

Il muro dell'imputabilità

Dopo la chiusura dell'Opg, una scelta radicale

a cura di
Franco Corleone



Il muro dell'imputabilità

Dopo la chiusura dell'Opg, una scelta radicale

a cura di
Franco Corleone

Hanno collaborato:
Simona Bonatti, Filippo Gabbrielli, Bianca Gennari Casparis, Luciano Moretti e Katia Poneti
Ufficio del garante delle persone sottoposte a misure restrittive della libertà personale

Saverio Migliori, Alessandro Masetti
Fondazione Giovanni Michelucci

In copertina: Frammento graffito del muro di Berlino

Stampa
Tipografia Consiglio regionale della Toscana

© Copyright 2019, Consiglio regionale della Toscana

Fondazione Michelucci Press
via Beato Angelico 15 – 50014 Fiesole (FI)
www.michelucci.it
ISBN 9788899210175 (edizione cartacea)

Ufficio del Garante delle persone sottoposte a misure restrittive della libertà personale

Tel: 055-2387803

Fax: 055-2387985

e-mail: garante.dirittidetenuti@consiglio.regione.toscana.it

sito web: <http://www.consiglio.regione.toscana.it/garante-detenuti/default.aspx>

Il muro dell'imputabilità

Dopo la chiusura dell'Opg, una scelta radicale

a cura di
Franco Corleone

Sommario

4

Introduzione

- 7 La responsabilità è terapeutica
Franco Corleone

Parte prima

- 13 Abolire il doppio binario
Giulia Melani
- 33 La proposta di legge
- 37 Il quadro nazionale delle REMS
Evelin Tavormina
- 43 Quale futuro per una "rivoluzione gentile"?
Pietro Pellegrini
- 71 Osservatorio sulle REMS: Primo report
Stefano Cecconi, Pietro Pellegrini
- 79 Analisi dei Protocolli operativi sulle misure di sicurezza
Katia Poneti

Parte seconda

- 95 Sentenza della Corte Costituzionale n.99/2019
- 109 Ordinanza della Corte di Cassazione n.13382/2018
- 127 Parere del Comitato Nazionale per la Bioetica
- 147 Risoluzione del Consiglio Superiore della Magistratura del 24 settembre 2018
- 153 Risoluzione del Consiglio Superiore della Magistratura del 19 aprile 2017

Parte terza

- 169 Interventi sulla rubrica Fuoriluogo de *il manifesto*

 - 196 Riferimenti bibliografici
 - 208 Gli autori
-

Introduzione

La responsabilità è terapeutica

Franco Corleone

7

I muri dividono fisicamente e ideologicamente. Quest'anno è stata celebrata la caduta del Muro di Berlino avvenuta nel 1989 e contemporaneamente in maniera contraddittoria vengono progettati altri muri per impedire ai poveri di cercare fortuna nel mondo dei ricchi.

Le città antiche erano provviste di mura ma le porte testimoniavano l'apertura; i ghetti delimitavano lo spazio di vita degli ebrei e venivano chiusi alla sera. Le carceri sono invece caratterizzate dal muro di cinta per impedire fughe ed evasioni.

Alex Langer amava molto i ponti; è stato definito un costruttore di ponti nel senso di essere instancabilmente impegnato nella creazione di occasioni per facilitare il dialogo interetnico, lo scambio culturale, le relazioni umane. Una ricerca di convivenza e di convivialità.

I muri più terribili sono quelli dell'intolleranza e soprattutto quelli costruiti dal senso comune più che dalle pietre. Le menzogne convenzionali impediscono l'espressione della intelligenza e della ragione. Sono costruzioni difficili da smontare perché si alimentano con il pregiudizio.

Da quasi mezzo secolo mi occupo di giustizia, di diritto e diritti, di istituzioni totali, di manicomi e di carceri da diversi punti di osservazione e di azione. Ho ancora vivo il ricordo dei detenuti sui tetti di San Vittore e la mia partecipazione come militante radicale negli anni Settanta e poi le visite nelle carceri come parlamentare; non dimentico i colloqui con detenuti "eccellenti" come Epaminonda e Contorno; rimane fondamentale il giro di ispezioni alla fine degli anni ottanta nei manicomi ancora aperti dopo dieci anni dalla approvazione della legge 180 che si concluse con il blitz nel lager di Agrigento con Gad Lerner, il fotografo Franco Zecchin e Domenico Modugno, allora mio compagno di Gruppo al Senato.

Ho sognato cambiamenti e quando ho avuto responsabilità di governo mi sono impegnato per realizzare le idee professate e su molti temi sono riuscito a cambiare e non a essere cambiato.

La denuncia dello scandalo delle carceri d'oro, gli emendamenti alla legge Gozzini e alla legge sulla dissociazione sono stati momenti entusiasmanti;

allo stesso modo la Relazione di minoranza alla Commissione Antimafia incentrata sul caso Contorno. Negli anni di sottosegretario alla Giustizia posso ricordare la tenacia per portare a compimento tanti provvedimenti che hanno segnato una bella stagione riformatrice: la redazione del Regolamento penitenziario del 2000 con la regia di Sandro Margara, la legge Finocchiaro per le detenute madri, la legge Smuraglia sul lavoro, l'incompatibilità per i malati di Aids e altre gravi patologie, la legge Simeone-Saraceni e l'elenco potrebbe continuare. Ma la realizzazione che mi inorgoglisce di più è stata la decisione della costruzione del Giardino degli Incontri nel carcere di Sollicciano a Firenze, l'ultimo grande progetto di Giovanni Michelucci.

Infine sono stato protagonista della incredibile chiusura degli Opg, i tremendi manicomi giudiziari (criminali) graziati dalla 180 nel 1978. Abbiamo potuto festeggiare i quaranta anni della legge Basaglia con una conquista voluta dal basso, costruita dal cartello di StopOpg animato da Stefano Cecconi e realizzata grazie al commissariamento voluto dal Governo in particolare dal sottosegretario alla Salute Vito De Filippo e che ha dato una accelerazione al processo di superamento della istituzione totale per eccellenza.

Il commissariamento è durato un anno e credo che nessuno avrebbe scommesso un euro sul raggiungimento dell'obiettivo della chiusura degli Opg con la contestuale e indispensabile apertura delle Rems previste.

Un miracolo? Si può dire così, ma non spiega tutto e forse nasconde la bellezza della politica quando gioca tutto su un obiettivo forte animata dal rigore intellettuale e dalla passione.

Ora dopo un numero significativo di anni di funzionamento della riforma che io ho definito una rivoluzione gentile, si può fare un bilancio e indicare le criticità e i passi necessari per evitare una burocratizzazione e un arretramento. I dati raccolti dal Coordinamento delle Rems presentano un quadro che può far inorgogliare soprattutto le persone che hanno lavorato per il successo di una scommessa di civiltà.

Nonostante gli auspici neri delle tante cassandre che preconizzavano un fallimento, l'esperienza di tante buone pratiche dimostra che la via è quella giusta.

1.500 persone transitate nelle 31 Rems, quasi mille uscite dopo una permanenza breve e finalizzata al recupero, 650 presenze sono i numeri che smentiscono chi insiste per l'aumento dei posti disponibili e delle strutture. Sono state agitate strumentalmente le liste d'attesa, la loro dimensione, senza porre il nodo del peso abnorme delle misure di sicurezza provvisorie e tacendo il fatto che nessun caso grave è stato abbandonato e non risolto. In realtà il rispetto dei capisaldi decisi insieme (territorialità, numero chiuso, durata precisa della misura di sicurezza, rifiuto della contenzione) hanno creato un clima di fiducia e un entusiasmo tra gli operatori non scontato.

Ora dopo alcuni anni di una realizzazione di un autentico miracolo non si può continuare ad affidarsi allo stellone d'Italia che per altro negli ultimi

anni ha mostrato un drammatico oscuramento.

Tutto bene? Purtroppo no. I responsabili delle Rems in alcune occasioni di incontro, a Genova, Cosenza e Parma in particolare, hanno indicato le difficoltà e hanno offerto precise indicazioni di correzioni indispensabili. Sotto tiro è stata messa l'utilizzazione eccessiva delle misure di sicurezza provvisorie e l'aumento abnorme di proscioglimenti per incapacità di intendere e volere rispetto al periodo finale di funzionamento degli Opg.

È stato denunciato il rischio di riproporre in sedicesimo la commistione di soggetti assai diversi nelle Rems come accadeva negli Opg, snaturando il principio dell'*extrema ratio* e il carattere di comunità terapeutica in favore di un deposito di corpi.

Va denunciata con forza la colpevole presenza della *politique politicienne*. Dopo la fine del mandato del commissario non si è messo in campo un sistema di monitoraggio delle realtà diffuse in tutte le regioni e tanto meno un Osservatorio con un potere di coordinamento e di intervento necessario nei casi indispensabili.

Dall'altro lato invece in questi anni si è manifestato un interesse per la riforma da parte di importanti livelli istituzionali, dal Consiglio Superiore della Magistratura al Comitato Nazionale di Bioetica. Il CSM e il CNB hanno anche fornito indicazioni puntuali alla magistratura e al sistema dei servizi della psichiatria e del carcere.

Va anche sottolineato che la latitanza del Governo e del Parlamento è stata colmata parzialmente dalla Corte Costituzionale con l'importante sentenza che indica l'opportunità di applicazione di misure alternative e di affidamento anche per i detenuti colpiti da patologia psichica durante la carcerazione, allo stesso modo dei detenuti affetti da patologie fisiche.

Tutti questi documenti sono riprodotti in una parte specifica del volume con l'intento di offrire un manuale di approfondimento teorico e di pronto utilizzo.

La Società della Ragione ha concluso dopo 15 tappe in tutta Italia, nella sede della Cgil a Roma, la mostra dei disegni di Roberto Sambonet sulla pazzia, I volti della alienazione. È stata una occasione per rivelare il ruolo dell'arte e della cultura nel processo di denuncia delle istituzioni totali e della loro violenza. La mano di Bruno Caruso e di Hugo Pratt ha accompagnato e spesso anticipato la riflessione di Goffman, Foucault e dello stesso Basaglia e dei suoi compagni di avventura a Gorizia, Trieste, Parma, Reggio Emilia e Arezzo.

Il coordinamento delle Rems ha proseguito il lavoro di StopOpg con una ricerca di dati aggiornati per consentire una valutazione delle linee di intervento presenti nella multiforme dimensione dei diversi territori con il prezioso contributo di Pietro Pellegrini. Anche questi testi sono presenti nel volume assieme al quadro complessivo delle Rems attive elaborato da Evelin Tavormina. Un esame dei protocolli che si stanno siglando in molte

Regioni tra magistratura e Dipartimenti di salute mentale è presentato da Katia Poneti.

L'approfondimento e la riflessione su tutto questo patrimonio di idee e suggestioni mi ha convinto che la strada giusta sia davvero quella del superamento del doppio binario.

Quando nel secolo scorso decisi di indicare quella soluzione (bella ma impossibile), nella migliore delle ipotesi venivo additato come un provocatore o uno stravagante; oggi con rispetto della verità e con piena onestà intellettuale affermo che incidere sull'articolo 88 del Codice penale è in linea coerente con il testo, e il contesto, della legge 81 che in un punto fondamentale lega la durata della misura di sicurezza alla previsione della pena massima per il reato commesso (solo in caso di pena dell'ergastolo la misura di sicurezza è infinita o senza fine). Se si è scelto un nesso tra misura di sicurezza e reato, o in certo modo di qualificare il fatto come reato è coerente scegliere la via del giudizio, non per arrivare a una pena dura o esemplare ma per affermare una responsabilità, anche se affievolita, che ha sicuramente un valore terapeutico.

Una condanna giusta e umana dà maggiore dignità al soggetto che oggi è invece ridotto a cosa dalla incapacitazione totale. Anche gli operatori confermano grazie all'esperienza di questi anni che il meccanismo delle proroghe produce incertezza e non favorisce consapevolezza. Prosciolto e internato sono categorie che producono uno stigma che non favorisce prospettive di progressiva autonomia e reinserimento sociale.

Non ha un grande pregio, specie se rivolta a chi come me è tendenzialmente un abolizionista, l'obiezione di voler mandare i "malati" in carcere. Nella proposta di legge elaborata da Giulia Melani che presentiamo con orgoglio e che rappresenta il cuore del volume con lo scopo di alimentare una discussione scevra da pregiudizi fra tutti i soggetti impegnati nel difendere e rafforzare la riforma e di promuovere un confronto tra Regioni, Governo e Parlamento, si prevede in modo netto la possibilità di una misura alternativa, immediata, al momento del giudizio, con una sorta di affidamento terapeutico.

La situazione diverrebbe più chiara e limpida.

Si eviterebbe di alimentare un contenitore, anche se profondamente diverso dall'Opg, con presenze di persone con storie e patologie assai diverse; il previsto Piano terapeutico individualizzato sarebbe realizzato a monte e con una destinazione riabilitativa adatta al soggetto.

La Corte Costituzionale ha risolto, come ho già detto, il nodo dei cosiddetti 148, cioè dei detenuti che manifestano una patologia psichiatrica, indicando la possibilità di una misura alternativa come accade per chi è affetto da patologia fisica. Certamente il problema della presenza di detenuti con problemi di salute mentale, al di là di strumentali enfatizzazioni e strumentalizzazioni, pone la necessità di prevedere specifiche sezioni cliniche,

come erano definite nel decreto di riforma dell'ordinamento penitenziario a esclusiva gestione sanitaria. In qualche modo si dovrebbe immaginare un modello simile alle attuali Rems senza caratteristiche carcerarie né strutturali né di personale.

Ribadisco che un fatto veramente preoccupante è la mancanza di un organismo di monitoraggio nazionale per conoscere le prassi e le pratiche, per valutare gli interventi della magistratura e per superare le inevitabili criticità.

Questo vuoto, dovuto a una irresponsabile latitanza, mette davvero a rischio la riforma.

L'anno prossimo, saranno passati novanta anni dalla approvazione del Codice Rocco da parte del trio Vittorio Emanuele III, Mussolini e il Guardasigilli stesso. In molte occasioni e numerosi scritti ho deplorato che la Repubblica non abbia immediatamente dopo l'entrata in vigore della Costituzione provveduto a cancellare il fondamento dello stato etico e totalitario creato dal fascismo.

Tanti tentativi hanno prodotto testi che sono rimasti lettera morta e che portano i nomi dei presidenti delle Commissioni incaricate, Pagliaro, Grosso, Nordio, Pisapia.

Affetti dal vizio della speranza continuiamo a ripetere l'importanza anche simbolica di una cesura nel nome di Beccaria e dello stato di diritto.

A maggior ragione in un momento in cui c'è chi propone l'abolizione del reato di tortura, la riapertura dei manicomi e un rilancio del proibizionismo feroce sulle droghe.

Vale la pena di insistere nella battaglia per abbattere il muro della non imputabilità e il mito della pericolosità sociale con la caparbia che ha animato Peppe Dell'Acqua e ricordando le parole preziose di Marco Cavallo.

Nessuna astrattezza o rigidità intellettualistica.

Preferisco l'illuminismo al sonno della ragione.

Parte prima

Abolire il doppio binario

Giulia Melani

Oltre 23 anni fa, il 9 maggio 1996, Franco Corleone, allora Deputato, presentava alla Camera una proposta di legge per riformare il codice penale ed abrogare la distinzione tra imputabili e non imputabili fondata sul vizio di mente. Tra le proposte di riforma del trattamento dell'infermo di mente autore di reato, questa si inseriva tra le abolizioniste dell'istituzione OPG, attraverso il riconoscimento di una quota di responsabilità al malato di mente autore di reato¹.

La proposta riprendeva il disegno di legge già presentato, nel corso della X Legislatura, dai Senatori Corleone e Modugno e comunicato alla Presidenza del Senato il 1° luglio 1991 (AS 2894)² e si richiamava al disegno di legge presentato il 29 settembre del 1983, con primo firmatario Grossi³.

La proposta di legge del 1996 constava di 16 articoli e prevedeva: la cancellazione del vizio di mente dalle cause di esclusione e diminuzione dell'imputabilità (art. 1); l'equiparazione dell'infermo di mente al non infermo

- ¹ L'istituzione manicomio giudiziario, poi ridenominata ospedale psichiatrico giudiziario (con la legge sull'ordinamento penitenziario, L. 26 luglio 1975, n. 354), è stata oggetto di vari progetti e disegni di riforma, che si inseriscono in due macro-categorie: proposte abolizioniste, che mirano all'eliminazione dell'istituzione e proposte riformiste. Tra le proposte abolizioniste, vi sono quelle che passano per il riconoscimento della responsabilità per le proprie condotte del malato di mente autore di reato e quelle che optano per l'equiparazione del malato di mente autore di reato agli altri malati di mente, definite proposte di medicalizzazione. In Italia, questa seconda categoria di progetti, dopo la legge 13 maggio 1978, n. 180, è sempre stata accompagnata dal progetto di revisione di quella riforma e da un'inversione in senso custodialistico dell'approccio alla malattia mentale tout court. Si pensi, ad esempio, alla proposta di legge presentata dall'On. Burani Procaccini, alla Camera dei Deputati, il 30 maggio 2001, n. 174, che inseriva l'eliminazione dell'ospedale psichiatrico giudiziario, in una complessiva riforma del TSO. Per un inquadramento dei vari progetti, si rinvia a M. PELISSERO, *Pericolosità sociale e doppio binario. Vecchi e nuovi modelli di incapacitazione*, Giappichelli, Torino, 2008, pp. 140 e ss.
- ² Senato della Repubblica, X Legislatura, *Disegno di legge su Imputabilità del malato di mente autore di reato e trattamento penitenziario del medesimo. Abrogazione della legislazione speciale per infermi e semi infermi di mente, d'iniziativa dei senatori Corleone e Modugno*, comunicato alla Presidenza il 1° luglio 1991, n. 2894.
- ³ Senato della Repubblica, IX Legislatura, *Disegno di legge su Imputabilità del malato di mente autore di reato e trattamento penitenziario del medesimo. Abrogazione della legislazione speciale per infermi e semi infermi di mente, di iniziativa dei Senatori Grossi, Gozzini, Tedesco Tatò, Salvato, Benedetti, Rossanda, Ongaro Basaglia, Flamigni, Imbriaco, Volponi, Cali, Meriggi, Ranalli, Bellafiore, Bonazzi, Alberti e Martorelli*, comunicato alla Presidenza il 29 settembre 1983, n. 177.

ai fini della dichiarazione di tendenza a delinquere (art. 2); l'inclusione della malattia mentale tra le cause del rinvio facoltativo previsto dall'art. 147 c.p. (art. 3); l'abrogazione dell'art. 148 c.p., relativo alla sospensione della pena per infermità psichica sopravvenuta (art. 4); la soppressione della misura di sicurezza provvisoria per non imputabili per vizio di mente (art. 5); l'abrogazione della misura di sicurezza del ricovero in manicomio giudiziario (art. 8) e l'esclusione della semi-imputabilità per vizio parziale di mente, dai casi di applicazione della misura di sicurezza dell'assegnazione ad una casa di cura e custodia (art. 7); la rimozione della possibilità di trasformare la misura di sicurezza detentiva in ricovero in manicomio giudiziario, per infermità psichica sopravvenuta (art. 6); l'introduzione del principio di *extrema ratio* nella sottoposizione del minore alla libertà vigilata (art. 9); la revisione della disciplina della sospensione processuale per incapacità di prendere parte al processo (art. 10); la modifica della normativa sulla custodia cautelare in luogo di cura, cogente e non più opzionale (rispetto alla custodia cautelare in carcere) per le persone affette da malattia psichica grave (art. 11); l'estensione dell'oggetto della perizia in fase di esecuzione, anche alle qualità psichiche dipendenti da cause patologiche (art. 12); l'affermazione del diritto del sofferente psichico in carcere di ricevere cure e assistenza necessarie e l'istituzione di apposite sezioni, su base regionale (art. 13); l'introduzione del piano di cura e assistenza medico-psichiatrica per ogni detenuto malato di mente, in collaborazione con i servizi territoriali (art. 14); l'asserzione del principio di territorialità per l'assegnazione dei malati psichici alle sezioni apposite (art. 15); l'espressa estensione della disciplina sulle misure alternative al malato di mente condannato, parificato agli altri detenuti (art. 16).

Corleone apriva la sua relazione alla Camera, affermando la necessità di un intervento sulla materia del trattamento del malato di mente autore di reato:

La tutela dei diritti del malato mentale che commette un reato propone una questione complessa, ponendo in evidenza le contraddizioni e le difficoltà derivanti dall'esigenza di risolvere il problema dell'infermità mentale in chiave interdisciplinare. È necessario, dunque, un coordinamento tra il momento di intervento giuridico-penale e quello assistenziale-psichiatrico: di qui, l'esigenza di riforma della legislazione penale e penitenziaria relativa ai malati di mente autori di reato, aggiornandola all'evoluzione che hanno conosciuto la psichiatria e lo stesso diritto penale in altri suoi ambiti⁴.

Oggi, si avverte ancora la necessità e l'esigenza di un intervento che sia in grado di aggiornare la normativa sulla responsabilità penale del malato di mente alle rispettive evoluzioni della scienza psichiatrica e del diritto

⁴ Camera dei Deputati, XIII Legislatura, Disegni di legge e Relazioni, Documenti, *Proposta di legge d'iniziativa del deputato Corleone. Norme in materia di imputabilità e di trattamento penitenziario del malato di mente autore di reato*, 9 maggio 1996, Atti Parlamentari, n. 151.

penale in altri ambiti, ma anche capace di compiere un ulteriore passo per realizzare una «rivoluzione», sulla strada aperta dalla riforma che ha di recente investito l'istituzione penitenziario-manicomiale. Quel complesso di leggi che, a partire dal 17 febbraio 2012, ha condotto al superamento del vecchio OPG, all'istituzione di nuove strutture in cui eseguire le misure di sicurezza (a numero chiuso, su base regionale, a completa gestione sanitaria, con sorveglianza limitata al perimetro esterno) e al cambiamento di alcune disposizioni della normativa sulle misure di sicurezza, con la previsione della misura detentiva come *extrema ratio* ed un tetto massimo di durata.

Il trattamento dell'infermo di mente autore di reato «sul piano della disciplina penale», nel 1996, aveva già «costituito materia di intervento e sollecitazione in conseguenza di diverse pronunce della Corte costituzionale»⁵. In particolare, all'epoca, con le sentenze 27 luglio 1982, n. 139 e 28 luglio 1983, n. 349, la Corte costituzionale aveva respinto il principio di «immutabilità, quanto a natura ed intensità, dell'infermità psichica», ammesso la possibilità di una «positiva evoluzione» della patologia e dichiarato incostituzionale la presunzione di persistenza e immutabilità del disturbo psichico, che sottendeva alla presunzione di pericolosità sociale, all'epoca prevista dall'art. 204 c.p.⁶.

In seguito, il legislatore aveva eliminato la presunzione, con L. 10 Ottobre 1986, n. 689, nota come Legge Gozzini.

Le sentenze della Corte avevano ridestato il dibattito e sollecitato, nel corso della X legislatura, la prima presentazione del progetto di legge a firma di Franco Corleone e Domenico Modugno (AS n. 2894) che «richiamava, in via generale, istanze e iniziative relative alla drammatica realtà degli ospedali psichiatrici [...] riconoscendo, tuttavia, al rapporto fra diritto penale e realtà del malato di mente una dimensione del tutto specifica e, per aspetti giuridici essenziali, differente da quella degli ospedali psichiatrici»⁷.

Da allora, la disciplina penalistica del trattamento dell'infermo di mente

5 lvi, p. 1

6 Nell'originaria impostazione codicistica, la commissione di un reato e la presenza di una patologia psichiatrica erano condizioni sufficienti per una presunzione *iuris et de iure* di pericolosità, non suscettibile di prova contraria. La presenza accertata di una patologia psichiatrica e la commissione di un reato di almeno una certa gravità apparivano elementi sufficienti per esprimersi circa la pericolosità dell'autore. La presunzione non era soltanto di esistenza della pericolosità sociale del soggetto ma persino di durata, di persistenza. L'infermità mentale e la conseguente pericolosità erano presunte perdurare fino al momento dell'applicazione della misura, con una sola 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. La Corte con la sentenza n. 139 del 1983 dichiarò illegittimi gli art. 204 e 222 del c.p., nella parte in cui non si limitavano a presumere la pericolosità dell'infermo di mente autore di reato ma anche la persistenza di quello stato psichico che aveva sotteso alla dichiarazione di non imputabilità. Si veda G. VASSALLI, *A prima lettura. L'abolizione della pericolosità presunta degli infermi di mente attraverso la cruna dell'ago*, in "Giurisprudenza Costituzionale", 1982, I, pp. 1202 e ss

7 Camera dei Deputati, XIII Legislatura, Disegni di legge e Relazioni, Documenti, *Proposta di legge d'iniziativa del deputato Corleone. Norme in materia di imputabilità e di trattamento penitenziario del malato di mente autore di reato*, 9 maggio 1996, Atti Parlamentari, n. 151, p. 1.

autore di reato è stata oggetto di ulteriori pronunce della Corte e di interventi del legislatore, sino alla recente chiusura degli OPG, ad opera dell'art. 3 -ter della legge 17 febbraio 2012, n. 9, come da ultimo modificato dalla legge 81/2014.

In particolare, la Corte Costituzionale, con sentenza 24 luglio 1998, ha dichiarato illegittima la previsione della possibilità di applicare la misura di sicurezza del ricovero in manicomio giudiziario al minore, definendo il ricovero in OPG una «misura detentiva e segregante», non coerente con «gli indirizzi della scienza e della coscienza sociale, recepiti dal legislatore, in materia di cura della malattia mentale»⁸.

Successivamente, con sentenza 18 luglio 2003, n. 253 ha dichiarato illegittimo l'art. 222 c.p., nella parte in cui prevedeva il ricovero in manicomio giudiziario come unica misura applicabile al malato di mente autore di reato, giudicato socialmente pericoloso, aprendo alla possibilità di applicare la libertà vigilata in luogo del ricovero in OPG e precisando che «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 [NdA, la Corte si riferisce alla "tutela della collettività"]»⁹.

Il legislatore, in questo arco di tempo è intervenuto sulle forme e modalità di trattamento del malato di mente autore di reato, senza incidere sulla disciplina penalistica, sul doppio binario, sul nesso malattia mentale – pericolosità sociale.

Prima, nell'ambito del processo di riforma della sanità penitenziaria, il 21 aprile del 2000, è stato approvato il Progetto obiettivo per la tutela della salute in ambito penitenziario, che individuava, tra i settori specialistici che necessitavano di interventi peculiari quello delle persone affette da disturbi psichiatrici. Il progetto specificava alcuni obiettivi, quali: la formazione degli operatori e il loro aggiornamento; la garanzia di un trattamento del malato di mente detenuto equipollente a quello offerto all'esterno; l'avvicinamento del detenuto affetto da disturbi alla Regione di residenza; l'intervento sul settore dell'internamento in OPG¹⁰.

In seguito, con il trasferimento delle funzioni sanitarie negli istituti penitenziari al SSN, sono state dettate linee di intervento specifiche per il settore dell'internamento psichiatrico giudiziario, è stata trasferita la responsabilità della gestione sanitaria degli OPG alle Regioni e fissato l'obiettivo del superamento dell'istituzione penitenziario-manicomiale. Il

8 Corte Costituzionale, sentenza 24 luglio 1998, n. 324

9 Corte Costituzionale, sentenza 18 Luglio 2003, n. 253, in "Giurisprudenza costituzionale", (2003) 48, 2, p. 2113.

10 Decreto del Ministro della Sanità e del Ministro della Giustizia, di concerto con il Ministro del Tesoro, del bilancio e della programmazione economica, 21 aprile 2000, pubblicato sulla Gazzetta ufficiale n. 120 del 25.5.2000.

superamento si sarebbe dovuto realizzare attraverso: la creazione di reparti psichiatrici all'interno delle carceri, volta a ridurre la presenza dei cosiddetti *rei folli*¹¹ negli OPG; l'instaurazione di una collaborazione interistituzionale tra amministrazione penitenziaria e Dipartimenti di salute mentale (DSM); la garanzia del rispetto del principio di territorialità nell'assegnazione agli istituti psichiatrico-giudiziari, disegnando bacini macro-regionali di competenza per i sei OPG e la realizzazione di piani individualizzati¹². Infine, con la legge 17 Febbraio 2012, n. 9 di conversione con modificazioni del D.L. 22 Dicembre 2011, n. 211, sono stati fissati una serie di termini per giungere al definitivo superamento degli OPG. L'art. 3 *ter* nella sua originaria versione, prevedeva: la 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, con Decreto del Ministro della salute, di concerto con quello della Giustizia, d'intesa con la Conferenza Stato-Regioni, entro il 31 marzo 2012 e l'esecuzione delle misure di sicurezza in nuove strutture a gestione sanitaria (REMS) a decorrere dal 31 marzo 2013. Alcuni dei requisiti che le nuove strutture avrebbero dovuto presentare, erano già stabiliti, in particolare: a) gestione interna esclusivamente sanitaria, b) attività di vigilanza perimetrale esterna, se necessaria, c) assegnazione alle strutture adottando quale requisito quello della vicinanza al territorio di provenienza dell'internato.

I tempi previsti apparivano ridotti già sulla carta e per i ritardi che si erano accumulati nel corso della procedura, a pochi giorni dal termine a partire dal quale non sarebbe più stato possibile inoltrare i sottoposti a misura di sicurezza negli OPG, è intervenuto il Decreto noto come Balduzzi, n. 24 del 2013, convertito con legge n. 57 del 2013. Il decreto, non si limitava a disporre la proroga del termine, modificando anche alcune disposizioni, specie relative alle tappe del percorso di superamento, riarticolato nelle seguenti fasi: presentazione dei programmi regionali entro il 15 Maggio 2013; relazione alle Camere sullo stato di avanzamento dei progetti da parte del Ministro della Giustizia e di quello della salute, entro il 30 Novembre 2013; chiusura degli OPG entro il 1° Aprile 2014. Tra le novità del decreto si estendeva il potere sostitutivo del Governo, per garantire maggiormente il rispetto dei termini da parte delle Regioni.

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

11 Nel dibattito tardo-ottocentesco sulla necessità di istituire i manicomi criminali si sono costruite due macro-categorie di devianti destinatarie dell'istituzione: i *folli rei* e i *rei folli*. Con *rei folli* si faceva riferimento a quei soggetti che, a seguito della commissione di un fatto reato, essendo ritenuti imputabili e colpevoli, erano stati condannati e in una fase successiva alla commissione del fatto – fosse essa precedente o meno al procedimento o alla condanna – si riteneva fossero impazziti. Con *folli rei* si intendevano quei soggetti che, avendo commesso il fatto in stato di «assoluta imbecillità, pazzia o morboso furore» erano stati prosciolti. La denominazione, per quanto possa suonare antiquata, è ancora in uso ed in questo contesto si sceglie di utilizzarla, per marcare (e non cancellare) le fondamenta positiviste dell'istituzione penitenziario-manicomiale.

12 DPCM 1° Aprile 2008, pubblicato in Gazzetta Ufficiale 30 maggio 2008, n. 126

di un ulteriore anno, facendo slittare all'aprile 2015 la data di chiusura degli OPG. La proroga è stata di un solo anno, ma la legge di conversione ha previsto significative modifiche all'originario progetto di riforma. In primo luogo, è stato fissato il principio di *extrema ratio* della misura di sicurezza detentiva del ricovero in OPG (da eseguirsi in REMS), applicabile solo quando nessun'altra misura risulti idonea. Inoltre, è stata prevista la limitazione delle possibili motivazioni nell'accertamento della pericolosità, con esclusione delle condizioni di vita personali, familiari e sociali e la preclusione della possibilità di motivare l'ingresso in OPG sulla sola base dell'assenza di programmi terapeutici individuali. Infine, è stato introdotto un tetto massimo di durata della misura di sicurezza detentiva, equivalente al massimo edittale previsto per il reato commesso.

Il percorso di superamento è stato difficoltoso e si è resa necessaria la nomina di Franco Corleone come Commissario Unico per il superamento degli OPG¹³. Decorso un anno dall'attribuzione dell'incarico e quasi due anni dalla data prevista per la chiusura, gli OPG sono stati definitivamente chiusi¹⁴.

Questa svolta, la fine di quelle istituzioni che l'allora Presidente della Repubblica Giorgio Napolitano appellò come «indegne di un paese che possa definirsi civile»¹⁵, potrebbe indurre a ritenere concluso il percorso per la piena tutela dei diritti del malato di mente autore di reato e compiuta la strada aperta dalla riforma che nel 1978 mutò radicalmente l'approccio alla salute mentale nel nostro paese¹⁶.

Si potrebbe pensare che riproporre oggi il disegno di legge del 1996, ovvero una proposta radicale di revisione del nostro sistema penale dualistico, sia un atto anacronistico e che la proposta sia stata superata nei fatti da quella «rivoluzione gentile»¹⁷, che ha chiuso «l'istituzione totale per eccellenza: manicomio e carcere insieme», in cui la malattia giustificava «la cura obbligatoria e la pena infinita»¹⁸.

Ripercorrendo le parole delle due relazioni alle proposte di legge del 1991 e del 1996, si possono rilevare due principali linee argomentative: una prima,

13 Riunione del Consiglio dei Ministri del 19 febbraio 2016.

14 L'ultimo internato ha lasciato l'OPG di Barcellona Pozzo di Gotto l'11 maggio 2017.

15 Giorgio Napolitano, *Messaggio di fine anno del Presidente della Repubblica*, Palazzo del Quirinale, 31 dicembre 2012, in Presidenza della Repubblica.

16 Legge 13 maggio 1978, n. 180, il cui articolato fu poi incorporato nella legge istitutiva del SSN, legge 23 dicembre 1978, n. 833.

17 F. Corleone, *La rivoluzione gentile. La fine degli OPG e il cambiamento radicale*, in F. Corleone (a cura di), *Manicomi criminali. La rivoluzione aspetta la riforma*, numero monografico della rivista Quaderni del Circolo Rosselli, 1 (2018), 130.

18 F. Corleone, *La rivoluzione fa paura. Torna la suggestione del manicomio*, in F. Corleone (a cura di), *Mai più manicomi. Una ricerca sulla REMS di Volterra. La nuova vita dell'Ambrogiana*, Michelucci Press, Firenze, 2018, p. 15.

che fonda l'intero discorso, e si articola come «critica al concetto giuridico di imputabilità»¹⁹ e a quello di pericolosità sociale, evidenziando la necessità di «colmare il divario tra l'evoluzione indiscussa nel campo della psichiatria e la staticità della legislazione speciale, apparentemente "protettiva", per i malati di mente»²⁰. Una seconda di «condanna del manicomio giudiziario»²¹, per la «particolare gravità e degenerazione della condizione degli ospedali psichiatrici giudiziari»²², rilevata tra l'altro dall'indagine conoscitiva sulla situazione sanitaria nelle carceri, condotta dalla Commissione igiene e sanità del Senato, nel corso dell'XI legislatura²³, cui viene fatto espresso richiamo nella seconda relazione.

La condanna del manicomio giudiziario, che ha anche spinto il legislatore del 2012 a chiudere gli OPG e sanitarizzare l'istituzione destinata ad accogliere i sottoposti a misura di sicurezza detentiva, può ritenersi oggi inattuale, quanto meno in alcune delle sue declinazioni di un tempo, ma lo stesso non può certo dirsi per la critica all'imputabilità e alla pericolosità sociale.

Le nuove residenze per l'esecuzione delle misure di sicurezza presentano caratteristiche diverse dai vecchi OPG e le ricerche che si stanno conducendo sulle nuove istituzioni mostrano che la riforma ha prodotto molti degli effetti attesi.

In primo luogo, vi è stata una drastica riduzione del numero di persone sottoposte a misure di sicurezza detentiva, passate da 1387 internati in OPG al 31.12.2011 a 629 il 30.05.2019.²⁴

Le nuove strutture a gestione sanitaria, stanno rispettando rigorosamente alcuni dei principi cardine della riforma, tra cui il numero chiuso²⁵ e il principio

19 Senato della Repubblica, X Legislatura, *Disegno di legge su Imputabilità del malato di mente autore di reato e trattamento penitenziario del medesimo, d'iniziativa dei senatori Corleone e Modugno*, comunicato alla Presidenza il 1° luglio 1991, n. 2894, p. 1.

20 Camera dei Deputati, XIII Legislatura, Disegni di legge e Relazioni, Documenti, *Proposta di legge d'iniziativa del deputato Corleone. Norme in materia di imputabilità e di trattamento penitenziario del malato di mente autore di reato*, 9 maggio 1996, Atti Parlamentari, n. 151, p. 4.

21 Senato della Repubblica, X Legislatura, Disegno di legge n. 2894, cit., p. 1.

22 Camera dei Deputati, XIII Legislatura, Disegni di legge e Relazioni, 9 maggio 1996, cit., p. 2.

23 Senato della Repubblica, XI Legislatura, *Documento approvato dalla XII Commissione permanente (igiene e sanità)*, Relatrice Bettoni Brandani, nella seduta del 12 gennaio 1994, a conclusione dell'indagine conoscitiva sulla situazione sanitaria nelle carceri, promossa dalla Commissione stessa nella seduta del 1° dicembre 1992, svolta nelle sedute del 3, 17 e 31 marzo, 20 aprile 1993 e con i sopralluoghi compiuti in Roma, in Milano, in Pisa, in Sollicciano, in Montelupo, in Napoli ed in Aversa tra il 3 ed il 17 dicembre 1993, conclusa il 12 gennaio 1994, Doc. XVII, n. 7.

24 Si rinvia a: G. Melani e E. Tavormina, *Le misure di sicurezza detentive per non imputabili o semi imputabili per vizio di mente (totale o parziale) in Toscana*, in F. CORLEONE (a cura di), *Archeologia criminale. Le misure di sicurezza psichiatriche e non psichiatriche. La Rems di Volterra e la Casa di lavoro di Vasto*, Fondazione Michelucci Press, Fiesole, 2018, p. 40.

25 Si rinvia ai dati presentati dal Commissario unico per il superamento degli OPG, nella seconda Relazione al Parlamento del 17 febbraio 2017 e per un aggiornamento a 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'Ambrogiana*, Fondazione Michelucci Press, Firenze, 2018, pp. 27-47.

di territorialità²⁶.

Si evidenzia infine, un alto tasso di turn over²⁷, il ch  conduce a ritenere che, nella gran parte dei casi, il ricovero in REMS costituisca una misura transitoria, di durata limitata.

Ci  non significa che non si debba mantenere alta la soglia di attenzione, che non vi siano aspetti critici da analizzare e da continuare a tenere sotto controllo (come l'alta percentuale di misure di sicurezza detentive provvisorie²⁸), ma significa che le critiche vanno riarticolate sulla mutata realt  e che forse   maturo il tempo per una messa in discussione radicale della logica su cui l'istituzione penitenziario-manicomiale pone le radici.

Come ha ben messo in luce Franco Corleone in un suo scritto del 2018, relativo alla recente riforma:

Ogni riforma – "strutturale" si sarebbe detto una volta –   fatta di orizzonti e di tappe di avvicinamento. Anche in questo caso l'orizzonte deve essere ben chiaro e ribadito:   quello del superamento definitivo di ogni logica e di ogni struttura che rimandi al manicomio, ovvero all'espulsione, al nascondimento, alla coazione e all'internamento del malato e della malattia²⁹.

Si pu  ormai ritenere che appartengano alla storia le scene descritte da Aldo Trivini, che racconta il suo ingresso al manicomio giudiziario di Aversa, il «processo di spoliazione»³⁰ subito: la denudazione, la sottrazione degli abiti propri, sostituiti dal pantalone e dalla giacca di tela grezza, senza bottoni n  tasche, l'attribuzione del numero di matricola 1775³¹. La permanenza in celle sovraffollate, sporche, i materassi impregnati di urina e feci, le condizioni igieniche pessime.

Cos , come appartiene ad una storia superata «l'atmosfera [...] da campo di concentramento» vissuta e descritta da Maria Luisa Marsigli, nel corso del suo internamento nel manicomio giudiziario di Castiglione delle Stiviere nel 1968³².

26 Si rinvia ai dati presentati dal Commissario unico per il superamento degli OPG, nella seconda Relazione al Parlamento del 17 febbraio 2017 e per un aggiornamento, limitato alla REMS di Volterra a G. Melani e E. Tavormina, *Le misure di sicurezza*, cit., pp. 52-54.

27 Si rinvia al rapporto dell'Osservatorio sulle misure di sicurezza, pubblicato in questo volume, a p.71

28 Si rinvia a G. Melani e E. Tavormina, *Le misure di sicurezza*, cit., pp. 43-45

29 F. Corleone, *La rivoluzione gentile. La fine degli OPG ed il cambiamento radicale*, in "Quaderni del Circolo Rosselli", XXXVIII (2018), 1, p. 15

30 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.

31 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   stato testimone nel corso del suo internamento nel manicomio giudiziario di Aversa. Il memoriale   integralmente trascritto nel libro *Cronache di un manicomio criminale*, in cui   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

32 M. L. Marsigli, *La marchesa e i suoi demoni. Diario da un manicomio*, Feltrinelli, Milano 1973, p. 11.

E nel passato trova spazio il racconto di Michele Fragna della storia del compagno di detenzione anonimo, un giovane «che dava fastidio» a cui nel 1993, presso il manicomio giudiziario di Aversa, 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, ucciso³³.

E non è dell'attualità la fotografia del manicomio giudiziario di Aversa che ci offre lo European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (CPT), che lo visita tra il 14 ed il 26 settembre 2008, rilevando: 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 personale nelle celle³⁴. Né sono attuali gli schizzi che delinea Ignazio Marino, all'esito dell'ispezione a sorpresa di una delegazione della Commissione sull'efficacia e l'efficienza del Servizio Sanitario Nazionale, negli OPG di Aversa e Barcellona Pozzo di Gotto a giugno 2010:

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 curate³⁵.

L'«emergenza» OPG è superata, le vecchie strutture sono chiuse. Come già auspicava nel 1994 la Commissione permanente igiene e sanità, all'esito dell'indagine conoscitiva sulla situazione sanitaria nelle carceri, gli ospedali psichiatrici giudiziari sono stati trasformati «nel senso di rispondere maggiormente alle esigenze di trattamento sanitario del pazienti» e la misura di sicurezza è eseguita in strutture con «modalità organizzative attraverso le quali organizzare una vera integrazione con i servizi psichiatrici territoriali, e il loro pieno coinvolgimento, superando quella segregazione istituzionale propria dell'attuale ospedale psichiatrico giudiziario»³⁶.

33 Alcuni estratti del diario di Michele Fragna, sono riportati in F. Maranita (a cura di), *Vito il recluso. OPG: un'istituzione da abolire*, Sensibili alle foglie, Roma 2005, pp. 25-29

34 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.

35 Commissione parlamentare d'inchiesta sull'efficacia e l'efficienza del sistema sanitario nazionale - Senato della Repubblica - XVI legislatura, *Resoconto stenografico seduta n. 76 del 07/07/2010*.

36 Senato della Repubblica, XI Legislatura, *Documento approvato dalla XII Commissione permanente (igiene e sanità)*, Relatrice Bettoni Brandani, nella seduta del 12 gennaio 1994, a conclusione dell'indagine conoscitiva sulla situazione sanitaria nelle carceri, promossa dalla Commissione stessa

L'intervento del legislatore è stato mosso dallo scandalo per «le condizioni manicomiali», ovvero per il pessimo stato di conservazione ed igienico, riscontrato nei luoghi destinati all'esecuzione delle misure di sicurezza. Oggi, sembra opportuno interrogarsi sulla «condizione manicomiale»³⁷, ovvero sulla logica del manicomio, che permea anche luoghi più puliti e decorosi ed istituzioni di carattere sanitario e presentare nuovamente una proposta di legge abolizionista.

È giunto il momento per promuovere un progetto di revisione che vada a toccare il cuore del manicomio giudiziario: il nesso follia – incapacità di intendere e di volere – pericolosità sociale – misura di sicurezza. È il momento di puntualizzare l'obiettivo: il superamento di ogni logica manicomiale.

Anche i membri della Commissione Marino, che nell'attività compiuta e nella presentazione del disegno di legge che diventerà l'art. 3 ter, sono stati guidati dalla percezione di dover intervenire con la massima urgenza per rimuovere gli eccessi istituzionali, ritenevano:

peraltro che le modificazioni dianzi auspiccate debbano costituire soltanto il primo passo – da muovere quanto prima, anche con il ricorso a strumenti legislativi di urgenza – verso la successiva abolizione dell'istituto della non imputabilità. Trattandosi di un intervento che inciderebbe sino alle radici l'impostazione del codice penale attualmente vigente, non si può in questa sede che evocarlo, senza comunque rinunciare ad indicarlo quale approdo necessario³⁸.

Come osserva Franco Corleone, in un recente saggio sembra che: «la chiusura degli OPG ci offra una leva per affrontare questioni irrisolte, come quella di un nuovo Codice Penale, della riforma del carcere e del senso della pena»³⁹.

Una riforma che affronti il nodo dell'imputabilità è quanto mai essenziale, in quanto:

per chiudere il rubinetto che alimenta l'internamento, prima in Opg e oggi nelle Rems, bisogna cambiare i Codici ancora in vigore. Facile a dirsi ma, come sappiamo bene, difficile a farsi. Qui si confrontano, anche nel campo dei garantisti diverse posizioni. Ma non c'è scampo: per superare l'Opg bisogna mettere fine al trattamento speciale che mantiene il «folle

nella seduta del 1° dicembre 1992, svolta nelle sedute del 3, 17 e 31 marzo, 20 aprile 1993 e con i sopralluoghi compiuti in Roma, in Milano, in Pisa, in Sollicciano, in Montelupo, in Napoli ed in Aversa tra il 3 ed il 17 dicembre 1993, conclusa il 12 gennaio 1994, Doc. XVII, n. 7.

37 Il sapiente uso differenziato del plurale e del singolare per indicare da un lato gli aspetti materiali, formali dell'istituzione, dall'altro le logiche che sottendono all'istituzione in ogni sua forma è ripreso da C. Tarantino, *Il trattamento morale del manicomio criminale*, in "Minority Reports", 4, 2017, p. 227.

38 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. 10

39 F. Corleone, *Corpi e ombre (nel teatro di San Salvi)*, in M. Brighenti, P. Clemente, F. Corleone et. al., *Pazzi di libertà. Il teatro dei Chille a 40 anni dalla legge Basaglia*, Pacini, Pisa 2018, p. 158.

reo» separato dagli altri cittadini, come nel recinto del manicomio. Questo presuppone interventi sulla pericolosità sociale e sulla non imputabilità del folle reo (incapace (?) di intendere e di volere). Allora un cittadino accusato di aver commesso un reato va in giudizio e, se giudicato colpevole, sconta la pena. A questo punto si deve esigere il diritto alla cura ed alla salute, come impone la Costituzione, con tutti gli strumenti necessari: dalla presa in carico dell'Asl, all'adozione di misure non detentive. Sono le modalità con cui si esegue la pena e le vergognose condizioni in cui spesso vivono le persone detenute a dover essere cambiate, tanto più considerando le condanne della Corte Europea dei diritti umani⁴⁰.

Come già si sosteneva, nelle relazioni che accompagnavano i vari progetti di legge abolizionisti: «la disciplina giuridica dell'infermità mentale si ricollega necessariamente alla scienza psichiatrica che [...] ha conosciuto una notevole evoluzione determinata dall'abbandono di una concezione biologica e organicista della malattia»⁴¹ tale da rendere non più valida la «soluzione adottata dai codici penale e di procedura penale e dalla legislazione penitenziaria oggi vigenti in Italia, che catalogano gli infermi di mente che hanno commesso reato in una categoria a sé, contrassegnata da caratteri stabili ed immanenti e come tale destinataria di una normativa penale speciale»⁴².

Nell'attuale assetto, sono state apportate alcune modifiche al fine di scongiurare che il *folle reo* sia sottoposto, come è stato per la gran parte della vigenza del codice Rocco, ad un trattamento nettamente deteriore di emarginazione e di coartazione.

Ciononostante, ancora oggi, a superamento dell'OPG completato, la persona giudicata incapace di intendere e di volere per vizio di mente non gode di un trattamento equipollente a quello delle persone ritenute responsabili degli illeciti commessi. Nella relazione alla proposta di legge del 1983 si rilevava come:

I benefici e le facilitazioni che, al fine di rendere possibile il reinserimento sociale, vengono concessi in sede esecutiva al soggetto sano di mente, condannato a pena detentiva, sono negati oggi in Italia a chi è stato prosciolto dal reato a causa di infermità psichica. Soggetti questi che a causa del loro stato di salute avrebbero viceversa bisogno in sede penitenziaria, per fini terapeutici (curativi o riabilitativi) e di riadattamento sociale, di benefici maggiori e di più accurata assistenza. [...] Con la riforma penitenziaria (legge 26 luglio 1975, n. 354) e con la legge emanata il 24 novembre 1981,

40 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, Fiesole 2015, p. 40.

41 Senato della Repubblica, Disegno di legge n. AS 2894 del 1991, cit., p. 2.

42 Senato della Repubblica, Disegno di legge AS 177 del 1983, cit., p. 2.

n. 689, dal titolo «Modifiche al sistema penale», il legislatore ha ristrutturato notevolmente il sistema sanzionatorio basato sulla pena detentiva. Prevedendo le misure alternative alla detenzione, concedendo il ricorso alla sospensione condizionale della pena in maniera più vasta, limitando in molti casi l'uso della detenzione fino a sei mesi tramite sanzioni limitative della libertà personale del condannato, ma non detentive, il legislatore ha disposto che nel settore della piccola, piccolo-media e media criminalità si faccia ricorso alla detenzione solo quale *ultima ratio*⁴³.

La legge 81/2014 ha previsto che la misura di sicurezza detentiva debba rappresentare l'*extrema ratio*, applicabile solo ove ogni altra misura risulti inidonea, con ciò avvicinando la disciplina a quella della pena detentiva, dopo l'introduzione dell'ordinamento penitenziario. Ma il malato di mente autore di reato, inserito nel circuito speciale delle misure di sicurezza, non fondate sulla gravità del fatto ma sulle qualità dell'autore, non ha accesso alle misure alternative alla detenzione (anche se può ottenere una sostituzione della misura di sicurezza detentiva con quella non detentiva della libertà vigilata), non gode del beneficio della liberazione anticipata e non può vedersi applicata la sospensione condizionale.

Inoltre, il non imputabile per vizio di mente è sottoposto ad una misura che non ha una durata predeterminata, ma soltanto un tetto massimo pari al massimo edittale previsto per il reato commesso e non può far valere circostanze attenuanti.

Il malato di mente autore di reato fa parte di una categoria doppiamente speciale: come malato di mente non può essere ritenuto responsabile dei fatti commessi e quindi è sottoposto alla misura di sicurezza, con il suo statuto peculiare, come autore di reato non fruisce del trattamento sanitario di cui godono i pazienti psichiatrici liberi.

«Nel 1978 il legislatore, provvedendo in materia psichiatrica, ha soppresso gli ospedali psichiatrici generali, ma ha lasciato sussistere gli ospedali psichiatrici giudiziari; [...] e la categoria dei sofferenti di disturbi psichici – rei, [...] viene ancora sottoposta a quella terapia psichiatrica che la legislazione del 1978 ha abolito»⁴⁴.

La sanitarizzazione dell'istituzione psichiatrico-manicomiale, la previsione del numero chiuso, la territorializzazione su base regionale, non eliminano le differenze tra il trattamento del malato di mente nei Servizi di salute mentale ed una misura che resta fondata sulla pericolosità e funzionale alla difesa sociale e alla custodia del folle pericoloso.

La necessità di equiparare le garanzie e di eliminare i residui svantaggi per il sofferente psichico autore di reato, non è però il principale motore della proposta abolizionista. L'idea centrale è piuttosto quella del riconoscimento

43 Ivi, p. 3.

44 Ibid.

di una piena dignità al malato di mente, anche attraverso l'attribuzione della responsabilità dei propri atti. Il riconoscimento della responsabilità cancellerebbe una delle stigmatizzazioni che comunemente operano nei confronti del folle. La capacità del folle di determinarsi non sarebbe completamente annullata per il fatto di essere affetto dalla patologia e si verrebbe a rompere una volta per tutte quel nesso follia-pericolo che è stato alla base non solo delle misure di sicurezza, ma anche dei manicomi civili. Per i positivisti, il malato di mente costituiva un pericolo maggiore perché privo di capacità di autodeterminarsi. Con questo progetto di legge, si punta a ribaltare la prospettiva: il malato di mente è in linea generale capace e non rappresenta un pericolo specifico, o maggiore.

Le misure di sicurezza sono state e sono tutt'oggi misure con funzione difensiva, che vengono applicate in ragione dell'accertamento della pericolosità e che poggiano sui concetti di non imputabilità e pericolosità sociale, tutt'altro che scientifici, oggettivi e neutrali. «Matto e pericoloso era il binomio su cui si fondava una teoria positivista e organicista che ha avuto nel pensiero di Cesare Lombroso la manifestazione più coerente»⁴⁵. Matto e pericoloso è ancora oggi il binomio su cui si fonda la misura di sicurezza per non imputabili per vizio di mente.

All'epoca della promulgazione del codice penale, era diffusa una nozione di malattia mentale di stampo positivista, biologico-determinista, secondo la quale, essendo l'attività mentale frutto del funzionamento celebrale, in presenza di una malattia, il soggetto doveva automaticamente ritenersi affetto da vizio di mente e non imputabile. Allo psichiatra, nel processo penale, era semplicemente richiesto di individuare la patologia, inscrivere il soggetto in una categoria nosografica, in poche parole etichettarlo in una determinata specie di follia.

Il concetto di malattia mentale è andato nel corso degli anni subendo un notevole mutamento e alle certezze scientifiche della scuola positiva sono andate progressivamente sostituendosi accezioni diverse della patologia psichiatrica, psicologiche e sociologiche⁴⁶. Questo mutamento ha prodotto degli effetti sull'accertamento peritale dell'imputabilità, divenuto più incerto: La definizione di incapacità di intendere e di volere è, dal punto di vista scientifico, del tutto inattendibile; non solo per l'indimostrabilità di tale stato, ma nel fondato dubbio che tale situazione clinica esista veramente⁴⁷. Come l'imputabilità, anche la pericolosità sociale, ovvero la probabilità che

45 F. Corleone, *La rivoluzione fa paura. Torna la suggestione del manicomio*, in F. Corleone (a cura di), *Mai più manicomi. Una ricerca sulla REMS di Volterra. La nuova vita dell'Ambrogiana*, Michelucci Press, Firenze, 2018, p. 16.

46 T. Bandini, *Il contributo del clinico al dibattito sulla psichiatria e sugli ospedali psichiatrici giudiziari*, in O. De Leonardis, G. Gallio, D. Mauri, T. Pitch (a cura di), *Curare e punire. Problemi e innovazioni nei rapporti tra psichiatria e giustizia penale*, Milano, Unicopli, 1985, p. 114

47 Senato della Repubblica, Disegno di legge 177/1983, cit., p. 5.

il soggetto in futuro commetta nuovi atti dalla legge previsti come reati è tutto tranne che un dato naturale e misurabile.

La struttura probabilistica della fattispecie complessa della pericolosità sociale pone problemi riguardo alla legittimità delle misure di sicurezza. Difatti, postulare una limitazione della libertà personale ad un presupposto probabilistico porta con sé l'inevitabile rischio di un «sacrificio non necessario» di questo diritto fondamentale⁴⁸. Tanto più che proliferano dubbi ed incertezze sui metodi di accertamento elaborati dalla scienza psichiatrico forense: il metodo clinico anamnestico che si basa sul colloquio clinico, sulla sottoposizione a test psicologici, psicodiagnostici e neurobiologici, al fine di cogliere le modalità di reazione del soggetto a particolari situazioni, nonché i fattori che lo hanno motivato all'azione delittuosa; il metodo statistico che consiste nella verifica della possibilità di ascrivere il soggetto ad una specifica categoria delinquenziale; il metodo intuitivo che è fondato sul senso comune e sulle conoscenze ed esperienze pregresse del giudice⁴⁹, tutti entrati progressivamente in crisi. Il metodo intuitivo, perché seppure porta con sé l'elemento positivo della maggiore individualizzazione possibile della valutazione, non può propriamente definirsi un metodo scientifico. Il metodo statistico, perché riportando il soggetto a determinate categorie delinquenziali, rischia di produrre una sovrastima dei soggetti pericolosi, oltre a presentarsi come una lesione del diritto alla libertà personale di un soggetto fondata su un pregiudizio legato alla sua appartenenza ad una determinata classe. Il metodo clinico anamnestico perché sono entrate in crisi le concezioni positiviste del delitto come una malattia e del nesso necessario malattia e pericolosità. Nell'ottica deterministica dei criminologi positivisti, il giudizio di pericolosità era scientificamente fondato ed obiettivo, per cui si sarebbe potuto ricorrere alla predisposizione di categorie legali di soggetti pericolosi, oggi, come sostengono Silvia D'Autilia e Peppe Dell'Acqua:

La pericolosità sociale non merita neanche di essere criticata. È una chimera, un qualcosa che si presume, ma che di fatto manca. E la presenza della malattia mentale o di un suo disturbo surrogato non può affiancare quella persona alla pericolosità sociale più di quanto non ne potrebbe essere affiancato uno di noi⁵⁰.

A fronte della mutata concezione della malattia mentale e delle evidenze statistiche che danno conto del fatto che le persone ritenute affette da

48 L. Fornari, *Misure di sicurezza e doppio binario: una declino inarrestabile?*, in "Rivista italiana diritto e procedura penale", 1993, pp. 583-584.

49 E. Fungher, *La pericolosità sociale nel procedimento del Tribunale di Sorveglianza. Corso di formazione in psicologia giuridica, psicopatologia e psicodiagnostica forense*, Associazione Italiana di Psicologia Giuridica, 2012, p. 15.

50 S. D'Autilia e P. Dell'Acqua, *La pericolosità delle psichiatrie di ritorno: risposta ad Andreoli*, in "Forum salute mentale", 29 dicembre 2013.

patologie psichiatriche sono più spesso vittime di agiti violenti⁵¹ e non più di frequente autori⁵², la disciplina deve essere sottoposta ad una revisione. La normativa qui proposta, come i suoi antecedenti: «fa perno sull'abolizione della nozione dell'incapacità di intendere e di volere del reo sofferente di disturbi psichici»⁵³, ispirandosi all'idea del noto psichiatra Kinberg, che ha definito la nozione di incapacità di intendere e di volere «artificiosa, fittizia, equivoca e degradante l'essere umano»⁵⁴.

Con questa proposta si sceglie di equiparare la condizione del malato di mente a quella di chi commette reato in stato di ebbrezza o in stato di assunzione di sostanze stupefacenti o in stato emotivo o passionale.

Soggetti questi che sono imputabili, anche se, come i malati di mente, al momento in cui agiscono a causa dello stato in cui versa la loro psiche — sia pure per l'influenza di agenti non patologici — hanno difficoltà nel dominare e nel dirigere il proprio comportamento. Questa difficoltà nella legislazione penale vigente non è ritenuta né di tipo, né di grado tale da escludere la colpevolezza. I soggetti menzionati vengono pertanto riconosciuti «autori», in quanto si reputa che dispongono, sia pure nello stato di alterazione psichica in cui sono, della libertà necessaria a dominare il proprio comportamento, od in ogni caso che tale libertà era a loro disposizione nel tempo immediatamente precedente al reato in grado tale da permettere di evitare uno stato in cui sarebbe loro venuta meno la possibilità di dominare e di orientare il proprio comportamento⁵⁵.

I progetti che proponevano l'abolizione della non imputabilità per vizio di mente sono stati oggetto di critiche o perché ritenuti astratti e viziati da «rigidità illuministica»⁵⁶ o per il più concreto timore «per le conseguenze fattuali sulle persone in carne ed ossa [...] sofferenti e bisognose di aiuto e sostegno»⁵⁷.

Dal punto di vista teorico e dell'astratta configurazione, è utile ribadire come il pregiudizio sulla totale incapacità di determinazione della persona affetta da vizio di mente, sia non solo indimostrato ed indimostrabile, ma anche fondamento di stigmatizzazioni dannose, di un'infantilizzazione e del

51 Ministero della Salute, *I disturbi mentali si possono curare. Guardali con occhi nuovi: quelli dell'informazione*, http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_opuscoliPoster_85_allegato.pdf

52 Si veda ad esempio, lo studio condotto dall'Istituto di Medicina di Washington D.C. Institute of Medicine. *Improving the Quality of Health Care for Mental and Substance-Use Conditions*, Washington, DC: Institute of Medicine, 2006

53 Senato della Repubblica, Disegno di legge 177/1983, cit., p. 4.

54 O. Kinberg, *Om den s. k. allmänpreventionen*, in SVJT, 1953, pp. 451 e ss.

55 Senato della Repubblica, Disegno di legge 177/1983, pp. 5-6.

56 F. Corleone, *Il cavaliere dell'utopia concreta*, in F. Corleone (a cura di), *Alessandro Margara. La giustizia e il senso di umanità. Antologia di scritti su carcere, opg, droghe e magistratura di sorveglianza*, Fondazione Michelucci Press, Fiesole 2015, p. 11.

57 *Ibid.*

disconoscimento paternalistico di ogni margine di autonomia.

Come efficacemente riassunto da Margara – che esprimeva un punto di vista critico su questo genere di progetti:

Non si accetta la esclusione della imputabilità del malato di mente considerandola una forma di incapacitazione del malato di mente e, conseguentemente, se ne afferma la sua responsabilità penale per i reati che commette. Vi sarà la inflizione di una pena determinata, la cui espiazione chiuderà i conti del soggetto con la giustizia. Ovviamente, si dovrà prevedere che la espiazione di una pena nei confronti di soggetti che presentino problemi psichiatrici tenga conto di questi, ma il tutto nel quadro della esecuzione di una pena determinata. [...] In tali progetti, il superamento del concetto di pericolosità sociale è nitido. Tale concetto considera il reato commesso non per ciò che è stato, ma quale indizio di ciò che il soggetto potrebbe commettere in avvenire: non sanziona una condotta passata, ma è volto a prevenirne una futura. Orbene: abolendo la non imputabilità e affermando la responsabilità del malato di mente autore di reato, si torna invece a valutare la sua condotta passata, il reato da lui commesso e si irroga nei suoi confronti la pena⁵⁸.

Ampiamente criticati, i progetti abolizionisti sono stati anche appoggiati, sostenuti e riproposti da più voci, istituzionali e di operatori del settore.

Ad esempio, nel 1997, l'allora Capo del DAP Michele Coiro, audito dalla XII Commissione permanente della Camera dei Deputati – Affari sociali, dichiarava riguardo agli OPG:

"C'è quindi bisogno di strutture esterne in grado di accogliere queste persone e si valuta positivamente l'indirizzo della citata proposta di legge di iniziativa Corleone che individua la strada per il superamento dell'ospedale psichiatrico giudiziario. Le misure di sicurezza, peraltro, potrebbero essere fin d'ora abolite per i seminfermi di mente mentre tale soluzione non risulta applicabile ai totali infermi di mente per i quali le misure indicate corrispondono al duplice obiettivo di garantire la custodia e la cura del malato"⁵⁹.

L'abolizione della nozione di non imputabilità è stata sostenuta da molti degli psichiatri del gruppo triestino e di psichiatria democratica, proprio come forma di riconoscimento di soggettività al malato di mente, in questo caso autore di reato. Il riconoscimento della responsabilità è anche ritenuto essere un atto che può avere una valenza terapeutica.

Ancora dal punto di vista teorico, nella sfumatura delle riflessioni dogmatiche, potrebbe essere evidenziata, in senso critico, la netta discontinuità tra una

58 A. Margara, *Una proposta di legge del secolo scorso*, in F. Corleone (a cura di), *Alessandro Margara. La giustizia e il senso di umanità. Antologia di scritti su carcere, opg, droghe e magistratura di sorveglianza*, Fondazione Michelucci Press, Fiesole 2015, p. 293.

59 Camera dei Deputati, XII Legislatura, XII Commissione Permanente Affari Sociali, *Resoconto Stenografico della seduta del 7 marzo 1997*, p. 107.

misura di sicurezza con finalità terapeutiche e la pena con la sua funzione retributiva. Sembra però opportuno rilevare che questa netta distinzione funzionale, che probabilmente non è mai esistita se non sul piano astratto, è superata.

La pena è riconosciuta come poli-funzionale e deve tendere alla rieducazione e la misura di sicurezza inizia ad essere contaminata da alcuni elementi di retributività. La previsione di un tetto di durata massimo legato al massimo edittale, in fondo aggiunge, seppure come mera forma di ultima garanzia, un elemento retributivo in una misura di altro carattere, avvicinando un po' la misura di sicurezza detentiva per non imputabili alla pena.

Quanto ai timori per gli effetti sulla vita delle persone in carne ed ossa, occorre prenderli sul serio, consapevoli del fatto che il carcere è un luogo sovraffollato ed inadeguato a gestire varie forme di vulnerabilità, tra cui la stessa patologia psichiatrica, presente in percentuali massicce⁶⁰.

Occorre però anche ribadire che le proposte abolizioniste, non si limitano mai all'eliminazione della distinzione tra imputabili e non imputabili per vizio di mente e al trasferimento di competenze al carcere, quale sostituto unico e principale del manicomio giudiziario.

La proposta a firma di Grossi e le due proposte a firma di Corleone, si premuravano di modificare l'ordinamento penitenziario, sì da garantire una tutela effettiva della salute del malato di mente detenuto.

In particolare, il Disegno di legge Grossi era stato elaborato secondo tre criteri direttivi: 1) l'abrogazione della legislazione penale speciale per malati di mente (articoli da 1 a 10); 2) la parificazione agli effetti giuridici, della malattia di mente alla malattia fisica (articoli da 11 a 17); e 3) la tutela della salute del condannato (articoli da 18 a 21). Per quanto concerne questo ultimo punto, il disegno di legge rafforzava l'articolo 11 dell'ordinamento penitenziario (legge 26 luglio 1975, n. 354), disponendo che il carcere dovesse attrezzarsi con strutture sanitarie idonee alla cura dei disturbi psichici e con apposite sezioni su base regionale con massimo 20 posti, per il trattamento dei casi più gravi (art. 18) e prevedendo una collaborazione con i servizi psichiatrici territoriali (art. 19) e l'obbligo di elaborazione di un piano terapeutico individualizzato, da predisporre eventualmente e su richiesta del detenuto collaborazione anche di un medico di sua fiducia.

La proposta di legge di Corleone, confermava alcune delle previsioni del disegno Grossi e inoltre chiariva la possibilità di applicare al detenuto malato di mente tutte le misure alternative ed i benefici previsti dall'ordinamento penitenziario (art. 16) ed estendeva il rinvio facoltativo dell'esecuzione della pena anche alle persone affette da patologia psichica, oltre che fisica. Del resto, come Corleone stesso chiarisce: «il diritto al giudizio che io sostenevo

⁶⁰ Si veda ad esempio, la sezione "Salute mentale e REMS" del XV Rapporto sulle condizioni detentive dell'Associazione Antigone *Il carcere secondo la Costituzione*, 2019

(e sostengo tuttora) e la possibilità di elaborare vicende drammatiche e anche tragiche non si deve risolvere automaticamente e necessariamente nell'espiazione della pena in carcere, cioè in un'altra istituzione chiusa»⁶¹.

Per tutto quanto abbiamo sostenuto, appare essenziale riproporre il progetto di legge sull'imputabilità, adeguandolo al contesto odierno e prestando attenzione alle modalità per garantire, in primo luogo, che il malato di mente condannato finisca in carcere soltanto come *extrema ratio*.

In occasione di questo intervento ci sembra essenziale, accompagnare l'operazione ad una pulizia linguistica ed un'espunzione metodica e completa di alcune denominazioni dal codice, affinché «la riforma abbia anche il sostegno di un linguaggio che la esprima adeguatamente»⁶². Questa operazione sarebbe necessaria a prescindere dalla revisione della disciplina dell'imputabilità ed in tal caso dovrebbe coinvolgere un numero ben più ampio di disposizioni. Nell'ipotesi di mera pulizia linguistica, a normativa sostanzialmente inalterata si dovrebbe procedere a sostituire l'espressione "ricovero in manicomio giudiziario", ancora presente nel codice penale nonostante la riforma del 1975, con "ricovero in residenza per l'esecuzione delle misure di sicurezza". L'espressione "manicomio giudiziario" è presente agli articoli: 148, 206, 212, 213, 214, 215, 222 c.p.. Anche "assegnazione ad una casa di cura e di custodia" necessiterebbe di un'opportuna sostituzione e si potrebbe optare per la formula "assegnazione del semi-imputabile ad una REMS". "Assegnazione ad una casa di cura e di custodia" si trova agli articoli: 148, 206, 212; 214; 215; 219; 221; 232. L'operazione di pulizia che proporremo, stante l'abolizione delle due misure di sicurezza, consisterà nell'accurata rimozione delle espressioni dagli articoli che non saranno oggetto sostanziale di modifica.

Il progetto di legge si muove sulle seguenti direttive:

1) *Eliminazione della non imputabilità e semi-imputabilità per vizio di mente e conseguente abolizione delle misure di sicurezza correlate.*

Si procede alla modifica delle disposizioni relative al vizio totale e parziale di mente, riscrivendo l'art. 88 c.p. ed abrogando l'art. 89 c.p. Si è scelto di ripercorrere l'opzione dei Disegni di legge Grossi e Corleone, di uniformazione alla terminologia tecnica del codice per non creare problemi di coordinamento con la restante disciplina (art. 1).

Si cancellano le misure di sicurezza specifiche per il malato di mente autore di reato: il ricovero in manicomio giudiziario (art. 7) e l'assegnazione ad una casa di cura e custodia (art. 6).

61 F. Corleone, *Ospedale psichiatrico giudiziario: la fine di un'agonia?*, in F. Corleone (a cura di), *L'abolizione del manicomio criminale*, cit., p. 49.

62 K. Poneti, *Le misure di sicurezza e la modifica del codice penale*, in F. Corleone, *Manicomi criminali. La rivoluzione aspetta la riforma*, cit., p. 64.

Di conseguenza si rimuove la misura di sicurezza provvisoria del ricovero in OPG (art. 4) e si elimina la previsione della trasformazione della misura di sicurezza per imputabili in misura per non imputabili, a seguito di infermità psichica sopravvenuta (art. 5).

Data l'equiparazione tra autore di reato con disturbo psichico sopravvenuto o antecedente, conseguenza della eliminazione della non imputabilità, si procede all'abrogazione dell'art. 148 c.p. (art. 3).

2) Predisposizione di misure atte ad evitare la carcerazione per il detenuto sofferente psichico.

In primo luogo, adeguando il testo alla recente pronuncia della Corte Costituzionale 99 del 2019⁶³, si modifica l'art. 147 c.p. equiparando, ai fini del rinvio facoltativo, la malattia psichica alla malattia fisica.

Inoltre, si interviene sulla fase cautelare, estendendo la disciplina dei criteri di scelta della misura cautelare, relativa alla persona affetta da AIDS o da altra grave malattia, anche alla grave malattia psichica (art. 8); confermando (seppure con le modifiche necessarie legate al coordinamento con le altre disposizioni) la possibilità della custodia cautelare in luogo di cura (art. 9)

Per scongiurare, l'ingresso in carcere della persona affetta da patologia psichiatrica che abbia trascorso in libertà, o sottoposta ad una misura cautelare non custodiale, e che possa accedere ad una misura alternativa nella prima fase dell'esecuzione, si prevede un'ipotesi di sospensione dell'ordine di esecuzione ad hoc (art. 11).

Si prevedono misure alternative ad hoc per la persona affetta da patologia psichiatrica, sulla falsa riga, di quanto previsto per i tossicodipendenti (art. 13).

3) Previsione di norme atte a garantire, nell'ipotesi di detenzione del malato di mente, che possa ricevere cure adeguate.

Tenendo conto delle modifiche già apportate in materia, dell'istituzione delle articolazioni di salute mentale, si provvede a modificare l'art. 111 o.p. (art. 12).

4) Pulizia terminologica

Si eliminano dagli articoli del codice che le contenevano, i riferimenti alle due misure di sicurezza abrogato (art. 5 e 6).

⁶³ La sentenza è riprodotta in questo volume tra i documenti, a pag. 95

La proposta di legge

Norme in materia di imputabilità e di trattamento penitenziario del malato di mente autore di reato.

ART. 1.

1. L'articolo 88 del codice penale è sostituito dal seguente:
«ART. 88 (vizio di mente): l'infermità psichica non esclude né diminuisce l'imputabilità».
2. L'articolo 89 del codice penale è abrogato.

ART. 2.

1. Al numero 2 del primo comma dell'articolo 147 del codice penale, dopo le parole: «di grave infermità fisica» sono aggiunte le seguenti: «o psichica».

ART. 3.

1. L'articolo 148 del codice penale è abrogato.

ART. 4.

1. Al primo comma dell'articolo 206 del codice penale le parole: «o l'infermo di mente,» e le parole: «, o in un manicomio giudiziale», sono soppresse.

ART. 5.

1. Il secondo comma dell'articolo 212 del codice penale è abrogato.

ART. 6.

1. L'articolo 219 del codice penale è abrogato.
2. L'articolo 221 del codice penale è abrogato.

ART. 7.

1. L'articolo 222 del codice penale è abrogato.
 2. Il quinto comma dell'articolo 213 è abrogato.
 3. Il secondo comma dell'articolo 214 è abrogato.
-

4. I numeri 2 e 3 dell'art. 215 sono abrogati

ART. 8.

1. Al comma 4 bis dell'art. 275 del codice di procedura penale, dopo le parole: «ovvero da altra grave malattia», sono aggiunte le seguenti: «fisica o psichica».
2. Dopo il secondo capoverso del comma 4 ter dell'art. 275 del codice di procedura penale, è aggiunto il seguente:
«Se l'imputato è affetto da una patologia psichiatrica, gli arresti domiciliari possono essere disposti presso una struttura residenziale psichiatrica.»

34

ART. 9.

1. L'art. 286 del codice di procedura penale è sostituito dal seguente:
«ART. 286. – (Custodia cautelare in luogo di cura). – 1. Se la persona da sottoporre a custodia cautelare è affetta da una patologia psichiatrica, il giudice allerta il Dipartimento di salute mentale territorialmente competente, che predispone un programma terapeutico individualizzato.
Il giudice, su richiesta dell'imputato, può disporre il ricovero in idonea struttura del servizio psichiatrico, in luogo della custodia cautelare in carcere».

ART. 10.

1. Al comma 2 dell'articolo 220 del codice di procedura penale le parole: «indipendenti da cause patologiche» sono soppresse.

ART. 11.

1. Dopo il comma 5 dell'art. 656 del codice di procedura penale, è aggiunto il seguente:
«5 bis. Se la pena detentiva deve essere eseguita nei confronti di persona affetta da patologia psichiatrica, il pubblico ministero sospende l'esecuzione per 90 giorni».

ART. 12.

1. L'art. 111 del D.P.R. 30 giugno 2000, n. 230 è sostituito dal seguente:
«ART. 111 – (Articolazioni per la salute mentale) – 1. Gli imputati o condannati affetti da patologie psichiatriche che necessitino di cure sono assegnati ad apposite sezioni denominate articolazioni per la salute mentale. 2. Gli operatori professionali che svolgono la loro attività nelle articolazioni per la salute mentale sono selezionati e qualificati con particolare riferimento alle peculiari esigenze di trattamento dei soggetti ivi ospitati.».

ART. 13.

1. Dopo l'art. 47 sexies della Legge 26 luglio 1975, n. 354, è aggiunto il seguente:

«Art. 47 septies – (Misure alternative alla detenzione nei confronti dei soggetti affetti da patologia psichiatrica). –

1. Le misure previste dagli articoli 47 e 47-ter possono essere applicate, anche oltre i limiti di pena ivi previsti, su istanza dell'interessato o del suo difensore, nei confronti di coloro che sono affetti da patologia psichiatrica e che hanno in corso o intendono intraprendere un programma di cura e assistenza concordato con il Dipartimento di salute mentale.

2. L'istanza di cui al comma 1 deve essere corredata da certificazione del servizio sanitario pubblico competente o del servizio sanitario penitenziario, che attesti la sussistenza delle condizioni di salute ivi indicate e la concreta attuabilità del programma di cura e assistenza, in corso o da effettuare.

3. Le prescrizioni da impartire per l'esecuzione della misura alternativa devono contenere anche quelle relative alle modalità di esecuzione del programma.

4. Nei casi previsti dal comma 1, il giudice può non applicare la misura alternativa qualora l'interessato abbia già fruito di analoga misura e questa sia stata revocata da meno di un anno.

5. Il giudice, quando non applica o quando revoca la misura alternativa ordina che il soggetto sia detenuto presso una delle sezioni di cui all'art. 111 del D.P.R. 30 giugno 2000, n. 230.

6. Per quanto non diversamente stabilito dal presente articolo si applicano le disposizioni dell'articolo 47-ter.

7. Ai fini del presente articolo non si applica il divieto di concessione dei benefici previsto dall'articolo 4-bis.»

Il quadro nazionale delle REMS

Evelin Tavormina

Dall'aprile del 2015, in cui sono state aperte le prime REMS, ad oggi sono passati quattro anni e otto mesi. Anni pieni di cambiamenti, di lavoro e di conquiste.

Tutti gli OPG sono stati chiusi, con la contraddizione della permanenza della struttura di Castiglione delle Stiviere. E' cambiata la gestione della malattia mentale, anche per i cosiddetti rei folli. Il positivo impulso al cambiamento offerto dall'impegno del Commissario Corleone orientato a creare una rete di relazioni personali e scambi di esperienze ha contribuito, insieme al lavoro straordinariamente motivato degli operatori presenti nelle strutture, a degli ottimi risultati. Le conquiste sono stratificate. Migliorano i rapporti tra REMS e servizi territoriali. Migliora la qualità dei programmi individualizzati, calibrati sulle specificità delle persone. Aumenta, ed è questa la più grande conquista, la possibilità di un effettivo reinserimento sociale al termine della misura di sicurezza a cui sono sottoposti i pazienti, testimoniata dall'alto numero di uscite.

Le maggiori criticità che si sono registrate già dal primissimo periodo hanno riguardato gli aspetti che sono sotto riportati, alcune delle quali risultano oggi risolte e superate, altre ancora aperte.

Misure di sicurezze provvisorie

A lungo ci si è interrogati sulla natura delle REMS. È stato sempre ritenuto opportuno che tali Residenze venissero riservate all'accoglienza di prosciolti con misura di sicurezza definitiva. Tuttavia i dati inizialmente raccolti erano allarmanti poiché vi era un'altissima percentuale di presenze di pazienti con misura di sicurezza provvisoria. Il numero delle misure di sicurezza provvisorie è andato progressivamente diminuendo andando ad attestarsi indicativamente intorno al 35%.

Mancanza di una normativa omogenea valida in tutte le REMS

Su questo non vi sono state modifiche, le strutture continuano ad essere dotate di singoli e diversi regolamenti interni. Questo crea difficoltà su

diversi fronti, primo tra tutti il tema dei diritti dei pazienti che, sulla base di questa eterogeneità di regolamenti, finiscono per poter essere diversi tra le trenta strutture. Rimane aperta e contestata dagli operatori la vigenza del regolamento penitenziario.

Lista di attesa e relativa gestione

Ci si continua a chiedere se debba essere considerato il solo dato cronologico o se abbia priorità la gravità della condizione psichiatrica e/o del reato compiuto. Alcune REMS, ad esempio quella di Volterra ha redatto delle proprie regole interne ma continua ad essere valutata l'opportunità di una condivisione tra i soggetti interessati, magistrati e Asl, dei criteri che adesso sono lasciati alla discrezionalità del singolo direttore. Il nodo più preoccupante e che viene utilizzato per denunciare il fallimento della riforma e per sollecitare l'apertura di nuove Rems fino addirittura al raddoppio dei posti disponibili, è bene fare chiarezza. La lista delle persone in attesa di essere inserite in REMS, è fornita dal DAP ma non trova corrispondenza con i numeri che invece risultano ai Responsabili delle REMS. Questo accade perché vengono aggiunte le nuove richieste ma non vengono sottratti i casi che trovano soluzione, attraverso la modifica della misura o l'inserimento in comunità o altre residenze. Questi cambiamenti non sono comunicati al DAP e quindi la lista si allunga, favorendo strumentalizzazioni inaccettabili.

Condizione femminile nelle REMS

Le donne presenti nelle strutture attive sul territorio nazionale rappresentano un numero molto contenuto anche se in percentuale sono il doppio della detenzione femminile. Vi sono due Rems solo femminili, una a Pontecorvo nel Lazio e un padiglione a Castiglione delle Stiviere. Nelle altre Rems la presenza di donne si limita a poche unità, da una a due o tre. Questa realtà deve rendere consapevoli gli operatori dei rischi di isolamento o emarginazione e dunque a produrre progetti e attività che garantiscano la massima integrazione.

Principio della territorialità e del numero chiuso

Rappresentano i cardini del funzionamento terapeutico efficace delle REMS. Ad oggi, a parte qualche eccezione, risultano entrambi rispettati.

Architettura delle REMS

Da un punto di vista strutturale, le REMS avrebbero dovuto avere un carattere meno carcerario possibile (es. bassa presenza di sbarre e recinzioni). Purtroppo in alcuni casi hanno prevalso le preoccupazioni di sicurezza. Va anche sottolineato che quasi tutte le strutture sono provvisorie e che la progettazione qualitativamente adeguata a una comunità con caratteristiche neppure ospedaliere è appena agli inizi. Va detto che gli arredi e gli spazi

interni si caratterizzano generalmente in termini di apertura. E' emersa immediatamente la imprescindibilità di prevedere attività di laboratori e trovare risorse da destinare a borse lavoro, utili strumenti terapeutici capaci di accrescere l'autostima del paziente, oltre che le proprie competenze. A tal proposito si segnala che nelle REMS è notevolmente aumentata l'attenzione verso la gestione del tempo. Diverse sono le attività proposte nelle strutture: laboratori di cucina, di attività espressive e sportive, di scrittura creativa, cineforum, uscite programmate, ecc. In tutti i Regolamenti interni alle REMS emerge l'importanza della partecipazione attiva dell'ospite alle attività proposte, nell'ottica di evitare un comportamento passivo della persona e aumentare la condivisione della vita di comunità.

Senza fissa dimora

La questione relativa ai pazienti senza fissa dimora era in Opg e rimane nelle REMS un tasto dolente. Poco si riesce ad incidere sui percorsi di vita di questi pazienti, sono limitati i programmi a cui queste persone riescono ad accedere.

La maggior parte delle persone senza fissa dimora presenti nelle REMS hanno una residenza fittizia fornita dai Comuni ove risiedevano in precedenza, questo gli garantisce l'assistenza al welfare di base; tale strumento usa essere definito "domicilio di soccorso". Nel caso in cui la persona sia entrata irregolarmente all'interno del nostro paese e non abbia mai regolarizzato la sua posizione, il principio che viene applicato per stabilire una residenza, seppure fittizia, è quella legata al luogo in cui la persona ha commesso il reato. Tuttavia, entrare per un periodo di tempo più o meno lungo, in una istituzione totale comporta non poca stigmatizzazione e le prospettive di reinserimento sociale sono più difficili quanto più lungo è il periodo di permanenza al loro interno. La costruzione di reti che favoriscano il reinserimento sociale della persona, una volta scontata la pena e/o terminata la misura di sicurezza, per i Senza Fissa Dimora diventa assai più complicato di quanto già non lo sia in generale per i cittadini con residenza.

Contenzione. Non è quasi più utilizzata. Risulta che in alcune REMS vi siano delle stanze di descalation, utilizzate per la messa in sicurezza di pazienti con agiti violenti, ma i Responsabili delle strutture assicurano che vengono utilizzate solo nel caso in cui si renda necessario mettere in atto un intervento volto a salvaguardare l'incolumità della persona interessata e/o quella degli altri pazienti e del personale. In altre REMS sono presenti, invece, delle stanze video sorvegliate arredate come le altre camere di degenza ma con accorgimenti di sicurezza maggiorati.

Riforma del Codice penale

È necessario un intervento su diversi articoli, prima di tutto sull'art. 148 (infermità psichica sopravvenuta in carcere) e l'art. 206 (misure di sicurezza

provvisorie) che dovrebbero essere abrogati. Altrettanto indispensabile un lavoro di pulizia semantica per eliminare dal codice e dall'Ordinamento penitenziario termini superati come OPG e internati e sostituirli con definizioni corrispondenti alla nuova realtà.

Nella Tabella 1 è offerto un quadro su scala nazionale datato giugno 2018.

Per ogni Rems venivano indicati: capienza regolamentare, pazienti presenti (uomini e donne), tipologia di misura di sicurezza applicata (definitiva, provvisoria e mista), pazienti transitati dall'apertura della singola struttura al giugno 2018¹ e, infine, le persone che sono state dimesse. Uno dei dati più significativi riguarda indubbiamente le persone entrate e uscite dalle REMS: su un totale di 1236 persone transitate in REMS ne sono state dimesse più della metà, ovvero 743, e questo testimonia un alto avvicendamento nelle presenze. Le REMS sono delle strutture tendenzialmente aperte e, contrariamente agli Opg, non prevedono una presenza senza fine, con quella tragica pratica che era definita come ergastolo bianco.

I dati positivi continuano ad essere confermati. Vi è un ulteriore indicatore positivo relativo all'irrisorio numero dei reingressi. Questo ci porta a ritenere che il sistema stia rispondendo alle aspettative e che il lavoro svolto dagli operatori delle REMS, in stretta collaborazione con i servizi territoriali, stia dando dei risultati molto soddisfacenti.

Si riporta nel paragrafo seguente il prezioso contributo dell'Osservatorio sul superamento degli OPG e sulle REMS e del Coordinamento REMS-DSM. I dati della ricerca sono aggiornati ad aprile 2019 ma sono aggregati e con una copertura del 75% (7 REMS, infatti, non hanno risposto al questionario).

1 Data rilevazione. A tal proposito si fa presente che la REMS di Mondragone è in fase di chiusura (essendo struttura provvisoria e non definitiva) e che i dati dei transitati e dei presenti non combacia con il numero dei dimessi a causa della particolarità di Castiglione delle Stiviere, ex OPG riconvertito in REMS.

Tabella 1

Regione	REMS	Capienza	Presenti	Uomini	Donne	MdsProv.	Mds Def.	MdsMiste	Trasferiti	Dimessi
Abruzzo	Barete (AQ)	20	19	16	3	10	8	1	45	26
Basilicata	Pisticci (MT)	10								
Calabria	Santa Sofia D'Epiro (CS)	20	20	20	0	9	11	0	24	4
Campania	Mondragone (CE)	16	6	6	0	3	3	0	27	21
Campania	Vairano Patenora (CE)	12	12	12	0	5	7	0	29	17
Campania	Calvi Risorta (CE)	20	20	17	3	12	8	0	43	23
Campania	San Nicola Baronia (AV)	20	20	20	0	6	14	0	36	16
Emilia Romagna	Bologna (BO)	14	14	10	4	4	10	0	33	19
Emilia Romagna	Parma (PR)	10	10	10	0	5	5	0	36	26
Friuli Venezia Giulia	Aurisina (TS)	2	2	2	0	2	0	0	7	5
Friuli Venezia Giulia	Maniago (PN)	2	2	2	0	0	2	0	4	2
Friuli Venezia Giulia	Udine (UD)	2	2	2	0	0	2	0	6	4
Lazio	Ceccano (FR)	20	19	19	0	4	15	0	53	34
Lazio	Pontecorvo (FR)	11	11	0	11	4	7	0	31	20
Lazio	Pal. Sabina (Merope) RM	20	15	15	0	10	5	0	41	26
Lazio	Pal. Sabina (Minerva) RM	20	19	19	0	4	15	0	34	15
Lazio	Subiaco (RM)	20	18	18	0	14	4	0	49	31
Liguria	Genova - Prà (GE)	20	20	20	0	4	16	0	40	20
Lombardia	Castiglione delle Stiviere (MN)	120	159	140	19	64	95	0	145	115
Marche	Montegrignano (PU)	20	20	17	3	5	15	0	46	26
Piemonte	Bra (CN)	18	18	18	0	3	14	1	59	41
Piemonte	San Maurizio Canavese (TO)	20	20	18	2	6	14	0	41	21
Puglia	Carovigno (BR)	18	17	15	2	8	9	0	38	21
Puglia	Spinazzola (BT)	20	20	20	0	8	12	0	44	24
Sardegna	Capoterra (CA)	16	16	16	0	4	12	0	36	20
Sicilia	Caltagirone (CT) 1 e 2	40	28	20	8	10	18	0	60	32
Sicilia	Naso (ME)	20	20	20	0	7	13	0	75	55
Toscana	Volterra (PI)	30	26	24	2	7	15	2	62	36
Trentino Alto Adige	Pergine Valsugana (TN)	10	10	10	0	0	10	0	22	12
Veneto	Nogara (VR)	40	39	34	5	15	24	0	70	31
	TOTALE	631	622	560	62	233	383	4	1236	743

Quale futuro per una "rivoluzione gentile"?

Pietro Pellegrini

Una "rivoluzione gentile" è la fausta espressione coniata da Franco Corleone¹ per indicare il processo di chiusura degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari (OPG) avvenuto in attuazione delle leggi 9/2012 e 81/2014 che ha rappresentato il completamento di un percorso iniziato negli anni 60 del novecento ed ha visto un momento fondamentale nell'approvazione della legge 180 del 1978 la quale ha portato alla chiusura degli Ospedali Psichiatrici (OP).

Il rapporto tra criminalità e pazienti psichiatrici autori di reato è antico. Infatti, la nascita della moderna psichiatria si fa risalire al 1793 quando Pinel separò i malati di mente dai delinquenti. Libera i primi dalle catene e nell'ottocento si struttura un luogo di cura loro dedicato, il manicomio poi ospedale psichiatrico. La separazione operata non poteva essere netta e definitiva e quindi nel tempo si è posto, per usare un linguaggio desueto, il tema dei folli rei e dei rei che divenivano folli. Nascono così in Europa, in Italia nel 1876 ad Aversa, i manicomi criminali, poi ridenominati Ospedali psichiatrici giudiziari, 6 in tutto il Paese.

Questi ultimi non erano stati modificati dalla 180 e lo stesso Basaglia² diceva: "Ora, dopo avere conquistato la riforma degli ospedali psichiatrici civili, il movimento che in Italia chiamiamo "Psichiatria democratica" comincia a chiedere l'abolizione del manicomio giudiziario. Sarà una lotta dura e difficile da portare a termine perché il manicomio giudiziario è una garanzia di un luogo dove si possono collocare un certo tipo di persone ritenute pericolose. Il manicomio giudiziario riguarda molto da vicino il carcere speciale, è una sorta di carcere speciale, e le carceri speciali rappresentano una sicurezza per lo stato".

Non riepilogo tutti i passaggi da allora e mi limito a ricordare che nonostante le difficoltà, si è avviato un lungo percorso (leggi 354/1975, 663/1986, DI

1 F. Corleone, *La rivoluzione gentile. La fine degli OPG e il cambiamento radicale*, in F. Corleone (a cura di), *Manicomi criminali. La rivoluzione aspetta la riforma*, numero monografico della rivista Quaderni del Circolo Rosselli, 1 (2018).

2 F. Basaglia, *Conferenze brasiliane*, 21 giugno 1979, Raffaello Cortina Ed., Milano 2000, pag 62.

23/07/1999; DPCM 1 aprile 2008, legge 9/2012, le sentenze della Corte costituzionale 139/1982, 253/2003, 367/2004) fino alle legge 81/2014³ che ha portato ad una psichiatria senza OPG. Sembrava impossibile e invece siamo riusciti. Dopo due proroghe, la previsione di legge di chiusura al 31 marzo 2015, in circa due anni ha trovato piena attuazione operativa.

A che punto siamo nell'assicurare, secondo quanto previsto dalla Costituzione, il diritto alla salute a prescindere dallo stato giuridico della persona? Quali altre azioni sono necessarie in ambito normativo, organizzativo e delle pratiche per attuare una riforma organica?

Questa, non va mai dimenticato, richiede un welfare pubblico universalistico fondato sulla Costituzione e su una società orientata al recupero, all'inclusione e non all'esclusione-abbandono o discriminazione delle diversità. Un patto sociale nel quale la priorità è conferita alla cura della persona e alla sua salute pur nel rispetto della tutela della sicurezza della comunità. Un accomodamento ragionevole di interessi richiamato anche dalla recente sentenza della Corte Costituzionale 99/2019.

I riferimenti per la chiusura degli OPG

La chiusura degli OPG, avvenuta per una mobilitazione della società civile e politica, con l'interessamento del Presidente della Repubblica Giorgio Napolitano che li definì "un autentico orrore indegno di un paese appena civile" (Discorso del 31 dicembre 2012), ha comportato un forte coinvolgimento dei Dipartimenti di Salute Mentale (DSM) fino ad allora, salvo particolari sensibilità, rimasti in larga misura, abbastanza indifferenti se non addirittura ostili, evitanti o deleganti rispetto al problema.

Come dicevo si è trattato di un lungo percorso ed un passaggio importante si è avuto con il citato DPCM 1 aprile 2008, grazie al quale l'assistenza sanitaria negli istituti di pena e negli OPG è diventata una competenza del Servizio Sanitario Nazionale e pertanto da allora, il coinvolgimento dei DSM è stato crescente ed inevitabile.

Per la chiusura degli OPG è stata essenziale la collaborazione tra diverse istituzioni, magistratura, prefetture, forze dell'ordine, enti locali ed il lavoro di Stopopg ma la spinta decisiva è stata quella del sistema di welfare in particolare dei Dipartimenti di Salute Mentale (DSM) sui quali è ricaduto il maggiore carico tecnico, organizzativo, economico e in molti casi il peso psicologico e la responsabilità per l'attuazione della legge. Per questo un ruolo importante è stato svolto dal Commissario Franco Corleone che non solo ha operato rispetto alle Regioni inadempienti o in ritardo nel dare realizzazione alla legge ma ha costituito un significativo punto di riferimento nazionale.

³ Per approfondimenti P. Pellegrini, *Per una psichiatria senza ospedali psichiatrici giudiziari*, Franco Angeli, Milano 2015; P. Pellegrini, *Liberarsi dalla necessità degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari*, AlphaBeta Verlag, Merano 2017

L'affidamento delle persone con disturbi mentali autrici di reato alla sanità è avvenuto dopo avere constatato in modo inequivocabile il fallimento terapeutico dell'OPG, il loro complessivo degrado e i gravissimi limiti presenti negli Istituti di Pena, in larga parte non in condizione di seguire questi pazienti.

Tuttavia non si è creato un ampio movimento professionale e molti operatori dei DSM hanno avanzato riserve e critiche rispetto al percorso intrapreso. Il timore della violenza, di dover fronteggiare la pericolosità, di riprendere una funzione custodiale e di controllo sociale, di essere invasi e sottomessi alla magistratura, di ricreare nel territorio dei miniOPG, in riferimento alla creazione delle Residenze per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza (REMS). A questi timori si è aggiunta la questione della responsabilità professionale, di essere chiamati a rispondere, in base alla "posizione di garanzia" (art. 40 c.p. comma 2), per azioni commesse da pazienti in cura. Preoccupazioni fondate e purtroppo ancora attuali e che tuttavia non hanno portato a risposte oppostive o difensive. Sulla base di una persistente e persino rinnovata motivazione etico-professionale di molti operatori, comprese le giovani leve, la psichiatria italiana ha proceduto nella convinzione che gli OPG andassero chiusi con decisione senza avere, come era accaduto per gli OP, una loro prolungata sopravvivenza anche solo come "residuo". Infatti, all'inizio del 2015 risultavano in OPG 761 pazienti, e per raggiungere l'obiettivo di dimmetterli la creazione delle REMS è stata decisiva. Si è trattato di un processo non accompagnato da un attento monitoraggio nazionale per cui ad oggi mancano dati sistematici sui pazienti dimessi.

Come noto i punti chiave della legge sono la residualità della misura di sicurezza detentiva che non può superare la durata della pena edittale massima prevista per il reato commesso, la non rilevanza delle "condizioni di vita individuale, sociale e familiare del reo" (art 133, comma 2 punto 4) ai fini dell'applicazione o mantenimento della misura di sicurezza, la regionalizzazione e la gestione sanitaria delle REMS i cui requisiti vengono fissati con Decreto 1 ottobre 2012. La legge di riforma, è giusto ricordarlo, prevede anche un finanziamento nazionale dedicato.

Nella pratica si sono affermati anche il numero chiuso nelle REMS, quindi la presenza della lista di attesa e pratiche non coercitive e orientate alle recovery. Il timore di una progressiva presenza della criminalità è stato sostanzialmente fugato e lo stesso che le REMS siano destinate in larga misura a pazienti nuovi, diversi e non conosciuti dai DSM. Infatti, l'esperienza dimostra che nelle REMS vi sono pazienti nel 70-80% dei casi sono stati conosciuti in precedenza dai DSM i quali hanno caratteristiche sovrapponibili a quelle degli altri assistiti, mentre come previsto da diversi esperti, i pazienti più difficili (circa il 10% del totale) sono risultati quelli con alto livello di psicopatologia, antisocialità e concomitante uso di sostanze, i "non responder". Sul piano operativo, nelle REMS la compresenza di persone con misure di

sicurezza provvisorie e definitive si è rivelato poco utile e talora chiaramente disfunzionale. La dinamica tra REMS e Centri di salute mentale, titolari dei Piani Terapeutico Riabilitativi Individualizzati (PTRI), ha evidenziato diverse difficoltà, segno del persistere di vecchie logiche ma anche di limiti delle risorse (si pensi al budget per finanziare alternative alle REMS) nonché di carenze formative, strumentali e organizzative. Lo stesso si può dire per i rapporti con la magistratura sia di sorveglianza che di cognizione.

I mandati

La chiusura degli OPG ha evidenziato anche la presenza di una contraddizione interna alla psichiatria che da un lato sostiene una cura basata sulla libertà, il consenso, la responsabilità e la sicurezza (collegata anche a lavoro, abitazione e reddito, come richiesto dalle rappresentanze degli utenti) quindi sul pieno riconoscimento della persona con disturbi mentali come cittadino, portatore di diritti e doveri, e dall'altro, in molti contesti mette ancora in pratica azioni in un qualche modo coercitive, limitative della libertà e incentrate su luoghi chiusi, applicate a persone che rischiano di essere sì cittadini ma con diritti e doveri sostanzialmente diminuiti.

In questo quadro le REMS finiscono con il rappresentare il luogo reale e immaginario dove cura e custodia sono ibridate, dimenticando la natura conflittuale e incompatibile dei due termini che hanno riferimenti costituzionali, normativi, teorici e operativi del tutto diversi. Se la privazione o la limitazione della libertà può essere una dolorosa occasione per prendere consapevolezza, affrontare i propri problemi di salute e di comportamento, non è solo attraverso di essa che si possono effettuare i diversi interventi di cura. Questa deve avvenire sulla base di norme chiare, leggibili e comprensibili da parte della persona che invece nelle REMS viene a trovarsi spesso in un confusivo limbo, nel quale non comprende le ragioni delle misure di sicurezza, del proscioglimento, non ha scadenze e certezze.

Sotto il profilo clinico, la cura può avvenire solo nella volontarietà e con la partecipazione della persona, in tutti i quadri clinici ed a maggior ragione in quelli, come l'uso di sostanze, che richiedono anche la costruzione di un'adeguata e protratta motivazione. Senza questa nessun percorso è fattibile. Senza chiarezza nelle relazioni, consenso e partecipazione della persona nessuna cura è possibile. Non solo ma la custodia può soffocare ogni prospettiva di cura efficace ed adeguata alle odierne conoscenze scientifiche ma può creare danni ulteriori, rendere ancora più aggressivi o addirittura combattivi certi soggetti. Si rischia di fare solo custodia e se è questo ciò che serve alla magistratura e alla politica, o all'opinione pubblica la gestione dei luoghi e delle persone non deve essere sanitaria.

Il percorso di chiusura dell'OPG ha evidenziato le caratteristiche e le incompatibilità dei mandati di cura e controllo/custodia che devono fare capo a soggetti differenti.

L'eventuale privazione della libertà, la sua limitazione, l'applicazione di misure e prescrizioni alla persona sono di competenza dell'autorità giudiziaria. Essa si fonda sulla necessità di prevenire nuovi reati, di tutelare la comunità e di operare un recupero sociale chiedendo alla persona precisi comportamenti e il rispetto di determinate norme la cui violazione è nell'esclusiva sua responsabilità e non di chi lo ha in cura. Questo anche se la misura giudiziaria è applicata a persone con disturbi mentali. La cura di questi ultimi, compito della psichiatria, ha precisi requisiti, condizioni, rischi/benefici, luoghi dove deve realizzarsi e l'idoneità di questi saranno indicati alla magistratura dallo psichiatra. Se il sistema è affidato ai sanitari, il mandato di cura deve essere valorizzato e tutelato al massimo grado. La misura giudiziaria deve facilitare il percorso di cura, abilitazione e inclusione sociale e non ostacolarlo.

Luoghi sanitari e sociali da utilizzare secondo le esigenze della cura e non della giustizia, in relazione all'intensità, complessità e alla durata degli interventi. La psichiatria può solo curare. Il persistere di logiche vecchie vede richieste della magistratura di permanenze in luoghi di cura di soggetti che non ne hanno bisogno e che dal prolungamento della degenza possono ricavare danni iatrogeni, perdere abilità. Questo al contempo determina una ricaduta sociale in quanto non ne permette l'utilizzo di strutture psichiatriche da parte di altri cittadini che ne hanno bisogno. Il fatto che l'iter giudiziario sia in corso è dal punto di vista sanitario è del tutto secondario.

La pericolosità sociale, la prevenzione di nuovi reati può essere migliorata dai percorsi di cura ma non può essere la finalità del lavoro degli psichiatri. I comportamenti sono sempre multideterminati, risentono di variabili biologiche, psicologiche e sociali, relazionali e situazionali e devono fare riferimento ad evidenze scientifiche e non alle mitologie o ad un'ipotetica psichiatria ideale tanto perfetta quanto inesistente. I disturbi mentali di norma non sono curabili con un singolo intervento, l'efficacia della terapia farmacologica è parziale (si pensi che il 25% delle schizofrenie è resistente ai trattamenti), l'efficacia a lungo termine è oggetto di discussione e di valutazioni controverse, per certi disturbi non esistono terapie farmacologiche (si pensi a forme di abuso/dipendenza) se non sintomatiche ed anche le psicoterapie e gli interventi psicosociali e comunitari presuppongono motivazioni e sono gravate da significativi tassi di ricaduta.

La cura presuppone la responsabilità e nella psichiatria vi sono movimenti per riconoscere l'imputabilità (abolendo l'art 88 del c.p.) tenendo conto del disturbo, della sua cura in fase di esecuzione della pena. Questo nella convinzione che il diritto al processo sia utile alla persona, alla comprensione della sua situazione e rilevando, invece, come sia dannoso un incomprensibile proscioglimento il quale apre scenari incerti e kafkiani, fondati sul rinvio e sull'attesa talora sine die. Tuttavia mentre una parte della psichiatria spinge per la responsabilizzazione un'altra parte, specie nella attività forense, vi è stata la tendenza ad allargare il concetto di infermità mentale, giungendo ad

includere seppure a certe condizioni anche i disturbi della personalità. Come si vede un processo per nulla lineare, carico di differenze e contraddizioni tra magistratura e psichiatria e interni agli ambiti disciplinari.

I limiti della riforma

Se gli OPG sono stati chiusi mediante il sistema di salute mentale di comunità, parte del welfare pubblico inclusivo e universalistico, non va dimenticato che si è trattato di una riforma incompleta. Sono infatti rimasti invariati il codice penale relativamente a imputabilità, pericolosità sociale e misure di sicurezza. Come noto la legge 180 ha eliminato il concetto di “pericolosità a sé e agli altri” dai requisiti per l’effettuazione del Trattamento sanitario obbligatorio (TSO) mentre il codice penale è rimasto invariato dal 1930 in merito ad imputabilità e “pericolosità sociale”.

Non solo ma rimangono altre norme nei codici penale e di procedura penale (ad esempio l’applicazione delle misure di sicurezza detentive provvisorie) le quali fanno pensare che la giustizia abbia come riferimento la legge 36/1904 e quindi un sistema custodiale, piuttosto che i DSM come delineati dalla 180 e dalle norme applicative successive. Anche i tentativi di completare la riforma dell’ordinamento penitenziario, ad esempio mediante la legge 103/2017 (riforma Orlando) e relativi decreti, non hanno risolto i principali problemi e ancora non si è realizzato un sistema unitario.

In questo ultimo anno la riforma, come era già avvenuto dopo la 180, è finita nel silenzio e sostanzialmente nell’ombra. Non solo ma è comparsa una cultura della pena che in qualche ambito ha assunto aspetti di tipo “vendicativo”. Vi è un sostanziale abbandono dei professionisti della salute mentale e della giustizia i quali, nelle prassi, si trovano nella condizione di dover risolvere tra difficoltà e incertezze, senza OPG, i tanti problemi quotidiani.

Infine, tra i limiti della riforma vi è l’assenza dei Comuni, dei Sindaci, dei servizi sociali e delle comunità locali essenziali per l’accoglienza. Si è cioè lasciato in secondo piano la questione dei diritti sociali fondamentali per i percorsi di inclusione. In questo quadro, come vedremo, una luce di speranza viene dalla sentenza della Corte Costituzionale del 19 aprile 2019 n. 99.

Lo stato di applicazione della legge

La mancanza di dati nazionali derivati da fonti ufficiali è solo parzialmente vicariata dall’attività dell’Osservatorio sul superamento OPG e sulle Rems e dal Coordinamento nazionale Rems/DSM. Il quadro emerso da una specifica ricerca è illustrato in un successivo capitolo⁴.

Come previsto, la legge 81 si sta realizzando nella comunità. Infatti a giugno 2017, dai dati della Regione Emilia Romagna si ricava che a fronte di 24

⁴ Vedasi pag. 71

ospiti nelle REMS vi erano 203 persone con misure giudiziarie nel territorio delle quali circa il 70%, in strutture residenziali. Un dato che fa presumere che a livello nazionale vi siano circa 6.000 persone con misure giudiziarie seguite dai DSM.

In questi anni, in diverse regioni, tra psichiatria e magistratura si sono sviluppate “buone pratiche”, come auspicato dal Consiglio Superiore della Magistratura⁵, e sono stati realizzati protocolli⁶ nei quali vengono richiamati e condivisi i punti chiave della riforma. Particolare rilevanza ha il numero chiuso delle REMS in quanto non è scritto in nessuna norma ed è a mio avviso paragonabile al “mi no firmo” di Basaglia di fronte al registro delle contenzioni, un atto di rigore professionale dei Direttori delle REMS e dei DSM ove operano volto a preservare le condizioni essenziali della cura che il sovraffollamento comprometterebbe irrimediabilmente. A questo occorre aggiungere l’ampia diffusione (75% delle REMS) delle pratiche “no restraint”⁷. Infatti, la legge non può realizzarsi in un quadro di custodialistico o né di disinvestimento o abbandonico o in un contesto sociale di emarginazione. Il livello di turnover è buono (circa il 65%), i reingressi piuttosto bassi (3,2% degli ammessi). La possibilità di dimissione è migliorabile ulteriormente se vengono riconosciuti i diritti, utilizzati strumenti come il budget di salute e sensibilizzati famiglie e contesti di riferimento.

Dai dati forniti da Corleone (2018), a settembre 2017 indicano che le persone in REMS erano 604 di cui 335 con misure di sicurezza definitive mentre quelle con misure provvisorie erano 265 (44% del totale).

La misura di sicurezza provvisoria, applicabile “in qualunque stato e grado del procedimento” sulla base di un giudizio di pericolosità sociale e talora senza valutazione psichiatrica, viene ad assumere il significato di una misura di custodia cautelare⁸ ed ha un forte impatto sulle REMS. Infatti, si tratta di persone che ancora non sono state ben diagnosticate, quindi possono essere imputabili per le quali vale la presunzione di innocenza. Una condizione che rende molto difficile il mandato di cura mentre è del tutto evidente come un mandato custodiale sia sostanzialmente inattuabile nell’attuale assetto

5 CSM, *Disposizioni urgenti 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. Questioni interpretative e problemi applicativi*, Risoluzione del 19 aprile 2017; CSM, *Protocolli operativi in tema di misure di sicurezza psichiatriche*, Risoluzione del 24 settembre 2018

6 DGR Regione Emilia Romagna, *Protocollo Operativo tra Magistratura, Regione Emilia Romagna e Ufficio Esecuzione Penale Esterna per l’applicazione della legge 81/2014*, sottoscritto il 30 maggio 2018, approvato con DGR Regione Emilia Romagna n.767/2018.

7 Secondo la *Relazione semestrale sull’attività svolta dal Commissario Unico per il Superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari Franco Corleone 19 febbraio -19 agosto 2016*: 17 REMS su 26 (allora aperte) non hanno effettuato contenzioni fisiche.

8 Per avere un raffronto le persone con misure di sicurezza detentiva provvisoria sono il 44% degli ospiti delle REMS mentre i soggetti con misura di custodia cautelare in carcere sono il 34,6% del totale dei detenuti contro una media europea del 22%. Si veda: Associazione Antigone, *Torna il carcere. XIII Rapporto sulle condizioni di detenzione*, maggio 2017.

organizzativo dei DSM.

Se in OPG vi era il tema dell'“ergastolo bianco”, in REMS la persona rischia di subire una detenzione preventiva senza garanzie di tempi e di procedure, tanto maggiore se vi sono carenze della difesa spesso correlate con le condizioni di povertà ed emarginazione della persona. Nelle REMS si sta anche determinando un “effetto accumulo” di pazienti con misure giudiziarie di lunga durata o con problemi sociali rilevanti (senza fissa dimora, clandestini, irregolari, persone sole, povertà estreme) che per il quadro normativo e le difficoltà del sistema sociosanitario si trovano senza prospettive. Pur con questo limite se alle REMS fossero destinate solo le persone con misure di sicurezza definitive i posti necessari sarebbero meno di 400 rispetto ai 641 attuali (giugno 2019).

E' evidente come il determinarsi di una condizione custodiale rischia di stravolgere il ruolo dei sanitari e di creare una situazione che contrasta gravemente con il percorso di cura poiché non determina chiarezza, fiducia, certezza dei tempi, responsabilizzazione reciproca.

Vi è poi il tema delle persone in lista di attesa per l'ingresso in REMS. Tralasciando ogni valutazione sulla sua gestione che a mio parere dovrebbe essere sanitaria e non affidata al Dipartimento Amministrazione Penitenziaria (DAP), secondo il 13° Rapporto di Antigone sono “313 le misure di sicurezza richieste (..) di cui 218 provvisorie” (Belardetti, 2017)⁹ pari a circa il 72% del totale.

Infine, dopo la chiusura degli OPG resta aperto il tema del sistema organizzativo, dei percorsi e della qualità della cura della salute mentale negli Istituti di Pena. Questo rappresenta un punto chiave per la definizione di un sistema unitario.

La concezione della cura

In un ambito a gestione sanitaria ma con molteplici interazioni è essenziale esplicitare la concezione della cura. La psichiatria può esercitare solo il mandato di cura e ogni altra impostazione pone in crisi il sistema, specie se lo spinge verso forme di custodia/coercizione che aprono interrogativi sulla loro liceità, fattibilità, sicurezza ed efficacia. La prolungata limitazione della libertà non è una condizione della cura ma contrasta con essa e pertanto ogni sforzo viene fatto per prevenire i TSO e ridurre al minimo la loro durata, ricostruire il consenso.

Mentre la psichiatria sta operando per il “no restraint”, l'abolizione delle contenzioni, le “porte aperte”, la giustizia, al di fuori delle affermazioni di principio, nelle prassi fatica ad abbandonare un'idea di psichiatria manicomiale secondo la legge 36/1904. In altre parole pensa ancora in termini di contenitori, magari più belli e confortevoli degli OPG o delle

⁹ A. Belardetti, *Pazzi criminali liberi. Nelle Rems non c'è posto*, “La Nazione”, 11 giugno 2017

carceri ma pur sempre dei luoghi separati, dove la privazione della libertà tende ad essere se non il fine ma il primo obiettivo. Una concezione del tutto inidonea alla cura del malato psichiatrico.

Infatti, se in forza di un provvedimento giudiziario una persona si trova non solo con una limitazione della libertà ma inserita in un percorso sanitario da lei non richiesto, è necessario un processo di chiarificazione e di definizione delle condizioni per l'intervento diagnostico terapeutico. Una situazione clinica assai difficile in quanto si tratta di prendersi cura in modo proattivo di chi non esprime domande e per farlo occorre accogliere in modo non giudicante, ascoltare, capire, motivare, iniziare a definire una base comune, le norme di rispetto reciproco, assicurare il "minimo vitale" per i bisogni di base. Questo per attivare la responsabilità e la cooperazione anche attraverso l'investimento sulle potenzialità della persona dando vita fin da subito ad un processo di "capacitazione".

Un lavoro che si fa abitualmente nel territorio dove la cura può avvenire solo attraverso lo sviluppo della relazione intesa come un processo non lineare ma costituito da un insieme di movimenti che con pazienza, lentamente portano ad una condizione di fiducia e sicurezza come costruzione condivisa in grado di produrre una possibile riduzione della sofferenza e un cambiamento di prospettive. In questo la relazione diviene unica, irripetibile e creativa, capace cioè di ridefinire e costruire in termini nuovi, differenti modalità di funzionamento mentale, affettivo e relazionale. Le menti funzionano attraverso connessioni e questo processo in parte empatico e profondo non è codificabile solo in termini cognitivi, né è ben prevedibile. L'alta personalizzazione degli interventi di cura deve partire dal punto di vista dell'utente il quale è portatore di una sua lettura del disturbo, del reato ed ha idee sulla cura, sulla pena e sulla vita. L'incontro inizia con l'avvicinamento, l'accoglienza non giudicante, l'ascolto e la comprensione della difformità di vedute, delle scelte alternative e ciò significa gestire i rischi, i conflitti e le violazioni fissando i riferimenti minimi per l'incontro mantenendo aperta la relazione di cura e cercando di attenuare i danni, favorire la maturazione e la resilienza nell'ambito della umana pietas. Questo consente le narrazioni congiunte, le nuove rappresentazioni del dolore, della sofferenza e avvicinano a quei dilemmi esistenziali e filosofici, vita/morte, essere/non essere, forme di vita che spesso i pazienti gravi portano all'attenzione di chi si prende cura di loro. Co-esistenza, interazione che si realizzano nell'ambito di un destino comune.

Perché questo lavoro profondo possa realizzarsi, occorre che lo psichiatra (e tutto il gruppo di lavoro) si senta libero, in grado di entrare nel mondo del possibile cambiamento dell'altro e di sé; se questa trasformazione creativa, transizionale è parte della cura, o è la cura, occorre tenere conto delle condizioni per la sua difficile e incerta realizzazione. In questo quadro di riferimento va collocata la questione delicata della responsabilità spesso

utilizzata o vissuta come riferimento per atteggiamenti difensivi, remissivi, di disinvestimento, fatalisti, sottilmente custodiali, tutti quanti anti-terapeutici. Un percorso evolutivo che via via avvicina il vissuto del reato e apre alle tematiche della giustizia riparativa.

Va ricordato con forza che la chiusura degli OPG tramite percorsi di comunità (e non le REMS) richiede una revisione del concetto di responsabilità tenendo conto dell'estrema difficoltà e complessità del lavoro di cura, del rapporto rischi/benefici, dell'efficacia reale delle pratiche. Ai fini degli esiti positivi in medicina è indispensabile la partecipazione attiva della persona e del suo contesto. Senza responsabilizzazione non vi è riabilitazione in psichiatria ma nemmeno sicurezza sociale.

Verso nuovi concetti

La conoscenza e la collaborazione tra giustizia e psichiatria sono fondamentali per gestire al meglio i percorsi, definire nuovi scenari, elaborare insieme idee e prassi innovative in grado di prevenire e rendere residuali le misure di sicurezza e favorire programmi di cura efficaci.

Sul piano organizzativo la REMS deve diventare sempre più parte integrante del DSM e della comunità. REMS "no restraint", luoghi aperti senza i muri e i sistemi custodiali ereditati dall'OPG, parte del territorio che alla logica del posto-letto, del "dove lo metto" sostituiscono una concezione orientata ai percorsi, alla responsabilizzazione reciproca. REMS a loro volta superate mediante Progetti terapeutico riabilitativi individualizzati con Budget di Salute (Pellegrini, 2017)¹⁰.

Sotto il profilo delle prassi l'applicazione della legge 81/2014, prevedendo la cura e al contempo azioni per fare fronte alla pericolosità sociale quindi per la sicurezza-prevenzione dei reati, ha reso evidente come si debba passare da una visione lineare ad una binaria.

Semplificando al massimo secondo la precedente prassi consolidata, il giudice, sentito il perito, dispone, la psichiatria "esegue" la cura e il paziente obbedisce e in un qualche modo vi si sottomette. Una cura di norma fondata sulla terapia farmacologica e al più psico-educativa comportamentale e adattativa. Una cura applicata dall'esterno, ad una persona che passivamente la subisce, nella presunzione che vi siano psicofarmaci in grado di curare il disturbo mentale mentre i dati scientifici indicano molta cautela (Breggin, 2018)¹¹ e una limitata efficacia sia a breve e ancor più a lungo termine.

Non si può superare l'OPG senza prendere atto che è variato non solo il ruolo della psichiatria ma anche quello della giustizia. Questa ha competenze specifiche e autonome, possibilmente coordinate con la cura, e deve

10 P. Pellegrini, *Liberarsi dalla necessità degli ospedali psichiatrici giudiziari*, Alfabeta Verlag, Merano 2017

11 P. Breggin, *La sospensione degli psicofarmaci*, Giovanni Fioriti Ed., Roma 2018

sviluppare una propria relazione con la persona tale da dare un senso alla misura adottata, alle azioni necessarie alla rieducazione e prevenzione di nuovi reati. Limitazioni della libertà, prescrizioni o dinieghi senza spiegazioni e tempi precisi prive comunicazioni dirette alla persona oggi non sono accettabili. Occorre abbandonare un modello autoritario impositivo a favore di uno collaborativo che preveda una forte responsabilizzazione della persona rispetto alle misure giudiziarie. E' lei che deve essere aiutata a comprendere e deve risponderne direttamente e non lo psichiatra.

In altre parole, la giustizia non può operare tramite la psichiatria, ma deve sviluppare una sua relazione, un "suo" patto diretto con la persona in rapporto al reato e alle misure conseguenti. Questo è essenziale anche con la persona con disturbi mentali, prosciolta e a maggior ragione se l'imputabilità è ancora da definire, per confrontarla con realtà e tramite impegni specifici, prevenire reati e sostenere al massimo i percorsi di cura. L'impostazione prevista dalla legge 309/90 art. 94 è quella che, con opportuni adattamenti, si può applicare anche nella salute mentale prevedendo i necessari provvedimenti in caso di violazioni (questione che resta invece irrisolta nella REMS).

"Il patto di cura" ha un'altra base giuridica, un'altra chiave di lettura e deve fondarsi sul consenso.

Si tratta di due patti, di due percorsi autonomi e specifici con possibili punti di contatto e convergenza, specie negli obiettivi. Nessuno dei due percorsi può sostituire e nemmeno parzialmente vicariare l'altro.

E' interesse di tutti che la persona si curi, si attenga alle prescrizioni e non commetta altri reati. Quindi la persona nella comunità si trova al centro di un percorso che vede due polarità, quella giudiziaria e quella psichiatrica.

Il passaggio da categorie rigide e dicotomiche (sano/malato, imputabile/non imputabile) a processi basati su dimensioni interagenti nella complessità (modello biopsicosociale) dovrà portare a risposte sempre più articolate. Non più un "doppio binario" che dà vita a percorsi alternativi e mutuamente escludentesi, ma un "doppio patto" con al centro la persona nella comunità che tiene conto non solo delle specifiche competenze psichiatriche e giudiziarie ma anche dei diversi bisogni, a partire da quelli di base, per un programma di cura e il progetto di vita.

Se in caso di non imputabilità l'infermità contiene il reato e questo ne è la espressione, una visione basata sulla complessità riconosce sempre ambiti di autonomia al reato e al disturbo che potranno vedere aree di sovrapposizione ma solo eccezionalmente sono pienamente coincidenti.

Vissuti psicologici si intrecciano con condizioni psicopatologiche, relazionali, sociali, di vita i quali vengono ad assumere a seconda dei casi il ruolo di fattori di rischio, protezione, precipitazione. Questi connotano la pericolosità non come dato obiettivo ma dinamico, dipendente dalla persona e dalle sue

relazioni, comprese quelle di cura e giudiziarie.¹²

Quindi si ha un continuum di vissuti dal normale al patologico, uno spettro sul quale operare. E trattandosi di un vissuto con una componente cognitiva importante, diviene fondamentale agire perché la persona possa sperimentare la capacità di modulare, articolare, controllare la propria attività mentale e il proprio comportamento.

Questa azione di responsabilizzazione è essenziale sia sul piano clinico-riabilitativo che giudiziario dove sarebbe molto più utile al paziente una pena chiara che un ambiguo e talora incomprensibile proscioglimento.

Un orientamento alla recovery nel quale fin da subito sono presi in considerazione i determinanti sociali della salute (reddito, alloggio, formazione lavoro) e i fattori culturali, religiosi e spirituali della persona in quanto fondamentali per la diagnosi e la cura ma anche per la comprensione del reato, della espiatione e la possibile riparazione.

Cure e misure di comunità si possono fare solo nella libertà mentale, con il consenso e la partecipazione attiva della persona. Questa ha bisogno di tempo, di comprendere ed essere compresa nell'ambito di relazioni di fiducia, sempre difficili da costruire, strutturalmente fragili, labili, molto esposte al rischio di fallimento. Una condizione operativa molto delicata, dove occorre chiarezza, sensibilità, attenzione ai dettagli, dove la parte patologica è nell'ambito di un funzionamento mentale e relazionale di insieme, dove il reato e la violazione sono presenti nel mondo interiore, ingombranti, inquietanti, corpi che cercano spazio, parole, senso. Un male che cerca di definirsi, ferite lancinanti in attesa di medicazione, buchi non colmabili, devastazioni e terremoti che aspettano i primi soccorsi, l'accoglienza, l'incontro, il riconoscimento per come sono e aperture di un dialogo. Carenze familiari, percorsi evolutivi traumatici o abbandonici che esitano in derive o tragedie esistenziali dalle quale trovare la capacità di distinguere il bene e dal male, il senso delle esperienze e la speranza di nuove relazioni che forse possono cambiare le persone.

Il male evitabile, quello che può derivare dalla psichiatria, dal sociale o dalla giustizia va evitato, quello inevitabile va affrontato. Comprendere tutto questo è nell'interesse dell'azione giudiziaria i cui tempi e modi rischiano di segnare le esistenze delle persone (e anche degli operatori) a volte in modo patogeno, confuso e talora kafkiano.

Al contempo se le esigenze giudiziarie sono tali da indicare la necessità di una misura detentiva dovrà essere adeguata l'assistenza sanitaria e psichiatrica negli istituti di pena. Questa parte della riforma, in particolare i decreti attuativi della legge 103/2017 (Commissione Pelissero) prevedeva servizi specialistici ed articolazioni tutela salute mentale a gestione sanitaria nonché una linea orientata a facilitare le misure alternative. Un punto caduto

12 A. Ceretti, L. Natali, *Cosmologie violente. Percorsi di vite criminali*, Raffaello Cortina Ed., Milano 2009

nell'ombra insieme alla questione della psichiatria in carcere, riemersa solo recentemente a fronte delle tensioni e delle aggressioni. Un tema che richiama la questione della pena, del suo significato e delle modalità di esecuzione. Una visione fortemente retributiva, contraria a misure alternative ("certezza della pena" e non del diritto), connotata da elementi vendicativi ("marciare in carcere") rischia di essere contrasto con la Costituzione e assai poco utile al fine della cura e del recupero della persona e in ultima analisi anche per la stessa sicurezza sociale come evidenziano gli studi sulle recidive. Questo richiede anche un forte ripensamento degli interventi per le persone con uso di sostanze, dipendenze patologiche e disturbi della personalità o mentali.

Prospettive future

Chiusi gli OPG si può realizzare un sistema unitario e coerente con la legge 180? Quale impatto per i DSM? Che fare delle REMS? Come innovare la psichiatria forense italiana e l'attività peritale e di consulenza? La giustizia ha come riferimento la 180?

La conoscenza tra giustizia e psichiatria e il suo sistema organizzativo è ancora parziale. Parte della giustizia sembra far riferimento nelle procedure e prassi¹³ ad un modello asilare quando non chiaramente custodiale più in linea con la legge 36 /1904 e regolamento del 1909 che con la 180. Si determina una contraddizione che trova risonanza con quelle interne ad una parte degli psichiatri e finisce con il porre al centro l'operato professionale, in particolare dello psichiatra chiamato ad esercitare compiti di previsione, prevenzione e controllo, scientificamente, professionalmente e umanamente impossibili, per altro in assenza di un'organizzazione e di strutture con compiti custodiali.

Il confronto internazionale (Inghilterra, Germania, Francia, Svezia, Finlandia, USA) e le Linee Guida deve tenere presenti le differenze normative e organizzative e soprattutto il fatto che solo l'Italia non ha più OP e OPG.¹⁴ Il nostro Paese ha quindi una normativa e organizzazione unica che si fonda sulla volontarietà e sul consenso informato (legge 219/2017) e quindi su un sistema di cura, con il quale anche il sistema giudiziario deve restare coerente. Questo implica una ricerca e una sperimentazione per dare piena applicazione, mediante formazione, strumenti e organizzazione, ad un modello incentrato su misure giudiziarie e interventi di cura nella comunità ispirati al "no restraint" e alla recovery.

13 Si rimanda agli artt. 70, 73, 286, 312, 313 del c.p. e agli artt. 656, 679, 680, 686, 687 del c.p.p.

14 In Gran Bretagna sono aperti gli ospedali psichiatrici e sono attive le "units sicure" ad alta, media e bassa sicurezza. Vi sono una serie di strumenti come i "Community orders" o i "Community treatment orders" i primi di natura giudiziaria i secondi di natura sanitaria, che impongono coattivamente scelte chiaramente di controllo al fine di evitare la restrizione della libertà e permettere alternative alla custodia. Inoltre per fare fronte alla pericolosità, anche solo presunta e in assenza di reati, sono possibili provvedimenti quali "l'imprigionamento per protezione pubblica" di durata potenzialmente indeterminata.

Non mancano spinte in direzioni diverse dove la normativa della psichiatria dovrebbe cambiare in una direzione della coercizione. Ne è un esempio la proposta di legge presentata dalla Sen. Marin ed al.¹⁵ nella quale si prevede di estendere anche all'ambito ordinario e non solo agli autori di reato un obbligo di cura protratto. Non sappiamo se il disegno di legge andrà avanti o se non avrà futuro come i tanti altri progetti di cambiamento della legge 180.

Resta un punto fondamentale: è necessario un incontro tra giustizia e psichiatria, con l'attuale impianto legislativo e organizzativo di riferimento. Questo prevede, con la legge 180, che la persona con disturbi mentali abbia pieni diritti e doveri e quindi non è pensabile come sottoposta ad una costante tutela da parte di qualcuno, lo psichiatra in particolare.

Nelle prassi è essenziale che si consolidi l'idea di un doppio patto con la persona, concertato tra psichiatria e giustizia, uno per la cura e l'altro per la sicurezza.

Buone prassi sono la consultazione preventiva, la perizia o una doppia perizia/perizia di equipe che preveda sempre una relazione con il DSM per la condivisione dei rischi/benefici e delle responsabilità dovrebbero essere preliminari all'adozione di misure giudiziarie. La definizione di Buone pratiche condivise potrebbe essere un obiettivo da raggiungere. Serve un cambio di linguaggio abbandonando i termini quali internati, minorati ed in favore di altri termini come persone.

Per il funzionamento delle REMS è fondamentale che fin da subito la persona ospite possa utilizzare tutti gli strumenti di cura e abilitazione del Dipartimento di Salute Mentale e non quelli della sola REMS, di per sé assai limitati. Quindi la misura di sicurezza detentiva deve essere presso il "Dipartimento di Salute Mentale al cui interno opera la REMS". Il regolamento penitenziario è in larga parte inapplicabile nelle REMS ed occorre valorizzare i Regolamenti delle REMS, le Carte dei Servizi, i Progetti Terapeutico Riabilitativi Individualizzati (PTRI) e il metodo basato sul consenso e la pianificazione condivisa delle cure.

I confini non possono essere quelli fisici della REMS ma il perimetro è quello della cura. Questo renderebbe più semplice ed efficiente il rapporto con la Magistratura, che verrebbe interpellata solo per significativi cambi della misura (ad esempio i pernottamenti esterni).

Va valorizzata la persona mediante la sua presenza alle udienze, affinché la giustizia possa realizzare il proprio "patto". In questo quadro andrebbero garantiti i diritti, abolita l'immatricolazione e prevista la non iscrizione nel casellario giudiziario relativa alla misura di sicurezza.

15 Disegno di legge 656/2018 Sen. Marin ed al. *Modifica degli articoli 33, 34 e 35 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, in materia di accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori*

Scenari possibili

In assenza di altre auspiccate riforme viene da chiedersi quale possa essere il futuro dell'intero sistema e in particolare per le REMS.

a) Le caratteristiche delle REMS sono diverse e si va dal modello di REMS diffusa del Friuli al sistema polimodulare di REMS dell'ex OPG di Castiglione delle Stiviere, passando per la maggior parte delle strutture con 20 posti anche se non mancano quelle con 10 e 40. Un sistema molto articolato, a macchia di leopardo, le cui differenze si spiegano con le impostazioni dei DSM e le caratteristiche delle comunità. Un sistema che deve sempre più confrontarsi con la questione giudiziaria e della salute mentale negli istituti di pena. In assenza di azioni legislative e di programmazione nella pratica quotidiana si avverte il rischio di una contaminazione di tutto il sistema dei DSM a partire da quello residenziale investito di un nuovo mandato custodiale e di controllo fondato sulla crisi del patto sociale.

Una situazione che rischia di accentuare le difficoltà dei DSM se l'ordinaria attività, messa a dura prova dal consistente divario domanda/offerta, non verrà sostenuta da investimenti in particolare sull'attività territoriale. Un quadro operativo nel quale psichiatri e magistrati ogni giorno devono trovare soluzioni, spesso complesse per persone frequentemente sole, senza diritti, documenti, speranza. Il rischio di una deriva abbandonica è molto forte, specie se il tema non incontrerà interesse della politica e dell'opinione pubblica. In questo quadro, il disinvestimento può aprire la via della regressione. Infatti i posti nelle REMS sono ormai dedicati per circa la metà a misure provvisorie ed assumono di fatto una natura di carattere custodiale. Un mandato del tutto improprio per la sanità. Non solo ma si associano pazienti con reati importanti e quindi programmi complessi, ed altri magari ancora nemmeno ben diagnosticati o di utenti che hanno commesso reati lievi ma non hanno aderito o hanno violato i programmi di cura o non hanno la capacità di stare in giudizio.

Quindi la REMS, talora con sollievo di famiglie, contesti sociali e, in certi casi, anche dei servizi, svolgono la funzione di controllo sociale, liberano per un tempo dal disagio, da soggetti dediti alla microcriminalità, "disturbanti" ma niente affatto motivati alla cura. In altri termini sono l'appendice dell'Istituto di Pena ove sarebbe destinata la persona. Questa spesso si vede costretta a permanenze in REMS che non sulla base del quadro clinico e del programma di cura ma per misure giudiziarie che si giustificano sulla base di un ambiguo mix giudiziario-psichiatrico che finisce con l'aver basse garanzie, quando non viola palesemente i diritti. Si ricrea una condizione dove il patto di cura diviene secondario, ancillare alla misura di sicurezza con la quale confusamente si mescola. La funzione della REMS diviene di mero contenimento e di limitazione della libertà.

D'altra parte le REMS hanno mostrato efficacia, buon livello di dimissioni, basso tasso di rientri.

Pur con queste contraddizioni in questa fase, chiusi gli OPG, la stabilizzazione del sistema delle REMS (ancora provvisorie nel 25% dei casi) sta avvenendo di fatto e preservarne le condizioni e funzioni di cura risulta essenziale.

I DSM avvertono la pressione del sistema giudiziario e vi è il rischio che vengano via via occupati, impropriamente e a lungo termine, Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura (SPDC), le Residenze con persone con misure giudiziarie, la libertà vigilata, tendenzialmente prolungata, talora sine die. Una funzione impropria di controllo sociale che viene sottilmente avanzata anche nei confronti dei Centri di Salute Mentale (CSM) sempre più impegnati nel seguire un numero crescente di soggetti con misure giudiziarie. Dovrebbero essere ben precisate le attività dell'UEPE (Ufficio Esecuzione Penale Esterna) e l'articolazione delle competenze di cura spettanti ai CSM e ai servizi sociali e quelle relative alla sicurezza sociale, compiti delle Forze dell'Ordine. Infine lo stato dei soggetti detenuti rischia di non vedere significative soluzioni nell'ambito di una precisa programmazione degli interventi organizzativi e di soluzioni condivise con Regioni e DSM.

b) A fronte delle difficoltà quotidiane nel reperire posti dove mettere le persone (piuttosto che di percorsi di cura) vi è una spinta verso l'apertura di altre REMS con un aumento del numero dei posti (la magistrata Paola Di Nicola¹⁶ nel 2017 ne richiedeva 200 in più) in un processo espansivo che probabilmente non avrebbe limiti (se non quelli economici) nella domanda e potrebbe portare, come in Inghilterra, anche a 6000 posti; un sistema che verrebbe ulteriormente spinto all'ampliamento anche dalla proposta Marin la quale prevede cure obbligatorie nelle residenze. Se queste sono chiamate a compiti custodiali e coercitivi vi è il rischio di una progressiva trasformazione delle REMS in MiniOPG e di una lesione dei diritti degli utenti. REMS sempre più in difficoltà a dimettere dove rischiano di accumularsi poveri, misure provvisorie, persone disturbanti e abbandonate, e autori di reati gravi. Dalla cura si passerebbe ad una funzione di controllo del disagio sociale, ad una neomanicomializzazione (riaprire gli OPG? Magari puliti, moderni e tecnologici?), rischio imminente di ogni psichiatria.

C'è chi ha proposto di articolare REMS secondo livelli di intensità di cura e (sicurezza) e creare anche presidi altamente specializzati per la valutazione e la definizione del programma di cura.

Il tavolo 11 degli Stati Generali per l'Esecuzione Pena prevedeva che "se si vuole valorizzare l'aspetto sanitario della R.E.M.S. (abbandonando l'approccio custodialistico dell'O.P.G.) occorre dar vita ad uno specifico ordinamento "sanitario", che non si riferisca per relationem a quello penitenziario.

In merito al rapporto tra il nascente ordinamento "sanitario" delle R.E.M.S. e l'ordinamento penitenziario occorre abbandonare il modello della specialità

16 P. Di Nicola, *Vademecum per tentare di affrontare (e risolvere) il problema dell'assenza di posti nelle Residenze per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza (REMS)*, "Diritto Penale Contemporaneo", 13 dicembre 2017

per specificazione (rinvio sistematico all'ordinamento penitenziario, salvo diversa previsione), bensì optare per il modello della specialità reciproca (il regolamento R.E.M.S è del tutto autonomo e solo con riguardo ai profili di cui all'art. 13, 24 e 27 Cost. vige una disciplina simile a quella prevista dall'Ord.pen.).

A tal proposito, deve anzitutto essere prevista una clausola generale per cui al modello organizzativo delle R.E.M.S. non si applica l'Ordinamento penitenziario. Si deve poi modificare, ovunque si faccia riferimento alla persona ospitata nelle R.E.M.S, il termine "internato" in "paziente psichiatrico giudiziario".

Una nuova denominazione delle attuali R.E.M.S. da modificarsi in Servizi Psichiatrici per Pazienti Giudiziari (S.P.P.G.), soprattutto se il legislatore opterà per la creazione di "misure giudiziarie di cura e controllo" per soggetti non imputabili infermi di mente."

c) Il rischio dell'involuzione delle REMS mostra la necessità di andare oltre la residualità e la transitorietà, per arrivare ad un loro superamento e al definitivo abbandono della cultura penitenziaria che ha connotato gli OPG. Le REMS sono parte dei DSM ma ammissioni e dimissioni sono decise dall'autorità giudiziaria e questo rappresenta una distorsione non accettabile per un sistema a gestione sanitaria. L'obbligo a permanere in luogo di cura (che sia conseguente a misure di sicurezza, arresti o detenzione) non può in alcuna maniera prescindere dai bisogni sanitari attuali e non solo quelli presunti. La durata della misura di sicurezza ("internamento"), in passato sine die, era coerente con la convinzione dell'inguaribilità dei disturbi mentali, posizione questa che è smentita dalle ricerche scientifiche e dalla impostazione orientata alla recovery ma anche dalla valutazione evolutiva di ogni singolo caso. Per curare non serve un luogo sanitario dedicato ad eseguire misure di sicurezza e pertanto occorre una normalizzazione delle REMS con la rimozione/abbattimento di ogni dispositivo custodiale. Al contempo promuovere una cultura in base alla quale per la cura non è necessario uno spazio REMS ma un percorso "REMS" il che significa poter utilizzare tutti i necessari dispositivi di cura del DSM e del sistema di welfare e di comunità. Restano validi i principi di riferimento: regionalizzazione, numero chiuso, assenza di contenzioni che andrebbero applicati anche agli istituti di pena.

Rilanciare la riforma

A fronte di questi scenari credo non si possa restare inermi e lasciando soli i servizi sanitari e giudiziari. Una fase di disinvestimento e abbandono può portare alle prassi dell'arrangiarsi e di equilibrati aggiustamenti locali ma si rischia la deriva dell'intero sistema incapace di reggere il carico della crescente popolazione con provvedimenti giudiziari.

Sarebbe molto importante una riforma del codice penale, abolendo il doppio

binario e rivedendo le misure giudiziarie e promuovere azioni in modo da affrontare con un insieme di investimenti i nodi emersi delle pratiche (diritti delle persone, misure di sicurezza provvisorie, liste di attesa, situazione penitenziaria, difficoltà dei DSM).

A questo proposito, nell'ottica costituzionale, del welfare pubblico, universalistico e di inclusione sociale, vi sono stati recentemente vi sono stati due importanti pronunciamenti: il primo è quello del Comitato Nazionale per la Bioetica¹⁷ e il secondo è la sentenza della Corte Costituzionale n. 99 del 19 aprile 2019 della quale riporto sinteticamente i punti principali.

Se durante la carcerazione si manifesta una grave malattia di tipo psichiatrico, il giudice potrà disporre che il detenuto venga curato fuori dal carcere e quindi potrà concedergli, anche quando la pena residua è superiore a quattro anni, la misura alternativa della detenzione domiciliare "umanitaria", o "in deroga", così come già accade per le gravi malattie di tipo fisico. In particolare, il giudice dovrà valutare se la malattia psichica sopravvenuta sia compatibile con la permanenza in carcere del detenuto oppure richieda il suo trasferimento in luoghi esterni (abitazione o luoghi pubblici di cura, assistenza o accoglienza) con modalità che garantiscano la salute ma anche la sicurezza. Questa valutazione dovrà quindi tener conto di vari elementi: il quadro clinico del detenuto, la sua eventuale pericolosità, le sue condizioni sociali e familiari, le strutture e i servizi di cura offerti dal carcere, le esigenze di tutela degli altri detenuti e di tutto il personale che opera nell'istituto penitenziario, la necessità di salvaguardare la sicurezza collettiva.

Il chiaro riferimento alle leggi 180/1978 e 81/2014 fa scrivere alla Corte: "Chiusi gli ospedali psichiatrici civili e giudiziari, non può più farsi riferimento all'art. 148 cod. pen., vale a dire l'unica disposizione dedicata alla condizione dei detenuti affetti da gravi patologie psichiche sopravvenute." "Nel frattempo, il legislatore ha istituito le residenze per l'esecuzione delle misure di sicurezza (REMS), su base regionale e a esclusiva gestione sanitaria. Tali strutture non sono però destinate ad accogliere i condannati in cui la malattia psichica si manifesti successivamente."

"L'istituzione delle REMS introdotte dalla riforma non è di rimedio alla lacuna che si è venuta a creare in seguito alla chiusura degli OPG. Come correttamente osserva la Corte di cassazione rimettente, le REMS non sono istituzioni volte a sostituire i vecchi ospedali psichiatrici sotto altra veste e denominazione. Mentre i vecchi OPG erano destinati a ospitare tutti i malati psichiatrici gravi in qualsiasi modo venuti a contatto con la giurisdizione penale e, dunque, anche i condannati con infermità psichica "sopravvenuta" alla condanna, al contrario le REMS, così come chiaramente indica la loro stessa denominazione, hanno come unici destinatari i malati

17 Parere del Comitato Nazionale per la Bioetica, *Salute mentale e assistenza psichiatrica nelle carceri*, 22 marzo 2019

psichiatriche che sono stati ritenuti non imputabili in sede di giudizio penale o che, condannati per delitto non colposo a una pena diminuita per cagione di infermità psichica, sono stati sottoposti a una misura di sicurezza”.

“Un adeguato bilanciamento tra le esigenze della sicurezza della collettività e la necessità di garantire il diritto alla salute dei detenuti (art. 32 Cost.) e di assicurare che nessun condannato sia mai costretto a scontare la pena in condizioni contrarie al senso di umanità (art. 27, terzo comma, Cost.), meno che mai un detenuto malato.”

La “detenzione domiciliare costituisce «non una misura alternativa alla pena”, ma una pena “alternativa alla detenzione o, se si vuole, una modalità di esecuzione della pena”», sottolineando come essa sia sempre accompagnata da «prescrizioni limitative della libertà, sotto la vigilanza del magistrato di sorveglianza e con l’intervento del servizio sociale.”

Ne deriva che alle REMS sono destinate le persone con misure di sicurezza detentive definitive mentre per le persone con disturbi mentali incompatibili con la detenzione vengono individuate misure alternative da realizzarsi nell’ordinaria rete dei DSM. Resta aperta la questione della misura di sicurezza provvisoria e delle sedi per la sua esecuzione. Nuovi riferimenti che implicano un’approfondita riflessione operativa anche da parte degli psichiatri.¹⁸

Posto che a mio parere le misure di sicurezza provvisorie dovrebbero essere abolite e sostituite da misure cautelari, la loro persistenza nell’ordinamento non dovrebbe vedere la collocazione in REMS.

Alla luce di questo e della possibilità di realizzare soluzioni alternative alle REMS viene da chiedersi se non si possa procedere al loro superamento e non avere più strutture per l’esecuzione di misure di sicurezza; queste devono essere effettuate nelle articolazioni dei DSM o a domicilio; quindi solo posti REMS/o percorsi giudiziari nelle normali strutture, la soluzione diffusa, molecolare nelle strutture o a domicilio sostenute da PTRI con Budget di Salute¹⁹, in modo tale che si realizzi il doppio patto per la cura e la prevenzione di nuovi reati, senza più strutture dedicate, ma con la casa della persona come riferimento primo per la cura. Se questa è la situazione va ricordato che i DSM devono operare per la cura e l’inclusione. In questa ottica gli utenti devono essere responsabilizzati rispetto ai loro programmi di cura e al rispetto dei limiti loro imposti dalla giustizia.

Questo deve realizzarsi nel contesto ritenuto dai clinici più idoneo e a mio avviso non vi debbono più essere strutture sanitarie con finalità di eseguire misure di sicurezza. Infine va tenuto conto del persistere dello stigma della REMS è molto elevato e viene drammatizzato ogni evento avverso rendendo

18 P. Pellegrini, *Salute mentale: carcere e post OPG, dopo la sentenza della Corte Costituzionale*, “Sos sanità” 26/2019

19 P. Pellegrini, P. Ceroni, R. Dall’Aglio, C. Soncini C. (a cura di), *Soggetto, Persona, Cittadino. Il Budget di Salute. Esperienze in Emilia Romagna*, Alphabeta Verlag, Merano 2019

molto più difficile il lavoro degli operatori e l'inclusione sociale.

La maggior parte degli utenti è già nel territorio e quindi è auspicabile il superamento delle REMS mentre se la persona deve restare in carcere occorre assicurare in quella sede gli interventi di cura possibili e appropriati alla situazione. Si potrebbe attuare la trasformazione delle REMS a comuni residenze attraverso la rimozione/abbattimento di ogni dispositivo custodiale vedendo una continuità di percorsi sanitari nel DSM e se necessario per ragioni giudiziarie con il sistema penitenziario prevedendo anche lo sviluppo di sperimentazioni per percorsi innovativi per soggetti con gravi disturbi della personalità, uso di sostanze. Vanno quindi previsti adeguati investimenti per creare un adeguato sistema incentrato sulla comunità.

La questione professionale

Oltre alle questioni legislative e organizzativa ritengo cruciale per il futuro la questione professionale dello psichiatra.

La posizione di garanzia dello psichiatra va superata tenendo conto delle evidenze scientifiche in base alle quali vi è l'umana impossibilità di prevedere e prevenire le condotte di altre persone. Ancora per trattare persone palesemente a rischio di commettere nuovi reati non solo va eliminato il riferimento alla posizione di garanzia ma ai professionisti che devono cimentarsi in tale difficilissimo compito va assicurato "il privilegio terapeutico", forme protezione, responsabilità istituzionali.

Sarebbe questa una grande conquista per la sicurezza delle cure, per la quale dovrebbe battersi con forza tutta la psichiatria italiana. Un ambito nel quale potrebbe riprendere respiro la psichiatria forense a pieno titolo interna ai nuovi percorsi. Altrimenti è facile capire come possa diffondersi un atteggiamento difensivo, pauroso, evitante. Una demotivazione che può inficiare il mandato di cura specie quando questo contiene intrinsecamente una quota (a volte rilevante) di rischio.

"La letteratura concorda che la violenza non è un elemento prevedibile in modo attendibile né con strumenti clinici né con dei test. Allo psichiatra viene di fatto affidato un compito per il quale non ha strumenti adeguati. È insomma una mission impossible quella dello psichiatra che vuole fare lo psichiatra e nel contempo il poliziotto o l'investigatore, ovvero riuscire a curare ma contemporaneamente preoccuparsi di reati, peraltro estremamente difficili da prevedere, che il suo paziente potrebbe commettere in futuro." (Migone, 2018)²⁰.

Va affrontato il tema centrale dell'imputabilità della persona con disturbi

20 P. Migone, Intervento alla presentazione del libro di P. Pellegrini, *Liberarsi dalla necessità degli ospedali psichiatrici giudiziari*, Alfabeta Verlag, Merano, 22 febbraio 2018. La rivista "Psicoterapia e Scienze Umane" ha dedicato ampio spazio al tema della chiusura degli OPG (n.3/2015, n. 4/2015, n. 2/2017, n. 1/2019)

mentali da tempo aperta (Szasz, 1963)²¹: se la legge è uguale per tutti perchè i fatti-reati non debbono essere puniti in relazione alle conseguenze e non tanto o solo sulla base delle motivazioni?

Sappiamo quanto sia difficile ricostruire a posteriori lo stato psichico al momento del fatto reato, come siano poco scientifiche le perizie. Nell'ottica di abolire la non imputabilità vi sono state diverse proposte di legge. Il diritto al processo e quindi alla eventuale condanna non significa necessariamente cura in carcere ma vanno previste cure adeguate al disturbo anche con forme alternative alla detenzione, che il giudice dovrebbe poter adottare fin dal pronunciamento della sentenza. Questo presuppone un'organizzazione adeguata al compito facendo evolvere la stessa concezione della pena. Occorre prevedere, almeno per quanto attiene ai percorsi terapeutici, che il carcere sia parte integrante della comunità, superando le separazioni fra interno ed esterno, garantendo la continuità di cura e la possibilità di misure alternative alla detenzione, occasioni di lavoro e di inclusione sociale. Vi è la necessità di analisi complesse e approcci dimensionali e non categoriali alla questione della pericolosità sociale ed una rinnovata concezione della pena non incentrata sulla limitazione della libertà e ma orientata al recupero, alla reinclusione sociale e alla riparazione del male compiuto.

Attraverso una Conferenza nazionale si potrebbe arrivare alla definizione di buone pratiche, coinvolgendo le famiglie, la società civile, gli enti locali, la comunità.

Per attuare l'inclusione sociale occorre una forte ripresa dell'attenzione e degli investimenti nel sistema di welfare pubblico e universalistico. Se questo viene meno tutta la riforma rischia di fallire portando da un lato REMS e strutture psichiatriche a contenitori e sedi di un'inutile riabilitazione non inclusiva ma di mero intrattenimento e dall'altro ad un crescente abbandono delle persone escluse.

Conclusione

Bisogna riportare al centro la cultura dei diritti a partire dal diritto all'identità, a documenti al riconoscimento di una residenza. La buona pratica è fornire documenti di identità e residenza come premessa ad ottenere i diritti di cittadinanza e a tal fine Comuni e Prefetture sono fondamentali. Essere sconosciuti mina alla base ogni processo di soggettivazione e quindi di cura. Per questo occorre essere riconosciuti come persona degna di diritti e di parola. L'apolide, lo straniero devono trovare basi e mezzi (non necessariamente parole) per essere compresi, in modo che il destino sia comune, quello di ciascuno legato a quello dell'altro. Dare motivi per

21 T.S. Szasz, *The Myth of Mental Illness*, Harper & Row, New York 1961, trad. it.: *Il mito della malattia mentale*, Il Saggiatore, Milano 1966.

T.S. Szasz, *Law, Liberty and Psychiatry. An Inquiry into the Social Uses of Mental Health Practices*, Mcmillan, New York 1963, trad. it.: *Legge, libertà e psichiatria*, Giuffrè, Milano 1984.

comprendere quanto accaduto e farlo diventare un tema del proprio cambiamento, dell'assunzione di responsabilità, inscrivere nella propria storia ed elaborare il male, porvi come possibile rimedio, riaprirsi alla speranza e al futuro. Questo è tanto più importante per persone con disturbi mentali che vedono la loro esistenza compromessa, connotata dall'inquietante presenza di un ignoto che abita il proprio corpo, segna i pensieri, condiziona affetti e manipola le intenzioni. Persone che hanno bisogno dell'altro della sua mente e delle cure per poter riprendere un funzionamento mentale più adeguato, per rivedere la propria storia darvi senso e rappresentazione.

I rischi di regressione nei diritti e nell'organizzazione sono sempre presenti e a mio parere, indietro non si può e non si deve tornare. Quindi conviene identificare le condizioni teoriche ed operative per agire il mandato di cura anche nei contesti difficili attribuendo a ciascuno le proprie competenze e responsabilità, alle istituzioni e alle persone, comprese quelle con disturbi mentali autrici di reato. Con questo approccio, nella pratica clinica, si è di fatto abolita la non imputabilità in quanto il reato, il suo vissuto è parte del mondo psichico interiore della persona e nelle sue relazioni, la sua elaborazione e la possibile riparazione, è parte fondamentale di ogni fase accoglienza, valutazione, diagnosi e terapia. Come già si è detto, sarebbe utile anche un'abolizione legale della non imputabilità.

In questi anni abbiamo lavorato insieme, affrontato tante difficoltà e incertezze ed abbiamo inventato un modello di lavoro, a partire dalle migliori pratiche, alcune delle quali già in essere nell'ultima fase dell'OPG, rivedendole alla luce di quelle della psichiatria di comunità. Pur in un processo positivo, come hanno evidenziato il report delle visite di Stopog²², il sistema delle REMS ha ereditato e mantenuto significativi connotati custodiali. Le prassi di psichiatri e magistrati ancora non sembrano adeguatamente innovate e in sintonia con il nuovo contesto operativo.

Tuttavia, si è costruito un modello originale, molto complesso che certamente non è lineare e definitivo ma come ricorda Basaglia²³ la realizzazione della riforma "sarà sempre un progetto perché non avrà mai fine, è sempre qualcosa che muta e mutando crea contraddizioni".

Preso atto che si tratta di un lavoro in evoluzione e interminabile, l'applicazione della legge richiede collaborazioni interistituzionali che indicano la necessità di più avanzati punti di incontro tra psichiatria e giustizia. Se il lavoro che si è realizzato è stato effettuato in larga parte nei DSM, va ricordato il sostegno e l'attenzione del Consiglio Superiore della Magistratura²⁴ che si

22 <http://www.stopog.it/>

23 www.youtube.com/watch?v=NNNoK3_45UqU

24 CSM, *Disposizioni urgenti 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. Questioni interpretative e problemi applicativi*, Risoluzione del 19 aprile 2017; CSM, *Protocolli operativi in tema di misure di sicurezza psichiatriche*, Risoluzione del 24 settembre 2018

è espresso per ben due volte ritenendo necessario “delineare un quadro di buone pratiche e di schemi procedurali, volti a valorizzare le acquisizioni scientifiche e dottrinali emerse nell’ultimo decennio, nonché a garantire un effettivo sviluppo ai principi insiti nelle novelle legislative”. Inoltre ha sottolineato come sia strategica la collaborazione tra giustizia e psichiatria che porti a protocolli²⁵, e allo sviluppo di un dialogo costante e reciproco in tutte le fasi del procedimento, possibilmente fin dall’inizio.

Il Consiglio Superiore della Magistratura auspica “una costante integrazione funzionale” tra gli Uffici di Sorveglianza, quali organi giudiziari preposti alla vigilanza sulla esecuzione delle misure di sicurezza, i Dipartimenti di Salute Mentale e le sue unità operative complesse nonché le Direzioni delle Rems, quali organi deputati alla diagnosi e cura delle malattie psichiche, e gli uffici UEPE, aventi una funzione di controllo e supporto sociale alle persone affette da malattia psichica collocate sul territorio.

D’altronde, la necessità che, al fine di una piena realizzazione degli obiettivi perseguiti dalla riforma e dei principi ivi delineati, tutti i soggetti istituzionali coinvolti collaborassero e dialogassero tra loro, era stata indicata dalla Conferenza Unificata Stato-Regioni già nell’accordo 26 febbraio 2015²⁶. Un accordo di transizione, di durata annuale, che andrebbe rivisto. A tutti i soggetti sopraelencati vanno aggiunte Prefetture e Forze dell’Ordine visto che ad esse, ai sensi del Decreto del Ministero della Salute 1 ottobre 2012, viene affidata l’attività perimetrale di sicurezza e di vigilanza esterna con la previsione di assicurare, se necessario, diversi livelli di protezione in relazione alle caratteristiche psicopatologiche e alla loro evoluzione.

I decreti applicativi della legge 103/2017 che pure avevano suscitato dibattiti e perplessità ma anche speranze circa la possibilità di delineare un sistema unitario, in grado di assicurare il diritto alla salute a prescindere dallo stato giuridico della persona, hanno ridotto le possibilità di misure alternative e la sorveglianza dinamiche e rimosso il tema della salute mentale negli Istituti di Pena. Al loro interno l’assistenza psichiatrica va organizzata.

La Corte Costituzionale ha indicato che la sopraggiunta infermità psichica del detenuto ritenuta incompatibile con la permanenza negli Istituti di Pena, che prima finivano in OPG non devono andare in REMS ma trovare risposta nei DSM. Una via molto interessante che apre scenari nuovi anche per il superamento delle REMS. I pronunciamenti del Comitato Nazionale per la Bioetica e la sentenza della Corte Costituzionale n. 99 del 19 aprile

25 DGR Regione Emilia Romagna, *Protocollo Operativo tra Magistratura, Regione Emilia Romagna e Ufficio Esecuzione Penale Esterna per l’applicazione della legge 81/2014*, sottoscritto il 30 maggio 2018, approvato con DGR Regione Emilia Romagna n.767/2018.

26 Accordo, ai sensi del DM 1° ottobre 2012, Allegato A, concernente disposizioni per il definitivo superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari in attuazione al D.M. 1 ottobre 2012, emanato in applicazione dell’art. 3-ter, comma 2, del decreto legge 22 dicembre 2011, n. 211 convertito, con modificazioni, dalla legge 17 febbraio 2012, n. 9 e modificato dal decreto legge 31 marzo 2014 n. 52, convertito in legge 30 maggio 2015/2014 n. 2014, n. 81

2019 hanno portato chiarezza e speranza. Credo che su questo debbano inserirsi le azioni riformatrici legislative, gli investimenti e, come si è detto, la revisione delle pratiche professionali tramite formazione, conoscenze, relazioni e buone prassi condivise nella chiarezza dei ruoli, il "doppio patto", i PTRI e modelli d'intervento.

E' evidente come sia necessario sostenere i Centri di Salute Mentale (CSM) sia in termini di risorse che di competenze professionali. Occorre potenziare i servizi territoriali e residenziali, ad esempio mediante l'istituzione in ogni DSM di una funzione/UO di Psicopatologia Forense. Un percorso giudiziario, efficiente, efficace, è facilitato se fin dall'inizio, vi è una collaborazione tra psichiatria e giustizia che può accompagnare tutte le fasi del procedimento. Questo è fondamentale per una corretta attività di diagnosi e cura che vede intensità e qualità degli interventi psichiatrici differenziati. Un processo che oltre altri strumenti della psichiatria di comunità, deve per quanto possibile tendere alla riparazione, tenendo conto degli aspetti culturali, religiosi e spirituali. La persona (e gli operatori dei servizi di salute mentale) hanno bisogno di una giustizia collaborante la quale, insieme alle Forze dell'Ordine, sia in grado di dare autorevolezza e al contempo fiducia nel cambiamento possibile, sicurezza e speranza nell'inevitabile confronto con la gravità del male e delle sue conseguenze.

Un lavoro che richiede competenze precise e si avvale nella chiarezza del lavoro comune, facilitato da formazione congiunta, cultura e ricerca.

Una responsabilità condivisa favorisce il corretto funzionamento dell'intero sistema e può risolvere i punti critici come le liste di attesa ma anche l'effetto "accumulo" sia dei casi in REMS sia di quelli seguiti dai CSM per i quali la misura talora viene prorogata "sine die" come se la condizione di libero vigilato non potesse lasciare il posto a quella di "libero cittadino".

Occorrono sforzi per migliorare le perizie e favorire le valutazioni collegiali che tengano conto dei limiti dell'azione terapeutica e tendano a mitigare la non sintonia dei tempi della cura rispetto a quelli della giustizia. Una persona con una psicosi non trattata, se curato può migliorare in qualche mese, mentre un Disturbo grave della personalità con uso problematico di sostanze ha un andamento cronico recidivante. Voler imporre a questi soggetti protratte limitazioni della libertà non migliora gli esiti della cura ed apre elevati problemi gestionali, di sicurezza e spinge le strutture verso impropri (e impossibili) compiti custodiali del tutto inutili per la persona e addirittura dannosi per gli altri ospiti, gli operatori e i contesti. Meglio lavorare ad esempio per la riduzione del danno, con tecniche che riducano il craving, Le violazioni, le fughe in particolare sono risultate un elemento critico da valutare senza automatismi ma tenendo conto della loro complessità di significati.

I soggetti con disturbi gravi della personalità, psicopatologia, uso di sostanze richiedono percorsi innovativi tra sistema penale e sanitario, programmi

personalizzati, sostenuti da Budget di salute.

Vi è quindi la necessità di sostenere il percorso di attuazione con adeguate risorse anche economiche visto che i 2/3 delle persone sul territorio è ospite di Residenze/Comunità e rilevante è anche l'impegno nei Budget di salute. Questo non solo relativamente al "cure", ma soprattutto al "care", come la disponibilità di mezzi e di tutele assistenziali, la formazione-lavoro, il reddito, la disponibilità di soluzioni abitative, la qualità delle comunicazioni, la vivibilità. In questo hanno un ruolo molto rilevante anche gli operatori di giustizia e delle forze dell'ordine in quanto garanti dei diritti della persona e della sicurezza dei cittadini.

Le buone pratiche in salute mentale sono esperienze significative ed efficaci se danno piena realizzazione al mandato di cura che si sostanzia in un miglioramento delle condizioni di salute del paziente nella sua recovery e inclusione sociale. Gli ambiti più significativi sono quelli del funzionamento psicosociale nelle relazioni, nella genitorialità, nella formazione-lavoro, abitare, socialità, cura, prevenzione e promozione della salute. Per quanto attiene gli autori di reato pur essendovi una priorità del mandato di cura, nell'interesse della persona e della comunità sociale, è certamente importante anche rilevare le pratiche che prevengano le ricadute e la commissione di nuovi reati.

Parafrasando Basaglia abbiamo dimostrato che l'impossibile è possibile e si può fare una psichiatria senza OPG mediante interventi incentrati sulla comunità. Un risultato eccezionale che 5 anni fa avremmo certamente sottoscritto. E tuttavia la situazione di oggi, le contraddizioni che si sono aperte e la nuova fase politica hanno lasciato la riforma in mezzo al guado e sono evidenti i rischi di regressione.

Il dibattito sulle REMS, il loro numero, le dimensioni, il rilancio di soluzioni tipo l'ex OPG di Castiglione delle Stiviere, la cultura "securitaria", l'uso strumentale delle liste di attesa rischiano di riportare il tutto verso la legge 9/2012, di far pensare alle REMS come sostituti dell'OPG e riferimento del sistema.

Un arretramento pericoloso che a mio avviso va contrastato mediante la realizzazione di un modello diffuso sul territorio e non incentrato sulle REMS, strutture residuali, sempre temporanee e tendenzialmente da superare. Il livello della qualità della risposta dei DSM, degli enti locali, dei cittadini, dei pazienti e familiari. Occorre la consapevolezza che solo un rilanciato sistema di welfare pubblico universale, fondato sulla Costituzione, è l'unico che può garantire una risposta di comunità, quella più appropriata e efficace. La legge 81, come la 180, non riguarda solo le persone con disturbi mentali ma tutti in quanto non solo ha ridefinito il "patto sociale" ma ha portato a ripensare le funzioni della pena, la sua esecuzione, ha favorito riflessioni su un sistema carcerario costoso (per ogni posto circa 150 euro/die), poco efficiente e spesso sanzionato a livello europeo. Un punto chiave che interroga come

nel nostro Paese ci si occupa del dissenso, della devianza, delle diversità. La loro segregazione è impossibile e il clima di paura e intolleranza alimentati dal pericolo (vero, presunto, percepito o rappresentato) rischia solo di alimentarlo, in un circolo vizioso che va fermato.

Restando nel nostro ambito, viene da chiedersi: saremo in grado di continuare nella linea della 180, e della legge 81 portando a compimento le pratiche in una comunità che si prende cura mediante pratiche no restraint e fondate sul rispetto dei diritti? O un insieme di fattori, politici, giudiziari, spingono in una direzione diversa e la sola competenza professionale dello psichiatra sulla quale si è scaricata la responsabilità delle riforme è destinata a non reggere più, di fronte alle pressioni sociali, alla fatica della trattativa continua, del burn out, della stanchezza professionale? Verrà sostituita da una ripresa della segregazione delle persone con disturbi mentali, magari con il sollievo di tanti, magari anche degli psichiatri? Uno scenario che va al core della 180. E' questa che bisogna difendere ancora e va rilanciata con un movimento ampio. Ne saremo capaci? O alle affermazioni di principio faranno seguito pratiche sempre più distanti e persino contraddittorie? Psichiatria biologica e neuroscienze potranno spostare il sistema verso altri paradigmi culturali, formativi e domani operativi?

Per il futuro: il sistema delle REMS si sta stabilizzando? Va allargato? Oppure va rilanciato un movimento per superarlo e renderlo residuale e molecolare? Molto realisticamente, seppure nella residualità, può essere ancora il riferimento per l'esecuzione delle misure di sicurezza, magari solo quelle definitive? In questa prospettiva un processo di riduzione sarebbe già possibile e potrebbe rappresentare una linea di tendenza molto interessante. Il Friuli sta dimostrando che si può fare con un sistema di REMS diffuse e molecolari. Un sistema unitario, coerente con la Costituzione e la legge 180, richiede un forte ripensamento della salute mentale e dell'assistenza psichiatrica negli istituti di pena. Le previsioni relative allo sviluppo delle Articolazioni per la Tutela della Salute Mentale deve inserirsi in percorsi e collegamenti con i DSM e più in generale con il sistema di welfare, superandone però i confini per arrivare ai diritti umani e di cittadinanza. Interventi che correlano con ogni azione che voglia essere di riabilitazione e recupero delle persone, tutte le persone con o senza disturbi mentali.

Osservatorio sulle REMS: Primo report

Stefano Cecconi, Pietro Pellegrini

Nell'aprile 2019 l'Osservatorio sul superamento degli OPG e sulle REMS e Coordinamento REMS-DSM hanno provveduto ad inviare l'allegato questionario a tutte le Residenze per la Esecuzione delle Misure di Sicurezza (REMS) al fine di ottenere dati aggiornati sulle dotazioni e sul funzionamento delle strutture stesse a partire dalla data della loro apertura. I questionari pervenuti sono stati elaborati con la collaborazione del Dipartimento Assistenziale Integrato Salute Mentale Dipendenze Patologiche - AUSL Parma.¹

Il periodo d'indagine va dal 1 aprile 2015 a marzo 2019 e pertanto i dati sono riferiti a periodi diversi di funzionamento (con una media per struttura di circa 36 mesi). Pur consapevoli delle differenze territoriali, in questa prima elaborazione i dati vengono riportati nell'insieme senza specificazioni regionali o riferimenti alle singole REMS.

Il tasso di risposta al questionario è pari all'77%, e riguarda 24 REMS delle 31 esistenti attualmente in Italia, per un totale di 33 moduli, di cui 9 (27,3%) definitivi, in grado di ospitare un numero massimo di 546 utenti che rappresentano circa il 85,2% del totale dei 641 posti REMS disponibili.²

Ovviamente i dati mostrati di seguito sono riferiti alle strutture che hanno restituito il questionario compilato.

Considerando complessivamente le 24 REMS per cui sono stati raccolti i dati, il personale in servizio risulta costituito da: medici psichiatri (71), psicologi (33), infermieri professionali (355), educatori/Tecnici della Riabilitazione Psichiatrica (54), Operatori Socio-Sanitari (229), Assistenti Sociali (26), vigilanti (75).

Tabella 1 - REMS che hanno risposto al questionario

- 1 Elaborazione questionari e commenti a cura di Pietro Pellegrini, Chiara Visentini, Leonardo Tadonio e Clara Pellegrini
- 2 F. Corleone (a cura di), Mai più manicomi. *Una ricerca sulla REMS di Volterra. La nuova vita dell'Ambrogiana*, Fondazione Michelucci Press, Fiesole 2018, pag. 32

R.E.M.S				Personale						
Strutture	Moduli	di cui moduli definitivi	Capienza (posti letto max)	Medici	Psicologi	Educat. / TRP	Infermieri	OSS	Ass.Sociali	Vigilanti
24	33	9	546	71	33	54	355	229	26	75

Personale complessivo delle 24 REMS è pari a 843 operatori con rapporto rispetto ai 546 posti letto di 1,5.

La distribuzione del personale espressa in percentuale sul totale è la seguente: medici psichiatri 8,4%, psicologi 3,9%, infermieri 42,1%, OSS 27,2%, Educatori/TRP 6,4%, Assistenti sociali 3,1% e Vigilanti 8,9%.

Dai dati forniti emerge che, al momento della rilevazione, i pazienti ricoverati sono 526, di cui 10,6% di sesso femminile. Dei pazienti ricoverati, 347 (66%) sono soggetti a misure di sicurezza definitive, 167 (31,7%) a misure di sicurezza provvisorie, 12 (2,3%) a misure miste. Per quanto riguarda la provenienza il 41,4% è entrato da condizioni di libertà, il 39,7% dal carcere, il 10,1% dall'Ospedale Psichiatrico Giudiziario, il 2,7% da altra REMS ed il restante 6,1% da altre strutture di ricovero (Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura, residenza ecc.).

Tabella 2 - Stato giuridico pazienti ricoverati

	Misure di sicurezza definitive	Misure di sicurezza provvisorie	Misure di sicurezza miste	Totale
N	347	167	12	526
%	66,0	31,7	2,3	100

Dall'analisi dei dati risulta che le persone transitate nelle REMS dalla data della loro apertura (che varia da struttura a struttura e che va dal 01/04/2015 al 11/03/2019) sono state complessivamente 1580, di cui 11,5% di sesso femminile, mentre le persone dimesse sono state 1029 (65,1% delle transitate). Il totale dei re-ingressi è pari a 51 (3,2% dei transitati).

Le persone in lista d'attesa risultano pari a 390 (questo dato può risultare sottostimato in quanto non disponibile per tre strutture sulle 24 rispondenti). Si segnala che 5 strutture non riportano pazienti in lista d'attesa e che in una singola struttura ne risultano 122 (31,3% del totale).

Tabella 3 - Pazienti ricoverati in REMS dall'apertura della struttura

N totale transitati	N F transitate	F transitate (%)	N totale dimessi	dimessi su transitati (%)	N totale reingressi	reingressi su transitati (%)
1580	181	11,5	1029	65,1	51	3,2

Per quanto riguarda gli eventi critici, rapportati al numero totale di utenti transitati³ all'interno delle REMS, risultano: 90 Trattamenti Sanitari Obbligatoriosi (5,7%), 80 contenzioni (5,1%), 4 suicidi (0,3%), 4 tentati suicidi (0,3%), 202 aggressioni ad altri pazienti (12,8%), 161 aggressioni ad operatori (10,2%), 98 allontanamenti (6,2%).

Tabella 4 - Eventi critici REMS

	N totale transitati	TSO	Contenzioni	Suicidi	Tentati suicidi	Aggressioni a pz.	Aggressioni a op.	Allontanamenti
N	1580	90	80	4	4	202	161	98
% sui totale transitati		5,7	5,1	0,3	0,3	12,8	10,2	6,2

Analizzando i dati delle singole strutture si evidenzia che 8 non hanno eseguito dei TSO, 11 REMS ne hanno eseguiti per meno del 10% dei pazienti transitati, mentre 5 strutture hanno una percentuale di TSO superiore al 10% dei transitati (entro un range che va dal 18% al 38%).

Le strutture che non hanno utilizzato contenzioni durante il ricovero sono complessivamente 18 (75%), 5 riportano un uso delle contenzioni al di sotto del 10% dei transitati e una sola struttura oltre il 10%. I 4 suicidi sono avvenuti in 3 strutture. Le aggressioni ad altro paziente risultano assenti in 5 strutture così come le aggressioni ad operatori, mentre appaiono distribuite in modo piuttosto eterogeneo nelle altre strutture.

Infine sono stati richiesti alle strutture alcuni dati di processo clinico-organizzativo, da cui è emerso che, rispetto al numero di pazienti transitati, i Progetti Terapeutico Riabilitativi Individualizzati (PTRI) predisposti entro 45 giorni dall'ingresso del paziente in REMS, riguardano circa 1 utente su 4 (24,3%). Per il 91,7% delle strutture i PTRI risultano elaborati in maniera collaborativa tra REMS, Dipartimento di Salute Mentale, Ufficio per l'Esecuzione Penale Esterna (UEPE); nell'82,6% dei casi i DSM mantengono rapporti costanti con le persone in carico; il Magistrato di Sorveglianza autorizza le attività esterne per il 100% delle REMS e il PTRI o le singole uscite per l'87,5% delle strutture. Nel 70,8%

³ Va considerato che dai dati in forma aggregata raccolti dal questionario non è possibile identificare i soggetti che hanno avuto più di un evento critico.

dei casi vi è un protocollo di collaborazione tra Magistratura, Regione, Asl, DSM e infine, nell'87,0% delle REMS viene applicato il regolamento ampliato ex accordo 26.2.2015 e non quello penitenziario.

Tabella 5 - Indicatori clinico-organizzativi REMS

	N	%
Pazienti con PTRI redatto entro 45 giorni	384/1580	24,3
PTRI redatto consensualmente con UEPE	22/24	91,7
Rapporto costante DSM	19/23 ¹	82,6
M. Sorv. autorizza attività esterne	24/24	100
M. Sorv. autorizza PTRI o singole attività	21/24	87,5
Protocollo con Magistratura	17/24	70,8
Regolamento ex accordo 26.2.2015	20/23 ¹	87,0

1) Manca il dato di una regione

Commento

Obiettivo della ricerca era quello di aggiornare ad aprile 2019 la situazione delle REMS. Il numero dei questionari pervenuti appare ben rappresentativo della situazione nazionale. Il commento prende in considerazione i punti più significativi mentre appare evidente come diversi dati richiedano un ulteriore approfondimento.

Per punti:

a) Una prima considerazione che deriva dai 24 questionari è che solo 9/33 moduli, pari al 27% sono definitivi mentre risulta che larga parte delle REMS è ancora provvisoria. Questo è un punto molto interessante in quanto può essere oggetto di sviluppi diversi.

b) La seconda è che si tratta di strutture dove l'impiego di personale è rilevante con un rapporto personale/posti letto di 1,5 non dissimile da quello che in Emilia Romagna si ha negli SPDC. La distribuzione delle qualifiche vede una netta prevalenza di infermieri e OSS (poco meno del 70%) mentre i dirigenti medici e psicologi sono 12,3%, Educatori/TRP e Assistenti sociali 9,5% ed infine il 8,9% di vigilanti. Appare quindi rilevante, sebbene con sostanziali differenze tra le strutture, l'impiego di personale di vigilanza, la cui presenza non veniva specificata nei requisiti del decreto del 1 ottobre 2012 del Ministero della Salute che fissa i requisiti delle REMS.

Fa riflettere la percentuale del personale dedicato alla vigilanza (di entità quasi pari a quella del personale "sociale"), espressione di un'attenzione

alla sicurezza ma anche di una possibile visione (ancora o di necessità) custodialistica.

Si conferma un impianto "forte" che probabilmente potrebbe essere declinato in modo più funzionale alla cura e alla riabilitazione.

c) Le REMS sono in larghissima parte dedicate alle misure di sicurezza (97,7%): quelle definitive sono il 66% mentre le provvisorie sono il 31,7%. Le provenienze delle persone è prevalente dalla libertà (41,4%) mentre a seguire, il 39,7% dal carcere.

Questo porta a riflettere sulle prassi in essere in quanto viene da chiedersi se per persone in stato di libertà non sia possibile applicare la misura non detentive della libertà vigilata.

Al contempo vista la provenienza dagli II.PP. occorre comprendere se non siano possibili alternative alla REMS. Lo stesso per gli ingressi di utenti già ricoverati in altre strutture del DSM come SPDC o residenza.

Resta alta la percentuale delle misure provvisorie, pur diminuite rispetto alla rilevazione 2018 a cura di Franco Corleone quando risultavano il 37,5%.

La ricerca non ha evidenziato la qualità e la complessità degli ospiti (stranieri e senza fissa dimora), Psicopatici e antisociali, uso di sostanze e Esperienze negative infantili. Povertà e abbandono

I soggetti ospitati sono stati 1580 con un turnover del 65,1% il che rappresenta un dato molto significativo.

Piuttosto basso il numero dei reingressi, 51 pari al 3,2% dei transitati. Un dato molto inferiore rispetto al 55% noto dei "recidivi penitenziari" (dato proveniente Direzione generale per i sistemi informativi automatizzati del Ministero della Giustizia, 2011). Tra le possibili spiegazioni: una sottostima del dato per la cornice temporale di osservazione troppo breve, o un buon esito della permanenza in REMS e dei PTRI costruiti con utenti (potrebbe essere interessante seguire in follow-up i paziente e vedere se, una volta dimessi, proseguono un percorso di cura sul territorio).

Quindi occorre approfondire sulla qualità delle dimissioni e bisogna riflettere sulle presenze nel territorio e sugli esiti sia in termini di salute, inclusione sociale, commissione di nuovi reati.

Lista di attesa per quanto non completa e non gestita dalle REMS ma dal DAP (e talora con coordinamenti regionali), pare significativa (390 persone) seppure concentrata in alcune aree definite, il 60% in 4 regioni, secondo la rilevazione 2018 di Corleone⁴.

Sulla base di questi dati viene da chiedersi se effettivamente la REMS sia l'*estrema ratio*?

d) Le REMS funzionano facendo riferimento all'accordo Stato Regioni del 26 febbraio 2015 mentre l'ordinamento penitenziario non è applicato.

⁴ Lista di attesa (26 giugno 2018):468 persone di cui 57 negli istituti di pena; Sicilia 105, Campania 64, Lazio 56; Calabria 55

La gran parte (75%) delle REMS non utilizza contenzioni in linea con raccomandazioni della Conferenza delle Regioni, 2017. Inoltre la percentuale è inferiore a quello riportato dall'EUNOMIA project che si attesta sul 36%⁵. Il 33% delle REMS non ha fatto ricorso a TSO. Questi complessivamente sono stati 90 pari al 5,7% dei soggetti transitati.

e) Eventi critici

Le aggressioni totali sono 363 (23% dei transitati) quindi un livello significativo e riguardano seppure in modo eterogeneo, quasi l'80% delle REMS.

Elevati tassi di aggressione (23% considerando le aggressioni ad operatore e ad altro paziente), rispetto ad alcuni dati di letteratura che riportano tassi tra il 3% e il 15%⁶. Un possibile bias è l'impossibilità di distinguere se un medesimo paziente ha presentato più di un episodio aggressivo.

Un dato importante che merita un approfondimento (tipologia di pz.? Modello di cura? Spazi? ecc.) e comunque deve essere oggetto di interventi.

Allontanamenti non autorizzati sono stati 98 pari al 6,2% dei soggetti transitati e con una media di 4 per ogni REMS e se riferiti al periodo medio di funzionamento di 36 mesi circa gli allontanamenti sono circa 33/anno.

Suicidi sono 4 di cui 2 in una struttura: 2,5 per mille transitati.

Gli eventi critici sono stati rapportati ai soggetti transitati come media e quindi non tiene conto del fatto che più eventi possono avere riguardato la medesima persona. Fatta questa precisazione, gli eventi critici riguardano circa un terzo soggetti.

Le risorse dedicate alla "vigilanza" sono molto significative e meriterebbero una riflessione.

f) Dai questionari emerge una rete di strutture con significativi e strutturati collegamenti sia con DSM, UEPE e magistratura (le risposte positive superano ampiamente l'80%). Un dato che va approfondito sul piano qualitativo e nei dettagli operativi.

Tuttavia sembra anche rilevarsi una difficoltà nella definizione delle progettualità in quanto i PTRI compilati entro i 45 gg dall'ingresso sono solo un quarto. Tasso di compilazione del PTRI entro 45 gg molto basso nonostante l'alto tasso di rapporto costante con DSM: difficoltà nell'esplicitare o formulare un progetto "concreto"? Mentre risultano consolidate le pratiche collaborative tra REMS, DSM, Magistratura.

Questo fa riflettere sulla tempistica delle collaborazioni (con i DSM i contatti sono buoni per l'80%) il che fa pensare a difficoltà del sistema territoriale

5 J. Raboch, L. Kalisová, A. Nawka, et al., *Use of Coercive Measures During Involuntary Hospitalization: Findings From Ten European Countries*, "Psychiatric Services: a journal of the American Psychiatric Association", ottobre 2010, 61, 1012-7

6 C. M. Cornaggia et al., *Aggression in psychiatry wards: a systematic review*, "Psychiatry Research", 2011 30,189

ma anche alla necessità di avere tempi più prolungati per formulare progetti complessi talora gravati anche dall'incerta definizione della posizione giuridica.

La popolazione proveniente dall'OPG rappresenta ormai solo il 10,1% degli ospiti delle REMS. Un dato importante se si tiene conto del periodo intercorso dall'apertura delle REMS, segno seppure indiretto che la legge può funzionare.

Principali limiti dell'indagine:

- soggettività o non completezza nella compilazione del questionario
- variabile periodo di osservazione in base a diversa data di apertura della residenza
- non attendibilità del dato su utenti stranieri ed in trattamento SERD che sarebbe stato particolarmente interessante

Punti di forza dell'indagine:

- rilevazione su tutto il territorio italiano
- alto tasso di risposta al questionario
- rilevazione ad ampio spettro, secondo parametri clinici, organizzativi, strutturali.

Domande aperte

La fase di transizione dove sta portando?

L'approccio di psichiatria di comunità, i disturbi mentali considerati gestibili in contesti non coercitivi ma curabili secondo orientamenti volti all'inclusione sociale e alla recovery sembra poter funzionare. Le REMS sono servizi dei DSM in grado di assicurare cure e riabilitazione e declinano in forme che vanno approfondite forme di controllo e residuali elementi custodiali.

Quale futuro per le REMS? Posti REMS

Un punto chiave per il futuro e che dovrà essere approfondito collegando la questione delle REMS con un'analisi della situazione nel territorio (dai dati della Regione Emilia Romagna, proiettati a livello nazionale, la quota di pazienti seguiti è stimato in circa 6000 di cui il 70% ospiti di Residenze) e l'analisi dell'assistenza psichiatrica negli istituti di pena.

Alcune proposte

Progetti con Budget di Salute

Formazione congiunta

UO dedicate in ogni DSM

Sistema informativo nazionale e studi di esito

Rivedere l'accordo Stato Regione

Consensus conference sulle buone pratiche

Analisi dei Protocolli operativi sulle misure di sicurezza

Katia Poneti

Le indicazioni del Consiglio Superiore della Magistratura

Con la Risoluzione del 24 settembre 2018 il Consiglio Superiore della Magistratura dava alcune indicazioni sulle caratteristiche e le funzioni dei Protocolli operativi in tema di misure di sicurezza psichiatriche. La risoluzione giungeva come risultato di un breve ciclo di audizioni¹, volto ad approfondire il tema della formalizzazione di intese mediante la sottoscrizione di protocolli, con lo scopo di conferire carattere stabile e strutturato alla collaborazione tra i soggetti coinvolti nell'applicazione delle misure di sicurezza di tipo psichiatrico.

La necessità della costante integrazione funzionale degli Uffici di Sorveglianza, dei Dipartimenti di salute mentale, delle Direzioni delle REMS, degli Uffici per l'esecuzione penale esterna (UEPE) era già stata evidenziata come una delle indicazioni più rilevanti nella precedente Risoluzione del CSM, adottata con Deliberazione del 19 aprile 2017, con la quale si dettavano "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".

La Risoluzione del settembre 2018 si concentra sullo strumento del Protocollo operativo, nel quale vede "uno strumento di lavoro che può consentire di integrare il procedimento giudiziario in ciascuna delle sue fasi – dall'eventuale irrogazione della misura provvisoria ex art. 206 c.p. fino alla gestione della misura medesima presso gli Uffici di Sorveglianza – con le esigenze e le opportunità offerte dai modelli di assistenza sanitaria presenti sul territorio"². La prospettiva è quella di favorire una piena integrazione tra

1 In particolare, sono stati auditi nella seduta del 24 luglio 2018: Franco Corleone, Commissario Unico del Governo per la chiusura degli OPG, e Mila Ferri, Dirigente Area Salute Mentale e dipendenze patologiche Regione Emilia-Romagna.

2 Consiglio superiore della magistratura, *Protocolli operativi in tema di misure di sicurezza psichiatriche*, Risoluzione del 24 settembre 2018, p. 1.

i servizi di salute mentale sul territorio e l'ordine giudiziario, attraverso la quale, a parere del CSM, possono trovare attuazione alcuni principi affermati nella Legge 81/2014, quali: il principio della priorità della cura sanitaria necessaria, il principio di territorialità, la centralità del progetto terapeutico individualizzato, il ricovero in REMS come *extrema ratio*.

L'obiettivo è quello di offrire soluzioni adeguate per applicare in modo corretto la Legge 81/2014, nel cui ambito le REMS sono delineate non come l'unica risposta alla pericolosità sociale dei non imputabili, ma come la risposta residuale, l'*extrema ratio*, la risposta che si dà quando altre più lievi sono ritenute inadeguate. La REMS, configurata in questo modo, è inserita nel sistema dei servizi per la salute mentale, al cui centro si colloca il Dipartimento di salute mentale, competente a costruire programmi terapeutici riabilitativi individualizzati per tutti i pazienti autori di reato.

Il rapporto costante tra magistrati e servizio psichiatrico, che si persegue attraverso la stipula dei Protocolli operativi, mira a favorire la costruzione di risposte personalizzate, che sono funzionali sia al recupero della salute mentale dei pazienti sia alla sicurezza dei cittadini. Il dialogo costante tra uffici giudiziari e sanità territoriale conduce alla realizzazione di programmi individualizzati che siano impostati e validati congiuntamente. Tale dialogo può anche facilitare l'approccio alle situazioni più critiche, come i casi di applicazione provvisoria delle misure di sicurezza, la gestione delle acuzie, l'applicazione di misure di sicurezza a chi non aveva avuto una precedente presa in carico sul territorio di riferimento.

Il CSM ha indicato alcuni elementi che possono costituire un contenuto minimo dei Protocolli Operativi:

a) Riguardo ai soggetti di cui si raccomanda il coinvolgimento: si indicano il Presidente e il Procuratore Generale presso la Corte d'Appello, il Presidente del Tribunale di Sorveglianza e il Procuratore capo dell'Ufficio, e il Direttore del/dei DSM competenti per territorio, nonché l'UEPE (Ufficio Esecuzione Penale Esterna). È inoltre considerato indispensabile il coinvolgimento dell'avvocatura, come già indicato nel Protocollo per Milano e provincia. Mettendo in rete questi soggetti si può assicurare la continuità terapeutica e trattamentale tra la fase della cognizione e quella dell'esecuzione della misura di sicurezza. Anche i servizi della salute mentale in carcere dovrebbero essere coinvolti nell'applicazione del Protocollo, nell'ottica di favorire lo scambio di informazioni finalizzato all'integrazione dei servizi psichiatrici sul territorio.

Si suggerisce di allegare al Protocollo l'elenco dei responsabili delle articolazioni territoriali del DSM e delle strutture psichiatriche (diurne,

residenziali e semiresidenziali) nella disponibilità del DSM, nonché le Comunità convenzionate con l'ASL, utilizzabili dietro indicazione del responsabile del DSM.

b) Riguardo al tipo di soluzioni, alla tempestività e alle fasi del procedimento in cui intervenire: è importante che gli strumenti di raccordo previsti dal Protocollo entrino in funzione il più presto possibile dopo la notizia di reato, sia nel caso di soggetti già noti al servizio psichiatrico, sia nel caso di soggetti sconosciuti. Sono individuati alcuni "momenti di contatto" in cui applicare il Protocollo per predisporre le soluzioni più adeguate: la richiesta di misura di sicurezza provvisoria (art. 206 c.p.), la celebrazione dell'udienza in caso di riti speciali (es. giudizio immediato), eventuale disposizione di perizia psichiatrica, celebrazione di udienza per fatto ascrivibile a soggetto recidivo destinatario di altra misura per non imputabili.

Il Protocollo dovrebbe favorire l'immediata presa in carico e formulazione del PTRI (Progetto Terapeutico Riabilitativo Individuale), ed è auspicabile che preveda che gli accertamenti sulle condizioni psichiche siano effettuati dal servizio psichiatrico territoriale di riferimento e che risolva i problemi di competenza territoriale e gli aspetti collegati alla possibile "doppia diagnosi".

Si deve puntare prioritariamente alla presa in carico da parte del servizio territoriale, anche con l'utilizzo delle strutture disponibili sul territorio, e solo come ultima possibilità alla REMS.

c) Riguardo ai principi residuali a cui informare il Protocollo: i Protocolli operativi dovrebbero essere redatti in modo analitico e secondo il principio di differenziazione, dando conto nello specifico dei posti letto in REMS presenti sul territorio di riferimento dell'ufficio giudiziario, nonché del bacino di utenza di ciascuna ASL e di ogni singola unità dipartimentale, come centro diurno, comunità terapeutica, SPDC, luoghi di residenzialità assistita, centri di salute mentale specializzati per l'infanzia. Devono essere seguiti i principi di continuità terapeutica e di pluralità di soluzioni offerte.

Si suggerisce di distinguere la fase dell'accertamento del disturbo mentale e della sua relazione con il fatto reato dalla fase dei provvedimenti a valenza trattamentale o riabilitativa, e da tale distinzione potrebbe seguire l'indicazione da parte dei servizi psichiatrici territoriali di articolazioni e risorse utili alla fase della diagnosi ed alla cura e alla riabilitazione.

È importante dare spazio alla formazione permanente, svolta congiuntamente tra ordine giudiziario e psichiatria territoriale.

È anche auspicabile delineare "tecniche, tempi e quesiti di massima che improntino lo svolgimento degli incarichi peritali"³, con riguardo anche

3 lvi, p. 4.

ad una fase di osservazione. Sono altresì da considerare sovrapposizioni o successioni di procedimenti giudiziari con TSO o ASO.

d) Formazione congiunta e monitoraggio della fase esecutiva: i momenti formativi comuni sono strumenti di confronto permanente tra giustizia e psichiatria, mentre la costituzione di un tavolo tecnico, composto dalle istituzioni che sottoscrivono il Protocollo, si indica come strumento per verificare l'esito delle prassi operative e portare eventuali correttivi e nuove soluzioni.

I Protocolli operativi firmati in Emilia-Romagna, Lazio, Lombardia, Toscana e Veneto

I Protocolli operativi sono ancora in una fase iniziale di diffusione, anche se alcune tra le regioni più grandi li hanno già firmati. L'associazione Psichiatria Democratica, in un comunicato stampa del febbraio di quest'anno, auspicava una rapida diffusione dei Protocolli operativi, come mezzo necessario per dare attuazione alla riforma nata dalla Legge 81/2014, in modo da valorizzarne il senso di liberazione dalla visione custodiale della cura psichiatrica, ed evitare invece un uso improprio del ricovero in REMS⁴.

Si analizzano qui alcuni dei Protocolli firmati nel solco delle Risoluzioni del CSM: quello della Toscana, firmato nel dicembre 2018⁵, quello dell'Emilia-Romagna, firmato il 30 maggio 2018⁶, quello del Lazio, firmato il 9 novembre 2017, quello del Veneto⁷, firmato il 24 ottobre 2017, quello della Regione Lombardia - distretto di Corte d'Appello di Milano, firmato il 12 settembre 2019, che amplia ed approfondisce il Protocollo per Milano e provincia già operativo tra i medesimi soggetti, e quello della Regione Lombardia - distretto di Corte d'Appello di Brescia, firmato il 1° giugno 2018.

Il Protocollo della Regione Emilia-Romagna è stato il primo a essere redatto e quello che, attraverso la descrizione presentata durante le audizioni, ha fatto da modello di riferimento per gli indirizzi del CSM. È un protocollo

4 http://www.psichiatriademocratica.com/index.php?option=com_content&view=article&id=610:protocolli-operativi-comunicato-stampa&catid=7&Itemid=101&lang=it

5 Approvato con Delibera della Giunta regionale n. 1340 del 3/12/2018 "Approvazione schema protocollo d'intesa in tema di misure di sicurezza psichiatriche per l'applicazione della legge 30 maggio 2014 n. 81 tra Regione Toscana, la Corte d'Appello di Firenze, la Procura Generale della Corte d'Appello di Firenze, il tribunale di sorveglianza di Firenze, l'Ufficio inter-distrettuale per l'esecuzione penale esterna di Firenze".

6 Approvato con DGR 767/2018 "Approvazione schema protocollo operativo tra Magistratura, Regione Emilia-Romagna e Ufficio Esecuzione Penale Esterna per l'applicazione della legge n. 81/2014 (Chiusura ospedali psichiatrici giudiziari e esecuzione delle misure di sicurezza)", Repertorio n. RPI/2018/253 del 5/6/2018.

7 Approvato con DGR n. 1976 del 06 dicembre 2017

ricco e articolato, al quale gli attori sono arrivati dopo aver discusso molto nell'ambito del gruppo di lavoro interdisciplinare tra Tribunali, Uffici di sorveglianza e Dipartimenti di salute mentale-Dipendenze patologiche.⁸

Come quello della Emilia-Romagna, anche il protocollo del Veneto, è maggiormente focalizzato sulla parte sanitaria e sulla di presa in carico dei pazienti autori di reato, e descrive i momenti di intervento dei DSM e i loro compiti. Il Protocollo della Regione Lombardia – Corte d'Appello di Milano appare assumere maggiormente il punto di vista giudiziario e processuale, tracciando gli adempimenti da compiere in ogni fase per coordinare procedura penale e presa in carico psichiatrica. Quello della Regione Lombardia - distretto di Corte d'Appello di Brescia ricalca parzialmente quello della Corte d'Appello di Milano, ma se ne differenzia per un minor dettaglio sui momenti processuali in cui è necessario il raccordo con il servizio psichiatrico, e per una maggiore standardizzazione degli atti, con la creazione di modelli allegati. Il Protocollo del Lazio e quello della Toscana si esprimono in termini sintetici. Il Protocollo del Lazio si concentra sulla definizione e ripartizione di competenze e responsabilità tra i diversi soggetti coinvolti, mentre quello della Toscana privilegia l'aspetto conoscitivo e informativo, dedicando articoli e allegati all'elencazione delle strutture, dei referenti sanitari, dei referenti nell'ambito delle cancellerie.

Si fa qui un'analisi e una comparazione dei sei testi a partire dai punti individuati dal CSM come contenuti raccomandati dei Protocolli.

I Protocolli a confronto a partire dai punti individuati dal CSM

I soggetti coinvolti

Si tratta del punto a) dei punti indicati dal CSM. Quanto ai soggetti firmatari i Protocolli di Toscana ed Emilia-Romagna hanno coinvolto tutti i soggetti indicati dal CSM, avendo come parte firmataria però l'Assessorato regionale alla salute invece che direttamente i servizi sanitari.

Il Protocollo della Regione Lazio è in qualche modo più spostato sull'area giustizia e sulla parte politica piuttosto che tecnica: è stato firmato dal Sottosegretario alla Giustizia Gennaro Migliore, per conto del Ministro della Giustizia, dal Presidente della Regione Lazio, dal Presidente della Corte d'Appello di Roma e dal Procuratore generale presso la medesima; non sono invece presenti la Magistratura di Sorveglianza, l'Ufficio esecuzione penale esterna e l'Assessorato regionale alla Salute.

Nessuno di questi tre Protocolli ha coinvolto come soggetto firmatario l'avvocatura; la Regione Toscana l'ha resa parte, successivamente, come

⁸ Costituito con determinazione del Direttore generale sanità e Politiche sociali n. 10702/2014.

membro del Tavolo Tecnico Interistituzionale per il monitoraggio del Protocollo⁹. In Toscana il protocollo è stato firmato dal presidente della Corte d'Appello, dal Procuratore Generale presso la stessa, dal presidente del Tribunale di sorveglianza di Firenze, dal Direttore del UIEPE, dall'Assessore regionale alla salute e al welfare. La Regione Emilia-Romagna ha incluso anche i servizi per le dipendenze patologiche, che nel suo ordinamento organizzativo regionale sono legati ai servizi per la salute mentale.

Il Protocollo firmato nel distretto di Corte d'Appello di Milano è il più largamente condiviso, oltre al Presidente della Corte d'Appello e al Procuratore generale presso di essa, tutti i Tribunali del distretto e le rispettive Procure, nonché l'Ordine degli Avvocati e la Camera penale. Sono inoltre presenti gli altri soggetti previsti dal CSM come Provveditore regionale, Uiepe, Regione Lombardia – Assessorato al Welfare e il Tribunale di Sorveglianza. Il Protocollo si pone in continuità con il lavoro già avviato con il "Protocollo in tema di misure di sicurezza psichiatriche per la città di Milano e Provincia", di cui costituisce approfondimento. Il Protocollo della Regione Lombardia - distretto di Corte d'Appello di Brescia è stato elaborato dalla Magistratura di Sorveglianza, dagli Uffici giudicanti e dalle Procure del distretto, dalla Regione Lombardia e dall'UIEPE.

Il protocollo del Veneto è firmato dalla Regione Veneto, dalla Corte d'Appello di Venezia e dalla Procura generale di Venezia, ma i contenuti di esso sono stati condivisi dagli Uffici giudiziari del distretto, dall'Unità organizzativa Salute Mentale e Sanità penitenziaria della Regione Veneto, dalla direzione della REMS, dai direttori dei DSM, in una serie di incontri avuti nei due anni precedenti¹⁰.

Momenti di contatto tra processo penale e presa in carico sanitaria

Si tratta del punto b): la finalità di individuare tali momenti è quella di permettere la scelta della soluzione più adeguata, per formulare il piano terapeutico individuale (PTRI) e la immediata presa in carico da parte del servizio territoriale.

Il protocollo della Regione Emilia-Romagna richiama lo strumento del "Cruscotto regionale", istituito con determinazione n. 5017/2016 della Regione con il "compito di coordinare, con la collaborazione dei DSM-DP regionali e dei direttori delle REMS, i percorsi di accesso, permanenza

9 Il Tavolo è stato costituito con il Decreto del Dirigente della Giunta Regionale 858 del 25/01/2019: "DGRT n. 1340/2018: costituzione Tavolo tecnico Interistituzionale per il monitoraggio del Protocollo di intesa tra Regione Toscana, Corte d'Appello di Firenze, procura Generale della Corte d'appello di Firenze, tribunale di sorveglianza di Firenze, ufficio inter-distrettuale per l'Esecuzione penale esterna di Firenze, in materia di misure di sicurezza psichiatriche".

10 L. Castelletti, S. Bissoli, C. Piazza, *L'integrazione funzionale psichiatrico-forense nella risoluzione delle "liste d'attesa": l'esperienza della REMS del Veneto*, in "Rassegna italiana di criminologia", anno XIII, numero speciale, 2019, p. 48.

e dimissione dei soggetti ospiti delle REMS regionali nonché di monitorare i percorsi delle persone con disturbi mentali con provvedimenti giudiziari penali. In particolare, il Cruscotto facilita e promuove o monitora la tempestività e l'appropriatezza delle azioni dei DSM-DP nelle diverse fasi del percorso" (pag. 6 Protocollo). Il Cruscotto è inoltre il punto di riferimento regionale per il Dipartimento dell'amministrazione penitenziaria, per le assegnazioni alle REMS, e per la Magistratura per quanto riguarda i criteri per le liste d'attesa e altri problemi complessi.

Il protocollo si occupa poi sia del momento dell'arresto in flagranza sia dell'applicazione di misura cautelare nel corso del procedimento. Nel caso di arresto in flagranza il contatto tra SPDC e PM, prima della convalida, e tra SPDC e GIP, dopo la convalida, deve essere continuo. La permanenza in SPDC deve durare per il solo periodo dell'acuzie ed è poi necessario che "lo psichiatra del SPDC proponga al GIP un piano di cura e indichi le possibili sedi alternative ove il soggetto possa essere collocato per espletare il trattamento" (p. 13). Nel caso di applicazione di una misura di sicurezza nel corso del procedimento il paziente può essere collocato in REMS, previa consulenza tecnica o perizia psichiatrica. Nei casi di emergenza e in mancanza di perizia/consulenza, la persona può essere collocata in una struttura esterna al carcere, che non è la REMS (p. 14).

Il Protocollo della regione Lazio detta disposizioni abbastanza essenziali sui momenti di contatto. Prevede che le parti assicurino una tempestiva ed efficace comunicazione tra direttore della REMS, referente ASL/DSM, magistratura e che regolamentino le modalità con le quali inviare i pazienti della REMS verso luoghi di cura esterni. Si occupa in particolare della materia dei trasferimenti e della questione della sicurezza: il primo ingresso e gli spostamenti per motivazioni di giustizia sono disposti dall'autorità giudiziaria, mentre sono a carico della Regione i trasferimenti nel caso si tratti di motivazioni di cura, che adotterà le misure necessarie alla sicurezza del paziente (art. 11). Prevede anche l'impegno della ASL nell'indicare all'autorità giudiziaria i referenti per le misure di sicurezza tra gli psichiatri del Dipartimento (art. 5). Il trattamento terapeutico è individuato in concorrenza tra asl, perito/consulente e magistratura, e sono messi a disposizione dei magistrati i numeri telefonici dei referenti asl (art. 6).

Importante è la disposizione che prevede che vengano forniti dalla Regione alla magistratura dati aggiornati mensilmente sui pazienti sottoposti a misura di sicurezza in REMS, la loro situazione giuridica, la puntuale registrazione degli eventi critici (dati inseriti nel sistema di monitoraggio SMOP).

In controtendenza rispetto a quanto previsto in Toscana, durante la licenza finale di esperimento la Regione Lazio prevede che non sia garantito al paziente il posto letto in REMS (art. 9).

Il Protocollo della Regione Lombardia – Corte d’Appello di Milano dedica molta attenzione al momento del primo contatto della persona con problematiche psichiatriche con il processo penale in condizioni di urgenza e delinea una procedura da seguire per il medico del pronto soccorso e le forze dell’ordine che abbiano arrestato o fermato (il protocollo aggiunge il caso dell’allontanamento dalla casa familiare ex art. 384-bis c.p.p.) la persona in questione e l’abbiano accompagnata al pronto soccorso. Il referto del PS è indirizzato al PM tramite gli agenti operanti e specifica se sia presente un’acuzie e se sia indicato il ricovero in SPDC (art. 4). Il PM, in attesa della convalida, se le condizioni psichiatriche sconsigliano la custodia in carcere, colloca la persona presso il domicilio o un luogo di cura (art. 4). Nel caso in cui il giudice dovesse comunque ritenere necessaria la custodia in carcere, segnala al direttore dell’istituto e al responsabile del servizio sanitario penitenziario le condizioni di salute della persona in custodia; il responsabile sanitario, a seguito di visita specialistica, conferma o meno se la persona può essere adeguatamente curata in carcere o se necessiti di interventi specialistici psichiatrici, sembrerebbe non detentivi in questo caso.

Nel caso in cui l’indagato/imputato non sia sottoposto a custodia in carcere, il giudice provvede a acquisire dati dal servizio psichiatrico territoriale che ha in carico il soggetto, oppure, nel caso il soggetto non sia già in carico, il giudice dà subito incarico a un perito, formulando il quesito come indicato nell’art. 9 del Protocollo.

Passato il momento del primo contatto, il giudice in ogni caso dà incarico al perito.

Anche nel caso di applicazione della libertà vigilata in via provvisoria (art. 11), il giudice indica il luogo di esecuzione della misura e dà le prescrizioni da seguire; comunica anche il provvedimento al DSMD (Dipartimento di Salute Mentale e delle Dipendenze) che ha in carico il paziente e a cui è demandata la gestione del percorso terapeutico “in collaborazione con Enti e Servizi del territorio (Comune, ATS, ed eventuali erogatori del settore privato accreditato)”.

L’avvocato può collaborare attivamente sia alla definizione dell’inquadramento patologico che delle soluzioni da adottare (art. 10).

Il Protocollo della Regione Lombardia - distretto di Corte d’Appello di Brescia indica nei suoi Allegati 5 e 6, rispettivamente, il “Percorso per l’accertamento dello stato clinico-psicopatologico del soggetto nell’immediatezza del reato” (accertare se il soggetto è in carico o noto ai servizi Salute Mentale e Dipendenze, e, se inviato in Pronto Soccorso, effettuare alcuni esami di laboratorio nonché la consulenza psichiatrica e riferire al magistrato) e

il “Percorso per l’accertamento dello stato clinico-psicopatologico del soggetto in fase d’indagine” (nomina consulente e stesura relazione).

Il Protocollo del Veneto non ripercorre nel dettaglio tutti i passaggi processuali in cui può venire in gioco la condizione psichiatrica, ma prevede, in via generale, che i DSM s’impegnino a effettuare valutazioni specialistiche dei libero-vigilati, e di coloro a cui siano applicati gli arresti domiciliari, e a prenderli in carico, se il giudice ritiene ve ne siano i presupposti. Il perito nominato dal giudice o dal PM deve prendere contatto con i DSM per l’individuazione del trattamento e della struttura più adeguata¹¹. È prevista una figura tecnica, indicata nel progetto regionale “REMS e Magistratura un dialogo a confronto” per favorire tali passaggi.

La Regione Toscana ha invece dato prevalenza a indicazioni riguardanti la comunicazione dei referenti dei DSM e l’elenco delle strutture, nonché della lista delle cancellerie. Ha anche previsto che il perito prenda contatto con i servizi psichiatrici per svolgere il suo incarico, ai fini dell’individuazione del miglior trattamento praticabile e della struttura.

Differenziazione della presa in carico

Si tratta del punto c), che riguarda anche la descrizione delle differenti strutture disponibili sul territorio e del numero dei posti.

La Regione Emilia-Romagna, nella prima parte del suo Protocollo descrive le competenze delle istituzioni coinvolte, e in particolare le competenze del Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze Patologiche, che si compone di una serie articolata di servizi. I Centri di salute mentale (CSM) sono l’ossatura della rete e mantengono la titolarità e la responsabilità dei percorsi di cura svolti anche negli altri settori, ovvero ospedaliero, residenziale e penitenziario. Ai CSM sono legati i Centri diurni, servizi semiresidenziali. I servizi ospedalieri comprendono i Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura (SPDC), per le emergenze e le degenze brevi, e unico luogo autorizzato a svolgere TSO; i Servizi Psichiatrici Ospedalieri Intensivi (SPOI), per tempi di degenza 15-30 gg.; il Day Hospital. I servizi residenziali comprendono due diverse intensità di trattamento: Residenze a trattamento intensivo (RTI), per cure di 1-2 mesi e impostazione di programmi riabilitativi, e Residenze a trattamento estensivo (RTE) per periodi più lunghi, fino a 3 anni di trattamento socio-riabilitativo. Servizi residenziali socio-sanitari, come

¹¹ È stato sottolineato come la “lista d’attesa” per l’ingresso in REMS abbia permesso allo staff della REMS di conoscere via via i candidati all’ingresso attraverso visite effettuate nei luoghi di attesa della misura (SPDC, comunità terapeutiche, carcere): “[l]a visita è preceduta da un attento *file review* rispetto alle conoscenze giuridiche e cliniche del soggetto, dalla presenza di eventuale perizia, e di quanto si possa ottenere in termini informativi dall’incontro con il soggetto. La visita si presenta come un ordinario incontro tra un servizio inviante e un altro potenzialmente ricevente ma si arricchisce di griglie interpretative ulteriori”. L. Castelletti, S. Bissoli, C. Piazza, cit., p. 49.

Comunità Alloggio e Gruppi Appartamento, per pazienti con necessità di supporto stabilizzate e di lungo termine; Alloggi protetti e per l'autonomia. La REMS, come struttura specializzata per la cura delle persone con misure di sicurezza si inserisce in tale contesto.

Il protocollo della Regione Lazio prevede che la Regione assicuri nelle strutture presenti sul territorio "livelli di assistenza terapeutica, ambulatoriale, semi-residenziale, residenziale, ospedaliera, diversificati e proporzionati ai diversi livelli di sicurezza" (art. 2). L'elenco delle strutture residenziali dovrà essere fornito all'Autorità giudiziaria (art. 7). Fa inoltre riferimento all'uso della libertà vigilata con prescrizioni terapeutiche (art. 228, 2° co., c.p.) come misura alla quale viene sottoposto il paziente ricoverato presso strutture differenti dalla REMS o presso la famiglia (art. 9).

Il Protocollo della Regione Lombardia – Corte d'Appello di Milano specifica (art. 13) che la REMS è riservata a quei soggetti che manifestino una pericolosità sociale "particolarmente elevata, avuto riguardo alla condizione clinica della persona, alla tipologia e alla gravità del reato commesso". Nel caso di ricovero in REMS, questo deve essere eseguito immediatamente "secondo i criteri di priorità che saranno individuati con apposito provvedimento regionale" (art. 14), e nel caso in cui non sia possibile deve essere comunicato immediatamente all'Autorità giudiziaria, la quale potrà eventualmente sostituire la misura della REMS con una misura non detentiva. I DSMD predispongono il programma terapeutico riabilitativo individuale (PTRI) nei confronti di tutti i soggetti ricoverati in REMS, sia con misura provvisoria che definitiva "al fine di assicurare la dimissione dell'internato" (art. 16).

Il Protocollo della Regione Lombardia - distretto di Corte d'Appello di Brescia usa parole simili al Protocollo della Corte d'Appello di Milano, ma non inserisce il riferimento alla "pericolosità sociale particolarmente elevata" come requisito per il ricovero in REMS. Prevede che i DSMD definiscano il PTRI, del quale fornisce nell'Allegato 11 un modello, per i soggetti internati in REMS, in accordo con équipe della REMS e UIEPE "al fine di assicurare la dimissione dell'internato" (art. 8), e secondo le linee e i contenuti degli Allegati 12 e 13, che tracciano il percorso in ingresso e in uscita dalla REMS con i relativi adempimenti da parte di DSMD, équipe della REMS, UIEPE e magistratura. Negli Allegati 9 e 10 sono previsti anche modelli per la concessione della libertà vigilata con prescrizioni terapeutiche: si prevedono due modelli differenti, a seconda che il soggetto sottoposto a misura sia indirizzato verso una struttura residenziale oppure verso il domicilio con affidamento al DSMD e l'art. del Codice penale a cui si fa riferimento è sempre l'art. 232, che riguarda l'affidamento degli incapaci ai responsabili delle strutture che li accolgono, e non l'art. 228 c.p.

Il Protocollo del Veneto sul punto chiarisce che tutte le strutture accreditate dalla Regione per il trattamento riabilitativo dell'utenza psichiatrica sono utili per l'esecuzione di misure di sicurezza non detentive (punto 8), e lascia alla valutazione dei DSM (punto 5) o al perito in accordo con il DSM (punto 6) l'indicazione del piano terapeutico e della soluzione residenziale più idonea.

In Toscana, il Protocollo non dà indicazioni specifiche in proposito, anche se la Deliberazione regionale che lo approva indica tra gli scopi del Protocollo quello di creare un rapporto costante tra uffici giudiziari e servizi psichiatrici per fornire risposte personalizzate fondate sul PTRI e per evitare risposte standardizzate e la mera custodia neutralizzante, riservando l'invio in REMS solo a quelle situazioni in cui ogni altra soluzione non sia praticabile.

Modello di cura o di presa in carico

Ci si riferisce ancora al punto c) tra quelli indicati dal CSM, per capire se, dalla descrizione della differenziazione della presa in carico sia emerso o meno un modello di cura o di presa in carico.

Il Protocollo della Regione Emilia-Romagna, in riferimento alle due REMS presenti sul territorio regionale, dice che "hanno affermato un modello di cura fondato sulla centralità del territorio e delle sue risorse terapeutiche e quindi diverso dall'OPG, dalla sanità penitenziaria e dalle comuni Residenze psichiatriche" (p. 2, Introduzione). In particolare, il Protocollo sostiene che "[i]l modello custodialistico dell'OPG, non riproducibile nella REMS, è dunque sostituito da un modello terapeutico di comunità, cioè dall'insieme dei servizi sanitari e sociali del territorio di cui fa parte il Dipartimento di Salute Mentale Dipendenze Patologiche, che vede tra le sue strutture specialistiche la REMS" (p. 6).

Il Protocollo della Regione Lazio non fa riferimento a uno specifico modello di presa in carico, se non al fatto che il trattamento terapeutico più appropriato debba essere deciso insieme da magistratura, asl e perito/consulente (art. 6).

Il Protocollo della Regione Lombardia – Corte d'appello di Milano focalizza l'attenzione sul momento decisionale dell'Autorità giudiziaria e indica come "indispensabile, nell'immediatezza e nell'urgenza delle decisioni dell'Autorità giudiziaria, assicurare un sistema conoscitivo di informazioni e progetti adeguati tramite la rete dei servizi di salute mentale che fanno capo ai DSM, oggi posti al centro del sistema e titolari dei programmi terapeutici e riabilitativi" (Premessa, p. 2).

Si indicano "modelli operativi di collaborazione", il cui scopo è favorire l'utilizzo della libertà vigilata e ridurre al massimo la misura detentiva (art. 1).

Il Protocollo della Regione Lombardia - distretto di Corte d'Appello di Brescia si pone lo scopo di creare un "modello operativo di rete" per consentire "interventi rapidi ed efficaci ai fini dell'adozione da parte dell'autorità giudiziaria di decisioni sempre più rispondenti al caso concreto" (p. 3), e prevede che i percorsi terapeutico-riabilitativi individuali siano realizzati anche all'interno delle strutture terapeutiche situate nel territorio di residenza o limitrofo, e solo in casi eccezionali al di fuori di tale ambito.

Il Protocollo della Regione Veneto impegna la Regione a garantire "l'assistenza, la cura e la riabilitazione ai residenti affetti da patologia psichiatrica con necessità di presa in carico, gravati da misure di sicurezza psichiatrica" e specifica che il principio della competenza territoriale costituisce il criterio principe di riferimento per il giudice per la custodia cautelare in luogo di cura ex art. 286 c.p.p. o gli arresti domiciliari. Tutte le strutture sanitarie accreditate dalla regione per il trattamento riabilitativo dell'utenza psichiatrica sono considerate idonee per accogliere pazienti in misura di sicurezza non detentiva. Il protocollo mette l'accento sul confronto e la collaborazione tra i diversi attori, in uno sforzo di comprensione che "oltre a contribuire allo snellimento e alla fluidità delle liste d'attesa, crea spazi di confronto, avvicinamento dei saperi, acquisizione di linguaggi e visioni che si avvicinano".¹²

La Toscana indica, nella delibera che approva il protocollo, lo scopo di realizzare con esso "la continuità terapeutica e trattamentale tra la fase della cognizione affidata alla magistratura requirente e giudicante penale e quella della esecuzione della misura di sicurezza affidata alla Magistratura di sorveglianza" (DGR 1340/2018).

Quesito peritale

Il tema si pone ancora nell'ambito del punto c). Si verifica qui se i Protocolli indicano un modello di quesito per il perito, se per la perizia è necessario passare dal Dipartimento di salute mentale, ovvero se i periti concordano con questo l'individuazione di soluzioni terapeutiche, compreso il tipo di struttura, che indicano nella perizia.

Tutti i Protocolli esaminati, pur con una parziale diversità di formulazioni, contengono un modello di quesito per i periti, che indica anche il percorso terapeutico ritenuto adeguato e il tipo di struttura.

Il protocollo della regione Lazio indica uno schema di quesito peritale che potrebbe essere utilizzato dal giudice come buona prassi (art. 8), secondo

¹² L. Castelletti, S. Bissoli, C. Piazza, cit., p. 53

il quale il perito, oltre agli accertamenti in merito alla capacità di intendere e di volere al momento del fatto e alla presenza e persistenza del "rischio psicopatologico" ai fini della decisione sulla pericolosità sociale, deve anche indicare il grado d'intensità terapeutica necessario, con i rispettivi indicatori clinici, la misura più idonea e i trattamenti terapeutici più idonei alla cura "approntando uno specifico piano terapeutico, anche d'intesa con i servizi sanitari territoriali e tenendo conto che il ricovero in REMS" costituisce l'*extrema ratio*. Il perito deve inoltre indicare "le strutture residenziali, comprese le REMS, dotate di caratteristiche tali, sotto il profilo terapeutico, da assicurare i trattamenti più idonei alla cura del soggetto e al contenimento della sua pericolosità psichiatrica"; inoltre, nel caso sia indicato come adeguato il ricovero in REMS, il perito deve indicare "ove possibile, percorsi terapeutici alternativi, anche temporanei, se, sulla base delle informazioni assunte, non sussista la possibilità di un immediato ricovero" (tutte le citazioni tratte dall'art. 8).

Il Protocollo della Regione Lombardia – Corte d'Appello di Milano indica il quesito per il perito, da utilizzare come buona prassi. Oltre agli accertamenti sulla patologia, la capacità e il cosiddetto "rischio psicopatologico", il perito dovrebbe indicare la necessità di cura, la sua intensità e "il percorso terapeutico più idoneo alla cura del periziando ed eventualmente in grado di incidere positivamente sulla pericolosità di questo, d'intesa con i servizi sanitari territoriali" (art. 9), tenendo conto del principio dell'*extrema ratio* del ricovero in REMS. Dovrebbe indicare anche gli elementi per cui altri percorsi terapeutici non possono ritenersi idonei, suggerire tipologie di strutture ritenute idonee e, nel caso la struttura idonea sia ritenuta la REMS, ma non vi sia la possibilità di un immediato ricovero, individuare, in accordo con il DSMD "i percorsi terapeutici alternativi, anche temporanei, considerando il ricovero in SPDC solo in condizioni di acuzie psicopatologica" (art. 9). Il Protocollo prevede anche che possa essere chiesta al perito una sorta di consulenza sommaria, in casi di urgenza, per valutare la compatibilità delle condizioni della persona con il carcere, in attesa di svolgere la più ampia valutazione peritale successiva.

Il Protocollo della Regione Lombardia - distretto di Corte d'Appello di Brescia prevede che il perito (Allegato 7), oltre agli ordinari accertamenti, indichi se la persona è da ritenersi pericolosa socialmente, e in caso affermativo se i bisogni di cura sono assicurati con l'applicazione della misura della libertà vigilata, oppure se è necessaria la REMS. Il quesito sembra mescolare le vecchie modalità di impostazione del quesito, vertenti sulla pericolosità, con il nuovo criterio dell'attenzione alla salute e alla presa in carico adeguata. Anche in questo Protocollo il perito deve indicare il piano terapeutico e la struttura adeguata.

Il protocollo del Veneto indica anch'esso un modello di quesito peritale (Allegato C) e, in linea con gli altri Protocolli, prevede che il perito si metta in contatto con il servizio psichiatrico e che dia indicazioni anche sul luogo e le modalità di esecuzione del programma terapeutico.

Il protocollo della Toscana propone il modello di quesito peritale prevedendo che il perito "indichi [...] previo contatto con i servizi sanitari territoriali competenti, eventualmente già a conoscenza dell'imputato per progressi ricoveri o trattamenti, le modalità di esecuzione del programma terapeutico, impegnandosi a collaborare con i servizi stessi per determinare il miglior trattamento praticabile anche ai fini della possibile individuazione di una struttura residenziale in luogo del ricovero in REMS" (Allegato A).

Regolare la vita all'interno della REMS e le uscite all'esterno

Ancora nell'ambito di un'idea di differenziazione della presa in carico (punto c) si è visto se i Protocolli fanno riferimento al regolamento della/e REMS o a quello penitenziario, e se vi sono disciplinati permessi e uscite durante la misura di sicurezza.

Il Protocollo della Regione Emilia-Romagna, nel ricordare che la riforma per il superamento degli OPG non ha toccato l'impianto del Codice penale, afferma che è necessario confrontarsi con norme, come il regolamento penitenziario, che definisce "non sempre compatibile con l'ambito sanitario, in cui la legge n. 9/2012 ha collocato l'esecuzione delle misure di sicurezza detentive. Ne è derivato un modello non del tutto definito, che va costruito nella pratica a partire dai principi e dallo spirito della riforma" (p. 3, Introduzione).

Lo stesso prevede che, per realizzare le attività esterne, come licenze, art. 21, licenza finale di esperimento, licenze ad horas, l'équipe della REMS invii al Magistrato di sorveglianza una relazione per supportare la richiesta: e la magistratura valida l'intero PTRI.

Gli altri Protocolli non fanno invece riferimento a questo aspetto.

Formazione comune e tavolo tecnico

Si fa qui riferimento al punto d) della Risoluzione del CSM in cui si auspica la costituzione di tavoli tecnici interistituzionali, di monitoraggio del Protocollo, e di attività di formazione congiunta tra magistratura e servizio sanitario.

Il protocollo della Regione Lazio indica (art. 13) che il Tavolo Sanità-Magistratura è convocato periodicamente. In base al Protocollo della Regione Lombardia – Corte d'Appello di Milano le parti si impegnano a

monitorarne l'applicazione, riunendosi semestralmente per la verifica dei risultati (art. 19). Anche i Protocolli delle regioni Veneto, Toscana e Lombardia - Corte d'Appello di Brescia istituiscono un Tavolo tecnico interistituzionale per il monitoraggio.

Tutte le regioni prevedono momenti di formazione congiunta tra area sanitaria e giudiziaria.

Conclusioni

I Protocolli qui analizzati sono tra loro differenti e sono frutto delle relazioni tra i diversi attori coinvolti a livello regionale, e di quanto queste siano state approfondite in incontri preliminari. Sono anche condizionati dalle differenti culture psichiatriche e dai diversi modelli di REMS sviluppati sui territori regionali. Infatti, i Protocolli hanno differenti "parti prevalenti", a seconda probabilmente del differente peso assunto dai portatori di quelle istanze: giudiziaria, psichiatrica, penitenziaria.

I Protocolli costituiscono una ricchezza di conoscenze e di buone pratiche, e nella loro diversità possono stimolare il miglioramento delle prassi attraverso l'esempio reciproco. Tuttavia, i Protocolli dovrebbero essere pensati come strumenti integrativi, e non sostitutivi, di un'attività di monitoraggio e di coordinamento che comprenda tutte le REMS a livello nazionale, e che possa far sì che le diversità interagiscano tra loro per migliorarsi. Altrimenti il rischio è che ogni Protocollo, riproducendo l'esistente a livello di realtà territoriale regionale, tenda a rendere ogni esperienza autoreferenziale e quindi a generare chiusura piuttosto che apertura.

Infine, desta sorpresa l'esclusione dei Garanti, soggetti che si sono occupati in modo approfondito dell'applicazione delle misure di sicurezza psichiatriche e che nessuno dei Protocolli include.

Il volume si propone anche come manuale di consultazione e di pronto utilizzo. In questa sezione vengono presentate alcune recenti posizioni espresse da importanti istituzioni nazionali, sul trattamento dei malati di mente autori di reato, dopo il superamento degli OPG. I documenti (sentenze, risoluzioni e pareri) possono essere utili per una ricostruzione complessiva del contesto attuale, per individuare le criticità del sistema e trarre spunti sulle possibili soluzioni.

I primi tre documenti riguardano il trattamento dei folli rei nel post riforma.

È riprodotta la sentenza n. 99 del 20 febbraio 2019, con cui la Corte Costituzionale ha dichiarato costituzionalmente illegittimo l'art. 47 ter, co. 1 ter dell'ordinamento penitenziario, nella parte in cui non prevede che la persona affetta da grave infermità psichica sopravvenuta possa fruire, come la persona affetta da grave infermità fisica, della misura alternativa della detenzione domiciliare, anche in deroga ai limiti previsti dal co. 1 dello stesso articolo.

Segue l'ordinanza di remissione con cui la Corte di Cassazione aveva sollevato la questione di legittimità costituzionale dell'art. 47 ter co. 1 ter dell'ordinamento penitenziario, avanzando la tesi dell'inapplicabilità dell'art. 148 c.p. nel mutato contesto normativo e della conseguente disparità di trattamento tra affetti da grave patologia fisica e psichica.

Chiude la questione il parere sulla salute mentale e l'assistenza psichiatrica in carcere del Comitato Nazionale per la Bioetica, con cui si propongono linee di indirizzo per il sistema di cura dei "rei folli".

Il quarto documento concerne i protocolli operativi tra uffici giudiziari e istituzioni sanitarie e socio-assistenziali. La risoluzione del Consiglio Superiore della Magistratura del 24 settembre 2018 promuove la loro adozione, al fine di garantire l'attivazione di processi inclusivi del malato di mente autore di reato.

L'ultimo documento, la delibera del Consiglio Superiore della Magistratura del 19 aprile 2017, offre una ricostruzione del percorso di riforma, individua alcune questioni interpretative e applicative aperte ed offre direttive.

Sentenza della Corte Costituzionale n.99/2019



CORTE COSTITUZIONALE



Sentenza **99/2019**

Giudizio GIUDIZIO DI LEGITTIMITÀ COSTITUZIONALE IN VIA INCIDENTALITÀ

Presidente **LATTANZI** - Redattore **CARTABIA**

Camera di Consiglio del **06/02/2019** Decisione del **20/02/2019**

Deposito del **19/04/2019** Pubblicazione in G. U.

Norme impugnate: Art. 47 ter, c. 1° ter, della legge 26/07/1975, n. 354.

Massime:

Atti decisi: **ord. 101/2018**

SENTENZA N. 99

ANNO 2019

REPUBBLICA ITALIANA

IN NOME DEL POPOLO ITALIANO

LA CORTE COSTITUZIONALE

composta dai signori: Presidente: Giorgio LATTANZI; Giudici : Aldo CAROSI, Marta CARTABIA, Mario Rosario MORELLI, Giancarlo CORAGGIO, Giuliano AMATO, Silvana SCIARRA, Daria de PRETIS, Nicolò ZANON, Franco MODUGNO, Augusto Antonio BARBERA, Giulio PROSPERETTI, Giovanni AMOROSO, Francesco VIGANÒ, Luca ANTONINI,

ha pronunciato la seguente

SENTENZA

nel giudizio di legittimità costituzionale dell'art. 47-ter, comma 1-ter, della legge 26 luglio 1975, n. 354 (Norme sull'ordinamento penitenziario e sulla esecuzione delle misure privative e limitative della libertà), promosso dalla Corte di cassazione, prima sezione penale, nel procedimento penale a carico di N. M., con ordinanza del 22 marzo 2018, iscritta al n. 101 del registro ordinanze 2018 e pubblicata nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica n. 28, prima serie speciale, dell'anno 2018.

Visto l'atto di intervento del Presidente del Consiglio dei ministri;

udito nella camera di consiglio del 6 febbraio 2019 il Giudice relatore Marta Cartabia.

Ritenuto in fatto

1.– Con ordinanza del 22 marzo 2018, la Corte di cassazione, prima sezione penale, ha sollevato questione di legittimità costituzionale, in riferimento agli artt. 2, 3, 27, 32 e 117, primo comma, della Costituzione, quest'ultimo in relazione all'art. 3 della Convenzione per la salvaguardia dei diritti dell'uomo e delle libertà fondamentali (CEDU), firmata a Roma il 4 novembre 1950, ratificata e resa esecutiva con legge 4 agosto 1955, n. 848, dell'art. 47-ter, comma 1-ter, della legge 26 luglio 1975, n. 354 (Norme sull'ordinamento penitenziario e sulla esecuzione delle misure privative e limitative della libertà), «nella parte in cui detta previsione di legge non prevede la applicazione della detenzione domiciliare anche nelle ipotesi di grave infermità psichica sopravvenuta durante l'esecuzione della pena».

L'ordinanza di remissione espone che, nel caso sottoposto al giudice rimettente, un detenuto condannato per concorso in rapina aggravata aveva fatto ricorso avverso un'ordinanza del Tribunale di sorveglianza di Roma che non aveva accolto la sua richiesta di differimento della pena per grave infermità ai sensi dell'art. 147 del codice penale, in quanto applicabile solo ai casi di grave infermità fisica, mentre nel caso di specie il detenuto risultava affetto da «grave disturbo misto di personalità, con predominante organizzazione border line in fase di scompenso psicopatologico», accertato in seguito a gravi comportamenti autolesionistici. Al momento in cui il Tribunale di sorveglianza si pronunciava, la pena residua da espiare era di sei anni, quattro mesi e ventuno giorni. L'ordinanza di remissione riferisce che si tratta di una patologia grave e radicata nel tempo, per la quale la detenzione determina un trattamento contrario al senso di umanità.

2.– Dopo avere precisato, in via preliminare, che anche la fase del giudizio di legittimità risulta idonea alla proposizione dell'incidente di costituzionalità, la Corte rimettente conferma il proprio costante orientamento, fatto proprio anche dal provvedimento del Tribunale di sorveglianza, secondo cui il detenuto portatore di infermità esclusivamente di tipo psichico sopravvenuta alla condanna non può accedere né agli istituti del differimento obbligatorio o facoltativo della pena previsti dagli artt. 146 e 147 cod. pen., né alla detenzione domiciliare cosiddetta “in deroga” di cui alla disposizione censurata, posto che nel testo di tale disposizione vengono richiamate esclusivamente le condizioni di infermità fisica di cui agli artt. 146 e 147 cod. pen., e non anche quelle relative alla infermità psichica sopravvenuta evocate nel testo dell'art. 148 cod. pen. Pertanto, solo in presenza di ricadute della patologia psichica sul complessivo assetto funzionale dell'individuo risulta possibile attivare le garanzie previste dagli artt. 146 e 147 cod. pen.

3.– La Corte rimettente si interroga sull'applicabilità dell'art. 148 cod. pen. o di altre forme alternative alla detenzione in carcere, per i casi di infermità psichica sopravvenuta alla condanna; in particolare considera la misura alternativa della detenzione domiciliare “in deroga”.

3.1.– La Corte di cassazione ritiene che «[n]ell'attuale momento storico è da ritenersi che la disposizione di legge di cui all'art. 148 cod. pen. sia inapplicabile per effetto di abrogazione implicita derivante dal contenuto degli interventi legislativi succedutisi tra il 2012 e il 2014», che hanno previsto la chiusura degli ospedali psichiatrici giudiziari (OPG) e che, nel creare le residenze per l'esecuzione delle misure di sicurezza (REMS), operanti su base regionale, non hanno previsto che esse subentrassero nelle funzioni accessorie di cui all'art. 148 cod. pen. già svolte dagli OPG, dato che le vigenti disposizioni di legge indicano le REMS come luoghi di esecuzione delle sole misure di sicurezza (provvisorie o definitive). Né rileverebbe, in contrario, la previsione dell'art. 16, comma 1, lettera d) [recte: art. 1, comma 16, lettera d)], della legge 23 giugno 2017, n. 103 (Modifiche al codice penale, al codice di procedura penale e all'ordinamento penitenziario), ove si prevede l'assegnazione alle REMS anche dei soggetti portatori di

infermità psichica sopravvenuta durante l'esecuzione, in ipotesi di inadeguatezza dei trattamenti praticati in ambito penitenziario, «trattandosi, per l'appunto, di delega non ancora tradotta in una o più disposizioni concretamente applicabili».

L'impossibilità di ritenere che le REMS siano succedute nelle funzioni in precedenza svolte dagli OPG in base all'art. 148 cod. pen. sarebbe del resto confermata dal fatto che il processo di superamento degli OPG è stato accompagnato dalla realizzazione, all'interno degli istituti penitenziari ordinari, di «apposite sezioni denominate "articolazioni per la tutela della salute mentale"» e dedicate all'accoglienza dei detenuti appartenenti a specifiche categorie giuridiche in precedenza ospitati negli OPG per le necessarie cure e assistenza psichiatriche.

Secondo il giudice rimettente, dunque, il sistema normativo attuale tratterebbe in modo differente il soggetto portatore di un'infermità psichica tale da escludere la capacità di intendere o di volere al momento della commissione del fatto – il quale, lì dove si riscontri pericolosità sociale, viene sottoposto al trattamento riabilitativo presso le REMS, strutture ad esclusiva gestione sanitaria – rispetto al soggetto in esecuzione di pena portatore di patologia psichica sopravvenuta, che resta detenuto e ove possibile è allocato presso una delle articolazioni per la tutela della salute mentale poste all'interno del circuito penitenziario. Si tratterebbe di due categorie soggettive indubbiamente non pienamente assimilabili, ove si consideri il rapporto tra patologia e imputabilità (si richiama la sentenza n. 111 del 1996); tuttavia, osserva il giudice a quo, «la condizione vissuta dai secondi è del tutto assimilabile, quantomeno sul piano delle prevalenti necessità terapeutiche, a quella dei non imputabili». L'assenza di alternative alla detenzione per i condannati affetti da grave patologia psichica determinerebbe un dubbio di legittimità, sufficiente ad attivare l'incidente di costituzionalità.

3.2.– La Corte di cassazione afferma che allo stato attuale della normativa non sussistono alternative alla detenzione carceraria per una persona nelle condizioni in cui versa il ricorrente, e cioè per un soggetto in esecuzione pena con residuo superiore a quattro anni (o per reato ricompreso nella elencazione di cui all'art. 4-bis ordin. penit.) affetto da patologia psichica sopravvenuta, «stante da un lato la impossibilità di usufruire, per assenza dei presupposti di accessibilità, della detenzione domiciliare ordinaria (art. 47-ter, comma 1 ord. pen.), dall'altro la già segnalata impossibilità di accedere, per il criterio della interpretazione letterale, alla detenzione domiciliare "in deroga" di cui all'art. 47-ter, comma 1 ord. pen.», posto che la disposizione permette l'applicazione di tale misura nei casi in cui potrebbe essere disposto il rinvio obbligatorio o facoltativo della esecuzione della pena ai sensi degli artt. 146 e 147 cod. pen., i quali a loro volta si riferiscono alla grave infermità fisica e non a quella psichica.

Né sarebbe possibile estendere la detenzione domiciliare "in deroga" di cui alla disposizione censurata anche alla grave infermità psichica in forza di un'interpretazione conforme a Costituzione dell'attuale sistema normativo; a ciò osterebbero sia il dato testuale sia l'intenzione del legislatore.

L'assetto normativo attuale, in definitiva, impedirebbe al condannato affetto da grave infermità psichica sopravvenuta, qualora il residuo di pena sia superiore a quattro anni o si trovi in espiazione per reato ostativo, di accedere sia all'istituto del differimento della pena (artt. 146 e 147 cod. pen.), sia al ricovero in OPG di cui all'art. 148 cod. pen., sia alla collocazione nelle REMS, sia alla detenzione domiciliare "in deroga". Inoltre, la situazione del detenuto portatore di questo tipo di infermità sarebbe caratterizzata da aspetti di manifesto regresso trattamentale dato che, da una parte, l'ingresso nelle articolazioni per la salute mentale non è oggi frutto di una decisione giurisdizionale, come invece era in passato per il collocamento in OPG, bensì di una decisione dell'amministrazione, la cui discrezionalità tra l'altro è condizionata da fattori non dominabili quali il sovraffollamento delle strutture; e, dall'altra parte, l'idoneità del trattamento praticabile all'interno di tali articolazioni non è previamente verificato in sede giurisdizionale da parte della magistratura di sorveglianza.

In particolare, proprio l'impossibilità di accedere alla misura alternativa della detenzione domiciliare "in deroga" di cui all'art. 47-ter, comma 1-ter, ordin. penit. si porrebbe in contrasto con numerosi principi sia

costituzionali sia convenzionali, sicché si imporrebbe la necessità di rivalutare i contenuti di precedenti decisioni costituzionali sul tema, in particolare si richiama la sentenza n. 111 del 1996 di questa Corte.

4.– Quanto ai parametri costituzionali interni, la Corte di cassazione denuncia la violazione degli artt. 2, 3, 27 e 32 Cost.

Dalla giurisprudenza costituzionale, infatti, si ricaverebbero alcune linee-guida sul sistema dell'esecuzione penale il quale, per essere costituzionalmente compatibile, dovrebbe offrire: «a) opportunità giurisdizionali di verifica in concreto della condizione patologica; b) strumenti giuridici di contemperamento dei valori coinvolti che siano tali da consentire la sospensione della esecuzione o la modifica migliorativa delle condizioni del singolo, lì dove le ricadute della patologia finiscano con l'espore il bene primario della salute individuale a compromissione, sì da concretizzare – in ipotesi di mantenimento della condizione detentiva – un trattamento contrario al senso di umanità (art. 27, comma 3 Cost.) o inumano o degradante (con potenziale violazione dell'art. 3 Convenzione Edu)» (si citano, con ampi richiami testuali, le sentenze n. 438 del 1995, n. 70 del 1994 e n. 313 del 1990).

Le opportunità di contemperamento dei valori in gioco, e la stessa giurisdizionalità piena dell'intervento, sarebbero invece compromesse da un assetto normativo come quello attuale, che vede come unica risposta il mantenimento della condizione detentiva del soggetto affetto da infermità psichica sopravvenuta e l'affidamento al servizio sanitario reso in ambito penitenziario.

In particolare, anche a fronte della avvenuta constatazione di inadeguatezza di simile trattamento, non risulterebbe consentita – allo stato – né la sospensione dell'esecuzione, né l'approdo alla detenzione domiciliare “in deroga” nei casi in cui non risulti applicabile quella ordinaria.

Alla luce dei mutamenti del quadro normativo, pertanto, assumerebbe nuovo significato il monito al legislatore rivolto dalla Corte costituzionale con la sentenza n. 111 del 1996, in cui la Corte, posta di fronte al dubbio di legittimità costituzionale dell'art. 148 cod. pen., pur condividendo il «non soddisfacente trattamento riservato all'infermità psichica grave sopravvenuta, specie quando è incompatibile con l'unico tipo di struttura custodiale oggi prevista», aveva ritenuto che spettasse al legislatore individuare una «equilibrata soluzione», tale da garantire anche a quei condannati la cura della salute mentale senza che fosse eluso il trattamento penale. Negli anni successivi tale invito sembra essere stato accolto dal legislatore «solo in minima parte» con l'introduzione dell'art. 47-ter, comma 1, lettera c, ordin. penit., disposizione che tuttavia incontra limiti di applicabilità correlati alla natura del reato e all'entità del residuo di pena, e sarebbe rimasto comunque «eluso in riferimento alla condizione di quei soggetti affetti da patologia psichica sopravvenuta, non ammissibili alla detenzione domiciliare ordinaria (per i limiti di applicabilità della disposizione) né a quella in deroga».

5.– Quanto ai profili di contrasto con l'art. 117, primo comma, Cost. in relazione all'art. 3 CEDU, il giudice a quo, dopo avere ricordato la giurisprudenza costituzionale in tema di rapporti tra ordinamento interno e ordinamento internazionale, ritiene di dovere sollevare questione di costituzionalità, dato che «l'unica disposizione interna che potrebbe offrire – in caso di patologia psichica sopravvenuta – l'accesso alla composizione del conflitto in chiave di tutela delle garanzie fondamentali (art. 47-ter, comma 1-ter, ordin. penit.) non risulta interpretabile in senso costituzionalmente e convenzionalmente orientato». La protrazione della detenzione del soggetto affetto da grave infermità psichica sembrerebbe infatti concretizzare, oltre che un trattamento contrario al senso di umanità, vietato dall'art. 27 Cost., anche una violazione del divieto di trattamenti inumani o degradanti previsto dall'art. 3 CEDU, in un contesto normativo come quello italiano che ha di recente elevato (si richiamano gli artt. 35-bis e 35-ter ordin. penit.) tale divieto a regola fondante del sistema di tutela dei diritti delle persone detenute.

L'ordinanza di remissione provvede a ricostruire gli orientamenti della giurisprudenza della Corte europea dei diritti dell'uomo attraverso il richiamo puntuale di numerose pronunce, da cui emerge univocamente che il divieto della tortura o delle pene o di trattamenti inumani o degradanti, di cui all'art. 3

CEDU, ha carattere assoluto. Nella giurisprudenza del giudice europeo tale divieto configurerebbe un obbligo positivo per lo Stato e non ammetterebbe alcuna deroga, neppure nel caso di pericolo pubblico che minaccia la vita della nazione. In ogni caso in cui la protrazione del trattamento detentivo, per la particolare gravità della patologia riscontrata, per la inadeguatezza delle cure prestate o per la assenza delle condizioni materiali idonee risulti contraria al senso di umanità e rischi di dar luogo a un trattamento degradante, sarebbe «preciso dovere della autorità giurisdizionale provvedere alla interruzione della carcerazione», posto che la esecuzione della pena inframuraria sarebbe recessiva rispetto all'obbligo dello Stato di garantire che le condizioni dei reclusi non si traducano in trattamenti inumani o degradanti. Nella giurisprudenza di Strasburgo, l'obbligo di interruzione della detenzione non conforme all'art. 3 CEDU sarebbe ancora più pressante proprio nel delicato settore del diritto alla salute del soggetto recluso. Così, la mancanza di cure mediche adeguate e, più in generale, la detenzione di una persona malata in condizioni non adeguate, potrebbe in linea di principio costituire un trattamento contrario all'art. 3 CEDU. In particolare, la Corte di Strasburgo avrebbe in più occasioni affermato la necessità di fornire adeguata tutela a soggetti reclusi portatori di accentuata vulnerabilità in quanto affetti da patologia psichica, affermando che anche l'allocazione in reparto psichiatrico carcerario può dar luogo a trattamento degradante quando le terapie non risultino appropriate e la detenzione si prolunghi per un periodo di tempo significativo.

6.- È intervenuto in giudizio il Presidente del Consiglio dei ministri, rappresentato e difeso dall'Avvocatura generale dello Stato, chiedendo che la questione sia dichiarata inammissibile a causa della pluralità di soluzioni normative in astratto ipotizzabili a tutela del condannato, che escluderebbe l'asserito carattere «a rime obbligate» dell'intervento sollecitato dalla Corte di cassazione (sono citate, in particolare, l'ordinanza n. 318 e la sentenza n. 279 del 2013).

La questione sarebbe anche infondata sia perché già ora, secondo la giurisprudenza di legittimità, l'infermità psichica che sfoci in grave infermità fisica rende possibile il differimento della pena e la detenzione domiciliare "in deroga", sia perché una infermità psichica che non sfociasse in grave infermità fisica porrebbe «tematiche, inerenti il relativo accertamento, caratterizzate da indubbe peculiarità, che escludono la possibilità di una piena equiparazione e legittimano un differente trattamento in sede di esecuzione della pena». Inoltre, l'attuale sistema delle articolazioni per la salute mentale all'interno del circuito penitenziario, fondato sull'art. 65 ordin. penit., consentirebbe «un equo bilanciamento tra la posizione del reo e le esigenze di sicurezza sociale».

Considerato in diritto

1.- La Corte di cassazione, prima sezione penale, ha sollevato d'ufficio questione di legittimità costituzionale dell'art. 47-ter, comma 1-ter, della legge 26 luglio 1975, n. 354 (Norme sull'ordinamento penitenziario e sulla esecuzione delle misure privative e limitative della libertà), nella parte in cui non prevede l'applicazione della detenzione domiciliare "in deroga" anche nell'ipotesi di grave infermità psichica sopravvenuta durante l'esecuzione della pena, per contrasto con gli artt. 2, 3, 27, 32 e 117, primo comma, della Costituzione, quest'ultimo in relazione all'art. 3 della Convenzione per la salvaguardia dei diritti dell'uomo e delle libertà fondamentali (CEDU), firmata a Roma il 4 novembre 1950, ratificata e resa esecutiva con legge 4 agosto 1955, n. 848.

Il giudizio principale riguarda un detenuto con pena residua superiore a quattro anni, affetto da una grave «infermità psichica sopravvenuta» ai sensi dell'art. 148 del codice penale, intendendosi per tale, secondo la giurisprudenza consolidata, una malattia mentale che, pur cronica o preesistente al reato, non sia stata considerata influente sulla capacità di intendere e di volere nel corso del giudizio penale dal quale è scaturita la condanna definitiva, oppure sia stata accertata o sia effettivamente insorta durante la detenzione.

Secondo il giudice a quo, a un detenuto che si trovi nelle condizioni del ricorrente l'assetto normativo attuale non offrirebbe forme di esecuzione della pena alternative alla detenzione in carcere, ma solo la

possibilità di essere assistito presso una delle «Articolazioni per la tutela della salute mentale» eventualmente costituite all'interno del circuito penitenziario sulla base dell'art. 65 ordin. penit. L'impossibilità di disporre il collocamento del detenuto fuori del carcere in un caso come quello di specie determinerebbe, in riferimento ai parametri costituzionali interni, un trattamento contrario al senso di umanità e lesivo del diritto inviolabile alla salute del detenuto (artt. 2, 27, terzo comma, e 32 Cost.) e, in riferimento al parametro convenzionale, un trattamento inumano e degradante (art. 117, primo comma, Cost., in relazione all'art. 3 CEDU, così come interpretato dalla giurisprudenza della Corte europea dei diritti dell'uomo). Sarebbe inoltre violato anche l'art. 3 Cost. per disparità di trattamento rispetto alla situazione delle persone portatrici di un'infermità psichica tale da escludere la capacità di intendere o di volere al momento del fatto, là dove si riscontri pericolosità sociale, per le quali l'ordinamento prevede un trattamento riabilitativo all'esterno del carcere presso le residenze per l'esecuzione delle misure di sicurezza (REMS). Si ravviserebbe una disparità di trattamento altresì rispetto alle persone condannate con un analogo residuo di pena, ma affette da grave infermità fisica, le quali possono accedere tanto al rinvio facoltativo dell'esecuzione della pena di cui all'art. 147 cod. pen., quanto alla detenzione domiciliare di cui alla disposizione censurata.

2.- Deve preliminarmente essere respinta l'eccezione di inammissibilità formulata dal Presidente del Consiglio dei ministri, basata sulla asserita mancanza di rimedi a "rime obbligate", idonei a sanare i vizi di illegittimità costituzionale prospettati dalla Corte rimettente.

2.1.- Nella giurisprudenza più recente, questa Corte ha ripetutamente affermato che, di fronte alla violazione di diritti costituzionali, non può essere di ostacolo all'esame nel merito della questione di legittimità costituzionale l'assenza di un'unica soluzione a "rime obbligate" per ricondurre l'ordinamento al rispetto della Costituzione.

Proprio in materia penale, questa Corte ha più volte esaminato nel merito le questioni portate al suo esame qualora fossero ravvisabili nell'ordinamento soluzioni già esistenti, ancorché non costituzionalmente obbligate, idonee a «porre rimedio nell'immediato al vulnus riscontrato», ferma restando la facoltà del legislatore di intervenire con scelte diverse (così la sentenza n. 222 del 2018; ma si veda anche, analogamente, in un ambito vicino a quello qui considerato, la sentenza n. 41 del 2018, nonché la sentenza n. 236 del 2016). L'ammissibilità delle questioni di legittimità costituzionale risulta perciò condizionata non tanto dall'esistenza di un'unica soluzione costituzionalmente obbligata, quanto dalla presenza nell'ordinamento di una o più soluzioni costituzionalmente adeguate, che si inseriscano nel tessuto normativo coerentemente con la logica perseguita dal legislatore (sentenze n. 40 del 2019 e n. 233 del 2018).

Occorre, infatti, evitare che l'ordinamento presenti zone franche immuni dal sindacato di legittimità costituzionale specie negli ambiti, come quello penale, in cui è più impellente l'esigenza di assicurare una tutela effettiva dei diritti fondamentali, incisi dalle scelte del legislatore. Ciò vale tanto più in un'ipotesi come quella di cui la Corte è ora chiamata a occuparsi, nella quale viene in rilievo l'effettività delle garanzie costituzionali di persone che non solo si trovano in uno stato di privazione della libertà personale, ma sono anche gravemente malate e, dunque, versano in una condizione di duplice vulnerabilità.

2.2.- Nel caso di specie, il giudice rimettente ritiene che l'ordinamento non offra, allo stato, un'alternativa all'esecuzione della pena in carcere per i detenuti che soffrono di gravi infermità psichiche sopravvenute alla commissione del reato che si trovino nella situazione del detenuto ricorrente. Ciò, a causa di una evoluzione dell'ordinamento che ha nei fatti svuotato di ogni contenuto l'art. 148 cod. pen., dedicato proprio ai casi di «[i]nfermità psichica sopravvenuta al condannato», come recita la rubrica dello stesso. Per i gravi malati psichici, la reclusione costituirebbe una modalità di esecuzione della pena contraria al senso di umanità e perciò lesiva degli artt. 2, 27, terzo comma, e 32 Cost., oltre che dell'art. 3 CEDU che vieta i trattamenti inumani o degradanti e, quindi, dell'art. 117, primo comma, Cost.

La Corte rimettente ha individuato nell'istituto della detenzione domiciliare di cui all'art. 47-ter, comma 1-ter, ordin. penit. una risposta già presente nell'ordinamento per i detenuti affetti da gravi infermità fisiche,

la quale, per le modalità con cui può essere articolata, risulta costituzionalmente adeguata e idonea a porre rimedio alle denunciate violazioni, in quanto permetterebbe anche ai malati psichici di espiare la pena fuori dal carcere in condizioni che consentano di contemperare le esigenze della tutela della salute con quelle della sicurezza. Si tratta della detenzione domiciliare “umanitaria” o “in deroga”, così denominata perché può essere disposta anche nei confronti di detenuti che debbano ancora scontare una pena residua superiore ai quattro anni (come nel caso di specie), limite previsto dall’art. 47-ter, comma 1, ordin. penit. quale requisito generale per poter beneficiare, invece, della detenzione domiciliare “ordinaria”.

2.3.– Il giudice rimettente chiede di estendere la detenzione domiciliare “in deroga”, di cui al censurato art. 47-ter, comma 1-ter, ordin. penit., anche ai detenuti che soffrono di patologie psichiatriche talmente gravi da rendere l’espiazione della pena in carcere un trattamento sanzionatorio contrario al senso di umanità, oltre che lesivo del diritto alla salute; ciò senza che possa essere di ostacolo l’entità della pena residua da scontare.

Così configurata, alla luce dei principi sopra enunciati, la questione supera il vaglio di ammissibilità.

3.– Nel merito la questione è fondata.

L’ordinanza di rimessione muove dalla premessa che, allo stato attuale, un detenuto affetto da grave infermità psichica sopravvenuta con un residuo di pena superiore ai quattro anni, come la parte del giudizio a quo, non avrebbe accesso ad alcuna forma di esecuzione della pena alternativa alla detenzione in carcere.

La ricostruzione dell’assetto normativo vigente compiuta dalla Corte di cassazione è senz’altro da condividere.

3.1.– È vero innanzitutto che l’art. 148, primo comma, cod. pen., dedicato appunto ai casi di «[i]nfermità psichica sopravvenuta al condannato», è oggi divenuto inapplicabile, perché superato da riforme legislative che, pur senza disporre espressamente l’abrogazione, l’hanno completamente svuotato di contenuto precettivo. La richiamata disposizione codicistica, infatti, prevede che il giudice possa disporre la sospensione o il differimento della pena e il contestuale ricovero in un ospedale psichiatrico giudiziario, in casa di cura e di custodia ovvero, in determinate ipotesi, in un ospedale psichiatrico civile, nei casi di infermità psichica sopravvenuta dopo la condanna che siano di gravità tale da impedire l’esecuzione della pena in carcere.

L’art. 148 cod. pen. riflette un approccio alla malattia mentale tipico dell’epoca in cui fu scritto, basato sull’internamento. In tale orizzonte culturale, i detenuti malati psichici potevano essere allontanati dal carcere per le difficoltà che la convivenza con altri detenuti, in un ambiente ristretto, poteva (e può) generare, con lo scopo di essere reclusi altrove, insieme ad altre persone similmente malate e senza prospettive di rientro nella vita sociale. Tale disposizione non è mai stata formalmente abrogata, ma tutti gli istituti a cui essa rinvia sono scomparsi in virtù di riforme legislative che riflettono un cambiamento di paradigma culturale e scientifico nel trattamento della salute mentale, che può riassumersi nel passaggio dalla mera custodia alla terapia (ad esempio, in tal senso, il parere del Comitato nazionale per la bioetica, «Salute mentale e assistenza psichiatrica in carcere», del 22 marzo 2019).

Sulla base delle mutate premesse culturali che orientano la tutela della salute mentale, gli ospedali psichiatrici civili sono stati chiusi oltre quaranta anni fa dalla nota legge Basaglia (legge 13 maggio 1978, n. 180, recante «Accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori»). Quanto agli ospedali psichiatrici giudiziari (OPG) e alle case di cura e custodia, essi hanno dimostrato la loro inidoneità a garantire la salute mentale di chi ivi era ricoverato (sentenza n. 186 del 2015) e sono perciò stati espunti dall’ordinamento giuridico a far data dal 31 marzo 2015, a seguito di un lungo itinerario legislativo, avviato dall’art. 5 del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 1° aprile 2008 (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); proseguito con l’art. 3-ter del

decreto-legge 22 dicembre 2011, n. 211 (Interventi urgenti per il contrasto della tensione detentiva determinata dal sovraffollamento delle carceri), convertito, con modificazioni, nella legge 17 febbraio 2012, n. 9; continuato con l'art. 1, comma 1, lettera a, del decreto-legge 25 marzo 2013, n. 24 (Disposizioni urgenti in materia sanitaria), convertito, con modificazioni, nella legge 23 maggio 2013, n. 57, e terminato con l'art. 1 del decreto-legge 31 marzo 2014, n. 52 (Disposizioni urgenti in materia di superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari), convertito, con modificazioni, nella legge 30 maggio 2014, n. 81. Conclusosi l'iter normativo, l'effettiva chiusura degli ultimi OPG è avvenuta solo grazie all'opera del commissario unico nominato dal Governo a tale scopo, che ha perfezionato la definitiva dismissione di tali istituzioni nel 2017.

Chiusi gli ospedali psichiatrici civili e giudiziari, non può più farsi riferimento all'art. 148 cod. pen., vale a dire l'unica disposizione dedicata alla condizione dei detenuti affetti da gravi patologie psichiche sopravvenute.

3.2.– Nel frattempo, il legislatore ha istituito le residenze per l'esecuzione delle misure di sicurezza (REMS), su base regionale e a esclusiva gestione sanitaria. Tali strutture non sono però destinate ad accogliere i condannati in cui la malattia psichica si manifesti successivamente. Per queste persone l'ordinamento non offre alternative al carcere, ove è possibile soltanto che siano istituite apposite «sezioni speciali» per i soggetti affetti da infermità o minorazioni fisiche o psichiche, secondo quanto disposto dall'art. 65 ordin. penit.

Il lungo e faticoso processo riformatore che ha dato vita al fondamentale risultato della chiusura degli OPG non è stato completato con previsioni adeguate alla situazione dei detenuti con gravi malattie psichiche sopravvenute. È rimasta, infatti incompiuta quella parte della delega disposta dalla legge 23 giugno 2017, n. 103 (Modifiche al codice penale, al codice di procedura penale e all'ordinamento penitenziario), relativa ai detenuti malati psichici, volta a garantire loro adeguati trattamenti terapeutici e riabilitativi anche attraverso misure alternative alla detenzione, oltre che attraverso la creazione di nuove strutture sanitarie interne al carcere. L'istituzione delle REMS introdotte dalla riforma non è di rimedio alla lacuna che si è venuta a creare in seguito alla chiusura degli OPG. Come correttamente osserva la Corte di cassazione rimettente, le REMS non sono istituzioni volte a sostituire i vecchi ospedali psichiatrici sotto altra veste e denominazione. Mentre i vecchi OPG erano destinati a ospitare tutti i malati psichiatrici gravi in qualsiasi modo venuti a contatto con la giurisdizione penale e, dunque, anche i condannati con infermità psichica "sopravvenuta" alla condanna, al contrario le REMS, così come chiaramente indica la loro stessa denominazione, hanno come unici destinatari i malati psichiatrici che sono stati ritenuti non imputabili in sede di giudizio penale o che, condannati per delitto non colposo a una pena diminuita per cagione di infermità psichica, sono stati sottoposti a una misura di sicurezza (art. 3-ter, comma 2, del d.l. n. 211 del 2011, introdotto dalla legge di conversione n. 9 del 2012 e successivamente attuato con decreto del Ministro della salute adottato di concerto con il Ministro della giustizia 1° ottobre 2012, recante «Requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi delle strutture residenziali destinate ad accogliere le persone cui sono applicate le misure di sicurezza del ricovero in ospedale psichiatrico giudiziario e dell'assegnazione a casa di cura e custodia»).

Il chiaro dettato normativo attualmente vigente non può essere integrato in via interpretativa neppure considerando quel passaggio della citata legge di delega nel quale ambigualmente si prevede la «destinazione alle REMS prioritariamente dei soggetti per i quali sia stato accertato in via definitiva lo stato di infermità al momento della commissione del fatto, da cui derivi il giudizio di pericolosità sociale, nonché dei soggetti per i quali l'infermità di mente sia sopravvenuta durante l'esecuzione della pena, degli imputati sottoposti a misure di sicurezza provvisorie e di tutti coloro per i quali occorra accertare le relative condizioni psichiche, qualora le sezioni degli istituti penitenziari alle quali sono destinati non siano idonee, di fatto, a garantire i trattamenti terapeutico-riabilitativi» (art. 1, comma 16, lettera d, della legge n. 103 del 2017). Si tratta infatti di una delle previsioni della delega a cui non è stata data attuazione.

3.3.– Rimasto incompiuto il complesso disegno riformatore, oggi il tessuto normativo presenta serie carenze che gravano, tra l'altro, proprio sulla condizione dei detenuti affetti da infermità psichica

sopravvenuta, i quali non hanno accesso né alle REMS né ad altre misure alternative al carcere, qualora abbiano un residuo di pena superiore a quattro anni, come il detenuto ricorrente.

I detenuti che si trovino in condizioni simili a quelle della parte nel giudizio a quo non possono avere accesso alla detenzione domiciliare “ordinaria” di cui all’art. 47-ter, comma 1, lettera c, ordin. penit., prevista per tutti i detenuti con una pena residua inferiore a quattro anni e che siano gravemente malati, indipendentemente dal tipo di patologia – fisica o psichica – di cui soffrono.

Neppure può essere loro applicato l’istituto del rinvio obbligatorio della esecuzione della pena di cui all’art. 146, primo comma, numero 3), cod. pen., perché la grave patologia psichica non integra il presupposto ivi previsto della malattia grave, in fase così avanzata da essere refrattaria alle terapie.

Inoltre, i malati psichici non possono nemmeno beneficiare del rinvio facoltativo dell’esecuzione della pena di cui all’art. 147, primo comma, numero 2), cod. pen., perché questa previsione riguarda solo i casi di «grave infermità fisica».

Quest’ultima disposizione non lascia margini per una diversa interpretazione, tale da renderla applicabile anche al detenuto che soffra di una patologia psichica. Ostando a tale interpretazione tanto il dato testuale, quanto l’orientamento consolidato della giurisprudenza di legittimità, secondo la quale le sole patologie psichiatriche che possono consentire al giudice di disporre il rinvio facoltativo dell’esecuzione della pena sono quelle da cui discendono anche gravi ricadute di tipo fisico (tra le numerosissime pronunce in questo senso Corte di cassazione, sezione prima penale, sentenze 11 maggio-30 agosto 2016, n. 35826 e 28 gennaio-16 settembre 2015, n. 37615).

In breve, poiché il rinvio obbligatorio o facoltativo di cui agli artt. 146 e 147 cod. pen. riguarda solo le persone affette da grave infermità fisica, come si è visto poco sopra, ne consegue che i malati psichici non possono giovarsi neppure della detenzione domiciliare “umanitaria” o “in deroga”, di cui al censurato art. 47-ter, comma 1-ter, ordin. penit., che a tali disposizioni rinvia nel definire il suo ambito di applicazione.

4.– La mancanza di qualsiasi alternativa al carcere per i detenuti affetti da grave malattia psichica sopravvenuta viola i principi costituzionali invocati nell’ordinanza di rimessione.

4.1.– La malattia psichica è fonte di sofferenze non meno della malattia fisica ed è appena il caso di ricordare che il diritto fondamentale alla salute ex art. 32 Cost., di cui ogni persona è titolare, deve intendersi come comprensivo non solo della salute fisica, ma anche della salute psichica, alla quale l’ordinamento è tenuto ad apprestare un identico grado di tutela (tra le molte, sentenze n. 169 del 2017, n. 162 del 2014, n. 251 del 2008, n. 359 del 2003, n. 282 del 2002 e n. 167 del 1999), anche con adeguati mezzi per garantirne l’effettività.

Occorre, anzi, considerare che soprattutto le patologie psichiche possono aggravarsi e acutizzarsi proprio per la reclusione: la sofferenza che la condizione carceraria inevitabilmente impone di per sé a tutti i detenuti si acuisce e si amplifica nei confronti delle persone malate, sì da determinare, nei casi estremi, una vera e propria incompatibilità tra carcere e disturbo mentale.

Come emerge anche dalla giurisprudenza della Corte europea dei diritti dell’uomo (tra le altre, Corte EDU, seconda sezione, sentenza 17 novembre 2015, Bamouhammad contro Belgio, paragrafo 119, e Corte EDU, grande camera, sentenza 26 aprile 2016, Murray contro Paesi Bassi, paragrafo 105), in taluni casi mantenere in condizione di detenzione una persona affetta da grave malattia mentale assurge a vero e proprio trattamento inumano o degradante, nel linguaggio dell’art. 3 CEDU, ovvero a trattamento contrario al senso di umanità, secondo le espressioni usate dall’art. 27, terzo comma, della Costituzione italiana.

4.2.– Se è vero che la tutela della salute mentale dei detenuti richiede interventi complessi e integrati, che muovano anzitutto da un potenziamento delle strutture sanitarie in carcere, è vero altresì che occorre che

l'ordinamento preveda anche percorsi terapeutici esterni, almeno per i casi di accertata incompatibilità con l'ambiente carcerario. Per questi casi gravi, l'ordinamento deve prevedere misure alternative alla detenzione carceraria, che il giudice possa disporre caso per caso, momento per momento, modulando il percorso penitenziario tenendo conto e della tutela della salute dei malati psichici e della pericolosità del condannato, di modo che non siano sacrificate le esigenze della sicurezza collettiva.

Per le ragioni sopra esposte, questa Corte ritiene in contrasto con i principi costituzionali di cui agli artt. 2, 3, 27, terzo comma, 32 e 117, primo comma, Cost. l'assenza di ogni alternativa al carcere, che impedisce al giudice di disporre che la pena sia eseguita fuori dagli istituti di detenzione, anche qualora, a seguito di tutti i necessari accertamenti medici, sia stata riscontrata una malattia mentale che provochi una sofferenza talmente grave che, cumulata con l'ordinaria afflittività del carcere, dia luogo a un supplemento di pena contrario al senso di umanità.

4.3.– Questa Corte, con una sentenza risalente, preso atto dell'insoddisfacente trattamento riservato all'infermità psichica grave, sopravvenuta alla condanna, ha richiamato il legislatore a «trovare una equilibrata soluzione» che garantisca ai condannati affetti da patologie psichiche «la cura della salute mentale – tutelata dall'art. 32 della Costituzione – senza che sia eluso il trattamento penale» (sentenza n. 111 del 1996). A distanza di tanti anni, tale richiamo è rimasto inascoltato.

Pur consapevole che incombe sul legislatore il dovere di portare a termine nel modo migliore la già avviata riforma dell'ordinamento penitenziario nell'ambito della salute mentale, con la previsione di adeguate strutture interne ed esterne al carcere, questa Corte non può esimersi dall'intervenire per rimediare alla violazione dei principi costituzionali denunciata dal giudice rimettente, di modo che sia da subito ripristinato un adeguato bilanciamento tra le esigenze della sicurezza della collettività e la necessità di garantire il diritto alla salute dei detenuti (art. 32 Cost.) e di assicurare che nessun condannato sia mai costretto a scontare la pena in condizioni contrarie al senso di umanità (art. 27, terzo comma, Cost.), meno che mai un detenuto malato.

Pertanto, deve essere accolta la questione di legittimità costituzionale prospettata dal giudice rimettente e dichiarata l'illegittimità costituzionale dell'art. 47-ter, comma 1-ter, ordin. penit., nella parte in cui non consente che la detenzione domiciliare “umanitaria” sia disposta anche nelle ipotesi di grave infermità psichica sopravvenuta.

5.– La misura alternativa della detenzione domiciliare “umanitaria” o “in deroga”, individuata dal giudice rimettente si presta, allo stato attuale, a colmare le carenze sopra individuate.

L'istituto della detenzione domiciliare è una misura che può essere modellata dal giudice in modo tale da salvaguardare il fondamentale diritto alla salute del detenuto, qualora esso sia incompatibile con la permanenza in carcere e, contemporaneamente, le esigenze di difesa della collettività che deve essere protetta dalla potenziale pericolosità di chi è affetto da alcuni tipi di patologia psichiatrica.

5.1.– Introdotta dalla legge 10 ottobre 1986, n. 663 (Modifiche alla legge sull'ordinamento penitenziario e sulla esecuzione delle misure privative e limitative della libertà), la detenzione domiciliare è stata nel corso del tempo ampliata quanto all'ambito di applicazione e parzialmente ridisegnata nelle sue finalità, tanto da interventi del legislatore quanto da pronunce di questa Corte. Essa risponde sempre, tuttavia, secondo la giurisprudenza costituzionale, a una «logica unitaria e indivisibile» (sentenze n. 211 del 2018 e n. 177 del 2009).

Per quanto qui rileva, questa Corte ha riconosciuto che la detenzione domiciliare costituisce «“non una misura alternativa alla pena”, ma una pena “alternativa alla detenzione o, se si vuole, una modalità di esecuzione della pena”», sottolineando come essa sia sempre accompagnata da «prescrizioni limitative della libertà, sotto la vigilanza del magistrato di sorveglianza e con l'intervento del servizio sociale» (ordinanza n.

327 del 1989). Per questo motivo, tra l'altro, essa differisce completamente dalla semplice scarcerazione del detenuto che consegue al rinvio dell'esecuzione della pena disposto sulla base degli artt. 146 e 147 cod. pen.

Il dato normativo, in effetti, non lascia alcun dubbio in proposito.

L'art. 47-ter, comma 4, ordin. penit. prevede che il «tribunale di sorveglianza, nel disporre la detenzione domiciliare, ne fissa le modalità secondo quanto stabilito dall'articolo 284 del codice di procedura penale», il quale a sua volta statuisce che, con «il provvedimento che dispone gli arresti domiciliari, il giudice prescrive all'imputato di non allontanarsi dalla propria abitazione o da altro luogo di privata dimora ovvero da un luogo pubblico di cura o di assistenza ovvero, ove istituita, da una casa famiglia protetta» (comma 1).

Pertanto, la detenzione domiciliare non significa riduttivamente un ritorno a casa o tanto meno un ritorno alla libertà; certamente essa comporta l'uscita dal carcere, ma è pur sempre accompagnata da severe limitazioni della libertà personale, dato che il giudice, nel disporla, stabilisce le condizioni e le modalità di svolgimento e individua il luogo di detenzione, che può essere anche diverso dalla propria abitazione, se più adeguato a contemperare le esigenze di tutela della salute del malato, quella della sicurezza e quelle della persona offesa dal reato (art. 284, comma 1-bis, cod. proc. pen.). Di fondamentale rilievo è la possibilità che la detenzione domiciliare possa svolgersi, oltre che «nella propria abitazione o in altro luogo di privata dimora», anche in «luogo pubblico di cura, assistenza o accoglienza», come prevede l'art. 284 cod. proc. pen. e come ribadisce anche il comma 1 del medesimo art. 47-ter ordin. penit.

Inoltre, occorre sottolineare che il detenuto in regime di detenzione domiciliare non si può allontanare dal luogo a cui è assegnato, salvo specifiche autorizzazioni da parte del giudice (art. 284, comma 3, cod. proc. pen.), il quale può anche imporgli limiti o divieti alla facoltà di comunicare con persone diverse da quelle che con lui coabitano o che lo assistono (art. 284, comma 2, cod. proc. pen.). In ogni caso, il pubblico ministero o la polizia giudiziaria, anche di propria iniziativa, possono controllare in ogni momento l'osservanza delle prescrizioni imposte (art. 284, comma 4, cod. proc. pen.). L'art. 47-ter, comma 4, ordin. penit. aggiunge poi che il tribunale di sorveglianza «[d]etermina e impartisce altresì le disposizioni per gli interventi del servizio sociale. Tali prescrizioni e disposizioni possono essere modificate dal magistrato di sorveglianza competente per il luogo in cui si svolge la detenzione domiciliare».

5.2.- L'introduzione nell'ordinamento penitenziario della disposizione relativa alla detenzione domiciliare «umanitaria» o «in deroga» di cui al censurato art. 47-ter, comma 1-ter, ordin. penit. si deve alla più recente legge 27 maggio 1998, n. 165 (Modifiche all'art. 656 del codice di procedura penale ed alla legge 26 luglio 1975, n. 354 e successive modificazioni).

Tale disposizione stabilisce che quando «potrebbe essere disposto il rinvio obbligatorio o facoltativo della esecuzione della pena ai sensi degli articoli 146 e 147 del codice penale», il tribunale di sorveglianza, anche se la pena supera il limite di quattro anni di cui all'art. 47-ter, comma 1, ordin. penit., «può disporre la applicazione della detenzione domiciliare». Come si è detto, in virtù dei richiami agli artt. 146 e 147 cod. pen., la detenzione domiciliare «in deroga» è oggi preclusa ai malati psichici.

Questa Corte ha già esplicitato che la ragione che ha spinto il legislatore a introdurre la detenzione domiciliare «in deroga» è offrire una «alternativa rispetto al differimento dell'esecuzione della pena», «nella prospettiva di creare uno strumento intermedio e più duttile tra il mantenimento della detenzione in carcere e la piena liberazione del condannato (conseguente al rinvio); permettendo così di tener conto della eventuale pericolosità sociale residua di quest'ultimo e della connessa necessità di contemperamento delle istanze di tutela del condannato medesimo con quelle di salvaguardia della sicurezza pubblica» (ordinanza n. 255 del 2005).

Anche la giurisprudenza di legittimità sottolinea che la norma sulla detenzione domiciliare «in deroga», della cui legittimità costituzionale ora si discute, persegue proprio «la finalità di colmare una lacuna della pervigente normativa», che «imponeva un'alternativa secca tra carcerazione e libertà senza vincoli», da un

lato, obbedendo «all'esigenza di effettività dell'espiazione della pena e del necessario controllo cui vanno sottoposti i soggetti pericolosi» e, dall'altro, mirando a una esecuzione della pena «mediante forme compatibili con il senso di umanità» (così, tra le molte, Corte di cassazione, sezione prima penale, sentenza 5 aprile-16 settembre 2016, n. 38680).

5.3.– In definitiva, la detenzione domiciliare è uno strumento capace di offrire sollievo ai malati più gravi, per i quali la permanenza in carcere provoca un tale livello di sofferenza da ferire il senso di umanità; al tempo stesso, essa può essere configurata in modo variabile, con un dosaggio ponderato delle limitazioni, degli obblighi e delle autorizzazioni secondo le esigenze del caso: grazie a una attenta individuazione del luogo di detenzione, possono perseguirsi finalità terapeutiche e di protezione, senza trascurare le esigenze dei suoi familiari e assicurando, al tempo stesso, la sicurezza della collettività.

La varietà dei quadri clinici e delle condizioni sociali e familiari dei detenuti affetti da malattie psichiche esige da parte del giudice un'attenta valutazione caso per caso e momento per momento della singola situazione. A lui spetterà verificare, anche in base alle strutture e ai servizi di cura offerti all'interno del carcere, alle esigenze di salvaguardia degli altri detenuti e di tutto il personale che opera negli istituti penitenziari, se il condannato affetto da grave malattia psichica sia in condizioni di rimanere in carcere o debba essere destinato a un luogo esterno, ai sensi dell'art. 47-ter, comma 1-ter, ordin. penit., fermo restando che ciò non può accadere se il giudice ritiene prevalenti, nel singolo caso, le esigenze della sicurezza pubblica.

In conclusione, è opportuno sottolineare che, anche alla luce della più recente giurisprudenza di legittimità, la detenzione domiciliare "umanitaria" offre al giudice una possibilità da attivare quando le condizioni lo consentano, sulla base di una complessiva valutazione a cui non può rimanere estraneo «il giudizio di pericolosità ostativa a trattamenti extra-murari, opportunamente rinnovato e atualizzato in parallelo alla evoluzione della condizione sanitaria e personale del detenuto» (Corte di cassazione, sezione prima penale, sentenza 28 novembre 2018-4 marzo 2019, n. 9410).

PER QUESTI MOTIVI

LA CORTE COSTITUZIONALE

dichiara l'illegittimità costituzionale dell'art. 47-ter, comma 1-ter, della legge 26 luglio 1975, n. 354 (Norme sull'ordinamento penitenziario e sulla esecuzione delle misure privative e limitative della libertà), nella parte in cui non prevede che, nell'ipotesi di grave infermità psichica sopravvenuta, il tribunale di sorveglianza possa disporre l'applicazione al condannato della detenzione domiciliare anche in deroga ai limiti di cui al comma 1 del medesimo art. 47-ter.

Così deciso in Roma, nella sede della Corte costituzionale, Palazzo della Consulta, il 20 febbraio 2019.

F.to:

Giorgio LATTANZI, Presidente

Marta CARTABIA, Redattore

Roberto MILANA, Cancelliere

Depositata in Cancelleria il 19 aprile 2019.

Il Direttore della Cancelleria

F.to: Roberto MILANA

Le sentenze e le ordinanze della Corte costituzionale sono pubblicate nella prima serie speciale della Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana (a norma degli artt. 3 della legge 11 dicembre 1984, n. 839 e 21 del decreto del Presidente della Repubblica 28 dicembre 1985, n. 1092) e nella Raccolta Ufficiale delle sentenze e ordinanze della Corte costituzionale (a norma dell'art. 29 delle Norme integrative per i giudizi davanti alla Corte costituzionale, approvate dalla Corte costituzionale il 16 marzo 1956).

Il testo pubblicato nella Gazzetta Ufficiale fa interamente fede e prevale in caso di divergenza.

Ordinanza della Corte di Cassazione n.13382/2018

Penale Ord. Sez. 1 Num. 13382 Anno 2018

Presidente: BONITO FRANCESCO MARIA SILVIO

Relatore: MAGI RAFFAELLO

Data Udiienza: 23/11/2017

ORDINANZA

sul ricorso proposto da:

MONTENERO NINO nato il 14/05/1956 a NAPOLI

avverso l'ordinanza del 20/10/2016 del TRIB. SORVEGLIANZA di ROMA

sentita la relazione svolta dal Consigliere RAFFAELLO MAGI;

letto/sentite le conclusioni del PG Roberto Ariosto, che ha chiesto il rigetto del ricorso;

RITENUTO IN FATTO

1. Il Tribunale di Sorveglianza di Roma con ordinanza emessa in data 20 ottobre 2016 ha respinto l'istanza proposta da Montenero Nino, tesa ad ottenere il differimento della pena, per grave infermità, ai sensi dell'art. 147 cod.pen .

Premesso che l'istante risulta ristretto in forza di titolo divenuto definitivo il 12 aprile del 2016 (sentenza di condanna per concorso in rapina aggravata) e che la pena residua da espiaire è pari ad anni sei, mesi quattro e giorni ventuno di reclusione, il Tribunale compie riferimento ai numerosi precedenti penali del Montenero e ne evidenzia il grado di pericolosità.

Viene, in seguito, evidenziato che in data 4 luglio 2016 ed in data 30 settembre 2016 si sono verificati, in costanza di detenzione, due comportamenti autolesionistici (taglio della gola) posti in essere dal detenuto, che risulta seguito dal medico psichiatra del carcere.

Nel valutare la attuale condizione del Montenero, il Tribunale afferma che costui è affetto esclusivamente da un disturbo di natura psichica, inquadrato dal consulente di parte in termini di «grave disturbo misto di personalità, con predominante organizzazione borderline in fase di scompenso psicopatologico» .

Pur aderendo a siffatto inquadramento, il Tribunale rileva che la previsione di legge di cui all'art. 147 cod.pen. non risulta applicabile, in quanto trattasi di normativa che prende in esame esclusivamente la condizione di infermità fisica e non quella di infermità psichica.

Nel caso del Montenero non si evidenziano ricadute di tipo fisico della patologia psichica, il che esclude l'applicabilità della disposizione invocata.

2. Avverso detta ordinanza ha proposto ricorso per cassazione - a mezzo del difensore - Montenero Nino, deducendo erronea applicazione della disciplina regolatrice e vizio di motivazione.

2.1 La difesa evidenzia che la storia clinica del Montenero, sotto il profilo della patologia psichiatrica, è radicata nel tempo, risalendo agli anni '70.

Durante una precedente esecuzione si era accertata la particolare gravità della patologia psichiatrica dell'attuale ricorrente con applicazione di detenzione domiciliare in luogo di cura (con allegazione di provvedimento con cui, in data 18 maggio 2001, il Tribunale di Sorveglianza di Roma applicava la detenzione domiciliare in luogo esterno di cura, con diagnosi di depressione maggiore, ai sensi dell'art. 47 ter co.1 ord.pen.) a dimostrazione della non episodicità degli atti autolesivi posti in essere nel 2016.

2.2 Si rappresenta, pertanto, che il caso andava inquadrato nella previsione di legge di cui all'art. 148 cod.pen., trattandosi di infermità psichica sopravvenuta tale da impedire

l'esecuzione della pena. Era stato chiesto, in alternativa, il ricovero in luogo esterno di cura.

Il ricorrente si duole della omessa esecuzione di una perizia, posto che il Tribunale, pur aderendo alla prospettazione del consulente di parte non ha ritenuto che il quadro patologico insorto potesse determinare la sospensione dell'esecuzione, ed evidenzia - quanto al preteso vizio argomentativo - da un lato che l'inquadramento operato appare semplicistico, posto che la gravità della patologia psichica induce a ritenere probabili le ricadute sul piano fisico, dall'altro che - in ogni caso - la prosecuzione della detenzione finisce con il determinare una condizione contraria al senso di umanità.

CONSIDERATO IN DIRITTO

1. Il Collegio ritiene di sollevare d'ufficio - ai sensi dell'art. 23 comma 3 legge n. 87 del 11 marzo 1953 - questione di legittimità costituzionale dell'art. 47 ter co.1 ter legge n.354 del 26 luglio 1975 (da ora in avanti ord.pen.), per le ragioni che seguono.

2. In via preliminare, va precisato che la fase del giudizio di legittimità risulta idonea alla proposizione dell'incidente di legittimità costituzionale, nella misura in cui la Corte di Cassazione - nell'esercizio delle funzioni decisorie sue proprie, perimetrata dai contenuti della decisione impugnata in quanto investiti dai motivi di ricorso (art. 609 cod.proc.pen) - rilevi che :

a) in sede di merito, su un punto oggetto di ricorso, è stata applicata una disposizione di legge i cui contenuti precettivi, pur esattamente ricostruiti dal giudice di merito, si pongano in contrasto con quelli desumibili da una o più norme della Costituzione;

b) in sede di merito, su un punto oggetto di ricorso, non è stata applicata una disposizione di legge il cui ambito regolativo avrebbe potuto, ove ritenuta applicabile, fornire alla parte ricorrente la tutela richiesta, lì dove la ragione della mancata applicazione risulti frutto - a sua volta - della violazione di norme costituzionali.

In altre parole, va ritenuto che la cognizione "tipica" della Corte di Cassazione, che non è giudice del fatto ma della corretta interpretazione delle norme giuridiche applicate in sede di merito al caso trattato, non possa impedire al giudice di legittimità di apprezzare non soltanto «l'avvenuta applicazione» di una disposizione di legge di sospetta incostituzionalità - lì dove il tema risulti rilevante al fine di decidere il ricorso - ma anche la «mancata applicazione» di una disposizione i cui contenuti, ove rimossa - in tesi - con decisione additiva da parte della Corte Costituzionale il limite reputato irragionevole (o comunque contrastante con principi costituzionali) avrebbero consentito di offrire al caso trattato una soluzione diversa ed aderente ai contenuti della Costituzione.

Ciò che rileva è, infatti, che il dubbio di legittimità costituzionale - sia esso introdotto dalla parte o formulato di ufficio - nievi sull'esercizio dei poteri giurisdizionali tipici della fase di legittimità e, dunque, sull'accoglimento o meno del ricorso (v. Sez. I n. 409 del 10.12.2008, ric. *Sardelli*, rv 242456 in tema di riproponibilità di eccezione di legittimità costituzionale respinta in sede di merito; quanto al potere di sollevare di ufficio la questione, v. Sez. VI n. 1523 del 9.12.1970, dep. 4.2.1971, *Benassi*, rv 116570).

E' evidente, infatti, che la Corte di Cassazione - in quanto giurisdizione di controllo - è chiamata a compiere una applicazione *sui generis* delle disposizioni di legge rilevanti per la soluzione del caso trattato, ponendosi quale organo cui spetta la verifica della corretta applicazione della legge vigente avvenuta nei precedenti gradi di giudizio, ma ciò non ridimensiona in alcun modo il potere/dovere di attivazione del controllo di legittimità costituzionale lì dove la disposizione o il «complesso di disposizioni» incidenti sul tema determini un rilevante dubbio di legittimità costituzionale.

3. Ciò posto, il caso in esame si caratterizza per i seguenti aspetti, in fatto :

a) risulta pacifica l'insorgenza a carico di Montenero Nino, in costanza di esecuzione della pena, di una patologia di tipo psichico (anche i gravi disturbi di personalità rientrano nella nozione di infermità, v. Sez. Un. 2005 ric. *Raso*), che lo stesso Tribunale di Sorveglianza precedente finisce per individuare, assumendo come fondato il contenuto della consulenza di parte, in un «grave disturbo misto di personalità, con predominante organizzazione *border line* in fase di scompenso psicopatologico» ;

b) risulta altresì pacifica la ricorrenza, in dipendenza di tali condizioni, di allarmanti gesti autolesivi posti in essere in costanza di detenzione carceraria da Montenero Nino.

3.1 In diritto, il Tribunale di Sorveglianza riprende i contenuti della costante giurisprudenza di questa Corte, ferma nel ritenere che l'insorgenza di patologia di tipo psichico (non incidente sulla imputabilità al momento del fatto) non trovi regolamentazione nel contenuto dell'art. 146 del codice penale (ipotesi di rinvio obbligatorio della esecuzione della pena), ove al co.1 n.3 si prende in esame l'ipotesi della «persona affetta da AIDS condannata o da grave deficienza immunitaria .. ovvero da altra malattia particolarmente grave per effetto della quale le sue condizioni di salute risultano incompatibili con lo stato di detenzione..», nè tantomeno rientri nella ipotesi regolamentata nel corpo dell'art. 147 co.1 n.2 del codice penale (rinvio facoltativo dell'esecuzione della pena) ove si prevede il caso di «chi si trova in condizioni di grave infermità fisica» .

4. Circa tale specifico aspetto, le doglianze espresse dal ricorrente sono da ritenersi infondate.

La linea interpretativa seguita nel corso del tempo da questa Corte di legittimità (si veda, di recente, Sez. I n. 37615 del 28.1.2015, *Pileri*, rv 264876 , nonché tra i precedenti arresti Sez. I n. 11233 del 5.12.2000) è - per l'appunto - tesa a marcare una netta differenziazione tra l'ipotesi della infermità fisica e quella della infermità 'meramente' psichica (che non determini una compromissione fisica), atteso che la sola ipotesi - nel caso in esame pacificamente non applicabile in virtù dell'entità della pena residua e della fattispecie di reato - che contempla in modo indifferenziato le «condizioni di salute particolarmente gravi, che richiedono costanti contatti con i presidi territoriali» risulta essere la disposizione di cui all'art. 47 *ter* co.1 lett. c ord.pen. ord. pen., in tema di detenzione domiciliare .

Il soggetto portatore di infermità esclusivamente di tipo psichico - sopravvenuta alla condanna - non può accedere, pertanto, secondo l'orientamento interpretativo costante di questa Corte, agli istituti del differimento obbligatorio o facoltativo della pena previsti dagli articoli 146 e 147 cod.pen. né alla particolare ipotesi di detenzione domiciliare 'in deroga' (a limiti di pena ed ostatività del titolo di reato) di cui all'art. 47 *ter* co.1 *ter* ord.pen. (disposizione introdotta dall'art. 4 della legge n. 165 del 27.5.1998, sulle cui caratteristiche v. Sez. I n. 17208 del 19.2.2001, *Mangino*, rv 218762; Sez. I n.8993 del 13.2.2008, *Squeo*, rv 238946; Sez. I n. 18439 del 5.4.2013 ric. *Lo Bianco*, rv 255851), posto che nel corpo di tale disposizione vengono richiamate esclusivamente le condizioni di infermità di cui agli articoli 146 e 147 del codice penale (infermità fisica) e non anche quelle evocate nel testo dell'art. 148 (Infermità psichica sopravvenuta).

Pertanto, è affermazione ricorrente quella secondo cui solo in presenza di ricadute della patologia psichica sul complessivo 'assetto funzionale' dell'individuo risulta possibile attivare i presidi di cui agli artt. 146 e 147 cod. pen., come affermato, tra le altre, da Sez. I n. 35826 del 11.5.2016, *Di Silvio*, rv 268004; Sez. I n. 22373 del 8.5.2009, *Aquino*, rv 244132; Sez. I n. 41452 del 10.11.2010, *Giordano*, rv 248470 .

4.1 La doglianza del Montenero introduce - tuttavia - un tema di fondo su cui il Tribunale di Sorveglianza di Roma finisce con l'omettere di pronunciarsi in modo esplicito, rappresentata dalla applicabilità - o meno - della previsione di legge di cui all'art. 148 cod.pen. o, in alternativa, di forme alternative di prosecuzione della detenzione in luogo esterno al carcere per finalità prevalentemente terapeutiche (la misura alternativa della detenzione domiciliare in deroga).

Tali aspetti, pertanto, vanno esaminati dal Collegio, posto che anche nella ipotesi di omessa statuizione espressa da parte del giudice del merito su un punto della decisione, lì dove la Corte di legittimità dovesse apprezzare l' esistenza di un limite insuperabile all'accoglimento della domanda, il ricorso non potrebbe trovare accoglimento.

La considerazione appena esposta rende rilevante - anche in riferimento ai contenuti dell'art. 23 co.2 legge n.53 del 1987 - l'esame del reticolato normativo in tema di

trattamento della infermità psichica sopravvenuta al condannato (come recita la rubrica dell'art. 148 cod.pen.) al fine di comprendere se ed in quali termini :

a) la disposizione di legge di cui all'art. 148 cod.pen. possa o meno continuare a trovare applicazione, dato che alla sua apparente vigenza (non vi è mai stata abrogazione espressa) si contrappone l'esistenza di un ampio percorso legislativo che ha condotto al «superamento» degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari quali strutture storicamente deputate alla esecuzione delle misure di sicurezza personali ;

b) se, in caso di approdo alla ipotesi della inapplicabilità della disposizione in parola, esistano o meno nel sistema dell'esecuzione penale strumenti alternativi idonei ad assicurare la conformità del trattamento del soggetto - affetto da infermità psichica sopravvenuta - ai principi costituzionali ed a quelli contenuti nella Convenzione Europea per la salvaguardia dei diritti dell'uomo e delle libertà fondamentali, incidenti sul tema.

5. Al primo interrogativo va fornita risposta negativa.

Nell'attuale momento storico è da ritenersi che la disposizione di legge di cui all'art. 148 cod.pen. sia inapplicabile, per effetto di abrogazione implicita derivante dal contenuto degli interventi legislativi succedutisi tra il 2012 e il 2014.

Il d.l. n.211 del 22.12.2011, art. 3ter, convertito dalla legge n. 9 del 7.2.2012 e successivamente integrato dal d.l. n. 52 del 31.3.2014 convertito dalla legge n. 81 del 30 maggio 2014 ha previsto la «chiusura» degli ospedali psichiatrici giudiziari (dal 1975 istituti destinati alla esecuzione delle misure di sicurezza) e, con estrema chiarezza, ha previsto che «le misure di sicurezza del ricovero in ospedale psichiatrico giudiziario e dell'assegnazione a casa di cura e custodia sono eseguite esclusivamente all'interno delle strutture sanitarie di cui al comma 2 ...» rappresentate dalle Residenze per l'esecuzione delle misure di sicurezza, operanti su base regionale . La definitiva dismissione degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari si è conclusa nel febbraio del 2017, il che esclude radicalmente la «sopravvivenza» di simili strutture per fini diversi .

Al contempo, non può ipotizzarsi il subingresso delle REMS nelle precedenti funzioni accessorie (art. 148 cod.pen.) svolte dagli OPG, posto che le vigenti disposizioni di legge indicano le Residenze come luoghi di esecuzione delle sole misure di sicurezza (provvisorie o definitive).

Non rileva, a tal fine, la previsione della legge n.103 del 2017, in particolare il punto di delega contenuto nella lettera d) dell'art. 16 co.1 (ove si prevede l'assegnazione alle REMS anche dei soggetti portatori di infermità psichica sopravvenuta durante l'esecuzione, in ipotesi di inadeguatezza dei trattamenti praticati in ambito penitenziario) trattandosi, per l'appunto, di delega non ancora tradotta in una o più disposizioni concretamente applicabili).

Ciò è, del resto, confermato dal fatto che il processo di superamento degli OPG è stato accompagnato dalla realizzazione, all'interno degli Istituti Penitenziari ordinari, di apposite Sezioni denominate "Articolazioni per la tutela della Salute Mentale", che - previste dall'Accordo del 13 ottobre 2011, sanato in Conferenza Unificata in attuazione del Decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 1° ottobre 2008 - sono dedicate all'accoglienza dei detenuti appartenenti a specifiche categorie giuridiche in precedenza ospitati negli OPG per ricevere le necessarie cure ed assistenza psichiatriche. Risultano attivate, da dati del Dipartimento Amministrazione Penitenziaria, 38 Sezioni, per una capienza complessiva di circa 500 posti letto. La previsione di legge che ha consentito la realizzazione delle «sezioni speciali» è rappresentata dall'art. 65 ord.pen., ove si prevede l'assegnazione dei soggetti affetti da infermità o minorazioni fisiche o psichiche devono essere assegnati ad istituti o sezioni speciali per idoneo trattamento.

Può dirsi dunque realizzata, allo stato, una innovazione del quadro legislativo nel modo che segue :

- la condizione del soggetto portatore di infermità psichica tale da escludere la capacità di intendere o di volere al momento del fatto, lì dove si riscontri pericolosità sociale, è quella di sottoposizione al trattamento riabilitativo presso le REMS, strutture ad esclusiva gestione sanitaria ;
- la condizione del soggetto in esecuzione pena portatore di patologia psichica sopravvenuta è quella di detenuto, ove possibile allocato presso una delle "Articolazioni per la tutela della salute mentale" poste all'interno del circuito penitenziario.

Si tratta di due categorie soggettive indubbiamente non pienamente assimilabili ove si consideri il rapporto tra patologia e imputabilità (v. Corte Cost. n. 111 del 1996), atteso che i primi sono i non-imputabili sottoposti a misura di sicurezza mentre i secondi sono condannati (dunque hanno commesso consapevolmente l'azione illecita), ma sta di fatto che la condizione vissuta dai secondi è del tutto assimilabile, quantomeno sul piano delle prevalenti necessità terapeutiche, a quella dei non imputabili e pertanto - ove venisse confermata dall'analisi del quadro normativo l'assenza di alternative alla detenzione per i condannati affetti da grave patologia psichica - ne deriverebbe, a giudizio del Collegio la piena cittadinanza del dubbio di legittimità, sufficiente ad attivare l'inodente di costituzionalità.

6. Allo stato attuale della normativa, dunque, non paiono sussistere alternative alla detenzione carceraria, per il soggetto in esecuzione pena con residuo superiore ad anni quattro (o per reato ricompreso nella elencazione di cui all'art. 4 bis ord.pen.) affetto da patologia psichica sopravvenuta - come nel caso del Montenero qui in trattazione -, stante da un lato la impossibilità di usufruire, per assenza dei presupposti di accessibilità, della detenzione domiciliare ordinaria (art. 47 ter co.1 ord. pen.), dall'altro la già

segnalata impossibilità di accedere, per il criterio della interpretazione letterale, alla detenzione domiciliare 'in deroga' di cui all'art. 47 ter co.1 ter ord.pen. (la disposizione testualmente recita : *quando potrebbe essere disposto il rinvio obbligatorio o facoltativo della esecuzione della pena ai sensi degli articoli 146 e 147 del codice penale...*) .

6.1 Vero è che tale disposizione, da ultimo citata, nella sua dimensione testuale e nel suo profilo finalistico - di norma ispirata a realizzare una opportuna mediazione tra esigenze di umanizzazione della pena da un lato e di contenimento della residua pericolosità sociale dall'altro - si inserisce nel contesto sistematico previgente, che vedeva «rifiutare» la infermità psichica del *condannato* nell'ambito applicativo dell'art. 148 cod.pen., il che potrebbe portare a ritenere la esclusione del 'rinvio' alla infermità psichica (nel corpo del testo) come frutto di una consapevole scelta di affidamento di compiti terapeutici agli OPG, oggi non più esistenti, con possibilità di una estensione meramente interpretativa - venuti meno gli OPG - dell'ambito di applicazione della norma alle condizioni patologiche qui considerate.

Ma, ad avviso del Collegio, non appare consentita simile operazione di «rottura della tipicità» tale da estendere, in virtù della chiusura di tali strutture, ai condannati affetti da grave patologia psichica sopravvenuta l'applicabilità dell'istituto della detenzione domiciliare 'in deroga'.

Ostano a tale estensione interpretativa da un lato il criterio letterale, lì dove il testo della disposizione risulti inequivoco, dall'altro la constatazione di una assenza - nel percorso legislativo di chiusura degli OPG - di simile volontà, sinora non espressa dal legislatore.

6.2 Dunque l'esito che il Collegio ricava dal breve *excursus* sin qui compiuto è quello di convalidare l'ipotesi per cui il condannato affetto da infermità *psichica* sopravvenuta, lì dove il residuo pena sia superiore a quattro anni o si trovi in espiazione per reato ostativo non può accedere - allo stato attuale della legislazione - né agli istituti del differimento della pena (art. 146 e 147 cod.pen.), né al ricovero in OPG di cui all'art. 148 cod.pen., né alla collocazione nelle REMS, né alla detenzione domiciliare 'in deroga' di cui all'art. 47 ter co.1 ter ord.pen. .

Dunque sarebbe inaccoglibile, a normazione invariata, il ricorso proposto dal Montenero.

7. Tale assetto, ad avviso del Collegio, in particolare per quanto riguarda la non accessibilità alla misura alternativa della detenzione domiciliare 'in deroga', impone la rivalutazione dei contenuti di precedenti decisioni, sul tema, della stessa Corte Costituzionale (sent. n. 111 del 1996) , ponendosi in contrasto - sotto il profilo della non manifesta infondatezza - con più parametri sia costituzionali che convenzionali (norme interposte ai sensi dell'art. 117 co.1 Cost., come più volte ribadito dallo stesso Giudice delle leggi).

7.1 Va anzitutto ricordato che la stessa previsione dell'art. 148 cod.pen. era ispirata, specie a seguito della rilevante modifica della sua natura giuridica apportata dalla sentenza n. 146/1975 della Corte Costituzionale, alla realizzazione di un trattamento a prevalente vocazione sanitaria, correlato alla presa d'atto di una condizione patologica tale da impedire l'esecuzione. Il ricovero in OPG, disposto dal giudice, rappresenta(va) infatti una forma differenziata di esecuzione della pena, nel senso che, la condizione di infermità psichica *sopravvenuta* non dava luogo a mero differimento o sospensione della pena medesima quanto ad un mutamento di forma, posto che il periodo di ricovero in ospedale psichiatrico giudiziario (o di detenzione domiciliare in luogo di cura) andavano computati nella esecuzione in corso (si veda, sul tema, Sez. I n. 26806 del 27.5.2008, rv 240864).

L'attuale condizione del soggetto portatore di tale tipologia di infermità è pertanto caratterizzata da aspetti di manifesto «regresso trattamentale», atteso che :

a) l'allocatione, da detenuto, presso una delle Articolazioni sanitarie interne al sistema penitenziario non è frutto di un provvedimento giurisdizionale (come accadeva in precedenza per il collocamento in OPG) quanto di una decisione dell'Amministrazione, la cui azione, pur non potendo ritenersi connotata da discrezionalità - in presenza dei presupposti obiettivi - potrebbe essere ostacolata da fattori non donabili (ad es. il sovraffollamento delle strutture) ;

b) l'allocatione in tali Articolazioni viene di regola realizzata senza alcuna previa verifica giurisdizionale dell'idoneità del trattamento praticabile da parte della Magistratura di Sorveglianza, il che equivale a realizzare una complessiva «de-giurisdionalizzazione» di un segmento trattamentale di notevole rilievo, in assenza di alternative praticabili, per quanto detto in precedenza (né REMS, né ammissione alla detenzione domiciliare).

Ciò determina la ricorrenza di contrasto - sotto il profilo della non manifesta infondatezza del relativo dubbio - della disposizione dell'art. 47ter comma 1 ter ord. pen. con i parametri costituzionali rappresentati dai contenuti degli articoli 2, 3, 27, 32 e 117 Cost., nella parte in cui detta disposizione non include tra i presupposti della detenzione domiciliare 'in deroga' l'ipotesi della infermità psichica sopravvenuta.

B. Le ragioni del contrasto sono molteplici e vanno esposte nel modo che segue.

8.1 La Corte Costituzionale ha in più occasioni ribadito come la tutela del «bene primario della salute» (art.32 Cost.), impone la considerazione particolare della condizione vissuta da un soggetto privato della libertà personale, in un ambito in cui il bene primario in questione «deve trovare adeguate garanzie» (v. sent. n. 70 del 1994), sempre in rapporto alla valutazione in concreto dello stato patologico da parte del giudice (v. sent. n. 438 del 1995) e deve essenzialmente rapportarsi alla preminente finalità rieducativa che la Carta assegna alla pena, ampiamente evidenziata nella decisione n.313 del 1990,

che appare utile riportare per stralcio : [...] incidendo la pena sui diritti di chi vi è sottoposto, non può negarsi che, indipendentemente da una considerazione retributiva, essa abbia necessariamente anche caratteri in qualche misura affittivi. Così come è vero che alla sua natura ineriscono caratteri di difesa sociale, e anche di prevenzione generale per quella certa intimidazione che esercita sul calcolo utilitaristico di colui che delinque. Ma, per una parte (affittività, retributività), si tratta di profili che riflettono quelle condizioni minime, senza le quali la pena cesserebbe di essere tale. Per altra parte, poi (reintegrazione, intimidazione, difesa sociale), si tratta bensì di valori che hanno un fondamento costituzionale, ma non tale da autorizzare il pregiudizio della finalità rieducativa espressamente consacrata dalla Costituzione nel contesto dell'istituto della pena. Se la finalizzazione venisse orientata verso quei diversi caratteri, anziché al principio rieducativo, si correrebbe il rischio di strumentalizzare l'individuo per fini generali di politica criminale (prevenzione generale) o di privilegiare la soddisfazione di bisogni collettivi di stabilità e sicurezza (difesa sociale), sacrificando il singolo attraverso l'esemplarità della sanzione. È per questo che, in uno Stato evoluto, la finalità rieducativa non può essere ritenuta estranea alla legittimazione e alla funzione stesse della pena. L'esperienza successiva ha, infatti, dimostrato che la necessità costituzionale che la pena debba «tendere» a rieducare, lungi dal rappresentare una mera generica tendenza riferita al solo trattamento, indica invece proprio una delle qualità essenziali e generali che caratterizzano la pena nel suo contenuto ontologico, e l'accompagnano da quando nasce, nell'astratta previsione normativa, fino a quando in concreto si estingue. Ciò che il verbo «tendere» vuole significare è soltanto la presa d'atto della divaricazione che nella prassi può verificarsi tra quella finalità e l'adesione di fatto del destinatario al processo di rieducazione: come è dimostrato dall'istituto che fa corrispondere benefici di decurtazione della pena ogniqualvolta, e nei limiti temporali, in cui quell'adesione concretamente si manifesti (liberazione anticipata). Se la finalità rieducativa venisse limitata alla fase esecutiva, rischierebbe grave compromissione ogniqualvolta specie e durata della sanzione non fossero state calibrate (né in sede normativa né in quella applicativa) alle necessità rieducative del soggetto. La Corte ha già avvertito tutto questo quando non ha esitato a valorizzare il principio addirittura sul piano della struttura del fatto di reato (cfr. sentenza n. 364 del 1988). Dev'essere, dunque, esplicitamente ribadito che il precetto di cui al terzo comma dell'art. 27 della Costituzione vale tanto per il legislatore quanto per i giudici della cognizione, oltre che per quelli dell'esecuzione e della sorveglianza, nonché per le stesse autorità penitenziarie. [...].

Da qui la considerazione, espressa nella decisione numero 70 del 1994 (relativa al tema del differimento obbligatorio ex art. 146 cod.pen.) in punto di prevalenza della esigenza di tutela del bene primario della salute, ove gravemente minacciato, rispetto alla tutela di esigenze di contenimento della pericolosità : [...] Se, infatti, a fondamento della nuova

ipotesi di differimento della esecuzione della pena sta, come si è detto, l'esigenza di assicurare il diritto alla salute nel particolare consorzio carcerario; la liberazione del condannato non può allora ritenersi frutto di una scelta arbitraria, così come neppure può dirsi che la liberazione stessa integri, sempre e comunque, un fattore di compromissione delle contrapposte esigenze di tutela collettiva: non è la pena differita in quanto tale, infatti, a determinare una situazione di pericolo, ma, senonché, la carenza di adeguati strumenti preventivi volti ad impedire che il condannato, posto in libertà, commetta nuovi reati. Tuttavia, se a colmare una simile carenza può provvedere, ed è auspicabile che provveda, soltanto il legislatore, deve escludersi che la eventuale lacunosità dei presidi di sicurezza possa costituire, in sé e per sé, ragione sufficiente per incrinare, sull'opposto versante, la tutela dei valori primari che la norma impugnata ha inteso salvaguardare, giacché, ove così fosse, nel quadro del bilanciamento tra le esigenze contrapposte, solo una prevarrebbe a tutto scapito dell'altra. D'altra parte, occorre anche osservare che qualora la norma in esame fosse ritenuta non conforme ai principi costituzionali per il sol fatto che dalla sua applicazione possono in concreto scaturire situazioni di pericolosità per la sicurezza collettiva, ne conseguirebbe che alla esecuzione della pena verrebbe assegnata, in via esclusiva, una funzione di prevenzione generale e di difesa sociale, obliterandosi in tal modo quella *eminentemente finalit  rieducativa* che questa Corte ha invece inteso riaffermare anche di recente (v. sentenza n. 313 del 1990), e che certo informa anche l'istituto del rinvio che viene qui in discorso [...].

Si tratta di linee-guida che informano, doverosamente, l'intero sistema esecutivo penale che per essere costituzionalmente compatibile deve offrire: a) opportunit  giurisdizionali di verifica in concreto della condizione patologica; b) strumenti giuridici di contemperamento dei valori coinvolti che siano tali da consentire la sospensione della esecuzione o la modifica migliorativa delle condizioni del singolo, lì dove le ricadute della patologia finiscano con l'esporre il bene primario della salute individuale a compromissione, si da concretizzare - in ipotesi di mantenimento della condizione detentiva - un trattamento contrario al senso di umanit  (art. 27 co.3 Cost.) o inumano o degradante (con potenziale violazione dell'art. 3 Convenzione Edu).

8.2 Le opportunit  di contemperamento dei valori in gioco, e la stessa giurisdizionalit  piena dell'intervento, sono - nei confronti del soggetto affetto da infermit  psichica sopravvenuta - come si   detto - compromesse, in un assetto normativo che vede come unica risposta il mantenimento della condizione detentiva e l'affidamento esclusivo del soggetto al servizio sanitario reso in ambito penitenziario.

In particolare, anche a fronte della avvenuta constatazione di inadeguatezza di simile trattamento, non risulta consentita - allo stato - n  la sospensione dell'esecuzione (a meno di non indiscutere, come pure parrebbe opportuno, il fondamento scientifico della

rigida distinzione tra le due classi di patologia, ormai ampiamente posto in crisi da avanzati studi sul fenomeno della *comorbidità*) ne l'approdo alla detenzione domiciliare 'in deroga' (art. 47 *ter* co.1 *ter*), lì dove non risulti applicabile quella ordinaria (art. 47 *ter* co.1) .

Assume, pertanto, nuovo significato - alla luce dei descritti mutamenti del quadro normativo - il monito rivolto dalla stessa Corte Costituzionale al legislatore nella decisione numero 111 del 28 marzo 1996.

In tale arresto, posta di fronte al dubbio di legittimità costituzionale dell'art. 148 cod.pen. la Corte - pur condividendo il «non soddisfacente trattamento riservato all'infermità psichica grave, sopravvenuta, specie quando è incompatibile con l'unico tipo di struttura custodiale oggi prevista» - ritenne di spettanza del legislatore l'individuazione di una «equilibrata soluzione» tale da garantire anche a quei condannati la cura della salute mentale senza che sia eluso il trattamento penale.

Negli anni successivi tale invito appare raccolto solo in minima parte (v. art. 47 *ter* comma 1 lett. c ord.pen., disposizione che tuttavia incontra limiti di applicabilità correlati a natura del reato ed entità del residuo pena) ed attualmente eluso in riferimento alla condizione di quei soggetti affetti da patologia psichica sopravvenuta, non ammissibile alla detenzione domiciliare ordinaria (per i limiti di applicabilità della disposizione) né a quella in deroga .

Ciò determina il dubbio di legittimità costituzionale prima denunziato, in riferimento ai parametri di cui agli artt. 2, 3, 27 e 32 Cost. sia in virtù della indebita contrazione dei poteri giurisdizionali che per quanto attiene il bisogno di effettività dei diritti inviolabili della persona umana.

B.2 Ulteriore parametro è quello relativo alla disposizione costituzionale di cui all'art. 117 co.1 Cost. in rapporto ai contenuti dell' art. 3 Conv. Edu .

Va ricordato, sul tema, che lì dove sia individuabile una «potenziale tensione» tra una o più norme di legge ordinaria e i principi della Convenzione Europea (per come gli stessi vivono nella interpretazione loro data dalla Corte di Strasburgo, primo - anche se non unico - interprete di quel testo) il giudice interno, prima di investire la Corte Costituzionale ha il preciso dovere - più volte sottolineato dal giudice delle leggi - di ricorrere allo strumento della *interpretazione* - costituzionalmente e convenzionalmente - conforme delle disposizioni in rilievo, nel senso che la questione va sollevata solo nel caso in cui il testo della disposizione (o delle disposizioni) non sia interpretabile in modo tale da evitare ogni potenziale conflitto di significato precettivo. Si veda, in proposito, quanto di recente ribadito da Corte Cost. sent. n. 109 del 5 aprile 2017: [...] nell'attività interpretativa che gli spetta ai sensi dell'art. 101, secondo comma, Cost., il giudice comune ha il dovere di evitare violazioni della Convenzione europea e di applicarne le disposizioni, sulla base dei principi di diritto espressi dalla Corte EDU, specie quando il

caso sia riconducibile a precedenti di quest'ultima (sentenze n. 68 del 2012, n. 276 e n. 36 del 2016). In tale attività, egli incontra, tuttavia, il limite costituito dalla presenza di una legislazione interna di contenuto contrario alla CEDU: in un caso del genere - *verificata l'impraticabilità di una interpretazione in senso convenzionalmente conforme, e non potendo disapplicare la norma interna, né farne applicazione, avendola ritenuta in contrasto con la Convenzione e, pertanto, con la Costituzione, alla luce di quanto disposto dall'art. 117, primo comma, Cost.* - deve sollevare questione di legittimità costituzionale della norma interna, per violazione di tale parametro costituzionale (*ex plurimis, sentenze n. 150 del 2015, n. 764 del 2012, n. 113 del 2011, n. 93 del 2010, n. 311 e n. 239 del 2009*) [...].

Si è già spiegato come, ad avviso del Collegio, l'unica disposizione interna che potrebbe offrire - in caso di patologia psichica sopravvenuta - l'accesso alla composizione del conflitto in chiave di tutela delle garanzie fondamentali (art. 47 *ter* co.1 *ter* ord. pen.) non risulta interpretabile in senso costituzionalmente e convenzionalmente orientato.

La protrazione della detenzione del soggetto affetto da grave infermità psichica, pertanto, si espone - in aggiunta a quanto prima rilevato - a rischio concreto di violazione del divieto di trattamenti inumani o degradanti, in un contesto normativo come quello italiano che ha di recente elevato (v. artt. 35 *bis* e 35 *ter* ord. pen.) il divieto in questione a regola fondante del sistema di tutela dei diritti delle persone detenute.

8.3 Non appare dunque possibile prescindere dall'esame sia dell'art. 3 Conv. Eur. secondo cui *nessuno può essere sottoposto a tortura né a pene o trattamenti inumani o degradanti* disposizione che fornisce ulteriore protezione al diritto al trattamento 'non contrario' al senso di umanità, in piena assonanza con la disposizione di cui all'art. 27 Cost. . Come è noto, nella giurisprudenza della Corte Edu il divieto di cui all'art. 3 configura un obbligo positivo per lo Stato e non trova forma alcuna di bilanciamento in esigenze antagoniste. In tale ambito, ricorrente è infatti l'affermazione (v. decisione *Labita contro Italia* del 2000) per cui [...] anche nelle circostanze più difficili, quali la lotta contro il terrorismo e il crimine organizzato, la Convenzione vieta in termini assoluti la tortura e le pene o trattamenti disumani o degradanti. L'articolo 3 non prevede restrizioni, in contrasto con la maggior parte delle clausole normative della Convenzione e dei Protocolli nn. 1 e 4, e secondo l'articolo 15 par. 2 non ammette alcuna deroga, anche in caso di pericolo pubblico che minaccia la vita della nazione (sentenze *Selmouni c/ Francia* [GC], n. 25803/94, par. 95, CEDU 1999 V; *Assenov e altri c/ Bulgaria* del 28 ottobre 1998, par. 93). Il divieto della tortura o delle pene o trattamenti disumani o degradanti è assoluto, quali che siano i comportamenti della vittima (sentenza *Chahal c/ Regno Unito* del 15 novembre 1996, Raccolta 1996-V, p. 1855, par. 79). La natura del reato ascritto al ricorrente non è pertanto pertinente per quanto riguarda l'esame sulla base dell'articolo 3 ... [...].

Dunque, lì dove la protrazione del trattamento detentivo, per la particolare gravità della patologia riscontrata, per la inadeguatezza delle cure prestate, per la assenza delle condizioni materiali idonee, risulti contraria al senso di umanità e rischi di dar luogo ad un trattamento degradante, è preciso dovere della autorità giurisdizionale provvedere alla interruzione della carcerazione, mediante l'applicazione delle norme che - in attuazione dell'art. 27 co. 3 cost. - prevedono tale eventualità.

Non può, pertanto, in presenza di serietà di una *qualsiasi condizione patologica*, trasferirsi sul detenuto - sollecitando trattamenti individualizzati di cui non vi sia preventiva assicurazione e verifica della obiettiva adeguatezza - il disagio imputabile all'assenza di luoghi idonei alla realizzazione dei trattamenti sanitari necessari, posto che la esecuzione della pena inframuraria è recessiva rispetto all'obbligo dello Stato di garantire che le condizioni dei reclusi non si traducano in trattamenti inumani o degradanti.

Ancora, appare opportuno ricordare che l'obbligo di interruzione (nelle forme del differimento o della misura alternativa di cui all'art. 47 ter co.1 ter) della detenzione non conforme ai contenuti dell'art. 3 della Convenzione Europea per la tutela dei diritti dell'uomo e delle libertà fondamentali, è patrimonio giurisdizionale accresciuto dalle decisioni emesse dalla Corte di Strasburgo, più volte intervenuta (anche nei confronti dell'Italia) con decisioni accertative di violazione, proprio nel delicato settore del diritto alla salute del soggetto recluso e del correlato obbligo di valutare, a fronte di gravi patologie, la opportunità di mantenere o meno lo stato detentivo carcerario.

Nella nota decisione *Contrada contro Italia* del 11.2.2014 (in cui si è affermato che .. il mantenimento in stato detentivo di quest'ultimo era incompatibile con il divieto di trattamenti inumani e degradanti stabilito dall'articolo 3) la Corte Edu ha affermato, tra l'altro, quanto segue : .. l'articolo 3 impone allo Stato l'obbligo positivo di assicurarsi che esse siano detenute in condizioni compatibili con il rispetto della dignità umana, che le modalità di esecuzione della misura non facciano piombare l'interessato in uno stato di sconforto né lo espongano ad una prova di intensità superiore all'inevitabile livello di sofferenza inerente alla detenzione e che, tenuto conto delle esigenze pratiche della carcerazione, la salute e il benessere del detenuto siano assicurati adeguatamente, in modo particolare attraverso la somministrazione delle necessarie cure mediche (Kudła c. Polonia [GC], n. 30210/96, § 94, CEDU 2000 X), e Riviere c. Francia, n. 33834/03, § 62, 11 luglio 2006). Così, la mancanza di cure mediche adeguate e, più in generale, la detenzione di una persona malata in condizioni non adeguate, può in linea di principio costituire un trattamento contrario all'articolo 3 (si vedano, ad esempio, İlhan c. Turchia [GC], n. 22277/93, § 87, CEDU 2000-VII, e Gennadi Naumenko sopra citata, § 112). ..La Corte deve tenere conto, in particolare, di tre elementi al fine di esaminare la compatibilità di uno stato di salute preoccupante con il mantenimento in stato detentivo

del ricorrente, vale a dire: a) la condizione del detenuto, b) la qualità delle cure dispensate e c) l'opportunità di mantenere lo stato detentivo alla luce delle condizioni di salute del ricorrente (si vedano *Farbtuhs c. Lettonia*, n. 4672/02, § 53, 2 dicembre 2004, e *Sakkopoulos c. Grecia*, n. 61828/00, § 39, 15 gennaio 2004).

Detti principi sono stati ribaditi in più occasioni, con accertamento di violazione del diritto fondamentale riconosciuto dall'art. 3 della Convenzione: arresto del 13 dicembre 2016 *Yunzel contro Russia*; del 6 settembre 2016 *W.D. contro Belgio* (soggetto affetto da disturbi mentali, su cui v. *infra*); del 9 giugno 2016 *Mekras contro Grecia*; del 10 maggio 2016 *Topekhin contro Russia* (sulla necessaria adeguatezza del trattamento delle patologie); del 22 marzo 2016 *Butrin contro Russia* (avente ad oggetto il caso di un detenuto disabile perché affetto da grave disturbo della vista); del 1 marzo 2016 *Lavrov contro Russia* (detenuto malato di cancro non adeguatamente curato); del 23 febbraio 2016 *Mazer contro Moldavia*; del 12 gennaio 2016 *Khayfetdinov contro Russia*, solo per citare le decisioni di maggior rilievo emesse di recente.

In particolare la Corte Edu ha in più occasioni affermato la necessità di fornire adeguata tutela a soggetti reclusi portatori – in quanto affetti da patologia psichica – di accentuata vulnerabilità, affermando – nel caso *W.D. c. Belgium* deciso il 6 settembre 2016 (n. 73548/2013) che anche l'allocazione in reparto psichiatrico carcerario può dar luogo a trattamento degradante quando le terapie non risultino appropriate (*without appropriate medical supervision*) e la detenzione si prolunghi per un periodo di tempo significativo:

“la Corte segnala che l'obbligazione derivante dalla Convenzione non si limita a proteggere la società contro i potenziali pericoli posti in essere da criminali affetti da disturbi psichici, ma esigeva altresì di fornire un trattamento idoneo a tali criminali per aiutarli a fine della loro reintegrazione all'interno della società nel modo migliore. Si affermava perciò che le autorità nazionali non si erano sufficientemente prese cura della salute di W.D. per garantirgli che non fosse posto in situazione tale da violare l'articolo 3 della Convenzione. Il fatto che questi fosse stato posto in un'ala di un carcere psichiatrico per un periodo significativo di tempo, senza reale speranza di cambiamento e senza appropriati controlli medici, ha assoggettato lo stesso a difficoltà particolarmente gravi, causandogli afflizione di intensità eccedente l'inevitabile livello di sofferenza intrinseco alla detenzione. La Corte considerava che qualsiasi ostacolo potesse aver creato W.D. col suo comportamento, questo non liberava lo Stato dalle sue obbligazioni nei suoi confronti. Si ripeteva che la posizione di inferiorità e di incapacità che erano tipiche di pazienti ristretti in ospedali psichiatrici esigevano un aumento di controllo nell'esaminare la conformità con la Convenzione; che erano ancora maggiori i casi dove persone che soffrivano di disturbi della personalità erano detenuti in un ambiente carcerario. La Corte perciò concludeva affermando che vi era stato trattamento degradante a causa dell'ininterrotta detenzione di W.D. per più di nove anni in ambiente carcerario senza

idoneo trattamento per la sua patologia mentale né prospettiva di reintegrazione sociale con violazione dell'articolo 3 della Convenzione ».

Analoghe affermazioni risultano operate in arresti precedenti, tra cui *Claes v. Belgium* del 10 gennaio 2013 e *Bamouhammad v. Belgium* del 17 novembre 2015, il che dimostra come la *verifica della adeguatezza del trattamento sanitario praticato, in concreto e non in astratto, sia il parametro su cui occorre misurare la valutazione circa il mantenimento o meno della condizione detentiva, pena il rischio concreto di violazione del divieto di infliggere al detenuto un trattamento inumano o degradante.*

9. Per tutte le ragioni sin qui esposte il Collegio ritiene di sollevare di ufficio la questione di legittimità costituzionale con riferimento agli artt. 2, 3, 27, 32 e 117 della Costituzione, dell'art. 47ter co.1ter della legge 26.07.1975 n.354 e succ. mod., nella parte in cui detta previsione di legge non prevede la applicazione della detenzione domiciliare anche nelle ipotesi di grave infermità psichica sopravvenuta durante l'esecuzione della pena.

Va sospeso il procedimento, come da dispositivo.

P.Q.M.

Vista la l. 11 marzo 1953 n.87 art. 23 solleva, di ufficio, questione di legittimità costituzionale, con riferimento agli artt. 2, 3, 27, 32 e 117 della Costituzione, dell'art. 47ter co.1ter della legge 26.07.1975 n.354 e succ. mod., nella parte in cui detta previsione di legge non prevede la applicazione della detenzione domiciliare anche nelle ipotesi di grave infermità psichica sopravvenuta durante l'esecuzione della pena.

Sospende il giudizio in corso e dispone l'immediata trasmissione degli atti alla Corte Costituzionale.

Dispone altresì che a cura della Cancelleria la presente ordinanza sia notificata al ricorrente, al Procuratore Generale presso questa Corte, al Presidente del Consiglio dei Ministri nonché ai Presidenti delle due Camere del Parlamento.

Così deciso il 23 novembre 2017

Parere del Comitato Nazionale per la Bioetica

Presidenza del Consiglio dei Ministri



127

SALUTE MENTALE E ASSISTENZA PSICHIATRICA IN CARCERE

22 marzo 2019

INDICE

Presentazione	3
Premessa	5
La prospettiva bioetica e le indicazioni internazionali	6
Epidemiologia della salute mentale in carcere	9
L'eredità dell'OPG	11
La battuta d'arresto normativa e il "doppio binario" di giudizio e di assistenza	12
"Rei folli" e "folli rei": la crisi complessiva di sistema	15
Linee di indirizzo per il sistema di cura dei "rei folli"	16
Raccomandazioni	18

Presentazione

La salute mentale in carcere rappresenta un'area particolarmente critica nell'ambito della tutela della salute generale delle persone condannate al carcere. Ciò, nonostante la protezione della salute sia un diritto umano e costituzionale, perciò egualmente valido "fuori" e "dentro" le mura, in condizioni di parità di trattamento fra liberi e detenuti.

Il carcere per sua natura comprime i diritti individuali, la salute mentale in particolare è insidiata dalla sofferenza legata allo stato di costrizione e di dipendenza totale del detenuto per qualsiasi necessità della vita quotidiana. Dall'incompatibilità fra il carcere e la salute mentale discende l'indicazione che la presa in carico delle persone con disturbo psichiatrico debba avvenire di regola al di fuori del carcere, nel territorio. La cura psichiatrica in carcere dovrebbe essere limitata alle persone con disturbi minori, oppure al ristretto numero di coloro per cui non sia possibile applicare un'alternativa alla carcerazione a fine terapeutico. Va inoltre ricordato che la salvaguardia della salute mentale non coincide con l'assistenza psichiatrica, per quanto importante essa sia: l'invito è a predisporre un ambiente sufficientemente adeguato a mantenere l'equilibrio psichico delle persone detenute e a non aggravare lo stato di chi già soffre di disturbi, assicurando in primo luogo condizioni dignitose di detenzione e il rispetto dei diritti umani fondamentali.

Il nodo salute mentale-carcere è complicato da altre questioni, fra cui, a monte, il diverso trattamento penale (il cosiddetto "doppio binario") cui possono essere sottoposti gli autori di reato con problematiche psichiatriche. Alcuni (i cosiddetti "folli rei"), giudicati non-imputabili per vizio di mente (totale o parziale) e perciò prosciolti per essere però sottoposti a misura di sicurezza in Ospedale Psichiatrico Giudiziario – OPG; ciò avveniva prima della legge 81/2014 che ha chiuso gli OPG: oggi invece i prosciolti sono avviati al nuovo articolato sistema di presa in carico territoriale, di cui fanno parte le Residenze per la Esecuzione della Misura di Sicurezza-REMS. Altri, i cosiddetti "rei folli", giudicati imputabili e condannati al carcere, quando sviluppavano un disturbo psichiatrico grave o andavano incontro a un aggravamento di una precedente patologia, erano trasferiti in OPG. Oggi, dopo la sua abolizione, i "rei folli" non godono della tutela cui avrebbero diritto, poiché manca una normativa chiara per stabilire la loro incompatibilità col carcere e indirizzarle a misure alternative a fine terapeutico.

L'eredità dell'OPG è ancora viva sia sul piano concreto, per la sorte tuttora incerta delle varie tipologie di malati psichiatrici che affollavano questi istituti; sia soprattutto sul piano culturale, nel persistere della vecchia visione del malato psichiatrico quale soggetto di per sé pericoloso, e dunque da contenere più che da curare. Tale concezione è alimentata anche dall'eccessivo ricorso al "binario" di non imputabilità e di proscioglimento per "vizio di mente", con corrispondente ampio utilizzo delle misure di sicurezza. Da qui la resistenza all'utilizzo di strumenti normativi che possano favorire la cura non in stato di detenzione, sia dei "rei folli", sia "dei folli rei", nonché i ritardi ad adeguamenti normativi in tale direzione.

Muovendo da queste considerazioni, il CNB raccomanda di: assicurare, quale forma basilare di tutela della salute mentale in carcere, modalità umane di detenzione, rispettose della dignità delle persone, offrendo un trattamento con opportunità di formazione e di lavoro nella prospettiva risocializzante; provvedere a che la cura delle persone affette da grave disturbo mentale e che abbiano compiuto reati avvenga di regola sul territorio, in strutture terapeutiche e non in

istituzioni detentive, in ottemperanza al principio della pari tutela della salute di chi è libero e di chi è stato condannato al carcere. Rafforzare i servizi di salute mentale in carcere, superando la storica "separatezza" ereditata dalla sanità penitenziaria: in modo che funzionino come parte integrante di forti Dipartimenti di Salute Mentale, capaci di individuare le risorse di rete territoriale per la cura delle patologie gravi al di fuori dal carcere e di collaborare a tal fine con la magistratura di cognizione e di sorveglianza.

Il CNB sollecita anche alcune innovazioni normative per tutelare sia le persone giudicate imputabili e condannate a pene carcerarie, sia le persone dichiarate non imputabili e prosciolte. Nello specifico: il rinvio della pena quando le condizioni di salute psichica risultino incompatibili con lo stato di detenzione in analogia con quanto previsto dagli art. 146 e 147 per la compromissione della salute fisica; la previsione di specifiche misure alternative per i soggetti che manifestano un'infermità psichica in carcere; l'introduzione di Sezioni Cliniche in carcere a esclusiva gestione sanitaria; una più incisiva riforma delle misure di sicurezza, per limitare il ricorso alla misura di sicurezza detentiva. Inoltre, in coerenza con la finalità terapeutica delle REMS, occorre limitare il ricovero nelle REMS ai soggetti nei cui confronti viene applicata una misura di sicurezza detentiva definitiva. Infine il CNB invita infine a riconsiderare il concetto particolarmente problematico di "pericolosità sociale", alla base delle misure di sicurezza, e la legislazione speciale di "doppio binario" di imputabilità/non imputabilità per le persone affette da disturbo mentale.

Nell'ambito della discussione hanno offerto un prezioso contributo le audizioni di: Dott. Franco Scarpa, Psichiatra Direttore dell'Unità Operativa Complessa USL 11 Toscana (durante la seduta plenaria del 25 ottobre 2018) e Dott. Andrea Bortolato, Presidente del Tribunale di Sorveglianza di Firenze (durante la riunione del gruppo di lavoro del 13 dicembre 2018).

Il gruppo di lavoro è stato coordinato dalla Dott.ssa Grazia Zuffa, che ha anche redatto la bozza iniziale.

Hanno contribuito alla stesura del testo i Proff.: Salvatore Amato, Carlo Caltagirone, Stefano Canestrari, Carlo Casonato, Anna Gensabella, Carlo Petrini, Tamar Pitch, Monica Toraldo di Francia.

Il parere è stato approvato all'unanimità dei presenti, i Proff.: Salvatore Amato, Luisella Battaglia, Carlo Caltagirone, Stefano Canestrari, Carlo Casonato, Francesco D'Agostino, Antonio Da Re, Lorenzo d'Avack, Riccardo Di Segni, Silvio Garattini, Mariapia Garavaglia, Marianna Gensabella, Maurizio Mori, Assunta Morresi, Laura Palazzani, Tamar Pitch, Lucio Romano, Luca Savarino, Lucetta Scaraffia, Monica Toraldo di Francia, Grazia Zuffa.

Assenti alla seduta, hanno successivamente aderito i Proff.: Cinzia Caporale, Bruno Dallapiccola, Mario De Curtis, Gian Paolo Donzelli, Massimo Sargiacomo.

A verbale risulta la adesione al documento dei delegati, non aventi diritto di voto: Prof. Carlo Petrini, delegato dell'ISS; dott. Maurizio Benato, delegato di FNOMCEO; dott. Amedeo Cesta, delegato CNR.

Premessa

Il Comitato Nazionale di Bioetica è intervenuto nel 2013 sul tema della salute in carcere (*La salute dentro le mura*), individuando la salute mentale come una delle aree critiche cui prestare particolare attenzione. Il CNB ritiene opportuno un nuovo pronunciamento, di fronte alle persistenti difficoltà nel riconoscere nel concreto il diritto alla tutela della salute in carcere, in specie della salute mentale. In particolare, l'equiparazione del diritto alla salute tra cittadini fuori e dentro le mura – il principio che ha guidato il passaggio della sanità penitenziaria al Servizio Sanitario Nazionale – richiede un impegno più complesso nel campo della salute mentale.

La ragione principale risiede nel ruolo storicamente ricoperto dall'Ospedale Psichiatrico Giudiziario (OPG), di custodia di tutti gli autori di reato con problematiche psichiatriche: sia quelli dichiarati non imputabili per vizio di mente al momento del fatto e perciò prosciolti e rinchiusi in OPG, sottoposti a misure di sicurezza in quanto socialmente pericolosi; sia quelli imputabili e condannati a pena detentiva, ma colpiti da disturbi mentali gravi durante la permanenza in carcere. Anche questi ultimi, di norma giudicati incompatibili col regime carcerario erano destinati all'OPG¹; così come i soggetti ritenuti bisognosi di perizia psichiatrica, di regola trasferiti in OPG per il suo espletamento.

La chiusura degli OPG è solo un tassello – per quanto fondamentale – nella costruzione di un nuovo sistema di cura dei soggetti affetti da disturbo mentale e autori di reato. Tale sistema tarda a prendere forma, in parte perché le modifiche normative conseguenti all'abolizione degli OPG non sono state portate a termine; in parte perché il cambio di paradigma nell'ambito della salute mentale - dal paradigma custodialista (fondato sulla pericolosità a sé e agli altri della persona affetta da disturbo psichiatrico) al paradigma terapeutico - è più arduo nel caso di soggetti autori di reato. E ciò favorisce l'inerzia legislativa, in un circolo vizioso. Per riassumere: la tutela della salute mentale in carcere deve confrontarsi con il residuo culturale dell'OPG, che persiste anche dopo l'abbattimento delle mura; oltre che con la generale difficoltà all'affermazione del diritto alla tutela della salute in carcere.

Un doppio salto culturale dunque, che questo documento intende approfondire: nella speranza che ciò possa accelerare il completamento di un nuovo sistema di tutela della salute mentale, rispettoso di un principio bioetico fondamentale: il diritto alla salute come diritto umano e costituzionale, da cui discende l'eguaglianza nella tutela della salute fuori e dentro le mura².

¹ Mentre l'articolo 147 del Codice Penale (CP) regola il rinvio dell'esecuzione della pena per grave infermità fisica, l'art. 148 CP (*Infermità psichica sopravvenuta del condannato*) stabilisce che "se, prima dell'esecuzione di una pena restrittiva della libertà personale o durante l'esecuzione, sopravviene al condannato un'infermità psichica, il giudice, qualora ritenga che l'infermità sia tale da impedire l'esecuzione della pena, ordina che questa sia differita o sospesa e che il condannato sia ricoverato in un manicomio giudiziario."

² Cfr. il parere CNB *La salute dentro le mura* (2013), che nella premessa ricostruisce la cornice teorica e concettuale circa la tutela della salute umana. Dal riconoscimento che il diritto alla salute è uno dei diritti umani fondamentali; di come lo stato di salute individuale sia determinato dalla possibilità di usufruire di una molteplicità di risorse, dirette e indirette (quali ad es. le situazioni abitative, la salubrità dell'ambiente, lo stile di vita, il grado di istruzione, le condizioni di lavoro, ecc.); della necessità di superare le disuguaglianze nell'ambito della salute, prestando attenzione ai soggetti più vulnerabili. Cfr. anche il parere CNB *Orientamenti bioetici per l'equità nella salute* (2001).

La prospettiva bioetica e le indicazioni internazionali

Per stabilire come possa dispiegarsi la tutela della salute mentale in carcere, occorre partire dalla constatazione del livello più deteriorato di salute, in particolare di salute mentale, della popolazione detenuta rispetto alla popolazione generale.

Nonostante la scarsità di ricerca epidemiologica³, i dati internazionali ci dicono che i detenuti godono di livelli inferiori di salute rispetto a chi sta “fuori” e che la salute mentale rappresenta l’area più critica. Dunque il carcere è chiamato in causa come ambiente che mina la salute mentale. È parimenti acquisito che le persone detenute **spesso** godano di una salute generale più precaria della popolazione generale, ivi compresa la salute mentale, anche prima di entrare in carcere. La OMS prende anche atto del carattere intrinsecamente patogeno del carcere, sottolineando che “*l’ambiente della prigione è, per sua natura, normalmente nocivo alla protezione o al mantenimento della salute mentale di coloro che entrano in carcere e ivi sono detenuti*”⁴.

Il legame fra pena detentiva e disagio mentale è stato affrontato da diversi studiosi in ambito criminologico. L’attenzione si appunta sulla sofferenza psichica legata allo stato di costrizione e di dipendenza totale del detenuto e della detenuta per qualsiasi soddisfacimento di bisogni: è il dolore legato al “carcere immateriale”, non incanalabile nel processo di trasformazione e riabilitazione del detenuto⁵.

A tal proposito, va ricordata la puntuale denuncia del *Comité Consultatif National d’Ethique pour les Sciences de la Vie et de la Santé*, il Comitato Etico francese (ripresa nel documento CNB *La salute dentro le mura*) circa le prigioni come “causa di malattia e di morte”: (le prigioni n.d.r) “*sono la scena della regressione, della disperazione, della violenza auto inflitta, del suicidio*”⁶.

Dall’incompatibilità fra il carcere e la salute mentale discende l’indicazione che la presa in carico delle persone con disturbo psichiatrico debba avvenire di regola nei servizi sul territorio, al di fuori del carcere. La cura psichiatrica in carcere dovrebbe essere limitata alle persone con disturbi minori, oppure al ristretto numero di coloro per cui non sia possibile applicare l’alternativa terapeutica⁷.

³ Si pensi che la maggior parte delle indagini epidemiologiche generali a livello nazionale escludono la popolazione detenuta, come ad esempio le indagini ISTAT in Italia e negli Stati Uniti la *National Health Interview Survey* (ARS Toscana, 2015)

⁴ WHO Europe, *Trecin Statement on prisons and mental health*, 2007, p. 5 (nell’intero passaggio della dichiarazione si legge: “*International research shows that prisons in Europe hold a very high proportion of prisoners with mental disorders. Reasons for this are: - number of prisoners already have mental health problems before entering prison; - prison environments are, by their nature, normally detrimental to protecting or maintaining the mental health of those admitted and held there*”).

⁵ Cfr. N. CHRISTIE, *Limits to pain. The role of punishment in penal policy*, Universitetsforlaget, Oslo 1981, trad. ita. *Abolire le pene? Il paradosso del sistema penale*, Edizioni Gruppo Abele, Torino 1985; E. GOFFMAN, *Asylums. Essays on the social situation of mental patients and other inmates*, Anchor Books, New York 1961, trad. ita. *Asylums: Le istituzioni totali: la condizione sociale dei malati di mente e di altri internati*, Einaudi, Torino 1968; Cfr. anche D. GONIN, *La santé incarcérée. Médecine et conditions de vie en détention*, L’Archipel., Paris 1991; trad. ita. *Il corpo incarcerato*, EGA, Torino 1994.

⁶ *Comité Consultatif National d’Ethique pour les Sciences de la Vie et de la Santé*, avis n. 94 (*La santé et la médecine en prison*), 26 octobre 2006, p. 8.

⁷ WHO Europe, 2007, cit., p. 6. Fra i criteri chiave, il primo recita: “*There must be a clear acceptance that penal institutions are seldom, if ever, able to treat and care for seriously and*

Vanno inoltre individuati i momenti critici della carcerazione, che più mettono a rischio la salute mentale delle persone: uno di questi è l'ingresso in carcere, che può generare una vera e propria "sindrome da ingresso" con fenomenologia di disturbi psichici e psicosomatici⁸. Circa lo stato di salute mentale delle persone che entrano nelle prigioni, la OMS ricorda che "i detenuti spesso provengono da comunità notevolmente deprivate o povere", citando ricerche che mostrano come nelle comunità più deprivate si riscontrino livelli più alti di cattiva salute, maggiore morbilità psichiatrica e molte problematiche sociali". Tenere presenti questi fattori di vulnerabilità psicosociale ha conseguenze sul piano degli interventi, come spiega in dettaglio la OMS: "Aiutare i detenuti a mantenere il loro benessere o curare chi soffre di scarsa salute mentale *non significa solo offrire i giusti farmaci e trattamenti psicologici adeguati, ma anche aiutarli a far fronte ai loro bisogni fisici e sociali*"⁹.

È qui riassunto in poche righe il corollario operativo che discende dalla concezione della salute come diritto al "benessere fisico, psichico e sociale" (e non come semplice assenza di malattia). E' anche il principio cardine della riforma sanitaria: tutelare la salute mentale non significa solo predisporre un sistema efficiente di assistenza psichiatrica, volto a curare le patologie sopravvenute e a diagnosticarle precocemente (per quanto importante sia la diagnosi precoce dei disturbi psichiatrici in un ambiente a rischio per la salute mentale come il carcere); ma, in primo luogo, "assicurare ai detenuti il soddisfacimento dei bisogni di base e il rispetto dei diritti umani fondamentali". L'invito è perciò a predisporre un ambiente sufficientemente "sano": nel senso di sufficientemente adeguato a mantenere la salute mentale delle persone e a non aggravare lo stato di chi già soffre di disturbi. Oltre ai requisiti strutturali dei locali di detenzione (ampiezza sufficiente, illuminazione con luce naturale e artificiale, aerazione, riscaldamento, dotazione di servizi igienici riservati, decenti, razionali e puliti), si raccomanda l'attenzione agli aspetti psicologici e relazionali (come la possibilità per i detenuti di mantenere rapporti anche intimi con persone significative, il rispetto della privacy, l'offerta di attività per impegnare il tempo).

Sono questi gli elementi base della salute mentale, su cui poggia (o dovrebbe poggiare) il sistema di servizi di salute mentale dentro il carcere. Nello stabilire lo standard base di "benessere", si raccomanda di tenere presente il punto di vista dei detenuti e delle detenute: in una ricerca citata dalla OMS, le priorità individuate dai detenuti riguardavano "la possibilità di instaurare una relazione di fiducia col personale sanitario", la "continuità nella presa in carico", "una chiara e dettagliata informazione sulla natura della loro malattia e sugli effetti collaterali dei farmaci", "l'essere coinvolti nella pianificazione della cura"¹⁰. Si osservi che questi sono anche gli elementi chiave della **relazione di cura**. In aggiunta, i detenuti segnalano l'importanza di un supporto tempestivo in momenti di particolare difficoltà (ad esempio la possibilità di parlare con qualcuno, un professionista, ma anche una persona "pari", per evitare il precipitare della crisi).

acutely mentally ill prisoners. Such prisoners should be diverted to appropriate mental health services...

⁸ La "sindrome da ingresso" compare più frequentemente nelle persone alla prima carcerazione, specie quelle in cui il divario fra la qualità di vita condotta in libertà e quella in detenzione è più ampio.

⁹ WHO Europe, *Prisons and Health*, 2014, p. 87.

¹⁰ R. JAYNE, *Service user engagement in prison mental health in reach service development*, in "Mental Health Review", 2006, 11 (2), pp. 21-24, cit. in WHO Europe, 2014, p. 90.

È anche segnalata la valenza psicologica “stabilizzante” dell’essere impegnati in attività che possano risultare utili in vista della liberazione¹¹.

Questo approccio comprensivo alla salute mentale presuppone il coinvolgimento di diversi livelli di responsabilità. La predisposizione di un ambiente (fisico, relazionale, trattamentale) il più possibile salutare dipende dall’amministrazione penitenziaria, e infatti si raccomanda che “la promozione della salute mentale e del benessere siano fattori centrali nella politica di governo del carcere”¹². Tuttavia, dopo il passaggio della sanità al Servizio Sanitario Nazionale, anche le autorità sanitarie dovrebbero curare questi elementi di base della salute mentale, in quanto istituzioni che operano in prima linea per la concreta affermazione del diritto alla salute delle persone detenute, e della parità di tutela con i cittadini che godono della libertà. È questo il senso di avere oggi un unico sistema a tutela di tutti i cittadini e le cittadine, fuori e dentro le mura.

Si registra qui una doppia difficoltà. Da un lato, nonostante i ripetuti richiami degli organismi internazionali (che rispecchiano peraltro l’ispirazione originaria della riforma sanitaria), prevale l’idea che la tutela della salute mentale equivalga ad assicurare solo servizi psichiatrici specialistici, in linea con la più generale tendenza a confondere la salute con la sanità. Dall’altro, la nuova titolarità del SSN in carcere non ha del tutto eliminato il retaggio culturale della sanità penitenziaria nell’affrontare il conflitto fra i bisogni di salute della persona detenuta e le esigenze di sicurezza. Nell’ottica della sanità penitenziaria, la salute era vista come una variabile dipendente dal prevalente mandato custodiale del carcere. Dopo la riforma, il bene salute acquista una sua autonomia *in quanto diritto*, che il nuovo sistema sanitario - non a caso autonomo dall’amministrazione penitenziaria- è chiamato a rappresentare e garantire. Ma l’autonomia istituzionale non sempre si traduce in autonomia culturale nelle pratiche quotidiane in cui è impegnato il personale che dipende dal SSN: ed è evidente la maggiore difficoltà da parte dello staff sociosanitario a interloquire con le autorità carcerarie circa le caratteristiche psico-socio-ambientali dei penitenzieri, per quanto si tratti di personale normativamente non dipendente dall’amministrazione penitenziaria.

Ciò ci riporta al conflitto fra la tutela della salute mentale e le caratteristiche “strutturali” del carcere: in primis come luogo di segregazione e di “sottrazione alla vista” dei corpi. In sintesi, il carcere **comprime** i diritti individuali. In particolare, va ricordata la contraddizione fra l’affermazione del diritto e il mandato di sicurezza del carcere che tende a limitarlo; fra il deficit iniziale di salute di chi varca le mura, e un carcere che, lungi da operare per la parità, accentua lo squilibrio perché produce sofferenza e malattia¹³.

Infine, rispetto al disturbo mentale, c’è un ultimo problema bioetico, rimasto intatto anche dopo la chiusura degli OPG: la *non imputabilità* prevista nel sistema penale per malattia psichiatrica o grave disturbo di personalità. La non imputabilità si fonda sul giudizio che l’autore del reato sia stato “incapace di intendere e volere al momento del fatto”: con la conseguenza del suo proscioglimento (e dunque dell’esenzione dalla pena carceraria). Tuttavia il

¹¹ G. DURCAN, *From the inside. Experiences of prison mental health care*, Sainsbury Centre for mental health, London 2008.

¹² WHO Europe, 2007, cit. p. 6.

¹³ Cfr. il parere *La salute dentro le mura*, cit., p. 6.

prosciolto è di regola sottoposto a misure di sicurezza detentive, sulla base del giudizio di pericolosità sociale. Questa norma si configura come una "legislazione speciale" per persone portatrici di disabilità psico-sociale, espressamente esclusa dalla Convenzione sulla Disabilità¹⁴.

Senza addentrarsi nel complesso problema della modifica normativa, va tuttavia ricordato che il cosiddetto "doppio binario" degli imputabili/non imputabili costituisce un nodo irrisolto, alla base delle difficoltà, normative e culturali, nell'assicurare la tutela degli autori di reato affetti da disturbo mentale. Storicamente, il binario di non imputabilità, conducendo alla misura di sicurezza detentiva e all'internamento in OPG, si è dimostrato più afflittivo del binario di imputabilità. Sul piano culturale, ha dato fiato al concetto di pericolosità sociale supportando il collegamento fra disturbo mentale e pericolosità; e operando così per la conservazione del sistema complessivo delle misure di sicurezza (solo parzialmente modificato dalla legge 81/2014).

Avanzare riserve circa il concetto di non-imputabilità del soggetto affetto da disturbo psichiatrico non significa negare la sua malattia, bensì rifiutare il presunto automatismo naturalistico e deterministico fra malattia e reato, restituendo al malato la sua individualità e responsabilità, e dunque la possibilità di rielaborare una parte importante del proprio vissuto legata al reato.

A tal fine, è essenziale assicurare un sistema di intervento in grado di far fronte ai bisogni terapeutici della persona che ha compiuto reati, ma anche di agire in maniera preventiva/proattiva per intercettare il disagio mentale nella fase iniziale.

Epidemiologia della salute mentale in carcere

La ricerca epidemiologica in carcere non è ancora sufficientemente sviluppata, a livello nazionale e ancora meno a livello locale. Tale situazione è simile in molti altri paesi.

Per l'Italia, lo studio più recente e più importante è quello multicentrico del 2015, in cui il disturbo mentale si conferma come la patologia più frequente nei penitenziari: dato peraltro già noto a livello internazionale sino dalle prime indagini all'inizio del secolo scorso¹⁵.

Il livello deteriorato di salute mentale dei detenuti dà luogo a difficoltà di interpretazione, influenzato da due possibili variabili interagenti: il ruolo patogeno del carcere da un lato, lo scarso livello di salute mentale (e di salute più in generale) prima dell'ingresso in carcere, dall'altro. La mole di studi circa la relazione fra il cosiddetto "gradiente sociale" e le disuguaglianze nella salute suggerirebbe di appuntare l'attenzione sul rapporto fra il deterioramento della salute e il disagio sociale da cui proviene gran parte della popolazione detenuta¹⁶. Ciò può sollevare numerosi problemi in ambito criminologico, che non è compito

¹⁴ Nazioni Unite, *Convenzione per i diritti delle persone con disabilità*, 13 dicembre 2016. Secondo la Convenzione (art. 12), le persone con disabilità psicosociale devono godere di pari diritti, compreso il diritto alla capacità giuridica.

¹⁵ Lo studio è stato condotto dall'Agenzia Regionale di Sanità (ARS) della Toscana in collaborazione col Ministero della Salute: *La salute dei detenuti in Italia: i risultati di uno studio multicentrico*, Documenti dell'Agenzia Nazionale di Sanità della Toscana, aprile 2015, n. 83. Per mostrare come i disturbi psichiatrici siano sempre stati la patologia prevalente nelle carceri, si cita uno studio dei primi del novecento negli Stati Uniti (p. 75).

¹⁶ Ad esempio, è stata riscontrata una correlazione fra la situazione socioeconomica e la presenza dei più comuni disturbi, come l'ansia e la depressione. Cfr. J. ORFORD, *Community Psychology. Challenges, Controversies and Emerging Consensus*, Wiley, Chichester 2008, pp. 102 ss.

di questo parere discutere¹⁷. Rispetto all'oggetto specifico di questo documento, gli studi succitati spingerebbero a una attenta considerazione delle componenti socio ambientali della salute (più di quanto non sia stato fatto finora). Ciononostante, gli studi epidemiologici nella popolazione carceraria, quale quello citato del 2015, non offrono un sufficiente approfondimento in questa direzione. Ad esempio, la scheda di rilevazione si limita a segnalare il livello di istruzione del campione dei detenuti (che mostra un notevole discostamento verso il basso in confronto alla popolazione generale)¹⁸.

Osservando le tipologie di disturbo prevalenti sul totale dei detenuti e delle detenute arruolati, al primo posto troviamo la dipendenza da sostanze psicoattive (23,6%), disturbi nevrotici e reazioni di adattamento (17,3%), disturbi alcol correlati (5,6%), disturbi affettivi psicotici (2,7%), disturbi della personalità e del comportamento (1,6%), disturbi depressivi non psicotici (0,9%), disturbi mentali organici senili e presenili (0,7%), disturbi da spettro schizofrenico (0,6%). Per la scarsità dei casi, non è possibile calcolare la percentuale delle oligofrenie e del ritardo mentale, dei disturbi alimentari.

Passando alla distribuzione per genere delle diagnosi¹⁹, prevale tra gli uomini la diagnosi di dipendenza da sostanze psicoattive (50,8% degli uomini e 32,5% delle donne), e tra le donne la diagnosi di "disturbi nevrotici e reazioni di adattamento" (36,6% delle diagnosi femminili e 27,1% delle diagnosi maschili); seguite fra gli uomini dai "disturbi alcol correlati (9,1% degli uomini e 6,9% delle donne), e fra le donne dai disturbi affettivi psicotici (10,1% delle donne e 4,1% degli uomini), dai disturbi della personalità e del comportamento (2,4% degli uomini e 3,4% delle donne), disturbi depressivi non psicotici (1,3% degli uomini e 2,8% delle donne). Seguono nella classifica i disturbi mentali organici senili e presenili, i disturbi da spettro schizofrenico, oligofrenie e ritardo mentale.

Queste differenze di per sé richiederebbero studi mirati per specificità di genere e in particolare sulle donne detenute, che approfondiscano sia lo stato di salute mentale all'entrata in carcere, sia le (differenti) capacità e strategie di resistenza allo stress della detenzione.

Come si vede, circa la metà delle diagnosi riguarda i disturbi legati alle sostanze psicoattive (abuso e dipendenza), il che non stupisce considerato che nel carcere una larga fetta della popolazione è reclusa direttamente per violazione della legge antidroga²⁰. Vengono poi i "disturbi nevrotici e le reazioni di adattamento", che suggeriscono un ruolo rilevante dello stress

¹⁷ Si veda il tema dell'orientamento "diseguale" del *law enforcement* e della risposta carceraria.

¹⁸ In particolare: il 7% della popolazione detenuta è senza titolo di studio (contro il 4% della popolazione generale); il 58% (della popolazione detenuta) si è fermato alle medie inferiori (contro il 29% della popolazione generale); il 10,7% si è fermato alle medie superiori (contro il 36,5%); solo il 3,5% ha una laurea (contro il 12,5%). Il gruppo degli stranieri detenuti ha livelli di istruzione più bassi degli italiani.

¹⁹ Lo studio utilizza la categorizzazione del Sistema Informativo Regionale per la Salute Mentale (SIRM), con cui sono catalogati i disturbi rilevati nei servizi di salute mentale del territorio (cfr. p. 75)

²⁰ Nel 2017, il 29,37% è entrato in carcere in violazione dell'art.73 del DPR 309/90. Per la stessa infrazione, il 34,3% è presente in carcere al 31 dicembre 2016. Alla stessa data, i tossicodipendenti rappresentano il 25,5% di tutti i detenuti presenti (Dati DAP, Ufficio per lo sviluppo e la gestione del sistema informativo). Cfr. anche Dipartimento Politiche Antidroga della Presidenza del Consiglio dei Ministri, *Relazione Annuale al Parlamento sul fenomeno delle tossicodipendenze in Italia, Anno 2018 (Dati 2017)*, pp. 34 ss.

dell'incarcerazione nello sviluppo e/o nella emersione del disturbo²¹. Da notare la maggiore significativa presenza di questi disturbi fra le donne detenute: lo stesso si può dire per i “disturbi affettivi psicotici” e per i “disturbi depressivi non psicotici”.

Quanto alla scarsa presenza di disturbi gravi, quali i disturbi mentali organici, dello spettro schizofrenico e le oligofrenie, è da ricordare che al momento dell'indagine esisteva l'Ospedale Psichiatrico Giudiziario, cui erano destinate tutte le patologie psichiatriche gravi, comprese quelle sopravvenute alle persone dopo la carcerazione.

Passando dai dati epidemiologici alle indicazioni operative, in specie per ciò che riguarda i disturbi più frequenti come quelli da reazioni di adattamento, è evidente l'importanza di individuare fin dall'ingresso in carcere i disturbi che sono la continuazione o l'evidenziazione di disturbi psichici già prima esistenti; distinguendoli dai disturbi che rappresentano una risposta di tipo psicopatologico a eventi particolarmente traumatizzanti legati alla carcerazione (l'imprigionamento, l'adattamento a un ambiente di vita estraneo, l'attesa del processo, la condanna, eventuali episodi di violenza etc.). Ciò è tanto più importante sul piano degli interventi, poiché la risposta adattiva al carcere è in funzione di diverse variabili, più o meno modificabili: da quelle individuali di caratteristiche di personalità e di struttura di vita precedente, a quelle ambientali relative a particolari contingenze (chiusura per molte ore nelle celle, difficoltà di convivenza nelle celle etc.).

L'eredità dell'OPG

Come già accennato in premessa, la chiusura degli OPG non è che un tassello della modifica normativa intervenuta a seguito del riconoscimento della salute come diritto anche per i detenuti e della conseguente equiparazione con tutti gli altri cittadini nella fruizione del diritto. Già il DPCM del 1 aprile 2008 (di passaggio al SSN) tracciava le linee di intervento per gli OPG, poi precisate nelle leggi 9/2012 e 81/2014, che hanno disegnato il nuovo sistema di presa in carico dei prosciolti. Nell'ottica del diritto alla salute e dell'appropriatezza delle cure, non era più tollerabile un contenitore indistinto come l'OPG, destinato a una varietà di soggetti accomunati solo dalla finalità custodiale. L'orientamento del legislatore, dal 2008 al 2014, è stato sollecitato dalle prese di posizione della Corte costituzionale, che più volte, fra il 2003 e il 2004, ha richiamato la preminenza del diritto alla salute della persona affetta da disturbo mentale. Sulla base di questo diritto, la Corte ha aperto la strada a un sistema centrato sulla presa in carico territoriale, affermando la incostituzionalità dell'automatismo che imponeva al giudice di applicare le misure di sicurezza in OPG “anche quando una misura meno drastica, e in particolare una misura più elastica e non segregante come la libertà vigilata (..) appaia capace, in concreto, di soddisfare contemporaneamente le esigenze di cura e tutela della persona interessata e di controllo della sua pericolosità sociale”. La preminenza della tutela della salute è ribadita anche in un altro passaggio del pronunciamento, dove si legge che “le esigenze di tutela della collettività non potrebbero mai giustificare misure tali da

²¹ Nella “slatentizzazione” del disturbo, per usare un termine tecnico.

recare danno, anziché vantaggio, alla salute del paziente”. Da qui l’invito a ripensare tutto il sistema delle misure di sicurezza²².

Su questa linea, le leggi citate, in particolare la legge 81/2014, hanno sancito la svolta, da un lato imponendo di stabilire un termine per la misura di sicurezza detentiva e quindi mettendo fine agli “ergastoli bianchi”²³; dall’altro prefigurando una cura “parificata” a quella di tutti gli altri cittadini affetti da disturbo mentale, e *dunque imperniata sulla presa in carico territoriale*. A tal fine, la legge 81/2014 ha introdotto un’altra modifica, stabilendo il principio della misura di sicurezza detentiva come *extrema ratio*, solo quando altri strumenti meno restrittivi— come la misura di sicurezza non detentiva (la libertà vigilata) o l’affidamento alle strutture terapeutiche territoriali— siano giudicati inadeguati dal magistrato. Non è perciò corretto, come spesso si sente dire, che “l’OPG è stato sostituito dalla Residenza per l’Esecuzione delle Misure di Sicurezza- REMS”, poiché il ricovero in REMS dovrebbe rappresentare per i prosciolti la soluzione residuale.

La battuta d’arresto normativa e il “doppio binario” di giudizio e di assistenza

Il percorso di adeguamento legislativo si è interrotto dopo la legge 81/2014. Non è stato toccato il “doppio binario” di non imputabilità/imputabilità, che si apre davanti agli autori di reato affetti da disturbi mentali e che produce il “doppio binario” trattamentale: il primo riguardante i cosiddetti “folli rei”, giudicati non imputabili; il secondo per i “rei folli”, considerati capaci di intendere e perciò imputabili. Poiché la legge 81/2014 ha affrontato solo il binario assistenziale dei “folli rei”, è rimasta incerta la sorte delle altre tipologie di malati in precedenza ospitati negli OPG: le persone considerate imputabili e dunque giudicate e condannate a pena detentiva, ma colpite durante la detenzione da disturbo tale da far scattare l’incompatibilità col carcere; le persone in misura di sicurezza provvisoria in attesa che venga accertata la non imputabilità (con eventuale successiva trasformazione della misura di sicurezza provvisoria in definitiva); e i soggetti in osservazione psichiatrica (i cosiddetti “osservandi”), su disposizione del magistrato, per stabilire l’esistenza o meno della infermità psichica sopravvenuta durante la detenzione.

Per quanto riguarda le persone in misura di sicurezza provvisoria, la loro collocazione nelle REMS contrasta col carattere eminentemente terapeutico di queste strutture, da riservarsi perciò solo a chi, definitivamente prosciolto, può essere destinatario di un progetto terapeutico personalizzato: in questo senso il CNB si è già espresso nel 2017²⁴.

²² Sentenza della Corte Costituzionale n. 253 del 2003. I principi cui si richiama questa sentenza sono stati ribaditi nella sentenza n. 367 del 2004 e n. 208 del 2009. Cfr. K. PONETI, *Salute mentale in carcere: l’incerto destino dei rei folli*, in F. CORLEONE (a cura di), *Mai più manicomi*, Fondazione Michelucci Press, Firenze 2018, pp. 85 ss.

²³ Con la legge 81/2014 la misura di sicurezza detentiva (cioè il ricovero nella REMS) è soggetta a un termine individuato dalla pena edittale massima prevista per il reato commesso. Oltre questo termine la misura non può essere prorogata e quindi dovrà essere revocata o trasformata in una misura di minore gravità, come la libertà vigilata.

²⁴ Cfr. il parere CNB *La cura delle persone con malattie mentali: alcuni problemi bioetici*, 2017, p. 36.

Riguardo al tema specifico dell'assistenza in carcere, il nodo più delicato e controverso riguarda i condannati e già reclusi cui venga riscontrato un disturbo psichiatrico grave durante la detenzione. Per questi soggetti, il riferimento è agli articoli 147 CP e 148 CP (il primo sul differimento pena per incompatibilità con la detenzione, il secondo che stabilisce il trasferimento in OPG). L'articolo 147 permette a chi si trovi "in stato di grave infermità fisica" di godere della sospensione della pena, uscendo dal circuito penitenziario per essere sottoposto alla misura di detenzione domiciliare al fine di curarsi. Il mancato riferimento in questo articolo alla "infermità psichica" ha finora impedito di allargare la possibilità della sospensione ai soggetti con malattia psichiatrica, **causando una discriminazione lesiva del principio di uguaglianza e del diritto alla tutela della salute**. Quanto all'art.148, la norma sopravvive nonostante l'OPG non esista più. Si apre perciò il problema di dove e come debbano essere curate queste persone, nel rispetto del loro diritto alla tutela della salute.

Anche per questi, non è pensabile un loro ricovero nelle REMS, a meno di non venire meno alla loro finalità curativa, trasformandole in un sostituto dell'OPG.

Il paradosso della sopravvivenza dell'art.148 dopo la chiusura dell'OPG induce a riflettere.

Da un lato, è direttamente la spia della poca chiarezza circa il disegno complessivo della cura dei "rei folli"²⁵ ma anche, indirettamente, della cura dei "folli rei", perché mette in tensione il nuovo sistema di cura delineato per questi ultimi; dall'altro, alimenta la spinta a usare le REMS come se fossero degli OPG in scala minore.

La carenza di un progetto organico è evidente analizzando in dettaglio il processo normativo che ha condotto all'attuale situazione. Il DPCM del 2008 invitava all'attivazione di sezioni carcerarie specializzate all'interno degli istituti, destinate agli imputati e ai condannati in carcere con infermità psichica. Con ciò, il decreto dava il via all'opera di svuotamento degli OPG per riportare la gran parte dei malati in carcere: a questa linea cercavano di adeguarsi i vari accordi Stato-Regioni intervenuti dopo il 2008, ipotizzando "articolazioni psichiatriche penitenziarie", in base all'art.65 dell'Ordinamento Penitenziario. Dopo la chiusura degli OPG, l'accordo Stato Regioni del 22/01/2015 (punto 3.2 dell'allegato all'accordo) apriva le articolazioni psichiatriche in carcere anche ai detenuti con patologie particolarmente gravi, tanto da essere giudicati incompatibili²⁶.

Ma le "articolazioni psichiatriche penitenziarie" presentano una serie di gravi problematiche: dalla mancanza di copertura giuridica adeguata e di indicazioni sulle caratteristiche strutturali²⁷; alla carenza di chiarezza circa la gestione delle articolazioni stesse (che sono pur sempre sezioni carcerarie sotto la responsabilità dell'Amministrazione Penitenziaria, per quanto "a prevalente gestione sanitaria"²⁸). *In altre parole, le articolazioni psichiatriche penitenziarie sembrano andare in direzione opposta all'idea guida presentata all'inizio,*

²⁵ I rei folli sono gli imputabili condannati al carcere e affetti da disturbo psichiatrico grave, come detto poco sopra.

²⁶ Sono le persone precedentemente destinate all'OPG secondo il già citato art. 148 CP.

²⁷ Solo una legge, e non un Accordo Stato-Regioni, può regolare le forme di privazione della libertà personale; in più l'accordo non può abolire una norma di legge, l'art. 148 che destina i malati all'OPG, mantenendo così la confusione.

²⁸ È la dizione che si ritrova nella legge delega 103 del 23 giugno 2017, *Modifiche al codice penale, al codice di procedura penale e all'ordinamento penitenziario*.

secondo cui le persone con patologie gravi dovrebbero avere diritto ad essere curate al di fuori del carcere, in condizioni di parità coi liberi.

Forse per questa confusione iniziale, molte delle articolazioni psichiatriche previste sono rimaste finora sulla carta, mentre altre risultano prive di qualsiasi caratteristica sanitaria²⁹; altre ancora, frutto della riconversione di ex OPG, come le Articolazioni di Reggio Emilia e di Barcellona Pozzo di Gotto, che ospitano detenuti cui è applicato l'art.148 CP, destano molte perplessità, vuoi per gli alti numeri dei pazienti, vuoi perché concentrano detenuti che provengono da tutte le parti d'Italia³⁰.

La legge delega per la riforma dell'Ordinamento Penitenziario del 2017, e il successivo lavoro delle Commissioni ministeriali incaricate di studiare i problemi dell'assistenza psichiatrica, avevano indicato i primi interventi per superare le difficoltà³¹: sia ribadendo la destinazione delle REMS ai prosciolti sottoposti a misura di sicurezza (e solo in via transitoria e subordinata ai condannati con disturbo mentale sopravvenuto, quando le articolazioni psichiatriche del carcere non fossero adeguate al trattamento); sia disegnando la cornice giuridica per potenziare l'assistenza psichiatrica fuori dal carcere, nella previsione della priorità del trattamento territoriale. In questa direzione, si prevedeva l'abrogazione dell'art. 148 e la modifica dell'art. 147 (per consentire il differimento pena anche per sopravvenuta infermità psichica e non solo fisica). Ciò, al fine di permettere la detenzione domiciliare in luogo di cura, in carico al Dipartimento di Salute Mentale. Inoltre, si introduceva una nuova modalità di affidamento in prova a finalità terapeutica (ricalcato su quello per tossicodipendenti): da applicarsi al di sotto dei 6 anni di pena, o di residuo pena.

Tuttavia, il decreto legislativo n. 123 del 2 ottobre 2018, di attuazione della legge delega, non comprende gran parte di queste proposte, di fatto eludendo la problematica della salute mentale. Non è stato modificato l'articolo 147 CP e neppure è stato abrogato l'art. 148; non sono state introdotte le nuove misure alternative terapeutiche per malati psichici e neppure sono state istituite dentro gli istituti penitenziari Sezioni Cliniche a gestione sanitaria³².

Non solo non è stato affrontato il nodo del "doppio binario" di giustizia per imputabili/non imputabili, nemmeno si sono accolti i suggerimenti per una maggiore articolazione delle misure di sicurezza, in modo che i magistrati possano disporre di una nuova misura intermedia fra la misura di sicurezza detentiva in REMS e la libertà vigilata con prescrizioni terapeutiche: cioè il ricovero in una comunità in regime semi-detentivo. Così come non è stata accolta la proposta di limitare ai reati più gravi la misura di sicurezza detentiva.

²⁹ Si veda il caso dell'articolazione psichiatrica nel carcere Dozza di Bologna. La Magistratura di sorveglianza è stata chiamata a pronunciarsi su un caso di differimento pena, inviato nell'articolazione psichiatrica della Dozza dopo la chiusura dell'OPG. Il responso è stato che la persona non poteva stare lì perché l'articolazione non aveva niente di sanitario.

³⁰ Nel luglio 2018, a Reggio Emilia, si registravano 47 presenti, di cui solo 16 dell'Emilia Romagna; a Barcellona Pozzo di Gotto, 69 presenti, di cui 53 dalla Sicilia. Perciò il principio di territorialità è disatteso.

³¹ Legge delega 103 del 23 giugno 2017, *Modifiche al codice penale, al codice di procedura penale e all'ordinamento penitenziario*.

³² Lo schema di decreto legislativo del dicembre 2017 (rimasto inattuato) in una prima versione parlava di gestione "esclusivamente sanitaria". Il Parlamento ha modificato l'espressione in "prevalentemente sanitaria". In ogni caso la Regione competente dovrebbe gestire autonomamente e prevalentemente con proprio personale la Sezione Clinica.

Di fronte all'inerzia legislativa, si registrano interventi della Magistratura. L'ordinanza della Prima Sezione della Corte di Cassazione 13382/2018 rimanda alla Corte costituzionale il quesito circa l'art.148, inapplicabile dopo la chiusura degli OPG e perciò da ritenersi implicitamente abrogato. Il pronunciamento della Consulta è atteso a breve.

Al tempo stesso la Cassazione denuncia che la mancata modifica dell'art.147 ha creato un vuoto di tutela del detenuto con patologia psichiatrica³³. Più radicalmente, l'ordinanza del tribunale di sorveglianza di Messina (28 febbraio 2018), considerando automaticamente decaduto l'art.148 CP, ritiene che il differimento dell'esecuzione della pena sotto forma di detenzione domiciliare in struttura terapeutica, previsto dall'art.147 per la patologia fisica, possa applicarsi per analogia anche alla patologia psichica, così "colmando una lacuna ordinamentale" - scrive il giudice -, **secondo un prospettiva del tutto condivisibile.**

"Rei folli" e "folli rei": la crisi complessiva di sistema

L'incertezza circa l'assistenza ai "rei folli" riguarda sia la predisposizione di strumenti e di organizzazione adeguati in carcere (le Sezioni Cliniche di cui si è detto); sia, più alla radice, la questione della non compatibilità della malattia col carcere, considerando come regola la cura al di fuori del carcere. La scelta della cura sul territorio è stata fatta dalla legge 81/2014 per i "folli rei", stabilendo la misura di sicurezza detentiva (da eseguirsi in REMS) come la soluzione estrema nell'articolato sistema di presa in carico dei non imputabili.

Al momento, siamo in presenza di una crisi complessiva del sistema, che si manifesta con le liste d'attesa per le REMS: in parte, perché impropriamente pressate dai "rei folli" che non possono rimanere in carcere per incompatibilità, ma che neppure possono essere inviati in cura sul territorio per la carenza di normativa di cui si è detto; in parte perché il collegamento fra disturbo psichiatrico e pericolosità sociale sul piano culturale alimenta il binario della non-imputabilità e l'eccessivo ricorso alla misura di sicurezza provvisoria, indipendentemente dalla gravità del reato. Ad esempio, può avvenire che una persona con disturbo psichico compia un reato non grave (come un furto di una mela in un supermercato). Il magistrato può ritenere che il disturbo incida sull'imputabilità e che ci sia il rischio di reiterazione del reato se la persona non si cura: in tal caso può scattare la misura di sicurezza provvisoria³⁴. Si consideri che ben il 40% dei soggetti inviati in REMS sono in misura di sicurezza provvisoria.

Ancora l'opacità culturale circa il binomio "follia-reato" fa da ostacolo al principio della priorità di presa in carico territoriale, sia per i non imputabili che per gli imputabili. Per i primi, ne è prova il largo ricorso alla misura di sicurezza detentiva in REMS (nonostante il principio già ricordato della "extrema ratio" della

³³ La mancata tutela consiste nel fatto che il detenuto affetto da patologia psichica non possa accedere, come il detenuto affetto da patologia fisica, alla sospensione della pena e alla detenzione domiciliare in luogo di cura)

³⁴ Oggi abbiamo il limite massimo di una pena edittale, ma per un furto si può arrivare anche a dieci anni, quindi un soggetto potrebbe restare nella REMS per un furto di una mela anche per dieci anni.

Dall'audizione del Presidente Marcello BORTOLATO, che ha portato questo esempio per sostenere la proposta di limitare la misura di sicurezza provvisoria al rischio di commissione di reati contro la persona con uso di armi o per criminalità organizzata, sull'esempio di quanto già vale per le misure applicate ai minorenni (art. 37 comma 2 del DPR 448/88).

misura detentiva), insieme alla resistenza ad allargare il ventaglio delle misure di sicurezza con opzioni più blande. Per i secondi, testimonia l'inerzia normativa nel definire il sistema di presa in carico.

Circa il fenomeno delle liste d'attesa nelle REMS e più in generale della presa in carico dei "folli rei", la risoluzione del Consiglio Superiore della Magistratura del settembre 2018 mette in relazione l'alto numero di misure di sicurezza provvisorie all' "eccessivo ricorso all'applicazione dell'art.88 CP (vizio totale di mente)", con conseguente eccessivo numero di soggetti da sottoporre a perizia con l'applicazione della misura più restrittiva (quella nelle REMS)³⁵. Con il medesimo intento di ridurre l'accesso "massivo e indiscriminato alle REMS", il CSM raccomanda che "gli accertamenti relativi all'eventuale disturbo o disagio psichico correlati al reato siano affidati al servizio psichiatrico territoriale di riferimento".

La risoluzione del CSM raccomanda un *sistema integrato attraverso la collaborazione* fra i diversi "nodi" della rete istituzionale (con la stesura di protocolli operativi fra magistratura di cognizione, magistratura di sorveglianza, l'Ufficio Esecuzione Penale Esterna, i Dipartimenti di Salute Mentale). Il CSM ribadisce i principi cardine per la tutela delle persone affette da disturbo mentale: "il principio della priorità della cura sanitaria necessaria; il principio di territorialità che stabilisce che la presa in carico dei servizi di salute mentale deve essere effettuata presso il territorio di residenza o comunque di provenienza dell'interessato; la centralità del progetto terapeutico individualizzato; l'essere il ricovero in REMS uno strumento di extrema ratio, solo laddove le misure di sicurezza non detentive non siano assolutamente praticabili".

In applicazione di questi principi, il CSM ricorda la centralità "dei dipartimenti di salute mentale, divenuti titolari di programmi terapeutici riabilitativi *allo scopo di attuare, di norma, i trattamenti in contesti territoriali e residenziali*". E ancora: "*Le REMS sono solo un elemento del complesso sistema di cura e di riabilitazione dei pazienti psichiatrici autori di reato. Con la legge 81/2014, l'internamento in REMS ha assunto non solo (...) il carattere dell'eccezionalità, ma anche della transitorietà*".

Se la risoluzione del CSM affronta il tema specifico delle misure di sicurezza per i non imputabili, i principi cui si richiama (in specie *la priorità della cura necessaria*) e le conseguenti indicazioni operative (in specie *l'attuazione, di norma, dei trattamenti in contesti territoriali e residenziali*) offrono una guida anche per costruire un sistema valido di presa in carico degli imputabili.

Linee di indirizzo per il sistema di cura dei "rei folli"

Alle difficoltà normative ampiamente descritte per offrire assistenza adeguata ai "rei folli", si aggiungono quelle relative al funzionamento dei servizi di salute mentale, poiché il passaggio di competenze al Servizio Sanitario Nazionale tarda ancora a dare i frutti promessi, specie nel campo della salute mentale.

Come già visto, manca una ricerca epidemiologica adeguata e dunque manca una programmazione degli interventi. In buona parte del paese, la tutela della salute mentale in carcere non è ancora parte organica dell'attività del

³⁵ Consiglio Superiore della Magistratura, *Risoluzione sui Protocolli operativi in tema di misure di sicurezza psichiatriche* (relatore Consigliere Nicola CLIVIO), 24 settembre 2018.

Dipartimento Salute Mentale, integrata coi servizi di salute mentale territoriali e in sinergia con l'intera rete dei servizi sociosanitari: la psichiatria in carcere è ancora troppo spesso un settore isolato, che mantiene molte delle caratteristiche della precedente gestione del Dipartimento Amministrazione Penitenziaria. Un esempio di questa separatezza è la tipologia di personale, che presenta una molteplicità di rapporti di lavoro contrattuali in gran parte derivanti dalla precedente gestione. Siamo cioè di fronte a un'organizzazione tradizionale, con un servizio di tipo ambulatoriale "a chiamata", senza quella continuità di presenza e di programmazione delle attività che sarebbero necessarie.

Non solo la gestione della salute in carcere è tuttora poco attenta alle componenti ambientali della salute in chiave preventiva³⁶; la perdurante separatezza dei servizi "dentro le mura" fa sì che il sistema sia poco adeguato a offrire *alternative di cura al di fuori del carcere*. Se nuove norme sono importanti per assicurare ai detenuti maggiori opportunità terapeutiche fuori del carcere, la loro concreta applicazione dipende dalla capacità dei servizi di salute mentale di elaborare progetti personalizzati, avvalendosi di tutte le opportunità, sanitarie e sociali, del territorio.

D'altro lato, la capacità di gestione delle risorse comunitarie da parte dei servizi è essenziale anche per favorire la comunicazione con la magistratura, troppo spesso carente. In pratica, può capitare che il giudice di cognizione applichi la misura più restrittiva in carcere quando invece potrebbe applicare il trasferimento in strutture idonee con finalità terapeutiche, se fossero opportunamente segnalate dai servizi.

Superati questi ritardi, il sistema dovrebbe svilupparsi nell'ottica della priorità della cura al di fuori del carcere, nella comunità territoriale. In presenza di disturbi mentali gravi sopravvenuti in stato di detenzione, le Sezioni Cliniche di Salute Mentale in carcere, una volta effettivamente istituite e affidate alla gestione sanitaria, *dovrebbero funzionare come luoghi transitori, di elaborazione e di preparazione a progetti di cura individualizzati terapeutico-riabilitativi, da eseguirsi sul territorio*. L'elaborazione dei progetti è compito del Dipartimento di Salute Mentale, che necessita di una forte proiezione territoriale e di intensa collaborazione fra le unità operative dentro e fuori il carcere. Le Sezioni Cliniche dovrebbero essere dotate di spazi e di organizzazione di vita idonei alla cura. In caso di crisi, le persone dovrebbero essere trasferite immediatamente fuori dal carcere, nei Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura (SPDC) ospedalieri, per poi rientrare nelle Sezioni Cliniche una volta superata la fase di scompenso.

Un primo problema riguarda la confusione fra le Sezioni Cliniche a gestione sanitaria e le Articolazioni Psichiatriche, intese come reparti gestiti dall'Amministrazione Penitenziaria. Queste ultime rischiano di riprodurre una logica di segregazione disattendendo i bisogni terapeutici. Bisogna cioè evitare che il "reparto psichiatrico" diventi una discarica delle persone con particolari disturbi "scomodi" nella gestione ordinaria del carcere³⁷.

Per evitare ciò, occorre rafforzare la "normale" assistenza di base di salute mentale, riservando il ricovero nelle Sezioni Cliniche alle situazioni subacute, quando vi sia in una riaccensione della patologia durante la detenzione. Il ricovero nella Sezione Clinica dovrebbe cioè essere limitato al tempo necessario

³⁶ Esercitando un controllo e una interlocuzione con l'Amministrazione Penitenziaria circa l'esistenza di spazi adeguati, l'organizzazione della vita quotidiana, etc., come detto sopra.

³⁷ Cfr. l'audizione del dottor Franco SCARPA.

a "ricalibrare" l'assistenza: che, nel caso dei disturbi meno gravi, tornerà a svolgersi nel carcere "ordinario". In presenza di un sistema di servizi efficienti e ben collegati, la riaccensione della patologia può essere gestita anche dai servizi territoriali in regime di detenzione domiciliare.

Nel caso di disturbi più gravi, la priorità della cura al di fuori del carcere richiede un adeguamento normativo: finalizzato a permettere il ricovero in strutture sanitarie in regime di detenzione domiciliare; e ad ampliare le possibilità di affidamento terapeutico ai servizi territoriali o a strutture residenziali o semiresidenziali facenti parte del Dipartimento Salute Mentale³⁸.

Raccomandazioni

Questo parere interviene in un momento particolarmente difficile per la vita carceraria, per i tassi di sovraffollamento in ascesa e per un nuovo picco dei suicidi di detenuti. Ciò richiama l'attenzione sulle condizioni generali di vita delle persone in detenzione, che possono mettere a grave rischio la salute mentale.

Nello specifico dell'assistenza agli autori di reato affetti da disturbo mentale, il parere, pur volendo approfondire il trattamento dei "rei folli", non ha potuto tralasciare il problema dei "folli rei". Il nodo unificante sta nell'eredità dell'OPG, non solo nella gestione concreta dei soggetti un tempo destinati all'OPG e che ora attendono una diversa collocazione non ancora ben definita; ma, più a monte, nel portato culturale che ancora sopravvive nel "doppio binario", ovvero nel "binario speciale" di non imputabilità per vizio di mente. L'eccessivo ricorso alla non imputabilità e al giudizio di "pericolosità sociale" (cui consegue l'ampio utilizzo delle misure di sicurezza) è spia della vecchia visione del malato psichiatrico come soggetto pericoloso, da contenere più che da curare. Da qui la resistenza ad adeguamenti normativi che possano favorire *la cura non in stato di detenzione*, sia dei "rei folli", sia "dei folli rei".

Su questa base, si avanzano alcune raccomandazioni:

- Assicurare forme umane di detenzione, rispettose della dignità delle persone, offrendo un trattamento con opportunità di formazione e di lavoro nella prospettiva risocializzante, è l'obiettivo basilare per tutelare la salute mentale di tutti i detenuti e le detenute.

- Sulla base del diritto alla tutela della salute e della parità nel diritto "dentro" e "fuori" le mura, *la cura delle persone affette da grave disturbo mentale e che abbiano compiuto reati dovrebbe avvenire di regola in contesti territoriali e residenziali curativi e non in istituzioni detentive.*

- In linea con questo principio, per tutelare i soggetti imputabili e condannati sono urgenti alcune modifiche normative quali: il rinvio della pena quando le condizioni di salute psichica risultino incompatibili con lo stato di detenzione in analogia con quanto previsto dagli art. 146 e 147 per la compromissione della salute fisica; la previsione di specifiche misure alternative per i soggetti che manifestano un'infermità psichica in carcere; l'introduzione di Sezioni Cliniche in carcere a esclusiva gestione sanitaria.

- Per assicurare lo stesso principio, anche il sistema di presa in carico delle persone dichiarate non imputabili e prosciolte, delineato dalla legge 81/2014, necessita di nuovi interventi normativi: in primo luogo una più incisiva riforma delle misure di sicurezza, per limitare il ricorso alla misura di sicurezza detentiva.

³⁸ Su questa linea si muoveva la legge delega per il riordino dell'Ordinamento Penitenziario già citata.

Inoltre, in coerenza con la finalità terapeutica delle REMS, occorre limitare il ricovero nelle REMS ai soggetti nei cui confronti viene applicata una misura di sicurezza detentiva definitiva.

- Più in generale, andrebbe riconsiderato il **concetto particolarmente problematico di “pericolosità sociale”**, alla base delle misure di sicurezza, e la legislazione speciale di “doppio binario” di imputabilità/non imputabilità per le persone affette da disturbo mentale.

I servizi di salute mentale in carcere devono superare la storica “separatezza”, eredità della sanità penitenziaria, e funzionare come parte integrante di forti Dipartimenti di Salute Mentale, capaci di individuare le risorse di rete territoriale per la cura delle patologie gravi al di fuori dal carcere e di collaborare a tal fine con la magistratura di cognizione e di sorveglianza.

Risoluzione del Consiglio Superiore della Magistratura del 24 settembre 2018

Protocolli operativi in tema di misure di sicurezza psichiatriche.

(Risoluzione del 24 settembre 2018)

Il Consiglio superiore della magistratura, nella seduta del 24 settembre 2018, ha adottato la seguente delibera:

"La presente risoluzione si pone in linea di continuità con la delibera del 19 aprile 2017, con la quale, su iniziativa della Sesta Commissione, erano state dettate *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.*

Tra le indicazioni di maggior rilievo sul piano organizzativo, quella delibera aveva in particolare sottolineato la necessità di una costante integrazione funzionale, ai fini della gestione di tutte le misure di sicurezza per il non imputabile, tra Ufficio di Sorveglianza, Dipartimenti di salute mentale e sue unità operative complesse, direzione delle REMS, Ufficio per l'esecuzione penale esterna (UEPE). In questa prospettiva, nell'ambito di una rassegna delle prime iniziative adottate dagli Uffici, si dava altresì atto che in alcune realtà territoriali erano in fase avanzata di elaborazione le intese tra Uffici di Sorveglianza e amministrazioni pubbliche per favorire la soluzione dei problemi di esecuzione delle misure.

In questo quadro di riferimento generale, la Settima Commissione ha svolto un breve ciclo di audizioni finalizzate ad approfondire l'aspetto specifico rappresentato dalla formalizzazione di intese mediante la sottoscrizione di protocolli, nella prospettiva di conferire alla già auspicata collaborazione tra gli organismi pubblici e privati carattere stabile e forma strutturata.

La finalità ultima è quella di tracciare un percorso che consenta agli Uffici giudiziari di procedere nel solco dei principi fissati dalla citata legge n. 81 del 2014 e di perfezionare il quadro degli interventi in un sistema che appare ancora non del tutto soddisfacente per la prevenzione della recidiva, il controllo della pericolosità sociale e la garanzia del fondamentale diritto alla salute di cui all'art. 32 della Costituzione.

Le disposizioni recate dalla citata legge n. 81 del 2014, hanno stabilito determinati principi, alcuni dei quali, peraltro, analiticamente svolti nelle argomentazioni e ribaditi dalla giurisprudenza costituzionale: il principio della priorità della cura sanitaria necessaria, il *principio di territorialità* che stabilisce che la presa in carica dei servizi di salute mentale deve essere effettuata presso il territorio di residenza o comunque di provenienza dell'interessato; la centralità del progetto terapeutico individualizzato; l'essere il ricovero in Rems uno strumento di *extrema ratio*, solo là dove le misure di sicurezza non detentive non siano assolutamente praticabili.

Discende dall'esigenza di rispettare tali principi, l'importanza di una *piena integrazione* tra i servizi di salute mentale sul territorio e l'ordine giudiziario. E' cruciale, infatti, che i rapporti di conoscenza dell'offerta terapeutica e riabilitativa sul territorio (che insiste sui singoli distretti di Corte di appello e sui relativi Uffici giudiziari ad essi afferenti) siano saldi e costantemente aggiornati. In tale prospettiva, il "*Protocollo operativo*" si presenta come uno strumento di lavoro che può consentire di integrare il procedimento giudiziario in ciascuna delle sue fasi – dall'eventuale irrogazione della misura provvisoria ex art. 206 c.p. fino alla gestione della misura medesima presso gli Uffici di Sorveglianza – con le esigenze e le opportunità offerte dai modelli di assistenza sanitaria presenti sul territorio.

Al centro della riflessione va posto il fondamentale obiettivo di offrire soluzioni adatte ad assicurare una corretta applicazione alla legge n. 81/14, con particolare riguardo alla necessità che la misura di sicurezza detentiva sia solo estrema e residuale.

A questo riguardo, vanno richiamate le raccomandazioni sull'applicazione della legge n. 81 del 2014, già espresse dal Consiglio Superiore nella citata delibera dell'aprile 2017, le quali così disponevano: "*La riforma ha, dunque, posto al centro del nuovo sistema i dipartimenti di salute mentale, divenuti titolari dei programmi terapeutici riabilitativi allo scopo di attuare, di norma, i trattamenti in contesti territoriali e residenziali. Le REMS sono, pertanto, soltanto un elemento del*

complesso sistema di cura e riabilitazione dei pazienti psichiatrici autori di reato. L'internamento in REMS ha assunto non solo, come si è anticipato, il carattere dell'eccezionalità, ma anche della transitorietà: il Dipartimento di salute mentale competente infatti, per ogni internato deve predisporre, entro tempi stringenti, un progetto terapeutico riabilitativo individualizzato, poi inviato al giudice competente, in modo da rendere residuale e transitorio il ricovero in struttura ... Corollario rilevante della nuova direzione terapeutica e riabilitativa attribuita all'istituto dal legislatore è il principio della territorialità del ricovero.”.

Dunque, la continuità terapeutico-riabilitativa e la territorialità restano i cardini dell'intervento, nella premessa della priorità della cura sanitaria necessaria; il Protocollo Operativo, quindi, potrà articolare le sue opzioni in direzione di questi obiettivi, sviluppando un rapporto costante tra magistrati assegnatari del procedimento e servizio psichiatrico.

In tal modo, si potranno realizzare, nella distinzione dei ruoli e delle competenze, quelle risposte personalizzate (fondate sul Progetto Terapeutico Riabilitativo Individualizzato, denominato PTRI) capaci di promuovere processi inclusivi attraverso la presa in carico, il lavoro e la socializzazione che possono garantire la salute mentale dei pazienti e, al contempo, la sicurezza dei cittadini, evitando il ricorso a risposte standardizzate e volte alla mera custodia neutralizzante; quest'ultima, infatti, sortisce effetti indesiderati e di scompenso complessivo per la tenuta del sistema.

Il fatto che uffici giudiziari e sanità territoriale possano contare su un dialogo costante e non impostato secondo saltuarie e contingenti esigenze dovute al flusso di procedimenti penali, può determinare alcune preziose conseguenze operative. I programmi individualizzati – e ciò è emerso dalle audizioni svolte in Commissione che hanno posto all'attenzione alcuni modelli di Protocollo già sottoscritti in alcuni contesti territoriali, come Emilia Romagna e Lombardia – potranno essere congiuntamente validati ed impostati; per essi si eviterà di limitare le risposte al solo ambito clinico e si garantirà, a tutte le parti contraenti il *Protocollo*, effettività e tempestività delle scelte compiute.

Inoltre, ove la misura di sicurezza venisse disposta presso l'abitazione dell'indagato o dell'imputato, oppure facendo ricorso alla misura della libertà vigilata presso le articolazioni funzionali del Dipartimento di Salute Mentale, si potrebbero anticipare termini e interessi da perseguire nel bilanciamento tra esigenze di sicurezza e di cura o riabilitazione.

L'istituto dei *Protocolli Operativi* appare altresì foriero di positive conseguenze nel facilitare l'approccio alle situazioni più critiche. Tra queste vanno annoverate: le scelte delle misure di sicurezza da eseguire in via provvisoria; la gestione dell'acuzie nell'autore di reato con ipotizzabile prognosi di non imputabilità o semi-imputabilità; l'esecuzione della misura di sicurezza nei riguardi di soggetti che non abbiano avuto una pregressa presa in carico presso il territorio di riferimento; una prospettiva soluzione del problema del sovraffollamento dei posti letto nelle Residenze per l'Esecuzione delle misure di sicurezza, giacché i Protocolli dovrebbero consentire sia di evitare un *eccessivo ricorso all'applicazione dell'art. 88 c.p. ai c.d. "cripto-imputabili"*, sia un *accesso massivo e indiscriminato alle Rems*, per via dell'assenza di alternative concrete.

Nella formulazione del Progetto Organizzativo, paiono prospettabili i seguenti elementi che ne possono costituire il contenuto minimo costante:

a. Sul piano dei soggetti di cui si raccomanda il coinvolgimento

Il Protocollo Operativo potrebbe essere sottoscritto dal Presidente e dal Procuratore Generale della Corte d'appello, dal Presidente del Tribunale di Sorveglianza, dal Presidente del Tribunale e dal Procuratore capo dell'Ufficio, oltre che dal Direttore del o dei D.S.M. competenti per territorio. In tal modo si potrebbe realizzare la continuità terapeutica e trattamentale tra la fase della cognizione (con la provvisoria esecuzione, se del caso, e l'accertamento in punto di imputabilità) e quella della esecuzione della misura di sicurezza. Il Protocollo andrà firmato anche dall'UEPE (Ufficio Esecuzione Penale Esterna), in quanto Ufficio preposto all'accompagnamento delle persone sottoposte alle misure di sicurezza.

Per via del considerevole numero di persone affette da disturbi psichiatrici e sottoposte a pene detentive intramurarie, i servizi di salute mentale operanti nel carcere possono essere inclusi nello scambio di informazioni e nella generale applicabilità del *Protocollo operativo*. Anzi, è auspicabile, anche in questo delicato ambito, la massima integrazione con i servizi dipartimentali, per poter garantire un'offerta sistematica di tutela della salute mentale in carcere, sul territorio e nei luoghi di esecuzione delle misure di sicurezza. Soprattutto in un sistema che, come è stato rilevato nel corso delle audizioni, è rimasto sostanzialmente invariato, non essendo stato portato a termine l'*iter* legislativo dopo che avrebbe dovuto sfociare nella novella dagli artt. 147 e 148 c.p..

E' possibile che in taluni contesti il territorio di pertinenza delle ASL spesso non coincida più con quello del Tribunale; per facilitare l'operatività del sistema, in tali casi, il Direttore del DSM può certamente delegare un suo incaricato per l'area di competenza del singolo circondario giudiziario.

Al *Protocollo operativo* può essere allegato l'elenco dei responsabili delle articolazioni territoriali del DSM nonché delle strutture psichiatriche, sia diurne che residenziali e semi-residenziali, nella disponibilità del DSM, in modo da facilitare i contatti consentendo l'individuazione degli interlocutori competenti nel più breve tempo possibile.

Nell'elenco andrebbero ricomprese anche le Comunità convenzionate con l'Azienda Sanitaria Locale, il cui utilizzo, nel caso concreto, rimane comunque di competenza del Responsabile del DSM, in base alle esigenze del progetto terapeutico riabilitativo da redigere e condurre.

Come esplicitato nelle premesse del Protocollo stipulato per Milano e provincia, "è indispensabile assicurare il coinvolgimento dell'avvocatura" perché attraverso i suoi organismi rappresentativi partecipi al progetto e contribuisca a fungere da collante sul piano procedurale e da soggetto attivo nella ricerca di soluzioni eque per le esigenze di cura delle persone affette da patologie psichiatriche che abbiano commesso reati.

b. In ordine al tipo di soluzioni, all'efficacia tempestiva ed alle fasi dei procedimenti cui riferirsi

L'attivazione del protocollo con il DSM dovrebbe poter essere la più tempestiva possibile; è opportuno, dunque, che le risorse operative siano attivate al primo momento utile rispetto alla notizia di reato e alla sua riconducibilità alla persona di cui si prospetta la possibile non imputabilità e la conseguente irrogazione della misura di sicurezza provvisoria. Ciò vale, tanto nel caso di soggetti già noti ai servizi psichiatrici che per quelli ad essi sconosciuti, sino al momento della consumazione del fatto reato. A tal fine, possono essere individuati alcuni *momenti di contatto*, in cui l'impulso all'applicazione del *Protocollo* consente il tempestivo predisporre delle soluzioni più adeguate al caso concreto.

Di tali momenti di contatto si citano alcuni esempi: la *richiesta di misura di sicurezza provvisoria* (ex art. 206 c.p.); la *celebrazione dell'udienza in caso di riti speciali* (si pensi al giudizio immediato); l'eventuale *disposizione di perizia psichiatrica*; la *celebrazione di udienza per un reato ascrivibile a soggetto recidivo al quale sia stata comminata, in precedenza, altra misura di sicurezza per il non imputabile pericoloso socialmente*.

In ogni caso, il *Protocollo operativo* dovrebbe tendere a consentire la immediata presa in carico e la tempestiva formulazione del PTRI (Progetto Terapeutico Riabilitativo Individuale).

E' altresì auspicabile che gli accertamenti relativi all'eventuale disturbo o disagio psichico correlati al reato siano affidati al servizio psichiatrico territoriale di riferimento e che il *Protocollo operativo* risolva in radice i problemi di competenza territoriale e gli *eventuali aspetti collegati alla possibile "doppia diagnosi"*.

I contatti tra giudici dell'udienza preliminare, pubblici ministeri, magistrati di sorveglianza e servizi di salute mentale potranno prioritariamente puntare alla presa in carico da parte del servizio psichiatrico territoriale, utilizzandone, ove necessario, le strutture in dotazione e riservando l'invio in REMS solo a quelle situazioni in cui ogni altra alternativa risulti non praticabile.

c. Sul piano dei principi residuali cui informare il Protocollo Operativo

Stante la variegata natura dell'offerta di assistenza psichiatrica per i soggetti autori di reato provenienti dall'accertamento giudiziario, presente sul territorio nazionale, si raccomanda la redazione di analitici *Protocolli Operativi*, informati al *principio di differenziazione*. Esso potrebbe tenere conto, in particolare, del numero assoluto dei posti letto in REMS presenti sul territorio di competenza dell'Ufficio giudiziario; del bacino di utenza di ciascuna ASL e della singola unità dipartimentale (centro diurno; comunità terapeutica; servizio di diagnosi e cura; luoghi di residenzialità autonoma assistita; centri per la salute mentale specializzati per l'Infanzia).

Nel presupposto di garantire massima efficacia alle prassi fondate sul *Protocollo operativo*, è auspicabile che esso sia informato al principio della *continuità terapeutica* e della *pluralità di soluzioni offerte*, da quella di cui i Servizi si facciano sostenitori in via primaria, a quelle raccomandabili in subordine, ma ritenute meno efficaci e funzionali.

Si ipotizza l'esigenza di distinguere con accuratezza le *fasi relative all'accertamento della sussistenza del disturbo mentale, della diagnosi e della sua interrelazione con la consumazione del reato, dai provvedimenti a valenza trattamentale o riabilitativa*; da tale distinguo, potrebbe discendere, nei *Protocolli operativi*, anche l'orientamento, da parte dei servizi psichiatrici territoriali, ad indicare analiticamente e dettagliatamente articolazioni e risorse utili alla fase della diagnosi ed alla cura e alla riabilitazione.

Sul piano delle attività permanenti sviluppate nei Protocolli, sarebbe proficuo dare adeguato spazio alla formazione permanente e a sedi di costante confronto e rapporto tra ordine giudiziario e psichiatria di territorio, con particolare riguardo ai magistrati requirenti e ai giudici della cognizione.

Sembra altresì auspicabile provare a delineare tecniche, tempi e quesiti di massima che improntino lo svolgimento degli incarichi peritali, con particolare riguardo all'eventuale previsione e opportunità dei *"periodi di osservazione"*.

Appare consigliabile, infine, prendere in particolare considerazione il sovrapporsi o il succedersi di *procedimenti giudiziari con la disposizione di eventuali trattamenti o accertamenti sanitari obbligatori*, disposti ai sensi degli artt. 33, 34 e 35 della legge n. 833 del 23 dicembre 1978.

d. Formazione congiunta e monitoraggio della fase esecutiva

Il Protocollo operativo è destinato a fissare alcuni punti fermi nell'ambito di una relazione dinamica tra i soggetti interessati che vede nella comune formazione il momento del confronto permanente e nell'attento controllo delle ricadute pratiche un momento di indispensabile riflessione sulle soluzioni migliorative dell'esistente.

Appare pertanto funzionale a questo percorso prevedere momenti formativi finalizzati alla reciproca conoscenza tra gli operatori del settore psichiatrico e gli appartenenti dell'ordine giudiziario. Per i primi si tratta di calare il percorso terapeutico nella scansione procedimentale penale, per i secondi di comprendere meccanismi di ragionamento e necessari fondamenti della complessa materia psichiatrica.

Quanto al monitoraggio, si indica quale soluzione adeguata quella già prevista dai protocolli acquisiti dalla Settima Commissione nella fase istruttoria, cioè la costituzione di un tavolo tecnico composto dalle istituzioni che sottoscrivono il protocollo che dovrà occuparsi di verificare l'esito delle prassi operative anche allo scopo di apportare i necessari correttivi ed elaborare nuove soluzioni.

Alla luce di tali argomenti, il Consiglio

delibera

di approvare la presente risoluzione, disponendone la trasmissione di copia – per quanto di rispettiva eventuale competenza – al Ministro della giustizia, al Comitato direttivo della Scuola superiore della magistratura ed ai Dirigenti degli Uffici giudiziari interessati, per la diffusione ai Magistrati ivi in servizio."

Risoluzione del Consiglio Superiore della Magistratura del 19 aprile 2017

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.

(Risoluzione del 19 aprile 2017)

Il Consiglio superiore della magistratura, nella seduta del 19 aprile 2017, ha adottato la seguente delibera:

“1. Il definitivo superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari.

Il Consiglio superiore della magistratura ha seguito l'evoluzione del procedimento di attuazione delle leggi n. 9 del 2012 e 81 del 2014, con le quali si è portata a definitivo compimento l'opera di superamento delle istituzioni cui venivano avviati, ai sensi degli articoli 219 e 222 del codice penale, gli autori di reato infermi di mente, non imputabili perché affetti da incapacità di intendere e di volere, oltre che, nelle particolari situazioni previste dalla legge, i soggetti semimputabili.

In conseguenza di questo mutamento nel panorama normativo del trattamento dell'autore di reato incapace di intendere e di volere, il Consiglio ritiene opportuno delineare un quadro di buone pratiche e di schemi procedurali, volti a valorizzare le acquisizioni scientifiche e dottrinali emerse nell'ultimo decennio, nonché a garantire un effettivo sviluppo ai principi insiti nelle novelle legislative innanzi citate.

La presente risoluzione tiene conto, altresì, dei risultati del lavoro svolto in seno alle commissioni costituite nell'ambito degli Stati Generali dell'Esecuzione Penale, convocati dal Ministro della Giustizia nell'estate del 2015 con attività che si sono concluse nella primavera del 2016. Le relazioni e le proposte finali, elaborate dai 'Tavoli' numero 10 e 11, sono da considerare il frutto di un lavoro interdisciplinare improntato al metodo del confronto tra esperti, studiosi, operatori e magistrati.

In tale contesto, non può neppure ignorarsi l'intervento legislativo in corso di elaborazione con il disegno di legge avente ad oggetto "Modifiche al codice penale, al codice di procedura penale e all'ordinamento penitenziario", contenente pure deleghe legislative per la modifica della disciplina delle misure di sicurezza e del ricovero presso REMS, che il 15 marzo 2017 è stato approvato da parte del Senato della Repubblica, ed è stato inviato alla Camera per la definitiva valutazione.

2. Le novità introdotte dalla L. n. 81 del 2014: una rilettura sul piano sistematico.

In materia di irrogazione ed esecuzione delle misure di sicurezza, appare opportuno enunciare in via sintetica le più rilevanti novità introdotte in seguito all'approvazione della citata L. n. 81 del 2014.

Nel confermare il divieto di nuovi accessi agli ospedali psichiatrici giudiziari e alla case di cura e custodia sul territorio nazionale, la L. n. 81 del 2014, ha innanzitutto stabilito il principio per cui il ricorso alle misure di sicurezza detentive, per il non imputabile, deve considerarsi la soluzione estrema e residuale cui ricorrere soltanto quando *“sono acquisiti elementi dai quali risulta che ogni misura diversa non è idonea ad assicurare cure adeguate e a fare fronte alla pericolosità sociale, il cui accertamento è effettuato sulla base delle qualità soggettive della persona e senza tenere conto delle condizioni di cui all'articolo 133, secondo comma, numero 4, del codice penale”*.

E' stato introdotto un termine massimo di durata per le misure di sicurezza, al precipuo fine di scongiurare "gli ergastoli bianchi" e nel presupposto che il prolungamento di una misura di sicurezza nel lungo periodo si rivela fonte di cronicizzazione, di irrigidimento sanzionatorio sterile e di marginalizzazione dell'individuo dal tessuto sociale; si è così stabilito 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. Per la determinazione*

della pena a tali effetti si applica l'articolo 278 del codice di procedura penale. Per i delitti puniti con la pena dell'ergastolo non si applica la disposizione di cui al primo periodo”.

Tali Residenze per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza (REMS) assumono connotazioni del tutto differenti rispetto agli OPG anche in forza dello specifico decreto del Ministero della sanità 1 ottobre 2012 che ne ha disposto le caratteristiche tecnico-strutturali. Si tratta di strutture a gestione specificamente ed esclusivamente sanitaria, dirette da un responsabile medico che ne assume la direzione sanitaria ed amministrativa, con ridotta capienza di posti letto, al massimo di venti, ove si svolgono attività terapeutico-riabilitative per gli ospiti in raccordo e coordinamento con i servizi psico-sociali territoriali.

La riforma ha, dunque, posto al centro del nuovo sistema i dipartimenti di salute mentale, divenuti titolari dei programmi terapeutici e riabilitativi allo scopo di attuare, di norma, i trattamenti in contesti territoriali e residenziali. Le REMS sono, pertanto, soltanto un elemento del complesso sistema di cura e riabilitazione dei pazienti psichiatrici autori di reato.

L'internamento in REMS ha assunto non solo, come si è anticipato, il carattere della eccezionalità, ma anche della transitorietà: il Dipartimento di salute mentale competente, infatti, per ogni internato deve predisporre, entro tempi stringenti, un progetto terapeutico-riabilitativo individualizzato, poi inviato al giudice competente, in modo da rendere residuale e transitorio il ricovero in struttura.

Corollario rilevante della nuova direzione terapeutica e riabilitativa attribuita all'istituto dal legislatore è il principio della territorialità del ricovero e, quindi, determinante in ogni decisione riguardo alla assegnazione e trasferimento del degente, come espressamente previsto nell'articolo 3-ter, comma 3, lettera c) del decreto-legge 22 dicembre 2011, n. 211.

Il legislatore del 2014, ha ritenuto di introdurre una nuova disciplina riguardante le strutture sanitarie deputate alla tutela della salute mentale dei cittadini orientata a molteplici scopi: da un lato a favorire l'integrazione dell'operato dei giudici della cognizione e di sorveglianza con le strutture dei Dipartimenti di salute mentale e delineare un modello di assistenza improntato da un lato a modelli variegati; dall'altro lato, ad escludere che al centro del sistema si pongano le Residenze per l'esecuzione delle misure di sicurezza.

L'art. 1 del D.l. n. 52 del 2014, nel testo risultante dal procedimento di conversione di cui alla L. n. 81 del 2014, prevede che *"le regioni, senza nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica, nell'ambito delle risorse destinate alla formazione, organizzano corsi di formazione per gli operatori del settore finalizzati alla progettazione e alla organizzazione di percorsi terapeutico-riabilitativi e alle esigenze di mediazione culturale. Entro il 15 giugno 2014, le regioni possono 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 (le REMS) e di destinare le risorse alla realizzazione o riqualificazione delle sole strutture pubbliche".*

3. L'attività istruttoria svolta dal CSM.

Allo scopo di verificare il concreto impatto sul sistema giudiziario delle nuove disposizioni in materia di superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari, il CSM, per il tramite della Sesta Commissione, ha ritenuto opportuno avviare un'articolata attività istruttoria che si è sviluppata lungo una duplice direttrice:

- per un verso è stata curata l'audizione del Commissario Unico dott. Franco Corleone, nominato dal Governo con DPCM del 19 febbraio 2016 per provvedere in via sostitutiva, in luogo delle Regioni Calabria, Abruzzo, Piemonte, Toscana, Puglia e Veneto, alla realizzazione di programmi al fine di garantire la chiusura degli ex ospedali psichiatrici giudiziari e il tempestivo ricovero presso le competenti Residenze per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza (REMS) delle persone ancora ivi internate e di quelle sottoposte a misura di sicurezza;

- per altro verso, sono state richieste informazioni agli uffici giudiziari sugli effetti dell'entrata in vigore della disciplina in materia di superamento degli OPG.

3.1 L'audizione del Commissario dott. Corleone.

Nel corso della disposta audizione istruttoria il Commissario Unico ha preliminarmente rappresentato che, in quel momento, le persone ancora internate in una detenzione illegale ed in attesa di essere inserite nelle REMS di competenza territoriale erano complessivamente 25 e che due risultavano essere gli OPG ancora funzionanti, quello di Montelupo Fiorentino (con 12 persone internate) e quello di Barcellona Pozzo di Gotto (con 13 persone internate).

Ha riferito, altresì, che rispetto alla relazione semestrale erano state aperte altre due REMS, una in Calabria ed una in Piemonte, ipotizzando la definitiva chiusura degli ultimi due OPG entro il termine di scadenza del suo mandato.

Sul piano delle criticità il Commissario ha innanzi tutto segnalato il carattere provvisorio di molte delle attuali REMS, nel senso che la loro localizzazione e le relative strutture non presentano il carattere della definitività.

Ha poi rimarcato l'esigenza di una maggiore omogeneità, sul piano organizzativo e strutturale, tra le REMS presenti nelle diverse Regioni, rinvenendosi allo stato sensibili differenze sul piano delle capacità di accoglienza. Si passa, infatti, da strutture con un numero particolarmente esiguo di posti letto disponibili (ad es. Trieste e Udine con soli due posti) a strutture, come quella di Castiglione delle Stiviere, che conta ben 160 posti. E in relazione a tale aspetto ha sottolineato come la presenza di REMS caratterizzate da numeri così elevati rappresenti una criticità, essendo forte il rischio della riproposizione delle vecchie logiche della struttura psichiatrica manicomiale.

Ha poi evidenziato l'esigenza del rispetto del principio della territorialità, auspicando la rigorosa osservanza della regola secondo la quale le persone devono essere ospitate nelle strutture che ricadono nella loro Regione di provenienza. Su questo specifico punto, peraltro, ha sottoposto all'attenzione del Consiglio alcuni elementi di problematicità, sul piano applicativo del principio, segnatamente derivanti dall'assenza di chiare e puntuali previsioni normative rispetto a persone senza fissa dimora ovvero entrate irregolarmente all'interno del Paese.

Da ultimo, sul piano delle criticità riscontrate, ha segnalato un'eccessiva presenza all'interno delle REMS di persone sottoposte a misure di sicurezza provvisorie (attualmente il 40% delle persone presenti nelle strutture sono destinatarie di provvedimenti applicativi di misure di sicurezza detentive provvisorie), peraltro con sensibili differenze tra le diverse Regioni sul numero di richieste applicative. Ciò, ha spiegato il Commissario, ha determinato problemi di saturazione delle strutture e di gestione delle liste d'attesa che inevitabilmente vengono così a formarsi, con il crescente rischio dell'ineseguibilità delle misure stesse.

Da qui l'esigenza che le richieste di ricovero nelle REMS rappresentino sempre un'estrema ratio, contenendone l'applicazione alle persone per le quali le misure di sicurezza alternative alla detenzione non possano essere assolutamente praticabili, nonché la necessità di un maggior coordinamento tra tutti i soggetti istituzionali interessati (Autorità governative, Regioni, Magistratura) allo scopo di garantire un tendenziale trattamento uniforme sul territorio nazionale.

Si deve dare atto che il Commissario Unico ha recentemente depositato la nuova relazione relativa al periodo 19 agosto 2016 -19 febbraio 2017 nella quale si precisa che sono stati chiusi gli OPG di Napoli Secondigliano, Aversa, Reggio Emilia, Montelupo Fiorentino, mentre per Barcellona Pozzo di Gotto la chiusura è prossima. Al momento gli internati presenti in OPG in una detenzione illegale sono 6 ma al massimo entro il 21 marzo verrà trovata una sistemazione dignitosa. In ogni caso la chiusura avverrà contestualmente all'apertura di un secondo modulo presso la REMS di Caltagirone prevista il 15 maggio. Sono state aperte le REMS a Nogara in Veneto, Barete in Abruzzo, San Maurizio Canavese in Piemonte, Genova Pra in Liguria, Carovigno in Puglia, Santa Sofia d'Epiro in Calabria ed è in fase adattamento quella di Empoli in Toscana.

Nelle medesima relazione, inoltre, a fronte delle criticità riscontrate, il Commissario ha affermato, in ottica propositiva, che occorrerebbe definire la natura delle REMS, che a suo parere dovrebbero essere luoghi solo per prosciolti con misura di sicurezza definitiva, nonché prevedere a una revisione delle misure di sicurezza. Riguardo questo profilo ha confermato che le liste d'attesa per l'ingresso nelle REMS, soprattutto per misure di sicurezza provvisorie disposte dai GIP, rimane un problema assai delicato. Ha poi sottolineato che il passaggio al Servizio Sanitario della competenza delle strutture per l'esecuzione delle misure di sicurezza detentive mantiene dei profili di delicatezza per il sommarsi delle esigenze della cura e del controllo, con conseguente necessità, tra l'altro, di una migliore definizione delle responsabilità tra psichiatra e magistrato.

Da ultimo, nella richiamata relazione, ha ribadito che il principio di territorialità insieme al numero chiuso devono costituire il cardine del funzionamento terapeutico delle REMS, segnalando altresì la necessità di un forte coordinamento per il monitoraggio sulle REMS, con poteri di controllo sulle assegnazioni dei pazienti e sul funzionamento delle strutture.

3.2 - Informazioni pervenute dagli uffici giudiziari

Come già anticipato, il CSM ha ritenuto opportuno richiedere informazioni agli uffici giudiziari sugli effetti dell'entrata in vigore della disciplina in materia di superamento degli OPG e, segnatamente, sul rapporto tra le esigenze degli uffici e le disponibilità dei posti nelle REMS esistenti nei rispettivi territori, su eventuali inconvenienti nell'esecuzione dei provvedimenti applicativi di misure di sicurezza detentive provvisorie o dei provvedimenti definitivi di applicazione di tali misure, nonché sull'esistenza di *best practices* ovvero di eventuali intese raggiunte o protocolli stipulati con le amministrazioni al fine di favorire la soluzione dei problemi correlati all'esecuzione delle predette misure.

Per esigenze di sintesi non è possibile riportare integralmente la molteplicità di informazioni pervenute dai diversi uffici interessati, pur dovendosi dare atto che le problematiche evidenziate dalla maggior parte degli uffici attengono, principalmente, alla carenza di posti presso le nuove strutture REMS, con inevitabile formazione di liste di attesa per l'accettazione di nuovi pazienti e conseguente dilatazione dei tempi di esecuzione delle misure disposte; alla collocazione territoriale di alcune REMS, negativamente incidente sulla possibilità per le forze dell'ordine di intervenire tempestivamente nell'ipotesi in cui uno o più internati pongano in essere atti aggressivi o si diano alla fuga; all'individuazione dei soggetti deputati ad assicurare il trasferimento degli internati dalla Rems ai Presidi Sanitari Territoriali; nonché alla inadeguatezza della sorveglianza interna ed esterna alle strutture.

Numerosi uffici giudiziari si sono attivati, al di là dello specifico espletamento delle competenze giurisdizionali attribuitegli dalla legge, per fronteggiare le criticità riscontrate.

In linea generale, molti uffici hanno stipulato protocolli operativi con le amministrazioni interessate per approntare prassi condivise tra la Magistratura e gli operatori REMS al fine di favorire la soluzione dei problemi correlati all'esecuzione delle misure di sicurezza.

Così, a titolo esemplificativo, nel distretto della Corte di appello di Catania il Presidente del **Tribunale di Catania** ha evidenziato che “il rapporto tra le esigenze di (quel) Tribunale e le disponibilità di posti nelle nuove residenze REMS esistenti nel circondario o, comunque, nel territorio del distretto, sono assolutamente insufficienti”.

A sua volta il Presidente del **Tribunale di sorveglianza di Catania** ha comunicato, tra l'altro, che in ambito distrettuale risulta operativa una sola REMS. sita a Caltagirone con soli 20 posti letto a disposizione, già da tempo occupati con ammalati psichiatrici in principalità provenienti dalle vecchie strutture carcerarie abolite. Ha poi segnalato che “dalla mancanza di posti disponibili presso la REMS in questione e presso le restanti REMS costituite in ambito regionale, discendono tutte le più significative criticità riscontrate dalla magistratura di sorveglianza di Catania e Siracusa nella gestione delle misure di sicurezza applicate nei confronti degli ammalati psichiatrici. È capitato, invero in più casi, anche se numericamente contenuti, che il Magistrato di Sorveglianza si sia trovato nella

necessità di aggravare la misura di sicurezza della libertà vigilata presso comunità terapeutica, già applicata nei confronti di ammalati psichiatrici che si siano successivamente mostrati violenti e non rispettosi delle prescrizioni imposte, al punto da determinare la direzione della comunità terapeutica in questione a revocare la propria disponibilità ad ospitarli ed il DSM territorialmente competente ad invocare il ricovero presso la REMS, quale unica possibilità di trattamento. In questi casi, di disposto aggravamento della misura della libertà vigilata nel ricovero presso una REMS, il provvedimento preso dal Magistrato di Sorveglianza è rimasto nel concreto sempre ineseguito”. Evidenzia ancora il Dirigente che la conseguenza della mancanza di posti disponibili presso la REMS “è che vagano nel territorio ammalati psichiatrici gravi, violenti e socialmente pericolosi, per i quali è già stato disposto l'aggravamento della misura di sicurezza della libertà vigilata, cui erano sottoposti, nel ricovero presso le REMS, in attesa che si rendano disponibili posti presso le REMS medesime”.

Analoghi problemi di incapienza sono stati comunicati anche dal Presidente del **Tribunale di Caltagirone** il quale segnala, altresì, che “si sono verificati fatti di aggressioni a personale infermieristico alla REMS di Santo Pietro, sita in territorio di Caltagirone, nei mesi di luglio ed agosto 2015” nonché l'esigenza che “le strutture rispondano a tutti i requisiti di sicurezza previsti dalla normativa”. Tale situazione di problematicità è stata segnalata anche dal **Procuratore Generale presso la Corte di appello di Catania**, con particolare riguardo ad episodi di “allontanamento dalla struttura degli ospiti ivi ricoverati”.

Per quel che concerne il distretto dello Stretto, criticità vengono segnalate dal Presidente del **Tribunale di Sorveglianza di Messina** il quale riferisce che “a distanza di circa diciotto mesi dall'entrata in vigore della legge si ritiene che il rapporto tra esigenze dell'Ufficio e del Tribunale di Sorveglianza e disponibilità di posti nelle REMS regionali non sia adeguato per far fronte all'esecuzione tempestiva di misure di sicurezza detentive applicate per la prima volta in sede di appello ex art. 680 c.p.p., di accertamento ex art. 679 c.p.p. ovvero per effetto di aggravamento” e che “in questi diciotto mesi si sono registrati diversi casi in cui persone in regime di libertà vigilata o di licenza finale di esperimento sono state raggiunte da ordinanze di aggravamento e/o di revoca emesse dal Magistrato di Sorveglianza rimaste ineseguite (ovvero tardivamente eseguite) a causa della mancanza di posti nelle R.E.M.S. regionali”.

Quanto al distretto della Corte di appello di Lecce, criticità vengono evidenziate dal Presidente del **Tribunale di Sorveglianza di Lecce** il quale segnala che “fin da subito i magistrati di sorveglianza che si occupano di misure di sicurezza hanno segnalato criticità nella gestione degli internati, legate da un lato alla limitatezza del numero dei posti letto a fronte di un numero ben maggiore di misure di sicurezza detentive disposte, anche in via provvisoria, nei confronti di soggetti residenti nel territorio innanzi indicato, alcuni dei quali provenienti da OPG; dall'altro al disposto normativo, secondo il quale le Rems devono essere ad esclusiva gestione sanitaria interna ex art. 3 *ter* legge n. 9/2012”. In particolare il Dirigente sottolinea come “soggetti prosciolti per totale infermità di mente, che si trovavano a piede libero in attesa di giudizio restino liberi - nonostante sia stata ordinata la misura di sicurezza dell'Ospedale Psichiatrico Giudiziario in Rems - in attesa che si liberi un posto nella Rems di Carovigno, non potendo essere assegnati ad altra struttura in ossequio al principio della territorialità dell'esecuzione della misura di sicurezza” e come “soggetti detenuti a vario titolo, destinatari anche di misura di sicurezza detentiva, all'atto della scarcerazione, permangono in carcere, anche per periodi non brevi, in attesa che si liberi un posto nella Rems del distretto”. Ulteriori problematiche segnalate sono “la carenza di posti letto in Rems per le donne” ed il mancato coordinamento della normativa finalizzata al superamento degli OPG con la normativa contenuta nell'ordinamento penitenziario, fonte di difficoltà anche “nella individuazione dei soggetti deputati ad assicurare il trasferimento degli internati dalla Rems ai Presidi Sanitari Territoriali”.

Sempre sul profilo dell'incapienza si segnala, quanto al distretto della Corte di appello di Perugia, che il Presidente del **Tribunale di Sorveglianza di Perugia** ha comunicato che “nel territorio della Regione Umbria non esiste una struttura REMS”, sottolineando che tale criticità “ha fatto registrare qualche inconveniente nell'esecuzione dei provvedimenti di applicazione delle misure di

sicurezza in relazione alla individuazione, da parte delle competenti amministrazioni, della struttura presso la quale ricoverare i soggetti interessati”.

Analoghe criticità, sul piano delle capacità di accoglienza da parte delle strutture, sono state segnalate, nel distretto della Corte di appello di Salerno, dal Presidente f.f. della **Sezione GIP/GUP del Tribunale di Salerno** e dall'ufficio GIP/GUP del **Tribunale di Vallo della Lucania**, così come, nel distretto della Corte di appello di Venezia, dal Presidente del **Tribunale di Sorveglianza di Venezia**, dal Presidente della Prima sezione Penale del **Tribunale di Venezia**, dal Presidente del **Tribunale di Padova** e dall'ufficio GIP del **Tribunale di Vicenza**.

In particolare, il Presidente del **Tribunale di Sorveglianza di Venezia** ha evidenziato come “il rapporto tra le esigenze degli Uffici di Sorveglianza del Veneto e la disponibilità di posti presso l'unica REMS istituita nel distretto, cioè quella di Nogara (VR) sia in grave sofferenza”, che “sin dalla sua apertura, il numero di posti ridotto a disposizione nella struttura ha dato luogo a notevoli problematiche relative alla formazione di liste di attesa per l'accettazione di nuovi pazienti” e che oltre a tali criticità “altra rilevante problematica ha riguardato la questione relativa alla competenza degli organi di polizia da onerare del servizio di scorta in caso di trasferimento degli internati in luogo esterno di cura”.

Nel distretto della Corte di appello di Bari particolare allarme desta la segnalazione del **Procuratore Generale presso la Corte di appello di Bari** il quale, dopo aver rappresentato che in tutta la Regione Puglia operano due REMS, per un totale di 38 posti, ha evidenziato la limitatezza del numero di posti disponibili presso le strutture rispetto alle esigenze degli uffici e le condizioni di rischio derivanti “dalla presenza sul territorio di soggetti autori anche di gravissimi reati di sangue che affetti da patologie psichiatriche anche valutate di alta pericolosità non sono stati ricevuti da alcuna REMS per indisponibilità di posti una volta recuperata la piena libertà”.

Quanto al distretto della Corte di appello di Firenze, il **Procuratore Generale** di Firenze rimarca, tra l'altro, come dalle relazioni trasmesse dai Procuratori della Repubblica del distretto sia emersa “l'esistenza di una sorta di situazione blocco laddove, da un lato, la regola della territorialità... impone che la misura sia eseguita nella regione di residenza; mentre, dall'altro, l'indisponibilità di un sufficiente numero di posti nelle strutture esistenti nel territorio toscano impedisce di procedere all'applicazione della misura, rimasta in diversi casi ineseguita per non breve tempo”.

Riguardo poi al distretto della Corte di appello di Ancona, si rappresenta che i Presidenti dei **Tribunali di Ancona e Pesaro** hanno segnalato criticità in ordine alla limitata disponibilità di posti nella REMS marchigiana e conseguentemente in ordine alla tempistica di esecuzione dei provvedimenti di applicazione di misure di sicurezza. Inoltre, il Presidente del **Tribunale di Sorveglianza di Ancona**, ha evidenziato criticità sia in relazione alla collocazione territoriale della REMS, negativamente incidente sulla possibilità per le forze dell'ordine di intervenire tempestivamente nell'ipotesi in cui uno o più internati pongano in essere atti aggressivi o si diano alla fuga, sia in relazione alla totale mancanza di sorveglianza esterna.

Per quanto riguarda l'Ufficio del **Tribunale di sorveglianza di Bologna** si segnala che, nell'esecuzione dei provvedimenti applicativi di misure di sicurezza detentive definitive, dall'apertura della REMS “Casa degli Svizzeri” si sono verificati tre allontanamenti di internati, dei quali due ne corso di licenze con accompagnamento da parte di operatori. Tutti gli internati allontanatisi sono stati successivamente rintracciati e riaccompagnati in struttura. Problematiche operative si ravvisano, ad esempio, per quanto riguarda i trasferimenti degli internati nei luoghi esterni di cura. Di prassi, per quanto riguarda la REMS di Bologna, i trasferimenti *ex art. 11 L.P.* verso luoghi esterni di cura vengono fatti con l'accompagnamento del personale sanitario se l'internato si trovi in fase di compenso psichico. Nei casi problematici, come quando si debba effettuare un T.S.O. nei confronti di un internato, sono stati raggiunti accordi tra i sanitari e la Polizia Penitenziaria riguardo l'effettuazione della scorta per gli internati.

Riguardo, infine, alle *best practices* ovvero raggiunte intese o stipulati protocolli con amministrazioni pubbliche per favorire la soluzione dei problemi di esecuzione delle anzidette misure, sempre da Bologna si è segnalato che si è operato, nell'ottica della piena attuazione dei principi cardine della L. n. 81/2014. Invero, in piena collaborazione e sinergia con il personale medico della REMS e come si cooperi nell'ottica della

massima attuazione dei programmi terapeutico/riabilitativi nei confronti degli internati, ad esempio, mediante la frequente e rapida concessione di licenze trattamentali per gli internati. E' inoltre in fase di approvazione un Protocollo operativo, promosso dalla Regione Emilia Romagna, tra Magistratura (di sorveglianza e di cognizione) dei distretto, OSM ed UEPE, al quale si sta lavorando da diversi mesi, per approntare prassi condivise tra la Magistratura, gli operatori REMS e DSM, nonché attuare un proficuo confronto interdisciplinare in materia di misure di sicurezza per persone affette da problemi psichici.

Quanto al distretto partenopeo, il Presidente del **Tribunale di Napoli** ha segnalato che, laddove si sia manifestata l'esigenza di ricovero in REMS il Collegio o il giudice procedente, stante la difficoltà derivante dalla assoluta inesistenza di REMS e, comunque, avuto riguardo al distretto, la mancanza di qualsivoglia comunicazione al riguardo da parte degli organi competenti, hanno proceduto con modalità diverse: in alcuni casi si è richiesto al perito che provvedeva all'accertamento sulla pericolosità del soggetto (trattandosi di professionisti che operano sul territorio ed hanno contezza della situazione e delle caratteristiche delle strutture) anche l'indicazione della struttura più idonea al trattamento delle eventuali patologie. In altri casi l'indicazione è stata richiesta al carcere, ove il soggetto era detenuto in precedenza o al servizio di igiene mentale competente per territorio, e, comunque, i ricoveri sono stati effettuati in strutture situate fuori circondario o addirittura fuori Regione. In tal modo, nei pochissimi casi verificatisi, (ne sono stati indicati solo sette) si è sopperito alla mancanza di un'organica rete di comunicazione in ordine alla consistenza (caratteristiche, dislocazione, capienza etc.) delle strutture nel territorio di competenza dei Tribunale.

Il Presidente del **Tribunale di Santa Maria Capua Vetere** ha sottolineato con riferimento alle criticità che da subito si è evidenziata una insufficienza dei posti disponibili presso le strutture istituite nel circondario del Tribunale (Roccaromana-Statigliano, Marzanello e Mondragone), la quale ha determinato in fase esecutiva la stasi del procedimento di concreta attuazione del presidio cautelare, talvolta per diversi mesi, sino al momento in cui le singole strutture hanno comunicato l'intervenuta disponibilità di posti. Si è riscontrato in molti casi che la indisponibilità di posti era determinata dall' avvenuto ricovero presso le predette strutture di soggetti provenienti dal circondario di altri Tribunali. Si rappresenta che in alcuni casi tali criticità hanno riguardato procedimenti concernenti gravi delitti contro la persona (ad esempio, omicidio) commessi da soggetti altamente pericolosi.

Al fine di favorire la soluzione dei problemi di esecuzione delle misure di sicurezza presso strutture di nuova istituzione, il Tribunale di S. Maria C.V. ed in particolare l'ufficio GIP ha tempestivamente intrapreso e coltivato contatti con i responsabili a diversi livelli, regionali e provinciali, dei Dipartimenti di Salute Mentale, al fine di acquisire informazioni sui percorsi terapeutici cui erano assoggettati gli indagati e/o imputati, specie ai fini delle determinazioni da assumere in punto di scelta della misura di sicurezza da applicare.

Analoghi problemi ha segnalato il **Tribunale di Napoli Nord**, evidenziando che nel 2016 sono stati adottati n. 7 provvedimenti di ricovero in REMS. Di questi, 2 casi, hanno presentato gravi criticità che tutt'ora persistono relativamente all'esecuzione della misura disposta dal Gip. Nei casi in oggetto non si è avuta la disponibilità da parte di alcuna residenza e le misure sono tutt'oggi ineseguite. Dalla documentazione che è stato possibile acquisire risulta che non è stato possibile allocare i soggetti, né nelle residenze distrettuali, né in altre situate fuori regione ed appartenenti ad altri distretti, per indisponibilità di posti liberi.

La Presidenza della **Corte di appello di Roma** ha evidenziato che, all'inizio di settembre 2016, a fronte di 541 persone ricoverate in esecuzione della misura di sicurezza (per circa la metà misure provvisorie), 219 erano in attesa (per la maggior parte - 150 - destinatari di misura provvisoria). Sono 28 gli istituti penitenziari che hanno realizzato le articolazioni. Per le carenze e i limiti delle risorse disponibili, è difficile fare fronte alle esigenze. I servizi territoriali delle ASL difficilmente riescono a coprire i bisogni dell'utenza e spesso non riescono a seguire agevolmente i pazienti anche a domicilio, né è sempre possibile istituire un servizio di reperibilità sulle 24 ore. L'esiguo numero di ore a disposizione degli specialisti dei servizi di salute mentale all'interno degli istituti comporta troppo spesso una presa in carico esclusivamente di tipo farmacologico. Vi è poi anche una carenza di strutture residenziali alternative.

Attualmente il problema più grave è rappresentato dall'esecuzione delle misure di sicurezza provvisorie: sottolinea il Presidente della Corte di Napoli che l'art. 206 del codice penale prevede che esse siano eseguite con il ricovero in OPG o in CCC e quindi nell'assenza di una diversa previsione i destinatari delle misure provvisorie sono indirizzati alle REMS. Ma la commistione all'interno delle REMS di soggetti in condizioni di salute e con posizioni giuridiche differenti tende a snaturare questa struttura come luogo di cura specificamente dedicato. Attualmente, per carenza di disponibilità di posti, sono molte le misure di sicurezza in attesa di esecuzione e questi casi purtroppo provano che non si riesce né a garantire la cura della malattia psichiatrica né ad assicurare la difesa sociale. Occorre considerare comunque che la collocazione dei soggetti con misura di sicurezza provvisoria in REMS non è coerente perché in assenza di diagnosi è comunque difficile predisporre un piano terapeutico di cura.

Molteplici sono le problematiche correlate alla gestione delle REMS ove spesso il personale medico e infermieristico non è preparato a gestire le problematiche attingiti all'esecuzione della pena e non è affiancato da personale della polizia; questo comporta la difficoltà ad affrontare gli eventi critici con ricorso spesso a mezzi di contenzione. La carenza di posti e la disomogeneità dei pazienti ricoverati comporta la difficoltà di assicurare risposta ai bisogni specifici di alcune categorie deboli tra i deboli (donne, stranieri senza fissa dimora).

Con riferimento alle *best practices* ovvero raggiunte intese o stipulati protocolli o amministrazioni pubbliche per favorire la soluzione dei problemi di esecuzione delle anzidette misure, si sottolinea che presso la Regione Lazio il 25 luglio 2016 è stato istituito, come previsto dall'art. 7 dell'Accordo adottato in Conferenza Unificata 26 febbraio 2015, il Tavolo tecnico per la gestione condivisa del paziente internato e l'individuazione con Protocollo di modalità e procedure, al quale hanno preso parte i magistrati di sorveglianza del Lazio, i magistrati del sottogruppo "tavolo OPG", il Provveditore regionale dell'Amministrazione penitenziaria, gli Uffici per l'Esecuzione Penale Esterna, i responsabili delle REMS del Lazio, i direttori di Dipartimento sul cui territorio insistono le REMS e il Referente regionale per la gestione del flusso dei dati riguardanti i pazienti REMS del Lazio.

Anche il Presidente del **Tribunale di Roma** evidenzia che l'impossibilità di dare esecuzione all'ordinanza applicativa della misura di sicurezza per indisponibilità di posti determina, in entrambe le situazioni descritte, gravi criticità. In particolare, è stato osservato che, nel caso in cui l'internando sia libero, il ritardo nell'esecuzione della misura di sicurezza espone a gravi pericoli la collettività o specifiche vittime di reato, indicando la casistica un'alta percentuale di reati contro la persona quale titolo giustificato delle misure di sicurezza. A queste situazioni non è possibile porre rimedio in alcun modo, non potendo ovviamente essere commutata in misura custodiale una misura di sicurezza per l'incompatibilità dei presupposti applicativi di quest'ultima (gravi indizi di reato) con quelli richiesti per l'adozione della misura cautelare (gravi indizi di colpevolezza). Nei casi di misure di sicurezza da eseguire nei confronti di persone già detenute in carcere, a fronte della revoca dell'ordinanza applicativa della misura cautelare, viene meno il titolo giustificativo della detenzione, tale non potendo essere l'ordinanza applicativa della misura di sicurezza, dovendo questa essere eseguita nelle REMS.

Nell'assenza di riferimenti normativi, la prassi seguita presso gli uffici giudiziari romani e, in particolare presso l'Ufficio GIP, è quella di avviare subito un'interlocuzione con il DAP per una sollecita individuazione della REMS, nel frattempo trattenendo l'indagato/imputato in carcere, eventualmente adottando un nuovo provvedimento, dando conto della ineseguitabilità della misura di sicurezza e dell'impossibilità di sostituirla con misura di sicurezza non detentiva, e richiedendo, nelle more del trasferimento in REMS, l'assegnazione dell'internando ad un istituto o una sezione speciale per infermi e minorati psichici. Questa soluzione che, in assenza di riferimenti normativi, pare l'unica idonea a realizzare un accettabile compromesso tra le primarie esigenze di tutela di salute dell'internando e quelle, altrettanto fondamentali, di tutela della collettività, è tuttavia frutto di un'elaborazione interpretativa che fonda su argomenti non solidissimi e, comunque, non

risolutivi della questione costituita dall'assenza di un titolo idoneo a legittimare la protrazione della detenzione in carcere.

Anche la **Procura della Repubblica presso il Tribunale di Sondrio** ha sottolineato la problematicità nella individuazione di collocazioni nelle REMS ed ha predisposto un protocollo per il coordinamento degli interventi giudiziari, sanitari e di ordine pubblico relativi a pazienti psichiatrici coinvolti in vicende giudiziarie, anche con la finalità di affrontare alcune delle problematiche conseguenti all'entrata in vigore della disciplina che ha previsto il superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari.

La **Procura della Repubblica presso il Tribunale di Busto Arsizio** ha individuato come buone pratiche, quelle di creare una rete di protezione e di collaborazione che sia di supporto per scelte che, fuori da un contesto di rete, non sarebbero praticabili; di realizzare una collaborazione di rete nel circondario di Busto Arsizio, per garantire sistematicità a prassi virtuose già in parte sperimentate e che hanno dato piena prova di sé attraverso l'attivazione di un tavolo di lavoro sulla tematica coordinato attraverso l'Organismo di coordinamento per la salute mentale; e di perseguire la condivisione ed integrazione di risorse e saperi per gestire al meglio le problematiche giudiziarie, quelle di ordine pubblico, e quelle di assistenza sanitaria in vista del superamento di alcune criticità legate alla mancanza di coordinamento.

Il **Tribunale di Sorveglianza di Brescia** comunica che ancora oggi l'ingresso degli internati avviene secondo un sistema di liste d'attesa non codificato e già segnalato come non legittimo dalla Magistratura di Sorveglianza del distretto alla Procura Generale di Brescia e alla Procura della Repubblica di Mantova, che comporta la tardiva esecuzione dei provvedimenti dell'A.G. che ha disposto l'applicazione della misura di sicurezza anche di alcuni mesi. Nelle more dell'esecuzione del provvedimento dell'A.G. l'interessato permane nel territorio e eventualmente in carcere.

4. Problemi e questioni aperte sul piano applicativo e interpretativo.

Come si è visto, i mesi da poco trascorsi sono stati segnati dal non facile processo di progressivo spopolamento dei due ultimi OPG ancora attivi sul territorio nazionale, quello di Barcellona Pozzo di Gotto e quello di Montelupo Fiorentino. Conclusasi con successo questa fase, occorre rilevare che sono sorte, sui territori regionali, numerose REMS le quali, dunque, hanno prodotto una certa offerta di posti letto per la cura e la riabilitazione degli autori di reato non imputabili in regime di misura di sicurezza detentiva.

Due processi di massima si sono peraltro sovrapposti lungo l'intero quinquennio che va dall'approvazione della L. n. 9 del 2012, ad oggi: per un verso la creazione di nuove REMS (provvisorie) ha costituito una risposta alle esigenze di trattamento degli infermi di mente autori di reato, non più ricoverabili negli OPG e nelle Case di cura e custodia; per l'altro, tuttavia, il sorgere delle Residenze ha posto una complessa congerie di problemi applicativi e sistematici che di seguito si elenca.

E' emerso, in primo luogo, il tema dell'applicabilità delle norme dell'ordinamento penitenziario alle nuove istituzioni le quali, peraltro, sono contraddistinte dalle tre caratteristiche introdotte dall'art. 3-bis del D.l. 211 del 2011, convertito in legge, con modificazioni, dalla L. n. 9 del 2012, ovvero: esclusiva gestione sanitaria all'interno della struttura; sicurezza perimetrale, ma solo ove necessaria in relazione ai soggetti ricoverati; presa in carico dei soggetti provenienti dal territorio ove le REMS sono ubicate. Strettamente connesse sono le questioni concernenti la individuazione dei soggetti abilitati a curare il trasferimento temporaneo degli internati dalle REMS presso strutture sanitarie esterne di cura.

Di tutta evidenza è apparso, poi, lo squilibrio numerico tra i posti disponibili presso le strutture residenziali e le richieste di disponibilità provenienti dalle autorità giudiziarie competenti, problema aggravato dalla circostanza che presso le REMS, strutture chiaramente finalizzate ad ospitare soggetti destinatari di misure di sicurezza detentive nella fase esecutiva, sono stati destinati sempre

più frequentemente persone sottoposte ad indagini soggette all'applicazione di misure in via provvisoria.

Si sono posti problemi applicativi di non agevole soluzione con particolare riferimento al tema del computo e degli effetti del termine di durata massima del ricovero in REMS.

Si è, altresì, aperto il dibattito sulla natura delle posizioni di garanzia del personale medico e degli operatori che prestano servizio nelle stesse REMS.

In generale, si è manifestato il rischio che le REMS possano costituire una sorta di replica degli ospedali psichiatrici giudiziari e delle case di cura e custodia, eventualmente riproponendone le contraddizioni in termini di funzione sociale e dubbia capacità di adempiere a funzioni terapeutiche e al contempo di contenimento della pericolosità sociale del soggetto non imputabile.

5. Le prospettive per la magistratura ordinaria.

La dottrina costituzionalistica e autorevoli studiosi di materie penalistiche, nonché i contributi offerti dalla psichiatria forense, hanno gradatamente posto in evidenza le esigenze di fondo cui il sistema dovrebbe uniformarsi affinché la magistratura giudicante e di sorveglianza possa contribuire all'evoluzione dell'intero ambito applicativo delle misure di sicurezza e al trattamento del infermo di mente autore di reato.

In primo luogo, vi è condivisa consapevolezza che il magistrato giudicante debba poter disporre di un ventaglio di plurime soluzioni applicative adatte al caso di specie, così da poter impostare la risposta trattamentale del prosciolto non imputabile sin dal momento del giudizio, in modo adeguato alle esigenze del singolo. In particolare, perché ciò possa accadere, risulta opportuno che gli Uffici giudicanti di primo grado mantengano un rapporto costante di collaborazione, scambio di informazioni e conoscenza capillare della rete dei servizi di salute mentale che fanno capo al Dipartimento di Salute Mentale (DSM), cui la L. n. 833 del 1978, assegna la responsabilità di prevenzione cura e riabilitazione dei problemi di salute psichica.

La conoscenza aggiornata delle soluzioni offerte dai servizi consente, infatti, al giudice la possibilità di indirizzare il non imputabile ad un programma terapeutico adeguato al caso singolo; di poter plasmare il contenuto delle misure di sicurezza sin dal momento della pronuncia nel processo penale; di rispettare il fondamentale collegamento tra il tessuto territoriale di provenienza dell'infermo di mente autore di reato e l'esecuzione della misura di sicurezza nei suoi confronti; ed ancora, di prendere in considerazione il ricorso alla misura di sicurezza detentiva, cioè diversa dalla libertà vigilata, solo quando essa si appalesi l'unica soluzione utile e praticabile e non quando essa appaia, meccanicisticamente, la via più immediata per la neutralizzazione della sua carica di pericolosità.

Tale esigenza di adeguata e capillare conoscenza delle risorse e delle soluzioni offerte dai servizi di salute mentale sul territorio non è soltanto necessaria per evitare che, nelle REMS, si realizzi, nei fatti, una replica del grande internamento cui si è assistito sotto la piena vigenza degli istituti di cui artt. 219 e 222 c.p., ma anche perché l'autonomia regionale ordinaria e speciale ha determinato un panorama assai variegato di strutture per l'esecuzione delle misure di sicurezza personali coercitive.

Vi sono state Regioni, infatti, che hanno celermente operato per l'istituzione di un numero significativo di posti letto nelle REMS provvisorie, come non sono mancate Regioni che hanno inteso realizzare il massimo dell'integrazione dei servizi territoriali dando vita a modelli di REMS di capacità contenitiva minima o persino elastiche e flessibili (il modello delle c.d. REMS "a tenda mobile" di cui si trova testimonianza in Friuli Venezia Giulia); infine, vi sono realtà del tutto peculiari che, sulla scorta di pregresse esperienze e sperimentazioni, pongono in essere un sistema di REMS ad alta intensità terapeutica, organizzate in moduli (tale modello è riscontrabile, sostanzialmente, a Castiglione delle Stiviere).

Connessa alle esigenze che la magistratura di cognizione mantenga un costante rapporto informativo con il sistema dei servizi di salute mentale diffuso sul territorio, si presenta altresì

l'opportunità di ribadire, da parte del CSM, di insistere sui programmi di formazione intensi e sistematici, in piena collaborazione con la Scuola superiore della magistratura.

Nel passato triennio le iniziative formative della Scuola sono state numerose e sono risultate di grande valore e utilità, poiché hanno consentito di condurre a fondo lo studio dei modelli di trattamento dell'infermo di mente autore di reato, i rapporti interdisciplinari tra i diversi saperi scientifici coinvolti, lo scambio di esperienze nell'esercizio della giurisdizione; quest'ultimo si è rivelato, in particolare, di vitale importanza in una fase di evoluzione del sistema e della disciplina legislativa della materia.

Nei limiti delle rispettive competenze, dunque, il Consiglio superiore prospetta l'opportunità di dare seguito ai progetti di formazione permanente in sintonia e raccordo con i programmi della Scuola superiore della magistratura, all'insegna dei seguenti criteri, eventualmente suscettibili di confluire nelle prossime linee di indirizzo con le quali il governo autonomo della magistratura contribuisce all'implementazione della funzione formativa della Scuola superiore:

- a) apporto ai corsi e ai moduli formativi da parte di esperti non giuristi così da creare il fertile scambio interdisciplinare che risulta decisiva nella materia in questione;
- b) apertura e destinazione dei corsi e dei programmi ai giudici della cognizione oltre che alla magistratura di sorveglianza;
- c) proiezione delle esigenze della conoscenza dei servizi di salute mentale presenti sul territorio tra le priorità organizzative cui far fronte da parte degli Uffici giudicanti, con particolare riguardo all'ipotesi di programmi di coordinamento e protocolli di intesa da stipulare tra i capi degli uffici dei Tribunali, oltre che dai Presidente dei Tribunali di sorveglianza, con i direttori dei Dipartimenti di salute mentale.

Di rilevante interesse è, a giudizio di questo Consiglio, che la magistratura di cognizione possa altresì contare su saldi progetti di formazione concernenti l'impiego e il ricorso ai consulenti del giudice in materia di imputabilità del soggetto, di natura e caratteristiche del disturbo mentale, di rapporto eziologico tra questo e il reato commesso, di valutazione prognostica di recidiva (generica o specifica), infine del margine di apprezzamento, da parte del consulente o del perito, del problematico predicato della pericolosità.

Recenti studi e gli stessi esiti del Tavolo n. 11 degli Stati generali dell'Esecuzione penale, richiamano l'opportunità di ripensare attentamente le modalità di formazione dei quesiti da parte del magistrato al consulente: ciò sia al fine di cogliere la natura del disturbo mentale e quindi del vizio di mente dell'infermo autore di reato, sia per non delegare impropriamente alla scienza psichiatrica funzioni, statuizioni o formule predittive che lo statuto scientifico di quella materia di studio non considerano di propria spettanza.

È noto, peraltro, che proprio l'impiego non sempre efficace dei quesiti peritali amplifica il fenomeno dei c.d. "cripto-imputabili", ovvero di quei soggetti che, pur vivendo l'esperienza del disturbo mentale, non sarebbero da considerare propriamente non imputabili e dovrebbero, eventualmente, soggiacere alla sanzione penale ordinaria per il reato connesso e veder protetto e tutelato il loro "bisogno di cure", in sede di esecuzione penale ordinaria.

6. Il tema delle misure di sicurezza provvisorie.

Profilo che assomma in sé molti dei rilievi dianzi sviluppati, risulta esser quello del ricorso alla disciplina di cui all'art. 206 c.p., il quale prevede l'applicazione delle misure di sicurezza in via provvisoria.

Sotto il regno degli ospedali psichiatrici giudiziari, tale istituto era una delle fonti primigenie di ingresso nel sistema delle misure di sicurezza detentive e, non di rado, dava inizio ad un processo di "manicomializzazione" che preludeva ad una forte cronicizzazione, a prolungati ricoveri e, in taluni casi, ai c.d. "ergastoli bianchi".

L'intervento del legislatore del 2014 si presenta particolarmente chiaro nell'intento di scongiurare simili effetti di cronicizzazione in un orizzonte normativo mutato in punto di trattamento dell'autore

di reato non imputabile. In particolare, ciò si evince dalla ricomprensione della misura di sicurezza provvisoria tra quelle da irrogare solo quale *extrema ratio*. Tale statuizione del legislatore si deve, verosimilmente, alla consapevolezza che la misura di sicurezza provvisoria, irrogata allo stato degli atti e con una conoscenza limitata della storia personale e del profilo di salute dell'imputato, ne determina l'attrazione nel circuito delle misure di sicurezza detentive e quindi nelle REMS che non può presentare le caratteristiche idonee al recupero e alla cura del suo stato psicofisico.

Inoltre, il ricovero provvisorio, *ex art. 206 c.p.*, in REMS prelude, in genere, ad una permanenza non breve nella struttura giacchè i sanitari, verosimilmente, devono prendere i primi contatti con l'imputato inviato nella residenza spesso senza poter contare su un piano terapeutico individuale, o su un progetto di cura e *recovery*, organicamente delineato.

Infine, i tempi di esecuzione della misura di sicurezza detentiva (e in particolare il suo protrarsi) saranno certamente influenzati dall'andamento, dalle sorti e dai ritmi del processo, il che può non sempre costituire una variabile positiva per gli sviluppi del disagio o del disturbo mentale dell'interessato.

A ciò deve aggiungersi che, come spesso denunciato dai responsabili e degli operatori delle strutture, il successo dei piani terapeutici dei ricoverati a titolo definitivo richiede un percorso di riabilitazione lento ed equilibrato, in un contesto emotivamente stabile, ordinato ed armonico. L'inserimento, spesso improvviso, di soggetti affetti da disturbi in fase acuta – tale da giustificare la adozione di una misura di sicurezza – in una ristretta comunità di degenti, ha talvolta l'effetto di farne saltare gli equilibri consolidati, così nocendo al progresso del loro cammino terapeutico.

Sotto il profilo pratico, poi, come si è visto l'utilizzazione delle REMS per l'esecuzione di misure di sicurezza provvisorie costituisce il principale motivo di insufficienza dei posti disponibili, con la creazione di consistenti liste d'attesa.

Non può, d'altra parte, legittimarsi la prassi – frutto della impossibilità pratica di provvedere altrimenti, in presenza di tale insufficiente disponibilità di posti – per cui soggetti ritenuti non imputabili, provenienti da misura cautelare custodiale, vengano trattenuti in carcere in una detenzione illegittima e priva di giustificazione costituzionale. Né la soluzione d'altra parte può essere l'alternativa di mantenere i soggetti di cui sia stata accertata la pericolosità in regime di libertà totale, per fin troppe evidenti ed ovvie ragioni di tutela della sicurezza sociale.

Sono probabilmente maturi i tempi per una revisione legislativa complessiva di tutti gli istituti espressivi della finalità securitaria anticipatrice, in primo luogo la stessa declinazione dei concetti fondativi di personalità della responsabilità penale e di vizio di mente, e le conseguenze in termini di specifiche previsioni di intervento e cura.¹

¹ A tale proposito si deve dare atto che il testo del disegno di legge intitolato "Modifiche al codice penale, al codice di procedura penale e all'ordinamento penitenziario", approvato il 15 marzo 2017 al Senato prevede la formulazione di delega al Governo per la revisione della disciplina delle misure di sicurezza personali secondo i seguenti principi e criteri direttivi: revisione della disciplina delle misure di sicurezza personali ai fini della espressa indicazione del divieto di sottoporre a misure di sicurezza personali per fatti non preveduti come reato dalla legge del tempo in cui furono commessi; rivisitazione, con riferimento ai soggetti imputabili, del regime del cosiddetto «doppio binario», prevedendo l'applicazione congiunta di pena e misure di sicurezza personali, nella prospettiva del minor sacrificio possibile della libertà personale, soltanto per i delitti di cui all'art. 407, comma 2, lettera a), del codice di procedura penale e prevedendo comunque la durata massima delle misure di sicurezza personali, l'accertamento periodico della persistenza della pericolosità sociale e la revoca delle misure di sicurezza personali quando la pericolosità sia venuta meno; revisione del modello definitorio dell'infirmità, mediante la previsione di clausole in grado di attribuire rilevanza, in conformità a consolidate posizioni scientifiche, ai disturbi della personalità; previsione, nei casi di non imputabilità al momento del fatto, di misure terapeutiche e di controllo, determinate nel massimo e da applicare tenendo conto della necessità della cura, e prevedendo l'accertamento periodico della persistenza della pericolosità sociale e della necessità della cura e la revoca delle

D'altra parte, in attesa che una complessiva riforma sia attuata, con riferimento alla generalità del settore normativo, od anche solo riguardo alla applicazione provvisoria delle misure di sicurezza prevista dall'art. 206 c.p., ed in assenza di auspicabili strutture specifiche ed autonome cui destinare i soggetti pericolosi nel corso dell'accertamento processuale della imputabilità e pericolosità, dentro o fuori degli istituti penitenziari, il Consiglio ritiene di esprimersi nel senso che la magistratura di cognizione possa auspicabilmente prestare particolare riguardo alle modalità, alla ricorrenza, alle finalità ed ai presupposti dell'irrogazione della misura di sicurezza provvisoria.

Rileva considerarne, in particolar modo, gli effetti potenziali sia sul funzionamento complessivo delle REMS attive sul territorio, sia sulle sorti di recupero e sul beneficio trattamentale che ne possa derivare al soggetto imputato. A tale riguardo, si ribadisce l'opportunità che, proprio nell'orientare le scelte e le decisioni circa la misura di sicurezza non definitiva, gli Uffici della cognizione possano contare su uno spettro, il più possibile ampio, di soluzioni applicative, proprio grazie ad una piena sinergia con la rete dei servizi di salute mentale operanti sul territorio; ciò garantirebbe la possibilità di ricorrere a misure provvisorie di gradata intensità e che possano contare sull'integrazione dell'imputato nelle attività di tutela e riabilitazione fornite da servizi dipartimentali, con regimi di prescrizione che corredino eventualmente la misura della libertà vigilata o, comunque, misure meno incisive della libertà personale dell'imputato.

Sul tema, è significativo che in data 15 marzo 2017 sia stato approvato il disegno di legge dal titolo Modifiche al codice penale, al codice di procedura penale e all'ordinamento penitenziario, a seguito della presentazione di un emendamento governativo, in cui è previsto il conferimento di delega legislativa al Governo per la riforma della disciplina dell'esecuzione delle misure di sicurezza, secondo il seguente criterio: "tenuto conto dell'effettivo superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari e dell'assetto delle nuove residenze per l'esecuzione delle misure di sicurezza (REMS), previsione della destinazione alle REMS prioritariamente dei soggetti per i quali sia stato accertato in via definitiva lo stato di infermità al momento della commissione del fatto, da cui derivi il giudizio di pericolosità sociale, nonché dei soggetti per i quali l'infermità di mente sia sopravvenuta durante l'esecuzione della pena, degli imputati sottoposti a misure di sicurezza provvisorie e di tutti coloro per i quali occorra accertare le relative condizioni psichiche, qualora le sezioni degli istituti penitenziari alle quali sono destinati non siano idonee, di fatto, a garantire i trattamenti terapeutico-riabilitativi, con riferimento alle peculiari esigenze di trattamento dei soggetti e nel pieno rispetto dell'articolo 32 della Costituzione".

La norma sembra, dunque, partire dall'apprezzabile considerazione della eterogeneità delle necessità di trattamento e ricovero per i soggetti per i quali sia stato accertato in via definitiva lo stato di infermità al momento della commissione del fatto, da cui derivi il giudizio di pericolosità sociale, rispetto a coloro per i quali l'infermità di mente sia sopravvenuta durante l'esecuzione della pena, degli imputati sottoposti a misure di sicurezza provvisorie e di tutti coloro per i quali occorra accertare le relative condizioni psichiche. Il legislatore riserva in via di principio ai primi l'utilizzo delle REMS per l'esecuzione della misura definitiva, mentre i secondi sembrerebbero destinati al trattamento terapeutico riabilitati presso le sezioni degli istituti penitenziari alle quali sono destinati.

Tale soluzione appare in via di principio conforme alle esigenze, anche in questa sede manifestate, di garantire funzionalità terapeutica alle nuove istituzioni attraverso un regime di fisiologica stabilità e continuità, evitando internamenti contingenti e transitori di individui in fase di sofferenza acuta, e scongiurando che riacquistino una ricettività indifferenziata che rischia di

misure quando la necessità della cura o la pericolosità sociale siano venute meno; previsione, in caso di capacità diminuita; abolizione del sistema del doppio binario e previsione di un trattamento sanzionatorio finalizzato al superamento delle condizioni che hanno diminuito la capacità dell'agente, anche mediante il ricorso a trattamenti terapeutici o riabilitativi e l'accesso a misure alternative, fatte salve le esigenze di prevenzione a tutela della collettività.

scolorarne le specificità di residualità trattamentale e riabilitative che l'impianto riformatore gli ha cercato di attribuire per superare la fase dell'internamento indifferenziato e spersonalizzate degli OPG. Inoltre essa realizzerebbe l'effetto pratico di sdrammatizzare il problema della eccedenza della domanda di posti rispetto all'offerta.

Attraverso un adeguato trattamento individualizzante all'interno dell'istituzioni carcerarie, il sistema, perciò, sarebbe comunque in grado di soddisfare le esigenze di riabilitazione dei soggetti ritenuti affetti da infermità e pericolosi, nel rispetto del loro diritto alla cura. Sennonché, come si è visto, l'effettività di tale soluzione è condizionata dalla idoneità delle sezioni penitenziarie ad offrire simile trattamento. La realtà nota agli operatori, purtroppo, è nel senso della sostanziale inesistenza, allo stato, di contesti penitenziari in cui siano offerti regimi di trattamento differenziato indirizzati alla osservazione, alla cura ed alla riabilitazione effettive di individui affetti da infermità psichica. Il sistema penitenziario non sembra invero godere delle risorse necessarie, né il legislatore, pur palesando intenzioni condivisibili, appare seriamente intenzionato a predisporle, considerato che alle norme da ultimo citate, nel testo di legge approvato, fa seguito la immancabile clausola di invarianza finanziaria per cui i decreti legislativi di cui al comma 16 sono adottati, senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica.... I relativi schemi sono trasmessi alle Camere, corredati di relazione tecnica che dia conto della neutralità finanziaria dei medesimi.

Inevitabilmente, nell'attuale condizione di limitatezza delle risorse del sistema penitenziario, tale disposizione prelude alla sostanziale disapplicazione dell'impianto normativo descritto, con la stabilizzazione e riduzione a fisiologia della ipotesi – subordinata nell'enunciazione normativa – di indifferenziata destinazione alle REMS di tutti gli individui autori di reato affetti da patologia, indipendentemente dalla circostanza che si trovino in fase di osservazione, di esecuzione della pena o abbiano subito la irrogazione provvisoria o definitiva della misura di sicurezza.

Soluzione, questa, che, come si è già visto, rischia di vanificare buona parte del portato innovativo della riforma in fase di faticosa attuazione.

7. Formazione, organizzazione e funzionamento degli uffici di sorveglianza.

Occorre, da ultimo, rilevare che molte delle incertezze applicative e dei problemi interpretativi originatisi in forza dello stratificarsi della legislazione primaria nel corso degli anni recenti, sono stati brillantemente affrontati e risolti dalla magistratura di sorveglianza italiana.

Gli uffici di sorveglianza hanno infatti assecondato e talvolta anche favorito il processo di umanizzazione del trattamento dell'infermo di mente autore di reato. Si deve, infatti, alla rete degli uffici di sorveglianza l'incessante opera di sviluppo di prassi virtuose, di confronti culturali aperti e profondi, di gestione di singole, delicate questioni, che hanno costellato la lunga fase di transizione dal superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari al nuovo sistema trattamentale fondato sulla L. n. 81 del 2014.

Il Consiglio, pertanto, si limita a ribadire alcune delle acquisizioni cui si è pervenuti nel corso del quinquennio appena trascorso, facendole proprie e proponendone l'estensione applicativa, ove possibile, a tutti gli Uffici di sorveglianza:

- a) L'esigenza di una costante integrazione funzionale, ai fini della gestione di tutte le misure di sicurezza per il non imputabile, tra ufficio di sorveglianza, Dipartimenti di salute mentale e sue unità operative complesse, direzione delle REMS, Ufficio per l'esecuzione penale esterna (UEPE).
- b) Il seguito dei processi di formazione costante, direttamente rivolti alla magistratura di sorveglianza, con particolare riguardo alle più rilevanti questioni interpretative ancora aperte circa il nuovo sistema di esecuzione delle misure di sicurezza e, in particolare: la gestione del termine di durata massima della misura ai sensi della citata disciplina della l. n. 81 del 2014; il problema delle conseguenze derivanti dalla violazione delle prescrizioni imposte in costanza di libertà vigilata al non imputabile sottoposto a misura di sicurezza; i limiti di applicabilità (anche in via analogica ed estensiva) della disciplina dell'Ordinamento penitenziario alle REMS.

- c) La valorizzazione del ruolo del Presidente del Tribunale di Sorveglianza nella definizione di una disciplina regolamentare valida per le REMS operanti sul territorio, sulla base del principio di differenziazione, dal momento che occorre prendere atto della variegata natura di Residenza presenti sul territorio nazionale.

Alla luce di tali argomenti, il Consiglio

delibera

l'adozione delle presenti direttive, disponendone la trasmissione di copia – per quanto di rispettiva eventuale ulteriore competenza – al Ministro della giustizia, al Comitato direttivo della Scuola superiore della magistratura ed ai Dirigenti degli Uffici giudiziari interessati, per la diffusione ai Magistrati ivi in servizio.”

Parte terza

Interventi sulla rubrica Fuoriluogo de *il manifesto*

La chiusura degli Opg e il processo di realizzazione della riforma ha animato un intenso dibattito dottrinale giuridico e di cronaca.

La rassegna stampa è sterminata e la si può ricavare dai siti indicati in bibliografia. In questa parte del volume si è preferito presentare una selezione di interventi ricavata dalla rubrica Fuoriluogo de *il manifesto*, che indicano un filo rosso di interpretazione della questione senza ambiguità e con coerenza politica e culturale.

Le misure di sicurezza, un fossile da cancellare

La presentazione della ricerca sulle misure di sicurezza nell'articolo di Franco Corleone e Katia Poneti.

27 novembre 2019

Si presenta oggi a Firenze in Consiglio regionale una ricerca sulle misure di sicurezza, dal titolo significativo di Archeologia criminale. Si è trattato di esplorare istituti arcaici, ma ancora utilizzati, del nostro sistema penale, destinati a gestire la cosiddetta "pericolosità sociale".

Previste dal Codice penale del 1930 con lo scopo di contenere gli autori di reato considerati portatori di un certo livello di "delinquenza" o dichiarati "incapaci di intendere e volere", le misure di sicurezza costituiscono uno degli ambiti più delicati su cui intervenire nella prospettiva di riformare il nostro ordinamento penale e penitenziario. Purtroppo le proposte di riforma elaborate dagli Stati Generali dell'esecuzione penale nel 2015-2016 sono rimaste lettera morta. Una sorte comune ad altri temi qualificanti come il diritto all'affettività.

Il sistema resta quello del 1930, per quanto reso meno autoritario dai numerosi interventi della giurisprudenza, e con le uniche, pur rilevantissime, modifiche legislative che hanno portato alla chiusura degli Ospedali psichiatrici giudiziari (Leggi 9/2012 e 81/2014), sostituiti dalla libertà vigilata a scopo terapeutico e dalle misure di sicurezza detentive da scontare all'interno delle REMS.

Nonostante questi passi avanti il sistema continua a generare gli effetti per i quali era predisposto: sia le misure psichiatriche che quelle ordinarie, pur essendo teoricamente diverse nei presupposti e nella funzione, portano entrambe all'internamento. Questo risultato non è più accettabile in un ordinamento che afferma come propri principi il diritto alla salute per i pazienti psichiatrici e la finalità risocializzatrice della pena per i condannati. L'Ufficio del Garante per i diritti delle persone private della libertà personale della Regione Toscana ha ritenuto di togliere il velo che copre la questione irrisolta delle misure di sicurezza attraverso uno studio del loro funzionamento attuale.

La ricerca sulle misure di sicurezza per imputabili e non imputabili si è incentrata su due luoghi significativi, la Rems di Volterra e la Casa lavoro di Vasto, nella quale sono internati più del 40% dei soggetti per i quali è in

esecuzione la misura della casa di lavoro a livello nazionale.

Si sono esaminati i fascicoli degli internati presenti, i reati commessi, le caratteristiche socio-economiche, le motivazioni delle proroghe: ne emerge un quadro di una popolazione internata non giovane, proveniente da contesti di povertà economica e culturale, che resta invischiata nel circuito delle misure di sicurezza per il micidiale meccanismo delle proroghe, e con poche opportunità reali di uscirne. Insieme al paradosso di una casa di lavoro in cui manca il lavoro. Nel caso degli imputabili il "doppio binario" può portare a scontare di fatto una pena doppia: prima la pena comminata in sentenza, poi la misura di sicurezza, per un tempo quasi senza fine.

Una soluzione più limpida sarebbe quella di utilizzare lo strumento delle misure alternative, un affidamento terapeutico; per questo occorre colpire alla radice il "doppio binario" e ribadire che la responsabilità (anche affievolita) è terapeutica.

La proposta che emerge dal nostro studio è quella dell'abolizione delle misure di sicurezza per i soggetti imputabili, mentre per le misure psichiatriche si suggerisce l'abolizione nell'ambito di una riforma complessiva del Codice penale, che elimini la non imputabilità e responsabilizzi anche i soggetti con patologia psichiatrica, dando nello stesso tempo gli strumenti e gli spazi per la cura.

La ricerca condotta da Giulia Melani e Evelin Tavormina e gestita dall'AVP si inserisce in un percorso di approfondimento di molti anni. Rappresenta un patrimonio di riflessione teorica e offre un quadro di dati elaborati in modo raffinato che consentono scelte di riforma.

La follia fuori dal carcere, la sentenza della Consulta

Andrea Pugiotto commenta la sentenza della Corte Costituzionale sulla Salute mentale.

24 aprile 2019

Non sempre e non per tutti la vita è una cosa meravigliosa, anzi. I suoi imprevedibili tornanti possono far uscire di strada, precipitando nel binomio follia-reato. Accade al "reo folle": imputabile, dunque processato e condannato al carcere, colpito da sopravvenuto disturbo mentale incompatibile con la detenzione. Se gravato da una pena superiore ai quattro anni, il suo è un destino kafkiano indirizzato lungo un binario morto.

Gli ospedali psichiatrici giudiziari finalmente non esistono più, sostituiti da residenze sanitarie riservate però alla cura dei non imputabili socialmente pericolosi (i "folli rei"). Misure alternative come il differimento della pena o la detenzione domiciliare gli sono egualmente precluse, in ragione della loro formulazione testuale o per come correntemente interpretate. Né la recente riforma penitenziaria ha risolto il problema, lasciando colpevolmente inattuata sul punto la legge di delega. Non resta che trattenere il "reo folle" dietro le sbarre, in apposite articolazioni psichiatriche del carcere, se e laddove esistano, in una situazione di regresso trattamentale e di sostanziale privazione di tutela giurisdizionale, nel timore di un definitivo gesto autolesionistico o nello stordimento di un letargo farmacologico. Vite di scarto, direbbe Foucault, che si sono ormai giocate – de jure e de facto – «la loro libertà, la loro sventura, spesso la loro morte, in ogni caso il loro destino».

È, questo, uno sbarramento legislativo incostituzionale, che acuisce la «condizione di duplice vulnerabilità» del "reo folle". Assurge a trattamento «contrario al senso di umanità», amplificando «la sofferenza che la condizione carceraria inevitabilmente impone di per sé a tutti i detenuti». Nega il «paradigma culturale e scientifico nel trattamento della salute mentale, che può riassumersi nel passaggio dalla mera custodia alla terapia». Pregiudica ulteriormente il diritto alla salute, che vale per il malato psichico come per il malato fisico. Così si legge nella sentenza costituzionale n. 99, depositata alcuni giorni fa.

Spetta al legislatore rimediare al problema in esame, optando tra molteplici soluzioni possibili. Un tempo, tale discrezionalità sarebbe stata sufficiente a precludere l'intervento, altrimenti politico, della Corte costituzionale. Oggi non più, dopo il cambio di stagione che ha investito la sua giurisprudenza in

materia penale. Oggi le è consentito pronunciarsi nel merito di simili questioni, purché siano ravvisabili nell'ordinamento «soluzioni già esistenti, ancorché non costituzionalmente obbligate», atte a rimediare alla violazione di diritti fondamentali, assicurandone così una tutela effettiva e immediata.

Nel caso in esame, la soluzione è indicata nell'istituto della detenzione domiciliare umanitaria, prevista dal codice penale in deroga a quella ordinaria. Spetterà al giudice decidere se il "reo folle" debba essere trasferito fuori dal carcere (qualora non ricorrano prevalenti esigenze di sicurezza pubblica), dove trasferirlo (anche in luoghi pubblici di cura, assistenza e accoglienza), come limitarne la libertà d'azione (a garanzia della sicurezza individuale, familiare e collettiva). La detenzione domiciliare – rammenta la Corte – è una modalità di esecuzione della pena, non una sua alternativa. Ha dunque da essere individualizzata «caso per caso» e monitorata «momento per momento» da parte del giudice, garante di una pena che deve mirare al recupero sociale e non può mai tradursi in trattamenti inumani o degradanti.

In tempi di populismo penale, venato da cicliche nostalgie custodiali per la malattia mentale, la Consulta si conferma così un'isola della ragione, onorando al meglio il proprio ruolo.

Chiusura degli Opg, garante e CNB sulla via della riforma

Francesco Muser scrive sul parere del Comitato Nazionale di Bioetica su Salute mentale e carcere.

3 aprile 2019

Cose inaspettate accadono in un Paese quotidianamente ricco di odio e devastato dalla propaganda. Il 27 marzo è stata presentata la relazione del Garante nazionale delle persone detenute e private della libertà personale che ha svelato la crisi drammatica del carcere, con un sovraffollamento che colpisce dignità e diritti. Il capitolo sulla salute mentale nel circuito penale denuncia la vasta disapplicazione della legge 81 del 30 maggio 2014 in quanto si è diffusa l'errata convinzione che le Residenze per l'esecuzione delle misure di sicurezza abbiano sostituito meccanicamente "i desueti e inadeguati Ospedali psichiatrici giudiziari". "Troppe volte si cade in questo equivoco", si precisa.

Il Garante afferma con nettezza che insisterà per la valorizzazione e la applicazione della riforma "nella piena consapevolezza che si tratta di favorire un processo culturale complesso che eviti di risolvere il tema dell'infermo di mente autore di reato, riducendolo all'esigenza di aumentare i posti letto di degenza nelle Rems e di fronteggiare una presunta, crescente domanda di ospedalizzazione". Su questa linea si è mosso anche il Consiglio Superiore della Magistratura con una delibera del 24 settembre 2018 in cui si invitano i magistrati della cognizione e quelli di sorveglianza a considerare residuale il ricorso alla misura di sicurezza detentiva e a ben valutare i proscioglimenti per incapacità di intendere e volere e la pericolosità sociale.

Nel 2017 si è realizzata una vera rivoluzione, la chiusura degli Opg, gli orrendi manicomi criminali e si rivela davvero pernicioso la nostalgia per l'istituzione totale da parte di alcuni magistrati di sorveglianza e da parte del Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria; per l'approfondimento di questi aspetti rimando alla rubrica di Francesco Maisto pubblicata sul manifesto il 30 gennaio 2019.

Il 22 marzo è stato approvato l'ultimo parere del Comitato Nazionale di Bioetica, disponibile sul sito ufficiale, proprio su "Salute mentale e assistenza psichiatrica in carcere". Ci sono riflessioni approfondite, dati, proposte per replicare a leggende metropolitane che vengono propalate sulla rete e sui giornali in maniera irresponsabile.

Il CNB era già intervenuto nel 2013 sul tema della salute in carcere (La salute

dentro le mura) ma ha ritenuto urgente esprimere un nuovo parere (approvato all'unanimità), in presenza di una grave criticità per la tutela della salute mentale, nell'ambito della salute generale delle persone in carcere.

Il documento analizza in modo approfondito il valore della riforma che ha portato alla chiusura degli Opg e lamenta i ritardi normativi che dovrebbero favorire la cura non in stato di detenzione sia dei "rei folli" (le persone condannate al carcere e colpite da disturbo psichiatrico grave), sia dei "folli rei" (le persone prosciolte dalle accuse per vizio di mente e sottoposte a misure di sicurezza). Lamenta il CNB: "L'eredità dell'Opg è ancora viva sia sul piano concreto, per la sorte tuttora incerta delle varie tipologie di malati psichiatrici che affollavano questi istituti; sia soprattutto sul piano culturale, nel persistere della vecchia visione del malato psichiatrico quale soggetto di per sé pericoloso, e dunque da contenere più che da curare".

Le raccomandazioni finali sono particolarmente pregnanti: si chiede una incisiva riforma delle misure di sicurezza per limitare il ricorso alla misura di sicurezza detentiva e si afferma che "in coerenza con la finalità terapeutica delle Rems, occorre limitare il ricovero ai soggetti nei cui confronti viene applicata una misura di sicurezza detentiva definitiva".

In conclusione, il CNB invita a riconsiderare la legislazione speciale del "doppio binario" presente nel Codice Rocco di imputabilità/non imputabilità per le persone affette da disturbo mentale che compiono un reato.

Rems, criminale è la nostalgia del manicomio

*Francesco Maisto scrive sulle REMS e sulle sirene del ritorno al passato.
30 gennaio 2019*

Quando qualche autorevole magistrato di sorveglianza evoca un manicomio giudiziario come Castiglione delle Stiviere “all’avanguardia per quanto riguarda trattamenti e terapie...un errore non coltivare quell’esperienza”, nel presente clima culturale e politico di reistituzionalizzazione e ricarcerizzazione, bisogna proprio allarmarsi.

Così facendo si dimenticano i tanti trattamenti inumani, degradanti, violenti, osceni, strutturali ed illegali connaturati ai manicomi giudiziari, rimasti in larga parte “latrine” (secondo la qualificazione di Lombroso), come reso evidente dall’Indagine della Commissione parlamentare Marino sulle condizioni degli Opg.

La vecchia dottrina penalistica ed alienistica classificava gli autori di reato in rei-folli (i rei divenuti successivamente folli) e in folli-rei (i soggetti già folli che commettevano reati), tutti destinati alla discarica del manicomio giudiziario – poi ingentilito con l’ossimoro ospedale psichiatrico giudiziario – in cui gli internati erano marchiati da presunzioni giuridiche assolute di pericolosità sociale rivedibili a scadenze fisse, cancellate, dopo un lungo lavoro dalla Corte Costituzionale, dalla Legge Gozzini ed infine, dalla legge 81 del 2014. È vero che questa legge ha sancito la chiusura degli Opg, ma al contempo, ha previsto un termine per le misure di sicurezza detentive (prima indeterminate); ha espunto l’handicap sociale dai criteri di valutazione della pericolosità sociale; ha reso obbligatori i programmi terapeutici individualizzati e, solo in via subordinata, ha previsto l’istituzione di piccole strutture terapeutiche denominate REMS (Residenze per la esecuzione delle misure di sicurezza detentive psichiatriche), come uno degli esiti del proscioglimento per infermità o seminfermità mentale con ritenuta attualità della pericolosità sociale. Le REMS come strutture sanitarie e non penitenziarie, come strutture e non istituzioni totali, come strutture sicure non chiuse, strutture di gestione dell’aggressività e della fragilità, e non di contenzione e di trattamenti sanitari obbligatori, strutture temporanee. E dunque, non le REMS al posto degli Opg, secondo la diversa narrazione del Capo del DAP e di magistrati che aderiscono alle correnti psichiatriche istituzionalizzanti.

È vero che attualmente alcune centinaia di soggetti con patologie psichiatriche,

ritenuti pericolosi, sono in lista di attesa per una assegnazione alle REMS oppure illegalmente trattenuti nelle patrie galere, ma ciò non è certamente imputabile a carenze della legge, né all'insensibilità di tutte le Regioni.

Tante sono le omissioni che continuano a minare la completa e puntuale attuazione del trattamento penale degli infermi di mente. Le proposte degli Stati Generali non sono state recepite da questo Governo. In particolare, la mancata abrogazione dell'art. 148 del codice penale e la riduzione della possibilità di ricorrere a misure alternative, ha impedito la creazione di un sistema unitario con la possibilità di un adeguato trattamento in carcere. L'interlocuzione tra il sistema di giustizia penale ed il sistema dei servizi psichiatrici, auspicata dal Consiglio Superiore della Magistratura con due Risoluzioni precise e stringenti, non vede attivo un livello nazionale, ma è lasciata alle singole Regioni (sono stati prodotti protocolli solo in Emilia, Lazio, e a Brescia). Le prassi del DAP non sono cambiate rispetto a quelle praticate con la vecchia normativa. Non è stata attivata la Conferenza nazionale sulla salute mentale e l'Accordo Stato-Regioni del 26 febbraio 2015 non è stato ancora rivisto.

Non stupisce, dunque, se, in un clima politico "repressivo" e regressivo, riprenda vigore l'ipotesi di soluzioni istituzionalizzanti piuttosto che la scelta di un sistema incentrato sulla comunità.

La salute mentale fuori dal carcere

Daniele Piccione scrive sulla mancata riforma della salute mentale in carcere dopo la chiusura degli OPG.

23 gennaio 2019

Questa presente è una stagione crudele in cui domina il diritto penale dell'emotività. Esso alimenta equivoci. Il più pericoloso risiede nell'equazione tra certezza della pena ed esecuzione della misura privativa della libertà in carcere. Eppure, chi conosce il carcere per ragioni professionali o di studio sa che la pena intramuraria è criminogena. Determina spinte antitetiche rispetto al comando dell'articolo 27 della Costituzione, secondo cui le pene devono tendere alla rieducazione del condannato. La permanenza in carcere recide i legami sociali di appartenenza e indirizza alla recidiva. Questo banale rilievo trova un moltiplicatore severo nel volto che il carcere sta assumendo negli ultimi mesi. È allora inevitabile tornare a parlare della tragica amputazione del corpo di riforme del sistema penitenziario strozzate nella culla, pur dopo essere giunte a un passo da un varo che si attendeva da un quarantennio. Tra le pieghe dei decreti legislativi elaborati dalle Commissioni nominate dall'allora Ministro della Giustizia, vi era un ampio progetto di tutela della salute mentale delle persone sottoposte a pena.

Ed è proprio questa ad essere risultata la più dolorosa tra le soppressioni: quella ai danni di una riforma progressista per cui la migliore cultura giuridica si era spesa senza riserve, dall'indomani del 1978, in cui si abolirono gli ospedali psichiatrici provinciali, fino agli Stati Generali dell'esecuzione penale con cui si intendeva umanizzare e sviluppare la riforma dell'ordinamento penitenziario del 1975.

Di fronte ad una situazione disumana dimostrata dai dati relativi alla sofferenza psichica nelle carceri, si rivela dirompente e lancinante l'incompatibilità tra salute mentale e stato di cattività. Per sanare questa ferita, le Commissioni ministeriali avevano elaborato tre linee di intervento: il rinvio facoltativo della pena nei riguardi di persone affette da gravi infermità psichiche; l'ideazione di nuovi modelli di misure alternative terapeutiche non coercitive; la previsione di sezioni specializzate ad esclusiva gestione sanitaria, per i detenuti con infermità mentale sopravvenuta.

Sarebbe dovuta essere la riforma complementare e di definitivo perfezionamento, dopo la chiusura degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari. Ma un tratto di penna è bastato a vanificare uno slancio riformatore che aveva visto partecipi il Consiglio

Superiore della Magistratura, la psichiatria di territorio, autorevoli penalisti e costituzionalisti, una vasta rete di giudici di sorveglianza, intellettuali e operatori sociali uniti con l'avvocatura.

Per fortuna si profila, nelle prossime settimane, un'opportunità decisiva per rendere più umano il nostro trattamento penitenziario. La Corte Costituzionale si pronuncerà su una questione di legittimità, sollevata coraggiosamente dalla Corte di Cassazione, in materia di trattamento del detenuto che vive l'esperienza del disturbo mentale. Se la questione prospettata dai giudici di legittimità fosse accolta, si potrà estendere la misura alternativa della detenzione domiciliare in luogo di cura, già ammessa per coloro che soffrono di malattie fisiche, anche ai detenuti affetti da una grave infermità psichica. Si tornerebbe, così, alla preziosa e colta intuizione che fu di Franco Basaglia: non si può curare il disturbo mentale tra le mura delle istituzioni totali. Questa è soltanto una delle molte ragioni per cui guardare con speranza alla decisione della Corte Costituzionale attesa per il prossimo febbraio. In caso di accoglimento della questione, si incrinerebbe il dogma del "tutto dentro il carcere e niente fuori"; si dissiperebbero alcune tra le ombre più inquietanti che percorrono questo nostro inverno segnato dai venti securitari e dal ritorno al cieco sorvegliare e punire.

Rems, un patto tra Stato e Regioni

Raffaele Barone, Roberto Mezzina, Pietro Pellegrini scrivono sulla situazione delle REMS

15 novembre 2017

Il 24 ottobre il Coordinamento Nazionale delle Residenze per l'esecuzione delle misure di sicurezza (Rems) è stato ricevuto dal sottogruppo di lavoro del Ministero della Sanità e delle Regioni. Il coordinamento si è costituito con l'obiettivo di vigilare sulla piena realizzazione della legge 81/2014 e valorizzare le buone pratiche che in alcune regioni si sono avviate con la chiusura degli Opg e l'apertura delle Rems.

Il radicamento territoriale, in connessione con tutta la rete dei servizi, è forse il cambiamento più significativo. In questa prospettiva la Rems non sostituisce in alcun modo l'Opg, tanto che i criteri d'invio, l'accesso, la cura, la dimissibilità sono tutti elementi che nella legge 81 connotano in maniera innovativa le strutture che accolgono pazienti in misura di sicurezza detentiva (da considerare "residuale" rispetto ad altre forme di misura di sicurezza) e con le quali risulta inconciliabile il regolamento penitenziario dell'Opg. Ciò in una situazione in cui, purtroppo, il codice penale e il codice di procedura penale restano ancora inalterati: persiste il "doppio binario", il concetto di incapacità e di non imputabilità esclude "il folle reo" dal normale percorso giudiziario. La misura di sicurezza "detentiva", nonostante che le sentenze della corte costituzionale la abbiano parzialmente modificata, si basa sul riconoscimento della pericolosità. La persistenza dell'incapacità e della pericolosità come figure giuridiche di riferimento rafforza la contraddizione tra cura e custodia, già propria del manicomio civile. Una contraddizione che piuttosto che scomparire si trasforma in un equilibrio da gestire con intelligenza. Il clima dell'incontro è stato positivo con la disponibilità ad accogliere le proposte che dovranno essere confrontate anche con altri interlocutori, il Ministero della Giustizia e il Dipartimento Amministrazione Penitenziaria. È stata accolta la richiesta del Coordinamento di essere consultato su tutte le questioni che riguardano l'applicazione della legge 81/2014, così per la prima volta potranno aver voce in capitolo gli operatori che si trovano in prima linea a gestire una serie di contraddizioni e difficili equilibri tra i diversi poteri. Vi è stato accordo su quasi tutti i punti, in particolare quelli riferiti allo statuto della "persona con misura di sicurezza" (non più "internato"), con la scomparsa di ogni riferimento al regolamento penitenziario; su una visione del sistema di

accesso che vede la Rems come “soluzione residuale” rispetto alla prevenzione e alla messa in campo di alternative da parte dei Dipartimenti di Salute Mentale; alla visione stessa della Rems non come luogo chiuso in sé, ma come insieme di servizi che si integrano tra loro; sulla globalità del piano di cura e del “progetto terapeutico riabilitativo individuale” che comprende le uscite sul territorio per relazioni sociali e lavorative e non solo singoli permessi.

Si è fatto inoltre riferimento alla figura del garante delle persone private della libertà; alla facilitazione di un “cruscotto operativo regionale interistituzionale” con la Magistratura e il DAP, che eviti l’assegnazione casuale alle Rems e fornisca soluzioni alternative concordate; all’abolizione della precisazione sui livelli di sicurezza, all’esclusione dei sanitari da qualsiasi atto o pratica che non siano di rilevanza sanitaria e terapeutico-assistenziale. Gli esiti dell’incontro saranno discussi in una riunione sul tema che si terrà a Trieste il 17 novembre in occasione della conferenza internazionale “The right [and the opportunity] to have a [whole] life” (Trieste 15 – 18 novembre) promossa dal Dipartimento di Salute Mentale in collaborazione con l’OMS (www.triestementalhealth.org).

Opg, svelato l'imbroglio, la lotta continua

Stefano Cecconi scrive sul ritorno agli OPG.
21 giugno 2017

Non siamo riusciti a cancellare quel comma maligno (art. 1 comma 16 lettera d), che rischia di riportare in vigore le norme dei vecchi OPG, contenuto nella Legge "Modifiche al codice penale, al codice di procedura penale e all'ordinamento penitenziario" approvata alla Camera la settimana scorsa. Infatti, ponendo la questione di fiducia, il Governo ha impedito l'approvazione degli emendamenti che diversi deputati, della maggioranza e dell'opposizione, avevano presentato, accogliendo l'invito di StopOpg e di tutti coloro (più di duecento persone in 49 giorni) che hanno partecipato alla staffetta "IO Digiuno perché non devono tornare gli OPG".

Ma la discussione alla Camera, anche nelle posizioni espresse dal relatore, l'on. Ferranti e dal sottosegretario Ferri per il Governo, ha segnalato che la nostra mobilitazione ha colpito nel segno. Entrambi hanno ammesso che quella norma va in qualche mondo "disinnescata".

Ne sono una prova tangibile gli otto (ben otto) Ordini del Giorno approvati per condizionare l'attuazione della norma – ricordiamo che si tratta di una legge delega per la cui attuazione sono previsti decreti legislativi del Governo – sui quali abbiamo espresso un chiaro apprezzamento, e un ringraziamento alle/ai deputate/i che li hanno proposti.

Tra questi segnaliamo l'Ordine del Giorno presentato dal Presidente della Commissione Affari Sociali Marazziti, insieme al Presidente della Commissione Ambiente Realacci, che afferma testualmente: "limitare per casi eccezionali e transitori" il ricovero in Rems sia dei detenuti (con sopraggiunta malattia mentale o in osservazione) che delle persone con misure di sicurezza provvisoria. Questo è davvero importante: infatti quasi la metà delle presenze in queste strutture è con misura provvisoria, segnale (come ricorda l'ex Commissario Corleone) di un uso improprio e abnorme delle Rems, al punto che si è creata una lista d'attesa. Invece queste strutture dovrebbero essere "extrema ratio", come dichiara senza mezzi termini anche una recente delibera del Consiglio Superiore della Magistratura. L'Odg, come auspicavamo, afferma che il diritto alla salute e alle cure dei detenuti va garantito con un adeguato potenziamento delle sezioni di cura nelle carceri e attraverso misure alternative alla detenzione, e sempre con

la presa in carico da parte dei servizi di salute mentale delle Asl. Gli Ordini del Giorno, pur vincolanti e chiari, sono soggetti alla lealtà del Governo, e per questo abbiamo voluto incontrare il Presidente Marazziti per aprire un confronto con il Ministro. Chiederemo ai deputati e ai senatori che si sono impegnati, durante il dibattito in parlamento in difesa della riforma, di vigilare.

Questa vicenda ci conferma che per far vivere la grande conquista ottenuta con la chiusura dei vecchi manicomi giudiziari, è necessario mantenere alta l'attenzione sul processo di superamento della logica manicomiale, sulle criticità aperte, sull'esperienza delle Rems e sullo sviluppo delle pratiche di cura e riabilitazione che consentono l'adozione delle misure alternative alla detenzione, nello spirito della legge di Riforma 81/2014 e della stessa Legge 180. Per questo noi continueremo il Viaggio nelle Rems. E per questo chiediamo sia riconvocato l'Organismo nazionale di monitoraggio (composto da rappresentanti dei Ministeri Salute e Giustizia, di Regioni e Magistratura e che va aperto alla partecipazione delle associazioni impegnate sul tema e al neonato coordinamento delle Rems) e che venga istituita una cabina di regia nazionale e in ciascuna regione. Il Governo deve mantenere l'impegno a presentare subito la Relazione al Parlamento. La mobilitazione di stopOPG non si ferma.

Chiusi gli Opg, ora mai più manicomi

*Franco Corleone scrive sulla mobilitazione per non tornare agli OPG.
17 maggio 2017*

L'11 maggio 2017, l'ultimo internato del manicomio giudiziario di Barcellona Pozzo di Gotto ha lasciato la struttura infernale per antonomasia e ha trovato accoglienza in una comunità terapeutica di Modica.

Questa data ha un significato storico. Finalmente si è chiusa l'era dell'internamento nelle istituzioni totali per eccellenza e i tristi nomi di Aversa, Montelupo, Reggio Emilia, Secondigliano sono destinati alla memoria di un passato che non deve tornare. Anche Castiglione delle Stiviere dovrà percorrere la strada della riforma che ha deciso la chiusura degli Opg e l'abbandono della logica manicomiale.

L'Italia può essere orgogliosa di essere all'avanguardia in Europa e nel mondo; dopo la chiusura grazie alla legge 180 del manicomio civile, ora inizia la prova ancora più difficile della cancellazione dell'orrore del manicomio criminale.

La legge 81 del 2014 ha indicato un percorso che ora segna un punto di non ritorno. La rivoluzione gentile si è affermata in questi due anni e nonostante le resistenze e le incomprensioni di parti della magistratura, della psichiatria e dell'informazione e si è consolidata sulla base della passione, dell'impegno e dell'entusiasmo di tutto il personale che si è sentito protagonista di una bella avventura.

Purtroppo il Governo e il Parlamento invece di affrontare le criticità segnalate nelle relazioni della attività di commissario e quindi di mettere in campo una modifica radicale delle misure di sicurezza secondo le linee emerse nei tavoli degli Stati Generali del carcere e di cancellare le norme del Codice Penale ormai obsolete e in contrasto con la riforma, hanno lasciato passare nella discussione in Senato della legge delega sul processo penale e sull'Ordinamento penitenziario, un emendamento risibile che però ripropone a livello concettuale un ritorno indietro, configurando le Rems come nuovi Opg.

Immediatamente è scattata la mobilitazione perché questa vergogna fosse cancellata. Dal 12 aprile StopOpg ha organizzato un digiuno a staffetta che oggi è giunto al trentaseiesimo giorno con la partecipazione di oltre centocinquanta persone, tra cui deputati e senatori, psichiatri, operatori dei servizi, avvocati, giornalisti, militanti delle associazioni dei diritti civili e sociali. La catena durerà fino alla approvazione del provvedimento con la speranza della modifica di una

norma figlia della improvvisazione.

La Conferenza delle regioni ha espresso una netta opposizione; il CSM ha approvato una delibera che dà indicazioni ai magistrati perché la riforma sia implementata e non osteggiata e nel frattempo si è costituito un Coordinamento delle Rems per monitorare lo sviluppo delle buone pratiche attraverso la raccolta dei dati e lo scambio di esperienze.

Questa iniziativa dal basso sarà presentata domani, giovedì 18 a Bologna all'interno della Riunione Scientifica SIEP presso l'Aula Magna dell'Ospedale Maggiore.

La chiusura degli Opg ha rimesso in moto la discussione sulla salute mentale nel paese e sugli obiettivi da perseguire nei Dipartimenti, nelle Asl e nelle Regioni. Al centro della riflessione deve essere messo il tema della cura e delle alternative alla detenzione per i detenuti con patologie psichiatriche o con disturbi psichici o comportamentali.

È una partita che va affrontata e vinta per tutti i soggetti coinvolti e in tutti i luoghi della sofferenza. Una rivalutazione del sistema di welfare deve partire proprio dall'anello più debole, abbandonando le catene simboliche e materiali e riproponendo il principio che la libertà è terapeutica.

Diritti e dignità sono il fondamento della Costituzione ma si devono inverare nelle prassi quotidiane.

Opg, addio. Parola della Corte costituzionale

Stefano Cecconi e Franco Corleone.
29 luglio 2015

La scorsa settimana è stata pubblicata la sentenza della Corte Costituzionale che ha respinto per totale infondatezza il ricorso promosso dal Tribunale di Sorveglianza di Messina contro la legge 81 del 2014 sulla chiusura degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari. Veniva contestata la violazione di ben tredici articoli della Costituzione ed aveva come punto centrale la contestazione dell'accertamento della pericolosità sociale basato sulla base delle qualità soggettive della persona e senza tenere conto delle condizioni (cosiddette ambientali) di cui all'articolo 133, secondo comma, numero 4, del codice penale e inoltre la norma per cui "non costituisce elemento idoneo a supportare il giudizio di pericolosità sociale la sola mancanza di programmi terapeutici individuali".

La Consulta ha dunque affermato con nettezza la legittimità costituzionale della legge 81 sia nel procedimento legislativo sia nei contenuti e in particolare conferma che un malato povero, emarginato, senza casa o abbandonato dai servizi non può diventare, per questa ragione, socialmente pericoloso e finire in una istituzione totale per tutta la vita, come troppo spesso è accaduto in passato.

La storia degli ergastoli bianchi nasce proprio da questa giustizia di classe.

Si conferma e si rafforza così l'orientamento di quella che abbiamo definito una buona legge. Il tratto più interessante della nuova norma è di avere spostato il baricentro dai binomi prettamente manicomiali "malattia mentale/pericolosità sociale e cura/custodia" ai progetti di cura e riabilitazione individualizzati e all'affidamento al territorio. In particolare, confermando orientamenti espressi in fondamentali sentenze precedenti, la decisione della Corte ha stabilito che la regola deve essere l'esecuzione di una misura di sicurezza diversa dalla detenzione, ieri in Opg e oggi in una Residenza per l'esecuzione delle misure di sicurezza (Rems), salvo gravi situazioni ben fondate e motivate che devono costituire l'eccezione.

Ora non possono essere più accampati alibi da parte del Governo, delle Regioni e della Magistratura di Sorveglianza: sono ormai passati più di cento giorni dal 31 marzo, data stabilita dalla legge per la chiusura dei manicomi criminali, come abbiamo denunciato nel seminario di Firenze del 14 luglio. È ora di abbattere questo muro di illegalità. La situazione di centinaia di internati che

sono letteralmente sequestrati in strutture che non devono più esistere viola l'art. 13 della Costituzione che si esprime chiaramente sui modi di restrizione della libertà personale. Lo stato di diritto non può essere calpestato impunemente. L'associazione Altro Diritto ha raccolto 58 istanze di internati nell'Opg di Montelupo fiorentino in base all'art. 35bis dell'ordinamento penitenziario e rivolte al magistrato di sorveglianza competente per far cessare la violazione dei loro diritti. Viene dai pazzi una lezione di saggezza rispetto del principio dell'habeas corpus!

Il Governo deve immediatamente commissariare le regioni inadempienti che non stanno applicando la legge 81 e non hanno potenziato i Servizi per la salute mentale. Compito essenziale del movimento abolizionista è vigilare per impedire il risorgere di forme nuove della logica manicomiale che deve essere superata per sempre.

La sentenza del 24 giugno non dà adito a dubbi. Si aprono, come ha scritto efficacemente il costituzionalista Andrea Pugiotto, "contraddizioni, tanto inedite quanto feconde, al sopravvissuto sistema del doppio binario", sia pure a codice penale invariato. Ancora una volta la suprema magistratura indica un percorso per la piena realizzazione di una riforma di civiltà. I diritti, anche in questo caso, aspettano la politica.

Opg, le tante resistenze alla chiusura

Michele Passione scrive sulla chiusura degli OPG.
22 aprile 2015

Il prossimo 24 giugno la Corte Costituzionale deciderà sulla questione sollevata dal Tribunale di Sorveglianza di Messina, che lamenta la violazione di ben 13 articoli della Carta (e, tra essi, di 4 Principi fondamentali) ad opera della legge 81/2014, che prevede la chiusura degli Ospedali psichiatrici giudiziari. Le disposizioni censurate sono quelle secondo le quali la sola mancanza di un progetto di cura non può costituire motivo a sostegno del giudizio di pericolosità, nè che lo stesso può fondarsi sulla base di elementi inerenti le condizioni di vita individuali, familiari e sociali delle persone.

Non trattandosi di lettura "a rime obbligate", come si dice tecnicamente, ben potendosi dare un'interpretazione diversa e costituzionalmente orientata della norma denunciata come illegittima, si può confidare che la Consulta saprà proteggere la novella.

Infatti, la norma criticata dai Giudici siciliani riassegna alla Magistratura l'onere della decisione sul destino delle persone, quando non avvenga (come la legge peraltro impone di fare) una presa in carico da parte dei Servizi.

Quanto all'accusa di neo positivismo, derivante dal dimidiato parametro di valutazione della pericolosità, essa appare francamente risibile; la modifica introdotta dalla legge semplicemente tende ad impedire la coazione a ripetere la misura dell'internamento.

La ragione dell'attacco frontale è sempre la stessa, la cosiddetta sicurezza sociale. Regioni totalmente inadempienti come il Veneto, oppure orientate a scatenare un conflitto tra le diverse ed incompatibili esigenze di detenuti ed internati, come la Toscana; Comuni restii ad accogliere "i matti" sul territorio, secondo un'insopportabile logica nimby, psichiatri ossessionati dalla "posizione di garanzia", che temono accresciuta, magistrati autori di interpretazioni bizzarre. In mezzo a tutto questo, restano volti e nomi, finalmente restituiti a se stessi, ma che devono essere accompagnati verso la via di uscita e la liberazione da una condizione che per decenni li ha obbligati "a viver come bruti".

Di sicuro, il difficile viene ora. È necessario che la Magistratura comprenda fino in fondo che non può delegare ai periti un giudizio che le compete, e che l'Avvocatura sappia adempiere al suo ruolo di tutela dei diritti, con consapevolezza

e preparazione.

È indispensabile che il personale medico, tutto, si apra al bisogno di cura, abbandonando pratiche medioevali come la contenzione, massicciamente praticata, non solo negli Opg.

In prospettiva, ovviamente, bisognerà superare la logica del doppio binario, in nome della quale si è edificato un sistema di potere sul quale pochi hanno aperto gli occhi ed alzato la voce.

Come è emerso con chiarezza dalle Relazioni dei Ministri della Salute e della Giustizia, le persone ritenute non ancora dimissibili per ragioni connesse alla loro patologia sono meno di un centinaio; vien dunque da chiedersi a cosa serva, e a chi, prevedere una pluralità di strutture neo manicomiali, anche con l'ausilio del privato sociale, che nella loro parcellizzazione rischiano di ricreare un sistema che si vuole superare. Il modello Castiglione delle Stiviere, che con sapiente maquillage si appresta a proseguire gattopardescamente lo schema di asylum, non può diventare l'esempio da seguire, ed anzi va fortemente contrastata la pretesa di poter tuttora conciliare la cura con gli stessi strumenti del passato.

Territorio, inclusione, partecipazione, responsabilità, cura delle persone, non solo delle malattie, sono le coordinate di civiltà e di umanità su cui orientare il cammino che ci attende.

Contro l'orrore dell'Opg

*L'articolo di Giovanna del Giudice, Portavoce nazionale Forum Salute Mentale.
11 maggio 2011*

Lenzuola non sostituite per settimane, lezzo d'urina, tanfo e sporcizia ovunque, letti arrugginiti, in alcuni casi letti di contenzione con un foro nel mezzo per la caduta degli escrementi di internati legati per giorni: dopo la diffusione del video girato durante le visite del giugno-luglio 2010 nei sei Ospedali psichiatrici giudiziari dalla Commissione d'inchiesta per l'efficienza e l'efficacia del Sistema Sanitario Nazionale, preseduta dal sen. Marino, nessuno può più dire di non sapere. Nessuno può più dire di non conoscere l'orrore delle condizioni in cui versano più di 1400 persone, "gli ultimi", dacchè il manicomio criminale è prioritariamente contenitore della miseria e dell'abbandono. Il 19 aprile a Roma il Forum Salute Mentale e la Cgil nazionale, insieme a un cartello di molte altre associazioni, hanno lanciato la campagna Stopopg: per l'abolizione degli ospedali psichiatrici giudiziari. Per ribadire la inaccettabilità dell'istituto, sviluppare conoscenza, fare proposte, stimolare le istituzioni, denunciare quelle inadempienti. La presenza dell'Ospedale psichiatrico giudiziario, frutto di obsolete concezioni della malattia mentale e del sapere psichiatrico, conferma uno statuto speciale per il malato di mente e il permanere di un "doppio binario" per le persone con disturbo mentale che hanno commesso reato; mentre è consapevolezza diffusa tra gli operatori della psichiatria e del diritto che la incapacità totale di intendere e di volere, alla base dell'istituto, è evento assolutamente eccezionale e che di norma il disturbo mentale, anche grave e gravissimo, non è in grado di spegnere completamente la capacità della persona di aver coscienza di stare commettendo un reato. Il perdurare dell'istituto è soprattutto frutto di pratiche omissive e mancate assunzioni di responsabilità, in particolare dei Dipartimenti di salute mentale (Dsm): che non si fanno carico dei cittadini del loro territorio che hanno commesso un reato in modo da impedire la loro entrata in Opg proponendo percorsi alternativi o da avviare progetti di dimissioni di quelli/e internati/e. Di contro sono all'evidenza le esperienze di alcuni Dipartimenti di salute mentale che non hanno cittadini del proprio territorio negli Opg. Il che dimostra che, volendo, si può fare. L'emanazione del decreto del presidente del consiglio dei ministri (Dpcm) del 1 aprile 2008, che trasferisce la medicina penitenziaria dal Ministero della giustizia

a quello della sanità, prevede una serie di interventi gradualmente per il superamento dell'Opg. Il decreto è stato assunto da tutte le regioni in cui sono allocati gli Opg (tranne la Sicilia), che quindi sono diventate titolari della salute delle persone lì reclusi. Peraltro, contro le disposizioni del decreto, continuano il trasferimento in Opg di persone provenienti dal carcere e l'ammissione di persone in attesa di perizia. Perciò, le associazioni che hanno promosso la campagna stopopg chiedono al governo di rispettare gli impegni finanziari per il passaggio della medicina penitenziaria al servizio sanitario nazionale; alle Regioni di assumere l'onere dei cittadini internati negli Opg, attribuendo ai Dipartimenti di salute mentale le necessarie risorse; ai Dsm di avviare pratiche concrete di presa in carico degli internati e delle internate; alla Conferenza Stato-Regioni di sanzionare le Regioni e i Dsm inadempienti; alla magistratura di sorveglianza di mettere fine alla pratica di proroga della misura di sicurezza in relazione alla indisponibilità del Dsm di farsi carico della persona in dimissione.

Via gli Opg, tornano i manicomi?

Stefano Cecconi, Comitato nazionale stopOPG, racconta della mobilitazione nazionale contro gli OPG.

10 ottobre 2012

La giornata di mobilitazione del 29 settembre scorso promossa da stopOpg (chiudono gli Opg o riaprono i manicomi?) ha denunciato i ritardi del processo di superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari e i rischi della recente Legge "svuota carceri" n. 9 del 2012 (l'articolo 3 ter è sugli Opg). Opinione diffusa è che il termine ultimo per la chiusura degli Opg disposto dalla legge (marzo 2013) non sarà rispettato e che verrà disposta una proroga.

Ma non vi sono solo ritardi, bensì rischi di re-istituzionalizzazione manicomiale. L'attenzione di Governo e Regioni è concentrata sull'apertura delle strutture residenziali "speciali" – previste dalla legge 9 in luogo degli attuali Opg – dove eseguire la misura di sicurezza, molto simili a ospedali psichiatrici. Rischiamo di ritrovarci con numerosi piccoli manicomi regionali (i "mini Opg"). Emblematica la scelta delle Marche di costruire una simile struttura a Fossombrone, vicino al carcere; o la richiesta di mantenere aperto l'Opg di Castiglione delle Stiviere come manicomio modello.

Un sintomo chiaro del rischio di deriva "manicomiale" è proprio la mancata richiesta da parte delle Regioni al Governo dei finanziamenti speciali e aggiuntivi (38 milioni nel 2012 e 55 milioni dal 2013) che la legge 9/2012 dispone per assicurare l'assistenza alternativa all'Opg: per assicurare i progetti terapeutico riabilitativi individuali, per dimettere gli internati e per prevenire i nuovi internamenti. Così rischiano di decadere persino le indicazioni della Corte Costituzionale, che con due sentenze (nel 2003 e 2004) ha dichiarato possibile (anzi necessario) svolgere la misura di sicurezza fuori dall'Opg, per rispondere al bisogno di cura delle persone con soluzioni adeguate, che Opg e carcere non garantiscono. Perciò la mobilitazione di stopOpg continua. Intanto, sul fronte dei servizi del welfare locale, insistiamo per lo sblocco dei finanziamenti (di cui sopra) finalizzati all'assistenza fuori dall'Opg. Perché per evitare l'internamento bisogna che i servizi nel territorio delle Asl e dei Comuni siano attivi. Anche per la magistratura di sorveglianza più propensa ad evitare il ricovero in Opg, ci sono difficoltà a disporre misure alternative quando manca la cura delle persone internate da parte dei Dipartimenti di Salute Mentale e dei servizi sociali dei comuni. La presa in carico con progetti di riabilitazione individuale è decisiva per rimuovere anche

la "pericolosità sociale", permettendo la dimissione o comunque l'esecuzione della misura fuori dall'Opg.

Non basta. Occorre modificare alla radice gli articoli del codice penale, altrimenti gli Opg (vecchi o nuovi) continueranno ad essere alimentati da nuovi ingressi. Sono quegli articoli del codice Rocco che, associando "follia" (incapacità di intendere e di volere) a "pericolosità sociale", hanno mantenuto in vita l'Opg e dunque un canale "parallelo e speciale" riservato ai malati di mente. Com'era con i manicomi prima della legge Basaglia. Solo così potremo restituire cittadinanza e diritti alle 1.500 persone ancora rinchiusi negli Opg, dove si continua a soffrire e a morire; e a evitare che altre persone subiscano una misura di sicurezza invece di ricevere cure e assistenza.

Riferimenti bibliografici

Bibliografia

- AA.VV., *Saltare le frontiere*, "Gli asini", VI (2016), 31.
- AA.VV., *La destituzione del manicomio criminale. Minority Reports. Cultural Disability Studies*, 3 (2016).
- AA.VV., *Camera penale di Caltanissetta. Atti del convegno nazionale. Vizio di mente e imputabilità. Tra imputabilità, cura e segregazione*, Caltanissetta 2015.
- AA.VV., *La diagnosi in psichiatria*, "Aut aut", (2013), 357.
- AA.VV., *Riforma della sanità penitenziaria. Evoluzione della tutela della salute in carcere*, "Quaderni ISSP", 11 (2012).
- AA.VV., *Basaglia a Trieste. Cronaca del cambiamento. Foto di Claudio Ernè*, Stampa alternativa/nuovi equilibri, Viterbo 2008.
- AA.VV., *Non cancellatemi. Parole Colori e Interpreti dall'Ospedale Psichiatrico di Montelupo Fiorentino*, Angelo Pontecorboli Editore, Firenze 1994.
- AA.VV., *Rivista sperimentale di freniatria. La rivista della salute mentale*, CXXXV (2011), 1.
- ACCATTISV.eDEMARCOL., *Il sistema penale del doppiobinario con particolare riferimento alle misure di sicurezza*, in "Quale giustizia", 29 (1974), pp. 475 e ss.
- ADAM C., *Le peregrinazioni della "pericolosità" attraverso la criminologia clinica*, in "Aut Aut", 2017, 373, pp. 65- 85.
- ALBERTI G., *Chiudono gli ospedali psichiatrici giudiziari (?): la situazione e le prospettive in Lombardia*, in "Diritto penale Contemporaneo", rivista online, 31 marzo 2015.
- ALBERTI G., *Chiusura degli OPG: si profila un'ennesima proroga del termine*, in "Diritto penale contemporaneo", rivista online, 4 dicembre 2014.
- ALBERTI G., *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.
- 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, pp. 129 e ss.
- BABINI V.P., *Liberi tutti. Manicomi 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. (a cura di), *L'istituzione negata. Rapporto da un ospedale psichiatrico*, Baldini e Castoldi, Milano 1998.
- BASAGLIA F. (a cura di), *Checos'è la psichiatria?*, Baldini e Castoldi, Milano 1997.
- BASAGLIA F., *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., *L'utopia della realtà*, Einaudi, Torino 2005.
- BASAGLIA F., ONGARO BASAGLIA F., *Dizionario sociale della psichiatria. Noi matti*, in "L'espresso-Colore", 12, 1971.
- BASAGLIA F. (a cura di), *Crimini di pace. Ricerche sugli intellettuali e sui tecnici come addetti all'oppressione*, Einaudi, Torino 1975.
- BASAGLIA F. (a cura di), *Morire di classe. La condizione manicomiale fotografata da Carla Cerati e Gianni Berengo Gardin*, Einaudi, Torino 1969.
- BASAGLIA F., ONGARO BASAGLIA F., PIRELLA A. e TAVERNA S., *La nave che affonda*, Raffaello Cortina Editore, Milano 2008.
- BASSIRI G. R., *Il problema del trattamento dell'infermo di mente autore di fatto-reato nel diritto penale italiano: prospettive di riforma*, Tesi di dottorato, Facoltà di giurisprudenza, Università degli studi di Padova, XXIV ciclo, 2013.
- BEN MOSHEL., CHAPMAN C., CAREY A. C. (a cura di), *Disability Incarcerated. Imprisonment and Disability in the United States and Canada*, Palgrave Macmillan, New York 2014.
- 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.
- BETTIOLG. (a cura di), *Statodi diritto e misure di sicurezza*, Cedam, Padova 1962.
- 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.
- BONAZZI A., *Squalificati a vita. Inchiesta e testimonianze sui manicomi criminali italiani*, Gribaudo, Torino 1975.
- BRAMBILLA L., *Misure di sicurezza: problemi attuali sulla loro applicazione. Ipotesi di modifica o soppressione*, in "Quaderni CSM", 80 (1995), pp. 759 e ss.
- BRICOLA F., *Costituzione e misure di sicurezza*, in M. CAPPELLETTO, A. LOMBROSO (a cura di), *Carcere e società*, Marsilio Editori, Venezia 1976, pp. 37 e ss.
- BRIGHENTI M., CLEMENTE P., CORLEONE F. et. al., *Pazzi di libertà. Il teatro dei Chille a 40 anni dalla legge Basaglia*, Pacini, Pisa 2018.
- 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.
- CALABRIA A., *Pericolosità sociale*, in R. SACCO (a cura di), *Digesto delle Discipline penalistiche*, Utet, Torino 2002, pp. 451 e ss.
- CANOSA R., *Storia del manicomio in Italia dall'Unità ad oggi*, Feltrinelli, Milano 1979.
- CAPPELLI I., *Gli avanzi della giustizia. Diario di un giudice di sorveglianza*, Editori riuniti, Roma 1988.
- 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.

- CAPPELLI I., *Manicomio giudiziario (voce)*, in *Enciclopedia del diritto*, XXV, Giuffrè, Varese 1975.
- CAPUTO A., *La pericolosità sociale. Vecchie esigenze e nuove proposte alla luce della legge 30 maggio 2014, n. 81*, Aracne, Roma 2015.
- CARUSO B., *La real casa dei matti*, Dedalo libri, Bari 1975.
- CARUSO B., *Manicomio*, Edizioni della colonna infame, Milano 1969.
- CASTEL R., *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.
- CASTELLANI R., CORREANI R., *Ospedale psichiatrico giudiziario: sottosistema penitenziario*, in "Rassegna penitenziaria e criminologica", (1983), 2-3, pp. 790 e ss.
- CIPRIANOP., *Basaglia e la metamorfosi della psichiatria*, Elèuthera, Milano 2018.
- CIPRIANO P., *Il manicomio chimico. Cronache di uno psichiatra riluttante*, Elèuthera, Milano 2015, edizione digitale 2017.
- CIPRIANO P., *La fabbrica della cura mentale. Diario di uno psichiatra riluttante*, Elèuthera, Milano 2013
- CIPRIANO P., *La società dei devianti. Depressi, schizoidi, suicidi, hikikomori, nichilisti, rom, migranti, cristi in croce e anomali d'ogni sorta*, Elèuthera, Milano 2016.
- COLAO F., *Un'«esistenza mezza legale mezza no». Il manicomio giudiziario nell'Italia liberale*, in F. COLAO ET AL., *Perpetue appendici e codicilli alle leggi italiane*, EUM, Macerata 2011, pp. 439 e ss.
- 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., *La crisi del concetto di autore non imputabile pericoloso*, in "Diritto penale contemporaneo", rivista online, 19 novembre 2012.
- COLLICA M.T., *La delega della Legge Orlando sulle misure di sicurezza*, in "Legislazione penale", 2017.
- 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..
- COLLURA M., *Perdersi in manicomio*, Pungitopo, Marina di Patti, 1993.
- COLUCCI M., DI VITTORIO P., *Franco Basaglia*, Mondadori, Milano 2009.
- CONTI A., *Gentilissimo Sig. Dottore, questa è la mia vita. Manicomio 1914*, Jaca book, Milano 2000.
- CONTINIG. e STRATICÒ E., *Il manicomio dimenticato*, CLUEB, Bologna 1988.
- CORLEONE F. (a cura di), *Archeologia Criminale. Le misure di sicurezza psichiatriche e non psichiatriche. La Rems di Volterra e la Casa di lavoro di Vasto*, Fondazione Michelucci Press, Fiesole 2019.
- CORLEONE F. (a cura di), *Carcere e giustizia ripartire dalla Costituzione*, Fondazione Michelucci Press, Fiesole, 2019.
- CORLEONE F. (a cura di), *Manicomi criminali. La rivoluzione aspetta la riforma*, Quaderni del Circolo Rosselli, (2018), 1.
- CORLEONE F. (a cura di), *Alessandro Margara. La giustizia e il senso di umanità. Antologia di scritti su carcere, opg, droghe e magistratura di*

- 200
- sorveglianza, Fondazione Michelucci Press, Firenze 2015.
- CORLEONE F (a cura di), *L'abolizione del manicomio criminale. Tra utopia e realtà*, Fondazione Michelucci Press, Fiesole 2015.
- CORLEONE F. e NOVELLI I. (a cura di), *I volti dell'alienazione. Disegno di Roberto Sambonet*, Palombi Editori, Modena 2019.
- CORLEONE F. e PUGIOTTO A., *Volte e maschere della pena. Opg e carcere duro, muri della pena e giustizia riparativa*, Ediesse, Roma 2013.
- CRESPI A., *Imputabilità* (voce), in "Enciclopedia del diritto penale", XX, Giuffrè, Milano 1970.
- 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.
- DE FERRARI F., ROMANO C.A., *Sistema penale e tutela della salute*, Giuffrè, Milano 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.
- DE VITO C. G., *Camosci e girachiavi. Storia del carcere in Italia*, Laterza, Roma - Bari 2009, ed. digitale, 2015.
- DEBUYST L., *La notion de dangerosité, maladie infantile de la criminologie*", in "Criminologie", 1984, 2, pp. 17-24.
- DE LEONARDIS O., GALLIO G., MAURI D., PITCH T. (a cura di), *Curare e punire. Problemi e innovazioni nei rapporti tra psichiatria e giustizia penale*, Unicopli, Milano 1985.
- DEL GIUDICE G. e CECCONI S., *Il caso StopOpg. Quando la partecipazione migliora il progetto politico*, in "Aut Aut", 2016, 370, pp. 60 -74.
- DELITALA G., *Criteri direttivi del nuovo Codice penale*, in "Rivista italiana di diritto penale", 1935, pp. 593 e ss.
- DELL'AQUILA D. S., e ESPOSITO A., *Storia di Antonia. Viaggio al termine di un manicomio*, Sensibili alle foglie, Roma 2017.
- DELL'AQUILA D. S., e ESPOSITO A., *Cronache da un manicomio criminale*, Edizioni dell'asino, Roma 2013.
- DELL'AQUILA D. S., *Se non ti importa il colore degli occhi. Inchiesta sui manicomi giudiziari*, Filema, Napoli 2009.
- DELLA CASA F., *Basta con gli OPG! La rimozione di un "fossile vivente" quale primo passo di un arduo percorso riformatore*, in "Rivista Italiana di Diritto e Procedura Penale, 2013", pp. 66 e ss..
- DELLA CASA F., *La Corte Costituzionale corregge il rigido automatismo del ricovero provvisorio nella struttura manicomiale promuovendo la libertà vigilata al rango di alternativa*, in "Giurisprudenza Costituzionale", 2004, pp. 3998 e ss.
- DITO F., *Le insidie degli OPG. Brevi pensieri sulla sintassi dell'esclusione*, in "Forum salute mentale".
- 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.
- FEDERICI F., *Il superamento degli OPG: una riforma possibile?*, in "Diritto penale contemporaneo", Rivista online, 25 luglio 2013.
- FERRARO A., *Materiali dispersi. Storie dal manicomio criminale*, Tullio Pironti Editore, Napoli 2010.
- FERRARO A., *Voglio la neve qua ad Aversa. Scrivere sui muri dell'ospedale psichiatrico giudiziario*, Sensibili alle foglie, Roma 2014.
- FERRARO G., *La morte prima della morte. La condizione manicomiale in Italia*, Bazar dell'arte, Rom 1998
- FERRI E., *La scuola criminale positiva. Conferenza del Prof. Enrico Ferri nella Università di Napoli*, Enrico Detken, Napoli 1885.
- FERRI E., *Manicomio criminale di Montelupo*, in "Archivio Psichiatria", (1888), pp. 523 e ss.
- FERRI E., *Sociologia criminale*, IV ed., Fratelli Bocca, Torino 1900.
- FOOT J., *La Repubblica dei matti: Franco Basaglia e la psichiatria radicale in Italia, 1961-1978*, Feltrinelli, Milano 2014, pubblicazione ebook 2017
- FORNARI L., *Misure di sicurezza e doppio binario: una declino inarrestabile?*, in "Rivista italiana diritto e procedura penale", 1993, p. 580.
- FORNARI U., *Trattato di psichiatria forense*, Utet, Torino 2018.
- FOUCAULT M. (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.
- FOUCAULT M., *About the concept of 'Dangerous individual' in 19th Century legal Psychiatry*, in "Journal of law and psychiatry" 1(1978), tr. it., *L'evoluzione della nozione di 'individuo pericoloso' nella psichiatria legale del XIX secolo*, in *Archivio Foucault 3*, La Feltrinelli, Milano 1998, pp. 43 e ss.
- FOUCAULT M., *Histoire de la folie à l'âge classique*, Gallimard, Paris 1972, tr. it., *Storia della follia nell'età classica*, Rizzoli, Milano 2012.
- FOUCAULT M., *Kyoki to shakai*, in M. FOUCAULT E M. WATANABE, *Telsugaku no butai*, Asahishuppansha, Tokio 1978, tr. it., *Follia e società*, in *Archivio Foucault 3. 1978-1985*, Feltrinelli, Milano 1998, pp. 64 e ss.
- FOUCAULT M., *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
- FOUCAULT M., *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.
- FOUCAULT M., *Surveiller et punir. Naissance de la prison*, Gallimard, Paris 1975, tr. it., *Sorvegliare e punire. Nascita della prigione*, Einaudi, Torino 1993.
- GALZIGNA M., *La malattia morale. Alle origini della psichiatria moderna*, Marsilio, Venezia 1989.
- GATTA G. 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.

GATTA G. L., *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*, in "Diritto penale contemporaneo", rivista online, 14 maggio 2018.

GATTA G. L., 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.

GATTA G. L., *Revoca del ricovero in opg per decorso della durata massima: un primo provvedimento*, in "Diritto penale contemporaneo", 16 giugno 2014.

GATTESCHI R., *La gabbia dei matti cattivi. Storie di vita e di persone in vent'anni di volontariato all'ospedale psichiatrico giudiziario di Montelupo Fiorentino*, Nardini Editore, Città di Castello 2015.

GHIARA A., *L'esecuzione delle misure di sicurezza secondo la legge e nella realtà*, in "Rivista italiana di diritto e procedura penale", (1973), pp. 272 e ss.

GIANNICCHEDDA M. G., *Salute, diritti, controllo sociale. Modelli di psichiatria dopo la riforma*, in "Dei delitti e delle pene", (1986), 1, pp. 5 e ss.

GIANNICCHEDDA M. G. e ONGARO BASAGLIA F. (a cura di), *Psichiatria Tossicodipendenze Perizia. Ricerche su forme di tutela, diritti, modelli di servizio*, Franco Angeli, Milano 1987

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..

GIUSTI G. (a cura di), *Trattato di medicina legale e di scienze affini. Genetica, psichiatria forense e criminologia, medicina del lavoro. Volume IV*, Cedam, Padova 2009.

GOFFMAN E., *Asylums. Essay on the social situation of mental patients and other inmates*, Anchor Books, Doubleday & Company, Inc., 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

GROSSI V., *Per l'abolizione dei manicomi giudiziari*, in "Fogli di informazione", 85 (1982), pp. 263-264.

HOFFMANN E. T. H., *Il caso Schmolling*, Biblioteca del Vascello, Roma 1993.

IANNUCCI M, BRANDI G., *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.

JERVIS G., *Il buon rieducatore*, Feltrinelli, Milano 1977.

JERVIS G., *Contro il sentito dire*, Bollati Boringhieri, Torino 2014.

LALLO A., *Mala dies. L'inferno degli ospedali psichiatrici giudiziari e delle istituzioni totali in Italia*, Infinito Edizioni, Formigine 2014.

- LEFRANÇOIS B. A., MENZIES R., REAUME G. (a cura di), *Mad Matters: A Critical Reader in Canadian Mad Studies*, Canadian Scholars' Press Inc., Toronto 2013.
- LIPPI A. e TRAFELI M. (a cura di), *Neopsichiatria. Esistere nella follia. I disegni "privati" di Nannetti Oreste Fernando per N.O.F. 4*, Edizioni del Cerro, Pisa 1996-
- LOMBROSO C., *L'uomo delinquente in rapporto all'antropologia, alla giurisprudenza, alla psichiatria (cause e rimedi)*. V edizione. 1897, Bompiani, Milano 2012.
- LOMBROSO C., *Sull'istituzione dei manicomi in Italia* in "Rendiconti del Regio Istituto Lombardo di scienze, Lettere ed Arti", 3(1872), pp. 45 e ss.
- 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. 1021 e ss.
- MANACORDA A., *L'infermità mentale, custodia e cura alla luce della recente giurisprudenza costituzionale*, in "Il foro italiano", 1983, 1, pp. 292 e ss..
- MANACORDA A., (a cura di), *Folli e reclusi. Una ricerca sugli internati negli ospedali psichiatrici giudiziari*, La casa Usher, Perugia 1988.
- MANACORDA A., *Il manicomio giudiziario*, in "Fogli di informazione", 27-28 (1976), pp. 69 e ss.
- MANACORDA A., *Il manicomio giudiziario: cultura psichiatrica e scienza giuridica nella storia di un'istituzione totale*, De Donato, Bari 1982
- MARANTA C. (a cura di), *Vito il recluso. OPG: un'istituzione da abolire*, Sensibili alle foglie, Roma 2005, pp. 25-29.
- MARCHETTI P., *Le 'sentinelle del male'. L'invenzione ottocentesca del criminale nemico della società tra naturalismo giuridico e normativismo psichiatrico*, in "Quaderni fiorentini per la storia del pensiero giuridico moderno", 38 (2009), Tomo II, pp. 1020 e ss.
- MARGARA A. E ORNATO P., *Manicomi giudiziari*, in M. CAPPELLETTO E A. LOMBROSO (a cura di), *Carcere e società*, Marsilio, Venezia 1976.
- MARGARA A., *La flessibilità delle misura di sicurezza: situazione attuale ed ipotesi*, in "Fogli di informazione", 201 (2003), pp. 13 e ss.
- MARGARA A., *Manicomio giudiziario e legge 180*, in "Fogli d'informazione", 5-6 (2008), pp. 115 e ss.
- 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.
- MELANI G., *Tutela della libertà personale degli internati: «attraverso la cruna dell'ago»*, in "Diritto penale contemporaneo", Rivista online, 5 giugno 2016.
- MIORANDI P., *Nannetti*, Il Margine, Trento 2012.
- MIRAVALLE M., *Roba da matti. Il difficile superamento degli Ospedali psichiatrici giudiziari*, Edizioni Gruppo Abele, Torino 2015.
- MUSCO E., *La misura di sicurezza detentiva. Profili storici e costituzionali*, Giuffrè, Milano 1978.

- MUSCO E., *Variazioni minime in tema di pericolosità sociale presunta*, in "Rivista italiana di diritto e procedura penale", 1982, pp. 1584
- NUZZO F., *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.
- ONGARO BASAGLIA F., *L'itinerario di Franco Basaglia attraverso i suoi scritti*, in "Sapere", Novembre-Dicembre 1982, pp. 11 e ss.
- PACEA., *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.
- PELISSERO M., *Il definitivo superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari nel tempo della crisi*, in "Diritto penale e processo", 8 (2012), pp. 1026 e ss.
- PELISSERO M., *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..
- PELISSERO M., *Pericolosità sociale e doppio binario. Vecchi e nuovi modelli di incapacitazione*, Giappichelli, Torino 2008.
- PELISSERO M., *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.
- PELLEGRINI P., *Liberarsi della necessità dei manicomi giudiziari. Quasi un manuale*, Edizioni AlphaBeta, Merano 2017.
- PELLEGRINI P., *Per una psichiatria senza ospedali psichiatrici giudiziari*, Franco Angeli, Milano 2015.
- PELLEGRINI P., CERONI P., DALL'AGLIO R., et. al. (a cura di), *Soggetto, persona, cittadino*, AlphaBeta Verlag, Merano 2019.
- PETRACCI M., *I matti del duce. Manicomi e repressione nell'Italia fascista*, Donzelli Editore, Roma 2014.
- PELLICANÒ C., RAIMONDI R., et. al., *Corrispondenza negata. Epistolario della nave dei folli (1889-1974)*, Pacini editore, Pisa 1983.
- PICCIONE D., *Morte di un'istituzione totale, il superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari*, in "Rivista telematica dell'associazione italiana dei costituzionalisti", (2012), 1.
- PICCIONE D., *Il pensiero lungo. Franco Basaglia e la Costituzione*, AlphaBeta Verlag, Merano 2013.
- PICCIONE R., *Gli ospedali psichiatrici giudiziari*, in "Fogli di informazione", 201 (2004), pp. 113 e ss.
- PILLO G., DEL VECCHIO A., *La fine del manicomio. Riflessioni non definitive intorno alla follia in Italia prima e dopo la legge n. 180*, Cooperativa Sociale Futura, Foggia 1998.
- PITTARO P. (a cura di), *Scuola Positiva e sistema penale: quale eredità?*, EUT Edizioni Università di Trieste, Trieste 2012.
- POWERS R., *Chissene frega dei matti. Il caos e lo strazio della salute mentale*,

Erickson, Trento 2018.

PUGIOTTO A., *La giurisprudenza difensiva in materia di OPG a giudizio della corte costituzionale*, in "Rivista AIC", 2015, 4.

PUGIOTTO A., *Dalla chiusura degli Ospedali psichiatrici giudiziari al (possibile) superamento della pena manicomiale*, in "Costituzionalismo.it", rivista online, 2015, 2.

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.

RECUPERO A. e VECCHIO I., *OPG. Socialmente pericoloso*, Round Robin, Roma 2014.

ROMANO C.A., SAURGNANI I., *L'ospedale psichiatrico oggi tra ideologia e prassi*, in "Rassegna italiana di criminologia", 12 (2011), 3-4.

ROSSI B., *Mario Tommasini. Eretico per amore*, Diabasis, Parma 2006.

ROVATTI P. A., *Restituire la soggettività. Lezioni sul pensiero di Franco Basaglia*, Alphabeta, Merano 2013.

RUSSO G. E SALOMONE L., *Il malato di mente nel sistema giudiziario*, in "Rassegna Penitenziaria e Criminologica", 2-3 (1999), pp. 127 e ss.

SANNINI T., *Vizio di mente e pericolosità sociale. Aspetti storici, giuridici e sociologici*, in "L'altro diritto", Rivista telematica, 2014.

SARACENO B., *Sulla povertà della psichiatria*, Derive Approdi, Roma 2017.

SASSO C., *Diecimila lenzuola dopo*, Cooperative associate servizi alla persona, Torino 1988.

SCHIAFFO F., *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.

SCHIAFFO F., *La riforma continua del «definitivo superamento degli OPG»: la tormentata vicenda dell'art. 3 in Critica del diritto*, 1, 2013, pp. 44 e ss.

SCHIAFFO F., *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.

SCULL A., *Madness in Civilization*, Thames & Hudson, London 2015.

SCULL A., *Madness. A very short introduction*, Oxford University Press, Oxford 2011.

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.

STEFANONI F., *Manicomio Italia*, Editori Riuniti, Roma 1998.

SZASZ T.S., *I manipolatori della pazzia. Studio comparato dell'Inquisizione e del Movimento per la salute mentale in America*, Feltrinelli, Milano 1976.

TARANTINO C., *Il trattamento morale del manicomio criminale*, in "Minority Reports", 4, 2017, p. 229.

TARANTINO C., *L'individuo inaffidabile*, in "Aut Aut", 2016, 370.

TARANTINO C., *La parola impreveduta. Immagini da una dimensione parallela*

di *speech act* e *linguistic turn*, in "Minority Reports", 2015, 1, pp. 23- 36.

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.

VALCARENCHI M., *I manicomi criminali*, Mazzotta, Milano 1975.

VALERIANO A., *Malacarne. Donne e manicomio nell'Italia fascista*, Donzelli editore, Pomezia 2017

VALERIANO A., *Ammalò di testa. Storie dal manicomio di Teramo*, Donzelli, Roma 2014.

VANNI D., *O.P.G. italiani: un inquadramento storico*, in "Atti della Fondazione Giorgio Ronchi", 59 (2004), 4, pp. 567 e ss.

VASSALLI G., *A prima lettura. L'abolizione della pericolosità presunta degli infermi di mente attraverso la cruna dell'ago*, in "Giurisprudenza Costituzionale", 1982, pp. 1202 e ss.

VASSALLI G., *Ancora sulla pericolosità presunta dell'infermo totale di mente*, in "Giurisprudenza Costituzionale", 1972, pp. 1215 e ss.

VASSALLI G., *Fine poco gloriosa di una norma poco civile: l'art. 148 c.p.*, in "Giurisprudenza costituzionale", 1975, pp. 2021 e ss

VASSALLI G., *Le presunzioni di pericolosità sociale di fronte alla Costituzione*, in "Giurisprudenza Costituzionale", 1967, pp. 742 e ss.

VERDE S., *Il carcere manicomio. Le carceri in Italia tra violenza, pietà, affari e camice di forza*, Sensibili alle foglie, Roma 2011.

VINCI S., *La prima verità*, Einaudi, Torino 2016.

VIRGILIO G., *Le origini e le vicende del Manicomio Giudiziario di Aversa*, in "Rivista di Disciplina carcerarie. Parte I", 25 (1900), 10, p. 361

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.

Sitografia

Associazione Antigone –per i diritti e le garanzie nel sistema penale, www.antigone.it.

Corte Costituzionale, www.cortecostituzionale.it.

Forum salute mentale, www.news-forumsalutementale.it.

Garante dei diritti dei detenuti della Regione Toscana, www.consiglio.regione.toscana.it/garante-detenuti.

La società della ragione, www.societadellaragione.it.

L'altro diritto, Centro di ricerca interuniversitario su carcere, devianza, marginalità e governo delle migrazioni, www.adir.unifi.it.

L'altro diritto, Centro di documentazione su carcere, devianza, marginalità e governo delle migrazioni, www.altrodiritto.unifi.it.

Psichiatria Democratica, www.psichiatriademocratica.com.

StopOPG, www.stopopg.it.

Videografia

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.

IACONA R. (programma di), *Corrotti, "Presadiretta"*, Rai 3, 20.03.2011, programma televisivo. L'intera puntata del 20.03.2011 è disponibile per la visione sul sito del Programma Presa Diretta, 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*.

Gli autori

Stefano Cecconi

Responsabile CGIL nazionale Politiche della Salute, Non Autosufficienza, Dipendenze, Terzo Settore (Osservatorio Contrattazione Sociale). Rappresenta la CGIL nella CES, Confederazione Europea Sindacati Gruppo Protezione Sociale. Tra i promotori di stopOpg.

Franco Corleone

Garante dei diritti dei detenuti della Regione Toscana. Deputato e senatore per più legislature, è stato Sottosegretario alla Giustizia dal 1996 al 2001. È stato Commissario unico nominato dal Governo per la chiusura degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari.

Giulia Melani

Dottoressa di ricerca in Scienze del Linguaggio, della Società, della Politica e dell'Educazione, ricercatrice presso il Centro interuniversitario di ricerca su carcere, devianza, marginalità e governo delle migrazioni "L'altro diritto".

Pietro Pellegrini

Psichiatra. Docente presso la scuola di specializzazione in psichiatria dell'Università di Parma. Direttore del Dipartimento assistenziale integrato salute mentale dipendenze patologiche dell'Ausl di Parma, ha partecipato attivamente alla campagna per la chiusura degli Opg e ha curato l'apertura della Rems di Parma nell'aprile 2015.

Katia Poneti

Dottoressa di ricerca in Teoria e Storia del Diritto, ricercatrice presso il Centro interuniversitario di ricerca "L'Altro diritto". Lavora presso l'Ufficio del Garante dei diritti dei detenuti della Regione Toscana.

Evelin Tavormina

Criminologa e Assistente Sociale. Ha condotto una ricerca all'Opg di Montelupo Fiorentino nel 2014/2015 e collabora da anni con l'ufficio regionale del Garante dei diritti dei detenuti, con particolare riferimento alla tematica OPG/REMS. Già Coordinatrice del centro diurno per detenuti e ex detenuti "Attavante" AVP Onlus. Funzionaria di servizio sociale presso l'Ufficio di Esecuzione Penale Esterna di Firenze.



Questo volume conclude un lavoro di ricerca e di approfondimento realizzato dall'Ufficio del Garante delle persone private della libertà della Regione Toscana in sintonia con il movimento per il superamento dei manicomi giudiziari. Il cuore del volume è rappresentato dalla proposta di legge volta al superamento del doppio binario e affronta il difficile nodo dell'imputabilità dell'autore di reato. L'ipotesi che affronta alla radice la questione, riprende le proposte avanzate in Parlamento nelle scorse legislature da Franco Corleone e chiarisce la necessità di intervenire sulle norme relative alla responsabilità penale dell'individuo malato di mente, abolendo la non imputabilità e di fatto scardinando la distinzione tra pene e misure di sicurezza.

La Relazione e l'articolato sono stati redatti da Giulia Melani.

Viene anche offerto un quadro delle misure di sicurezza sul territorio italiano, attraverso la ricerca di Evelin Tavormina che delinea una istantanea accurata della condizione attuale delle Rems e delle criticità attuali assieme al Report del Coordinamento delle Rems e di StopOpg curato da Pietro Pellegrini e Stefano Cecconi. Katia Poneti presenta una valutazione di alcuni Protocolli operativi sulle misure di sicurezza psichiatriche intercorsi tra Asl e magistratura in alcune regioni. Il volume è arricchito inoltre da numerosi documenti che esprimono la volontà da parte delle istituzioni di rimodellare il quadro attuale offrendo importanti spunti per la modifica dell'apparato delle misure di sicurezza: prima la Corte Costituzionale con la recentissima sentenza che offre posizioni chiare per consentire l'accesso alle misure alternative alla detenzione anche ai detenuti portatori di infermità psichiche sopravvenute, offrendo loro le stesse opportunità concesse ai detenuti affetti da gravi patologie fisiche; poi il parere del Comitato Nazionale di Bioetica e le due delibere del Consiglio Superiore della Magistratura, documenti ricchi di indicazioni alla magistratura e al sistema dei servizi della psichiatria e del carcere.

Questa proposta riformatrice non deve essere letta come una mera provocazione, ma come uno sviluppo coerente delle norme che hanno condotto alla chiusura degli Opg; intende offrire una soluzione adeguata sulla base dell'esperienza del sistema consolidato in questi anni. Il peso delle contraddizioni del Codice Penale rischia di soffocare le buone pratiche e di far fallire una rivoluzione straordinaria, di civiltà e umanità.



REGIONE TOSCANA
Consiglio Regionale



GARANTE DEI DIRITTI
DEI DETENUTI