato*, in "Giurisprudenza costituzionale", 2012, 6 pp. 4909 e ss.

<sup>353</sup> CORTE COSTITUZIONALE, sentenza 253/2003, p. 2110

<sup>354</sup> Ivi, p. 2111

La Corte ha dunque aperto alla possibilità di applicare misure diverse da quella detentiva del ricovero in manicomio giudiziario, ai malati di mente autori di reato.

Con una successiva sentenza 367/2004, la Corte costituzionale ha confermato la possibilità di applicare misure diverse anche in via provvisoria, dichiarando illegittimo l'art. 206 nella parte in cui non prevede questa possibilità<sup>355</sup>.

### **2.2.6.1. QUALI ALTERNATIVE?**

La Corte Costituzionale aveva giudicato su richieste che indicavano la libertà vigilata come misura di sicurezza da applicare in sostituzione al ricovero in OPG. Nelle motivazioni delle sentenze appariva chiaro come, la nuova discrezionalità di cui gode il giudice nella scelta della misura di sicurezza più idonea al caso, fosse limitata alle sole misure di sicurezza disciplinate dal legislatore, nel rispetto della riserva di legge prevista dall'art. 25 co. 3 della Costituzione.

Nonostante questo, la Corte di Assise di Torino con ordinanza del 2004, ha sottoposto alla Corte una nuova questione di costituzionalità. Questa volta si chiedeva di intervenire con una sentenza di tipo creativo, che andasse ad aggiungere alle misure di sicurezza disciplinate dal Codice, una nuova misura: il ricovero in una comunità terapeutica. Il giudice a quo lamentava l'assenza di una misura di carattere intermedio tra la libertà vigilata, ritenuta idonea a garantire la funzione di contenimento dalla pericolosità del soggetto e la misura di sicurezza detentiva, troppo rigida e lesiva del diritto alla salute del sottoponendo. La Corte, con l'ordinanza n. 254 del 2005, ha dichiarato la questione infondata e ribadito che il giudice è libero di scegliere tra le misure previste dal legislatore<sup>356</sup>.

---

<sup>355</sup> CORTE COSTITUZIONALE, sentenza 17 novembre 2004 (ud. 29 settembre 2004), n. 367, con note a commento: F. DELLA CASA, *La Corte Costituzionale corregge l'automatismo del ricovero provvisorio in struttura manicomiale promuovendo la libertà vigilata al rango di alternativa*, in "Giurisprudenza costituzionale" 2004, 6, pp. 3998 e ss.; F. NUZZO, *La declaratoria di illegittimità costituzionale dell'art. 206 c.p. conferma l'esigenza della revisione del sistema delle misure di sicurezza*, in "Cassazione penale", 2005, pp. 750 e ss.

<sup>356</sup> CORTE COSTITUZIONALE, ordinanza 20 giugno 2005, n. 254.

### **3. CONTENUTI DI RIFORMA**

In sede di conversione del D.L. 211/2011 viene approvato un emendamento ed aggiunto l'art. 3 *ter* che – richiamandosi espressamente alla riforma della sanità penitenziaria – fissa dei termini per raggiungere l'obiettivo del definitivo superamento degli Ospedali psichiatrici giudiziari:

1. 31 marzo 2012 definizione dei requisiti delle strutture dove si sarebbero eseguite le misure di sicurezza del ricovero in OPG e dell'assegnazione ad una casa di cura e custodia;
2. 1 febbraio 2013 definitivo superamento degli OPG;
3. 31 marzo 2013: esecuzione delle misure di sicurezza del ricovero in OPG e dell'assegnazione ad una casa di cura e custodia esclusivamente nelle nuove residenze per l'esecuzione delle misure di sicurezza.

Le istituzioni che dovevano sostituire gli OPG, avrebbero dovuto uniformarsi ai seguenti criteri: gestione interna esclusivamente sanitaria; attività di vigilanza limitata al perimetro esterno e modalità di assegnazione alle strutture tale da garantire, di norma, la destinazione a strutture ubicate nel territorio regionale di provenienza.

Il decreto stanziava 120 milioni di euro per il 2012 e 60 milioni per il 2013, da assegnare alle Regioni per la costruzione e ristrutturazione delle residenze e 38 milioni per il 2012 e 55 milioni a decorrere dal 2013 per concorrere agli oneri per l'esercizio dell'attività.

In caso di mancata ottemperanza al termine previsto per il completamento del processo di definitivo superamento, il Governo avrebbe potuto provvedere in via sostitutiva come previsto dall'art. 120 della Costituzione.

L'art. 3 *ter* non modificava alcuna delle disposizioni del codice penale.

#### **3.1.PRIMA PROROGA**

Il 25 marzo 2013 viene approvato il D.L. 24/2013, convertito con legge n. 57 del 2013, con cui viene prorogato il termine per il superamento dell'OPG. Il decreto, non si limita a disporre la proroga, ma modifica alcune disposizioni, riarticolarlo, così, le fasi del superamento:

1. 15 Maggio 2013: presentazione programmi regionali;

2. 30 novembre 2013: relazione dei Ministri della Giustizia e della Salute al Parlamento sullo stato di avanzamento;

3. 1° Aprile 2014: le misure di sicurezza sono eseguite nelle nuove residenze.

Per garantire il rispetto dei nuovi termini da parte delle Regioni, il potere sostitutivo del Governo è esteso anche alle ipotesi di mancata presentazione del programma. Il nuovo decreto specifica i contenuti dei programmi regionali che debbono definire prioritariamente «tempi certi e impegni precisi per il superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari».

Le novità più significative riguardano proprio i contenuti dei programmi regionali, in cui si prevede debbano essere presenti, oltre agli interventi strutturali, «attività volte ad incrementare i percorsi terapeutico-riabilitativi» e «provvedere alla dimissione dei soggetti per i quali l'autorità giudiziaria abbia già escluso la sussistenza della pericolosità sociale». A questa modifica consegue che i 120 milioni di euro stanziati per l'anno 2012 e i 60 per il 2013 debbano ritenersi destinati non più soltanto agli interventi strutturali, bensì anche a questi ultimi.

### **3.2.SECONDA PROROGA**

Il 31 marzo del 2014, alla vigilia del secondo termine per il definitivo superamento, è stato emanato un nuovo decreto che ha previsto la proroga di un ulteriore anno, facendo slittare al 31 marzo 2015 la data di chiusura degli OPG.

Come il precedente decreto di proroga, il D.L. 52/2014 prevede disposizioni atte a garantire il rispetto dei termini e riarticola le fasi del processo, come segue:

1. All'entrata in vigore del Decreto: comunicazione sullo stato di attuazione;
2. 15 Giugno 2014: modifica dei programmi regionali, per contenere il numero di posti letto e destinare quota dei fondi ai DSM;
3. entro 30 gg dall'entrata in vigore della legge di conversione: costituzione di un organismo di coordinamento presso il Ministero della salute;
4. Entro 45 gg. dall'entrata in vigore della legge di conversione: elaborazione e presentazione al Ministero della salute e all'autorità giudiziaria competente di percorsi terapeutico-riabilitativi individuali di dimissione di ciascuno degli internati presenti in OPG;

5. Ogni 3 mesi: Relazione del Ministro della Salute e della Giustizia al Parlamento sullo stato di attuazione;
6. 31 Marzo 2015: chiusura OPG e le misure di sicurezza sono eseguite esclusivamente nelle nuove strutture.

Il D.L. 52/2014 e soprattutto la legge di conversione del decreto con modificazioni, 31 maggio 2014, n. 81 apportano modifiche significative.

In primo luogo, è introdotto per le Regioni, l'onere di presentare programmi terapeutico riabilitativi, finalizzati alla dimissione, di tutti gli utenti degli OPG, non più soltanto i *dimissibili*. Inoltre, viene sancita la natura di *extrema ratio* del ricovero in OPG. Si stabilisce che il giudice, sia in fase di applicazione provvisoria che in fase definitiva, debba ordinare una misura diversa, salvo che non ve ne sia altra idonea a far fronte alla sua pericolosità sociale.

Il legislatore prevede che l'accertamento della pericolosità sociale sia effettuato sulla base delle qualità soggettive «senza tenere conto delle condizioni di cui all'art. 133 co. 2 n. 4», ovvero «condizioni di vita individuale, familiare e sociale del reo» e chiarendo che l'assenza di programmi terapeutici individuali non sarà più condizione sufficiente a fondare una prognosi di pericolosità.

Infine, il legislatore introduce una durata massima delle misure di sicurezza detentive, pari al massimo di pena edittale previsto per il reato commesso

### **3.3.QUESTIONI INTERPRETATIVE**

Nel 2011 ha avuto avvio StopOPG, un cartello di oltre venti associazioni, che ha promosso campagne e si è confrontato con gli attori istituzionali, per la chiusura degli OPG. Negli anni, il movimento ha più volte rilanciato il dibattito su alcuni dei nodi problematici della normativa in materia di misure di sicurezza e delle sue applicazioni (la presenza di un'alta percentuale di cosiddetti «dimissibili», la mancanza di un tetto massimo di durata della misura di sicurezza e l'esistenza di persone condannate ai cosiddetti «ergastoli bianchi», l'eccessivo ricorso alla misura detentiva anziché a quella non detentiva). In particolare, tra il 2013 ed il 2014, ha dialogato con Governo e Parlamento allo «scopo dichiarato di

modificare la legge nello spirito delle sentenze della Corte Costituzionale del 2003 e 2004»<sup>357</sup>.

Con la legge 31 maggio 2014, n. 81, il legislatore – pur proseguendo nella direzione del non intervento sugli assi portanti della misura di sicurezza – ha introdotto alcune modifiche significative alla normativa in materia di misure di sicurezza, che sembrano andare nella direzione di una risoluzione di quei problemi denunciati a più riprese da StopOpg e dalle altre realtà attive per la chiusura (per citarne alcuni: il forum salute mentale, psichiatria democratica, i radicali).

Queste disposizioni potrebbero aver contribuito a produrre un decremento del numero di persone sottoposte alla misura di sicurezza detentiva: la limitazione degli elementi di cui il giudice può tenere conto per la valutazione della pericolosità sociale, dovrebbe scongiurare l'applicazione della misura di sicurezza o la proroga della sua durata, per carenze dei servizi dello stato sociale; la previsione della misura detentiva come *extrema ratio* dovrebbe favorire le alternative; la durata massima della misura di sicurezza, cancellare gli ergastoli bianchi. Disegnando un sistema in cui la misura è l'opzione residuale e comunque ha una durata determinata.

Le disposizioni legislative, frutto di un'elaborazione più o meno accurata, debbono sempre essere interpretate e possono affermarsi nella giurisprudenza e nella prassi indirizzi consolidati oppure possono convivere interpretazioni contrastanti. Un panorama delle prime interpretazioni giurisprudenziali e dottrinali può darci un quadro degli elementi da tenere sotto controllo, per tracciare i futuri sviluppi.

### **3.3.1. NON PIÙ INTERNAMENTI PER LE CARENZE DELLO STATO SOCIALE O AFFERMAZIONE DI UNA CONCEZIONE BIOLOGISTA DELLA PERICOLOSITÀ SOCIALE?**

La legge 81/2014 ha previsto che l'accertamento della pericolosità sociale debba essere «effettuato sulla base delle qualità soggettive della persona», «senza tenere conto delle condizioni di cui all'art. 133, secondo comma, n. 4 del codice penale» e che non possa

---

<sup>357</sup> G. DEL GIUDICE e S. CECCONI, *Il caso StopOpg. Quando la partecipazione migliora il progetto politico*, in "Aut Aut", 2016, 370, p. 68.

costituire «elemento idoneo a supportare il giudizio di pericolosità sociale la sola mancanza di programmi terapeutici individuali». Autorevole dottrina ha guardato con preoccupazione a questa modifica, leggendovi il favore per una concezione della pericolosità sociale «decontestualizzata», che contro la *ratio* garantista della norma, potrebbe condurre agli effetti negativi di un ritorno in auge di concezioni biologico-riduzioniste e che rivelerebbe profili di incostituzionalità, in quanto disciplina in modo irragionevolmente differenziato la valutazione della pericolosità sociale del folle autore di reato, rispetto alle altre ipotesi<sup>358</sup>.

Contrariamente, Schiaffo sostiene che la nuova disposizione non precluda un accertamento della pericolosità situazionale, rimanendo intatta la possibilità di considerare la condotta e l'intera «vita del reo, antecedenti al reato» e dunque la componente ambientale, intesa in senso relazionale<sup>359</sup>. I nuovi criteri legislativi sarebbero – per l'autore – idonei a scongiurare proroghe della misura esclusivamente fondate su fatti che non dipendono dal reo (quale la mancata presa in carico da parte dei servizi psichiatrici territoriali), garantendo il pieno rispetto del principio di personalità della responsabilità penale, di cui all'art. 27 Cost., anche nei confronti del non imputabile<sup>360</sup> ed il superamento di quella «distorsione funzionale» per cui l'adempimento dei doveri di solidarietà politica, economica e sociale nei confronti del reo era assolto attraverso la privazione della libertà personale e la reclusione in OPG<sup>361</sup>.

### 3.3.1.1. AL VAGLIO DELLA CORTE COSTITUZIONALE

Il Tribunale di Sorveglianza di Messina, con ordinanza 16 Luglio 2014, ha sollevato questione di legittimità costituzionale dell'art. 1 co. 1 lett. b L. 81/2014, proprio nella parte

---

<sup>358</sup> M. PELISSERO, *Ospedali psichiatrici giudiziari in proroga e prove maldestre di riforma della disciplina delle misure di sicurezza*, in “Diritto penale e processo”, 2014, 913 e ss.

<sup>359</sup> F. SCHIAFFO, *La pericolosità sociale tra «sottigliezze empiriche» e «spessori normativi»: la riforma di cui alla legge n. 81/2014*, in “Diritto penale contemporaneo – Rivista online”, 11 Dicembre 2014, pp. 25-27

<sup>360</sup> Ivi, p. 18

<sup>361</sup> ID., *Psicopatologia della legislazione per il superamento degli OPG: un raccapricciante acting out nella c.d. “riforma Orlando”*, in “Diritto penale contemporaneo – Rivista online”, 21 Giugno 2017, p. 26

in cui disciplina e delimita l'accertamento della pericolosità sociale, ritenendo illegittima la preclusione di una valutazione a tutto tondo, che tenga in debita considerazione anche fattori esogeni e prefigurando il rischio che un «modello unifattoriale di tipo individualistico» possa condurre ad una concezione della «pericolosità rigida, statica ed autoconservativa», al rifiorire del «genetismo neuroscientifico»<sup>362</sup>.

La Corte Costituzionale, con sentenza 24 giugno 2015, n. 186, ha dichiarato infondata la questione, in quanto mossa dall'erroneo presupposto interpretativo che la normativa abbia modificato la nozione di pericolosità sociale, mentre è intervenuta sull'accertamento ai soli fini dell'applicazione della misura detentiva<sup>363</sup>.

La pronuncia della Consulta non fornisce chiavi per risolvere il principale nodo interpretativo: se la nuova formulazione dell'art. 3-ter imponga un accertamento unifattoriale, precludendo la valutazione di qualsiasi elemento non strettamente endogeno, compresa la vita del reo, a cui fa riferimento il contributo di Schiaffo.

L'ordinanza del Tribunale di Sorveglianza di Messina, di cui pure non si condividono parte dei presupposti, non può essere etichettata come mera «giurisprudenza difensiva»<sup>364</sup> ed a nostro avviso pone, seppure incidentalmente, una questione che merita di essere affrontata: il rischio che un'interpretazione riduzionista e neo-biologista, che potrebbe affermarsi alla luce della nuova disciplina, possa dar luogo ad un «cronicismo psichiatrico» anziché ad una deistituzionalizzazione.

Lo spostamento di operatività dei nuovi criteri, dal piano dell'accertamento della pericolosità sociale in generale a quello per l'idoneità delle misure detentive, offre una garanzia rispetto ad ipotetiche applicazioni, che argomentando su una patologia «incurabile», dispongano proroghe su proroghe della misura detentiva, non altrettanto dal rischio di proroghe infinite della misura non detentiva della libertà vigilata, che a seconda delle prescrizioni che l'accompagnano, può essere una misura non poco afflittiva.

---

<sup>362</sup> TRIBUNALE DI SORVEGLIANZA DI MESSINA, Ordinanza del 16 luglio 2014 (SIUS 2014/430 TDS), pubblicata su “Diritto Penale Contemporaneo - Rivista online”, con nota di R. BIANCHETTI, *Sollevata questione di legittimità costituzionale in merito ai nuovi criteri di accertamento della pericolosità sociale del seminfermo di mente*, in “Diritto Penale Contemporaneo – Rivista online”, 14 Novembre 2014.

<sup>363</sup> Corte Costituzionale, sentenza 24 Giugno 2014, n. 186. Commentata da A. PUGIOTTO, *La giurisprudenza difensiva in materia di OPG a giudizio della corte costituzionale*, in “Rivista AIC”, 2015, 4

<sup>364</sup> *Ibid*

### 3.3.2. REMS COME EXTREMA RATIO? I ANNO DI APPLICAZIONI: UN BILANCIO

Ai sensi dell'art. 3-ter, come modificato ad opera della L. 81/2014 «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».

Nel diritto penale, interventi atti a statuire il principio che la detenzione rappresenta l'*extrema ratio* (specie in materia di misura cautelare) si sono susseguiti, quasi mai raggiungendo lo scopo di deflazione della popolazione reclusa<sup>365</sup>.

Dacché l'OPG, fino al 2003, era l'unica misura di sicurezza applicabile al prosciolto per vizio di mente autore di reato, oggi, dopo la riforma, dovrebbe rappresentare la misura residuale, applicabile solo dove ogni altra diversa risulti inidonea.

Il condizionale è d'obbligo, in quanto, dall'esame della giurisprudenza di merito, che avevamo svolto su Commissione di uno dei membri del Tavolo 11 degli Stati Generali sull'esecuzione penale, nei primi 15 mesi dall'entrata in vigore della Legge n. 81/2014, risultava che circa il 40% delle applicazioni di misura di sicurezza detentiva, fossero comminate senza una effettiva valutazione dell'idoneità di altre misure, con il mero ricorso a clausole di stile come «rilevato che ogni misura diversa appare nel caso di specie inidonea a contenere la pericolosità sociale»<sup>366</sup>.

Se un esame accurato ed un'argomentazione dettagliata sull'inidoneità delle misure non detentive, di per sé non garantisce un'applicazione a largo spettro delle alternative, il fatto che molti giudici ritengano sufficiente una clausola di stile, porta ad escludere la possibilità che tale disposizione produce un effetto deflattivo.

---

<sup>365</sup> Mi sia permesso rinviare ad un mio breve articolo sulle misure deflative introdotte nel periodo post- Torreggiani, G. MELANI, *Le misure con finalità deflattiva e il loro impatto*, in "Rassegna penitenziaria e criminologica", 2014, 3, pp. 129 - 154

<sup>366</sup> Si rinvia agli atti del Tavolo 11 degli Stati Generali sull'esecuzione penale, pubblicati sul sito del Ministero della Giustizia

### 3.3.3. DURATA MASSIMA MISURA DI SICUREZZA

Le misure di sicurezza sono un tipico esempio di diritto penale dell'autore e non del fatto, e perciò non erano determinate nella loro durata massima.

Potevano perciò verificarsi situazioni paradossali, in cui alla Commissione di un fatto di minima – o persino nulla – offensività, faceva seguito una misura di durata illimitata<sup>367</sup>. L'art. 3-ter, nella versione attualmente in vigore, prevede che «Le misure di sicurezza detentive provvisorie o definitive, compreso il ricovero nelle residenze per l'esecuzione delle misure di sicurezza, non possono durare oltre il tempo stabilito per la pena detentiva prevista per il reato commesso, avuto riguardo alla previsione edittale massima».

La dottrina si è interrogata sulle misure che il giudice di cognizione (in caso di misura provvisoria) o il magistrato di sorveglianza (se definitiva) può adottare, contestualmente alla dichiarazione di cessazione della misura per decorso della durata massima, con una tendenza a ritenere che sia possibile applicare la libertà vigilata terapeutica<sup>368</sup>.

Nella giurisprudenza di merito si rintracciano gli orientamenti più disparati: dalla libertà, alla libertà vigilata con prescrizioni, a quella da eseguirsi in comunità, al ricovero in SPDC, che pone grandi interrogativi, anche rispetto alla natura di queste strutture<sup>369</sup>.

---

<sup>367</sup> Un caso emblematico, anche se il reato commesso in questo caso era grave, è quello di Vito De Rosa, rimasto internato per oltre 50 anni, F. MARANTA, *Vito il recluso*, cit.

<sup>368</sup> Si veda, L. GATTA, *Aprite le porte agli internati! Un ulteriore passo verso il superamento degli OPG e una svolta epocale nella disciplina delle misure di sicurezza detentive: stabilito un termine di durata massima (applicabile anche alle misure in corso, a noi pare)*, in "Diritto penale contemporaneo", 06 Giugno 2014; ID., *Revoca del ricovero in opg per decorso della durata massima: un primo provvedimento*, in "Diritto penale contemporaneo", 16 giugno 2014.

Si rileva, per inciso, che la Cassazione ha ritenuto che una tale tipologia di misura violi il principio di legalità delle misure di sicurezza (Cass., sentenza 8 Gennaio 2010, n. 9656). Ma non mancano nella giurisprudenza di merito applicazioni di misure di sicurezza "non detentive" con pesanti limitazioni della libertà personale.

<sup>369</sup> Queste posizioni sono emerse nella partecipazione ai due eventi di formazione dei magistrati di sorveglianza presso la Scuola Superiore della Magistratura, cui si è fatto richiesta ed ottenuto l'autorizzazione a partecipare, ma che erano riservati ai soli magistrati. In quei contesti, ci sono stati degli scambi sul tema ed i magistrati hanno condiviso le loro decisioni. Firenze – Scuola superiore della Magistratura, Il procedimento di sorveglianza, 13-15 Luglio 2016 e Firenze – Scuola superiore della Magistratura, Problemi attuali della Giurisdizione di sorveglianza, II Giornata, 9 febbraio 2017.

Occorre precisare, che anche laddove si ritenesse inapplicabile la misura non detentiva in sede di revoca, l'ostacolo potrebbe essere bypassato disponendo la sostituzione della misura di sicurezza detentiva con la libertà vigilata, prima dello spirare del termine<sup>370</sup>.

Molti – sia tra i magistrati che nella dottrina – pongono l'accento sulle carenze della nuova normativa rispetto all'obiettivo della difesa della collettività dalle future condotte criminose del folle reo nei casi di effettiva pericolosità sociale<sup>371</sup>.

Il fatto stesso che si ponga, con tale insistenza, la tematica della protezione della collettività dalle condotte del folle reo, è sintomatico della persistenza e pervicacia del pregiudizio della maggior propensione a delinquere del folle, ormai superato dagli psichiatri forensi<sup>372</sup>.

---

<sup>370</sup> Nel corso di due eventi formativi organizzati dalla Scuola Superiore della Magistratura e diretti ai magistrati di sorveglianza (Firenze – Scuola superiore della Magistratura, Il procedimento di sorveglianza, 13-15 Luglio 2016 e Firenze – Scuola superiore della Magistratura, Problemi attuali della Giurisdizione di sorveglianza, II Giornata, 9 febbraio 2017), alcuni hanno dichiarato che, dubitando della legittimità dell'applicazione di misura di sicurezza non detentiva contestualmente alla dichiarazione di cessazione della misura di sicurezza per decorso del termine massimo di durata, quando si avvicina il termine, provvedono a sostituire la misura di sicurezza detentiva con la non detentiva. Non sulla base della scemata pericolosità sociale, ma per una valutazione di convenienza.

<sup>371</sup> G. L. GATTA, *Revoca del ricovero*, cit.; P. DI NICOLA, *La chiusura degli OPG: un'occasione mancata*, in "Diritto penale contemporaneo", 13 marzo 2015.

<sup>372</sup> Si veda U. FORNARI, *Trattato di psichiatria forense*, Utet, Torino 2018.

## CAPITOLO IV

### IL SUPERAMENTO DEGLI OPG: CHIUSURA DEI MANICOMI CRIMINALI O TRASFORMAZIONE?

#### 0. PRELUDIO. MAGGIO 1978: CHIUSURA DEI MANICOMI – FEBBRAIO 2012: SUPERAMENTO DEI MANICOMI CRIMINALI

La recente riforma (avviata con l'art. 3 *ter* D.L. 211/2011, convertito con modificazioni in legge 9/2012) ha previsto la chiusura (o la modernizzazione?) dei manicomi criminali: l'istituzione preposta alla cura e alla custodia del malato di mente autore di reato, ritenuto socialmente pericoloso.

Parlando di *chiusura* e di *manicomi*, il richiamo alla legge 13 maggio 1978, n. 180 è quasi irriflesso. Una ricostruzione diffusa – condivisa da una parte della letteratura specialistica – vuole che la legge “della Commissione Marino” abbia portato a compimento il percorso di civiltà avviato dalla legge “Basaglia”<sup>373</sup>, che aveva lasciato in vita il manicomio criminale, ultimo fortino di un modello asilare, ormai superato<sup>374</sup>.

---

<sup>373</sup> La legge 13 maggio 1978, n. 180 è nota ai più come legge “Basaglia”. Attribuire a Franco Basaglia la paternità di questa riforma è un'operazione tutt'altro che pacifica e scontata. Come ci ricordano sia Jhon Foot che Piero Cipriano, Basaglia e altri psichiatri anti-istituzionali erano molto critici nei confronti del disegno di legge in discussione, che Basaglia definì legge «antidemocratica». In particolare, la critica verteva sull'apertura dei reparti psichiatrici negli ospedali civili, che era vista come un passo indietro rispetto alla territorializzazione già realizzata in alcuni luoghi e sul TSO forma di criminalizzazione del malato di mente. Si rinvia a: P. CIPRIANO, *Basaglia e la metamorfosi della psichiatria*, Elèuthera, 2018; J. FOOT, *La Repubblica dei matti: Franco Basaglia e la psichiatria radicale in Italia, 1961-1978*, Feltrinelli, Milano 2014, pubblicazione ebook 2017, pp. 461 e ss.

<sup>374</sup> Tra i contribuiti che leggono nella L. 9/2012 un compimento del percorso avviato con la L. 180/1978, si richiamano, a titolo di esempio: V. FESTINO e B. PETRINI, *La chiusura degli ospedali psichiatrici (OPG) è ormai una realtà*, in “180°. L'altra metà dell'informazione”, 2017, 1, pp. 3 e ss.; S. CECCONI, *Chiudere gli Ospedali Psichiatrici Giudiziari, per aprire spazi ai diritti e alla cittadinanza*, in F. CORLEONE (a cura di), *L'abolizione del manicomio criminale. Tra utopia e realtà*, Fondazione Michelucci Press, Firenze 2015, pp. 31 e ss.; K. PONETI, *Superamento*

Per capire se questo parallelo abbia senso, dobbiamo partire da quei movimenti di critica e pratica anti-istituzionale che sono noti come anti-psichiatrici<sup>375</sup> e capire che cosa ha caratterizzato il processo di deistituzionalizzazione italiano, tanto da renderlo un *unicum*.

A partire dalla metà degli anni '50 e soprattutto nel corso degli anni '60 e '70, in varie aree del mondo, teorie, pratiche e movimenti hanno aperto una faglia nella psichiatria moderna. Se, come mostra Foucault, nel Corso al Collège de France sul potere psichiatrico «a caratterizzare la psichiatria “classica” [...] è questo gioco costituito da un rapporto di potere che dà luogo a una conoscenza la quale fonda a sua volta, per converso i diritti di tale potere»<sup>376</sup>, è la messa in discussione di questo potere e dell'istituzione manicomiale come forma e luogo del suo esercizio, che accomuna i diversi esperimenti/teorie di Szasz, Laing, Cooper o Basaglia e permette di distinguerli da forme precedenti di de-psichiatrizzazione della medicina mentale<sup>377</sup>.

I movimenti critici della stagione '60/'70, che hanno segnato il contesto in cui quella riforma – che pure non era nata tra le fila di Psichiatria Democratica<sup>378</sup> – è stata

---

*dell'OPG e ruolo del Garante per i diritti dei detenuti*, in F. CORLEONE (a cura di), *L'abolizione del manicomio criminale*, cit.

Si richiama anche un pregevole contributo di Daniele Piccione, in cui l'Autore, pur evidenziando la distanza tra un approccio “massimalista” che mette in discussione lo stesso sistema a doppio binario e l'intervento del legislatore del 2012 che incide sulla sola struttura di contenimento, così conclude: «Proprio seguendo la non flebile traccia costituzionale - che illumina l'interprete sui particolari rischi che affliggono i diritti di libertà quando sono esercitati in condizioni di svantaggio materiale e ristrettezze fisiche – può trovarsi il filo che congiunge un decisivo snodo quale quello dell'approvazione della “legge Basaglia”, con l'isolato slancio riformista illustrato in queste note, da parte di un Parlamento che pure si dibatte in un acuto momento di crisi», D. PICCIONE, *Morte di un'istituzione totale? Il superamento degli Ospedali psichiatrici giudiziari*, in “Rivista Associazione Italiana dei Costituzionalisti”, 2012, 1, pp. 1-9.

<sup>375</sup> Ricorriamo all'etichetta «antipsichiatria» pur nella consapevolezza che questo termine non è stato pacificamente accolto da tutti gli esponenti dei movimenti di critica alla psichiatria e di psichiatria radicale e che negli anni più recenti è stato utilizzato come termine screditante. La scelta di adottarlo non è mossa da ragioni di praticità, quanto piuttosto da due constatazioni, la prima che i movimenti anti-psichiatrici hanno effettivamente posto al centro del dibattito il potere psichiatrico, la seconda dal fatto che – rifiutato in un primo momento – il termine è stato fatto proprio da Basaglia e dai basagliani. Su quest'ultimo aspetto si rinvia a J. FOOT, *op. cit.*, pp. 39-69

<sup>376</sup> M. FOUCAULT, *Le pouvoir psychiatrique. Cours au Collège de France 1973-1974*, Gallimard, Paris 2003, tr. it., *Il potere psichiatrico. Corso al Collège de France (1973-1974)*, Feltrinelli, Milano 2015, p. 295.

<sup>377</sup> Foucault definisce «depsichiatrizzazione» le riforme e pratiche che hanno tentato di spostare il potere psichiatrico per ristabilirlo, come la psicoturgia e la psichiatria farmacologica o la psicoanalisi, M. FOUCAULT, *Il potere psichiatrico*, cit., pp. 291-293.

<sup>378</sup> Psichiatria Democratica è un gruppo di psichiatri che si riunisce a partire dall'ottobre del 1973 (tra i promotori figurano Franca Ongaro Basaglia, Agostino Pirella e Antonio Slavich) ed ha tra le

immaginata, elaborata e proposta, non ambivano a riformare, rendere moderno ed «umanizzare» il manicomio, ma a distruggerlo e a superare «un rapporto oggettivo con il paziente, nel quale *lo psichiatra* non può vedere solo un isolato oggetto di studio o di analisi»<sup>379</sup>. Dunque, strategie diverse volte a contrastare il potere istituzionale dello psichiatra, spezzando il cerchio che conferiva statuto di conoscenza al suo sapere.

Completamente diverso è l'orizzonte in cui – per iniziativa di un gruppo di parlamentari – viene approvato il definitivo superamento degli OPG: denuncia e indignazione per lo stato dei luoghi in cui la misura di sicurezza è eseguita.

Già questa osservazione, potrebbe far dubitare della presunta continuità tra i due interventi. Ma cosa è la deistituzionalizzazione, di cui la trasformazione degli OPG avrebbe compiuto il programma? Una chiusura delle istituzioni? Il superamento dei dispositivi di internamento?

Non sempre e non ovunque. Come precisano, in un recente lavoro, Allison Carey e Lucy Gu:

La deistituzionalizzazione non è necessariamente la stessa cosa che chiudere le istituzioni. Deistituzionalizzazione può significare spostamento delle persone fuori dalle istituzioni se i servizi di comunità sono disponibili, spostamento di coloro che sono ritenuti “capaci di beneficiare dei servizi di comunità” o riduzione della popolazione istituzionalizzata<sup>380</sup>.

L'esperienza italiana, però, è stata caratterizzata, non dalla limitazione del ricorso alle istituzioni manicomiali, ma dalla loro cancellazione e dalla costruzione di servizi

---

sue finalità costitutive «individuazione e lotta contro il proprio ruolo nei confronti dell'utente del servizio» e lotta all'esclusione del malato di mente. Dal Febbraio del 1990 è ufficialmente costituita come Società Italiana di Psichiatria Democratica. Si rinvia al sito [www.psichiatriademocratica.com](http://www.psichiatriademocratica.com)

<sup>379</sup> F. BASAGLIA, *La distruzione dell'ospedale psichiatrico come luogo di istituzionalizzazione. Mortificazione e libertà dello «spazio chiuso». Considerazioni sul sistema «open door»*, Comunicazione al Congresso Internazionale di Psichiatria Sociale, Londra 1964, in “Annali di Neurologia e Psichiatria”, XLIX (1965), 1, ripubblicato in ID., *L'utopia della realtà*, Einaudi, Torino 2005, p. 84

<sup>380</sup> A. C. CAREY e L. GU, *Walking the Line between the Past and the Future: Parents' resistance and Commitment to Institutionalization*, in L. BEN MOSHE, C. CHAPMAN & A. C. CAREY (a cura di), *Disability Incarcerated. Imprisonment and Disability in United States and Canada*, Pallgrave Mcmillan, New York, 2014, p. 114 (tr.it mia).

sostitutivi<sup>381</sup>. La legge 180/1978 non ha soltanto chiuso gli ospedali psichiatrici, ma statuito il principio della volontarietà dei trattamenti sanitari (compresi quelli relativi alla salute mentale) e disciplinato il trattamento sanitario obbligatorio, sganciandolo dal presupposto della pericolosità a sé ed agli altri, su cui si fondava l'internamento nel previgente sistema (L. 36/1904)<sup>382</sup>.

Qui, la differenza tra i due interventi è marcata: la L. 9/2012 si è limitata ad operare una sostituzione delle vecchie istituzioni carcerario-manicomiali con altre a gestione sanitaria, lasciando pressoché inalterato il dispositivo giuridico dell'internamento del malato di mente autore di reato.

Perché sottolineare questa differenza? A cosa serve precisare la discontinuità tra queste due riforme?

I motivi sono molti. La legge 180/1978 è una legge importante, non solo perché ha condotto alla chiusura dei manicomi ed abrogato la “Legge Giolitti” del 1904, ma anche per il suo grande valore simbolico. La “180” non solo rappresenta il movimento anti-istituzionale italiano (pensiamo alla collana “180. Archivio Critico della Salute Mentale” delle Edizioni Alphabeta, o alla rivista “180°. L'altra metà dell'informazione”, o ancora alla radio “Rete 180”), ed è anche riconosciuta, più trasversalmente quanto meno in area progressista, come una tappa essenziale di un processo di «civiltà» del paese<sup>383</sup>, nonostante sia bersaglio di continui tentativi di «controriforma»<sup>384</sup>.

Caricare la legge 9/2012 del bagaglio simbolico della legge 180/1978, rischia di produrre un effetto di forte legittimazione delle rinnovate istituzioni, che non solo sarebbero finalmente spogliate dagli «indecorosi» eccessi che avevano caratterizzato i primi 140 anni

---

<sup>381</sup> O. DE LEONARDIS e T. EMMENEGGER, *Le istituzioni della contraddizione. Institution, Contradiction, and Democracy*, in “Rivista sperimentale di Freniatria”, 2005, 3, pp. 14-38

<sup>382</sup> Sulla legge 36/1904, nota come “Legge Giolitti”, si rinvia a: R. CANOSA, *Storia del manicomio*, cit., pp. 100 e ss.

Sulla legge 180/1978 e sulla successiva legge istitutiva del servizio sanitario nazionale (L. 833/1978), che l'ha incorporata: J. FOOT, *La Repubblica dei matti*, cit.; V. BABINI, *Liberi tutti: manicomi e psichiatri in Italia: una storia del Novecento*, Il Mulino, Bologna 2009;

<sup>383</sup> Si veda, ad esempio, L. MANCONI, *La rivoluzione Basaglia. Quando l'Italia diventò civile*, in “L'Espresso”, 26 aprile 2018

<sup>384</sup> Si pensi al DDL Burani Procaccini (DDL 174/2001 XVI legislatura) o al più recente Tweet del Ministro dell'Interno Matteo Salvini «Noi stiamo lavorando per un'Italia più buona. Penso alla riforma che ha lasciato nella miseria migliaia di famiglie con parenti malati psichiatrici. #Pontida18» (1 luglio 2018)

della loro storia, ma la cui esistenza sarebbe altresì giustificata dal fatto che la nuova riforma è conforme a quanto stabilito da un più illustre antenato.

Non solo, un disconoscimento o la «messa tra parentesi»<sup>385</sup> della continuità, ci permette di adottare una prospettiva comparata e restituire, per gioco di contrasti, al processo di deistituzionalizzazione avviato negli anni '60 (di cui la Legge 180 non rappresenta il tutto) quella radicalità negata da alcune narrazioni rassicuranti<sup>386</sup> e, quanto al presente, di far emergere i tratti propri del superamento degli OPG.

## 0.1. EFFETTI DI RIFORME

Disconosciuta questa paternità, è interessante guardare alla legge 180/1978 per svolgere alcune precisazioni di metodo.

La legge 180 ha una storia particolare: è stata approvata in un tempo brevissimo, nei giorni immediatamente successivi al ritrovamento del cadavere di Aldo Moro, sotto la fortissima spinta rappresentata dalla possibilità che il Partito Radicale presentasse il referendum abrogativo sulla L. 36/1904, per cui erano state raccolte quasi 700.000 firme e che avrebbe prodotto un vuoto legislativo in materia di assistenza psichiatrica<sup>387</sup>.

Come abbiamo avuto modo di anticipare, l'idea che una riforma della normativa psichiatrica fosse necessaria deve molto al movimento di critica anti-istituzionale italiano, ma questo non partecipò alla redazione dell'articolato e Basaglia – in una prima fase – espresse forti critiche al disegno di legge che era in discussione.

La 180 aveva probabilmente dei difetti: i manicomi dovevano chiudere, ma non erano stanziati fondi per l'attuazione della legge; l'apertura delle unità psichiatriche negli ospedali civili era meno all'avanguardia di alcune pratiche di territorializzazione già realizzate; fu eliminato, nel passaggio dalla legge 180 alla 833<sup>388</sup>, il limite di 15 posti letto

---

<sup>385</sup> Si echeggia la «messa tra parentesi» della malattia mentale basagliana.

<sup>386</sup> È interessante osservare, con Saraceno, come anche del pensiero di Franco Basaglia siano state proposte letture depoliticizzate ed immagini di un “Basaglia filantropo” più critico del manicomio che della psichiatria, B. SARACENO, *Distorsioni del pensiero di Franco Basaglia*, in ID., *Sulla povertà della psichiatria*, DeriveApprodi, Roma 2017, pp. 47-60

<sup>387</sup> J. FOOT, *La repubblica dei matti*, cit., pp. 461-484

<sup>388</sup> Si ricorda che la L. 180/1978 è stata incorporata nella legge istitutiva del SSN, l. 833/1978.

nelle unità ospedaliere<sup>389</sup> ed il trattamento sanitario obbligatorio rappresentava una «criminalizzazione del malato»<sup>390</sup>.

Ma la riforma non è solo o tanto il testo approvato il 13 maggio. Quel testo legislativo, come ogni altro, è stato interpretato: dai giudici nei casi da dirimere, dagli amministratori pubblici, dagli psichiatri. Su quel testo sono stati prodotti discorsi, che hanno contribuito a dare senso. Da quel testo, sono proseguite le pratiche che hanno condotto alla chiusura dei manicomi e alla costruzione dei servizi. Pratiche spesso diverse e disomogenee, ispirate e costruttive di diversi modi di essere psichiatri.

Una riforma che ha quarant'anni di vita, ci consente di mettere a fuoco quanto il diritto sia «vivente»<sup>391</sup>, la sua irriducibilità al testo legislativo, la reciproca permeabilità tra diritto e società, la dimensione potenziale delle norme. Di talché, non sembrerebbe sensato prescindere dalle pratiche e dai discorsi di chi, con diverso mandato istituzionale, ha attuato quella riforma, dall'intreccio di relazioni, per dirla con Paul Vyene dall'«intrigo»,

---

<sup>389</sup> A. PIRELLA, *Poteri e leggi psichiatriche in Italia (1968-1978)*, in F. CASSATA e M. MORAGLIO (a cura di), *Manicomio, società e politica*, BFS Edizioni, Pisa 2005, pp. 117-130.

<sup>390</sup> F. BULLO, *Il medico poliziotto*, in "La Stampa", 9 febbraio 1978.

<sup>391</sup> Il sintagma «diritto vivente» è entrato a far parte del gergo tecnico-giuridico, soprattutto nelle branche del diritto pubblico, laddove assume il significato di interpretazioni giurisprudenziali consolidate, attribuite dalla Corte Costituzionale, fin dal 1974. In questa accezione, con «diritto vivente» ci si riferisce alla crescente importanza, in ordinamenti di *civil law*, del formante giurisprudenziale (si vedano: G. ALPA, *Il diritto giurisprudenziale e il diritto «vivente» - Convergenza o affinità dei sistemi giuridici?*, in "Sociologia del diritto", 2008, 3, pp. 47-81; M. CAVINO, *Diritto vivente*, voce, in AA.VV., *Digesto delle discipline pubblicistiche. Aggiornamento*, UTET, Milano 2010, pp. 134 - 145; L. SALVATO, *Profili di «diritto vivente» nella giurisprudenza costituzionale*, in [www.cortecostituzionale.it](http://www.cortecostituzionale.it), 2015). L'espressione, nella sociologia giuridica ehrlichiana, indicava qualcosa di diverso «l'intero diritto nelle relazioni sociali [...]» (E. EHRLICH e N. ISAACS, *The Sociology of Law*, in "Harvard Law Review", 36 (1922), 2, p. 130-144, tr. it. mia), non solo e non tanto la prevalenza del formante legislativo o di quello giurisprudenziale, della dottrina o della scienza giuridica, per diritto vivente doveva intendersi «il diritto che, non formulato in proposizioni giuridiche, regola tutta la vita sociale» (E. EHRLICH, *Grundlegung der Soziologie des Rechts*, Munchen und Leipzig, 1913, tr. it, *I fondamenti della sociologia del diritto*, Giuffrè, Milano, 1976). Come osserva Resta, nella sua monografia sul tema, il diritto vivente, così inteso «ha come caratteristica fondamentale quella di essere sempre eccedente. Così come la vita eccede le sue forme» (E. RESTA, *Diritto vivente*, Laterza, Roma-Bari 2008, ed. digitale 2014, p. 37). Nel nostro lavoro utilizzeremo l'espressione, non nel mero senso del primato del formante giurisprudenziale, ma nell'originario ehrlichiano di diritto come pratica sociale, non riconducibile linearmente ed integralmente ad alcuna delle fonti, neanche intese in un'accezione molto ampia, che vi comprenda anche la dottrina. Il diritto come eccedente e sempre in trasformazione.

ovvero la «miscela molto umana e assai poco scientifica di cause materiali, di fini e di azzardi»<sup>392</sup>.

Il tentativo che faremo sarà quello di accantonare la propensione – spontanea per una persona che è giurista di formazione – ad esaminare la riforma soltanto nella sua astrattezza, ad elencare le disposizioni e ricavare con procedimento logico-deduttivo le norme, ad una critica, sempre sul piano astratto della formulazione legislativa.

Piuttosto, adotteremo un approccio empirico: caleremo la riforma nel contesto delle sue prime applicazioni, cercheremo di valutarne gli effetti, di mostrare le differenze e le continuità tra vecchie e nuove istituzioni.

Come nota Treves, le ricerche socio-giuridiche empiriche hanno trovato terreno fertile nelle teorie giusfilosofiche antiformaliste<sup>393</sup> per le quali rappresentavano un possibile approccio alternativo allo studio dell'oggetto "diritto"<sup>394</sup>.

Ciononostante, le ricerche empiriche sul diritto non sono di per sé incompatibili con una teoria formalista, anzi, una verifica dell'effettività e/o dell'efficacia di una qualunque normativa, ben si sposa con gli assunti del positivismo giuridico<sup>395</sup>. Si può infatti considerare la sociologia del diritto come una scienza distinta dalla teoria giuridica. Il sociologo procede alla verifica dell'osservanza o meno di una norma (analisi di effettività) da parte dei giudici, degli operatori di diritto o della collettività, norma valida, che è stata in precedenza ricavata attraverso il ricorso al procedimento logico-deduttivo, dallo stesso sociologo o da un giurista, al cui lavoro il sociologo rinvia. Oppure, il sociologo si pone l'obiettivo di comprendere se una normativa abbia raggiunto i fini istituzionali per cui era

---

<sup>392</sup> P. VEYNE, *Comment on écrit l'histoire. Essai d'épistémologie*, Seuil, 1971, versione ebook, p. 67 [tr. it mia]

<sup>393</sup> Sotto l'etichetta dell'anti-formalismo, si è soliti raggruppare diversi approcci filosofico-giuridici, sviluppati in momenti storici diversi, a partire dai primi decenni del XX secolo, che condividono un rifiuto del «postulato fondamentale del legalismo [...] che vada qualificata come diritto solo la norma contenuta in un testo legale o nel sistema giurisprudenziale edificato sopra a quel tipo di norma mediante operazioni di ordine puramente logico», L. LOMBARDI VALLAURI, *Saggio sul diritto giurisprudenziale*, 1967, riprodotto (limitatamente alle pp. 209-2016 e 241-249) in A. TANZI (a cura di), *L'antiformalismo giuridico. Un percorso antologico*, Raffaello Cortina, Milano 1999, p. 122. Sull'antiformalismo giuridico, si rinvia a: G. FASSÒ, *Storia della filosofia del diritto. III. Ottocento e Novecento*, Laterza, Roma-Bari 2012, in particolare i capp. X-XIV; A. TANZI (a cura di), *L'antiformalismo giuridico. Un percorso antologico*, Raffaello Cortina, Milano 1999, p. 122.

<sup>394</sup> R. TREVES, *Sociologia del diritto*, cit., pp. 193 - 196

<sup>395</sup> Sul positivismo giuridico, si rinvia a G. FASSÒ, *op. cit.*, cap. IX e X. Per la compatibilità tra positivismo e ricerche empiriche, si veda: R. TREVES, *op.cit.*, pp. 198 e ss.

stata introdotta (analisi di efficacia). In questo caso, lo studioso non dovrà tanto accertare quale norma costituisca diritto valido nell'ordinamento che si accinge a studiare, ma quale sia la *ratio* della normativa.

Partendo da assunti anti-formalisti, dall'idea della reciproca permeabilità di diritto e società, ci approcceremo allo studio degli effetti, tenendo conto del fatto che le applicazioni e i discorsi sulla riforma contribuiscono a costruirne il senso (o i sensi) e che al contempo la riforma non si esaurisce nelle sue manifestazioni attuali<sup>396</sup>.

Il testo e l'interpretazione che prediligo non saranno il metro per valutare le applicazioni, bollandole come legittime o illegittime, né più neutralmente, per dare ad alcuni effetti l'etichetta di «funzioni manifeste» ed altri di «funzioni latenti»<sup>397</sup>.

## 0.2. RIMOZIONE DELL'ISTITUZIONALIZZAZIONE?

Abbiamo chiarito che nella nostra indagine non adatteremo le norme ricavate dal nuovo testo legislativo come perno di un discorso sull'efficacia o sull'effettività.

Da cosa partire allora? Quali aspetti esaminare?

Ciò che ci interessa capire è se la riforma abbia prodotto la rimozione dell'istituzionalizzazione del malato di mente autore di reato o abbia piuttosto dato luogo ad una modificazione delle modalità/dei luoghi in cui questa è esercitata.

Che cosa intendere con istituzionalizzazione e – di conseguenza – con deistituzionalizzazione?

Il termine «deistituzionalizzazione» è oggi ampiamente utilizzato in una serie di documenti di organizzazioni sovranazionali e internazionali<sup>398</sup>, per indicare quella *policy*<sup>399</sup> che mira

---

<sup>396</sup> Sul diritto come datità e potenzialità, si rinvia a F. VIOLA, *Il diritto come pratica sociale*, Jaka Book, Milano 1990, pp. 12-20

<sup>397</sup> Le ricerche che si sono concentrate su funzioni manifeste e latenti, richiamano l'opera del sociologo funzionalista Merton, in particolare, R. K. MERTON, *Social Theory and Social Structure. Enlarged Edition*, The Free Press, New York 1968, Part I, Cap. III

<sup>398</sup> Si vedano ad esempio: WORLD HEALTH ORGANIZATION, *Innovation in Deinstitutionalization. A Who survey*, WHO Library, Geneva 2014; EUROPEAN UNION, *Common European Guidelines on the Transition from Institutional to Community Based Care*, in [www.deinstitutionalisationguide.eu](http://www.deinstitutionalisationguide.eu);

<sup>399</sup> Preferiamo non tradurre il termine, in quanto il campo semantico dell'inglese *policy* è intersecato ma non coincidente con quello dell'italiano *politica/politiche*.

allo «spostamento del modo in cui i disordini mentali sono gestiti, dall'ospedalizzazione di lungo termine verso la cura della salute mentale *community based*»<sup>400</sup>.

Nei documenti delle organizzazioni internazionali, dunque, la deistituzionalizzazione è la cancellazione (o riduzione) dell'ospedale in favore di servizi comunitari.

Ma le comunità terapeutiche sono “naturalmente” il luogo per restituire piena soggettività al malato di mente? Cancellano gli effetti dell'istituzionalizzazione?

La comunità terapeutica – nata nel secondo dopoguerra in Gran Bretagna, con gli esperimenti di Northfield e del Mill Hill Hospital<sup>401</sup> - secondo Clark, si potrebbe riconoscere per alcune caratteristiche, comuni ai vari modelli: la vigenza della regola della libera espressione e comunicazione; il principio secondo cui tutti i problemi che si presentano nella comunità devono essere analizzati in termini di dinamica interpersonale; la cancellazione tendenziale dell'autorità; la messa a disposizione di occasioni di apprendimento sociale; l'esame dei ruoli<sup>402</sup>.

Questo modello può però riprodurre l'istituzionalizzazione in una nuova forma, come già nel 1968 avvertiva Schittar: la capacità decisionale del malato può essere infatti limitata a scelte minime, il medico spogliato del camice può esercitare lo stesso potere e le comunità possono essere inserite in una rete graduata di istituzioni dalle più alle meno aperte, in cui attuare una selezione tra i malati adattabili e i non adattabili<sup>403</sup>.

Inoltre, se organizzato come un mondo in sé compiuto, la comunità terapeutica – scriveva Basaglia – può essere un nuovo luogo di alienazione, in cui il malato «accettando questa libertà come un dono da parte del medico, [...] *resta* dunque sempre, nei suoi confronti nel primitivo rapporto alienante di servo-signore»<sup>404</sup>.

---

<sup>400</sup> Dalla pagina internet del WHO “Innovation in Deinstitutionalization”, [www.who.int](http://www.who.int). Anche se non potremo concentrarci su questo aspetto, ci preme rilevare come il «problema» dell'istituzionalizzazione dei malati di mente, sia individuato come specifico dei Paesi a basso reddito.

<sup>401</sup> Sulle prime comunità terapeutiche in Gran Bretagna, si rinvia a : L. BRUNORI e C. RAGGI, *Le comunità terapeutiche. Tra caso e progetto*, Il Mulino, Bologna 2007, pp. 32-95. Per una lettura critica: A. SCULL, *Madness in Civilization*, Thames & Hudson, London 2015, cap. XI e XII.

<sup>402</sup> D. H. CLARK, *The Therapeutic Community – Concept, Practice and Future*, in “British Journal of Psychiatry”, 111 (1965), 479, pp. 949-950

<sup>403</sup> L. SCHITTAR, *L'ideologia della comunità terapeutica*, in F. BASAGLIA, *L'istituzione negata*, Baldini e Castoldi, Milano 1998, pp. 144 – 166.

<sup>404</sup> F. BASAGLIA, *La distruzione dell'ospedale psichiatrico come luogo di istituzionalizzazione. Mortificazione e libertà dello «spazio chiuso». Considerazioni sul sistema «open door»*, in F. BASAGLIA, *L'utopia della realtà*, Einaudi, Torino 2005, pp. 80.

Del resto, ancora Basaglia ricordava che per la nave manicomio che affonda «ci sono tante altre navi che veleggiano per l'oceano piene di pazzi o di emarginati o di dissidenti»<sup>405</sup> e come ci mostrano i lavori recenti di Piero Cipriano, il manicomio concentrazionario ha fatto posto – nella contemporaneità – al manicomio chimico e a quello nosografico<sup>406</sup>.

Dunque, se anche la comunità terapeutica può essere un'istituzione, come distinguere una deistituzionalizzazione da altre trasformazioni?

Partiamo dalla definizione di istituzioni che offre la coalizione Self Advocates Becoming Empowered (SABE)<sup>407</sup>: «ogni luogo, servizio, programma in cui le persone non hanno controllo sulle loro vite».

Questa accezione è molto ampia e finisce per comprendere qualsiasi relazione in cui si esercitino forme di autorità, compresa la famiglia. Alcuni dei Disability Scholars, partendo da questa stessa definizione restringono il cerchio e considerano istituzionali, tra i luoghi o servizi o programmi in cui le persone non hanno controllo sulle loro vite, quelli «in cui anche il comportamento dello staff è vincolato da politiche, norme e sorveglianza»<sup>408</sup>.

Venendo alla nostra riforma, per quanto le pratiche ne possano ridefinire i contorni, non ci troviamo in un'ipotesi di deistituzionalizzazione, intesa come cancellazione di ogni forma di relazione istituzionalizzante con il malato mentale: la misura di sicurezza rimane intatta e con essa il mandato di custodire il malato di mente autore di reato in quanto pericoloso socialmente.

Chiarito che non ci troviamo di fronte ad una deistituzionalizzazione in senso radicale, resta da capire se e cosa sia cambiato nella reazione della società dei sani alla *follia criminale*.

---

<sup>405</sup> F. BASAGLIA, F. ONGARO BASAGLIA, A. PIRELLA e S. TAVERNA, *La nave che affonda*, Raffaello Cortina Editore, Milano 2008, p. 30

<sup>406</sup> P. CIPRIANO, *La fabbrica della cura mentale. Diario di uno psichiatra riluttante*, Elèuthera, Milano 2013; ID., *Il manicomio chimico. Cronache di uno psichiatra riluttante*, Elèuthera, Milano 2015; ID., *La società dei devianti. Depressi, schizoidi, suicidi, hikikomori, nichilisti, rom, migranti, cristi in croce e anomali d'ogni sorta*, Elèuthera, Milano 2016; ID., *Basaglia e la metamorfosi della psichiatria*, cit.

<sup>407</sup> La SABE è un'organizzazione statunitense di auto-rappresentanza delle persone disabili. Per informazioni, si rinvia al loro sito internet, [www.sabeusa.org](http://www.sabeusa.org)

<sup>408</sup> C. CHAPMAN, A. C. CAREY, L. BEN- MOSHE, *Reconsidering Confinement: Interlocking Locations and Logics of Incarceration*, in *Disability Incarcerated*, cit., p. 15 (tr.it. mia).

Atteso che ci troviamo di fronte a nuove istituzioni, che non ci siamo sbarazzati della logica del manicomio giudiziario, vale forse la pena indagare su questa nuova forma di istituzione.

Non tutte le istituzioni sono uguali e come vedremo, esistono differenze nelle scelte e nelle applicazioni della recente riforma.

Il nostro studio non è etnografico, si prenderanno in esame dati e documenti, cercando di muoverci all'interno delle varie forme di attuazione.

Cosa andremo ad esaminare?

In primo luogo, ci chiederemo se, dati alla mano, la riforma abbia prodotto una deistituzionalizzazione nel primo senso del termine che abbiamo incontrato: una distrazione degli internati "adatti" dalle istituzioni chiuse verso quelle più aperte. Procederemo con un'analisi quantitativa dell'andamento della popolazione internata.

In secondo luogo, cercheremo di capire come sono le istituzioni per i soggetti all'"estremo", quelli che non si presentano adatti ad alcuna misura non detentiva. In poche parole, in cosa consiste la sanitarizzazione.

Cercheremo innanzitutto di capire quali tipologie di istituzioni sono state progettate dalle varie regioni nei rispettivi programmi e quali siano le principali differenze riscontrabili. Procederemo a descrivere le strutture che sono state aperte, per capire quanto e come si differenzino dai precedenti istituti. Infine, ci caleremo nell'esame del regime di vita interno alle istituzioni, anche qui ponendo l'accento sulle diverse forme di attuazione del superamento.

## **1. MINORI MISURE DI SICUREZZA O DISTRAZIONE VERSO MISURE NON DETENTIVE**

La riforma ha prodotto una significativa riduzione del numero di sottoposti ad una misura di sicurezza detentiva. A dicembre 2011, gli internati negli OPG erano 1387, al 19 febbraio 2017, i presenti nelle Residenze per l'esecuzione delle misure di sicurezza erano 569. Una riduzione di più del 50% degli internati nel giro di sei anni.

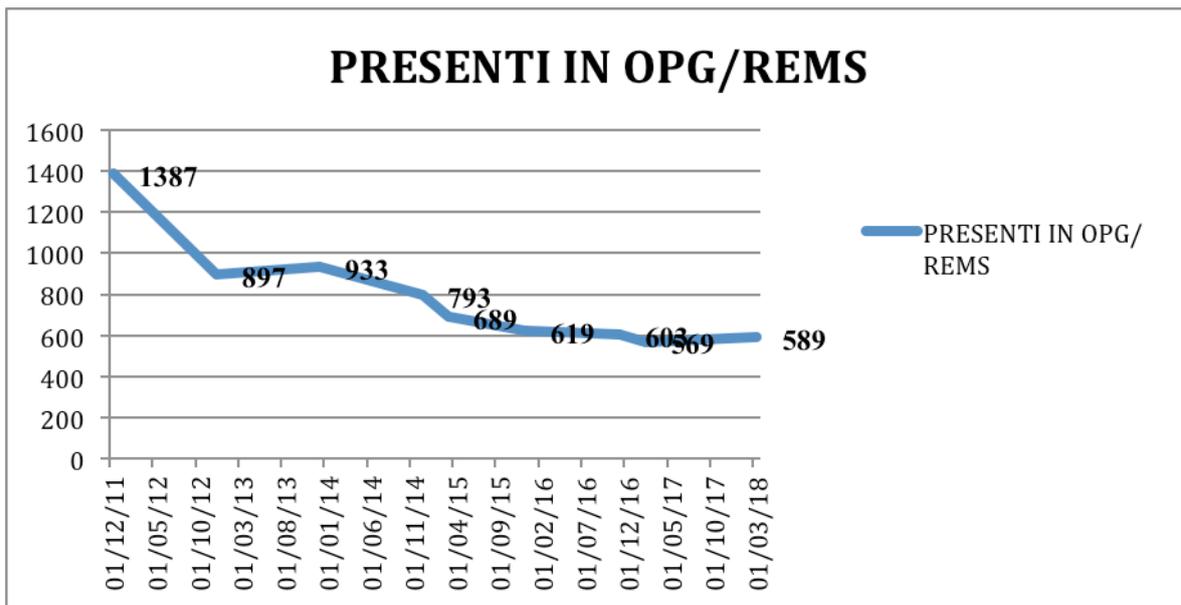


Figura 1: Andamento presenze in OPG/REMS<sup>409</sup>

Dalla fine degli anni '90 alla riforma, il numero di internati era progressivamente cresciuto. Nel 1998 in OPG erano presenti 977 persone, 11 anni dopo, nel 2009, ben 1491<sup>410</sup>.

Le sentenze della Corte Costituzionale, che nel 2003 e 2004<sup>411</sup> avevano introdotto la possibilità di applicare al malato di mente autore di reato ritenuto pericoloso, la misura di sicurezza della libertà vigilata, non avevano prodotto un decremento degli internati, né un decremento delle applicazioni delle misure di sicurezza<sup>412</sup>.

Come avevamo verificato in un precedente lavoro<sup>413</sup>, il numero di applicazioni delle misure di sicurezza detentive non era diminuito a seguito delle sentenze della Corte, anche se le misure di sicurezza non detentive applicate ai prosciolti per vizio di mente erano giunte a rappresentare il 50% delle complessive.

<sup>409</sup> Il grafico è frutto della rielaborazione dei dati rilevati dal Dipartimento dell'amministrazione penitenziaria e dei dati rilevati, in corso di riforma, dai Ministeri della salute e della Giustizia e pubblicati nelle relazioni al parlamento.

<sup>410</sup> I dati sono tratti da V. ANDREOLI (a cura di), *Anatomia degli ospedali psichiatrici giudiziari*,

<sup>411</sup> Il riferimento è alle sentenze n. 253/2003 e 364/2004, di cui si è già parlato *supra* in "Cronologia essenziale"

<sup>412</sup> Il numero di applicazioni ed il numero di internati non andavano, per forza, di pari passo. La misura di sicurezza, infatti, poteva essere prorogata all'infinito, di conseguenza, all'aumento o alla diminuzione degli internati poteva non corrispondere un aumento o diminuzione delle applicazioni delle misure di sicurezza.

<sup>413</sup> G. MELANI, *La funzione dell'OPG*, cit., cap. VI

La libertà vigilata si era dimostrata essere una misura di discreto successo, pur non rappresentando un'alternativa alla misura detentiva e producendo quell'effetto di espansione della rete del controllo sociale (*net-widening effect*), teorizzato da Stanley Cohen, per le politiche di *diversion* e le misure alternative comunitarie<sup>414</sup>.

La recente riforma, sembra invece aver prodotto un reale decremento della popolazione reclusa in OPG/REMS, una distrazione delle persone sottoposte a misura di sicurezza dalla detenzione verso le alternative.

Questo effetto è stato forse favorito da una serie di modifiche della disciplina delle misure di sicurezza o dall'introduzione dell'obbligo di prevedere un piano terapeutico individuale per ogni paziente dell'OPG e poi della REMS, o ancora da un investimento senza precedenti sull'assistenza ai malati di mente autori di reato, o forse anche dal costante monitoraggio e controllo operato, non solo dalle istituzioni, ma anche dalle associazioni o forse ancora dall'attivismo di alcuni gruppi di psichiatri che lavorano nei DSM.

Oggi è ancora presto per poter capire se il decremento sia un effetto di breve o di lungo periodo e non avremo la *hybris* di spingerci a predire il futuro, anche perché sono molti i fattori non calcolabili che avranno effetti sulle applicazioni.

Ciò che vorremmo fare, è piuttosto tratteggiare linee per futuri percorsi di monitoraggio, accendere i riflettori su alcuni aspetti che a nostro avviso meritano di essere tenuti sotto controllo negli anni a venire, tanto più che alcuni indicatori mostrano una tendenza di crescita nell'applicazione delle misure di sicurezza detentive, tendenza magari precaria e senz'altro reversibile, ma pur sempre riscontrata.

## 1.1. TENDENZA DI CRESCITA?

---

<sup>414</sup> A partire dagli anni '60 in Gran Bretagna e negli Stati Uniti si diffondono politiche atte ad incrementare le alternative alla prigione, ormai ritenuta strumento fallimentare e fabbrica di delinquenza. Secondo i promotori, le misure comunitarie, dovrebbero rappresentare un sostituto più umano, snello ed efficace della pena detentiva. Cohen ritiene che tali misure non siano sostitutivi della prigione e che la loro introduzione non produca l'effetto atteso di decarcerizzazione. Queste politiche, di contro, avrebbero la funzione di estendere la rete del controllo sociale e della sorveglianza e favorirebbero una confusione dei confini, assottigliando le distinzioni tra la prigione e la libertà e creando strumenti in cui elementi di libertà e di chiusura sono mischiati e confusi. Si rinvia a S. COHEN, *The Punitive City: Note on Dispersal of Social Control*, in "Contemporary Crises", 3, (1979), pp. 339 e ss

Il decremento di persone sottoposte a misura di sicurezza detentiva potrebbe apparire come uno dei successi della riforma.

I dati, che abbiamo presentato sembrano confermarlo, ma non è dato sapere se si tratti di un effetto di breve o di lungo periodo.

Ciò che si riscontra, prendendo in considerazione alcuni elementi ulteriori rispetto al dato delle presenze in REMS, sono piccoli segnali di aumento.

## **1.2. I PAZIENTI IN LISTA D'ATTESA**

A riforma attuata, si è verificata una situazione nuova: le misure di sicurezza detentive (sia provvisorie che definitive) applicate sono risultate superiori al numero di posti letto disponibili nelle strutture regionalmente competenti – e per il rifiuto dei Direttori sanitari delle REMS di accogliere persone in sovrannumero – alcune persone sono state messe in lista d'attesa per l'esecuzione.

In queste ipotesi, il mantenimento in libertà dei sottoposti a misura di sicurezza, sembra la migliore soluzione, tesa a garantire la dignità ed un trattamento terapeutico adeguato (soluzione che sarebbe auspicabile anche per i detenuti che vivono in situazioni di sovraffollamento<sup>415</sup>).

---

<sup>415</sup> Questa soluzione al problema del sovraffollamento delle carceri è stata sottoposta al vaglio della Corte Costituzionale dai Tribunali di Sorveglianza di Venezia e di Milano che hanno sollevato questione di costituzionalità dell'art. 147 c.p., nella parte in cui non prevede che il rinvio facoltativo dell'esecuzione possa applicarsi alle ipotesi in cui la pena si svolga in condizioni contrarie al senso di umanità. La Corte Costituzionale, con sentenza 9 ottobre 2013, n. 279, dichiarando inammissibili le questioni sottoposte in ragione del fatto che l'intervento additivo della Corte è solo una delle possibili misure e che spetta al legislatore individuare la soluzione ritenuta idonea al problema, conclude affermando che «non sarebbe tollerabile l'eccessivo protrarsi dell'inerzia legislativa in ordine al grave problema individuato nella presente pronuncia», una chiaro monito al legislatore. Cfr. A. DELLA BELLA, *Il termine per adempiere alla sentenza Torreggiani si avvicina a scadenza: dalla Corte costituzionale alcune preziose indicazioni sulla strategia da seguire*, in "Penale Contemporaneo – Rivista online" 19 febbraio 2013.

La sentenza a cui ci siamo appena riferiti si collocava temporalmente nella fase in cui il Governo italiano, a seguito di sentenza Pilota della Corte EDU, nell'*Affaire Torreggiani c. Italie*, doveva adottare misure atte a risolvere il problema endemico del sovraffollamento carcerario. Come noto, il Governo ha da prima approvato il D.L. 23 dicembre 2013, n. 146 e poi il D.L. 26 giugno 2014, n. 92. Sull'impatto di queste misure si rinvia a L'ALTRO DIRITTO, *Memoria al Comitato dei Ministri del Consiglio d'Europa sulla sentenza Torreggiani e altri contro Italia*. Il Consiglio dei Ministri ha valutato positivamente le misure adottate dall'Italia, Cfr. COUNCIL OF EUROPE - COMMITTEE OF MINISTERS, *Resolution CM/ResDH(2016)28 Execution of the judgments of the European Court of Human Rights Two cases against Italy*, 8 marzo 2016

Il dato che preoccupa, piuttosto, è il numero di persone che ipoteticamente sarebbero presenti in REMS, se si tenesse conto degli internati in lista d’attesa, numero crescente anche se ancora lontano dalle presenze in OPG nell’epoca pre-riforma (1510 internati al Giugno 2011).

**Tabella 3: Misure di sicurezza in attesa di essere eseguite – Dati del DAP da Relazione del Commissario cit.**

<b>Regione</b>	<b>Mds Provv</b>	<b>Mds Def</b>	<b>Totale</b>
Abruzzo - Molise	1	0	1
Basilicata	2	0	2
Calabria	23	5	28
Campania	24	5	29
Emilia Romagna	9	4	13
Friuli Venezia Giulia	0	0	0
Lazio	21	7	28
Liguria	12	13	25
Lombardia	16	6	22
Marche	0	0	0
Piemonte	8	7	15
Puglia	19	2	21
Sardegna	3	0	3
Sicilia	45	29	74
Toscana - Umbria	23	4	27
Trentino Alto Adige	0	1	1
Veneto	0	1	1
<b>Totale</b>	<b>206</b>	<b>84</b>	<b>290</b>

In queste liste d’attesa non sono incluse quelle persone che – a vario titolo<sup>416</sup> – sono detenute in carcere in attesa di essere trasferite in una REMS, non appena si liberi un posto disponibile. Queste situazioni non sono rilevate, né dalle statistiche del DAP, né dal sistema SMOP<sup>417</sup>, né dai dati resi noti dalle Relazioni del Commissario Unico Franco Corleone. Questa condizione è stata per la prima volta denunciata dall’Associazione Antigone, a seguito del suicidio in carcere, il 24 febbraio 2017 a Regina Coeli, di Valerio Guerrieri, un giovane detenuto in attesa di trasferimento in REMS<sup>418</sup>. Il caso di Valerio

<sup>416</sup> Ipoteticamente potrebbero trovarsi in questa situazione, sia soggetti in custodia cautelare in carcere, per cui la misura della custodia cautelare sia stata successivamente trasformata in misura di sicurezza provvisoria, sia soggetti che erano in custodia cautelare in carcere e che a seguito del proscioglimento debbano essere trasferiti in REMS per eseguire una misura di sicurezza definitiva.

<sup>417</sup> Sistema Informativo per il monitoraggio del superamento degli OPG

<sup>418</sup> Le notizie sono disponibili sul sito di Antigone, nella sezione news, [www.antigone.it/news](http://www.antigone.it/news)

Guerrieri non è isolato, si è riscontrato un caso analogo, nel corso dell'attività di volontariato penitenziario, svolta con l'associazione L'Altro Diritto, nella casa circondariale di Prato, nel mese di novembre 2017<sup>419</sup>.

Se al numero di persone recluse nelle REMS a febbraio 2017, sommassimo il numero di persone in lista d'attesa il risultato sarebbe: 859 persone sottoposte a misure detentive, cui dovrebbe aggiungersi, il dato forse irrisorio delle persone che attendono in carcere che in REMS si liberi un posto.

### **1.3. LE MISURE DI SICUREZZA PROVVISORIE**

Al 31 marzo 2018 erano presenti 589 internati (+ 3,6%), di cui 268 sottoposti a misura di sicurezza provvisoria (+24,7%) e 321 a misura di sicurezza definitiva (- 8,28%) (Tab.2). Le misure di sicurezza provvisorie sono aumentate, arrivando a rappresentare il 45,5% delle misure di sicurezza detentive applicate.

Da due sole rilevazioni non è possibile ricavare un trend, ma il dato desta comunque allarme<sup>420</sup>, tanto più se accostato al dato sulle misure di sicurezza provvisorie in attesa di esecuzione (c.d. liste d'attesa – Vedi Tab. 1).

---

La storia di Valerio – e il successivo iter processuale – sono stati anche raccontati da varie testate giornalistiche. A titolo di esempio:

<sup>419</sup> La persona si trovava in carcere in attesa di esecuzione di una misura di sicurezza provvisoria detentiva. Quando abbiamo incontrato il detenuto il suo avvocato aveva già chiesto la sostituzione della misura di sicurezza provvisoria detentiva, con la libertà vigilata presso una comunità terapeutica. Il giudice ha accolto l'istanza presentata dal legale ed il detenuto è rimasto “soltanto” sei mesi illegittimamente detenuto in carcere.

<sup>420</sup> Tale criticità è stata rilevata da una serie di attori istituzionali e non. In primo luogo, è stata sollevata dal Commissario Unico per il superamento dell'OPG in entrambe le Relazioni, Cfr. COMMISSARIO UNICO PER IL SUPERAMENTO DEGLI OSPEDALI PSICHIATRICI GIUDIZIARI (FRANCO CORLEONE), *Relazione Semestrale sulle attività svolte dal Commissario unico per il superamento degli OPG (19 febbraio 2016 – 19 agosto 2016)*; ID, *Seconda Relazione*, doc. cit. Si veda anche la nota a commento di G. L. GATTA, *O.P.G e R.E.M.S.: a che punto siamo? le relazioni del commissario unico per il superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari*, Franco Corleone, in “Penale Contemporaneo – Rivista online”, 27 Dicembre 2016. È stata oggetto d'esame da parte del CSM, Cfr. CONSIGLIO SUPERIORE DELLA MAGISTRATURA, *Direttive interpretative ed applicative in materia di superamento degli Ospedali psichiatrici giudiziari (OPG) e di istituzione delle Residenze per l'esecuzione delle misure di sicurezza (REMS), di cui alla legge n. 81 del 2014*, 19 Aprile 2017. Inoltre, al tentativo di superare questa problematica si può ascrivere, l'emendamento al d.d.l. S.2067 (“Modifiche al codice penale e al codice di procedura penale per il rafforzamento delle garanzie difensive e la

<b>Regione</b>	<b>REMS</b>	<b>Capienz a</b>	<b>Presenz e</b>	<b>Mds Provv.</b>	<b>Mds Def.</b>
Abruzzo	Barete (AQ)*	20	13	8	5
Basilicata	Pisticci (MT)	10	2	0	2
Calabria	Santa Sofia D'Epiro (CS)	20	6	4	2
Campania	Mondragone (CE)	16	8	5	3
Campania	Vairano Patenora (CE)	12	12	5	7
Campania	Calvi Risorta (CE)	20	20	17	3
Campania	San Nicola Baronia (AV)	20	20	10	10
Emilia Romagna	Bologna (BO)	14	14	6	8
Emilia Romagna	Parma (PR)	10	10	7	3
Friuli Venezia Giulia	Aurisina (TS)*	2	1	1	0
Friuli Venezia Giulia	Maniago (PN)*	2	2	0	2
Friuli Venezia Giulia	Udine (UD)*	2	0	0	0
Lazio	Ceccano (FR)	20	19	10	9
Lazio	Pontecorvo (FR)	11	11	9	2
Lazio	Palombara Sabina (RM)	20	15	5	10
Lazio	Palombara Sabina (RM)	20	16	8	8
Lazio	Subiaco (RM)	20	20	6	14
Liguria	Genova - Prà (GE)	20	21	4	17
Lombardia	Castiglione delle Stiviere (MN)	120	156	69	87
Marche	Montegrimano (PU)	15	20	5	15
Piemonte	Bra (CN)	18	17	5	12
Piemonte	San Maurizio Canavese (TO)	20	18	11	7
Puglia	Carovigno (BR)	18	18	15	3
Puglia	Spinazzola (BT)	20	18	12	6
Sardegna	Capoterra (CA)	16	16	4	12
Sicilia	Caltagirone (CT)	20	16	0	16
Sicilia	Naso (ME)	20	19	10	9

durata ragionevole dei processi nonché all'ordinamento penitenziario per l'effettività rieducativa della pena” approvato con il nuovo titolo “Modifiche al codice penale, al codice di procedura penale e all'ordinamento penitenziario”) presentato dalla Senatrice De Biasi n. 38.0.500/8, che prevedeva di riservare il ricovero in REMS ai soli soggetti cui fosse applicata una misura di sicurezza definitiva (disponibile sul sito del Senato).

Il problema è analizzato considerazione anche in due Rapporti sulle condizioni detentive dell'Associazione Antigone, ASSOCIAZIONE ANTIGONE, *Torna il carcere. XII rapporto. Sezione Senza OPG. La fine di una Storia e il futuro incerto*, 2017; ID. *Un anno di carcere*, doc. cit.

Toscana	Volterra (PI)	28	31	11	20
Trentino Alto Adige	Perigine Valsugana (TN)	10	10	4	6
Veneto	Nogara (VR)	40	40	17	23
<b>Totale</b>		<b>604</b>	<b>589</b>	<b>268</b>	<b>321</b>

Tabella 4: Presenze in OPG al 31.03.2018 - Dati da Report Antigone 2018 cit.

\* Per i campi contrassegnati da asterisco non erano disponibili i dati aggiornati al 31.03.2018

## 2. I PROGRAMMI REGIONALI

Le Regioni hanno svolto un ruolo centrale nell’attuazione della riforma ed ogni Regione ha optato per un diverso modello di superamento. In questa sezione, ci vogliamo calare nell’esame scelte adottate dalle singole amministrazioni, nelle varie fasi del percorso<sup>421</sup>. Nonostante siano decorsi più di tre anni dalla data prevista per il definitivo superamento degli OPG, molte delle REMS definitive previste dai programmi regionali non sono ancora state realizzate ed è ancora possibile che i programmi, già approvati, subiscano, nei prossimi mesi o anni, delle variazioni.

### ABRUZZO – MOLISE

Le Regioni Abruzzo e Molise hanno stipulato un accordo per la gestione congiunta dei fondi per il superamento degli OPG<sup>422</sup> e presentato il relativo programma, che è stato

---

<sup>421</sup> Buona parte dei programmi regionali ed i decreti ministeriali di approvazione sono reperibili sul sito del Ministero della Salute [www.salute.gov.it](http://www.salute.gov.it). Ulteriori informazioni sono tratte dalla Relazioni di Ministro della salute e ministro della giustizia al Parlamento, in particolare, MINISTRO DELLA SALUTE E MINISTRO DELLA GIUSTIZIA, *Relazione al 30 settembre 2014*, cit.; ID., *Relazione al 30 Dicembre*, cit.; ID., *Terza relazione trimestrale al Parlamento sul Programma di superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari, ai sensi della legge 30 maggio 2014 n. 81*; ID., *Relazione al Parlamento sul processo di superamento degli OPG di cui all’art. 1, comma 2 bis, della Legge 81/2014 di conversione del decreto legge 31 marzo 2014, n. 52, recante “Disposizioni urgenti in materia di superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari”*. Dicembre 2015. Si indicheranno, di volta in volta, in nota, le fonti diverse, con relative istruzioni per il reperimento. Il grado di dettaglio è proporzionale alle informazioni contenute nei Programmi consultati.

<sup>422</sup> Alla data di presentazione del programma, le due Regioni non avevano ancora formalizzato l’accordo, ma manifestato tale intenzione con provvedimento n. 102 del 11.02.2013 della Giunta

approvato con D.M. salute 17 dicembre 2013 (G.U. Serie Generale 20 febbraio 2014, n. 42), che prevedeva la realizzazione di una REMS di 20 posti, destinata ad accogliere sia persone di genere femminile che maschile.

La REMS di nuova costruzione doveva sorgere nel Comune di Ripa Teatina, in provincia di Chieti, su un'area di proprietà della ASL, a 10 km dall'ospedale di Chieti, 15 dal casello autostradale e 30 dal carcere. Il progetto prevedeva un immobile, su unico piano, con area abitativa e spazi destinati allo svago, ad attività e area verde nettamente separati per genere. L'area abitativa della nuova struttura doveva constare di 8 stanze doppie e 4 stanze singole, ciascuna di almeno 12 mq, se singola e almeno 18 mq, se doppia, tutte provviste di servizi igienici interni, completi di wc, lavabo e doccia. Almeno una camera dotata di servizio igienico per disabili.

La spesa prevista era così ripartita: 4.788.758,11 € per la realizzazione della struttura e 1.861.308,92 €<sup>423</sup> (della quota parte di fondi riservati all'assunzione di personale in deroga) per l'assunzione di personale qualificato da dedicare anche ai percorsi terapeutico-riabilitativi finalizzati al recupero e reinserimento sociale dei pazienti internati provenienti dagli OPG.

Le Regioni Abruzzo e Molise, in una prima fase avevano individuato come REMS transitoria una SPDC presso l'ospedale di Guardiagrele, con DCA 106/2014, che è stata impugnata presso il TAR. Successivamente, la REMS transitoria è stata individuata ed aperta a Barete.

## **BASILICATA**

La Regione Basilicata aveva inizialmente formulato un programma, approvato con D.M. Salute del 19 dicembre 2013 (G.U. Serie Generale, n. 19 del 24 gennaio 2014), con cui

---

Regionale dell'Abruzzo e nota prot. 0002365/13 del 07.02.2013 del Commissario *ad acta* della Regione Molise.

<sup>423</sup> La Regione, con nota del Commissario *ad acta* n. 85455 del 20.04.2016 ha corretto la ripartizione della quota dei fondi di parte corrente, ma è rimasto immutato l'importo complessivo. Questa modifica è stata approvata con D. M. salute 07.12.2016 (G.U. serie generale 09.01.2017, n. 7).

aveva previsto la realizzazione di una REMS da 5 posti in un edificio ad uso delle attività istituzionali della ASL di Potenza, noto come “Villa Stingone”, in località Montemilone.

I fondi erano stati così ripartiti: 571.570,00 €, destinati alla realizzazione della struttura e 709.099,78 € al potenziamento dei servizi di salute mentale, compresa la realizzazione di un centro semi-residenziale a Senise.

Avvalendosi della facoltà prevista dal co. 6 dell’art. 3 ter D.L. 211/2011, come modificato dalla legge n. 18/2014, la Regione Basilicata ha rimodulato il programma, che oggi prevede la realizzazione di una REMS da 10 posti letto, di cui 5 ad alta intensità assistenziale e 5 a media intensità, presso una ex casa mandamentale da ristrutturare, ubicata in località Tinchì del comune di Pisticci e la realizzazione presso la ASL di Matera di un “Centro diurno” e di due gruppi di appartamenti semi-residenziali, per 10 utenti, tramite ristrutturazione di una parte di fabbricato del polo ospedaliero, già sede del CSM nel comune di Lauria<sup>424</sup>.

La nuova ripartizione dei fondi, di cui al co. 6 del D.L. 211/2011, è la seguente: 465.000,00 € per la costruzione della nuova REMS e 855.000,00 € per gli altri interventi.

## **CALABRIA**

La Regione Calabria aveva predisposto un programma, approvato con D.M. 9 ottobre 2013 (G.U. serie generale 05 dicembre 2013, n. 285), per la realizzazione di due strutture, una in provincia di Catanzaro, l’altra di Potenza, per 60 posti letto complessivi.

Le due strutture sarebbero state così funzionalmente suddivise: una REMS a Girifalco con due moduli da 20 posti letto ed una “Struttura Residenziale” a Santa Sofia d’Epiro, con 20 posti letto, per la “gestione delle problematiche psichiatriche nell’ambito dell’esecuzione penale” e “specificamente vocata all'accoglienza ed all'accompagnamento sul territorio regionale degli utenti provenienti dalle predette Residenze”.

---

<sup>424</sup> Delibera della Giunta Regionale della Basilicata del 07 ottobre 2014, n. 1216 e Delibera della Giunta Regionale della Basilicata del 27 marzo 2015, n. 358. Reperibile sul sito della Giunta della Regione Basilicata, nella sezione delle delibere di Giunta, [www.opservice.regione.basilicata.it](http://www.opservice.regione.basilicata.it)

La struttura di Girifalco (CZ) sarebbe dovuta sorgere dalla ristrutturazione di un edificio “Padiglione” del complesso monumentale dell'ex Manicomio di Girifalco, nella periferia del comune.

L’edificio, risalente alla fine del XIX secolo ed in uso fino a fine anni ’90, era già stato oggetto di alcuni lavori di ristrutturazione rimasti incompiuti. Una parte del complesso ospita due RSA.

Il padiglione presenta una superficie lorda di circa 2.000 mq, distribuita su due livelli, con annessa area esterna di circa 10.000 mq. Nel progetto, l'area abitativa era articolata in 2 moduli uno da 10 posti, al piano terreno e uno da 30, al piano primo, eventualmente da dividere secondo il genere. Da progetto erano state previste: 3 stanze da 4 posti letto, 4 stanze da 3, 6 stanze da 2 e 4 stanze singole, tutte dotate di bagno con doccia. Nel programma sono dettagliate le misure (pesanti ed economicamente onerose) per garantire la sicurezza, tra cui un impianto di videosorveglianza esteso alla recinzione perimetrale, alle aree verdi circostanti, a tutti i percorsi interni ed agli ambienti di vita comune e a tutte le camere singole e relativi accessori, con postazione di “sorveglianza sanitaria”; sistema antintrusione; infissi alle finestre comprensivi di inferriate anti-seghetto in acciaio al carbonio; serramenti di sicurezza in profilato pesante, sportelli oscuranti, gelosia, reti anti-getto, porte interne ed esterne con automazioni e serrature speciali con funzionamento elettrico, automazione per la movimentazione degli sbarramenti (per 678.000,00 € oltre IVA). Alla realizzazione delle strutture erano destinati 6.200.000,00 €.

La struttura di Santa Sofia necessitava di piccoli interventi, tra cui la realizzazione di una migliore recinzione interna, per un complessivo importo di 718.444,51 €.

La Regione Calabria ha quindi optato per la destinazione dei fondi per favorire il potenziamento dei Servizi di salute mentale interamente alla ristrutturazione di un complesso da adibire a “struttura residenziale”, complesso che attualmente ospita la REMS transitoria.

La Regione infatti ha confermato il programma approvato, ed ha individuato la struttura di Santa Sofia, quale residenza provvisoria.

## **CAMPANIA**

La Regione Campania aveva predisposto un primo programma, approvato con D.M. 9 ottobre 2013 (G.U. Serie Generale 5 dicembre 2013, n. 285), in cui prevedeva la realizzazione di 8 strutture, alcune nuove, altre da ristrutturare, da 20 posti letto ciascuno: a San Nicola Baronia (AV) per utenza maschile dell'ASL di Avellino; a Arpaise (BN) per utenza maschile dell'ASL di Benevento; a Calvi Risorta (CE) per utenza femminile di tutta la Regione; a Francolise (CE) per utenza maschile della ASL di Caserta; a Napoli (NA) per utenza maschile di Napoli 1, ad Acerra (NA) per utenza maschile di Napoli 2; a Cicciano per utenza maschile di Napoli 3; a Capaccio (SA), per utenza maschile di Salerno. Alla realizzazione delle strutture erano destinati 19.343.793,24 €.

La Regione, con Decreto presidenziale del 30.09.2014, n. 104<sup>425</sup>, ha confermato due delle 8 strutture del primo programma: San Nicola Baronia e Calvi Risorta per complessivi 40 posti letto ed inoltre attivato due REMS provvisorie a Mondragone e a Roccaromana.

La prima REMS definitiva doveva essere aperta in provincia di Avellino, in un edificio originariamente destinato a RSA, situato nel centro storico urbano, composto da tre piani di cui uno seminterrato per una superficie complessiva di 1800 mq., con uno spazio esterno di 1000 mq. La seconda, sita in provincia di Caserta, doveva essere collocata in edificio originariamente destinato ad RSA, articolato su tre livelli, di cui un piano seminterrato.

Con un successivo programma del 2016, approvato con D.M. Salute 14 novembre 2017 (G.U. Serie generale 30 gennaio 2018, n. 24), la Regione Campania, confermando la realizzazione delle due REMS, per un importo complessivo di 2.566.372,24 €, ha destinato i fondi residui pari a 16.777.521,00 € (oltre 1.640.013,87 € di finanziamento regionale o della asl) al potenziamento dei DSM, attraverso la realizzazione di strutture intermedie residenziali, SPDC, centri diurni psichiatrici e day hospital.

In particolare, la Regione ha previsto la realizzazione di 8 strutture intermedie residenziali a Puglianello, Napoli, Acerra, Palma Campania, Nocera Inferiore, Cava dei Tirreni, Salerno e Torre Orsaia; un centro di riabilitazione psichica a Francolise; il potenziamento del DSM a Solofra; il potenziamento dell'unità ospedaliera di salute mentale a Castellamare di Stabia, Torre del Greco, Eboli; il potenziamento del SPDC a Boscotrecase, Nocera Inferiore, Polla; ed il potenziamento di centri diurni e day hospital a Puglianello. È

---

<sup>425</sup> Pubblicato sul Bollettino Unico Regione Campania del 06.10.2014, n. 69

significativo notare che i posti letto previsti nelle strutture residenziali intermedie sono ben 58.

## **EMILIA ROMAGNA**

La Regione aveva predisposto un primo programma, approvato con D.M. salute 9 ottobre 2013 (G.U. Serie generale 5 dicembre 2013, n. 285), in cui era prevista la realizzazione di una residenza per l'esecuzione delle misure di sicurezza a Reggio Emilia, in edificio nuovo composto da tre corpi di fabbrica collegati: uno destinato agli spazi comuni; uno alla riabilitazione uomini; uno per alta intensità uomini e per le donne, su due piani distinti, per un totale di 40 posti letto, di cui 10 per donne.

Per la realizzazione si prevedeva lo stanziamento di 7.356.880,64 € e che i fondi residui, pari a 3.152.948,85 €, sarebbero stati destinati al potenziamento dei DSM.

L'Emilia Romagna ha successivamente presentato una rimodulazione del programma, approvata con D.M. Salute 28 settembre 2015, che prevedeva la realizzazione di una REMS in nuova struttura in Provincia di Reggio Emilia, per 30 posti (10 in meno degli originari). Con apposito ulteriore programma, approvato con D.M. salute 16 settembre 2014 (G.U. serie generale 06 novembre 2014, n. 283), la Regione aveva scelto di stanziare una somma pari a 2,99 milioni € a interventi finalizzati al supporto e potenziamento dei percorsi terapeutico-riabilitativi, attraverso la riqualificazione strutturale dei servizi territoriali. Nel dettaglio, l'ampliamento del Centro per la promozione della salute, il benessere e l'inclusione sociale "Fattoria di Vigheffio" a Parma; la realizzazione di una Residenza per il Trattamento Intensivo dei pazienti psichiatrici a Modena; la realizzazione del polo psichiatrico integrato per il superamento degli OPG a Bologna; la manutenzione straordinaria e realizzazione di appartamenti presso la struttura "San Bartolo" a Ferrara; l'acquisto di arredi ed attrezzature per le misure alternative al trattamento in REMS; alcuni interventi di manutenzione straordinaria presso il CSM di Rimini. La Regione ha inoltre attivato due REMS transitorie a Casale di Mezzani e Casa degli Svizzeri (AUSL BO).

Con il secondo programma, l'Emilia Romagna ha scelto di ridurre il numero di posti letto, ma lasciato sostanzialmente inalterata la ripartizione di fondi originaria.

## **FRIULI VENEZIA GIULIA**

La Regione Friuli aveva presentato un programma per il superamento, approvato con D.M. 22 ottobre 2013, in cui si prevedeva di investire 1.484.751,20 € nella realizzazione di una Residenza da 10 posti letto, presso un edificio sanitario nel Comune di Maniago e di destinare la restante parte dei fondi alla realizzazione di interventi presso altre strutture regionali, da definire con successivo programma. La Regione ha rimodulato gli interventi con nuovo programma, approvato con D.M. 28 gennaio 2015 (G.U. serie generale 20 febbraio 2015, n. 42), prevedendo la distribuzione dei 10 posti letto originariamente prospettati su tre strutture: 4 posti letto in una struttura residenziale del DSM, da ampliare, nel Comune di Maniago; 2 posti letto presso la struttura sanitaria di accoglienza già del DSM di Duino Aurisina; 4 posti letto nella struttura di accoglienza sanitaria del DSM ad Udine. I 10 posti letto sono destinati a persone di ambo i sessi, senza alcuna suddivisione delle strutture e degli spazi su base di genere. Per gli interventi agli edifici si prevede lo stanziamento di 1,5 milioni di euro.

La REMS di Maniago dovrebbe essere realizzata ampliando la sede della struttura residenziale del DSM di via Colle a Maniago (PN), all'interno del comprensorio ospedaliero, con nuova edificazione di circa 230 mq., in adiacenza alla struttura esistente, occupando parte della zona verde interna all'ospedale, che è sito in prossimità della stazione ferroviaria e in zona servita da mezzi di trasporto pubblici. Nella parte di nuova edificazione, il modulo dovrebbe essere suddiviso in 1 camera doppia con servizio igienico e doccia e 2 camere singole con servizio igienico e doccia, locali di servizio comune, inseriti in parte nel nuovo ampliamento, in parte nell'edificio esistente, nell'area che fungerà da collegamento dei due corpi di fabbrica.

La REMS di Aurisina è prevista sorgere dentro il Centro diurno del DSM, che si trova in una palazzina di tre piani, al cui primo piano realizzare il modulo abitativo.

L'ultima delle residenze "Medio Friuli", è prevista in una struttura di accoglienza del DSM presso il complesso Sant'Osvaldo che ospita vari servizi e funzioni sanitarie. Il complesso si trova in area ben collegata dal trasporto pubblico e l'edificio prescelto è costituito da un unico corpo di fabbrica, sviluppato su un solo piano fuori terra di 550 mq, ove dovrebbe collocarsi il modulo abitativo con una camera doppia e due singole dotate di servizio igienico interno e spazi comuni.

In gestione provvisoria, sono stati attivati 4 posti nelle due strutture già esistenti ed oggetto del finanziamento, di Aurisina (TS) e di Maniago (PN).

La Regione Friuli, tra il primo ed il secondo programma ha previsto modifiche sostanziali: ha scelto di distribuire i – già ridotti – posti letto previsti nel primo programma su tre strutture piccole, che ha scelto di calare nel contesto dei servizi di salute mentale.

Anche se potrebbe apparire un aspetto meramente simbolico, sembra opportuno rilevare che nel programma si fa riferimento alla tradizione e alla cultura della tutela della salute mentale nel territorio friulano. Inoltre, nel programma si presta attenzione ad alcuni aspetti relativi alla collocazione geografica, trascurati da altre Regioni, in particolare, l'inserimento della struttura nel tessuto urbano e la qualità dei collegamenti con mezzi pubblici.

## **LAZIO**

La Regione Lazio aveva predisposto un originario programma, approvato con D.M. salute 9 ottobre 2013 (G.U. Serie Generale 6 dicembre 2013, n. 286), che prevedeva la costituzione di 3 REMS, per 91 posti letto totali: una da due moduli maschili nell'immobile sito in Via Capitanio a Roma, una da due moduli maschili a Subiaco, una da modulo singolo femminile in Via Clarice Tartufari a Roma, per un costo complessivo di 17.705.379,02 €, su un complessivo importo attribuito alla Regione di 22.031.230,29 €.

Questa ha proceduto a rimodulazione con nuovo programma, approvato con D.M. 31 marzo 2015 (G.U. serie Generale 26 maggio 2015, n. 120) che prevede la realizzazione di REMS definitive, in prossimità delle REMS transitorie, sempre per 91 posti letto complessivi: 40 posti maschili in due moduli, presso l'Ospedale di Subiaco; 40 posti letto maschili, in una struttura di nuova costruzione a Ceccano in località Borgo Santa Lucia e 11 posti femminili a Rieti in un complesso destinato ad attività assistenziali da ristrutturare. Per gli interventi di realizzazione delle tre REMS, sono destinati 16.205.379,02 € e 1.500.000,00 € risparmiato rispetto alla precedente previsione di spesa al potenziamento dei dipartimenti di salute mentale dei luoghi sedi di REMS. Come REMS provvisorie, il Lazio ha individuato: il Presidio di Palombara Sabina con 40 posti letto per maschi su due moduli; l'Ospedale di Subiaco con 20 posti letto per maschi su modulo singolo, l'ex SPDC dell'Ospedale di Ceccano con 20 posti letto per maschi su un singolo

modulo ed infine l'ex SPDC dell'Ospedale di Pontecorvo con 11 posti letto su 1 modulo per sole donne.

La Regione ha redistribuito circa il 10% dei fondi inizialmente destinati alla costruzione delle REMS al potenziamento dei DSM, ma mantenendo il numero, di posti letto previsti dal primo programma.

## **LIGURIA**

La Liguria aveva presentato un primo programma, approvato con D.M. 9 ottobre 2013 (G.U. Serie generale 5 dicembre 2013, n. 285), in cui si prevedeva la realizzazione di una struttura di 20 posti letto a La Spezia, nel comune di Cornoviglio per un costo presunto di 4.098.00,00 €. Con il secondo programma, approvato con D.M. 21 gennaio 2015, è stata prevista la destinazione degli altri 1.762.415,38 € alla riqualificazione di una struttura residenziale psichiatrica, del Sert e del DSM siti presso l'ex ospedale psichiatrico di Genova Quarto.

In via provvisoria, il 16.03.2015 è stato approvato uno schema di convenzione per l'accoglienza, presso le REMS provvisorie di Castiglione delle Stiviere, di 10 pazienti residenti nella Regione Liguria, che comunque risultava insufficiente rispetto alle effettive necessità. Successivamente, è stata individuata e attivata un REMS a Genova Prà, in convenzione con privato.

## **LOMBARDIA – VALLE D'AOSTA**

Le Regioni Lombardia e Valle d'Aosta hanno stipulato un accordo per la gestione congiunta dei fondi per il superamento degli OPG<sup>426</sup> e presentato il relativo programma, approvato con D.M. Salute 14 Gennaio 2014 (G.U. serie generale 25 febbraio 2014, n. 46), in cui si prevedeva la realizzazione di 4 REMS: una da 120 posti letto a Castiglione delle Stiviere presso l'OPG, per cui era preventivata una spesa una spesa per

---

<sup>426</sup> Accordo tra la Regione Lombardia e la Regione Valle d'Aosta/Vallé d'Aoste, sottoscritto il 03.09.2013

ristrutturazione di 16.766.909,38 €, una da 40 posti a Limbiate, presso l'ex ospedale psichiatrico, per 5.625.157,32 €, una da 40 posti letto a Mariano Comense presso uno degli uffici dell'azienda ospedaliera di Como, per 5.625.157,32 €; una da 40 posti presso l'ospedale di Leno per 5.625.157,32 €.

Ognuna delle 4 strutture doveva avere almeno un modulo a media intensità ed uno a bassa intensità assistenziale, quello di Castiglione, l'alta intensità assistenziale. Per ciascun edificio erano dettagliati gli interventi volti a garantire la sicurezza, tra cui sbarre in successione stretta alte quattro metri per il perimetro esterno, sistemi di telecamere e sistemi di allarme, sistemi di chiusura porte dall'esterno, vetri antisfondamento ed inferriate alle finestre.

Con successiva integrazione al programma, la Regione Lombardia dichiarava di destinare ulteriori 378.411,75 € (derivanti da accordo con Valle d'Aosta) al "Miglioramento quali – quantitativo degli aspetti relativi alla sicurezza delle strutture sanitarie extraospedaliere per il superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari che verranno realizzate in Regione Lombardia". Per la fase transitoria la Regione Lombardia aveva individuato come REMS l'ex OPG di Castiglione delle Stiviere.

Le due Regioni hanno scelto di destinare i complessivi 31.960.262,27 € interamente alla costruzione/ristrutturazione di residenze per l'esecuzione delle misure di sicurezza, per 240 posti letto complessivi, distribuiti in strutture di media grandezza, in edifici che avevano ospitato ex ospedali psichiatrici, oltre che nell'ex OPG di Castiglione delle Stiviere, che da solo dovrebbe accogliere 120 persone. Queste Regioni hanno optato per un modello neo-manicomiale di assistenza del malato di mente autore di reato.

## **MARCHE**

La Regione Marche ha presentato il programma per il superamento, approvato con D.M. salute 9 ottobre 2013 (G.U. serie generale 09 dicembre 2013, n. 288). Vi si prevedeva la realizzazione di una REMS da 20 posti letto nel Comune di Fossombrone, edificando una nuova struttura isolata, in zona contigua all'ospedale. La residenza, da progetto, doveva avere 10 camere singole e 5 doppie, ciascuna dotata di bagno interno e una superficie di 65 mq. per posto letto, una serie di locali di servizio comune e locali per attività sanitarie.

Il progetto si sofferma sulle misure da adottare per la sicurezza consistenti in un sistema di videosorveglianza registrata h24 per coprire corridoi, perimetro esterno e locali comuni; un sistema di allarme e la chiusura controllata delle porte.

Il costo complessivo previsto era di 3.409.826,48 €. Nessun fondo era destinato ad altri interventi. Per la fase transitoria è attiva in località Molino Giovanetti a Montegrimano Terme (PU) una struttura di 16 posti letto.

## **PIEMONTE**

La Regione ha presentato un programma, approvato con D.M. 19 dicembre 2013 (G.U. serie generale 03 febbraio 2014, n. 27), in cui prevedeva la realizzazione di due REMS: una solo maschile per i pazienti dell'area Piemonte Nord da 40 posti a Madonna Dorotea Bioglio, per un costo di 5.985.000,00 €; una per i pazienti dell'area Piemonte Sud e per la popolazione femminile, da 20 posti per gli uomini e 10 per le donne alla Cascina Spandonara ad Alessandria, per un costo di 6.594.600,00 €.

La prima REMS doveva sorgere in una ex RSA contornata dal verde, vicina ad una comunità assistenziale per tossicodipendenti del SERT, in edificio di tre piani, oltre seminterrato e sottotetto. Le aree residenziali sarebbero dovute essere divise per genere su due piani distinti.

La seconda doveva sorgere in una struttura comunitaria in una località facilmente raggiungibile e ben collegata ad Alessandria, in edificio a destinazione agricola con area ad uso esclusivo di 18.041 mq, organizzata su 3 piani, con annessa area verde di 5.800 mq.

La Regione ha più volte rideterminato gli importi da destinare. Con DGR 26-2048 del 01.09.2015<sup>427</sup>, ad esempio, 2.036.411,99 € al potenziamento dei dipartimenti, di cui 402.000, 00 € al potenziamento del progetto "Sestante". È stato annunciato al Governo che la Regione avrebbe rimodulato il programma e nelle more sono state individuate due strutture provvisorie a S. Michele di Bra (struttura privata) per 18 p.l. e Grugliasco (TO) per 20 p.l. in grado di accogliere gli internati piemontesi ospiti negli OPG di riferimento.

---

<sup>427</sup> La delibera è pubblica nel Bollettino Unico della Regione Piemonte.

Successivamente, con DGR 23.05.2016, n. 49-3357 è stata attivata la REMS transitoria – privata accreditata – di San Maurizio Canavese (TO).

La Regione sta spendendo moltissimi fondi nel pagamento delle rette delle REMS transitorie, entrambe private.

## **PUGLIA**

La Regione aveva predisposto un programma, approvato con D.M. 19 dicembre 2013 (G.U. serie generale 29 gennaio 2014, n. 23), con cui prevedeva la realizzazione di una REMS presso l'ex o.p. di Ceglie Messapica di 18 posti letto “adeguatamente suddivisi per genere”, per un costo di 2.630.000,00 €; una REMS presso l'ospedale di Mottola, con un modulo di almeno 20 posti letto, per un importo di 1.735.000,00 €; una REMS presso l'ex ospedale psichiatrico di Torremaggiore da 20 posti letto per un costo di 3.500.000,00 €.

La Regione ha rimodulato il programma, con la delibera di Giunta regionale del 02.09.2014, n. 1341<sup>428</sup>, approvato con D.M. salute 4 marzo 2015, prevedendo la realizzazione di due sole REMS, la prima delle quali contestualmente doveva essere realizzata presso la sede di una struttura diurna del Centro di Salute Mentale di Carovigno, per 18 posti letto ed una spesa complessiva di 3.727.800,00 €. Successivamente, con DGR del 31.03.2015, n. 350<sup>429</sup>, la Regione ha presentato ulteriore programma per la realizzazione della seconda REMS da 20 posti letto a Spinazzola. La REMS di Spinazzola richiede pochi interventi ed il costo preventivato è pari a 350.000,00 €. Le risorse residue, 7.518.188,54 € saranno utilizzate dalla Regione per il rafforzamento dei servizi territoriali dei DSM.

Con delibera del 15.06.2018, la Regione Puglia ha scelto di realizzare la REMS definitiva, presso l'ospedale Melli di San Pietro Vernotico.

## **SARDEGNA**

---

<sup>428</sup> Pubblicato in Bollettino Ufficiale Regione Puglia del 30.09.2014, n. 36

<sup>429</sup> Pubblicata sul Bollettino Ufficiale Regione Puglia del 31.03.2015, n. 44

La Regione Sardegna aveva originariamente previsto, con programma approvato con D.M. 9 ottobre 2013 (G.U. Serie Generale 06 dicembre 2013, n. 286), la realizzazione di una REMS di 40 posti letto, presso il complesso di edifici “Fondazione San Giovanni Battista nel Comune di Ploaghe”, in due fabbricati, uno su due livelli fuori terra e l’altro di 4 piani, per oltre 1000 mq. di superficie complessiva, per un costo di 6.000.000,00 €.

La Regione ha comunicato al Governo l’intenzione di modificare il programma già approvato e con DGR 9/21 del 10.03.2015<sup>430</sup>, ha revocato la precedente delibera ed individuato in via provvisoria, la porzione di un RSA a Capoterra (CA), costituita da due moduli di n. 8 posti letto ciascuno. Dopo 22 mesi di funzionamento della RSA di Capoterra, la Regione, con Delibera n. 30/21 del 20.06.2017<sup>431</sup> ha deciso di trasformarla in REMS definitiva e con delibera della Giunta Regionale del 24.05.2018, n. 26/5<sup>432</sup> ha destinato 5.253.989,06 € dei 6.000.000,00 € originariamente destinati alla costruzione della REMS di Ploaghe ad un programma per la riqualificazione e ristrutturazione delle strutture della rete dei servizi per la salute mentale. Nel programma di riqualificazione è prevista anche la realizzazione di una “struttura residenziale per adulti psichiatrici a trattamento intensivo” nel Comune di Lunamatrona, a cui destinare i malati di mente autori di reato sottoposti ad una misura di sicurezza non detentiva e la realizzazione di altre 7 “strutture residenziali psichiatriche ad altro trattamento intensivo”.

La Regione ha dunque dimezzato i posti in REMS e analogamente alla Regione Campania ha previsto una serie di strutture intermedie.

## **SICILIA**

La Regione Sicilia, con Decreto dell’assessore alla salute del 18.09.2013, n. 1733<sup>433</sup>, ha presentato un programma che prevedeva la realizzazione di 4 REMS per un costo complessivo di 18.118.474,07 €, previo adeguamento di 4 strutture situate nelle provincie di Catania, Caltanissetta e Messina per 80 posti letto.

---

<sup>430</sup> Pubblicata sul Bollettino Ufficiale Regione Autonoma Sardegna

<sup>431</sup> Pubblicata sul Bollettino Ufficiale Regione Autonoma Sardegna

<sup>432</sup> Pubblicata sul Bollettino Ufficiale Regione Autonoma Sardegna

<sup>433</sup> Pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale della Regione Siciliana e reperibile sulla sezione “Assessorato alla salute” del Sito della Regione siciliana, [www.pti.regione.sicilia.it](http://www.pti.regione.sicilia.it)

Con successivo programma, D.A. 16.04.2015, n. 645<sup>434</sup>, la Regione prevedeva altri interventi strutturali per il potenziamento dei DSM, tra cui la realizzazione di gruppi di appartamenti predimissioni, cui la Regione ha destinato 1.646.608,02 €.

La Regione ha poi individuato due REMS provvisorie, di 20 p.l. ciascuna, ubicate nei comuni di Caltagirone (CT) e Naso (ME).

Con i vari e successivi decreti, la Regione Siciliana ha confermato questa ripartizione degli investimenti<sup>435</sup>.

## **TOSCANA – UMBRIA<sup>436</sup>**

La Regione Toscana e la Regione Umbria hanno sottoscritto un accordo<sup>437</sup> per la gestione condivisa dei fondi e presentato un programma unitario, di cui alla delibera della Giunta della Regione Toscana 26.08.2013, n. 715, approvato con D.M. 19 dicembre 2013 (G.U. serie generale 29.01.2014, n. 23). Il programma era suddiviso su tre livelli di intervento: il primo operante sulla rete territoriale di tutela della salute mentale, il secondo sulla realizzazione di residenze intermedie, il terzo sulla realizzazione di residenze con sorveglianza intensiva (ovvero REMS). La Regione destinava 7.367.250,00 € alla realizzazione di due moduli REMS per 28 posti letto complessivi e 3.640.734,34 € per il potenziamento o l'adeguamento di strutture parzialmente protette. La REMS doveva originariamente essere realizzata a Catena nel Comune di San Miniato, mentre le residenze sanitarie intermedie presso la residenza "Le Querce" a Firenze, presso la residenza

---

<sup>434</sup> pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale della Regione Siciliana e reperibile sulla sezione "Assessorato alla salute" del Sito della Regione siciliana, [www.pti.regione.sicilia.it](http://www.pti.regione.sicilia.it)

<sup>435</sup> Si veda da ultimo il Decreto dirigenziale DDS 613/2018

<sup>436</sup> In quanto residente da sempre in Toscana, attivista per i diritti delle persone detenute dal 2012, studiosa degli OPG e della riforma dal 2013 e uditrice alla gran parte dei convegni regionali sul tema, conosco la situazione regionale, con maggior approfondimento e soprattutto in modo diverso. In ragione di questa posizione di osservazione privilegiata, posso asserire che il programma definitivo di cui si discuterà al termine di questo paragrafo è ancora oggetto di discussione a livello regionale e corrono ancora voci sulla valutazione di possibili alternative alla REMS di Volterra, ad esempio, si discute della possibilità di collocare la REMS definitiva presso l'ex casa circondariale femminile di Empoli.

<sup>437</sup> Accordo approvato con deliberazione Giunta regionale della Toscana 6 maggio 2013, n. 330 e deliberazione della Giunta regionale dell'Umbria del 22 aprile 2013, n. 365.

sanitaria “AVCentro” a Lastra a Signa, presso la residenza intermedia “Tiziano” ad Aulla e presso la residenza sanitaria “AVSudEst” a Bibbiena.

Con successiva delibera di Giunta del 09.03.2015, n. 231<sup>438</sup>, la Regione Toscana ha proposto un’integrazione al programma approvato con DGR 713/2013, conservando l’impostazione generale sulle tre linee di intervento, ma sostituendo alla REMS da 28 posti, 3 moduli residenziali ad alta intensità assistenziale: uno da 12 posti letto a Volterra (PI), uno da 4 posti letto, presso la struttura terapeutico riabilitativa di Abbadia San Salvatore e 4 posti ad Arezzo in struttura riabilitativa a diretta gestione aziendale.

Con ulteriore delibera della Giunta Regionale Toscana del 30.03.2015, n. 380<sup>439</sup>, il programma originario è stato rimodulato. Come REMS è stato individuato l’istituto Mario Gozzini, una struttura penitenziaria a custodia attenuata adiacente al Complesso di Sollicciano a Firenze. e come strutture residenziali intermedie: “Le Querce” a Firenze; la Comunità “Tiziano” ad Aulla, la struttura psichiatrica “Morel” a Volterra, il modulo residenziale “I Prati” ad Abbadia San Salvatore ed un modulo in una struttura riabilitativa dell’ausl di Arezzo. La Regione Toscana è in seguito intervenuta, rimodulando o integrando il programma<sup>440</sup>. Ad oggi, questo prevede la realizzazione di una REMS da 40 posti letto presso la struttura “Morel” a Volterra, di cui 22 posti letto da attivare in una prima fase come REMS transitoria, per cui si prevede lo stanziamento di complessivi 9.764.054,34 €. Inoltre, la realizzazione di 6 residenze intensive, per 48 posti letto, per cui sono stanziati 1.243.930,00 €. Le strutture a tal fine individuate sono: la residenza “Le Querce”, la residenza “Villa Guicciardini” a Firenze, la residenza “Tiziano” ad Aulla, un modulo ad Arezzo, un modulo ad Abbadia San Salvatore e una struttura intermedia entro lo stesso padiglione Morel, ove si trova la REMS.

Ad oggi, le strutture intermedie attivate e funzionanti sono: Villa Aeoli (che ha sostituito la residenza Morel), Villa Guicciardini e le Querce<sup>441</sup>.

---

<sup>438</sup> Pubblicata sul Bollettino Ufficiale Regione Toscana e reperibile nella sezione Banca dati – atti di giunta del sito della Regione Toscana, [www.regione.toscana.it](http://www.regione.toscana.it).

<sup>439</sup> Pubblicata sul Bollettino Ufficiale Regione Toscana e reperibile nella sezione Banca dati – atti di giunta del sito della Regione Toscana, [www.regione.toscana.it](http://www.regione.toscana.it).

<sup>440</sup> Delibera della Giunta Regionale del 27.04.2015, n. 565; Delibera della Giunta Regionale 25.05.2015, n. 666 e Delibera Giunta Regionale del 21.07.2015, n. 745.

<sup>441</sup> Si veda E. TAVORMINA, *Il quadro delle Rems in Italia e la fotografia di Volterra*, in F. CORLEONE (a cura di), *Mai più manicomi. Una ricerca sulla Rems di Volterra. La nuova vita dell’Amborgiana*, Fondazione Michelucci Press, Fiesole 2018, pp. 27- 47

La Regione Toscana, come altre di cui abbiamo già parlato, ha scelto un modello con vari livelli assistenziali: residenze per l'esecuzione delle misure di sicurezza detentive e residenze per le misure di sicurezza non detentive. L'iniziale previsione di un modulo di residenza intermedia nello stesso luogo ove si trova la REMS era abbastanza allarmante. Era facile immaginarsi una sostituzione della misura di sicurezza detentiva, per scemata pericolosità sociale – o per decorso del termine massimo di durata della misura di sicurezza – con la libertà vigilata, da eseguirsi ad un piano diverso della REMS. La Regione ha rivisto questa opzione.

## **VENETO**

La Regione Veneto, con deliberazione di Giunta regionale del 19 novembre 2013<sup>442</sup>, ha presentato il proprio programma per il superamento degli OPG, approvato con D.M. salute 5 febbraio 2015 (G.U. serie generale 13.03.2015, n. 60), che presenta già un titolo significativo “Programma regionale per la realizzazione della struttura sanitaria extraospedaliera per il superamento degli OPG”, ad indicare chiaramente la linea prioritaria di intervento regionale.

Il programma prevede la realizzazione di una REMS, da 40 posti su due moduli, uno ad alta ed uno a media intensità terapeutica. Allo stato di presentazione del primo programma la collocazione della REMS non era stata ancora individuata, ma si precisava, che doveva trattarsi di «struttura chiusa, con i requisiti di sicurezza dell'OPG, con personale sanitario presente nelle 24 ore e con personale delle forze dell'ordine per la vigilanza perimetrale esterna, anch'esso presente per 24 ore/die». Indicativo della tipologia di REMS immaginata dall'amministrazione regionale veneta, anche il riferimento, per i requisiti strutturali, per i servizi, gli spazi comuni, il tipo di locali di cui la struttura doveva dotarsi, non al D.M. 1 ottobre 2012, bensì all'ordinamento penitenziario ed al relativo regolamento di attuazione. Con successiva delibera della Giunta regionale del 29.04.2014, n. 497<sup>443</sup>, in risposta alle richieste di integrazione pervenute dal Ministero della Salute, individua la collocazione della REMS – nel comune di Nogara in area adiacente al Centro sanitario polifunzionale, e

---

<sup>442</sup> Pubblicata sul Bollettino Ufficiale regionale del Veneto del 06.12.2013, n. 105

<sup>443</sup> Pubblicata sul bollettino Ufficiale regionale del Veneto del 29.04.2014, n. 46

chiarisce la ripartizione delle risorse: 11.587.000,00 € per la realizzazione della residenza e 615.000,00 € per il potenziamento dei servizi.

Nella prima fase dell'attuazione della riforma, la Regione ha stipulato un accordo con Regione Lombardia per la gestione provvisoria degli internati di propria competenza presso la REMS di Castiglione delle Stiviere. Con delibera della Giunta Regionale del 1 dicembre 2015, n. 1767, la Giunta regionale veneto individua una REMS transitoria di 16 posti presso la comunità alloggio del Centro sanitario polifunzionale di Nogara. Successivamente tale REMS transitoria è stata ampliata con ulteriori 20 posti letto<sup>444</sup>.

Con successiva delibera della Giunta regionale del 06.06.2017, n. 803<sup>445</sup>, la Regione Veneto ha approvato la destinazione di parte dei fondi per la gestione delle REMS ad un progetto dell'asl scaligera finalizzato a garantire la gestione di un adeguato turn over delle presenze in REMS, attraverso l'implementazione di un continuo raccordo con i Magistrati di sorveglianza e di cognizione.

## **PROVINCIA AUTONOMA DI TRENTO – PROVINCIA AUTONOMA DI BOLZANO**

Ai sensi dell'art. 2 co. 109 della L. 23 dicembre 2009, n. 191, le Province autonome non sono state assegnatarie di una quota dei fondi, previsti per il superamento degli OPG. Di conseguenza, pur essendo tenute a mettere in atto quanto necessario per la realizzazione dell'obiettivo del superamento, non hanno dovuto presentare entro i termini prescritti, un programma da sottoporre al vaglio del Ministero della salute, con indicate le ripartizioni dei fondi sulle varie linee di intervento.

La Provincia autonoma di Trento, con le deliberazioni della Giunta provinciale n. 2923 del 2011 e n. 1335 del 2012, recependo gli indirizzi di cui all'allegato C del DPCM 1° aprile 2008, aveva approvato un accordo tra ospedale psichiatrico giudiziario di Reggio Emilia e il Dipartimento di salute mentale dell'Azienda provinciale per i servizi sanitari «per la realizzazione di forme di collaborazione per il miglioramento degli interventi mirati alla realizzazione del programma di superamento degli OPG e per la presa in carico congiunta

---

<sup>444</sup> Delibera Giunta Regionale Veneto del 6 dicembre 2016, n. 1966. Pubblicata sul Bollettino ufficiale regionale del 03.01.2017, n. 2

<sup>445</sup> Pubblicata sul Bollettino Ufficiale Regionale 11.07.2017, n. 65

delle persone dimesse dall'ospedale psichiatrico giudiziario». Con successive delibere del 25 gennaio 2013, n. 106 allegato A) e del 20 settembre 2013, n. 1975 aveva sancito il principio che il superamento degli OPG dovesse attuarsi “*attraverso una riorganizzazione dei servizi di diretta gestione aziendale*”. Con successive deliberazioni, la Giunta ha individuato, all'interno del polo della riabilitazione di Pergine Valsugana, 5 posti letto da qualificare come “ad alta intensità di vigilanza e assistenza”.

Per quanto riguarda la Provincia di Bolzano, la Giunta nella seduta del 7 ottobre 2014, aveva auspicato l'individuazione di una soluzione congiunta con la Provincia autonoma di Trento che permettesse la creazione di un'unica Residenza per l'esecuzione delle misure di sicurezza (REMS) per entrambe le Province.

Le due province si sono dunque accordate per una gestione congiunta, presso il Polo di Pergine Valsugana, con 10 posti REMS.

## **2.1. I PROGRAMMI: TRA NUOVI MANICOMI, AMPIE RETI E SERVIZI TERRITORIALI**

I programmi regionali presentano delle differenze significative: è diversa la ripartizione dei fondi, diverso il numero di posti letto previsti e la loro distribuzione, diverse le scelte rispetto alla collocazione geografica delle nuove residenze e diversa l'attenzione posta agli aspetti securitari.

Per muoverci e poter tirare le fila, in questo quadro di “differenze”, abbiamo pensato di procedere per punti, partendo da due elementi quantitativi: la quota dei fondi destinata ai DSM e il numero di posti letto previsti, in rapporto al numero di internati “di competenza” presenti negli OPG prima dell'attuazione della riforma.

Valuteremo poi, le scelte relative alla collocazione geografica delle nuove residenze e alle caratteristiche strutturali: isolate e lontane dai centri abitati come i vecchi manicomi e le attuali prigioni o inserite nel contesto urbano? Ad occupare i vecchi manicomi lasciati vuoti dalla L. 180/1978 o in strutture nate come civili abitazioni o ancora in padiglioni ospedalieri o in nuovissime cattedrali nel deserto? Con la previsione di quali tipologie di misure per garantire la sicurezza: onerose muraglie che segnino il confine tra l'interno e l'esterno o più snelli sistemi di videosorveglianza h24 in tutti gli ambienti?

Concluderemo mettendo insieme questi elementi ed il disegno complessivo che emerge dai vari programmi, per delineare tre modelli: un modello manicomiale, un modello reticolare ed un modello integrato nei servizi di salute mentale.

### 2.1.1. CHE QUOTA DEI FONDI NEI DSM?

Come abbiamo avuto modo di anticipare, la legge n. 81/2014 aveva concesso alle Regioni di modificare i programmi presentati in precedenza «al fine di provvedere alla riqualificazione dei dipartimenti di salute mentale, di contenere il numero complessivo di posti letto da realizzare nelle strutture sanitarie di cui al comma 2 e di destinare le risorse alla realizzazione o riqualificazione delle strutture pubbliche».

Alcune Regioni hanno di conseguenza provveduto ad una diversa distribuzione delle risorse, ampliando i fondi per la riqualificazione dei DSM, a scapito degli ingenti finanziamenti in origine destinati ai soli interventi di realizzazione delle REMS.

Ciononostante, Lombardia, Abruzzo-Molise e Marche hanno scelto di destinare la totalità di quel capitolo dei finanziamenti (quello di cui al co. 6 dell'art. 3 ter D.L. 211/2011, convertito in legge 17 febbraio 2012, n. 9) alla realizzazione delle REMS. Nel programma di Abruzzo e Molise sono destinati 1.861.308,92 € alla riqualificazione dei DSM ma attinenti al diverso capitolo di finanziamento (quello per l'assunzione di personale in deroga, di cui al co. 8 dell'art. 3 ter del D.L. 211/2011, convertito in L. 17 febbraio 2012, n. 9).

REGIONI	FONDI REMS	FONDI DSM	TOTALE	% ai DSM
PIEMONTE	12.579.600,00 €	1.936.000,14 €	14.515.600,14 €	13,34
LOMBARDIA	32.319.753,43 €	- €	32.319.753,43 €	0,00
VENETO	11.587.256,76 €	615.000,00 €	12.202.256,76 €	5,04
FRIULI VENEZIA GIULIA	1.562.896,00 €	1.047.986,22 €	2.610.882,22 €	40,14
LIGURIA	4.098.000,00 €	1.762.415,38 €	5.860.415,38 €	30,07
EMILIA ROMAGNA	7.356.880,64 €	2.955.301,41 €	10.312.182,05 €	28,66
TOSCANA- UMBRIA*	9.764.054,34 €	1.243.930,00 €	11.007.984,34 €	11,30

MARCHE	3.409.826,48 €	- €	3.409.826,48 €	0,00
LAZIO	16.205.379,02 €	1.500.000,00 €	17.705.379,02 €	8,47
ABRUZZO - MOLISE	4.788.758,10 €	- €	4.788.758,10 €	0,00
CAMPANIA*	2.566.372,24 €	18.417.534,00 €	20.983.906,24 €	87,77
PUGLIA	4.077.800,00 €	7.518.188,54 €	11.595.988,54 €	64,83
BASILICATA	465.000,00 €	855.000,00 €	1.320.000,00 €	64,77
CALABRIA*	6.200.000,00 €	718.444,51 €	6.918.444,51 €	10,38
SICILIA	18.118.474,07 €	1.646.608,00 €	19.765.082,07 €	8,33
SARDEGNA	746.011,00 €	5.253.989,00 €	6.000.000,00 €	87,57

Tabella 5: Quota di fondi ai DSM<sup>446</sup>

Alcune Regioni hanno seguito una direzione molto diversa, destinando una grande quota dei fondi alla riqualificazione dei DSM, tra queste: la Regione Campania (87,77%), la Regione Sardegna (87,57%), la Regione Puglia (64,83%), la Regione Friuli Venezia Giulia (40,14%).

Anche tra chi ha scelto di destinare una buona fetta di finanziamenti alla riqualificazione dei dipartimenti di salute mentale, si possono riscontrare differenze di non poco conto. La Regione Campania ha spostato quasi tutti i fondi sulla riqualificazione dei Dipartimenti, impiegandoli in una serie di strutture residenziali ad alta intensità assistenziale, che rischiano di essere – nei fatti – molto simili a delle residenze per l’esecuzione delle misure di sicurezza.

### 2.1.2. QUANTI POSTI E QUALE “FABBISOGNO”?

Dall’avvio della riforma che ha previsto il superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari, il numero di internati è progressivamente calato. Se al 31.12.2011 gli internati erano 1264, al 30.09.2014 erano scesi a 817. Alcune Regioni hanno quantificato il numero di posti REMS equiparandolo al numero di internati di propria competenza. Altre, tenendo conto della decrescita tendenziale del numero di internati, hanno previsto un numero di

---

<sup>446</sup> I dati sono stati elaborati a partire dai programmi regionali e si sono presi in considerazione gli importi complessivi di spesa (finanziamento statale + quota di partecipazione regionale)

posti inferiore. Altre ancora, hanno ricalibrato in corso d'opera il numero di posti letto, inizialmente programmato.

<b>REGIONI</b>	<b>INTERNATI 30.09.2014</b>	<b>POSTI REMS DA PROGRAMMA REGIONALE</b>	<b>POSTI IN STRUTTURE RESIDENZIALI</b>
PIEMONTE	59	70	
LOMBARDIA	168	240	
VENETO	44	40	
FRIULI VENEZIA GIULIA	11	10	
LIGURIA	19	20	
EMILIA ROMAGNA	35	30	
TOSCANA- UMBRIA*	41	40	48
MARCHE	12	20	
LAZIO	105	91	
ABRUZZO - MOLISE	15	20	
CAMPANIA*	118	40	58
PUGLIA	32	38	
BASILICATA	5	10	
CALABRIA*	31	60	
SICILIA	100	80	
SARDEGNA	20	16	
TRENTO E BOLZANO	2	10	
<b>TOTALE</b>	<b>817</b>	<b>835</b>	<b>106</b>

Tabella 6: Numero di posti da programma in rapporto al "fabbisogno"<sup>447</sup>

Quasi tutte le Regioni<sup>448</sup> hanno previsto un numero di posti letto che si avvicina molto, per eccesso o per difetto, al numero di internati di loro competenza territoriale, presenti negli OPG al 30.09.2014 (sei mesi prima della data prevista per la chiusura degli OPG).

La Regione Lombardia ha previsto un numero di posti letto molto superiore alle necessità (il 30% circa).

<sup>447</sup> I dati sono presi dalla Relazione del Ministro della Salute e della Giustizia al Parlamento del 30.09.2014, cit.

<sup>448</sup> Si rileva che i programmi regionali a cui si fa riferimento sono stati approvati in date diverse, alcuni prima del 30.09.2014, altri in una fase anche di molto successiva.

### 2.1.3. DOVE? CHE STRUTTURE?

Le differenze tra i vari programmi non attengono soltanto a una dimensione quantitativa. Ve ne sono di sostanziali, riguardo alla collocazione geografica delle residenze, alle dimensioni, alle strutture individuate e ai progetti di ristrutturazione.

Alcune Regioni hanno scelto di collocare le nuove residenze nel tessuto cittadino, in aree facilmente accessibili ed in cui è garantito l'arrivo con mezzi di trasporto pubblico. Esemplare, di questo tipo di scelta il programma friulano, che si concentra e si dilunga sulla raggiungibilità delle strutture. Questo aspetto è importante soprattutto per garantire ai reclusi e alle recluse di non perdere i rapporti con la propria famiglia e rendere possibile ai familiari far loro visita. L'inserimento di una struttura nel tessuto urbano consente inoltre, con maggiore facilità, di attivare percorsi e progetti di collaborazione con le realtà associative e di volontariato del luogo, favorendo non solo dei percorsi di reinserimento sociale e attività culturali e ricreative di vario genere, ma anche l'ingresso dei cittadini nell'istituzione totale, come forma di volontariato, sì, ma anche di controllo civile.

La collocazione urbanistica ha anche un valore simbolico: inclusione nel tessuto sociale o messa ai margini.

Altre Regioni hanno optato per aree periferiche, rurali, lontane dai centri abitati, al più vicine a frazioni di piccole o piccolissime dimensioni, difficili da raggiungere con il trasporto pubblico. Questo tipo di scelta è anche giustificato dalle proteste dei vicini delle nuove residenze, spesso affiancati dai propri amministratori comunali.

Anche sulla tipologia di strutture si rilevano differenze significative<sup>449</sup>. Alcune Regioni hanno scelto di costruire degli edifici nuovi. Esemplare, il progetto dell'Emilia Romagna, una bellissima struttura, esteticamente in linea con i canoni dell'architettura contemporanea (linee semplici, tetti piani, grandi aree a vetrate), ma che rappresenta un'immensa cattedrale nel deserto. Dotata di molti confort, spazi comuni attrezzati, aree

---

<sup>449</sup> Si rinvia a G. DOTI., *Spazi della follia/1*, in "Il giornale dell'architettura", 2018; G. EVANGELISTA, *Spazi della follia/2*, in "Il giornale dell'architettura", 2018; C. DONATI, *Spazi della follia/3*, in "Il giornale dell'architettura", 2018. In questi tre numeri monografici sono presenti progetti. Per orientarmi nell'esame dei progetti è stato fondamentale il supporto di Francesco Melani.

verdi ampie e ben organizzate, camere con finiture di qualità e arredate con mobilia di pregio, ma sita in un'area prevalentemente agricola, in prossimità dell'ex OPG di Reggio Emilia. Altre hanno preferito riutilizzare il patrimonio immobiliare in disuso, approfittando dei fondi per poter ristrutturare edifici da anni inutilizzati. È questo il caso della REMS di Santa Sofia d'Epiro, in una struttura dell'ASL, che doveva in origine costituire un polo polifunzionale, era stata progettata negli anni '90, completata nei primi anni 2000 e mai utilizzata. Tra questi interventi, non pochi riguardano ex ospedali psichiatrici o ex case circondariali. Altre, infine, hanno scelto locali o porzioni di immobili in cui già si svolgono attività sanitarie, socio-assistenziali. Gli edifici prescelti sono ex manicomi, ex carceri, quote parti di ospedali o residenze assistenziali per anziani, immobili dell'ASL destinati a servizi per le tossicodipendenze o per la salute mentale.

I progetti di ristrutturazione hanno dedicato maggiore o minore attenzione all'aspetto securitario, declinandolo, peraltro, in modo molto diverso. Alcuni dei programmi hanno inteso la sicurezza, come sicurezza, in primo luogo, dell'ospite. Il progetto di Abruzzo-Molise ad esempio, si sofferma sulle misure da adottare per garantire un ambiente sicuro per gli internati, con la previsione di uso di materiali particolari ed adeguati, vetri antisfondamento, mobilia idonea. Altri, già in fase progettuale dettagliavano le misure atte a garantire la sicurezza della collettività. Esempio in tal senso, il progetto di Regione Lombardia, che prevede di intervenire con misure atte a garantire la sicurezza, anche sull'ex OPG di Castiglione delle Stiviere.

#### **2.1.4. I MODELLI**

Sul piano programmatico, si possono individuare tre modelli di organizzazione del sistema di presa in carico del malato di mente autore di reato.

Un primo modello, custodialistico, così caratterizzato: poche strutture, di grandi dimensioni; provviste di un serie di elementi architettonici o di strumentario tecnologico, atti a garantire una netta separazione dall'esterno e a prevenire fughe ed uscite (mura di cinta, filo spinato all'estremità, videosorveglianza, finestre non apribili o dotate di grate, etc...).

Un secondo modello, rete di servizi, così caratterizzato: strutture con varia intensità di sicurezza ed assistenza, alcune destinate alle misure di sicurezza detentive, altre alle non

detentive. Le strutture ad alta intensità, presentano di norma caratteristiche simili al modello custodialistico, sono di dimensioni medio-grandi e dotate di elementi atti a garantire dal pericolo di fuga. Questo tipo di organizzazione potrebbe favorire un continuo passaggio della persona tra le istituzioni in rete.

Un terzo modello, di integrazione con i servizi per la salute mentale che potremmo così delineare: inserimento delle REMS entro le attività dei DSM, con massima integrazione tra le due aree di attività, minimi apparati di sicurezza e soprattutto libertà di movimento del paziente autore di reato negli altri locali dei servizi di salute mentale territoriali.

### **3. LE NUOVE STRUTTURE**

Le nuove strutture sanitarie sono state inaugurate, alcune di queste sono transitorie. Alcune sono pubbliche, altre affidate in gestione al privato sociale. Dove si trovano? Quanti internati ospitano complessivamente e quanti per ciascuna struttura? È stato rispettato il limite di posti letto previsto dal D.M. 1 ottobre 2012? Le camere di pernottamento sono singole, doppie o ci sono camerate? Le aree verdi ci sono e sono adeguate? Le strutture sono di piccole dimensioni e diffuse sul territorio regionale oppure grandi complessi? Come sono inseriti nel contesto cittadino? Sono facilmente raggiungibili, anche con il trasporto pubblico?

#### **3.1. I VECCHI OPG**

Prima della riforma gli OPG erano sei (in ordine cronologico di apertura): Aversa, Montelupo Fiorentino, Reggio Emilia, Napoli, Barcellona Pozzo di Gotto, Castiglione delle Stiviere. Di questi, alcuni si trovavano ancora negli stessi edifici dove originariamente furono ubicate queste istituzioni (Aversa, Barcellona Pozzo di Gotto e Montelupo fiorentino). Gli altri, negli anni, sono stati trasferiti, Reggio Emilia e Napoli in strutture penitenziarie e Castiglione delle Stiviere nell'ex ospedale psichiatrico civile.

Dei sei OPG soltanto uno era dotato di un reparto femminile - quello di Castiglione delle Stiviere - e tutti gli altri erano esclusivamente riservati ad uomini. Tutti i sei OPG – ad eccezione di Castiglione delle Stiviere – erano strutture in tutto simili a carceri: celle con

sbarre alle finestre e chiuse con i blindati, aree esterne simili ai cortili per l'ora d'aria nelle prigioni, mura perimetrali imponenti e sorvegliate e ingresso attraverso una serie di passaggi, in cui essere identificati e lasciare gli effetti personali, le borse ed i telefoni cellulari.

All'interno delle strutture il personale era in prevalenza della polizia penitenziaria, con eccezione, anche questa volta, di Castiglione delle Stiviere.

## **AVERSA**

Ad Aversa il manicomio giudiziario era ospitato fin dal 1876 nel convento di San Francesco di Paola, una struttura edificata nel XVI secolo, destinata al culto fino ai primi del 1800, trasformata prima in caserma, poi in casa correzionale per mendicanti e dal 1855 in succursale del carcere di Santa Maria Capua Vetere. Come edificio penitenziario ospitò prima le donne, poi i condannati ai lavori forzati dell'area del napoletano, successivamente gli invalidi. Nel 1876 con decreto dell'allora Direttore delle Carceri Martino Beltrani Scalia, una sezione della casa penale per invalidi, venne destinata ai “maniaci”<sup>450</sup>. Nel 1904, la sezione per maniaci fu ampliata e divenne sezione con direzione autonoma.

La struttura era ampia, composta di 8 padiglioni, dotata di un grande giardino e di numerosi spazi aperti di collegamento, con una capienza di 300 posti letto.

Negli anni Duemila era suddivisa in 6 reparti, ciascuno con stanze sia singole che per più ospiti, fino ad un massimo di quattro. La sezione “Staccata”, sita al centro del complesso e nota per essere una delle sezioni peggiori del manicomio giudiziario, era composta di camerate da 6 posti letto.

## **MONTELUPO FIORENTINO**

---

<sup>450</sup> Si vedano: COLLETTIVO ANTONIN ARTAUD, *Profilo storico dei manicomi giudiziari e degli ospedali psichiatrici giudiziari d'Italia*, sul sito del collettivo, [www.artaudpisa.noblogs.org](http://www.artaudpisa.noblogs.org); D. VANNI, *O.P.G. italiani: un inquadramento storico*, cit, pp. 570-571;

L'istituzione era sita nella Villa dell'Ambrogiana, una villa-fortino medicea del XVI secolo, costruita nell'area in prossimità della confluenza dei fiumi Arno e Pesa, divenuta carcere nel 1856 e manicomio criminale nel 1886. Il complesso di gran pregio architettonico e artistico, a cui avevano lavorato grandi nomi dell'architettura del Cinquecento, era stato adattato a luogo penitenziario con svariati interventi, tra cui la costruzione di una serie di barriere interne e dell'imponente cortina muraria esterna<sup>451</sup>. Il complesso è costituito di una serie di fabbricati immersi nel verde. L'immobile principale – una villa a pianta quadrata con quattro torrioni agli angoli - ospitava i locali della direzione e degli uffici amministrativi, mentre le aree detentive, fino dalla seconda metà del XIX secolo, erano collocate in due edifici distinti ed isolati: l'edificio di collegamento tra la villa ed il convento dei frati alcantarini, successivamente chiuso, e l'edificio delle scuderie.

Nei primi anni Duemila i locali risultavano del tutto inadeguati e in cattivo stato, per l'antichità del complesso, gli scarsi investimenti in manutenzione ordinaria e straordinaria e per la particolarità che per raggiungere aree comuni e spazi aperti era necessario superare una serie di barriere architettoniche. Le celle erano sia singole, sia da 2-3 posti che da 5-6. Nonostante l'ampiezza del giardino della struttura, i cortili per l'ora d'aria erano cubicoli di cemento, come in molte carceri<sup>452</sup>.

Il 26 luglio 2011, la Commissione d'inchiesta sull'efficacia e l'efficienza del Servizio sanitario nazionale dispone il sequestro delle celle della Sezione Ambrogiana e della stanza delle contenzioni della sezione Pesa<sup>453</sup>.

---

<sup>451</sup> Si rinvia a: C. MARCETTI, *La doppia anima dell'Ambrogiana: polarità culturale del suo recupero*, in F. CORLEONE (a cura di), *L'abolizione del manicomio criminale*, cit., pp. 193 – 198 e P. CONTI, *L'OPG di Montelupo Fiorentino*, in G. GRASSI e C. BOMBARDIERI (a cura di), *Il policlinico della delinquenza*, cit., pp. 172-183.

Si rinvia anche ad un interessante contributo sulla storia della Villa, prima della sua destinazione ad uso penitenziario, A. COCCHINI, D. FORGIONE, M. NUCCI, *La storia della Villa Medicea dell'Ambrogiana, una bussola per la futura valorizzazione*, in F. CORLEONE (a cura di), *Mai più Manicomi. Una ricerca sulla Rems di Volterra. La nuova vita dell'Ambrogiana*, Fondazione Michelucci Press, Fiesole 2018.

<sup>452</sup> Si rinvia alla scheda sull'OPG di Montelupo Fiorentino curata da Antigone e presente sul sito [www.antigone.it](http://www.antigone.it)

<sup>453</sup> COMMISSIONE PARLAMENTARE D'INCHIESTA SULL'EFFICACIA E L'EFFICIENZA DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE, *Provvedimento relativo all'OPG di Montelupo Fiorentino*, 26 Luglio 2011

## **REGGIO EMILIA**

Il manicomio giudiziario di Reggio Emilia, si trovava in origine in un antico convento nella periferia di Reggio Emilia, prima adibito ad uso carcerario e poi, dal 1892 a manicomio giudiziario. Alla struttura su tre piani dell'ex convento erano stati aggiunti – tra Otto e Novecento – quattro padiglioni al pian terreno, che avevano portato la capienza della struttura a 240 posti. L'edificio era fatiscente e nel 1991 l'ubicazione dell'OPG è stata spostata all'interno del complesso della Casa circondariale cittadina<sup>454</sup>.

Nei primi anni 2000, l'OPG di Reggio si trovava in una struttura a tutti gli effetti penitenziaria e presentava le stesse criticità dell'attiguo carcere, infiltrazioni, celle anguste, sporcizia. Le varie sezioni erano organizzate tutte secondo uno stesso schema: corridoio, celle, infermeria, stanze per la contenzione. Le celle, da progetto, sarebbero dovute essere singole ma erano adibite a doppie. A differenza di altri istituti penitenziario-manicomiali, l'OPG di Reggio non era provvisto di un'area verde, ma di cortili come quelli penitenziari<sup>455</sup>.

## **NAPOLI: SANT'EFRAMO E SECONDIGLIANO**

Il manicomio giudiziario era originariamente collocato presso l'ex convento di Sant'Eframo, una struttura del XVI secolo, ubicata nel rione Materdei nel centro storico di Napoli, adibita prima a carcere maschile, poi a casa di correzione minorile ed infine a manicomio giudiziario. L'interno del convento era stato ampiamente modificato per adattarlo alla nuova destinazione<sup>456</sup>.

Nel 2008, a causa delle condizioni fatiscenti della parte più antica dell'istituto il PRAP Campania, decide la chiusura provvisoria dell'OPG di Sant'Eframo per operarne il restauro e trasferisce l'OPG nella sezione del carcere di Secondigliano denominata Area verde.

---

<sup>454</sup> D. VANNI, *op. cit.*, p. 573

<sup>455</sup> Si rinvia alla scheda sull'OPG di Reggio Emilia, curata da Antigone e presente sul sito [www.antigone.it](http://www.antigone.it).

<sup>456</sup> D. VANNI, *op. cit.*, p. 574

L'OPG di Secondigliano è ubicato all'interno di un complesso penitenziario, di costruzione abbastanza recente (anni '90) e per questo in condizioni igieniche e strutturali discrete. La struttura si componeva di due piani, organizzati in 4 sezioni con 40 stanze singole e 20 doppie<sup>457</sup>.

## **BARCELLONA POZZO DI GOTTO**

Il manicomio giudiziario di Barcellona Pozzo di Gotto era ubicato in una struttura appositamente costruita nei primi anni del XX secolo e resa operativa nel 1925<sup>458</sup>.

L'OPG era organizzato in sei reparti che nei primi anni Duemila si trovavano in condizioni igieniche disomogenee. Nel reparto "agitati" le celle erano chiuse per l'intera giornata ed erano presenti vetri rotti sia alle porte che alle finestre.

Le celle erano 85 singole e 40 cameroni con un massimo di 9 posti letto. Erano presenti aree verdi ampie e ben tenute<sup>459</sup>. Dal 26 luglio 2011 il Reparto I e la sala contenzioni sono state sgomberate, per disposizione della Commissione d'inchiesta sull'efficacia e l'efficienza del SSN<sup>460</sup>.

## **CASTIGLIONE DELLE STIVIERE**

Il manicomio criminale di Castiglione delle Stiviere è sempre stato un'istituzione con una gestione diversa rispetto agli altri cinque manicomi criminali. Nasce, infatti, nel 1939, per una convenzione con il Ministero di Grazia e Giustizia, come struttura gestita dall'Amministrazione degli Istituti Ospedalieri di Castiglione delle Stiviere.

---

<sup>457</sup> Si rinvia alla scheda sull'OPG di Napoli curata da Antigone e presente sul sito dell'associazione [www.antigone.it](http://www.antigone.it).

<sup>458</sup> Come riportato dallo storico Vanni, la costruzione era iniziata nel 1908 e subito i lavori si erano interrotti a causa del terremoto che aveva colpito Calabria e Sicilia in quell'anno ed erano stati ripresi soltanto vari anni dopo, D. VANNI, *op. cit.*, p. 575

<sup>459</sup> Si veda la scheda sull'OPG di Barcellona Pozzo di Gotto curata da Antigone e presente sul sito dell'associazione, [www.antigone.it](http://www.antigone.it)

<sup>460</sup> COMMISSIONE PARLAMENTARE D'INCHIESTA SULL'EFFICACIA E L'EFFICIENZA DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE, *Provvedimento relativo all'OPG di Barcellona Pozzo di Gotto*, 26 luglio 2011

Originariamente, il manicomio era ubicato in un'area centrale della cittadina lombarda, in un ex convento<sup>461</sup>.

Dal 1998 l'OPG è stato poi trasferito in una zona periferica di Castiglione, in località Ghisiola, a circa 2 km dal centro abitato, in una zona rurale, raggiungibile soltanto con l'automobile. Il complesso di edifici è moderno ed è dotato di molto spazio verde e di aree comuni per varie attività, compresa una piscina. L'interno era pulito e spazioso, tanto da non rendere la struttura paragonabile ad altri OPG. Le stanze erano molto simili a quelle ospedaliere bianche e semplici. Rispetto alle altre strutture non esistevano celle e le stanze erano chiuse da normali porte e non da blindati. Il numero di ospiti per stanza era variabile di sezione in sezione<sup>462</sup>.

## **LE CASE DI CURA E CUSTODIA**

Sin dall'introduzione della misura di sicurezza dell'assegnazione ad una casa di cura e custodia, non sono mai esistite strutture destinate esclusivamente ad accogliere questa istituzione. La misura di sicurezza era eseguita in sezioni degli OPG oppure, come per la sezione di casa di cura e custodia femminile di Sollicciano a Firenze, in sezioni degli istituti penitenziari.

La sezione di casa di cura e custodia di Sollicciano si trovava al secondo piano dell'ala femminile del carcere. Il complesso è sito in un'area periferica della città di Firenze, al confine con il limitrofo comune di Scandicci. La costruzione del complesso penitenziario è abbastanza recente, ciononostante, le condizioni strutturali ed igieniche erano e sono precarie. Le detenute hanno spesso denunciato, con lettere alle istituzioni e reclami al magistrato di sorveglianza, le pessime condizioni: sporcizia, formazioni fungine nelle docce e sui muri, carenza di fornitura di beni essenziali (quali, ad esempio, sapone o

---

<sup>461</sup> D. VANNI, *op. cit.*, p. 576

<sup>462</sup> Si veda la scheda sull'OPG di Castiglione curata da Antigone, sul sito dell'associazione, [www.antigone.it](http://www.antigone.it)

assorbenti)<sup>463</sup>. La casa di cura e custodia si presentava nelle stesse condizioni precarie di tutto il complesso.

### **3.2. LE REMS<sup>464</sup>**

Ad oggi sono state aperte 30 REMS diffuse sul territorio nazionale, in tutte le Regioni ad eccezione, come abbiamo visto, di quelle che hanno stipulato accordi per la gestione congiunta dei fondi per il superamento: il Molise che ha fatto un accordo con l'Abruzzo; l'Umbria con la Toscana e la Valle d'Aosta con la Lombardia. Una delle REMS italiane, Castiglione delle Stiviere, altro non è che il vecchio OPG, rinominato.

Le REMS oggi in funzione non solo soltanto o tutte quelle previste da programma, molte delle residenze sono ancora transitorie.

---

<sup>463</sup> Tra le ultime iniziative delle detenute presso la sezione femminile del carcere di Sollicciano, si ricorda la lettera consegnata al Garante dei diritti dei detenuti di Firenze, Eros Cruccolini il 31.12.2015, che si apriva con: «Vi scriviamo dal carcere di Sollicciano, per anteporre le condizioni in cui viviamo. Viviamo peggio degli animali, abbiamo celle invivibili piene di muffa e ci piove dentro e ci tengono senza riscaldamento e senza acqua calda, la sera siamo costretti a dormire con i panni addosso perché fa freddo [...] siamo infestate dai topi, difatti alcune detenute nella notte sono state morse e non hanno ricevuto assistenza medica, cioè in ritardo». Le condizioni denunciate dalle detenute trovano conferma nel provvedimento adottato dalla ASL, nei primi giorni del 2016, dopo la visita ispettiva del novembre del 2015, in cui si attestano «gravi carenze igienico-sanitarie».

<sup>464</sup> I dati strutturali sulle Rems sono stati tratti in prevalenza dalla Relazione del Commissario unico sul superamento dell'OPG e dalle visite del Coordinamento Rems di StopOPG. Per ogni Rems si indicheranno le altre fonti da cui abbiamo tratto le informazioni, ove possibile abbiamo cercato e preso visione anche di fonti fotografiche.

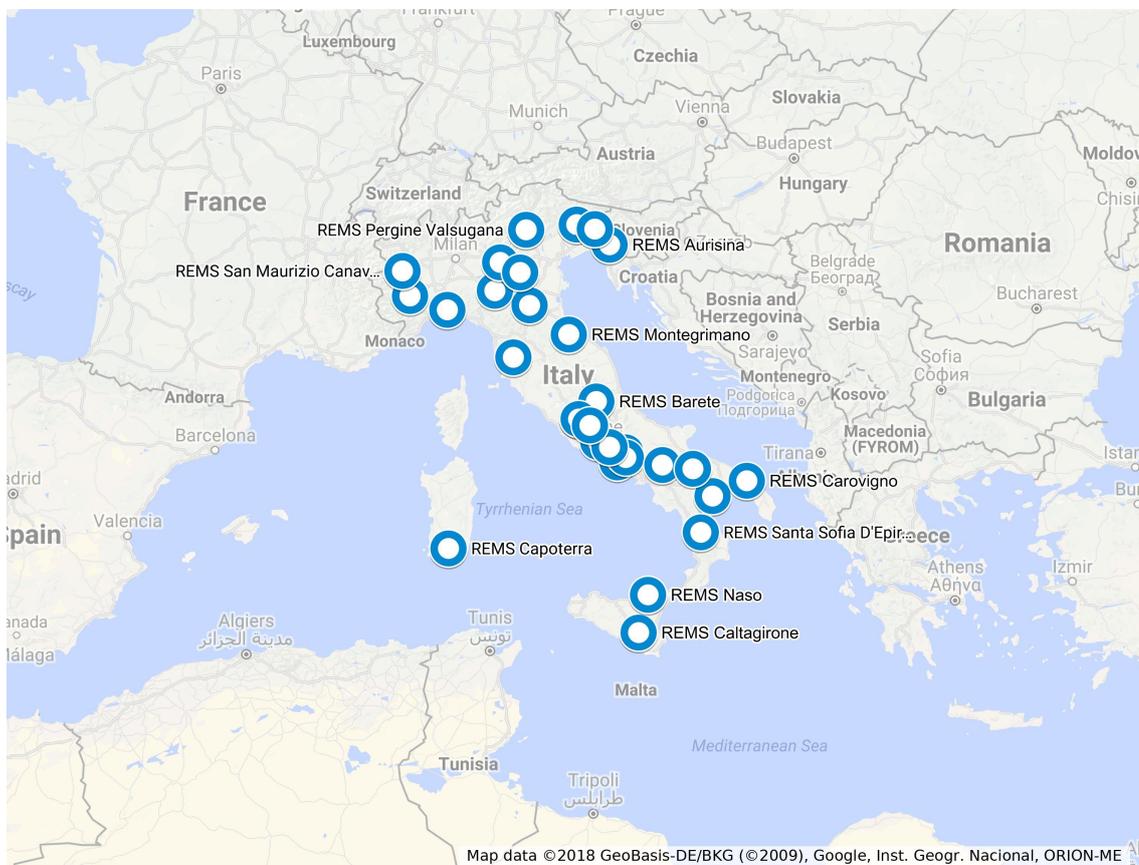


Figura 2: Mappa REMS in Italia al 31.03.2018 dati rielaborati da XIV Rapporto sulle condizioni di detenzione, Associazione Antigone – sez. Salute e Rems.

Il 19 febbraio 2017 nelle nuove residenze erano presenti 569 internati, a fronte di 604 posti regolamentari, di cui 215 sottoposti a misura di sicurezza provvisoria (37,8 %) e 350 a misura di sicurezza definitiva (Tab. 1).

Quasi tutte le 30 REMS si attestano sotto la soglia di 20 posti letto regolamentari, come previsto dall'All. A del D.M. 1 ottobre 2012. Fanno eccezione quella di Castiglione delle Stiviere (120 p.l), quella di Volterra (28 p.l.) e quella di Nogara (40 .p.l.). Al 19 Febbraio 2017 tre strutture ospitavano più persone della loro capienza regolamentare (Castiglione delle Stiviere, Montegrimano e Volterra).

Regione	REMS	Capienz a	Presenz e	Mds Prov.	Mds Def.
Abruzzo	Barete (AQ)	20	13	8	5
Basilicata	Pisticci (MT)	10	9	6	3
Calabria	Santa Sofia D'Epiro (CS)	20	16	5	11

Campania	Mondragone (CE)	16	15	8	7
	Vairano Patenora (CE)	12	12	3	9
	Calvi Risorta (CE)	20	19	13	6
	San Nicola Baronia (AV)	20	20	11	9
Emilia Romagna	Bologna (BO)	14	14	5	9
	Parma (PR)	10	9	3	5
Friuli Venezia Giulia	Aurisina (TS)	2	1	1	0
	Maniago (PN)	2	2	0	2
	Udine (UD)	2	0	0	0
Lazio	Ceccano (FR)	20	17	5	12
	Pontecorvo (FR)	11	9	4	5
	Pal. Sabina Merope (RM)	20	19	4	15
	Pal. Sabina Minerva (RM)	20	20	13	7
	Subiaco (RM)	20	19	9	10
Liguria	Genova - Prà (GE)	20	9	0	9
Lombardia	Castiglione delle Stiviere (MN)	120	121	40	81
Marche	Montegrimano (PU)	15	20	9	10
Piemonte	Bra (CN)	18	18	2	16
	San Maurizio Canavese (TO)	20	20	6	14
Puglia	Carovigno (BR)	18	17	6	9
	Spinazzola (BT)	20	20	4	16
Sardegna	Capoterra (CA)	16	16	0	16
Sicilia	Caltagirone (CT)	20	20	9	11
	Naso (ME)	20	20	15	5
Toscana	Volterra (PI)	28	30	10	20
Trentino Alto Adige	Perigine Valsugana (TN)	10	10	4	6
Veneto	Nogara (VR)	40	34	12	22
<b>Totale</b>		<b>604</b>	<b>569</b>	<b>215</b>	<b>350</b>

Tabella 7: Presenze in REMS al 19 Febbraio 2017 - Dati da II Relazione del Commissario unico per il superamento OPG

Al 31 marzo 2018 – ultima rilevazione disponibile – erano presenti 589 internati (+ 3,6%), di cui 268 sottoposti a misura di sicurezza provvisoria (+24,7%) e 321 a misura di sicurezza definitiva (- 8,28%) (Tab.2).

Regione	REMS	Capienza	Presenze	Mds Provv.	Mds Def.
		a	e		
Abruzzo	Barete (AQ)*	20	13	8	5
Basilicata	Pisticci (MT)	10	2	0	2
Calabria	Santa Sofia D'Epiro (CS)	20	6	4	2

Campania	Mondragone (CE)	16	8	5	3
Campania	Vairano Patenora (CE)	12	12	5	7
Campania	Calvi Risorta (CE)	20	20	17	3
Campania	San Nicola Baronìa (AV)	20	20	10	10
Emilia Romagna	Bologna (BO)	14	14	6	8
Emilia Romagna	Parma (PR)	10	10	7	3
Friuli Venezia Giulia	Aurisina (TS)*	2	1	1	0
Friuli Venezia Giulia	Maniago (PN)*	2	2	0	2
Friuli Venezia Giulia	Udine (UD)*	2	0	0	0
Lazio	Ceccano (FR)	20	19	10	9
Lazio	Pontecorvo (FR)	11	11	9	2
Lazio	Palombara Sabina (RM)	20	15	5	10
Lazio	Palombara Sabina (RM)	20	16	8	8
Lazio	Subiaco (RM)	20	20	6	14
Liguria	Genova - Prà (GE)	20	21	4	17
Lombardia	Castiglione delle Stiviere (MN)	120	156	69	87
Marche	Montegrimano (PU)	15	20	5	15
Piemonte	Bra (CN)	18	17	5	12
Piemonte	San Maurizio Canavese (TO)	20	18	11	7
Puglia	Carovigno (BR)	18	18	15	3
Puglia	Spinazzola (BT)	20	18	12	6
Sardegna	Capoterra (CA)	16	16	4	12
Sicilia	Caltagirone (CT)	20	16	0	16
Sicilia	Naso (ME)	20	19	10	9
Toscana	Volterra (PI)	28	31	11	20
Trentino Alto Adige	Perigine Valsugana (TN)	10	10	4	6
Veneto	Nogara (VR)	40	40	17	23
<b>Totale</b>		<b>604</b>	<b>589</b>	<b>268</b>	<b>321</b>

Tabella 8: Presenze in OPG al 31.03.2018 - Dati da Report Antigone 2018 cit.

- Per i campi contrassegnati da asterisco non erano disponibili i dati aggiornati al 31.03.2018 e si fa riferimento ai dati al 19.02.2017

## BARETE<sup>465</sup>

<sup>465</sup> Alcune informazioni sulla struttura di Barete si trovano sul sito della Sanità abruzzese, [www.sanita.regione.abruzzo.it](http://www.sanita.regione.abruzzo.it).

La struttura è una residenza provvisoria sita nella località Vignole, in una palazzina di 2 piani, con una superficie di 1.940 mq. interni, con 2.000 mq di giardino.

La Rems, si compone di un seminterrato, di due piani e di un sottotetto ed è organizzata in modo tale da garantire processi diversificati di riabilitazione, calibrati sulle specifiche esigenze del paziente. È strutturata in ‘moduli’ differenziati. Ogni modulo è un mini appartamento con un numero di posti letto variabile. La struttura ospita sia donne che uomini, ma in settori separati. Le stanze femminili sono 1 doppia e 1 singola, le maschili 8 doppie e 1 singola, ogni stanza è dotata di un bagno interno. Gli arredi sono curati e simili a quelli di un’abitazione.

Le finestre non sono coperte né da inferriate, né da sbarre, né da grate, sono però presenti recinzioni imponenti per gli spazi verdi esterni e per la separazione dell’area verde femminile da quella maschile.

Ogni modulo abitativo presenta diversi spazi comuni con soggiorno, sala da pranzo e angoli cucina in cui gli utenti possono prepararsi i cibi autonomamente.

La struttura è coperta da videosorveglianza soltanto esterna.

## **PISTICCI<sup>466</sup>**

La Rems si trova in località Tinchi, in un’area prevalentemente agricola, in una casa circondariale ristrutturata ed è la REMS definitiva della Regione Basilicata.

La struttura è stata progettata sì da garantire la sicurezza e l’incolumità dei pazienti, rispetto ai possibili atti di autolesionismo, ad esempio, sono state previste pareti rivestite e assenza di caloriferi. Molte aree sono state attrezzate per la cromoterapia e le pareti sono state decorate con fotografie e disegni.

Lo spazio esterno, benché curato ricorda le aree destinate alle ore d’aria, che si trovano nelle prigioni, essendo chiuso su tutti i lati con apertura soltanto apicale. Rispetto ai cortili

---

<sup>466</sup> I dati sulla nuova struttura sono tratti dal sito dell’Azienda salute mentale della Basilicata, [www.asm.matera.it](http://www.asm.matera.it); e dalla relazione conclusiva del Commissario ad acta, Franco Corleone. Inoltre, sul sito della società costruttrice Falbit, sono presenti fotografie, dalle quali si evince una particolare cura per dettagli e aspetti estetici.

delle prigioni, presenta ampie vetrate ed è stato reso esteticamente gradevole, grazie alla riproduzione di fotografie di paesaggi sulle pareti.

La struttura è dotata di 9 stanze singole e soltanto una doppia ed è coperta da videosorveglianza negli spazi comuni e in quelli esterni.

## **SANTA SOFIA D'EPIRO<sup>467</sup>**

La struttura è una REMS provvisoria, che stando al progetto della Regione Calabria, sarà poi trasformata in struttura residenziale. È situata in una zona abbastanza centrale del piccolo borgo arbrëshë di Santa Sofia d'Epiro (in prossimità di scuole, strutture sportive e vicino alla piazza del paese, come lamentato da alcuni cittadini in una petizione, sostenuta dal sindaco e dall'amministrazione comunale<sup>468</sup>), in una struttura sanitaria extra-ospedaliera costruita nel 1996, culminata nel 2007 e mai utilizzata.

L'immobile si estende su un unico piano, circondato da spazi pavimentati, un'area a verde ed è provvista di cortile interno. Nello spazio esterno sono stati attrezzati un campo da bocce ed un orto. L'area della Rems è recintata da un muro in ferro.

Le camere di pernottamento sono 10 singole e sei doppie, tutte dotate di servizio igienico. Le finestre non sono coperte da inferriate, ma da un sistema frangisole.

## **MONDRAGONE**

La REMS è provvisoria ed è operativa dal periodo immediatamente successivo all'approvazione della L. 81/2014. Era stata attivata per favorire la dimissione dei pazienti dagli OPG. Nel progetto regionale campano questa struttura dovrebbe rimanere, dopo l'apertura delle REMS definitive, come struttura residenziale del DSM, per pazienti non penali.

---

<sup>467</sup> Molte informazioni sono state reperite dal sito della società di progettazione "Divisare", [www.divisare.com](http://www.divisare.com). Sul sito della stessa società, sono disponibili reperti fotografici e una pianta del progetto originario.

<sup>468</sup> Sul sito del Comune di Santa Sofia D'Epiro è presente il comunicato dell'amministrazione contro l'apertura della nuova REMS

Si trova in una zona inserita nel contesto urbano e facilmente raggiungibile. I posti di REMS sono integrati nei servizi, con libera comunicazione, circolazione e condivisione, di operatori e di utenti penali e non, con lo scopo dichiarato di abbattere il doppio stigma che pesa sul folle reo<sup>469</sup>.

L'area abitativa, inizialmente di 4 camere doppie, è stata ampliata con ulteriori 4 camere doppie, provviste tutte di bagno interno. È previsto un sistema di videosorveglianza che è limitato al solo perimetro esterno.

## **VAIRANO PATENORA**

La REMS è provvisoria, collocata in una struttura intermedia residenziale preesistente e già operativa per altre funzioni, in località Marzanello, in area periferica. Nel progetto regionale campano, dopo l'attivazione delle REMS definitive dovrebbe svolgere la funzione di struttura residenziale intermedia.

L'area abitativa è composta da quattro camere di pernottamento, tutte triple, per complessivi 12 posti letto.

La struttura non è stata dotata di particolari strumenti per garantire la sicurezza, è stato allestito un sistema di video-sorveglianza che copre soltanto l'area del perimetro esterno della struttura.

## **CALVI RISORTA**

La REMS è una delle strutture individuate nel progetto campano come definitive ed è attiva dal 19 dicembre 2016. È ubicata presso una struttura mai ultimata e appositamente ristrutturata, che originariamente doveva essere un RSA, in una zona centrale della cittadina.

---

<sup>469</sup> Si rinvia ad uno scritto del Dott. Giuseppe Ortano, direttore dell'UOSM dell'asl 23 e responsabile della REMS provvisoria di Mondragone, G.ORTANO, *Dopo gli ospedali psichiatrici, che fare?*, nel sito di "Psichiatria Democratica" [www.psichiatriademocratica.com](http://www.psichiatriademocratica.com), 25 ottobre 2017 (consultato in data 2 novembre 2018)

L'area abitativa ha 20 posti letto, sia maschili che femminili, separati.

## **SAN NICOLA BARONIA**

La REMS di San Nicola Baronia è una delle residenze definitive individuate nel programma campano per il superamento dell'OPG, ubicata in edificio del piccolo Comune irpino.

L'area di pernottamento si compone per lo più di camere doppie (9) e di due camere singole.

E' stata predisposta la videosorveglianza in tutta la struttura esclusi i servizi igienici.

## **BOLOGNA<sup>470</sup>**

“Casa degli Svizzeri” è una delle REMS transitorie attivate dalla Regione Emilia Romagna. Si trova nella prima periferia di Bologna, in un casolare di recente costruzione immerso nel verde, precedentemente destinato a residenza riabilitativa per pazienti psichiatrici, separato dall'esterno da una recinzione con filo spinato all'estremità.

La struttura è dotata di molti spazi comuni, la sala TV, una piccola palestra, una stanza per lo svago con biliardino e ping pong, una per le udienze con i magistrati, siti al piano terreno.

Al piano primo si trova la sezione femminile e al piano secondo l'area maschile. Le stanze sono singole o doppie, tutte dotate di bagno con doccia. Le finestre non hanno sbarre o inferriate.

È stato predisposto un sistema di videosorveglianza, che riprende solamente lo spazio esterno.

---

<sup>470</sup> Le informazioni sulla REMS di Bologna si trovano sul sito dell'ausl di Bologna, [www.ausl.bologna.it](http://www.ausl.bologna.it) e dalla relazione dell'osservatorio REMS del Coordinamento StopOPG, che ha visitato la struttura, in data 14.01.2016

## **PARMA**<sup>471</sup>

“Casale dei Mezzani” è una delle REMS transitorie attivate dalla Regione Emilia Romagna. È situata a pochi chilometri dal centro di Parma, in un edificio liberty ristrutturato.

L’immobile consta di due piani: il piano terreno riservato alle attività e il piano primo con le camere di pernottamento ed è separato dall’esterno da una recinzione non impattante.

Le finestre non presentano sbarre ed inferriate, ma vetri antisfondamento e doppi vetri e non possono essere aperte dall’interno.

Le stanze sono: 1 tripla, 3 doppie e 1 singola, tutte dotate di bagno interno.

È stato predisposto un sistema di videosorveglianza che copre le aree comuni e l’esterno della struttura.

## **AURISINA**<sup>472</sup>

La residenza è una delle REMS definitive previste dal programma per il superamento degli OPG della Regione Friuli Venezia Giulia. È ubicata nel Comune di Aurisina in Provincia di Trieste, in una zona di facile accesso con i mezzi del trasporto pubblico locale.

La struttura ospita dal 1975 un centro di salute mentale diurno aperto 24 ore su 24. L’immobile è una palazzina di tre piani con ampia area a verde circostante, compreso uno spazio destinato all’orto. È separata dall’esterno dall’originario muro di cinta, cui non sono state apposte ulteriori grate, sbarre o filo spinato ed il cancello da cui si accede è sempre aperto, così come la porta della palazzina.

Al piano terreno vi è un open space dedicato alle attività. Il piano primo adibito a REMS è costituito da due camere singole, due bagni ed una stanza per i farmaci. Al piano secondo si trova uno spazio “benessere” per i pazienti del DSM e la cittadinanza del comune. Gli ospiti della REMS sono liberi di fruire di tutti gli spazi della struttura.

---

<sup>471</sup> Le informazioni sono ricavate dal sito dell’azienda sanitaria locale di Parma [www.ausl.parma.it](http://www.ausl.parma.it) e dalla Relazione del Coordinamento di Stopopg che ha visitato la struttura in data 14.01.2016

<sup>472</sup> Le informazioni sono state ricavate dalla relazione del Coordinamento StopOPG che ha visitato la struttura in data 12 dicembre 2015

È stato predisposto un sistema di video-sorveglianza che copre soltanto il perimetro esterno.

## **MANIAGO<sup>473</sup>**

Nella Comunità terapeutico di Via Colle a Maniago, struttura ad alta intensità socio-assistenziale, aperta 7 giorni su 7 e 24 ore su 24, è stata istituita la funzione REMS provvisoria, integrata con gli altri servizi offerti dalla comunità e gestita dalla Cooperativa sociale Itaca.

Come le altre strutture previste nel progetto della Regione Friuli, si trova integrata nel contesto urbano del comune ed è raggiungibile con i mezzi del trasporto pubblico.

La struttura consta di due camere di pernottamento singole, con bagno interno.

Il controllo attraverso la videosorveglianza è limitato agli spazi comuni.

## **UDINE**

La funzione REMS a Udine è realizzata all'interno del SPDC, nel complesso ospedaliero di Sant'Osvaldo, ove sono state destinate alla funzione due camere di pernottamento, entrambe singole, dotate di servizio igienico interno.

Il controllo attraverso sistemi di videosorveglianza è limitato al perimetro esterno della struttura.

## **CECCANO<sup>474</sup>**

---

<sup>473</sup> Molte informazioni si possono reperire sul La Gazzetta di Itaca, nel sito della Cooperativa Sociale Itaca, che gestisce la comunità di Via Colle.

<sup>474</sup> Le informazioni sono prese dal Report della visita dell'osservatorio sulle REMS di StopOPG del 30.07.2018

A Ceccano, la REMS transitoria si trova in una struttura all'interno del Presidio socio-sanitario cittadino, nelle vicinanze del centro abitato. Secondo il programma della Regione Lazio, la REMS definitiva dovrà essere realizzata in prossimità.

La struttura è una palazzina di tre piani, che all'esterno è stata attrezzata con un campo da calcetto, un orto ed una piccola striscia di terra. È separata dall'esterno da un alto muro di cinta, che conferisce un aspetto decisamente custodiale, inoltre, l'ingresso è filtrato da agenti della vigilanza e le finestre hanno sbarre massicce. È anche previsto un sistema di videosorveglianza che copre sia le aree comuni che lo spazio esterno.

La Rems è composta di spazi comuni per attività ricreative e laboratori e da una palestra. L'area di pernottamento è composta di camere singole o doppie, dotate di un bagno interno, con mobilia ancorata al pavimento.

## **PONTECORVO<sup>475</sup>**

La Rems è una delle residenze provvisorie attivate nella regione Lazio.

È sita in una palazzina di quattro piani in precedenza adibita a Centro di Salute Mentale e SPDC, nelle vicinanze dell'ospedale cittadino. La struttura non è dotata di alcuna area verde.

Al piano terreno dello stabile si trovano le stanze comuni adibite alle attività, il primo piano è inutilizzato, al secondo si trovano le camere di pernottamento e al terzo gli uffici amministrativi.

Le stanze di pernottamento sono tutte singole o doppie, hanno le sbarre alle finestre e le porte sono dotate di oblò e non possono essere aperte dall'interno.

Alla struttura si accede passando sotto un metal detector. L'area esterna è circondata da un reticolo di acciaio. Tutto questo caratterizza la struttura come marcatamente custodiale

Il sistema di video-sorveglianza copre sia l'esterno che le aree comuni della struttura.

---

<sup>475</sup> Le informazioni sono prese dal Report della visita dell'osservatorio sulle REMS di StopOPG del 30.11.2015 e da EUROPEAN COMMITTEE FOR THE PREVENTION OF TORTURE AND INHUMAN OR DEGRADING TREATMENT OR PUNISHMENT (CPT), *Report to the Italian Government on the visit to Italy carried out from 8 to 21 April 2016*, CPT/Inf (2017) 23, Strasbourg, 8 settembre 2017

## **PALOMBARA SABINA – MEROPE E MINERVA<sup>476</sup>**

Presso la Casa della salute di Palombara Sabina si trovano i due moduli provvisori REMS “Merope” e “Minerva”. Questi occupano i piani primo, secondo e terzo di una palazzina, priva di aree a verde, con unico spazio esterno rappresentato da una terrazza, oscurata da un fitto reticolo di sbarre.

Al piano primo si trovano le aree comuni, tra cui una stanza adibita a palestra, ben attrezzata. L’area mensa è uno spazio angusto.

Il modulo Merope consta di 1 camera singola, 2 triple e 8 doppie, al piano secondo, tutte dotate di bagno interno, con arredamento insufficiente e inchiodato al pavimento. Le porte delle stanze sono dotate di oblò che consentono di vedere all’interno ed apribili solo dall’esterno.

Il sistema di videosorveglianza, monitorato 24 ore su 24 da una guardia giurata, copre i corridoi e gli spazi comuni. Per l’ingresso nella struttura è prevista una porta con metal-detector e all’ingresso è necessario lasciare cellulari, borse, documenti. Tutto ciò rende la struttura marcatamente custodiale.

Il modulo “Minerva” è sito al terzo piano della palazzina della Casa della salute e presenta le stesse caratteristiche strutturali del modulo “Merope”.

## **SUBIACO<sup>477</sup>**

A Subiaco, la REMS provvisoria è sita presso l’ospedale locale. Non ci sono aree verdi e l’unico spazio “esterno” è un cubo chiuso su tutti i lati.

Gli spazi in comune hanno dimensioni insufficienti e sono scarsamente attrezzati. È prevista un’area fumatori, con impianto di aspirazione inadeguato per il numero di persone che ne fruiscono.

---

<sup>476</sup> Le informazioni sono prese dalla Report della visita dell’osservatorio sulle REMS di StopOPG del 19.05.2015

<sup>477</sup> Le informazioni sono prese dalla Report della visita dell’osservatorio sulle REMS di StopOPG del 19.05.2015 e da CPT, *Report to Italian Government. Visit from 8 to 21 April 2016*, cit.

Le stanze di pernottamento sono due singole e 9 doppie, il paziente vi accede con una scheda elettronica, ma la porta non può essere aperta dall'interno. Le stanze hanno mobilia scarna e ancorata al pavimento.

Un sistema di videosorveglianza controllato da vigilanti 24 ore su 24, copre aree comuni e corridoi.

## **GENOVA – PRÀ<sup>478</sup>**

La Rems provvisoria di Genova si trova nella struttura privata, gestita dal Gruppo Redancia, Villa Caterina, un immobile di nuova costruzione, inaugurato nel 2013, nel quartiere di Prà, in un'area suggestiva dal punto di vista paesaggistico, ma isolata e raggiungibile soltanto con l'automobile.

La struttura è immersa in un ampio spazio verde e separata dall'esterno da grate, visivamente non troppo impattanti.

È composta di due piani: al piano terra la sala principale, su cui si affacciano le camere e gli spazi comuni. Le camere sono doppie o singole, dotate di bagno e di vari comfort. Il numero complessivo di posti letto è di 20.

Ci sono spazi comuni per attività ricreative, una palestra e una biblioteca. Non è prevista la possibilità per gli internati di cucinare le pietanze e la ristorazione è fornita da un catering esterno.

## **CASTIGLIONE DELLE STIVIERE<sup>479</sup>**

Il sistema polimodulare di REMS di Castiglione delle Stiviere è sito nel vecchio OPG di Castiglione delle Stiviere. Le REMS ivi attivate sono provvisorie, in attesa della conclusione dei lavori nello stabile, all'esito dei quali diventeranno definitive. Lo stabile è composto di vari edifici contornati da un'ampia area verde. Le condizioni strutturali e

---

<sup>478</sup> Molte informazioni e anche documentazione fotografica sono reperibili sul sito del Gruppo Redancia, che gestisce la struttura, [www.grupposedancia.it](http://www.grupposedancia.it)

<sup>479</sup> Le informazioni sono prese dalla Report della visita dell'osservatorio sulle REMS di StopOPG del 19.05.2015 e da CPT, *Report to Italian Government. Visit from 8 to 21 April 2016*, cit.

materiali sono variabili a seconda dei moduli. Nel sistema polimodulare di Castiglione ci sono ancora le camerate: 5 stanze da 6 letti e 6 stanze da 5 letti. Per il resto ci sono 30 triple, 21 doppie e 15 singole.

In alcuni moduli, i pazienti non possono accedere alle stanze durante il giorno.

## **MONTEGRIMANO<sup>480</sup>**

La “Serenity House” è una REMS provvisoria della Regione Marche, gestita dal Gruppo Atena. I

Il complesso è sito in una zona di campagna, distante dal centro abitato e difficilmente raggiungibile con mezzi del trasporto pubblico. Consta di due edifici: una villa antica ristrutturata ed un edificio di nuova costruzione adiacente, entrambi di tre piani.

Il centro ospita una serie di servizi: dall'accoglienza anziani, all'accoglienza disabili, al centro diurno psichiatrico, al centro diurno per malati di alzheimer, alla struttura residenziale per ex detenuti

Le stanze di pernottamento sono dotate dell'arredamento necessario e la struttura dispone di varie aree comuni, compresa una piscina.

## **BRA<sup>481</sup>**

La Casa di cura San Michele è una delle REMS provvisorie della Regione Piemonte e fa parte della Casa di cura neuropsichiatrica privata convenzionata, che ospita complessivamente 80 pazienti, in un'area urbana nei pressi di Bra.

L'edificio è stato costruito negli anni '50 ed è composto di 3 distinte unità, in origine destinate a: crisi, riabilitazione e degenza a lungo termine. Una parte dell'unità “riabilitazione” è stata adibita a Rems.

---

<sup>480</sup> Molte informazioni e anche documentazione fotografica sono reperibili sul sito del Gruppo Atena, che gestisce la struttura, [www.gruppoatena.it](http://www.gruppoatena.it)

<sup>481</sup> Le informazioni sono prese dalla Report della visita dell'osservatorio sulle REMS di StopOPG del 19.05.2015 e da CPT, *Report to Italian Government. Visit from 8 to 21 April 2016*, cit.

Le camere di pernottamento sono tutte stanze singole o doppie, ma non dispongono di arredamento adeguato. Sia lo spazio esterno che le aree comuni sono di dimensioni ridotte e non è prevista un'area verde.

L'ingresso è chiuso con porta allarmata e vi si trova personale di vigilanza che identifica gli ospiti.

## **SAN MAURIZIO CANAVESE<sup>482</sup>**

La struttura “Anton Martin” dell'ente ecclesiastico Fatebenefratelli è la seconda REMS transitoria del Piemonte, ubicata in un'area periferica della cittadina di San Maurizio Canavese, in un complesso sanitario, in cui sono svolte più funzioni.

La struttura è un palazzina di due piani, separata dall'esterno da un muro di cinta di oltre sei metri. Gli spazi esterni sono molto ampi e comprendono un giardino e un orto. All'interno sono presenti vaste aree comuni ben curate.

All'ingresso, i visitatori devono consegnare i documenti e lasciare oggetti personali e borse.

Le camere di pernottamento sono sia singole che doppie, tutte dotate di bagno interno, per 20 posti letto complessivi. Gli utenti non possono accedere alle camere durante il giorno e dentro la struttura non sono completamente liberi di muoversi in tutti gli spazi.

## **CAROVIGNO<sup>483</sup>**

A Carovigno, nello stesso Comune ove si troverà la REMS definitiva pugliese è stata attivata una REMS transitoria da 18 posti, tramite convenzione con la Cooperativa sociale Pegaso.

---

<sup>482</sup> Le informazioni sono prese dalla Report della visita dell'osservatorio sulle REMS di StopOPG e dal Sito dell'Ente Fatebenefratelli, [www.fatebenefratelli.eu](http://www.fatebenefratelli.eu)

<sup>483</sup> Si rinvia al video di presentazione della REMS di Carovigno intitolato “ASL BR: REMS” e pubblicato sul canale Youtube ufficiale della sanità pugliese “Puglia salute”

La REMS si trova in un'area periferica, in una struttura ad un solo piano, con ampio spazio esterno a verde, molto curato, circondata e separata dall'esterno da un'alta recinzione.

Le stanze di pernottamento sono sia singole che doppie e provviste di bagno interno.

Il sistema di videosorveglianza copre l'intera struttura, comprese le camere da letto, con l'esclusione dei soli servizi igienici.

## **SPINAZZOLA**

A Spinazzola, la Rems transitoria da 20 posti letto si trova in una struttura pubblica nel complesso del vecchio ospedale cittadino.

L'area di pernottamento è composta da 3 camere triple, 3 doppie e 5 singole, dotate di servizi igienici interni.

Il sistema di videosorveglianza copre l'intera struttura, comprese le stanze di pernottamento, esclusi soltanto i servizi igienici.

## **CAPOTERRA<sup>484</sup>**

La Rems, inizialmente prevista come provvisoria ma poi confermata come REMS definitiva, è collocata presso un complesso già sede di RSA, in una area periferica della cittadina di Capoterra.

La residenza non è integrata, ma separata dai locali adibiti ad RSA. Per accedere alla REMS è necessario superare alcuni varchi con porta blindata (elemento di un'impronta tendenzialmente custodiale).

Gli ambienti comuni sono costituiti da: un soggiorno, che svolge anche la funzione di sala mensa e una stanza ricreativa in cui sono presenti anche attrezzi da palestra. Vi si trova un'area verde esterna circondata da inferriate e separata dall'area verde della RSA.

Le stanze di pernottamento sono singole e doppie, dotate di arredi gradevoli e personalizzate dagli internati, ciascuna con bagno interno.

---

<sup>484</sup> Le informazioni sono prese dalla Report delle due visite dell'osservatorio sulle REMS di StopOPG del 11.03.2017 e 11.11.2017

La struttura è provvista di un sistema di videosorveglianza che copre gli spazi comuni e l'area perimetrale.

## **CALTAGIRONE<sup>485</sup>**

La Rems è ubicata in frazione Santo Pietro ad oltre 15 km dal centro di Caltagirone, in una palazzina di due piani immersa nel verde e separata dall'esterno da una recinzione. La REMS ospita sia uomini che donne in sezioni separate-

Le camere di pernottamento sono due triple, due singole e tre doppie, dotate di servizi igienici.

È previsto un sistema di videosorveglianza che copre gli spazi comuni e l'area esterna.

## **NASO**

A Naso, la REMS transitoria è stata ubicata nel complesso dell'ex ospedale del piccolo borgo siciliano, non facile da raggiungere se si proviene da altre zone della Regione<sup>486</sup>.

La residenza, da 20 posti letto, si presenta con 3 camere quaduple, due singole e 2 triple, dotate di servizi igienici interni. Tra i locali per uso comune: una palestra e degli spazi per laboratori. La struttura ha un'area verde esterna.

Il sistema di videosorveglianza copre gli spazi comuni e l'area esterna.

## **VOLTERRA<sup>487</sup>**

---

<sup>485</sup> Informazioni sulla REMS di Caltagirone dalla Relazione della visita del comitato consultivo Asp 3 alla Rems del 16.03.2017.

<sup>486</sup> Rita Bernardini ha sottolineato questo aspetto nel corso della sua visita all'OPG di Barcellona Pozzo di Gotto e alla REMS di Naso il 22 marzo 2015, per cui si rinvia al suo blog [www.ritabernardini.it](http://www.ritabernardini.it)

<sup>487</sup> Le informazioni sono prese dalla Report della visita dell'osservatorio sulle REMS di StopOPG

La Rems si trova nelle vicinanze di altre strutture mediche e ospedaliere della cittadina. È separata dall'esterno da un'alta recinzione. Per accedere alla struttura è necessario identificarsi, sottoporsi ad un controllo con metal detector e lasciare oggetti personali, borse, cellulari.

All'esterno della struttura c'è uno spazio verde, a cui gli ospiti possono accedere suonando ad un videocitofono.

Vi sono 3 singole, 3 triple e 8 doppie, nessuna delle quali è dotata di bagno interno. Le camere restano aperte anche negli orari notturni. La mobilia presente non è ancorata al pavimento.

È stato previsto un sistema di videosorveglianza sugli spazi comuni e sull'area esterna.

## **PERIGINE VALSUGANA<sup>488</sup>**

La Rems è collocata all'interno dell'ex ospedale psichiatrico, sede di un polo di riabilitazione che comprende il centro di salute mentale, la sede del distretto socio-sanitario e altri servizi, in una posizione molto vicina al centro della cittadina. L'ingresso alla struttura avviene attraverso una porta blindata.

La Rems si trova al piano terreno di una palazzina, al cui interno sono ubicate due residenze psichiatriche. La struttura è dotata di un giardino esterno circondato da una vetrata, che separa dalla vicina scuola. Ci sono molti spazi comuni: una sala musica, una palestra, una biblioteca, un soggiorno-veranda, alla gran parte dei quali gli internati non hanno libero accesso.

Le stanze di pernottamento doppie e triple, sono dotate di finestre senza sbarre, che possono essere aperte anche se soltanto per pochi centimetri. Le porte delle stanze non vengono chiuse, neanche in orario notturno.

In questa struttura, la videosorveglianza è completa: dagli spazi comuni alle camere, compresi anche i bagni. La videosorveglianza esterna è dotata di sistema di registrazione fino a 72 ore, quella interna è senza registrazione, ma ciò non toglie che una sorveglianza

---

<sup>488</sup> Le informazioni sono prese dalla Report delle due visite dell'osservatorio sulle REMS di StopOPG.

in tutti i locali, compresi quelli in cui la persona svolge le attività più personali ed intime, rappresenti una grave intromissione nella sfera privata.

## **NOGARA<sup>489</sup>**

La Rems è collocata all'interno del distretto sanitario, che include poliambulatori, un servizio diurno e il centro di salute mentale. L'area che accoglie la Rems è stata ristrutturata e sono presenti vari spazi comuni per svolgere le attività. L'area verde all'esterno, fornita di macchinari attività ginniche, è accessibile soltanto su richiesta e circondata da un'imponente recinzione, alta tre metri.

L'accesso alla Rems avviene attraverso doppie porte chiuse a chiave. Le finestre al primo piano sono dotate di inferriate, quelle al secondo non possono essere aperte.

Ci sono 8 singole, 2 triple e 11 doppie, ampie e dotate di arredi gradevoli, ma fissati al pavimento.

È stato approntato un sistema di videosorveglianza di tutti i locali, con eccezione soltanto dei servizi igienici.

### **3.3. OSPEDALI, COMUNITA' O PICCOLE CARCERI?**

Come abbiamo visto, anche soltanto da un punto di vista strutturale, le REMS presentano notevoli differenze. Lo spazio di discrezionalità lasciato dalla riforma era ampio e comunque non tutte le prescrizioni dettate dal D.M. 1 ottobre 2012 risultano rispettate.

Per poter raggiungere l'obiettivo della chiusura entro il 1 aprile 2015, è stato concesso alle Regioni di approntare soluzioni provvisorie, anche senza attenersi pedissequamente ai requisiti strutturali e tecnici previsti.

Il decreto ministeriale prevedeva requisiti strutturali dettagliati e stringenti. Ogni residenza doveva avere uno spazio verde esterno. Per le aree abitative si prevedeva una capienza massima di 20 posti letto. Le camere dovevano essere singole o da due persone, con la

---

<sup>489</sup> Le informazioni sono prese dalla Report della visita dell'osservatorio sulle REMS di StopOPG

possibilità di prevedere camere da più letti (fino ad un massimo di 4) soltanto in casi di particolari esigenze strutturali o assistenziali. Le camere singole dovevano rappresentare almeno il 10% dei posti totali. Ogni camera doveva essere dotata di bagno interno con doccia. Gli arredi dovevano essere idonei a garantire sicurezza, decoro e comfort. La dimensione dei locali e dei bagni essere adeguata alla normativa in materia sanitaria. Ogni struttura doveva dotarsi dei seguenti locali comuni: cucina/dispensa; lavanderia e guardaroba; locale soggiorno/pranzo; locale per attività lavorative; locale per deposito materiale pulito; locale per deposito materiale sporco; armadio o locale per attrezzature; locale di servizio per il personale; servizi igienici per il personale; locale per custodire gli oggetti personali dei degenti; locale per i colloqui con i familiari; area fumatori; locale per visite mediche; studio medico; locale per attività di gruppo; locale per colloqui psicologici o psichiatrici; locale per la gestione degli aspetti giuridici.

Erano inoltre previsti sistemi di chiusura porte, sistemi di allarme, telecamere, nel rispetto delle caratteristiche sanitarie e dell'intensità assistenziale.

Non tutte le strutture hanno seguito le linee del decreto ministeriale.

Dall'osservazione delle caratteristiche strutturali delle nuove residenze, si può vagliare se e quanto si siano distanziate da un modello di istituzione penitenziaria, se abbiano mantenuto forti elementi e caratteristiche custodialistiche ed, infine, se pur essendosi ispirate ad un modello puramente sanitario, abbiano optato per una "sanitarizzazione" escludente.

### **3.3.1. INSERIMENTO NEL CONTESTO URBANO**

L'inserimento nel contesto e nel tessuto sociale è molto variabile. Alcune strutture si trovano nei centri abitati, in aree facilmente raggiungibili e talvolta sono pienamente integrate nel complesso di servizi dei dipartimenti di salute mentale di cui costituiscono un'articolazione. Sono esempi di questo tipo le REMS di Mondragone (Campania) e di Aurisina (Friuli), nelle quali gli utenti "penali" condividono gli spazi con gli altri del DSM e gli stessi operatori si occupano di entrambi. La REMS di Aurisina, inoltre, è separata dall'esterno da un cancello che rimane aperto tutto il giorno ed è frequentata, non solo da pazienti, ma anche da altri cittadini che fruiscono degli spazi siti al terzo piano dello stabile.

Altre residenze sono state inserite in complessi immobiliari ove sono forniti servizi sanitari o assistenziali (RSA, poliambulatori...), ma con una netta separazione degli ambienti ed una serie di barriere per garantire l'incomunicabilità tra i settori. Ad esempio, la REMS di Capoterra (Sardegna) è ubicata nello stesso immobile dove si trova la RSA, con cui condivide anche l'ingresso, ma per entrare nella REMS devono essere superati alcuni varchi con porta blindata sorvegliati da personale di vigilanza.

In altre istituzioni è prevista una maggiore integrazione, alcuni spazi comuni sono fruiti anche da utenti di altri servizi, ma queste strutture – spesso private – gestiscono varie tipologie e forme di vulnerabilità o disagio in zone di campagna, isolate e difficilmente raggiungibili se non con l'automobile. Un esempio di questo tipo è la REMS di Montegrimano (Marche) una struttura dotata di molti servizi e confort (piscina, centro di riabilitazione), in cui sono ospitati disabili, anziani, tossicodipendenti, ma lontana da qualsiasi centro abitato.

Vi sono poi strutture collocate in zone centrali, ma in piccolissimi borghi, distanti dalle cittadine maggiormente popolate. In Calabria, ad esempio, la REMS di Santa Sofia d'Epiro è vicina a tutti i servizi cittadini, anche se è separata da un muro di cinta ed è stata provvista di un sistema di videosorveglianza. Ma è ubicata in un comune di poco più di 25000 abitanti nel cuore della Sila. Analogamente, la REMS di San Nicola Baronia, è sita in un piccolo comune irpino che conta soltanto 800 abitanti.

La collocazione in piccoli borghi montani, distanti dai maggiori centri urbani rende difficile mantenere relazioni con la famiglia, che per poter visitare la propria cara o il proprio caro ristretto nella residenza, potrebbe dover sopportare un viaggio lungo e anche oneroso, se l'area – come sempre più spesso accade nelle zone montane di tutta Italia – non è ben servita dal trasporto pubblico locale.

Alcune Regioni hanno optato per posizionare le residenze in aree periferiche, rurali, distanti sia da piccoli che da grandi centri urbani. Questa scelta è spesso la più facile da prendere, infatti, non sono pochi i casi in cui, una diversa opzione è stata duramente contestata dalla popolazione, spesso sostenuta anche dalle amministrazioni locali<sup>490</sup>. Non a

---

<sup>490</sup> Abbiamo già parlato delle contestazioni a Santa Sofia d'Epiro, ma non si tratta di un caso isolato. In Puglia, è stata deliberata la realizzazione della REMS definitiva presso l'ospedale Melli di San Pietro Vernotico, in un'area del comprensorio sanitario. La proposta regionale è stata contestata dal Sindaco e da alcuni consiglieri comunali, sia di maggioranza che di opposizione,

caso, alcune di queste strutture sono state inaugurate nel periodo di commissariamento delle regioni, per volontà del Commissario ad acta Franco Corleone, che ha potuto prendere le decisioni ritenute opportune, senza dover tenere in considerazione la perdita di consenso, in vista delle successive elezioni.

Tra le strutture in località isolate, alcune sono di nuova costruzione, altre il frutto della ristrutturazione di edifici un tempo adibiti a carceri o manicomi. Come la REMS di Tinchì, che si trova in un'area distante dai centri abitati, un tempo casa circondariale.

### **3.3.2. ELEMENTI CHE CONFERISCONO UN ASPETTO CUSTODIALE**

Vari elementi contribuiscono a dare ad una struttura un aspetto prettamente custodiale. Nei vecchi OPG – ad eccezione di Castiglione delle Stiviere – le stanze di pernottamento erano celle, con sbarre alle finestre e blindati al posto delle porte, con arredamento scarno, essenziale e spesso vecchio. Per entrare nelle strutture e per passare dalle varie aree era necessario identificarsi e attraversare una serie di varchi, con cancellate. Le strutture erano separate dall'esterno da alte e spesse mura, con filo spinato e locali vedetta agli apici.

Alcuni di questi elementi sono stati rimossi in tutte le nuove residenze. In primo luogo, le camere sono stanze di pernottamento, con ordinarie porte e non blindati e sbarre. Ciononostante, in alcune strutture sono ancora presenti tecnologie, strumenti, elementi che conferiscono un aspetto custodiale.

La separazione della struttura dall'esterno, in alcuni casi è segnata da mura o recinzioni di notevole altezza. Nella REMS di San Maurizio Canavese, ad esempio, il muro di cinta è alto ben sei metri, anche se decorato con pitture in colori vivaci, per conferire un aspetto più gradevole. Le mura o recinzioni a volte sono spoglie, altre volte, come nel caso della REMS “Casa degli Svizzeri” a Bologna, è stato aggiunto all'apice il filo spinato. Anche la tipologia di barriera varia: mura perimetrali in cemento o in ferro oppure recinzioni. In un

---

perché troppo vicina al centro urbano. La notizia delle contestazioni è riportata sulla stampa regionale pugliese. Un comitato cittadino (Comitato per la rinascita calena) si è opposto all'apertura della REMS a Calvi Risorta. I quotidiani friulani riportano una serie di proteste del Comitato Maniago civica contro l'apertura della residenza nella Comunità di Via Colle. Questi sono solo alcuni degli esempi, relativi ai casi in cui le REMS sono state aperte e rese operative. Anche in fase di progettazione, molti sindaci si sono opposti alla realizzazione delle REMS nei propri Comuni.

unico caso, la REMS di Perigine Valsugana, il confine con l'esterno è segnato da un vetro antisfondamento, che consente di vedere – ed essere visti – dall'esterno.

Anche l'ingresso nella struttura è diversamente organizzato. Ad Aurisina, la residenza è accessibile a tutti, il cancello da cui si accede al giardino e la porta della palazzina sono sempre aperti e non c'è personale di vigilanza ad identificare chi entra. Molte delle altre residenze hanno personale di vigilanza all'ingresso, preposto all'identificazione, varchi con metal detector e richiedono che all'ingresso siano lasciati gli oggetti personali, le borse, i telefoni cellulari.

Anche le finestre delle camere e delle aree comuni delle strutture sono dotate di diversi sistemi per garantire dal pericolo di fuga. A Ceccano ed a Pontecorvo, ad esempio, le finestre hanno le sbarre, a Santa Sofia d'Epiro un sistema frangisole. Altre strutture si sono dotate di finestre che non possono essere aperte oppure che possono aprirsi soltanto per pochi centimetri, come a Perigine Valsugana.

### **3.3.2.1. AREE A VERDE ESTERNE**

La presenza di aree verdi, consente agli ospiti di trascorrere del tempo all'aria aperta, in uno spazio che non sia un piazzale od un cubicolo di cemento aperto solo all'estremità, come in molte delle patrie galere. Il D.M. 1 ottobre 2012 aveva espressamente previsto che ogni struttura dovesse dotarsi di un'area verde esterna, così, la gran parte delle REMS si è attrezzata con un giardino. Fanno eccezione le REMS del Lazio che non solo non sono provviste di giardino, ma hanno aree esterne del tutto inadeguate: terrazze oscurate da un fitto reticolo di sbarre.

L'accesso alle aree verdi è diversamente regolato nelle varie strutture, alcune consentono un accesso libero, in qualsiasi orario, in altre, è possibile recarsi nel giardino solo in determinati orari e previa richiesta.

### **3.3.2.2. CAMERE**

Nei vecchi OPG, come in molte delle attuali prigioni, erano presenti camerate da 5-6 posti letto, fino anche ad otto. Le nuove residenze, ad eccezione di Castiglione delle Stiviere, si

sono organizzate con stanze di pernottamento singole, doppie, triple e in due soli casi quaduple.

Tabella 9: Posti letto per tipologia di camera<sup>491</sup>

REMS	Singole	Doppie	Triple	Quadruple	Camerate	% Singole
Barete (AQ)*	2	18	0	0	0	10
Pisticci (MT)	9	2	0	0	0	81,8
Mondragone (CE)	0	16	0	0	0	0
Vairano Patenora (CE)	0	0	12	0	0	0
San Nicola Baronia (AV)	2	18	0	0	0	10
Roccaromana	1	0	3	16	0	5
Bologna (BO)	Si	Si	No	No	No	N.D.
Parma (PR)	1	6	3	0	0	10
Aurisina (TS)*	2	0	0	0	0	100
Maniago (PN)*	2	0	0	0	0	100
Udine (UD)*	2	0	0	0	0	100
Ceccano (FR)	Si	Si	No	No	No	N.D.
Pontecorvo (FR)	Si	Si	No	No	No	N.D.
Palombara Sabina (RM)	1	16	1	0	0	5,5
Palombara Sabina(RM)	1	16	1	0	0	5,5
Subiaco (RM)	2	18	0	0	0	10
Castiglione delle Stiviere (MN)	15	42	90	0	60	7,24
Montegrimano (PU)	1	14	0	0	0	6,6
Bra (CN)	Si	Si	No	No	No	N.D.
Carovigno (BR)	Si	Si	No	No	No	N.D.
Spinazzola (BT)	5	6	9	0	0	25
Capoterra (CA)	3	12	0	0	0	20
Caltagirone (CT)	2	12	6	0	0	10
Naso (ME)	2	0	6	12	0	10
Volterra (PI)	3	16	9	0	0	10,7
Perigine Valsugana (TN)	Si	Si	Si	No	No	N.D.
Nogara (VR)	8	22	6	0	0	22

<sup>491</sup> I dati sono ricavati dalla relazione del Commissario, cit. Non sono presenti tutte le Rems ma soltanto quelle di cui si conoscevano il numero e le tipologie di stanze. I dati si riferiscono al numero di posti letto complessivo per ogni tipologia e non al numero di stanze

Non tutte le Rems hanno rispettato la percentuale di posti letto in camere singole prevista dal decreto ministeriale (10%). In particolare la Rems di Mondragone e di Vairano Portenora non si sono dotate di alcuna camera singola. Le Rems di Roccaromana, Palombara Sabina, Castiglione delle Stiviere e Montegrimano si sono assestate sotto al 10%. Alcune Rems hanno optato per il minimo previsto dal decreto (Barete, San Nicola Baronia, Parma, Subiaco, Caltagirone, Naso e Volterra). Le altre hanno ampiamente rispettato il limite, in particolare, si rilevano la Rems di Pisticci che si è attestata sull'81% e le Rems del Friuli Venezia Giulia che hanno scelto tutte di prevedere soltanto camere singole.

Le camere presentano differenze anche per quanto riguarda l'arredamento, le finiture, i suppellettili, la possibilità per gli ospiti di personalizzare la propria camera. Alcune REMS si sono dotate di un arredamento minimo, scarno, di qualità medio bassa, altre di arredamenti e finiture di buona qualità. Anche l'arredamento può contribuire a conferire un aspetto più o meno carcerario/custodiale alla struttura. Ma non si tratta solo di qualità e pregio di materiali e mobilia. Ci sono REMS, come quella di Ceccano e Pontecorvo in cui l'arredamento è ancorato al pavimento.

### **3.3.2.3. CONTROLLO E VIDEOSORVEGLIANZA**

Le varie strutture hanno provveduto diversamente alle esigenze di sicurezza sociale. Come abbiamo visto, non mancano residenze dotate di elementi strutturali, introdotti per ragioni securitarie, che conferiscono alla struttura un aspetto, *icto oculi*, custodiale.

Oltre alle barriere fisiche, per garantire la sicurezza, le strutture si sono dotate di strumenti di controllo degli ospiti, più o meno penetranti. Alcune residenze hanno previsto dispositivi di chiusura automatica delle porte a controllo del personale. Altre, come Pontecorvo e Palombara Sabina porte delle camere dotate di oblò, che consentono di vedere cosa accade all'interno delle stanze di pernottamento, dove il paziente dovrebbe poter avere un minimo di privacy.

Tutte le residenze si sono dotate di un sistema di videosorveglianza, che copre aree più o meno ampie della struttura. Si spazia dalle residenze che prevedono la videosorveglianza soltanto per il perimetro esterno a quelle in cui si estende a tutte le aree, compreso, il caso

limite di Perigine Valsugana, con un sistema di videosorveglianza che copre anche i servizi igienici.

Anche le modalità operative di funzionamento del sistema di video-sorveglianza sono molto diverse: alcune residenze hanno assunto personale di vigilanza che monitora 24 ore su 24, altre hanno previsto un sistema con registrazione (dalle 24 alle 72 ore).

**Tabella 10 Copertura sistemi di videosorveglianza**<sup>492</sup>

<b>REMS</b>	<b>Esterno</b>	<b>Spazi comuni</b>	<b>Camere</b>	<b>Bagni</b>
Barete (AQ)*	Si	No	No	No
Pisticci (MT)	Si	Si	No	No
Mondragone (CE)	Si	No	No	No
Vairano Patenora (CE)	Si	No	No	No
San Nicola Baronia (AV)	Si	Si	Si	No
Roccaromana	Si	No	No	No
Bologna (BO)	Si	No	No	No
Parma (PR)	Si	Si	No	No
Aurisina (TS)*	Si	No	No	No
Maniago (PN)*	No	Si	No	No
Udine (UD)*	Si	No	No	No
Ceccano (FR)	Si	Si	No	No
Pontecorvo (FR)	Si	Si	No	No
Palombara Sabina (RM)	No	Si	No	No
Palombara Sabina(RM)	No	Si	No	No
Subiaco (RM)	No	Si	No	No
Castiglione delle Stiviere (MN)	Si	Si	Si	No
Montegrimano (PU)	Si	Si	Si	No
Bra (CN)	No	Si	No	No
Carovigno (BR)	Si	Si	Si	No
Spinazzola (BT)	Si	Si	Si	No
Capoterra (CA)	Si	Si	No	No
Caltagirone (CT)	Si	Si	No	No
Naso (ME)	Si	Si	No	No
Volterra (PI)	Si	Si	No	No
Perigine Valsugana (TN)	Si	Si	Si	Si
Nogara (VR)	Si	Si	Si	No
<b>Totale videosorveglianza</b>	<b>22</b>	<b>20</b>	<b>7</b>	<b>1</b>

<sup>492</sup> I dati sono ricavati dalla relazione del Commissario unico, cit.

### **3.3.2.4. IN SINTESI**

Le REMS, a gestione sanitaria, sono istituzioni in cui deve essere eseguita una misura di sicurezza personale detentiva. Si presentano più belle, nuove e pulite dei vecchi OPG, ma ciò è sufficiente a liberarle dal polo custodiale della loro funzione e renderle istituzioni esclusivamente terapeutiche? Probabilmente no, sicuramente alcune prendono maggiormente le distanze dal vecchio tipo di istituzione, quella ottocentesca, altre sembrano resistere all'innovazione e perpetrare un modello ancora molto simile ad un penitenziario.

## **4. REGIME DI VITA**

I progetti regionali propongono vari modelli: l'istituzione unica, grande, simile ad un carcere, la rete di istituzioni differenziate per intensità di intervento, l'integrazione in servizi di salute mentale già presenti sul territorio.

Le residenze hanno caratteristiche diverse: isolate o calate nel tessuto urbano; con confini segnati da barriere ben visibili o cancelli aperti; con sistemi di sorveglianza capillari o snelli; con camere in prevalenza singole o camerate; con rigida separazione per genere di tutti gli spazi o con condivisione di alcuni; con aree verdi adeguate o con aree esterne di cemento.

Tutte queste caratteristiche contribuiscono a dar forma alla nuova istituzione: tra un polo penitenziario ed un polo sanitario.

Quanto ed in che modo è cambiata la vita degli ospiti nelle nuove istituzioni?

### **4.1. PERCHÉ I REGOLAMENTI?**

L'esame dei regolamenti interni, ci sembra fondamentale per valutare di che tipo di istituzione si tratti. Partendo dalla definizione di Chapman, Carey e Ben-Moshe che abbiamo già citato, possiamo considerare come istituzione quel luogo in cui gli ospiti non

hanno controllo sulle proprie vite ed in cui lo staff esercita un'autorità ed è vincolato in questo esercizio da politiche, norme e sorveglianza.

I regolamenti, come altre norme, sono suscettibili di diverse interpretazioni e possono anche essere disapplicati. Ma le previsioni regolamentari non sono indifferenti. Le relazioni di potere e di dominio sono soggette a negoziazioni giornaliere e ogni incontro tra potere e resistenza è sempre un incontro unico, in cui giocano elementi costanti e contingenti. Le policies, i manuali, le routine, le conformazioni spaziali dell'istituzione ed anche i regolamenti, contribuiscono a costituire quella parte costante della relazione tra staff e pazienti ed è proprio un elemento di questo spazio che vorremmo esaminare, studiando i regolamenti.

#### **4.1.1. REGOLAMENTI DELLE REMS**

La riforma, fin dalla sua originaria formulazione, mirava a risolvere quella che era denunciata come un'ambiguità dell'istituzione: la sua natura sia penitenziaria che manicomiale, la sua funzione tra la custodia del pericoloso e la cura del malato.

Vi si stabiliva che le nuove REMS dovessero essere a completa gestione sanitaria, si faceva uscire la polizia penitenziaria dalle strutture, si spostava la sorveglianza al perimetro esterno, ma non si chiariva quale regime si sarebbe dovuto applicare agli internati nelle nuove residenze, se quello previsto dall'Ordinamento penitenziario (l. 26 luglio 1975, n. 354) e dal Regolamento (D.P.R. 30 giugno 2000, n. 230) oppure no. Secondo alcuni dei primi commentatori, tra cui Franco Della Casa<sup>493</sup>, l'indicazione della «completa gestione sanitaria» avrebbe dovuto guidare l'interprete per discernere tra disposizioni dell'ordinamento ancora applicabili agli internati (come quelle relative alla semilibertà) e disposizioni non più applicabili (come quelle relative alle telefonate o ai colloqui o, a maggior ragione, quelle sulle sanzioni disciplinari).

Sul regime applicabile all'interno delle REMS è intervenuta la Conferenza Unificata, con accordo 26 febbraio 2015 (Rep. n. 17/CU), fissando alcune linee guida e statuendo che i

---

<sup>493</sup> F. DELLA CASA, *Basta con gli OPG! La rimozione di un "fossile vivente" quale primo passo di un arduo percorso riformatore*, in "Rivista italiana di diritto e procedura penale", 56 (2013), 1, pp. 64-103

diritti disciplinati dall'ordinamento penitenziario e dal regolamento debbano essere garantiti anche al paziente di REMS, «in prospettiva ampliativa», tenuta in considerazione la completa gestione sanitaria. L'accordo statuisce che gli stessi principi si debbano applicare riguardo alle relazioni con la famiglia e con la comunità esterna. Per quanto concerne il trattamento, si afferma che per ogni paziente deve essere definito uno «specifico percorso terapeutico-riabilitativo individualizzato» e che tale percorso «deve prevedere il massimo coinvolgimento attivo del soggetto».

Molte REMS hanno adottato un Regolamento interno<sup>494</sup>, che disciplina, con differenze anche significative tra l'uno e l'altro: le procedure per l'identificazione, l'immatricolazione, l'aggiornamento della posizione giuridica; la formazione del personale; le procedure di screening sanitario; i trasferimenti; il piantonamento; le modalità della vigilanza perimetrale esterna; le azioni atte a prevenire l'allontanamento dalle strutture; e soprattutto, per quanto ci interessa, l'organizzazione della vita quotidiana ed i diritti e doveri delle persone ospitate<sup>495</sup>.

Abbiamo preso in esame i Regolamenti delle REMS<sup>496</sup> di Aurisina, Caltagirone, Casale dei Mezzani, Castiglione delle Stiviere, Ceccano, Pontecorvo, Casa degli Svizzeri, Palombara Sabina, Subiaco, Maniago, San Michele, San Nicola Baronia, Pisticci, Spinazzola, Udine.

Anche l'esame dei regolamenti conferma che esistono grandi differenze tra le varie residenze. Alcune REMS hanno scelto un regime di vita aperto, lasciando ampi margini di libertà, seppure nei limiti dello status di persona sottoposta ad una misura detentiva, altre hanno previsto una regolamentazione dettagliata, alcune un regime di vita che sembra più rigido, persino del regime vigente in alcune case di reclusione.

Abbiamo scelto di suddividere il lavoro in ambiti tematici: il regime di vita in generale (regolamentazione degli orari, libertà di movimento entro gli spazi della struttura, divieti e regolamentazione di alcune condotte), regolamentazioni relative al possesso di oggetti

---

<sup>494</sup> La REMS di Genova non è dotata di regolamento interno, vedi GARANTE NAZIONALE DEI DIRITTI DELLE PERSONE DETENUTE O PRIVATE DELLA LIBERTÀ PERSONALE, *Rapporto sulla visita nella Regione Liguria (17-21 ottobre 2016)*, 7 Febbraio 2017. Questa situazione è peraltro comune a molti istituti penitenziari

<sup>495</sup> Cfr. COMMISSARIO UNICO PER IL SUPERAMENTO DEGLI OPG, *Relazione Semestrale*, doc. cit.

<sup>496</sup> Si ringrazia l'Ufficio del Garante regionale toscano dei diritti delle persone detenute e private della libertà personale e Commissario per il superamento degli OPG, Franco Corleone, per averci fornito i regolamenti.

personali e all'uso del denaro, previsioni relative ai rapporti con l'esterno (accesso dei visitatori, volontari e familiari, telefonate, corrispondenza).

#### **4.1.1.1. REGIME DI VITA**

La persona reclusa in REMS è sottoposta ad una limitazione della sua libertà personale, in ragione della quale non può allontanarsi liberamente dalla struttura ove la misura è in esecuzione. Nei limiti imposti da questo *status* giuridico, il margine di libertà di movimento e di autodeterminazione che può essere concesso al recluso e alla reclusa resta ampio.

Le nuove residenze, con i propri regolamenti interni, hanno previsto regimi di vita molto vari: dalla massima flessibilità e libertà di movimento all'interno della struttura, all'adozione di un modello comunitario con regole e ruoli fissi e rigidi, ad un regime con una disciplina ferrea.

Tra le strutture con un regime aperto, si segnalano le REMS di Aurisina e Maniago, che prevedono, nei propri regolamenti la massima libertà di movimento entro la struttura, senza limitazioni di sorta. Il sottoposto a misura di sicurezza può spostarsi anche nelle aree del DSM frequentate da altri ospiti ed è libero di partecipare alle attività che sono organizzate.

Una tale apertura non si riscontra negli altri regolamenti esaminati. Anche nelle REMS che dichiaratamente fanno proprio un modello comunitario, gli spazi di autodeterminazione del paziente sono ampiamente compressi. La residenza di Caltagirone, ad esempio, opta per questo modello, prevedendo un *community meeting* giornaliero, in cui pazienti e staff possano discutere delle problematiche e definire con un processo democratico tutte le questioni attinenti alla comunità. Dal processo democratico sono però escluse le regole di base, i ruoli e le funzioni che sono fisse e ben definite. La giornata è scandita da orari prestabiliti, con intervalli liberi dalle 14.30 alle 16.00 e dalle 20.30 alle 22.30.

Quasi tutti i regolamenti prevedono un tempo di vita scandito secondo orari rigorosi, con insistenza sull'importanza terapeutico-riabilitativa dell'apprendimento del rispetto degli orari e delle regole.

Alcuni insistono sull'importanza della cura ed igiene della propria persona e degli spazi individuali e comuni, nonché sul vestire in modo appropriato e decoroso, fino a prevedere

– come nella REMS di Parma – il divieto di indossare ciabatte e pigiama in orario giornaliero e l’obbligo di indossarli in orario di riposo.

Anche la libertà di movimento negli spazi interni della residenza è talvolta limitata. Nella REMS di Bologna ad esempio l’accesso al giardino è consentito solo con la presenza di un operatore.

Negli ambienti chiusi delle residenze, il fumo è vietato nei locali comuni e nelle stanze private, come in tutti locali pubblici o aperti al pubblico, ai sensi della L. 16 gennaio 2003, n. 3. Ma anche in materia di fumo esistono prescrizioni diverse nelle varie residenze. In alcune è possibile fumare soltanto nelle aree all’aperto (Castiglione delle Stiviere, ad esempio), in altre sono stati predisposti locali per fumatori, con impianti di ventilazione, come da normativa. In alcune strutture sono limitati il quantitativo di sigarette, la frequenza, e gli orari in cui fumare. A Casale dei Mezzani, gli ospiti non possono fumare prima della colazione e dopo le 22:30, il numero di sigarette massimo concesso è di 15 al giorno e non più di una per ora.

In alcune residenze è anche inibito il consumo di bevande stimolanti – di uso quotidiano e comune – come il caffè, sostituito da caffè d’orzo.

#### **4.1.1.2.      OGGETTI PERSONALI E DENARO**

Anche sulla detenzione di oggetti personali si riscontrano notevoli differenze. Le REMS (Aurisina e Maniago) che hanno optato per un regime di vita aperto e per un massimo livello di autodeterminazione, non prevedono procedure di perquisizione e consegna degli effetti personali all’ingresso, né liste di beni che non possono essere detenuti dai pazienti. Gli altri regolamenti vietano la detenzione di alcuni oggetti, talvolta con previsione generica (ad es. «oggetti taglienti o acuminati»), tal altra con elencazione dettagliata.

Gli oggetti vietati sono, in quasi tutti i regolamenti, quelli con cui ci si potrebbero causare ferite, abrasioni, tagli, come forbici, rasoi, o persino lattine. In alcuni casi, la limitazione è estesa ad altri oggetti con cui ci si potrebbe fare del male o togliersi la vita, come cinture e lacci da scarpe.

La funzione “terapeutica” delle residenze e la gestione sanitaria permettono di introdurre limitazioni che non sarebbero consentite neppure in ambiente penitenziario, ad esempio,

nella REMS di Bologna non sono autorizzati «libri, riviste, film o altri media con contenuti *horror*, erotici o che possano risultare offensivi o inopportuni».

Agli internati non è quasi mai concessa la gestione del denaro, l'acquisto di generi di conforto è di norma ammesso, in alcuni casi con ampie possibilità di compressione della facoltà a discrezione dell'educatore o degli operatori. Il regolamento delle Rems del Lazio è, a tal riguardo, esemplare, vi si prevede che l'acquisto sia «subordinato alla salute psicofisica, alle attività della REMS al piano terapeutico riabilitativo individualizzato».

#### **4.1.1.3. RAPPORTI CON L'ESTERNO**

In carcere, i rapporti con l'esterno sono rigidamente normati dall'ordinamento penitenziario (L. 26 luglio 1975, n. 354) e dal Regolamento (D.P.R. 30 giugno 2000, n. 230). L'accesso alle carceri è limitato, possono farvi ingresso, senza autorizzazione e senza avviso, una serie di rappresentanti delle istituzioni, tra cui ministri, parlamentari, consiglieri regionali, ispettori (art. 67 o.p.). Altre persone che volessero accedere alle prigioni possono entrare, previa autorizzazione per partecipare all'opera di rieducazione (art. 17 o.p.). L'ingresso è poi consentito ai congiunti e a terze persone con cui il detenuto voglia tenere colloqui, previa autorizzazione (del magistrato fino al primo grado di giudizio, del direttore nelle fasi successive – art. 18 o.p. e 37 D.P.R. 230/2000). I colloqui sono previsti nel numero di sei al mese.

I regolamenti delle nuove strutture, prevedono, tutti, con eccezione di Maniago ed Aurisina, che i colloqui possano avvenire con persone autorizzate dal Magistrato di sorveglianza, le quali debbono essere identificate all'ingresso e lasciare i loro effetti personali. l'ordinamento penitenziario prevede che possano esservi autorizzati privati, istituzioni o associazioni che abbiano interesse a partecipare all'opera rieducativa. Nella gran parte dei regolamenti non è previsto un quantitativo di visite e sono disciplinati soltanto gli orari. Il regolamento di Caltagirone è particolare, in quanto, utilizza la dicitura “parenti” per indicare le persone autorizzate alle visite, destando perplessità sulla possibilità di far accedere terze persone con cui il recluso voglia mantenere relazioni.

Per quanto attiene le modalità di svolgimento, è sempre previsto che le visite avvengano alla presenza di operatori.

In carcere, anche le telefonate debbono essere autorizzate ed è possibile effettuare una telefonata a settimana della durata di 10 minuti (art. 39 D.P.R. 230/2000). Nelle residenze, le telefonate sono concesse in numero più ampio – o spesso il quantitativo non è previsto. Alcune residenze permettono anche di ricevere delle telefonate.

I colloqui telefonici devono avvenire alla presenza di un operatore, in alcuni regolamenti, persino le comunicazioni con il proprio legale, con rischio di compromettere la garanzia della segretezza delle comunicazioni con il difensore.

Come per le prigionie, è prevista da tutti i regolamenti l'apertura delle buste e dei pacchi, per ragioni di controllo, senza prendere visione del contenuto delle comunicazioni.





## CONCLUSIONI

### ED APERTURE

L'istituzione OPG ha lasciato il posto alle REMS. Nuove strutture – o vecchie restaurate e riadattate – accolgono i malati di mente autori di reato, sottoposti a misura di sicurezza detentiva. In comunità e residenze di livello intermedio trova collocazione una parte di quella popolazione che abitava i vecchi manicomi giudiziari ed è oggi sottoposta alla misura di sicurezza della libertà vigilata.

Negli anni di attuazione della riforma, il numero delle reclusi e dei reclusi nelle istituzioni psichiatrico-manicomiali è grandemente diminuito, anche se alcuni indici ci portano a ritenere che sia in atto un'inversione di tendenza: il numero dei sottoposti a misura di sicurezza provvisoria è elevato ed in aumento, così come elevato ed in aumento è il numero di persone che aspettano in "lista d'attesa", che si liberi un posto nelle nuove REMS.

Le Regioni hanno optato per diversi modelli di internamento psichiatrico-giudiziario: una sola struttura – di grandi o medie dimensioni – per l'intero territorio, una serie di residenze dislocate in varie aree, o una rete di istituzioni in circuito, differenziate per bisogno di cura dell'utenza e «intensità assistenziale»<sup>497</sup> offerta.

Le residenze differiscono l'una dall'altra. Dal punto di vista architettonico, alcune sono plasmate sul modello carcerario e hanno in comune con il carcere certi elementi distintivi: le sbarre alle finestre, le alte mura di cinta con filo spinato all'estremità, i «cortili dell'aria» con apertura solo apicale, le postazioni di controllo all'entrata di ospiti e visitatori. Altre strutture sono esteticamente gradevoli, nuove, ben attrezzate, con spazi idonei per molteplici attività.

Variazioni notevoli si riscontrano anche rispetto alla grandezza e al numero di posti letto: dalle piccolissime REMS del Friuli a Castiglione delle Stiviere con i suoi 160 tra reclusi e reclusi.

---

<sup>497</sup> L'espressione «intensità assistenziale» è utilizzata nel programma regionale toscano per il superamento dell'OPG ed è un'espressione che ricorre nel gergo tecnico-medico, soprattutto in relazione alle residenze sanitarie assistenziali (RSA).

Dal punto di vista urbanistico, alcune strutture sono isolate, collocate nelle periferie, in piccoli borghi con bassissima densità demografica, in aree montane o agricole, in genere difficilmente raggiungibili, altre sono ben inserite nel contesto urbano, collegate dal trasporto pubblico ai principali servizi cittadini.

I regolamenti interni prevedono regimi di vita ampiamente differenziati, in alcuni casi più aperti di quello penitenziario. In qualche caso, anche le disposizioni di maggior favore, sono inserite in regolamenti marcati da un paternalismo protettivo, in cui le forti limitazioni all'autonomia del recluso o della reclusa – che giungono fino alla proibizione di libri con determinati contenuti – sono legittimate da pretese ragioni terapeutiche.

Prassi attuative differenziate, dunque, strutture con pochissimi tratti comuni: neo-OPG, in alcuni casi, comunità terapeutiche in altri, stanze che offrono ospitalità entro la rete dei servizi per la salute mentale, nel caso unico del modello friulano.

Differenze tutt'altro che irrilevanti, che possono avere un forte impatto sull'esistenza delle persone sottoposte alle misure di sicurezza detentive e possono spingerci a concludere, a seconda dei casi, che il passaggio da OPG a REMS abbia prodotto o meno una trasformazione effettiva dell'istituzione penitenziario-manicomiale ed il miglioramento delle condizioni di vita di chi vi è recluso.

Anche le disposizioni introdotte con la L. 81/2014, che hanno apportato modifiche rilevanti ad alcuni elementi della disciplina in materia di misure di sicurezza (come l'introduzione di un termine massimo di durata), potrà rappresentare una svolta, la fine, ad esempio, di misure di durata illimitata, ma potrà anche, a seconda delle interpretazioni che si consolideranno in giurisprudenza, tradursi in una forma più sottile di truffa delle etichette, con proroghe a vita della misura di sicurezza non detentiva della libertà vigilata, magari da eseguirsi in quelle strutture residenziali intermedie, che alcune regioni hanno predisposto.

Per quanto possano registrarsi cambiamenti rispetto all'assetto previgente, che sarà opportuno continuare a monitorare e scelte programmatiche diverse, più o meno innovative, la riforma non ha intaccato la logica della misura di sicurezza, salda sul nesso apparentemente naturale tra follia, non imputabilità e pericolosità sociale.

Il concetto di individuo pericoloso, costruito tra la fine del XIX e i primi del XX secolo, è ancora un operatore centrale nella penalità contemporanea, dove è giunto a plasmare ambiti originariamente estranei, come la normativa sulla prescrizione.

Il concetto di pericolosità sociale sembra godere ancora di ottima salute e le critiche che mettevano in luce l'incapacità predittiva dello psichiatra sembrano essere state sostituite da una nuova fiducia scientifica e dall'elaborazione di nuove tecniche: dal *Violence Risk Assesment* alle neuroscienze.

La sanitarizzazione del trattamento del malato di mente autore di reato potrà forse garantire una migliore qualità della vita entro le nuove istituzioni – comunque da verificare e non prendere come naturale conseguenza del passaggio ad una gestione sanitaria – o disabilitare il meccanismo che consentiva di applicare in eterno la misura di sicurezza detentiva, ma non incide sullo stigma che grava sul malato di mente autore di reato, non segna una discontinuità rispetto alla razionalità del sistema a doppio binario e delle misure di sicurezza, non traduce in normativa un depotenziamento del dispositivo che qualifica un soggetto come pericoloso ed interviene per la sua normalizzazione o – laddove impossibile – la sua esclusione dal consesso sociale.

## 1. DISCORSI DI RIFORMA

Come ogni altra legge, la riforma che ha sancito il superamento degli OPG, è costituita da un insieme di disposizioni, che entrano in quel gioco linguistico di costruzioni di norme, interpretazioni, argomentazioni, decisioni che chiamiamo diritto.

Ritenendo superati i «miti» e l'«artificioso riduzionismo»<sup>498</sup> della modernità giuridica, che vorrebbero il diritto riconducibile ai comandi statali, contenuti nelle formulazioni legislative pure ed astratte, abbiamo voluto far entrare nel nostro esame, elementi *prima facie* estranei ad un rigoroso studio tecnico-giuridico, che esulano dalla rigida gerarchia delle fonti normative (statali).

Nella complessità di intrecci, relazioni, concetti, prassi, disposizioni, rapporti di potere che hanno delineato l'istituzione psichiatrico-penitenziaria, nella sua vecchia e nuova veste, si è scelto di privilegiare alcune delle serie di discorsi che sono stati prodotti prima della riforma, contestualmente alla sua approvazione, nella sua fase attuativa, talvolta all'esterno dello stretto contesto del dibattito su questa normativa, e che rappresentano «pratiche che

---

<sup>498</sup> Le espressioni sono entrambe tratte da: P. GROSSI, *Ritorno al diritto*, Laterza, Roma-Bari 2015, pp. 5-6

formano sistematicamente gli oggetti di cui parlano»<sup>499</sup>: che formano, riaffermano, plasmano, deformano l'oggetto *individuo pericoloso* cardine del funzionamento e ragione d'essere del manicomio criminale.

Gli atti della Commissione Marino, le dichiarazioni ai media dei suoi esponenti, i titoli dei quotidiani, i dibattiti parlamentari sulla riforma, le opinioni espresse dai magistrati nei convegni, gli articoli scientifici tesi ad affermare la validità di nuovi metodi prognostici, le sentenze hanno restituito l'immagine di una pericolosità sociale operante, naturalizzata e ben poco discussa.

L'osservazione, mediata dai documenti, delle caratteristiche architettoniche delle nuove strutture "residenziali", delle dimensioni, della loro collocazione nello spazio, dei regolamenti interni che fissano il regime di vita, ha mostrato differenti approcci, diversi stili, maggiore o minore insistenza sulle esigenze securitarie, ma anche la mancata rottura, in radice, del binomio cura-custodia.

## 2. APERTURE

C'è sempre una voce che giunge di notte a casa del vecchio signore, presso il suo cuscino, e non lo lascia dormire. Notte dopo notte, sempre così. Sempre a seguire una voce lontana. Può essere dall'altra parte della terra, ma lui la sente. La sente e non riesce a dormire...

[G. RODARI, *Voci di notte*]

Ricentrare l'analisi sul concetto di pericolo sociale, riproporne la genealogia, denaturalizzarlo, discutere sulla funzione che svolge nel diritto penale contemporaneo, cercare di rompere il legame follia-incapacità-pericolo non fornisce soluzioni univoche e pacifiche e non ci consente di concludere, nel senso proprio dell'etimo latino *concludere*, di terminare, portare la nostra argomentazione ad un compimento definitivo.

L'analisi sulla riforma che abbiamo condotto, accompagnata da un lavoro critico diretto alle fondamenta stesse dell'internamento psichiatrico-giudiziario, mette in questione

---

<sup>499</sup> M. FOUCAULT, *L'archéologie du savoir*, Gallimard, Paris, 1969, tr.it., *L'archeologia del sapere. Una metodologia per la storia della cultura*, Bur, Milano 2017, p. 67.

alcune narrazioni che si stanno consolidando e che possono produrre l'effetto di rilegittimare l'istituzione manicomio criminale, seppure nella sua forma rinnovata.

Dalla problematizzazione della pericolosità sociale, si aprono possibili strade alternative, già prospettate e promosse (la sostituzione della pericolosità con altri concetti, la rinuncia alla distinzione tra imputabile e non imputabile, l'abolizionismo penale) che presentano, ad avviso di chi scrive, alcune potenzialità e criticità, che in questa sede possiamo tratteggiare.

## **2.1. DALLA PERICOLOSITÀ SOCIALE ALLA NECESSITÀ DI CURA: UNA TRUFFA DELLE ETICHETTE NEO-MANICOMIALE**

Il primo orizzonte aperto dalla critica della pericolosità sociale non è un vero orizzonte alternativo, ma merita di essere preso in considerazione, soprattutto perché è stato di recente oggetto, non solo di discussione, ma di concrete proposte di modifica normativa.

A partire dalla conclusione dei lavori del tavolo 11 degli Stati generali sull'esecuzione penale si è delineata la proposta di sostituzione delle misure di sicurezza per non imputabili, con misure giudiziarie di cura e controllo, applicate al prosciolto per vizio di mente laddove «sussista il fondato motivo di ritenere probabile la Commissione di altro reato della medesima indole e almeno di pari gravità e se occorran cure ad elevata intensità»<sup>500</sup>. L'aggiunta del presupposto della necessità di cura alla probabilità di Commissione di altro reato (che altro non è che la pericolosità sociale) è stata ripresentata anche nella proposta di articolato della Commissione Pelissero, non fatta propria dai decreti legislativi di attuazione della delega di cui alla L. 103/2017<sup>501</sup>.

La rinuncia all'etichetta «pericolo sociale», di cui rimane comunque l'ossatura, e l'aggiunta, tra i presupposti, delle esigenze terapeutiche lascia saldo l'impianto delle misure di sicurezza, tanto che le misure detentive permangono, seppure rinominate – e con

---

<sup>500</sup> La proposta di modifica del Codice penale è pubblicata tra i materiali del Tavolo 11 degli Stati generali sull'esecuzione penale, sul sito internet del Ministero della Giustizia, [www.giustizia.it](http://www.giustizia.it) (consultato il 14.12.2018)

<sup>501</sup> Relazione e proposta di articolato sono pubblicati nell'area dedicata alle Commissioni di riforma del codice penale, sul sito internet del Ministero della Giustizia, [www.giustizia.it](http://www.giustizia.it) (consultato il 14.12.2018)

un nome che non si distanzia poi molto dalla nomenclatura del codice fascista, che similmente appella la misura destinata ai semi-imputabili.

Sulla scia della sanitarizzazione, promossa con il superamento degli OPG, questa opzione ribadisce la funzione anche terapeutica della misura di sicurezza e sposta il baricentro dei presupposti sulle esigenze di cura del malato di mente autore di reato.

La scelta di accentuare la funzione terapeutica della misura, anche attraverso il richiamo alla cura tra gli stessi presupposti applicativi, non pare segnare una netta discontinuità con il passato.

Ma non è tanto rispetto alla continuità o discontinuità, che questa opzione ci sembra discutibile. Il cambio di denominazione, può essere la maschera che cela dietro un nome più accettabile la mancanza di un cambiamento effettivo, ma può anche attivare nuove interpretazioni e prassi.

Accompagnare la pericolosità sociale alle esigenze terapeutiche significa, però, far dipendere, ancor più di oggi, l'applicazione di una misura penale detentiva, da una diagnosi psichiatrica. Lungi dal rompere il trittico follia-incapacità-pericolo, questa proposta conferma l'idea, che il crimine sia causato dalla malattia, che il pericolo sociale dipenda dallo stato di salute psichica, che la privazione della libertà personale sia giustificata quandoc'è sì un rischio di recidiva ed un bisogno di cure, che il luogo per provvedere a curare non sia la libertà ( che secondo lo slogan basagliano è terapeutica) quanto una residenza per l'esecuzione delle misure di sicurezza, ove – sotto custodia – si può operare una trasformazione del sé del folle, tale da consentire di restituire un soggetto non più tendente a compiere condotte delittuose. Come già sottolineato da alcuni commentatori rispetto al superamento degli OPG<sup>502</sup>, peraltro, lo psichiatra rischia di dover accogliere quel mandato custodiale, riconosciuto e respinto, a partire dagli anni '70.

## **2.2. CARCERIZZAZIONE E DIRITTO ALLA PENA: IL RISCHIO DI UNA CONFERMA DELL'ANTROPOLOGIA LIBERALE**

---

<sup>502</sup> C. CUPELLI, *Dagli OPG alle REMS: un ritorno alla medicina custodiale?*, in "Diritto penale contemporaneo", Rivista online, 23 dicembre 2016

Partendo dall'obiettivo di disinnescare la logica dell'internamento psichiatrico-giudiziario, con il suo portato di stigmatizzazione, violenza, negazione di soggettività ed autonomia al folle, l'opzione più adeguata sembra essere, almeno ad un primo vaglio, quella dell'abrogazione della distinzione tra imputabili e non-imputabili, giustificata dal riconoscimento di una sfera di autonomia anche al malato di mente.

L'opzione della carcerizzazione del folle reo è stata declinata nei termini di un «diritto alla pena». Il malato di mente, una volta riconosciuto come persona capace di compiere scelte valide, dovrebbe essere chiamato a rispondere delle sue azioni, al pari degli altri. Affermare la responsabilità del folle per le azioni compiute, l'esistenza di un «debito» nei confronti della società che è chiamato a saldare<sup>503</sup>, la necessità di scontare una pena, equivarrebbe a riconoscere piena eguaglianza e dignità<sup>504</sup>.

Le critiche a questa forma di abolizionismo del manicomio criminale sono spesso state incentrate sul rilievo che il carcere, che già contiene molta parte degli esclusi e dei marginali non sarebbe luogo idoneo a fornire risposte adeguate ai bisogni e alle esigenze del malato di mente autore di reato.

L'obiezione non è senz'altro campata in aria, specie negli anni del declino dell'ideale rieducativo, del sovraffollamento detentivo e delle condanne all'Italia da parte della Corte EDU per trattamenti disumani e degradanti perpetrati nelle prigioni. I progetti, fino ad oggi presentati, non a caso, prevedono, oltre all'imputabilità del folle reo, una serie di misure alternative per persone affette da disturbi psichiatrici.

In risposta a questo tipo di critica, sarebbe opportuno chiedersi se sia immaginabile un'istituzione totale che sia in grado di garantire il diritto alla salute del folle reo.

Del resto, l'equiparazione del folle reo al reo «normale» in fase di cognizione, garantirebbe al folle stessi diritti e garanzie di cui oggi gode l'imputabile e non escluderebbe una modulazione in fase esecutiva atta ad offrire le migliori risposte possibili al bisogno di cura.

Quale criticità allora, in questa proposta? Come rileva Fassin «la responsabilità non prende in considerazione né la parte strutturale né quella circostanziale dell'atto giudicato: alla

---

<sup>503</sup> Sul folle come individuo inaffidabile, in primo luogo in quanto non proprietario neanche di sé e quindi insolvente, che non rimette i suoi debiti, si rinvia a C. TARANTINO, *L'individuo inaffidabile*, in "Aut Aut", 370, 2016

<sup>504</sup> Tra gli altri, si veda A. MANACORDA, *Folli e reclusi*, cit.

dimensione sociale non viene dato alcuno spazio nella determinazione della responsabilità dell'autore»<sup>505</sup>. Il riconoscimento del diritto alla pena, che sulla responsabilità si fonda, conferma l'oscuramento nella fase di accertamento degli elementi sociali, delle diseguaglianze che preesistono alla Commissione dell'atto da parte dell'autore.

Ripropone quella finzione, su cui si incardina il diritto penale liberale, quella di una responsabilità che ricade interamente sull'individuo, che «per quanto [...] incapace, incompetente o socialmente svantaggiato, viene trattato come se corrispondesse al prototipo illuminista [...]»<sup>506</sup>. Questa opzione, non mette in discussione ma riafferma un'eguaglianza meramente formale, partecipa alla rimozione di differenze e disparità, gioca a pro di quella *fiction* che è il soggetto giuridico astratto, plasmato sul modello del maschio, bianco, proprietario, autonomo.

### 2.3. ABOLIZIONISMO PENALE: RISCHIO “MINORITY REPORT”?

In nome dell'uguaglianza dei diritti del malato di mente, non si dovrebbe giungere a sostituire un'istituzione totalizzante con un'altra, com'è il carcere, pur sempre improntata sull'idea della segregazione<sup>507</sup>.

Così, Fioravanti esprime la sua critica ai disegni di legge di abolizione dell'istituzione penitenziario-manicomiale attraverso la carcerizzazione.

Cercando di uscire dal paradosso di una proposta abolizionista che promuove la sostituzione di un'istituzione segregante con un'altra, vale forse la pena, tentare di calare il nostro ragionamento nel più generale ambito dell'interrogazione sulla giustificazione del diritto penale, che cerca di dare risposta a quelle domande, ben formulate da Ferrajoli in: «Se e perché punire, proibire, giudicare»<sup>508</sup>.

Tradizionalmente, come rileva il filosofo del diritto, le risposte alle tre domande aperte dal «se» (se punire, se proibire, se giudicare) sono state di due tipi: giustificazionista e

---

<sup>505</sup> D. FASSIN, *Punire*, cit., p. 125

<sup>506</sup> D. GARLAND, *Punishment and modern society*, Oxford, Clarendon Press, 1990, tr. it. in E. SANTORO, *Carcere e società liberale*, op. cit., pp.341-342

<sup>507</sup> L. FIORAVANTI, *Le infermità psichiche nella giurisprudenza penale*, Cedam, Padova, 1988, p. 158

<sup>508</sup> L. FERRAJOLI, *Diritto e ragione. Teoria del garantismo penale*, Laterza, Roma-Bari 2008, parte II, cap. V.

abolizionista. Questo secondo tipo di risposta auspica l'eliminazione del diritto penale, negandone il fondamento etico-politico o ritenendo che alla sofferenza inflitta all'individuo non corrispondano benefici ed utilità sociali<sup>509</sup>.

Le proposte abolizioniste – non del carcere<sup>510</sup> ma del diritto penale – giungono quasi sempre a prospettare la sostituzione della pena con sistemi correzionali, terapeutici o pedagogici, promuovendo, in sostanza, l'introduzione di un compiuto diritto penale dell'autore, in cui perde ogni rilevanza, non solo l'accertamento della responsabilità e della colpevolezza, ma anche quello del fatto.

Mettere in discussione la naturalità del proibire, del giudicare, del punire e dei modi in cui proibiamo, puniamo o giudichiamo, sembra una strada utile da percorrere, tenendo conto del rischio, rappresentato da quelle teorie abolizioniste-sostitutive che designano un sistema in cui proliferano misure preventive, fondate sull'accertamento della pericolosità sociale in una sorta di mondo distopico a là *Minority Report*.

Come in *Voci di Notte* di Rodari abbiamo proposto tre finali per la nostra ipotetica storia, finali aperti, che tratteggiano schizzi soltanto accennati di prospettive e problemi, da approfondire e sviscerare in future indagini.

Come nel racconto di Rodari, la scelta, offerta al lettore (e perché no, a chi scrive) non è solo tra questi tre set di proposte, di indagini, di problematizzazioni, ma ad ogni altra che potrà essere pensata.

---

<sup>509</sup> Ivi, p. 233

<sup>510</sup> Tra le molteplici proposte di abolizione dell'istituzione penitenziaria, si rinvia a A. DAVIS, *Aboliamo le prigioni? Contro il carcere, la discriminazione, la violenza del capitale*, Minimifax, Roma, 2009





## APPENDICE BIBLIOGRAFICA

### LETTERATURA

- AA.VV., *Glossario per conoscere il carcere*, in [www.ristretti.it](http://www.ristretti.it)
- AA.VV., *La nascita dello Stato unitario. Libri, periodici e stampe della Camera dei deputati*, Catalogo della mostra alla Biblioteca della Camera dei deputati, Centro riproduzione e stampa della Camera dei deputati, Roma 2011
- AA.VV., *Riforma della sanità penitenziaria. Evoluzione della tutela della salute in carcere*, “Quaderni ISSP”, 11 (2012).
- AA.VV., *Repertorio delle commissioni parlamentari d’inchiesta, 1948-2001*, Edizioni Senato della Repubblica – Archivio Storico, Roma 2001.
- ACCATTIS V., DE MARCO L., *Il sistema penale del doppio binario con particolare riferimento alle misure di sicurezza*, in “Quale giustizia”, 1974, pp. 29 e ss.
- ADAM C., *Le peregrinazioni della “pericolosità” attraverso la criminologia clinica*, in “Aut Aut”, 2017, 373, pp. 65- 85
- ALBERTI G., *Chiusura degli OPG: si profila un’ennesima proroga del termine*, in “Diritto penale contemporaneo”, rivista online, 4 dicembre 2014;
- *Chiudono gli ospedali psichiatrici giudiziari (?): la situazione e le prospettive in Lombardia*, in “Diritto penale Contemporaneo”, rivista online, 31 marzo 2015;
- *Superamento degli OPG: a che punto siamo?*, in “Diritto penale contemporaneo”, rivista online, 16 febbraio 2016;
- ALESSANDRI A., *Pena e infermità mentale*, in “Rivista italiana di diritto e procedura penale”, 1976, pp. 277 e ss
- ALLDERIDGE P. H., *Criminal Insanity: Bethlem to Broadmoore*, in “Proceedings of the Royal Society of Medicine”, 67 (1974),9, pp. 897-904.
- ALPA G., *Il diritto giurisprudenziale e il diritto «vivente» - Convergenza o affinità dei sistemi giuridici?*, in “Sociologia del diritto”, 2008, 3, pp. 47-81;

ANDREOLI V. (a cura di), *Anatomia degli ospedali psichiatrici giudiziari*, Dipartimento dell'amministrazione penitenziaria - Ufficio studi e ricerche, Roma 2002

ANTOLISEI F., *Pene e misure di sicurezza*, in "Rivista italiana di diritto penale", 1933, p.133;

----- *Manuale di diritto penale. Parte generale*, Giuffrè Milano 2003, cap. XXIV;

BABINI V., *Liberi tutti: manicomio e psichiatri in Italia: una storia del Novecento*, Il Mulino, Bologna 2009

BALBI G., *Infermità di mente e pericolosità sociale tra OPG e REMS*, in "Diritto penale contemporaneo", rivista online, 20 luglio 2015

BASAGLIA F., ONGARO BASAGLIA F., *Dizionario sociale della psichiatria. Noi matti*, in "L'Espresso-Colore", 12, 1971

BASAGLIA F., *La distruzione dell'ospedale psichiatrico come luogo di istituzionalizzazione. Mortificazione e libertà dello «spazio chiuso». Considerazioni sul sistema «open door»*, Comunicazione al Congresso Internazionale di Psichiatria Sociale, Londra 1964, in "Annali di Neurologia e Psichiatria", XLIX (1965), 1, ripubblicato in ID., *L'utopia della realtà*, Einaudi, Torino 2005, p. 84;

----- *Libertà e oppressione*, Conferenza a San Paolo del Brasile, Istituto Sedes Sapientiae, 18-19 giugno 1979, pubblicato in ID., *Se l'impossibile diventa possibile. Per dirsi civile la nostra società dovrebbe accettare la follia così come accetta la ragione*, Edizioni di comunità, Ivrea 2018;

BASAGLIA F., ONGARO BASAGLIA F., PIRELLA A. e TAVERNA S., *La nave che affonda*, Raffaello Cortina Editore, Milano 2008;

BAUMAN Z., LYON D., *Liquid Surveillance. A Conversation*, Polity Press, Cambridge 2013, tr.it., *Sesto potere. La sorveglianza nella modernità liquida*, Laterza, Bari 2013.

BECCARIA C., *Dei delitti e delle pene*, Feltrinelli, Milano, 2012

BECKER H. S., *The Outsiders. Studies in the Sociology of Deviance*, The Free Press, New York 1963, pp. 147 – 164; tr. it. *Outsiders. Studi di Sociologia della devianza*, Meltemi, Milano 2017.

BERTOLINO M., *Le incertezze della scienza e le certezze del diritto a confronto sul tema della infermità mentale*, in "Rivista italiana di diritto e procedura penale", 2, 2006, pp. 539 e ss.;

BIANCHETTI R., *Sollevata questione di legittimità costituzionale in merito ai nuovi criteri di accertamento della pericolosità sociale del seminfermo di mente*, in “Diritto Penale Contemporaneo – Rivista online”, 14 Novembre 2014;

BIANCHI M.R., *Un consapevole impossibile amore*, Nulla die, Enna 2014;

BIFFI, *Provvedimenti che occorrerebbero in Italia pei delinquenti divenuti pazzi. Cenni del Dottor Serafino Biffi*, Stabilimento dei Fratelli Rechiedei, Milano 1872;

BIN R. e PITRUZZELLA G., *Diritto costituzionale*, Giappichelli, Torino 2017

BEN MOSHE L., CHAPMAN C, CAREY A. C. (a cura di), *Disability Incarcerated. Imprisonment and Disability in the United States and Canada*, Palgrave Macmillan, New York 2014

BENEVELLI L., *Il contrastato e difficile superamento degli OPG*, in “Minority Reports. Cultural Disability Studies”, 2016, 3, pp. 143-159

BONAZZI A., *Squalificati a vita. Inchiesta e testimonianze sui manicomi criminali italiani*, Gribaudi, Milano 1975.

BONDIOLI C., *Le resistenze all'applicazione della Legge 81*, in AA.VV., *L'abolizione del manicomio criminale. Tra utopia e realtà*, Fondazione Michelucci Press, Fiesole 2015, pp. 55-63

BORZACCHIELLO A., *Alle origini del manicomio criminale*, in G. PUGLIESE e G. GIORGINI (a cura di), *Mi firmo per tutti. Dai manicomi criminali agli ospedali psichiatrici giudiziari, un'inchiesta e una proposta*, Roma, Datanews, 1997, pp. 71 e ss.

BRAMBILLA L., *Misure di sicurezza: problemi attuali sulla loro applicazione. Ipotesi di modifica o soppressione*, in “Quaderni CSM”, 80, 1995, pp. 759 e ss.

BRUNOD M., CASTELLETTI L., FRANCONI F., GANDELLINI M.G., *L'integrazione come archetipo della trasformazione dell'OPG di Castiglione delle Stiviere in Sistema Polimodulare di REMS*, in “Rivista sperimentale di freniatria”, 2017, 1, pp. 55-73;

BRUNORI e C. RAGGI, *Le comunità terapeutiche. Tra caso e progetto*, Il Mulino, Bologna 2007;

BURSTOW B., *A Rose by Any Other Name. Naming and the Battle against Psychiatry*, in B. A. LEFRANÇOIS, R. MENZIES, G. REAUME (a cura di), *Mad Matters: A Critical Reader in Canadian Mad Studies*, Canadian Scholars' Press Inc., Toronto 2013;

CALABRIA A., *Pericolosità sociale*, in R. SACCO (a cura di), *Digesto delle Discipline penalistiche*, Torino, Utet, 2002, pp. 451 e ss.

- CALOGERO A., RIVELLINI G., STRATICO' E., *L'ospedale psichiatrico giudiziario di Castiglione delle Stiviere: modello sanitario*, in "Quaderni Italiani di Psichiatria", 31 (2012), 3, pp. 137-154
- CAMPESI G., *L'«individuo pericoloso». Saperi criminologici e sistema penale nell'opera di Michel Foucault*, in "Materiali per una storia della cultura giuridica", 38 (2008), 1, pp. 121-141;
- CAMPESI G., PUPOLIZIO I., RIVA N. ( a cura di), *Diritto e teoria sociale. Introduzione al pensiero socio-giuridico contemporaneo*, Carocci, Roma 2009;
- CANOSA R., *Storia del manicomio in Italia dall'Unità ad oggi*, Feltrinelli, Milano 1979
- CAPPELLI I., *Il manicomio giudiziario*, Comunicazione all'VIII Convegno nazionale dei Comitati d'azione per la giustizia, Roma, giugno 1971, pubblicato in "Quale giustizia", 1971, 9-10
- CAPUTO A., *La pericolosità sociale. Vecchie esigenze e nuove proposte alla luce della legge 30 maggio 2014, n. 81*, Aracne, Roma 2015
- CARACCIOLI I., *Sulla legittimità costituzionale della pericolosità presunta*, in "Rivista italiana di diritto e procedura penale", 1966, pp. 1009 e ss.
- *Le presunzioni di pericolosità sociale tra Corte Costituzionale e progetto di riforma*, in "Rivista italiana di diritto e procedura penale", 1972, pp. 771 e ss;
- CARPENTIERI R., SCHIMMENTI A., FERRACUTTI S., ET AL., *Valutazione della pericolosità sociale e del rischio di recidiva criminale attraverso un sistema di assessment integrato*, in "Psichiatria e Psicoterapia", 36 (2017), 3, pp. 138-151
- CARRARA F., *Programma del corso di diritto criminale*, Tipografia Giusti, Lucca 1867
- CASTEL R., *I medici e i giudici*, in M. FOUCAULT (a cura di), *Moi Pierre Rivière, ayant égorgé ma mère, ma sœur et mon frère...*, Gallimard, Paris 1973, tr. it., *Io, Pierre Rivière, avendo sgozzato mia madre, mia sorella e mio fratello... Un caso di parricidio nel XIX secolo*, Einaudi, Torino 1976
- *De la dangerosité au risque*, in "Actes de la recherche en sciences sociales", 1983, 47-48, pp. 119-127, tr. it., *Dalla pericolosità al rischio*, in "Aut Aut", 2016, 370, p. 155.
- CASTELLETTI L., RIVELLINI G., STRATICO' E., *Efficacia predittiva degli strumenti di Violence Risk Assessment e possibili ambiti applicativi della psichiatria forense e generale italiana. Una revisione della letteratura*, in "Journal of Psychopathology", 2014, 20, pp. 153 – 162;

CASTELLETTI L., STRATICO' E., *Dalla pericolosità sociale all'analisi del rischio di recidiva di reato per i soggetti con malattia mentale. Prospettiva storica e riflessi attuali in Italia*, in "Rivista Sperimentale Freniatria", 2016, 1, pp. 133-150;

CAVINO M., *Diritto vivente*, voce, in AA.VV., *Digesto delle discipline pubblicistiche. Aggiornamento*, UTET, Milano 2010, pp. 134 – 145;

CECCONI S., *Chiudere gli Ospedali Psichiatrici Giudiziari, per aprire spazi ai diritti e alla cittadinanza*, in F. CORLEONE (a cura di), *L'abolizione del manicomio criminale. Tra utopia e realtà*, Fondazione Michelucci Press, Firenze 2015, pp. 31 e ss.;

CIPRIANO P., *La fabbrica della cura mentale. Diario di uno psichiatra riluttante*, Elèuthera, Milano 2013

----- *Il manicomio chimico. Cronache di uno psichiatra riluttante*, Elèuthera, Milano 2015, edizione digitale 2017;

----- *La società dei devianti. Depressi, schizoidi, suicidi, hikikomori, nichilisti, rom, migranti, cristi in croce e anomali d'ogni sorta*, Elèuthera, Milano 2016;

----- *Il manicomio che non vuole morire*, in "Forum salute mentale", 10 novembre 2016;

----- *Basaglia e la metamorfosi della psichiatria*, Elèuthera, Milano 2018;

CLARK D. H., *The Therapeutic Community – Concept, Practice and Future*, in "British Journal of Psychiatry", 111 (1965), 479, pp. 949-950

COHEN S., *The Punitive City: Notes on the Dispersal of Social Control*, in "Contemporary Crises", 1979, 3;

COLAO F., *Un' "esistenza mezza legale mezza no". Il manicomio giudiziario nell'Italia liberale*, in F. COLAO, L. LACCHE' et. al. (a cura di), *Perpetue appendici e codicilli. Le circolari ministeriali, il potere regolamentare e la politica del diritto in Italia tra Otto e Novecento*, EUM, Macerata 2011, pp. 439-463

----- *Le scuole penalistiche* (voce), in "Il contributo italiano alla storia del pensiero – Diritto", Treccani, 2012

COLLETTIVO ANTONIN ARTAUD, *Profilo storico dei manicomi giudiziari e degli ospedali psichiatrici giudiziari d'Italia*, sul sito del collettivo, [www.artaudpisa.noblogs.org](http://www.artaudpisa.noblogs.org);

COLLI G., *Presunzioni di pericolosità e revoca delle misure di sicurezza*, in "Rivista italiana di diritto e procedura penale", 1975, pp. 994 e ss

COLLICA M.T., *Ospedale psichiatrico giudiziario: non più misura unica per l'infermo di mente adulto e pericoloso*, in “Diritto penale e processo”, 2004, 3, pp. 297 e ss.;

----- *La crisi del concetto di autore non imputabile pericoloso*, in “Diritto penale contemporaneo”, rivista online, 19 novembre 2012;

COLUCCI M., *Individui pericolosi, società a rischio*, in “Aut Aut”, 2016, 370, pp. 3-20, ed in “Minority Reports”, 2016, 3, pp. 95-115;

CONTI P., *L'OPG di Montelupo Fiorentino*, in G. GRASSI e C. BOMBARDIERI (a cura di), *Il policlinico della delinquenza*, cit., pp. 172-183

CORLEONE F., *La rivoluzione gentile. La fine degli OPG ed il cambiamento radicale*, in “Quaderni del Circolo Rosselli”, XXXVIII (2018), 1, pp. 11-17

COSMACINI G., *Storia della medicina e della sanità in Italia. Dalla peste nera ai giorni nostri*, Laterza, Bari 2016

DAGA L., *Ospedali psichiatrici giudiziari, sistema penale e sistema penitenziario: appunti sulla funzione dell'OPG*, in “Rassegna penitenziaria e criminologica”, (1985), 1-3, pp. 1 e ss.;

DAVIS A., *Aboliamo le prigioni? Contro il carcere, la discriminazione, la violenza del capitale*, Minimifax, Roma, 2009

DEAN G., *La contestazione dell'accusa nel processo di prevenzione*, in “Rivista italiana di diritto e procedura penale”, 1989, 1, pp. 441 e ss

DEBUYST L., *La notion de dangerosité, maladie infantile de la criminologie*, in “Criminologie”, 1984, 2, pp. 17-24.

DE FERRARI F. e ROMANO C. A., *Sistema penale e tutela della salute*, Milano, Giuffrè, 2003;

DE LEONARDIS O. e EMMENEGGER T., *Le istituzioni della contraddizione. Institution, Contradiction, and Democracy*, in “Rivista sperimentale di Freniatria”, 2005, 3, pp. 14-38;

DEL GIUDICE G. e CECCONI S., *Il caso StopOpg. Quando la partecipazione migliora il progetto politico*, in “Aut Aut”, 2016, 370, pp. 60 -74

DELEUZE G., *Post-scriptum sur les sociétés de contrôle*, in “L'autre journal”, 1990, 1; tr. it., *Poscritto sulle società di controllo*, in ID. *Pourparler*, Quodlibet, Macerata 2000, pp. 234-241

DELITALA G., *Criteri direttivi del nuovo Codice penale*, in “Rivista italiana di diritto penale”, 1935, pp. 593 e ss.;

DELLA BELLA A., *Il termine per adempiere alla sentenza Torreggiani si avvicina a scadenza: dalla Corte costituzionale alcune preziose indicazioni sulla strategia da seguire*, in “Penale Contemporaneo – Rivista online” 19 febbraio 2013

DELLA CASA F., *La Corte costituzionale corregge l'automatismo del ricovero provvisorio nella struttura manicomiale promuovendo la libertà vigilata al rango di alternativa*, in “Giurisprudenza costituzionale”, 2004, 6, pp. 3998 e ss.;

DELL'ACQUA G., *The Italian asylum law: Moving towards the deinstitutionalization model*, in “Epidemiologia E Psichiatria Sociale”, 8 (1999), 2, pp. 105-111;

DELL'AQUILA D.S., *Se non ti importa il colore degli occhi. Inchiesta sui manicomi giudiziari*, Filema edizioni, Napoli 2009

DELL'AQUILA D.S. e ESPOSITO A., *Cronache di un manicomio criminale*, Edizioni dell'asino, Roma 2013

----- *Storia di Antonia. Viaggio al termine di un manicomio*, Sensibili alle foglie, Roma 2017

DE VITO C. G., *Camosci e girachiavi. Storia del carcere in Italia*, Laterza, Roma – Bari 2009, ed. digitale, 2015;

DI NICOLA P., *La chiusura degli OPG: un'occasione mancata*, in “Diritto penale contemporaneo”, 13 marzo 2015;

DONATI C., *Spazi della follia/3*, in “Il giornale dell'architettura”, 2018

DOTI G., *Spazi della follia/1*, in “Il giornale dell'architettura”, 2018;

EDWARDS G. A., *Restraint in the treatment of the mentally ill in the late 19th century*, in *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 4 (1970), 4, pp. 201 e ss.;

EHRlich E. e ISAACS N., *The Sociology of Law*, in “Harvard Law Review”, 36 (1922), 2, p. 130–144;

EHRlich E., *Grundelegung der Soziologie des Rechts*, Munchen und Leipzig, 1913, tr. it., *I fondamenti della sociologia del diritto*, Giuffrè, Milano, 1976;

EVANGELISTA G., *Spazi della follia/2*, in “Il giornale dell'architettura”, 2018;

FALZONE F., *Brevi note in tema di legittimità costituzionale della pericolosità presunta*, in “Giurisprudenza costituzionale”, 1972, pp. 1205 e ss

FAMIGLIETTI A., *Verso il superamento della pena manicomiale*, in *Giurisprudenza costituzionale*, 48 (2003), 2, pp. 2118 e ss.;

FASSIN D., *Punir. Une Passion Contemporaine*, Edition du Seuil, 2017, tr. it., *Punire. Una passione contemporanea*, Feltrinelli, Milano 2018;

----- *La raison humanitaire. Une histoire morale du temps présent*, Gallimard, Paris 2010, tr. it., *Ragione umanitaria. Una storia morale del presente*, DeriveApprodi, Roma 2018;

FASSÒ G., *Storia della filosofia del diritto. III. Ottocento e Novecento*, Laterza, Roma-Bari 2012;

FEDERICI F., *Il superamento degli OPG: una riforma possibile?*, in “Diritto penale contemporaneo”, Rivista online, 25 luglio 2013;

FERRAJOLI L., *Diritto e ragione. Teoria del garantismo penale*, Laterza, Roma-Bari 2008;

FERRARESE L., *Programma di psicologia medico-forense*, Tipografia di F. Fernandes, Napoli 1834, p. 30

----- *Questioni medico-legali intorno alle diverse specie di follie*, Napoli 1843, p. 62

FERRARI, *Il cielo dei concetti e le diaboliche applicazioni. Altre riflessioni in tema di ospedali psichiatrici giudiziari*, in “Rivista italiana di diritto e procedura penale”, 1983, pp. 169 e ss.;

FERRARO A., *Materiali dispersi. Storie dal Manicomio Criminale*, Tullio Pironti, Napoli 2010, pp. 42-54

FERRI E., *La scuola criminale positiva. Conferenza del Prof. Enrico Ferri nella Università di Napoli*, Enrico Dekten, Napoli, 1885.

----- *Manicomio criminale di Montelupo*, in “Archivio Psichiatria”, 1888, p. 527

----- *Sociologia criminale. IV Edizione*, Fratelli Bocca, Torino 1900;

FIANDACA G., MUSCO E., *Diritto penale. Parte generale. VII Edizione*, Zanichelli, Bologna 2014, parte III

FILIPPI L., SPANGHER G., *Manuale di diritto penitenziario*, Giuffrè, Milano 2011

FILIPPETTA F., *Liberalismo e governamentalità: garantismo penale e prevenzione di polizia in Francesco Carrara*, “Rivista AIC”, 2015, 2;

FIORI A. e MARCHETTI M., *Commento*, in “Rivista italiana medicina legale”, 1984, pp. 193 e ss.;

FONTANA A., *Dalla difesa sociale alla difesa della razza*, in “Laboratoire italien”, 4 (2003);

FOOT J., *La Repubblica dei matti: Franco Basaglia e la psichiatria radicale in Italia, 1961-1978*, Feltrinelli, Milano 2014, pubblicazione ebook 2017

FORNARI U., *Trattato di psichiatria forense*, Utet, Torino 2018;

FOUCAULT M., *Folie et Dérason. Histoire de la folie à l'âge classique*, Gallimard, Paris 1972; tr. it., *Storia della follia nell'età classica*, BUR, Milano 2012;

----- *L'archéologie du savoir*, Gallimard, Paris, 1969, tr.it., *L'archeologia del sapere. Una metodologia per la storia della cultura*, Bur, Milano 2017;

----- *La société punitive. Cours au Collège de France 1972-1973*, Gallimard, Paris 2013; tr.it., *La società punitiva. Corso al Collège de France (1972-1973)*, Feltrinelli, Milano 2016;

----- *En guise de conclusion*, in “Le Nouvel Observateur”, 1973, 435, pp. 92 e ss., tr. it., *Come conclusione*, in M. FOUCAULT, *Follia e psichiatria. Detti e scritti 1957-1984*, ;

----- *Histoire de la folie et antipsychiatrie (1973)*, in “Cahier”, 2011, 95, pp. 95 -102 L’Herne; tr. it., *Storia della follia e antipsichiatria [1973]*, in “Aut Aut”, 2011, 351, pp. 86 – 101;

----- (a cura di), *Moi Pierre Rivière, ayant égorgé ma mère, ma sœur et mon frère*, Gallimard, Paris 1973; tr. it., *Io, Pierre Rivière, avendo sgozzato mia madre, mia sorella e mio fratello...Un caso di parricidio nel XIX secolo*, Einaudi, Torino 1976;

----- *Le pouvoir psychiatrique. Cours au Collège de France 1973-1974*, Gallimard, Paris 2003, tr. it., *Il potere psichiatrico. Corso al Collège de France (1973-1974)*, Feltrinelli, Milano 2015, p. 295.

----- *Les anormaux. Cours au Collège de France. 1974 -1975*, Gallimard, Paris 1999, tr. it., *Gli anormali. Corso al Collège de France (1974-1975)*, La Feltrinelli, Milano 2000

----- *Surveiller et punir. Naissance de la prison*, Gallimard, Paris 1975, tr. it. *Sorvegliare e punire. Nascita della prigione*, Einaudi, Torino 1993

----- *Sécurité, territoire, population. Cours au Collège de France 1977-1978*, Gallimard, Parigi 2004, tr. it., *Sicurezza, territorio, popolazione. Corso al Collège de France (1977-1978)*, Feltrinelli, Milano 2010, pp. 15 – 16.

----- *About the Concept of the “Dangerous Individual” in 19th Century Legal Psychiatry*, in “Journal of Law and Psychiatry”, 1978, 1, pp. 1-18, tr. it., *L’evoluzione della nozione di “individuo pericoloso” nella psichiatria legale del XIX secolo (1978)*, in “Aut Aut”, 2016, 370

----- *Why Study Power: The Question of the Subject*, in H. DREYFUS e P. RABINOW, *Michel Foucault. Beyond Structuralism and Hermeneutics*, The University of Chicago Press, Chicago 1983, pp. 206-216, tr. it., *Perché studiare il potere: la questione*

*del soggetto*, in M. FOUCAULT, *Poteri e Strategie*, Mimesis, Milano-Udine, 2014, pp. 103-114

----- *Qu'appelle-t-on-punir?*, in "Revue de l'université de Bruxelles", 1984, 1-3, pp. 35-46, e in M. FOUCAULT, *Dits et Ecrits*, IV, Gallimard, Paris, pp. 346 e ss.; tr.it., *Cos'è che chiamiamo punire?*, in M. FOUCAULT, *L'emergenza delle prigioni. Interventi su carcere, diritto, controllo*, La Casa Usher, Firenze, 2011

----- *Qu'est-ce que la critique? (Critique et Aufklärung)*, in "Bulletin de la Société Française de Philosophie", avril-juin 1990, 2, pp. 35-63, tr. it, *Illuminismo e critica*, Donzelli, Roma 1997

----- *Danger, Crime and Rights. A Conversation between Michel Foucault and Jonathan Simon*, in "Theory, Culture and Society", 2016, 1; tr. it., *Pericolo, crimine e diritti. Conversazione con Jonathan Simon*, in "Aut aut", 2016, 372, pp. 5-29

GALZIGNA M., *La malattia morale. Alle origini della psichiatria moderna*, Marsilio, Venezia 1989

GANDOLFI S., LESCOVELLI M., MANACORDA A., *Cenni storici sull'ospedale psichiatrico giudiziario*, in A. MANACORDA (a cura di), *Folli e reclusi. Una ricerca sugli internati negli ospedali psichiatrici giudiziari*, La casa Usher, Perugia 1988, pp. 53-65;

GARLAND D., *The Culture of Control. Crime and Social Order in Contemporary Society*, Oxford University Press, Oxford 2001, ebook;

GATTA L., *Aprite le porte agli internati! Un ulteriore passo verso il superamento degli OPG e una svolta epocale nella disciplina delle misure di sicurezza detentive: stabilito un termine di durata massima (applicabile anche alle misure in corso, a noi pare)*, in "Diritto penale contemporaneo", 06 Giugno 2014;

----- *Revoca del ricovero in opg per decorso della durata massima: un primo provvedimento*, in "Diritto penale contemporaneo", 16 giugno 2014;

----- *O.P.G e R.E.M.S.: a che punto siamo? le relazioni del commissario unico per il superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari*, Franco Corleone, in "Penale Contemporaneo – Rivista online", 27 Dicembre 2016;

----- *Esecuzione della pena e infermità psichica sopravvenuta: il Tribunale di sorveglianza di Messina imbocca la via dell'interpretazione conforme a costituzione e applica la detenzione domiciliare*, in "Diritto penale contemporaneo", rivista online, 14 maggio 2018;

GILIBERTI S., *Il sistema del “doppio binario”*, in P. PITTARO (a cura di), *Scuola Positiva e sistema penale: quale eredità?*, EUT Edizioni Università di Trieste, Trieste 2012, pp. 11-16;

GIOSTRA G. (a cura di), *Il processo penale minorile: commento al D.P.R. 448/1988*, Giuffrè, Milano 2016;

GIURI D., *Infermità psichica e presunzione di pericolosità nel giudizio della Corte Costituzionale*, in “Rivista italiana di diritto e procedura penale”, 1984, pp. 460 e ss.;

GOFFMAN E., *Asylums. Essay on the social situation of mental patients and other inmates*, Random House, New York 1961, tr. it., *Asylums. Le istituzioni totali: i meccanismi dell’esclusione e della violenza*, Einaudi, Torino, 2010

GRANDI C., *Neuroscienze e responsabilità penale. Nuove soluzioni per problemi antichi?*, Giappichelli, Torino 2016

GRANDI D., *Bonifica umana. Decennale delle leggi penali e della riforma penitenziaria*, vol. I, Ministero di Grazia e Giustizia, Roma 1941, p. 225;

GRASSI G., BOMBARDIERI C.(a cura di), *Il policlinico della delinquenza. Storia degli ospedali psichiatrici giudiziari italiani*, Franco Angeli, Milano 2016;

GREVI V., GIOSTRA G., DELLA CASA F., *Ordinamento penitenziario. Commentato*, CEDAM, Padova 2011;

GROPPI T., *La sentenza n. 253 del 2003: la Corte e il diritto mite*, in “Forum costituzionale”, rivista online [www.forumcostituzionale](http://www.forumcostituzionale.it);

GROSSI V., *Per l’abolizione dei manicomi giudiziari*, in “Fogli di informazione”, 1982, 85, pp. 263-264;

GROSSI P., *Ritorno al diritto*, Laterza, Roma-Bari 2015;

GROSSO C. F., PELISSERO M. et. al, *Manuale di diritto penale. Parte generale*, Giuffrè, Milano 2017, cap. XXX

HARCOURT B. H., *Une généalogie de la rationalité actuarielle aux États-Unis aux XIX<sup>e</sup> et XX<sup>e</sup> siècles*, in “Revue de sciences criminelles et de droit pénal comparé”, 2010, 1, pp. 29-45; tr. it., *Breve genealogia della razionalità attuariale americana*, in “Aut Aut”, 2017, 373, pp. 30 -50;

IANNUCCI M, BRANDI G., *Il reo folle e le modifiche dell’ordinamento penitenziario*, in “Diritto penale contemporaneo”, rivista online, 19 febbraio 2018;

----- *Il reo folle e doppio binario. Una risposta alle osservazioni del Prof. Marco Pelissero*, in “Diritto penale contemporaneo”, 13 marzo 2018;

ICHINO G., *Manicomio giudiziario, pena sospesa e diritto di difesa*, in “Giurisprudenza Costituzionale”, 1975, pp. 3106 e ss.

JONES K., *Lunacy, Law and Coscience 1744-1845*, Routledge, Abindgon 1998;

KOHLRAUSCH E., *Sicherungshaft. Eine Besinnung auf den Streitstand*, in ZStW, 44 (1924), pp. 21-34;

LA GRECA, *Nota a sentenza*, in “Il foro italiano”, 1982, 1, pp. 2109 e ss.;

LISLE J., *Vagrancy Law; Its Faults and Their Remedy*, in “Journal of the American Institute of Criminal Law and Criminology”, 4 (1914), V, pp. 498-513;

LOMBARDI VALLAURI L., *Saggio sul diritto giurisprudenziale*, 1967, riprodotto (limitatamente alle pp. 209-2016 e 241-249) in ARISTIDE TANZI (a cura di), *L'antiformalismo giuridico. Un percorso antologico*, Raffaello Cortina, Milano 1999, p. 122

LOMBROSO C., *Sull'istituzione dei manicomi criminali in Italia*, in “Rendiconti del Regio Istituto Lombardo di Scienze, Lettere ed Arti”, III (1872), pp. 45 e ss.;

----- *La cattiva organizzazione della polizia ed i sistemi carcerari*, in “Il momento attuale”, 1903, p. 94;

----- *L'uomo delinquente. V Edizione 1897*, Bompiani, Milano 2013.

----- *L'uomo di genio in rapporto alla psichiatria, alla storia ed all'estetica*, in ID., *Delitto, genio e follia. Scritti scelti*, Bollati Boringhieri, Torino 2000;

LUCCHINI L., *Fra manicomi e stabilimenti carcerari*, in “Rivista penale”, XXXVI (1892), VI della III serie, p. 286

MAGGIORE G., *Arturo Rocco e il metodo tecnico giuridico*, in AA. VV., *Studi in memoria di Arturo Rocco*, Giuffrè, Milano 1952, vol. I, pp. 1-18

MALANO R., *Attualità delle problematiche riguardanti i manicomi giudiziari. Una revisione storica dei progetti di legge riguardanti il superamento dell'ospedale psichiatrico giudiziario e la modifica dell'attuale sistema della non imputabilità per gli infermi di mente autori di reato*, in “Rivista italiana di medicina legale”, 2008, 4-5, pp. 1022-1026.;

MANACORDA A., *Il manicomio giudiziario: cultura psichiatrica e scienza giuridica nella storia di un'istituzione totale*, De Donato, Bari 1982

----- *L'infermità mentale, custodia e cura alla luce della recente giurisprudenza costituzionale*, in “Il foro italiano”, 1983, 1, pp. 292 e ss.;

- MANCONI L., *La rivoluzione Basaglia. Quando l'Italia diventò civile*, in "L'Espresso", 26 aprile 2018;
- MANI N., *Detenzione domiciliare "in deroga" – Profili di incostituzionalità*, in "Archivio penale", 2, 2018;
- MANTOVANI F., *Diritto penale. Parte Generale. IX Edizione*, CEDAM, Milano 2015, parti III e IV;
- MANZINI V., *Trattato di diritto penale italiano. Vol. III*, Torino, Utet, 1981
- MARANTA C. (a cura di), *Vito il recluso. OPG: un'istituzione da abolire*, Sensibili alle foglie, Roma 2005, pp. 25-29;
- MARCETTI C., *La doppia anima dell'Ambrogiana: polarità culturale del suo recupero*, in F. CORLEONE (a cura di), *L'abolizione del manicomio criminale*, cit., pp. 193 – 198
- MARGARA A., *Le tipologie giuridiche dell'internamento in ospedale psichiatrico giudiziario e i loro presupposti*, in A. MANACORDA (a cura di), *Folli e reclusi. Una ricerca sugli internati negli ospedali psichiatrici giudiziari*, La Casa Usher, Perugia 1988, pp. 65-92;
- *Le situazioni giuridiche sospese*, in "Quale giustizia", 1974, 29
- *Manicomio giudiziario e legge 180*, in "Fogli d'informazione", (2008), 5-6, pp. 115 e ss.
- MARINUCCI G., DOLCINI E., *Manuale di diritto penale. Parte generale*, Giuffrè, Milano 2015, cap. XIV
- MARSIGLI M. L., *La marchesa e i suoi demoni. Diario da un manicomio*, Feltrinelli, Milano 1973
- MELANI G., *La funzione dell'OPG. Aspetti normativi e sociologici*, in "L'Altro diritto", rivista online, 2014;
- *Le misure con finalità deflattiva e il loro impatto*, in "Rassegna penitenziaria e criminologica", 2014, 3, pp. 129 – 154;
- *Tutela della libertà personale degli internati: «attraverso la cruna dell'ago»*, in "Diritto penale contemporaneo", Rivista online, 5 giugno 2016;
- (a cura di), *Il superamento degli OPG e la collocazione dei rei-folli: le istanze ex art. 35-bis o.p.*, in [www.altrodiritto.unifi.it](http://www.altrodiritto.unifi.it), 2016;
- MERTON R. K., *Social Theory and Social Structure. Enlarged Edition*, The Free Press, New York 1968

MERZARGORA BETSOS I., *Imputabilità, pericolosità sociale e capacità di partecipare al processo*, in G. GIUSTI (a cura di), *Trattato di medicina legale. Vol. IV: Genetica, psichiatria forense e criminologia, medicina del lavoro*, Cedam, Padova 2009;

MINNITI M., *La consulta apre la strada a misure più flessibili rispetto agli OPG*, in “D&G – Diritto e Giustizia”, 2003, 32, pp. 74 e ss.

MORAN R., *The Origin of Insanity as a Special Verdict: The Trial for Treason of James Hadfield (1800)*, in “Law & Society Review”, 19 (1985), 3, pp. 487 – 519

MORETTI V. e GALEAZZI G. M., *La colonizzazione del rischio. Note sulla pratica di valutazione e gestione del rischio di violenza in psichiatria*, in “Rivista Sperimentale Freniatria”, 134 (2015), 3, pp. 71-88

MURATORE M. G., *La misurazione del fenomeno della criminalità attraverso le indagini di vittimizzazione*, Istat, 2011;

MUSCO E., *Variazioni minime in tema di pericolosità sociale presunta*, in “Rivista italiana di diritto e procedura penale”, 1982, pp. 1584

NIRO M., *Misure di sicurezza e alternative all'O.P.G.*, relazione all'incontro di studio “La salute mentale dei detenuti e degli internati in Toscana : presente e futuro”, Firenze – Villa Demidoff, 11 luglio 2008, pubblicata sul sito del Centro Basaglia, [www.centrobasaglia.it](http://www.centrobasaglia.it);

NUZZO F., *La declaratoria di illegimità costituzionale dell'art. 206 c.p. conferma l'esigenza della revisione del sistema delle misure di sicurezza*, in “Cassazione penale”, 2005, 0, pp. 750 e ss.;

OLIVIERO A., *Prima lezione di neuroscienze*, Laterza, Bari, 2002;

ORTANO G., *Dopo gli ospedali psichiatrici, che fare?*, nel sito di “Psichiatria Democratica” [www.psichiatriademocratica.com](http://www.psichiatriademocratica.com), 25 ottobre 2017 (consultato in data 2 novembre 2018)

PACE A., *Misure di sicurezza e pericolosità sociale presunta*, in “Giurisprudenza costituzionale”, 1966, pp. 191 e ss.

PADOVANI T., *L'ospedale psichiatrico giudiziario e la tutela costituzionale della salute* in U. BRECCIA e F. D. BUSNELLI et.al., *Tutela della salute e diritto privato*, Milano, Giuffrè, 1978

PAOLELLA F., *Alle origini del manicomio criminale* in “Rivista sperimentale di freniatria”, 2011, 1, pp. 33-42

PAULSON S.L., *Attribuire intenzioni ad entità collettive: due prospettive scettiche*, in “Ars Interpretandi”, 3, 1998, pp. 65-84

PAVARINI M., GUAZZALOCA G., *Corso di diritto penitenziario*, Edizioni Martina, Bologna 2004

PELISSERO M., *Pericolosità sociale e doppio binario. Vecchi e nuovi modelli di incapacitazione*, Giappichelli, Torino, 2008.

----- *Il definitivo superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari nel tempo della crisi*, in “Diritto penale e processo”, 2012, 8, pp. 1017 e ss.;

----- *Ospedali psichiatrici giudiziari in proroga e prove maldestre di riforma della disciplina delle misure di sicurezza*, in “Diritto penale e processo”, 2014, 913 e ss.;

----- *Sanità penitenziaria e doppio binario. Alcune considerazioni a margine di “Il reo folle e le modifiche dell’ordinamento penitenziario”*, in “Diritto penale contemporaneo”, 21 febbraio 2018;

PELOSO P. F. e PAOLELLA F., *Dei claustrici e altro. Idee e progetti per la costruzione del manicomio criminale nella psichiatria italiana dell’Ottocento*, in G. GRASSI e C. BOMBARDIERI, *Il policlinico della delinquenza*, Franco Angeli, Milano 2016, p. 16;

PELLEGRINI P., *Liberarsi della necessità dei manicomi giudiziari. Quasi un manuale*, Edizioni AlphaBeta, Merano 2017.

PICCIONE D., *Morte di un’istituzione totale? Il superamento degli Ospedali psichiatrici giudiziari*, in “Rivista Associazione Italiana dei Costituzionalisti”, 2012, 1, pp. 1-9.

----- *Il metodo dell’integrazione dei saperi e i nuovi scenari del trattamento dell’infermo di mente autore di reato*, in “Minority Reports. Cultural Disability Studies”, 2016, 3, pp. 161 – 171.

PINTUS M. G., *L’esecuzione della pena nei confronti dei minorenni tra lacune legislative e interventi della Corte Costituzionale*, In “La giustizia penale”, 2010, 1, pp. 203 e ss;

PIRELLA A., *Poteri e leggi psichiatriche in Italia (1968-1978)*, in F. CASSATA e M. MORAGLIO (a cura di), *Manicomio, società e politica*, BFS Edizioni, Pisa 2005, pp. 117-130

PISANELLO C., *In nome del decoro. Dispositivi estetici e politiche securitarie*, Ombrecorte, Verona 2017;

PITCH T., *Contro il decoro. L’uso politico della pubblica decenza*, Laterza, Roma-Bari 2003;

POMILLA A., *Rischio di Violenza e Pericolosità Sociale: quali influenze? Applicazione delle Scale HCR-20 e PCL-R ad un campione di internati presso gli OPG di Italia*, tesi di laurea, Università La Sapienza, Roma 2012;

PONETI K. , *Superamento dell’OPG e ruolo del Garante per i diritti dei detenuti*, in F. CORLEONE (a cura di), *L’abolizione del manicomio criminale*, Fondazione Michelucci Press, Firenze;

PONTICELLI L. e ALGERI G., *Il manicomio criminale dell’Ambrogiana (presso Montelupo Fiorentino)*, Tipografia delle Mantellate, Roma 1888, p. 18.

POUND R., *Law in Books and Law in Action*, in “American Law Review”, 12 (1910), 44

PRETTE M. R. (a cura di), *Il carcere speciale*, Sensibili alle foglie, Dogliani 2006, pp. 534 – 535;

PUGIOTTO A., *Dalla chiusura degli Ospedali psichiatrici giudiziari al (possibile) superamento della pena manicomiale*, in “Costituzionalismo.it”, rivista online, 2015, 2;

----- *La giurisprudenza difensiva in materia di OPG a giudizio della corte costituzionale*, in “Rivista AIC”, 2015, 4;

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

RE L., *Carcere e globalizzazione. Il boom penitenziario negli Stati Uniti e in Europa*, Laterza, Roma-Bari 2006;

RENNEVILLE M., *Les deux figures de la déraison criminelle*. in “Actualité juridique. Pénal”, Dalloz, 2004, pp. 309-311;

RESCIGNO G. U., *Note sulla giurisprudenza costituzionale del 1974*, in “Quale giustizia”, 1975, pp. 728 e ss;

RESTA E., *Diritto vivente*, Laterza, Roma-Bari 2008, ed. digitale 2014;

RICCIARDI, *Cos’è il carcere. Vademecum di resistenza*, DeriveApprodi, Roma 2015

ROCCO ALFREDO, *Relazione a Sua Maestà il Re*, in *Testo del nuovo Codice penale con relazione a Sua Maestà il Re del Guardasigilli*, Tipografia Le Mantellate, Roma 1930

ROCCO ARTURO, *Il metodo della scienza del diritto penale*, in “Rivista di diritto e procedura penale”, I, 1910, pp. 497 e ss.;

----- *Opere giuridiche. Volume I. L’oggetto del reato e della tutela giuridica penale. Contributo alle teorie generali del reato e della pena*, Torino, Fratelli Bocca, 1913, rist. Roma, Società Editrice del Foro italiano, 1932;

- ROGERS, *Policing the Poor in Eighteenth-Century London: The Vagrancy Laws and Their Administration*, in “Histoire sociale – Social History, XXIV (1991), 47, pp. 127-147
- ROMANO M., GRASSO G., *Commentario sistematico del codice penale. Art. 85-149*, Giuffrè, Milano 2012, p. 15
- ROSENHAN D.L., *On Being Sane in Insane Places*, in “Science”, 1973, 179, pp. 250 e ss., tr. it., *Sani in manicomio*, in L. FORTI (a cura di), *L'altra pazzia. Mappa antologica della psichiatria alternativa*, Feltrinelli, Milano 1975.
- ROSSI G., *Trattamenti non coercitivi e diritti degli utenti. Le psichiatrie tra libertà e coercizione*, in “Nuova Rassegna di studi psichiatrici”, rivista online, Vol. 15, 10 novembre 2017
- ROSSETTO I., *Dall'OPG alle REMS: studio di risk assessment in una popolazione psichiatrico forense*, tesi di dottorato, Milano Bicocca, 29 giugno 2017;
- RUOTOLO M., *L'illegittimità costituzionale della pena dell'ergastolo nei confronti del minore: un segno di civiltà giuridica*, in “Giurisprudenza italiana”, 1995, 6, 1, pp. 358 e ss.
- RUSSO G., *La pericolosità sociale dell'infermo di mente prosciolto*, in “Rivista italiana di medicina legale”, 1983, p. 375
- RUSTIA R., *La revoca delle misure di sicurezza: modifiche e prospettive*, in “Giurisprudenza di merito”, 1977, 4, pp. 231 e ss.
- SALVATI A., *Il passaggio dell'assistenza sanitaria in carcere al sistema sanitario nazionale*, in “Amministrazione in cammino. Rivista elettronica di diritto pubblico, di diritto dell'economia e di scienza dell'amministrazione”, 2010;
- SALVATO L., *Profili di «diritto vivente» nella giurisprudenza costituzionale*, in [www.cortecostituzionale.it](http://www.cortecostituzionale.it), 2015
- SANNINI T., *Vizio di mente e pericolosità sociale. Aspetti storici, giuridici e sociologici*, in “L'altro diritto”, Rivista telematica, 2014;
- SARACENO B., *Distorsioni del pensiero di Franco Basaglia*, in ID., *Sulla povertà della psichiatria*, Derive Approdi, Roma 2017, pp. 47-60
- SBRACCIA A., *Immigrazione e criminalità*, in MEZZADRA e M. RICCIARDI (a cura di), *Movimenti indisciplinati. Migrazioni, migranti e discipline scientifiche*, Ombre Corte, Verona 2013, pp. 68-92
- SBRICCOLI M., *Caratteri originali e tratti permanenti del sistema penale italiano (1860-1990)*, in L.VIOLANTE (a cura di), *Storia d'Italia. Annali, XVI, Legge Diritto Giustizia*, Torino, Einaudi, 1998, pp. 489 ss.

SCALFANI F., STARACE A., *Attuali problematiche giuridiche e psicopatologiche in tema di infermità psichica sopravvenuta al condannato*, in “La giustizia penale”, 1976, 1, pp. 65 e ss

SCHIAFFO F., *La riforma continua del «definitivo superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari»: la tormentata vicenda legislativa dell’art. 3-ter del D.L. n. 211/2011*, in “Critica del diritto”, 2013, 1;

----- *La pericolosità sociale tra «sottigliezze empiriche» e ‘spessori normativi’: la riforma di cui alla legge n. 81/2014*, in “Diritto penale contemporaneo – Rivista online”, 11 Dicembre 2014 , pp. 25-27;

----- *Psicopatologia della legislazione per il superamento degli OPG: un raccapricciante acting out nella c.d. “riforma Orlando”*, in “Diritto penale contemporaneo – Rivista online”, 21 Giugno 2017, p. 26;

SCHITTAR L., *L’ideologia della comunità terapeutica*, in F. BASAGLIA, *L’istituzione negata*, Baldini e Castoldi, Milano 1998, pp. 144 - 166

SCULL A., *Madness in Civilization*, Thames & Hudson, London 2015;

SECCHI B, e CALCATERRA A., *La nuova risoluzione del CSM in tema di misure di sicurezza psichiatriche*, in “Diritto penale contemporaneo”, rivista online, 5 novembre 2018.

STARNINI G., *Il passaggio della sanità penitenziaria al Servizio Sanitario Nazionale*, in “Autonomie locali e servizi sociali, Quadrimestrale di studi e ricerche sul welfare”, 2009, 1, pp. 3-14;

TANZI A. (a cura di), *L’antiformalismo giuridico. Un percorso antologico*, Raffaello Cortina, Milano 1999;

TARANTINO C., *La strategia della lumaca. Appunti sulla dismissione degli Ospedali psichiatrici giudiziari*, in C. TARANTINO e A. M. STRANIERO, *La bella e la bestia. Il tipo umano nell’antropologia liberale*, Mimesis, Fano, 2014;

----- *La parola imprevista. Immagini da una dimensione parallela di speech act e linguistic turn*, in “Minority Reports”, 2015, 1, pp. 23- 36;

----- *Il trattamento morale del manicomio criminale*, in “Minority Reports”, 4, 2017, p. 229.

----- *L’individuo inaffidabile*, in “Aut Aut”, 2016, 370

TORESINI L., *Il diritto dei soggetti deboli a non essere più torturati negli SPDC*, in “Persona e danno”, rivista online, 02/06/2013;

----- *Il superamento della contenzione: professionalità in trasformazione. Visioni di ieri e visioni di oggi*, in “Atti del VIII Convegno SPDC No Restraint”, pp. 19 e ss.;

TESAURO A., *Corte Costituzionale, automatismi legislativi e bilanciamento in concreto: “giocando con le regole” a proposito di una recente sentenza in tema di perdita della potestà genitoriale e delitto di alterazione di stato*, in “Giurisprudenza costituzionale”, 2012, 6 pp. 4909 e ss.

TREVES R., *Sociologia del diritto. Origini, ricerche e problemi*, Einaudi, Torino 1987, pp. 227-288

VALCARENCHI M., *I manicomi criminali*, Mazzotta, Milano, 1975

VANNI D., *O.P.G. italiani: un inquadramento storico*, in “Atti della Fondazione Giorgio Ronchi”, LIX (2004), 4, pp. 567 – 581

VASSALLI G., *Fine poco gloriosa di una norma poco civile: l’art. 148 c.p.*, in “Giurisprudenza costituzionale”, 1975, pp. 2021 e ss

----- *Le presunzioni di pericolosità sociale di fronte alla costituzione*, in “Giurisprudenza costituzionale”, 1967, 3, pp. 742 e ss.

----- *Ancora sulla pericolosità sociale presunta dell’infermo di mente*, in “Giurisprudenza costituzionale”, 1972, pp. 1215 e ss.;

----- *L’abolizione della pericolosità degli infermi di mente attraverso al cruna dell’ago*, in “Giurisprudenza costituzionale”, 1982, pp. 1202 e ss.;

VERDE S., *Il carcere manicomio. Le carceri in Italia tra violenza, pietà, affari e camice di forza*, Sensibili alle foglie, Roma 2011;

VEYNE P., *Comment on écrit l’histoire. Essai d’epistémologie*, Seuil, 1971, versione ebook

VIANELLO F., *Il carcere. Sociologia del penitenziario*, Carocci Editore, Roma 2012, pp. 19-20

VIRGILIO G., *Le origini e le vicende del Manicomio Giudiziario di Aversa*”, in Rivista di Disciplina carcerarie. Parte I”, 25 (1900), 10, p. 361

VON LISZT F., *Der Zweckgedanke in Strafrecht*, Guttentag, Berlin, 1905, tr. it., *La teoria dello scopo nel diritto penale*, Milano, Giuffré, 1962

WACQUANT L., *Le prison de la misère, Raison d’agir*, Paris 1999, tr.it., *Parola d’ordine: tolleranza zero. La trasformazione dello stato penale nella società neoliberale*, Feltrinelli, Milano 2000.

----- *Class, race & hyperincarceration in revanchist America*, in “Dedalus”, 3 (2010), 139, pp. 74-90, tr. it., *Classe, razza e iperincarcerazione nell’America revanchista*, in ID., *Iperincarcerazione. Neoliberismo e criminalizzazione della povertà negli Stati Uniti*, Ombre Corte, Verona, 2013

ZAPPA G., ROMANO C.A., *Infermità mentale, pericolosità sociale e misure di sicurezza alla prova degli anni duemila*, in “Rassegna penitenziaria e criminologica. Nuova serie”, 3 (1999), 2-3

ZARA G., *Tra il probabile e il certo. La valutazione del rischio di violenza e di recidiva criminale*, in “Diritto penale contemporaneo”, rivista online, 20 maggio 2016

## **ARTICOLI DI GIORNALE**

BULLO F., *Il medico poliziotto*, in “La Stampa”, 9 febbraio 1978;

CECCONI S., D’ANZA V., DEL GIUDICE G., GONNELLA P., ZAPPOLINI A., *Superamento Ospedali Psichiatrici Giudiziari nominato il Commissario, stopOPG: finalmente una buona notizia*, in [www.stopopg.it](http://www.stopopg.it).

CERVASIO S., *Opg di Aversa, un video sull’incubo*, in “La Repubblica”, 17.03.2011

COPPOLA P., *Ospedali psichiatrici documentario shock. L’inferno per i malati*, in “La Repubblica”, 17 marzo 2011;

CORLEONE F., *Finalmente l’OPG di Barcellona Pozzo di Gotto ha chiuso i battenti*, in “Fuori luogo”, blog, “L’Espresso”, 11 maggio 2017, [www.espresso.repubblica.it](http://www.espresso.repubblica.it)

CRINO’ L., *Ecco i manicomi lager*, in “L’Espresso”, 18 agosto 2010;

DURANTE G., FERRARA G., *L’infernale elettroshock del quotidiano*, in “Il Manifesto”, 25 novembre 2011;

FESTINO V. e PETRINI B., *La chiusura degli ospedali psichiatrici (OPG) è ormai una realtà*, in “180°. L’altra metà dell’informazione”, 2017, 1, pp. 3 e ss.;

FIANO F., *Caso Guerrieri, Valerio si suicida in carcere a 21 anni: aperte 3 inchieste*, in “Il Corriere della Sera”, 26 Febbraio 2018;

GIANNICCHEDDA M.G., *Giustizia: OPG. Chiuderne sei... ma per aprirne quanti?*, in “Il Manifesto”, 17 Febbraio 2012

MARTINI E., *Malato psichico suicida in carcere. Ma la procura incolpa i poliziotti*, in “Il Manifesto”, 4.10.2017;

MATTONE A., *OPG, si chiude: l'internato G. saluta tra sorrisi e abbracci*, “Il Mattino”, 22 dicembre 2015,

MAZZOCCHI S., *Il cimitero dei “pazzi” le storie degli invisibili*, in “La Repubblica”, 15 ottobre 2010

PASOLINI C., *In cella da 18 anni per rapina di 7 mila lire. Gli ergastoli bianchi dei 'matti criminali'*, in “La Repubblica”, 9 Giugno 2011

PINTOR L., *Lo Stato addosso*, in “Il Manifesto”, 7 Gennaio 1975

PROCENDESE C., *Napoli: Opg di Secondigliano, traslocano gli ultimi detenuti*, “Il Mattino”, 21 dicembre 2015.

REDAZIONE REPUBBLICA FIRENZE, *Storie di matti e cattivi un libro e il video choc*, in “La Repubblica”, Sez. Firenze, 26 luglio 2011;

REDAZIONE REPUBBLICA NAPOLI, *Opg di Aversa un luogo di morte*, in “La Repubblica”, Sezione Napoli, 13 maggio 2011.

REDAZIONE IL FATTO QUOTIDIANO, *Ospedali psichiatrici giudiziari, le immagini shock*, in “Il fatto quotidiano”, versione online, 17 marzo 2011;

RED. ANSA, *Opg: Lorenzin, chiusi in tutta Italia, giornata storica. “Traguardo per diritti umani e in percorso per salute mentale”*, in “Ansa – Salute e Benessere”, 20 febbraio 2017

----- *Giustizia: Ospedali Psichiatrici Giudiziari; un inferno per 1.500 persone internate e abbandonate*, in Ansa, 29 luglio 2010

SALVATORE F., *Detenuto suicida. Guardie e medici sotto inchiesta: non vigilarono*, in “La Repubblica”, 10 maggio 2018.

SARDO L. e LANERI K., *Viaggio nell'OPG di Aversa, il “lager del Sud”*, in “Il fatto quotidiano”, 29 gennaio 2012

## **VIDEOGRAFIA**

ANTIGONE, *Inside carceri. Montelupo fiorentino*, 2012, pubblicato su youtube;

----- *Inside carceri. Barcellona Pozzo di Gotto*, 2012, pubblicato su youtube;

CORDIO F. (regia di), *Documento video realizzato dalla Commissione nei sei Ospedali Psichiatrici Giudiziari*, Senato della Repubblica, 2011, reperibile sul sito del Senato della Repubblica nell'area dedicata alle Commissioni e Giunte della XVI Legislatura e, nello specifico, alla Commissione d'inchiesta sull'efficacia e l'efficienza del sistema sanitario nazionale, [www.senato.it](http://www.senato.it);

----- *Lo stato della follia*, con Luigi Rigoni, Produzione Teatri di Nina e Independent Zoo Troupe, 2013, Film documentario.

IACONA R. (programma di), *Corrotti*, "Preso Diretta", Rai 3, 20.03.2011, programma televisivo. L'intera puntata del 20.03.2011 è disponibile per la visione sul sito del Programma Preso Diretta, [www.presadiretta.rai.it](http://www.presadiretta.rai.it). La parte di programma dedicata agli OPG è visibile sul canale youtube della RAI, con il titolo *L'orrore degli ospedali psichiatrici giudiziari – Puntata del 20.03.2011*

SENATO DELLA REPUBBLICA, *Seduta pubblica n. 664 del 25.01.2012 – XVI Legislatura*, pubblicata sul sito [www.webtv.senato.it](http://www.webtv.senato.it).

## SITOGRAFIA

Associazione Antigone –per i diritti e le garanzie nel sistema penale, [www.antigone.it](http://www.antigone.it)

Associazione "Il cappellaio matto", [www.ilcappellaio matto.org](http://www.ilcappellaio matto.org);

Associazione Ristretti, [www.ristretti.it](http://www.ristretti.it);

Associazione di difesa da abusi psichiatrici "Telefono Viola", [www.telefonoviola.it](http://www.telefonoviola.it);

Camera penale di Roma, [www.camerapenediroma.it](http://www.camerapenediroma.it);

Catalogo Sistema Bibliotecario Nazionale, [www.opac.sbn.it](http://www.opac.sbn.it);

Collettivo Antonin Artaud, [www.artaudpisa.noblogs.org](http://www.artaudpisa.noblogs.org);

Ex OPG occupato "Je so' pazzo", [www.jesopazzo.org](http://www.jesopazzo.org) ;

European Network for (ex-) Users and Survivors of Psychiatry, ENUSP, [www.enusp.org](http://www.enusp.org);

Garante dei diritti dei detenuti della Regione Toscana, [www.consiglio.regione.toscana.it/garante-detenuti](http://www.consiglio.regione.toscana.it/garante-detenuti);

L'altro diritto, Centro di ricerca interuniversitario su carcere, devianza, marginalità e governo delle migrazioni, [www.adir.unifi.it](http://www.adir.unifi.it);

L'altro diritto, Centro di documentazione su carcere, devianza, marginalità e governo delle migrazioni, [www.altrodiritto.unifi.it](http://www.altrodiritto.unifi.it);

Museo della ceramica di Montelupo fiorentino, [www.museomontelupo.it](http://www.museomontelupo.it);

Ministero della Giustizia, [www.giustizia.it](http://www.giustizia.it);

Ministero della Salute, [www.salute.gov.it](http://www.salute.gov.it);

Psichiatria Democratica, [www.psichiatriademocratica.com](http://www.psichiatriademocratica.com);

Self Advocacy Becoming Empowered, [www.sabeusa.org](http://www.sabeusa.org);

Violetta Van Gogh, [www.violetta.noblogs.org](http://www.violetta.noblogs.org);

World Health Organization, [www.who.int](http://www.who.int);

## **ALTRE FONTI**

## **NORMATIVA**

Codice penale per gli Stati di Sua Maestà il Re di Sardegna, L. 20 novembre 1859, n. 3783, pubblicato in Raccolta degli atti del governo di Sua Maestà il Re di Sardegna, Pignetti e Carena, 1859, versione scansionata in pdf disponibile sul sito del Ministero della Giustizia, [www.giustizia.it](http://www.giustizia.it) (consultato il 2 ottobre 2018).

Codice penale pel Granducato di Toscana, 20 Giugno 1853, Stamperia granducale, Firenze 1853, versione scansionata in pdf disponibile sul sito del Ministero della Giustizia, [www.giustizia.it](http://www.giustizia.it) (consultato il 2 ottobre 2018).

Codice per lo Regno delle Due Sicilie, 26 marzo 1819, Real Tipografia del Ministero di Stato della Cancelleria Generale, Napoli 1819, versione scansionata in pdf disponibile sul sito del Ministero della Giustizia, [www.giustizia.it](http://www.giustizia.it) (consultato il 2 ottobre 2018).

Regolamento su i delitti e sulle pene, 20 settembre 1832, Tipografia della Rev. Camera Apostolica, Roma 1863, versione scansionata in pdf, disponibile sul sito del Ministero della Giustizia, [www.giustizia.it](http://www.giustizia.it) (consultato il 2 ottobre 2018).

Strafgesetz über Verbrechen, Vergehen und Uebertretungen, 27 maggio 1852, Manz, Wien 1853; tr. it. Codice penale dei crimini, dei delitti e delle contravvenzioni, I. R. Stamperia di Corte di Stato, Vienna, 1853 versione scansionata in pdf, disponibile sul sito del Ministero della Giustizia, [www.giustizia.it](http://www.giustizia.it) (consultato il 2 ottobre 2018).

Codice penale per gli Stati di Parma, Piacenza, ecc. ecc. ecc., 5 novembre 1820, Reale Tipografia, Parma 1820, versione scansionata in pdf, disponibile sul sito del Ministero della Giustizia, [www.giustizia.it](http://www.giustizia.it) (consultato il 2 ottobre 2018).

Codice criminale e di procedura criminale per gli Stati Estensi, 14 dicembre 1855, Per gli Eredi Soliani Tipografi Reali, Modena 1855, versione scansionata in pdf, disponibile sul sito del Ministero della Giustizia, [www.giustizia.it](http://www.giustizia.it) (consultato il 2 ottobre 2018).

Code pénal de l'Empire Français, loi 12 février 1810, n. 1er, Imprimerie Imperiale, Paris 1810, versione scansionata in pdf, disponibile sul sito della Bibliothèque Nationale de France, [www.bnf.fr](http://www.bnf.fr) (consultato il 06 agosto 2018).

Codigo penal español, 9 julio 1822, La Imprenta nacional, Madrid 1822, versione scansionata in pdf disponibile sul sito del Portal Iberoamericano de las Ciencias penales, [www.cienciaspenale.net](http://www.cienciaspenale.net) (consultato il 06 agosto 2018).

Codigo penal portuguez, Decreto de 10 de dezembro de 1852, Imprensa Nacional, Lisboa 1855, disponibile in versione scansionata in pdf, sul sito de Faculdade de Direito – Universidade Nova de Lisboa, [www.fd.unl.pt](http://www.fd.unl.pt) (consultato il 4 settembre 2018).

Strafgesetzbuch für die Preussischen Staaten, und Gesetz über die Einführung desselben vom, 14 April 1851, Amtliche Ausgabe, Berlin 1851;

Codice penale per gli stati di Sua Maestà il Re di Sardegna, Regio Decreto del 20 Novembre 1859, n. 3783.

Codice penale per il Regno d'Italia, Regio Decreto del 30 Giugno 1889, n. 6133.

Regolamento generale per gli stabilimenti carcerari, Regio Decreto del 1 Febbraio 1891, n. 260.

Disposizioni sui manicomi e gli alienati, Legge del 14 Febbraio 1904, n. 36.

Regolamento per l'esecuzione della Legge del 14 Febbraio 1904, n. 36, R.D. 16 Agosto 1909, n. 615.

Codice penale, Regio Decreto 19 Ottobre 1930, n. 1398.

Codice di procedura penale, Regio Decreto 19 Ottobre 1930, n. 1399.

Regolamento per gli istituti di prevenzione e pena, Regio Decreto 18 Giugno 1931, n. 787.

Codice civile, Regio Decreto 16 marzo 1942, n. 262.

Costituzione della Repubblica Italiana, approvata dall'Assemblea Costituente il 22 dicembre 1947.

Provvidenze per l'assistenza psichiatrica, legge 18 marzo 1968, n. 431.

Ordinamento delle categorie di personale sanitario addetto agli istituti di prevenzione e pena non appartenenti ai ruoli organici dell'Amministrazione penitenziaria, legge 9 ottobre 1970, n. 740.

Norme sull'ordinamento penitenziario e sulla esecuzione delle misure privative e limitative della libertà, Legge 26 Luglio 1975, n. 354.

Regolamento esecutivo della Legge 26 Luglio 1975, n. 354, Decreto del Presidente della Repubblica del 29 Aprile 1976, n. 431.

Accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori, Legge 13 Maggio 1978, n. 180.

Istituzione del Servizio sanitario nazionale, Legge 23 Dicembre 1978, n. 833.

Modifiche al sistema penale, legge 24 novembre 1981, n. 689.

Modifiche alla Legge sull'ordinamento penitenziario e sulla esecuzione delle misure privative e limitative della libertà, legge 10 ottobre 1986, n. 663.

Codice di procedura penale, Decreto del Presidente della Repubblica 22 settembre 1988, n. 447.

Delega al Governo per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale e per l'adozione di un testo unico in materia di organizzazione e funzionamento del Servizio sanitario nazionale. Modifiche al decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, legge 30 novembre 1998, n. 419.

Riordino della medicina penitenziaria a norma dell'articolo 5, della legge legge 30 novembre 1998, n. 419, decreto legislativo del 22 giugno 1999, n. 230.

Regolamento recante norme sull'ordinamento penitenziario e sulle misure privative e limitative della libertà, decreto del Presidente della Repubblica 30 giugno 2000, n. 230.

Disposizioni correttive del decreto legislativo 22 giugno 1999, n. 230, recante il riordino della medicina penitenziaria, a norma dell'articolo 5, comma 2, della legge 30 novembre 1998, n. 419, decreto legislativo 22 dicembre 2000, n. 433.

Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 2008), legge 24 dicembre 2007, n. 244.

Modalità e criteri per il trasferimento al Servizio sanitario nazionale delle funzioni sanitarie, dei rapporti di lavoro, delle risorse finanziarie e delle attrezzature e beni strumentali in materia di sanità penitenziaria, decreto del presidente del consiglio dei ministri del 1 aprile 2008.

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

Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 22 dicembre 2011, n. 211, recante interventi urgenti per il contrasto della tensione detentiva determinata dal sovraffollamento delle carceri, legge 17 febbraio 2012, n. 9.

D.M. salute 1 ottobre 2012;

Disposizioni in materia sanitaria, decreto legge del 25 marzo 2013, n. 24.

Conversione in legge con modificazioni del decreto-legge del 25 marzo 2013, n. 24, legge 23 maggio 2013, n. 57.

Disposizioni urgenti in materia di superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari, decreto legge 31 marzo 2014, n. 52.

Conversione in legge con modificazioni del decreto legge 31 marzo 2014, n.52, legge 30 maggio 2014, n. 81;

D.M. 9 ottobre 2013 (G.U. Serie Generale 5 dicembre 2013, n. 285);

D.M. 9 ottobre 2013 (G.U. Serie Generale 06 dicembre 2013, n. 286);

D.M. 9 ottobre 2013 (G.U. serie generale 09 dicembre 2013, n. 288);

D.M. salute 17 dicembre 2013 (G.U. Serie Generale 20 febbraio 2014, n. 42);

D.M. Salute del 19 dicembre 2013 (G.U. Serie Generale, n. 19 del 24 gennaio 2014);

D.M. salute 9 ottobre 2013 (G.U. Serie Generale 6 dicembre 2013, n. 286)

D.M. 22 ottobre 2013;

D.M. 19 dicembre 2013 (G.U. serie generale 03 febbraio 2014, n. 27);

D.M. 19 dicembre 2013 (G.U. serie generale 29.01.2014, n. 23);

D.M. Salute 14 Gennaio 2014 (G.U. serie generale 25 febbraio 2014, n. 46);

D.M. salute 5 febbraio 2015 (G.U. serie generale 13.03.2015, n. 60)

D.M. 28 gennaio 2015 (G.U. serie generale 20 febbraio 2015, n. 42);

D.M. 31 marzo 2015 (G.U. serie Generale 26 maggio 2015, n. 120);

D. M. salute 07 dicembre 2016 (G.U. serie generale 09.01.2017, n. 7);

D.M. Salute 14 novembre 2017 (G.U. Serie generale 30 gennaio 2018, n. 24);

## **GIURISPRUDENZA**

CORTE COSTITUZIONALE, sentenza 03 marzo 1966 (Ud. 15 dicembre 1965), n. 19;

----- sentenza 01 giugno 1967 (Ud. 15 febbraio 1967), n. 68;

----- sentenza 20 Gennaio 1971, n. 1, in “Giurisprudenza Costituzionale”, 1971, I, pp. 1 e ss

----- sentenza 09 giugno 1972 (Ud. 25 maggio 1972), n. 106

----- sentenza 05 aprile 1974 (Ud. 20 febbraio 1974), n. 110;

----- sentenza 06 giugno 1975 (Ud. 20 marzo 1975), n. 146;

----- sentenza 08 luglio 1982 (Ud. 10 febbraio 1982), n. 139,;

----- sentenza 15 luglio 1983 (ud. 25 maggio 1983), n. 249;

----- sentenza 27 aprile 1994 (Ud. 12 aprile 1994), n. 168;

----- sentenza 14 luglio 1998 (Ud. 25 marzo 1998), n. 324;

----- sentenza 02 luglio 2003 (Ud. 07 maggio 2003), n. 253, pubblicata in “Giurisprudenza Costituzionale”, 2003, 48, 2, pp. 2109 e ss.;

----- sentenza 17 novembre 2004 (ud. 29 settembre 2004), n. 367;

----- ordinanza 20 giugno 2005, n. 254;

----- sentenza 9 ottobre 2013, n. 279;

----- sentenza 24 giugno 2015, n. 186;

EUROPEAN COURT OF HUMAN RIGHTS ECHR, *Affaire Torreggiani et autres c. Italie*, Strasbourg 8 janvier 2013, (Requêtes n. 43517/09, 46882/09, 57875/09, 61535/09, 35315/10, 37818/10);

GIUDICE DI SORVEGLIANZA DEL TRIBUNALE DI PISA, ordinanza del 24 Gennaio 1972, n. 58 del Registro delle ordinanze 1972, pubblicata in *Giurisprudenza Costituzionale*, 1972, pp. 592 e ss.

TRIBUNALE DI SORVEGLIANZA DI MESSINA, Ordinanza del 16 luglio 2014 (SIUS 2014/430 TDS), pubblicata su “Diritto Penale Contemporaneo - Rivista online”

TRIBUNALE SANTA MARIA CAPUA VETERE, 9 maggio 1978; Pres. ed est. Di Tolla; imp. Ragozzino ed altri, pubblicata su “Il Foro Italiano”, 104 (1981), 3, pp. 169 – 186, con note di M. SCIALOJA

TRIBUNALE NAPOLI, 20 settembre 1977; Pres. ed estensore Morello; imp. Rosapepe ed altri, pubblicata su “Il Foro Italiano”, 104 (1981), 3, pp. 185-198, con note di M. SCIALOJA

UFFICIO DI SORVEGLIANZA PRESSO IL TRIBUNALE DI PADOVA, Ordinanza 21 maggio 1979, pubblicata in “Rassegna penitenziaria e criminologica”, 1-2, 1981, pp. 209 e ss.

SUPREMA CORTE DI CASSAZIONE, SEZ. PEN. V., sentenza 27 giugno 2000;

----- SEZ. PEN I, sentenza 25 marzo 2004, n. 16940;  
----- SEZ. I, 22 marzo 2018 (ud. 23 novembre 2017);  
----- SEZ. UN., sentenza 8 marzo 2005, n. 916  
----- sentenza 8 Gennaio 2010, n. 9656

## DOCUMENTI

AGENZIA DEL DEMANIO – DIREZIONE REGIONALE TOSCANA E UMBRIA,  
*Avviso manifestazione di interesse*, Prot. n. 2017/ 1617/RI, 06.09.2017

ASSOCIAZIONE ANTIGONE, *Torna il carcere. XII rapporto. Sezione Senza OPG. La fine di una Storia e il futuro incerto*, 2017;

----- *Un anno di carcere. XIV rapporto sulle condizioni di detenzione*, 2018 – M. MIRAVALLE e D. RONCO (a cura di) Sezione *Salute e Rems*

BUREAU OF JUSTICE STATISTICS, *Key Statistics*, <Estimated number of inmates held in local jails or under the jurisdiction of state or federal prisons and incarceration rate, 1980-2016>, sul sito internet del Bureau, [www.bjs.gov](http://www.bjs.gov)

----- *Rates of violent victimizations, 1993-2016*. Generated using the NCVS Victimization Analysis Tool, sul sito del Bureau, [www.bjs.gov](http://www.bjs.gov) (visitato in data 16/11/2018);

CAMERA DEI DEPUTATI (XVI LEGISLATURA), *Resoconto stenografico seduta pubblica n. 582*, 7 febbraio 2012;

----- *Resoconto stenografico seduta pubblica n. 583*, 8 febbraio 2012;

----- *Resoconto stenografico seduta pubblica n. 584*, 9 febbraio 2012;

----- *Resoconto stenografico seduta pubblica n. 585*, 14 febbraio 2012;

CAMERA DEI DEPUTATI DEL REGNO D'ITALIA, *Tornata di lunedì 28 maggio 1888*, atti parlamentari, Legislatura XVI, 2° sessione, discussione, CXI, pp. 2987 – 2988;

COMITATO PER LA LEGISLAZIONE – CAMERA DEI DEPUTATI (XVI LEGISLATURA), *Resoconto stenografico seduta 31 gennaio 2012*;

COMMISSIONE GROSSO – PER LA MODIFICA DEL CODICE PENALE (1 ottobre 1998), *Progetto preliminare di riforma del codice penale*, 12 settembre 2000;

COMMISSIONE PISAPIA – PER LA RIFORMA DEL CODICE PENALE (27 luglio 2006), *Relazione*, 19 novembre 2007;

COMMISSIONE PELISSERO – PER LA RIFORMA DEL SISTEMA NORMATIVO DELLE MISURE DI SICUREZZA PERSONALI E DELL’ASSISTENZA SANITARIA IN AMBITO PENITENZIARIO SPECIE PER LE PATOLOGIE DI TIPO PSICHIATRICO, *Relazione e articolato*, 2018;

COMMISSIONE PARLAMENTARE D’INCHIESTA SULL’EFFICACIA E L’EFFICIENZA DEL SISTEMA SANITARIO NAZIONALE – SENATO DELLA REPUBBLICA – XVI LEGISLATURA, *Relazione sulle condizioni di vita e di cura all’interno degli ospedali psichiatrici giudiziari*, 20 luglio 2011, Doc. XXII-bis n. 4, p. 3. La relazione, gli ordini del giorno della Commissione, i resoconti stenografici e/o sommari delle sedute e ogni altro atto o documento prodotto sono reperibili sul sito del Senato della Repubblica, nell’area dedicata alle Commissioni e Giunte della XVI Legislatura e, nello specifico, alla Commissione d’inchiesta sull’efficacia e l’efficienza del sistema sanitario nazionale, [www.senato.it](http://www.senato.it);

----- *Resoconto stenografico seduta* n. 14 del 01/04/2009;

----- *Resoconto stenografico seduta* n. 33 del 23/09/2009;

----- *Resoconto stenografico seduta* n. 34 del 29/09/2009;

----- *Resoconto stenografico seduta* n. 35 del 30/09/2009;

----- *Resoconto stenografico seduta* n. 37 del 15/10/2009;

----- *Resoconto stenografico seduta* n. 57 del 02/02/2010;

----- *Resoconto stenografico seduta* n. 61 del 16/02/2010;

----- *Resoconto stenografico seduta* n. 62 del 23/02/2010;

----- *Resoconto stenografico seduta* n. 63 del 02/03/2010;

----- *Resoconto stenografico seduta* n. 69 del 05/05/2010;

----- *Resoconto stenografico seduta* n. 71 del 18/05/2010;

----- *Resoconto stenografico seduta* n. 73 del 16/06/2010;

----- *Resoconto stenografico seduta* n. 74 del 22/06/2010;

----- *Resoconto stenografico seduta* n. 75 del 06/07/2010;

----- *Resoconto stenografico seduta* n. 76 del 07/07/2010;

----- *Resoconto stenografico seduta* n. 79 del 27/07/2010;

----- *Resoconto stenografico seduta* n. 84 del 29/09/2010;

----- *Resoconto stenografico seduta* n. 85 del 05/10/2010;

----- *Resoconto stenografico seduta* n. 86 del 06/10/2010;

----- *Resoconto stenografico seduta* n. 87 del 13/10/2010;

----- *Resoconto stenografico seduta* n. 88 del 19/10/2010;

----- *Resoconto stenografico seduta* n. 89 del 27/10/2010;  
----- *Resoconto stenografico seduta* n. 91 del 16/11/2010;  
----- *Resoconto stenografico seduta* n. 92 del 17/11/2010;  
----- *Resoconto stenografico seduta* n. 94 del 24/11/2010;  
----- *Resoconto stenografico seduta* n. 95 del 07/12/2010;  
----- *Resoconto stenografico seduta* n. 96 del 15/12/2010;  
----- *Resoconto stenografico seduta* n. 97 del 20/12/2010;  
----- *Resoconto stenografico seduta* n. 100 del 19/01/2011;  
----- *Resoconto stenografico seduta* n. 105 del 09/02/2011;  
----- *Resoconto stenografico seduta* n. 106 del 23/02/2011;  
----- *Resoconto stenografico seduta* n. 109 del 15/03/2011;  
----- *Resoconto stenografico seduta* n. 110 del 22/03/2011;  
----- *Resoconto stenografico seduta* n. 111 del 23/03/2011;  
----- *Resoconto stenografico seduta* n. 112 del 29/03/2011;  
----- *Resoconto stenografico seduta* n. 118 del 18/05/2011;  
----- *Resoconto stenografico seduta* n. 119 del 07/06/2011;  
----- *Resoconto stenografico seduta* n. 120 del 14/06/2011;  
----- *Resoconto stenografico seduta* n. 121 del 21/06/2011;  
----- *Resoconto stenografico seduta* n. 123 del 06/07/2011;  
----- *Resoconto stenografico seduta* n. 124 del 14/07/2011;  
----- *Resoconto stenografico seduta* n. 125 del 20/07/2011;  
----- *Resoconto stenografico seduta* n. 126 del 28/07/2011;  
----- *Resoconto stenografico seduta* n. 128 del 21/09/2011;  
----- *Resoconto stenografico seduta* n. 129 del 19/10/2011;  
----- *Resoconto stenografico seduta* n. 131 del 26/10/2011;  
----- *Resoconto stenografico seduta* n. 133 del 15/11/2011;  
----- *Resoconto stenografico seduta* n. 135 del 30/11/2011;  
----- *Resoconto stenografico seduta* n. 139 del 21/12/2011;  
----- *Resoconto stenografico seduta* n. 140 del 17/01/2012;  
----- *Resoconto stenografico seduta* n. 146 del 21/02/2012;  
----- *Resoconto stenografico seduta* n. 147 del 28/02/2012;  
----- *Resoconto stenografico seduta* n. 149 del 07/03/2012;  
----- *Resoconto stenografico seduta* n. 155 del 03/04/2012;  
----- *Resoconto stenografico seduta* n. 159 del 08/05/2012;  
----- *Resoconto stenografico seduta* n. 160 del 15/05/2012;  
----- *Resoconto stenografico seduta* n. 161 del 17/05/2012;

----- *Resoconto stenografico seduta* n. 163 del 31/05/2012;  
----- *Resoconto stenografico seduta* n. 165 del 07/06/2012;  
----- *Resoconto stenografico seduta* n. 169 del 04/07/2012;  
----- *Resoconto stenografico seduta* n. 177 del 19/09/2012;  
----- *Resoconto stenografico seduta* n. 180 del 03/10/2012;  
----- *Resoconto stenografico seduta* n. 181 del 09/10/2012; n. 184 del 08/11/2012

II COMMISSIONE PERMANENTE (GIUSTIZIA) – SENATO DELLA REPUBBLICA (XVI LEGISLATURA), *Resoconto sommario 273° Seduta*, 4 Gennaio 2012 (antimeridiana);

-----*Resoconto sommario 274° Seduta*, 10 Gennaio 2012 (pomeridiana);  
-----*Resoconto sommario 276° seduta*, 11 Gennaio 2012 (pomeridiana);  
-----*Resoconto sommario 277° Seduta*, 12 Gennaio 2012 (pomeridiana);  
-----*Resoconto sommario 278° Seduta*, 12 Gennaio 2012 (pomeridiana);

II COMMISSIONE (GIUSTIZIA) – CAMERA DEI DEPUTATI (XVI LEGISLATURA), *Resoconto stenografico seduta 31 gennaio 2012*;

----- *Resoconto stenografico seduta 1 febbraio 2012*;  
----- *Resoconto stenografico seduta 2 febbraio 2012*;  
----- *Resoconto stenografico seduta 6 febbraio 2012*;  
----- *Resoconto stenografico seduta 7 febbraio 2012*; ID. *Resoconto stenografico seduta 8 febbraio 2012*;

I COMMISSIONE PERMANENTE (AFFARI COSTITUZIONALI) – SENATO DELLA REPUBBLICA (XVI LEGISLATURA), *Resoconto sommario 344° Seduta*, 22 Dicembre 2011 (pomeridiana);

----- *Resoconto sommario 345° Seduta*, 10 Gennaio 2012 (pomeridiana);  
----- *Resoconto sommario 181° Seduta*, 17 Gennaio 2012 (pomeridiana);

I COMMISSIONE (AFFARI COSTITUZIONALI) – CAMERA DEI DEPUTATI (XVI LEGISLATURA), *Resoconto stenografico seduta 7 febbraio 2012*; ;

----- *Resoconto stenografico seduta 8 febbraio 2012*;

COMMISSIONE (AFFARI ESTERI) – CAMERA DEI DEPUTATI (XVI LEGISLATURA), *Resoconto stenografico seduta 1 febbraio 2012*;

V COMMISSIONE PERMANENTE (BILANCIO) – SENATO DELLA REPUBBLICA, *Resoconto sommario 629° seduta*, 11 Gennaio 2012 (pomeridiana);

----- *Resoconto sommario 630° Seduta*, 12 Gennaio 2012 (antimeridiana);

----- *Resoconto sommario 631° Seduta*, 17 Gennaio 2012 (pomeridiana);

----- *Resoconto sommario 632° Seduta*, 18 Gennaio 2012 (antimeridiana);

----- *Resoconto sommario 633° Seduta*, 18 Gennaio 2012 (pomeridiana);

----- *Resoconto sommario 634° Seduta*, 19 Gennaio 2012 (antimeridiana);

----- *Resoconto sommario 635° Seduta*, 25 Gennaio 2012 (antimeridiana);

----- *Resoconto sommario 636° Seduta*, 25 Gennaio 2012 (pomeridiana);

V COMMISSIONE (BILANCIO E TESORO) – CAMERA DEI DEPUTATI (XVI LEGISLATURA), *Resoconto stenografico seduta del 7 febbraio 2012*;

----- *Resoconto stenografico seduta del 8 febbraio 2012*;

VI COMMISSIONE (FINANZE) – CAMERA DEI DEPUTATI (XVI LEGISLATURA), *Resoconto stenografico seduta del 7 febbraio 2012*;

XI COMMISSIONE (LAVORO) – CAMERA DEI DEPUTATI (XVI LEGISLATURA), *Resoconto stenografico seduta del 07 febbraio 2012*;

XII COMMISSIONE (AFFARI SOCIALI) – CAMERA DEI DEPUTATI (XVI LEGISLATURA), *Resoconto stenografico seduta del 2 febbraio 2012*;

----- *Resoconto stenografico seduta del 7 febbraio 2012*;

XIV COMMISSIONE (UNIONE EUROPEA) – CAMERA DEI DEPUTATI (XVI LEGISLATURA), *Resoconto stenografico seduta del 1 febbraio 2012*;

----- *Resoconto stenografico seduta del 7 febbraio 2012*;

COMMISSIONE STRAORDINARIA PER LA TUTELA E PROMOZIONE DEI DIRITTI UMANI – SENATO DELLA REPUBBLICA – XVII LEGISLATURA, *La contenzione meccanica*, Rapporto conclusivo;

COMMISSARIO *AD ACTA* PER LA SALUTE DELLA REGIONE ABRUZZO, nota prot. 85455 del 20.04.2016;

COMMISSARIO *AD ACTA* PER LA SALUTE DELLA REGIONE MOLISE, nota prot. 0002365/13 del 07.02.2013;

COMMISSARIO UNICO PER IL SUPERAMENTO DEGLI OSPEDALI PSICHIATRICI GIUDIZIARI (FRANCO CORLEONE), *Relazione Semestrale sulle attività svolte dal Commissario unico per il superamento degli OPG (19 febbraio 2016 – 19 agosto 2016)*;

----- *Seconda relazione Semestrale sulle attività svolte dal Commissario unico per il superamento degli OPG (19 agosto 2016 – 19 febbraio 2017)*;

CONSIGLIO SUPERIORE DELLA MAGISTRATURA, *Direttive interpretative ed applicative in materia di superamento degli Ospedali psichiatrici giudiziari (OPG) e di*

*istituzione delle Residenze per l'esecuzione delle misure di sicurezza (REMS), di cui alla legge n. 81 del 2014, delibera, 19 aprile 2017;*

----- *Risoluzione del 24 settembre 2018, pubblicata in “Diritto penale contemporaneo” rivista online, 5 novembre 2018*

COUNCIL OF EUROPE – EUROPEAN COMMITTEE FOR THE PREVENTION OF TORTURE AND INHUMAN OR DEGRADING TREATMENT AND PUNISHMENT, *Rapport au Gouvernement de l'Italie relatif a la visite effectuée par le Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants (CPT) en Italie du 15 au 27 mars 1992, Strasbourg, 31 janvier 1995, CPT/Inf (95) 1;*

----- *Rapport au Gouvernement de l'Italie relatif a la visite effectuée par le Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants (CPT) en Italie du 22 octobre au 6 novembre 1995, Strasbourg, 4 décembre 1997, CPT/Inf (97) 12 [Partie 1];*

----- *Rapport au Gouvernement de l'Italie relatif a la visite effectuée par le Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants (CPT) en Italie du 13 au 25 février 2000, Strasbourg, 29 janvier 2003, CPT/Inf (2003) 1;*

----- *Report to the Italian Government in the visit to Italy carried out by the European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment and Punishment (CPT) from 14 to 26 september 2008, CPT/Inf (2010) 12;*

----- *Report to the Italian Government in the visit to Italy carried out by the European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment and Punishment (CPT) from 14 to 18 June 2010, CPT/Inf (2013) 30 [Part 1];*

COUNCIL OF EUROPE - COMMITTEE OF MINISTERS, *Resolution CM/ResDH(2016)28 Execution of the judgments of the European Court of Human Rights Two cases against Italy, 8 marzo 2016;*

DIRETTORE GENERALE DELLE CARCERI – M. BELTRANI SCALIA, *Relazione al Regolamento Generale per gli Stabilimenti Carcerari e per i Riformatori Governativi del Regno del 1891, Tipografia delle Mantellate, Roma 1957;*

EUROPEAN UNION, *Common European Guidelines on the Transition from Institutional to Community Based Care, in [www.deinstitutionalisationguide.eu](http://www.deinstitutionalisationguide.eu);*

FEDERAZIONE ITALIANA EDITORI GIORNALI (FIEG), *Rapporto 2017 sull'industria dei quotidiani in Italia*

GIUNTA REGIONALE DELL'ABRUZZO, provvedimento n. 102 del 11.02.2013;

GIUNTA REGIONALE DELLA BASILICATA, delibera del 07 ottobre 2014, n. 1216;  
----- Delibera della Giunta Regionale della Basilicata del 27 marzo 2015, n. 358;  
GIUNTA REGIONALE DEL PIEMONTE, delibera 26-2048 del 01.09.2015;  
L'ALTRO DIRITTO, *Memoria al Comitato dei Ministri del Consiglio d'Europa sulla sentenza Torreggiani e altri contro Italia*;  
MINISTRO DELLA SALUTE (LORENZIN) E MINISTRO DELLA GIUSTIZIA (ORLANDO), *Relazione sullo stato di attuazione delle iniziative per il superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari (aggiornata al 30 settembre 2014)*, Atti parlamentari, XVII Legislatura, Camera dei deputati, Doc. CCXVII, N. 1;  
----- *Relazione sullo stato di attuazione delle iniziative per il superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari (aggiornata al 30 dicembre 2014)*, Atti parlamentari, XVII Legislatura, Camera dei deputati, Doc. CCXVII, N. 2;  
----- *Relazione sullo stato di attuazione delle iniziative per il superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari (aggiornata al 31 marzo 2015)*, Atti parlamentari, XVII Legislatura, Camera dei deputati, Doc. CCXVII, N. 3;  
----- *Relazione sullo stato di attuazione delle iniziative per il superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari (aggiornata al 31 dicembre 2015)*, Atti parlamentari, XVII Legislatura, Camera dei deputati, Doc. CCXVII, N. 4;  
----- *Relazione del Ministro della Salute e del Ministro di Giustizia al Parlamento sul Programma di superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari, di cui all'art. 1, comma 2 bis, della Legge 81/2014 di conversione del decreto legge 31 marzo 2014, n. 52, recante "Disposizioni urgenti in materia di superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari"*, Atti Parlamentari, XVII Legislatura, Camera dei Deputati, Doc. CCXVII, n. 5, 5 agosto 2016;  
MINISTERO DELLA GIUSTIZIA - STATI GENERALI SULL'ESECUZIONE PENALE  
– TAVOLO 11, *Relazione*;  
----- *Proposte di modifica normativa*;  
----- *Raccolta documenti*;  
PRESIDENTE DELLA REPUBBLICA – GIORGIO NAPOLITANO, *Messaggio di fine anno del Presidente della Repubblica Giorgio Napolitano*, Palazzo del Quirinale – Roma, 31.12.2011  
PRISON STUDIES, *Prison Brief Data, United Kingdom*, <Prison Population Trend>, sul sito dei Prison Studies, [www.prisonstudies.org](http://www.prisonstudies.org) (visitato il 16/11/2018).

----- *Prison Brief Data, France*, <Prison Population Trend>, sul sito dei Prison Studies, [www.prisonstudies.org](http://www.prisonstudies.org) (visitato il 16/11/2018)

----- *Prison Brief Data, Italy*, <Prison Population Trend>, sul sito dei Prison Studies, [www.prisonstudies.org](http://www.prisonstudies.org) (visitato il 16/11/2018)

----- *Prison Brief Data, Spain*, <Prison Population Trend>, sul sito dei Prison Studies, [www.prisonstudies.org](http://www.prisonstudies.org) (visitato il 16/11/2018).

PRESIDENTE REGIONE CAMPANIA, Decreto presidenziale del 30.09.2014, n. 104, Pubblicato sul Bollettino Unico Regione Campania del 06.10.2014, n. 69;

REGIONE LOMBARDIA E LA REGIONE VALLE D'AOSTA/VALLÉ D'AOSTE, accordo 03.09.2013;

SENATO DELLA REPUBBLICA - VI LEGISLATURA, Seduta pubblica n. 398, Tipografia del Senato, pp. 18839 e ss.;

SENATO DELLA REPUBBLICA – XVI LEGISLATURA, Resoconto stenografico della Seduta pubblica del 25.01.2012, n. 664;

----- *Resoconto sommario e stenografico 654° seduta pubblica*, 11 gennaio 2012 (pomeridiana);

----- *Resoconto sommario e stenografico 658° seduta pubblica*, 18 gennaio 2012 (antimeridiana);

----- *Resoconto sommario e stenografico 659° seduta pubblica*, 18 gennaio 2012 (pomeridiana);

----- *Resoconto sommario e stenografico 660° seduta pubblica*, 19 gennaio 2012 (antimeridiana);

----- *Resoconto sommario e stenografico 662° seduta pubblica*, 24 gennaio 2012 (pomeridiana);

----- *Resoconto sommario e stenografico 664° seduta pubblica*, 25 gennaio 2012 (pomeridiana);

SENATORE IGNAZIO MARINO, *Dichiarazione di voto sull'emendamento 3.0.4. (testo 4) al decreto legge n. 211 (3074)*, in SENATO DELLA REPUBBLICA – XVI LEGISLATURA, *Resoconto Stenografico della Seduta pubblica del 25.01.2012, n. 664 – Allegato B*

SENATORE MICHELE SACCOMANNO, *Dichiarazione di voto sull'emendamento 3.0.4. (testo 4) al decreto legge n. 211 (3074)*, in SENATO DELLA REPUBBLICA – XVI LEGISLATURA, *Resoconto Stenografico della Seduta pubblica del 25.01.2012, n. 664 – Allegato B*;

SERVIZIO STUDI – CAMERA DEI DEPUTATI (XVI LEGISLATURA), *Interventi urgenti per il contrasto della tensione detentiva determinata dal sovraffollamento delle carceri - D.L. 211/2011 - A.C. n. 4909 - Elementi di valutazione sulla qualità del testo e su specificità, omogeneità e limiti di contenuto del decreto-legge*, Dossier n. 140, 31 gennaio 2012;

----- *Interventi urgenti in materia di sovraffollamento carcerario - D.L. 211/2011 - A.C. 4909 - Elementi per la valutazione degli aspetti di legittimità costituzionale*, Dossier n. 356, 7 febbraio 2012;

----- *Interventi urgenti in materia di sovraffollamento carcerario - D.L. 211/2011 A.C. 4909 Schede di lettura e documentazione*, Dossier n. 584, 30 gennaio 2012;

----- *Interventi urgenti in materia di sovraffollamento carcerario - D.L. 211/2011 A.C. 4909 Elementi per l'istruttoria legislativa*, Dossier n. 584/9, 30 gennaio 2012;

SERVIZIO BILANCIO DELLO STATO – CAMERA DEI DEPUTATI, *(AC 4909) DL 211/2011 contrasto della tensione detentiva determinata dal sovraffollamento delle carceri*, Dossier n. 374, 7 febbraio 2012;

WORLD HEALTH ORGANIZATION, *Innovation in Deinstitutionalization. A Who survey*, WHO Library, Geneva 2014;



## RINGRAZIAMENTI

Scrivo tanto ma non sono soddisfatt-

Scrivo tanto ma non sono soddis-

Scrivo -

Scrivo tanto

Soddisfatto mai

[M. Salvemini – in arte Caparezza, Il testo che avrei voluto scrivere]

Scrivere è una questione di divenire, sempre incompiuto, sempre in fieri, e che travalica qualsiasi materia, vivibile o vissuta.

[G. Deleuze, La letteratura e la vita, in ID., Critica e clinica, p. 13]

Questa ricerca, questo studio, questo scritto sono stati e sono una questione di divenire. Chi leggesse il progetto di ricerca originario non riuscirebbe a scorgere molte somiglianze. Tutto è cambiato, al punto da sembrare stravolto. Di questi cambiamenti di direzione, delle varie svolte sono complici molte persone, che abbiamo o meno partecipato direttamente a questo lavoro, con consigli, letture, critiche e suggerimenti.

Ho sempre pensato al dottorato, come un momento di (tras)formazione e per questo, forse, nel percorso di ricerca ho vacillato, non sentendo mai di avere un terreno stabile sotto i piedi, una via già delineata da seguire. Questa sensazione ha reso il mio procedere incerto, faticoso e ansiogeno. Ma se l'attività di studio, di ricerca, di spasmodica battitura delle dita sui tasti di un computer portatile può avere un senso, per me, questo senso è sempre stato di *giocherellare a palla con il mio cervello, cercando di lanciarlo oltre il confine stabilito, che qualcuno ha tracciato ai bordi dell'infinito.*

Questi anni sono stati inquieti, per una disposizione caratteriale, per la paura connessa all'atto di prendere parola, per un certo senso di responsabilità, per il timore del giudizio, per la sensazione di non essere mai abbastanza pronta. Ma sono stati anche entusiasmanti, per le letture, per i convegni cui ho preso parte, per le persone che ho conosciuto, per i viaggi, per i tentativi di riflessione abbozzati, per le scritte lasciate sui tanti taccuini che invadono la mia piccola dimora. Per questi momenti vitali, ho tante persone da ringraziare.

In primo luogo, non avrei intrapreso questa strada se non fosse stato per *Rosaria Piroso*, mia docente e amica, che mi ha spronato e fornito un affettuoso supporto, quando nessuno credeva nell'impresa che volevo con testardaggine compiere, quando la mia scelta di proseguire negli studi era definita "un problema", quando ho lasciato i lidi dell'accademia fiorentina, per barcamenarmi nel tentativo di essere presa sul serio altrove. Un grazie anche alla *Zia Pina*, che in quell'autunno incerto di attesa, dalla Sicilia ha fatto il tifo per me.

Ringrazio i Professori *Adalgiso Amendola* e *Gennaro Avallone*, che nella selezione mi hanno dato credito, non conoscendomi. Li ringrazio, inoltre, per i moltissimi spunti, per le letture suggerite, per le problematizzazioni e soprattutto per avermi insegnato, prima ancora che con le parole con l'esperienza, che «il sapere non è fatto per comprendere, è fatto per prendere posizione». A *Giso* sono inoltre grata per aver pazientemente atteso una produzione che si è a lungo lasciata desiderare e manifestata tutta assieme negli ultimi mesi del dottorato, per la lettura attenta e per i pregevoli consigli.

Ringrazio *Chiara Iannaccone* per la condivisione di ogni centimetro di questa strada, incontrarci e (ri)conoscerci è stata una delle maggiori fortune di questa avventura. Ringrazio inoltre la sua famiglia, che mi ha accolto, sempre con grande calore.

Ringrazio mia mamma *Stefania*, che si è prestata, con amore, ad un faticosissimo lavoro di correzione di bozze.

Un "capitolo" di questi ringraziamenti è dedicato *alle compagne e ai compagni della Segreteria del Comitato Arci provinciale di Pistoia*, vera risorsa di questo periodo assurdo. Mi avete offerto impegno, scintille e distrazione e avete reso più sereni - e perfino divertenti - gli ultimi sei mesi di questo percorso.

Siete stati indispensabili per la mia sopravvivenza. Con grande naturalezza, avete accettato le mie assenze e le mie presenze improvvise, le andate e i ritorni repentini e prolungati, l'impegno e le mancanze, gli eccessi alcolici e quelli caratteriali, il tono di voce alto, la

risata sguaiata, gli incupimenti immotivati, le prese di posizione, l'indisciplina e la disciplina ferrea, a targhe alterne. Senza imprimere giudizi e marchiature, prendendo quello che potevo darvi ed offrendo supporto e sostegno incondizionati.

A *Silvia*, per il calore, l'affetto e l'esuberanza, per le battaglie condotte e per quelle da condurre, per essere una vera Presidenta pasionaria;

Ad *Alekos* (aka *Alberto*), complesso e affine, per l'ascolto e la comprensione, per gli amari al luppolo, per i mille progetti da immaginare ed in cui perdersi, che trovino o meno realizzazione;

A *Matteo* per il rigore, l'impegno e la precisione, per i quadernini con gli appunti, le tabelle, l'organizzazione impeccabile e, ovviamente, per il ballo liscio;

A *Mattia* per la pacatezza e per l'abilità nel gestire equilibri, per essersi sorbito, in cambio di un passaggio in auto, sproloqui di ogni genere e sorta (so che il gioco non valeva la candela).

Rimettendo "la giacca nell'armadio", coltivo la speranza che la chiusura di questo capitolo di esistenza, mi possa dare l'occasione di ricambiare almeno una parte dell'affetto che mi avete saputo dare.

Ringrazio *Pontelungo*, il quartiere periferico in cui sono nata, cresciuta, in cui vivo e a cui sono legata da un amore che non ha niente a che fare con il senso d'identità. La relazione con questo luogo, con i suoi abitanti, con i suoi problemi è sempre stata un'insolita mistura tra il sentirlo come la mia unica casa e l'esservi profondamente straniera e a questo rapporto devo una buona parte di ciò che oggi sono, una parte dei miei squilibri e del mio essere in bilico.

Questo lavoro è dedicato a mia nonna *Ezzelina*, nata nel 1921 in un piccolo paese di collina nel comune di Pistoia, ultima di dieci figli. Detestava il suo nome inusuale, ma con l'ironia con cui ha sempre affrontato la vita diceva «poteva andarmi peggio, potevano chiamarmi Finimola».

L'Ezzelina aveva la terza elementare e non perdonò mai uno dei suoi fratelli per non averle consentito di proseguire almeno fino alla quinta. Quel livello di istruzione era ritenuto fin troppo per una donna dell'appennino toscano negli anni '30 e la prosecuzione negli studi era insostenibile per una numerosa famiglia contadina, che quando c'erano ospiti a casa faceva saltare la cena ai figli più piccoli.

Così, L'Ezzelina, giovanissima, è partita per andare a fare la donna di servizio in alcune famiglie nobili, prima a Torino e poi a Firenze. Non ha mai abbandonato la sua passione per la lettura e anche da anziana leggeva qualsiasi cosa le capitasse. Donna minuta, con gambe magrissime, simpatica e forte, raccontava aneddoti e storie, dipingendo ritratti paradossali e arguti. Con *Aldo* formava una coppia inusuale: lui emotivo, lei risoluta e all'apparenza impassibile.

Io ho davvero percepito la realtà della morte e dell'assenza di una persona, quando se n'è andata, perché credevo irrazionalmente che sarebbe vissuta in eterno.

Sono passati anni, ma per me è ancora seduta davanti alla finestra della camera, che ho condiviso con lei, nelle estati dopo la morte di nonno. Affacciata su quel paesaggio premontano, ricama e tratteggia il racconto di quando i fascisti in parata arrivarono in paese da Cireglio, con le bandiere ormai a brandelli, rimaste impigliate nei rovi, ridendo amaramente per quella ridicola mostra di un fasto improbabile, sbriciolato da un esercito di casce.

Per me, che *son della razza mia la prima che ha studiato*, questo è un traguardo. Non ho mai voluto dare molto peso al titolo e quando ho iniziato questo percorso, volevo soltanto avere l'occasione di acquisire strumenti per guardare diversamente al mondo.

Ma questo titolo un peso ce l'ha, ce l'ha per chi non lo ha potuto conseguire, per *Ezzelina*, a cui è dedicato.