L'ABOLIZIONE DEL MANICOMIO CRIMINALE

tra utopia e realtà

a cura di
Fondazione Giovanni Michelucci
Garante diritti dei detenuti della Toscana

Fondazione Michelucci Press

libro-25col modificato.indd 1 13/10/15 10:49

L'abolizione del manicomio criminale tra utopia e realtà

a cura di
Fondazione Giovanni Michelucci
Garante delle persone sottoposte a misure restrittive della libertà personale della Regione Toscana

con la collaborazione di
La Società della Ragione
stopOPG

Cura editoriale del volume

Gruppo di lavoro della Fondazione Michelucci:
Corrado Marcetti, Saverio Migliori, Andrea Aleardi, Sara Corradini

Gruppo di lavoro dell'Ufficio del Garante regionale:
Franco Corleone, Katia Poneti, Maria Pia Perrino, Emanuela Masolini, Fabio Pratesi

Immagini
Il disegno di copertina, *Schizzo originale del cavallo di cartapesta "Marco Cavallo"*, è tratto da <http://www.lescienze.it/news/2013/11/12/news/opg_marco_cavallo_manicomi_giudiziari-1882240/> (giugno 2015)
Il disegno in quarta di copertina è di Nannetti Oreste Fernando / N.O.F.4 tratto da «Neo Psichiatria. Esistere nella follia», n. II, 1995
Le fotografie all'interno del volume sono di Franco Guardascione

Grafica e impaginazione
Fondazione Giovanni Michelucci

Stampa
Tipografia Consiglio regionale della Toscana

Seconda Edizione

© Copyright 2015, Consiglio regionale della Toscana

Fondazione Michelucci Press
via Beato Angelico 15 – 50014 Fiesole (FI)
www.michelucci.it
ISBN 978-88-99210-06-9 (edizione cartacea)

libro-25col modificato.indd 2 13/10/15 10:49

libro-25col modificato.indd 3 13/10/15 10:49

INDICE

Introduzione

9 Superamento degli OPG e ruolo del Garante per i diritti dei detenuti
- *Katia Poneti*

Parte I

Il superamento degli OPG nel contesto nazionale

31 Chiudere gli Ospedali Psichiatrici Giudiziari, per aprire spazi ai diritti e alla cittadinanza
- *Stefano Cecconi*

41 Ospedale Psichiatrico Giudiziario: la fine dell'agonia?
- *Franco Corleone*

55 Le resistenze all'applicazione della Legge 81
- *Cesare Bondioli*

65 Il superamento degli OPG e il ruolo dei DSM
- *Vito D'Anza*

71 Dalla genesi all'attuazione: il non-finito processo di superamento degli OPG
- *Giulia Melani*

83 OPG addio, per sempre
- *Francesco Maisto*

93 Ospedali psichiatrici giudiziari, le tante resistenze alla chiusura
- *Michele Passione*

95 Dalla chiusura degli Ospedali psichiatrici giudiziari alla (possibile) eclissi della pena manicomiale
- *Andrea Pugiotto*

133 Le parole del Presidente della Repubblica sulla chiusura degli OPG
- *Giorgio Napolitano*

libro-25col modificato.indd 4 13/10/15 10:49

Parte II
Il superamento degli OPG nel contesto regionale toscano

137 Dopo l'OPG. La sfida di Montelupo Fiorentino e l'esigenza di scelte condivise e coraggiose
- *Saverio Migliori*

155 OPG: Gattopardi in agguato
- *Franco Corleone*

157 Seminario «OPG addio, per sempre»: una sfida per il futuro
- *Antonella Tuoni*

161 I dati sanitari delle persone negli OPG
- *Franco Scarpa*

167 L'OPG e oltre: scenari di programmazione normativa regionale toscana verso il superamento dell'istituto dell'Ospedale Psichiatrico Giudiziario
- *Rosaria Francica*

Parte III
L'Ambrogiana e il ritorno al futuro

193 La doppia anima dell'Ambrogiana: polarità culturale del suo recupero
- *Corrado Marcetti*

199 Né carcere né manicomio, una villa per la città
- *Fondazione Giovanni Michelucci*

Documenti

207 La contenzione: problemi bioetici
- *Comitato Nazionale per la Bioetica*

235 Dialogo di Marco Cavallo e il Drago con gli internati di Montelupo
- *Peppe Dell'Acqua, Angela Pianca, Luciano Comida ed Elisa Roson*

255 La Sentenza della Corte Costituzionale 186/2015

271 OPG, addio. Parola della Corte Costituzionale
- *Stefano Cecconi, Franco Corleone*

275 I reclami degli internati illegalmente presenti negli OPG
- *Giulia Melani*

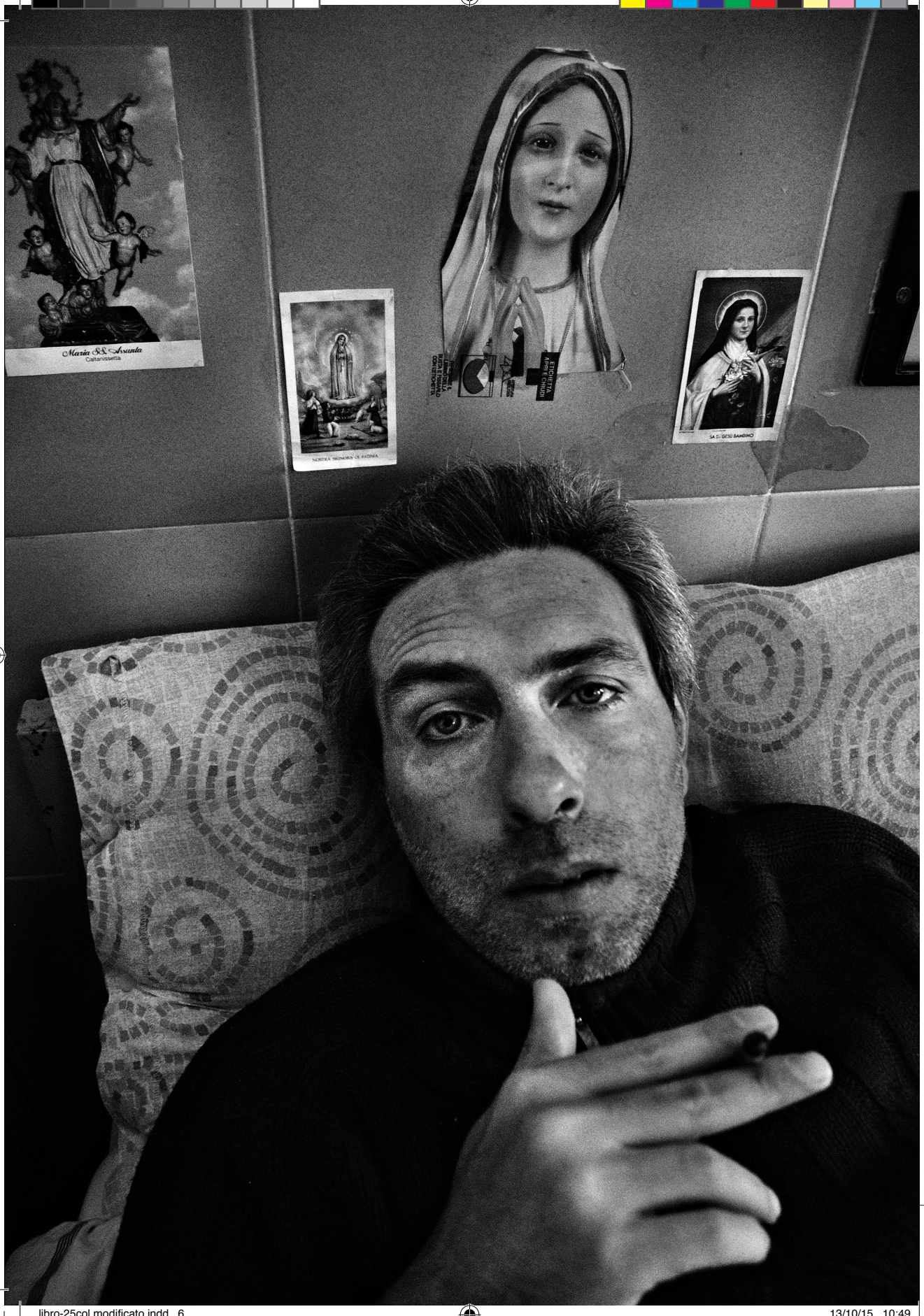
279 Modello di Reclamo per internamento illegittimo

282 Modello di Reclamo per annullamento provvedimenti disciplinari illegittimi

Gli autori

284 Biografie

libro-25col modificato.indd 5 13/10/15 10:49


Maria SS. Assunta
Caltanissetta
NOSTRA SIGNORA DI FATIMA
SA S. GESU BAMBINO

Introduzione

libro-25col modificato.indd 7 13/10/15 10:49

libro-25col modificato.indd 8 13/10/15 10:49

Superamento degli OPG e ruolo del Garante per i diritti dei detenuti

Katia Poneti

Questa raccolta di saggi vuole essere l'occasione per testimoniare la rilevanza del processo in atto, oramai noto come «superamento dell'OPG», e come questo sia l'occasione per dar vita a una discontinuità dal punto vista storico e giuridico nel trattamento dei folli rei. In questa introduzione s'intende inoltre ripercorrere alcuni temi cruciali che caratterizzano la questione, così come sono stati analizzati e affrontati attraverso l'attività del Garante dei diritti della Regione Toscana.

1. La normativa: aspetti nazionali e regionali.

La decisione di chiudere gli Opg, che ufficialmente sono chiusi dal 1° aprile di quest'anno, s'inserisce nel processo di passaggio della sanità penitenziaria dalla gestione nell'ambito del Ministero della Giustizia a quella nell'ambito del Ministero della Salute, nella prospettiva di garantire ai detenuti un trattamento sanitario equivalente a quello offerto alla popolazione non detenuta.

Gli Ospedali psichiatrici giudiziari, in quanto luoghi, almeno formalmente, dedicati alla cura delle persone con problemi psichiatrici autrici di reato, sono pienamente investiti dal cambiamento. E ciò avviene in modo radicale, con una portata della riforma che si è chiarita e sviluppata nel corso del suo farsi, senza ancora essersi manifestata in tutta la sua portata e potenzialità.

Quella sul superamento degli Opg non è certo stata una riforma organica, ben strutturata e chiara nel suo nascere. Anzi, tutt'altro. E si potrebbe pensare a un processo che, una volta iniziato, ha proseguito il suo cammino in modo autonomo e forse casuale, e portato ad obiettivi inaspettati. Tuttavia, ripercorrendo brevemente le tappe, si può vedere che il legislatore ha indirizzato, con atti successivi, sempre più definiti e mirati, la riforma della sanità penitenziaria verso l'obiettivo del superamento degli Opg. Aggiustando il tiro via via che il processo avanzava.

libro-25col modificato.indd 9 13/10/15 10:49

Sono note le tappe di questo processo, iniziato con la Legge delega 419 del 1998 sulla razionalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale, nella quale si dava l'indicazione (art. 5, co. 1), tra le altre cose, di riordinare la medicina penitenziaria, inserendola all'interno del S.S.N. Il decreto delegato 230 del 1999 attuava la delega affermando il principio della parità nell'erogazione delle prestazioni sanitarie tra soggetti reclusi e soggetti liberi, secondo i livelli uniformi stabiliti dal Piano sanitario nazionale. Era previsto inoltre un calendario a tappe progressive per il trasferimento delle diverse funzioni sanitarie alle Regioni.

Non rispettate le tappe previste, il passo successivo, arrivato dopo quasi dieci anni, attuava finalmente per legge il passaggio delle competenze dal Ministero della Giustizia al S.S.N., e quindi alle Regioni, le titolari principali delle competenze in materia di salute ex art. 117 Costituzione, trasferendo a queste personale e strutture sanitarie in carico all'Amministrazione penitenziaria. Nello specifico per gli Opg, si realizzava il trasferimento alle Regioni delle funzioni sanitarie afferenti agli Ospedali psichiatrici giudiziari ubicati nel territorio delle medesime, e si prevedeva che le regioni disciplinassero gli interventi da attuare attraverso le aziende sanitarie, in conformità ai principi definiti dalle linee guida di cui all'Allegato C al decreto medesimo. Nell'Allegato C si tracciavano le linee di indirizzo per gli interventi negli ospedali psichiatrici giudiziari e nelle case di cura e custodia e si individuavano alcuni criteri guida. Come la separazione delle diverse tipologie di internati presenti negli Opg, mettendo in funzione sezioni psichiatriche all'interno delle carceri per ospitare i detenuti con diagnosi psichiatrica sopravvenuta e quelli in custodia cautelare. Oppure il principio della territorialità, cercando di collocare gli internati più vicino possibile al loro luogo di residenza, e il principio della rieducazione. Per realizzare questi principi si individuavano tre fasi operative. Prima: dimissione degli internati che avevano concluso la misura di sicurezza e trasferimento nelle carceri degli internati detenuti. Seconda, un anno dopo: costituzione di macro-bacini di utenza avvicinando gli internati alla zona di provenienza. Terza, due anni dopo: passaggio alla responsabilità delle Regioni per la presa in carico dei soggetti, con restituzione di ogni internato al suo territorio di provenienza. Le possibili soluzioni adottabili dalle Regioni vanno dalle strutture Opg con livelli diversificati di vigilanza, a strutture di accoglienza e all'affido ai servizi psichiatrici e sociali territoriali, in ogni caso sotto la responsabilità del dipartimento di salute mentale di appartenenza della struttura.

Questo programma, realizzato più lentamente del previsto, e specificato attraverso il lavoro della Conferenza Stato-Regioni che ha raggiunto tre accordi sul tema (2008,

libro-25col modificato.indd 10 13/10/15 10:49

2009 e 2011), si è poi trovato di fronte ad una scadenza, un termine ultimo per la sua attuazione e per il superamento definitivo degli Opg, stabilito dalla Legge 9 del 2012, di conversione del Decreto-Legge 211/2011, che all'art. 3-ter ha indicato la data del 1° febbraio 2013. La decisione di inserire nella legge di conversione del Decreto-legge 211/2011 un articolo che indicasse una data di chiusura degli Opg nasce dall'attenzione mediatica e dall'indignazione generata dalle denunce delle condizioni di vita inumane e degradanti, rafforzate dalle immagini del filmato della Commissione del Senato sul funzionamento del servizio sanitario nazionale, presieduta da Ignazio Marino.

La scadenza per la chiusura è stata poi prorogata, con i successivi DL 24/2013 (convertito nella Legge 57/2013) e DL 52/2014 (convertito nella Legge 81/2014), prima al 1° aprile 2014 e poi al 31 marzo 2015.

Di questi ultimi interventi merita sottolineare i passaggi che hanno portato a dare una maggiore consistenza e concretezza all'obbligo di chiusura degli Opg.

La Commissione Marino, nella sua relazione conclusiva, dà alcune indicazioni che tracciano le linee di intervento per il superamento degli Opg, inserendolo in una più ampia modifica dell'ordinamento in materia di misure di sicurezza. Oltre ai necessari interventi di risanamento strutturale, la Commissione insiste sulla necessità di un trattamento terapeutico maggiormente conforme ai piani sanitari regionali per la salute mentale: in tale prospettiva si ipotizzavano unità funzionali più piccole, in cui fosse più facile raggiungere standard conformi a quelli esterni. Ribadiva inoltre quanto già affermato nel DPCM 1° aprile 2008 sul necessario trasferimento in sezioni psichiatriche carcerarie dei detenuti inviati in Opg per le osservazioni o per patologie sopraggiunte, in modo da ridurre la differenziazione della popolazione internata in Opg. Altro aspetto rilevante sottolineato dalla Commissione era la necessità di collaborazione tra la magistratura di sorveglianza e i servizi sanitari, in modo da limitare il ricorso alle misure di sicurezza detentive, a favore di misure non detentive, sia in entrata che in fase di proroga.

Una delle indicazioni più importanti date dalla Commissione era quella di superare la normativa vigente in materia di misure di sicurezza. In attesa che il Parlamento operasse una simile riforma si doveva strutturare un sistema di misure non più centrato sull'Opg, ma su una pluralità di strumenti, graduati a seconda delle esigenze del singolo, che fornissero alternative all'ipotesi detentiva dell'Opg.

La Legge 9 del 2012, seguita dal decreto del Ministro della salute del 1° ottobre 2012, n. 270, ha stabilito le caratteristiche delle REMS: gestione interna esclusiva-

libro-25col modificato.indd 11 13/10/15 10:49

mente sanitaria, attività di vigilanza perimetrale esterna, assegnazione alle strutture in base al criterio della vicinanza al territorio di provenienza. Il DM citato ha ulteriormente specificato i requisiti delle strutture: differenziazione delle stesse in base alle tipologie di patologie dei soggetti, e gradualità nel controllo securitario, comunque sempre nei limiti del controllo perimetrale. E inoltre: aree verdi, aree comuni, equipe con diverse professionalità socio-sanitarie.

Il DL 24/2013 (convertito nella Legge 57/2013) ha aggiunto un ulteriore passo verso una differenziazione della presa in carico dei malati psichiatrici autori di reato, sottolineando come le Regioni dovessero inserire nei loro programmi regionali per il superamento degli Opg anche misure per incrementare i percorsi terapeutico-riabilitativi, come l'affidamento a servizi psichiatrici aperti, oltre a ricorrere alle strutture REMS. In questa prospettiva si dà indicazione di incentivare le dimissioni dagli Opg per quei soggetti per i quali sia possibile procedervi, ovvero per quei soggetti che, non più pericolosi, illegittimamente e per prassi duratura, venivano trattenuti in Opg perché non esistevano concrete possibilità di presa in carico esterna, né familiari né da parte dei servizi sociali.

La Legge 81/2014, oltre a introdurre l'ultima proroga, modifica ancora la normativa, facendo ulteriori passi avanti verso un modello non «opg-centrico». Prevede che le Regioni presentino al Ministero della Salute e all'autorità giudiziaria competente un programma con percorsi terapeutico-riabilitativi individuali di dimissione per ciascuno degli internati presenti in Opg, entro 45 giorni dall'entrata in vigore della legge di conversione. Inoltre introduce una norma che sancisce la misura detentiva dell'Opg come residuale, ovvero come misura che può essere comminata solo nel caso in cui nessun'altra meno restrittiva risulti idonea.

Il giudizio di pericolosità è poi limitato nella sua portata, allo scopo di limitare le prassi illegittime invalse nell'applicazione giurisprudenziale: il giudizio di pericolosità non potrà più essere fondato sulla mancanza di possibilità concrete di presa in carico da parte del servizio sanitario, inoltre le condizioni sociali e personali di cui all'art. 133, co. 2, n. 4 c.p. non potranno più essere prese come base per l'affermazione della sussistenza della pericolosità (sul punto, e sul giudizio pendente davanti alla Corte Costituzionale sulla norma si rimanda al saggio del prof. Pugiotto, in questo volume).

Viene infine introdotto il limite di durata massima della misura di sicurezza, che è equivalente al massimo edittale della pena prevista per il reato commesso, andando ad influire così sul fenomeno dei cosiddetti «ergastoli bianchi», ovvero di quelle persone entrate in Opg e mai più uscite per una serie infinita di proroghe della misura di

libro-25col modificato.indd 12 13/10/15 10:49

sicurezza, «puniti» di fatto ben più duramente che se fossero stati ritenuti imputabili e condannati alla detenzione in carcere.
La riforma non affronta la modifica delle disciplina delle misure di sicurezza contenuta nel codice penale, pur iniziando ad intervenirvi con l'introduzione del limite massimo di durata e il divieto di proroga della misura per mancanza di presa in carico da parte dei servizi psichiatrici territoriali.
La riforma indica di privilegiare le misure di sicurezza non detentive, stabilendo la residualità della misura di sicurezza detentiva. Parallelamente prevede che le Regioni predispongano programmi per la presa in carico da parte dei servizi psichiatrici territoriali. Ma non vi sono oltre a questi altri parametri quantitativi vincolanti e ogni Regione deciderà che tipo di assistenza realizzare: alcune si stanno indirizzando verso le REMS come strutture principali destinate ad accogliere le persone malate psichiatriche autrici di reato, realizzando tanti mini Opg, mentre altre amministrazioni, propendendo per una maggiore apertura, punteranno sull'assistenza territoriale ai malati psichiatrici autori di reato, sempre più equiparati agli altri pazienti psichiatrici. Questioni aperte, rischi e opportunità, sui quali questo primo periodo di attuazione potrà influire in misura determinante (si vedano Cecconi, Corleone e Melani in questo volume).

2. Una grande riforma della psichiatria e delle istituzioni totali?

Il superamento degli Opg può portare a compimento una grande riforma della psichiatria e delle istituzioni totali: la chiusura dei «manicomi criminali» è infatti il tassello mancante, la riforma che era rimasta sospesa, a seguito della Legge 180/1978 e della successiva chiusura dei manicomi civili. Perché gli Opg, pur essendo rimasti fuori dalla portata della Legge 180, non sono poi così diversi dai vecchi manicomi civili, se si dà uno sguardo alla popolazione ospitata.
Prendendo come criterio indicativo i reati commessi dagli internati in Opg (si rimanda alla ricerca svolta nell'Opg di Montelupo Fiorentino, su cui si veda il successivo paragrafo 3.3.) si vede che la loro popolazione è costituita per una buona parte da persone malate psichiatriche, che probabilmente non hanno ricevuto il giusto supporto sul territorio alla loro malattia, visto che sono arrivate a commettere reati gravi contro la persona, come l'omicidio, spesso nei confronti di familiari stretti. Ma una parte altrettanto consistente è costituita da persone senza fissa dimora, mendicanti, gente senza legami significativi, che non ha avuto un sostegno sociale, e che ha commesso reati bagatellari, come piccoli furti e danneggiamenti, magari uniti all'uso

libro-25col modificato.indd 13 13/10/15 10:49

di droghe e al piccolo spaccio. Si tratta di un'umanità simile a quella un tempo ospitata nei manicomi civili, in cui intorno a un nucleo di malati psichiatrici gravi non presi in carico nella maniera dovuta dal punto vista medico e sociale sul territorio, si raccoglie una parte altrettanto consistente di soggetti ai margini della società, con poche risorse economiche, culturali e relazionali, che una maggiore offerta di servizi sociali avrebbe indirizzato verso un percorso migliore.

Cos'è dunque quel di più che caratterizza gli internati negli Opg? È certamente il fatto di aver commesso un reato, ma non tanto per il fatto in sé, quanto piuttosto per il giudizio di pericolosità cui tale evento dà luogo, e che sembra essere in qualche modo connaturata al paziente mentale autore di reato.

Eppure la cosiddetta «riforma Basaglia» è riuscita, riguardo ai pazienti psichiatrici non autori di reato, a scardinare quell'automatismo, di pensiero prima che giuridico, che un tempo costituiva il sostrato della Legge Giolitti del 1904 sui manicomi, applicata fino all'approvazione della Legge 180/1978: il matto è pericoloso a sé e agli altri e va internato, valutazioni che stavano insieme, senza possibilità di prescindere l'una dall'altra. Con la legge 180, e soprattutto con la riflessione critica sulle istituzioni totali e nello specifico sui manicomi, innescata negli anni ad essa precedenti, la pericolosità, con il suo corollario della custodia, viene separata dalla follia. È stato così possibile vedere distintamente i diversi elementi che caratterizzavano l'internamento dei folli: le dinamiche dell'istituzione totale, la relazione di potere medico-paziente insita nella cura psichiatrica all'interno delle istituzioni, la relazione di dominio e l'attacco alla libertà personale operato attraverso la contenzione.

Per denunciare tale intreccio rimangono punto di riferimento fondamentale le riflessioni di Michel Foucault, di Erving Goffman e di Franco Basaglia. Di Michel Foucault possiamo ricordare la riflessione sul «grande internamento», processo che, accompagnandosi alla costruzione dello Stato moderno e alle sue esigenze di ordine, separava dalla parte «normale» della società e rinchiudeva negli *Hôpitaux Généraux* varie categorie di persone, precedentemente integrate o tollerate, mendicanti, laduncoli, e folli appunto. Foucault ricorda come la follia era stigmatizzata e non tollerata, in quanto simbolo della sragione, il negativo della ragione, sul cui mito si è fondata la società moderna. La scienza psichiatrica sia inserita nell'internamento definendo e piano piano separando i folli dagli altri reclusi, e plasmando all'interno di un luogo chiuso l'oggetto stesso del proprio studio.

Di Erving Goffmann possiamo richiamare la nozione di istituzione totale, termine coniato da Goffmann per indicare quei luoghi, chiusi e separati rispetto all'esterno,

libro-25col modificato.indd 14 13/10/15 10:49

in cui molte persone vivono, lavorano, si svagano, si curano, svolgono cioè tutte quelle attività che nella vita in stato di libertà vengono svolte in luoghi e con persone diverse. A Goffmann si deve un'analisi dettagliata della vita all'interno di un'istituzione totale, derivata dall'osservazione partecipante svolta all'interno di un manicomio negli anni '50 del secolo scorso. Particolarmente significativa è la descrizione delle relazione tra lo staff e gli internati, fondate su un sistema di favori e privilegi, nonché il processo di degradazione del sé che subisce l'internato una volta diventato tale e che lo spinge a rivedere e ricostruire la sua vita e la sua persona a partire dalla condizione di internato.

Franco Basaglia, figura di riferimento del movimento di critica alla psichiatria e di messa in discussione dell'istituzione totale manicomiale, è stato con il suo pensiero e la sua azione colui che ha dato vita alle concrete esperienze prima di apertura verso l'esterno dei manicomi e poi di chiusura dell'istituzione. La costruzione di Marco Cavallo, scultura in legno e cartapesta realizzata all'interno del manicomio di Trieste nel 1973 e che nella grande pancia accoglieva i desideri dei malati per portarli fuori da lì, è anche il racconto simbolico della ricostruzione del proprio sé e della costruzione di un'alternativa alla vita manicomiale. Perché Marco Cavallo, una volta pronto, esce dal manicomio verso la città, accompagnato dai suoi costruttori/amici (si veda in questo volume il contributo di Peppe Dell'Acqua e altri). Basaglia mise radicalmente in discussione l'istituzione totale, luogo in cui lo psichiatra era soltanto una delle tante istanze di controllo sociale, senza aver la possibilità di instaurare una relazione terapeutica con il paziente. Una relazione veramente terapeutica tra lo psichiatra e il paziente avrebbe potuto realizzarsi soltanto fuori dai rapporti di potere che tessevano gli scambi all'interno delle istituzioni, solo cioè in una relazione paritaria, senza dominio, sarebbe potuto nascere quell'affidamento del paziente al medico, necessario perché s'instauri una relazione di cura. L'istituzione totale, il manicomio, si trovava dunque in un'opposizione costitutiva rispetto alla relazione terapeutica, funzionando appunto proprio in base a relazioni di potere che generano effetti opposti all'affidamento, quali la sfiducia, la paura, la perdita dell'amor proprio. La riforma dell'assistenza psichiatrica introdotta con la Legge 180/1978 seguì tale approccio, affermando, come primo punto fermo, la volontarietà degli accertamenti e dei trattamenti sanitari, in attuazione dell'art. 32 della Costituzione. Nella medesima legge, in ottemperanza all'art. 32, 2° co., sono poi disciplinati i trattamenti sanitari obbligatori, che devono essere eseguiti nel rispetto della persona e dei suoi diritti civili e prevedendo che questa possa comunicare con chi ritenga opportuno. I tratta-

libro-25col modificato.indd 15 13/10/15 10:49

menti sanitari obbligatori, in quanto privazione della libertà sottostanno alle garanzie di habeas corpus previste dall'art. 13 della Costituzione, prevedendo per il TSO la richiesta da parte di un medico e la convalida con ordinanza da parte del sindaco, in quanto autorità locale in materia di sanità. Per il TSOO (trattamento sanitario obbligatorio ospedaliero) è anche prevista la convalida da parte del giudice tutelare. Per il TSOO è inoltre stabilita una durata massima: questo non può durare per più di sette giorni, e nel caso di necessità di prolungamento è necessaria una nuova autorizzazione. È importante ricordare che il TSO ha come presupposto per la sua applicazione il fatto che un soggetto si trovi in uno stato di alterazione psichica tale da richiedere interventi urgenti di carattere terapeutico e il soggetto rifiuti tali interventi e, nel caso del TSOO, che tali interventi non siano esperibili in condizioni extra-ospedaliere. Il presupposto dell'internamento in manicomio era invece, secondo la Legge 36 del 1904, la pericolosità del soggetto a sé o agli altri

La Legge 180 prevede espressamente che il trattamento delle infermità psichiche avvenga di norma attraverso i servizi territoriali extra-ospedalieri, mentre il ricovero in ospedale deve essere un'ipotesi residuale. Sancendo così il principio che la cura è cosa diversa dalla custodia, e che la custodia è applicata solo in ipotesi residuali.

La Legge 180 mette così la malattia psichiatrica chiaramente nel contesto della cura, ovvero dell'attuazione del diritto alla salute, piuttosto che della tutela dell'ordine pubblico, dove era invece collocata con la precedente disciplina che prevedeva la custodia.

Da questa riforma, che ha distinto e separato la cura dalla custodia, sono rimasti fuori gli Opg, perché l'intervento della normativa penale ha sempre fatto sì che l'internamento determinato da motivi di giustizia viaggiasse su binari separati rispetto a quello civile. Così negli anni '70 del secolo scorso, nonostante la critica alle istituzioni totali fosse ampia e radicale, ed avesse avuto anche i «manicomi giudiziari» nel suo raggio, non portò ad una loro abolizione, bensì ad un semplice cambio di nome: da manicomi giudiziari a Ospedali Psichiatrici Giudiziari, come stabilì la legge sul nuovo ordinamento penitenziario (Legge 354/1975). Il regime applicato agli internati, previsto nell'Ordinamento Penitenziario, è diverso rispetto a quello applicabile ai condannati: gli internati possono essere ammessi, tra le misure alternative, solo alla semilibertà e all'art. 21 (lavoro all'esterno) e possono godere delle licenze, simili ai permessi premi, ma disciplinate da norme autonome. In particolare la licenza finale può avere durata di sei mesi, prima della rivalutazione della pericolosità, e può costituire una modalità per osservare il comportamento del

libro-25col modificato.indd 16 13/10/15 10:49

soggetto in una situazione non di internamento, ma neanche di completa libertà.
Nonostante i diversi tentativi di riforma della disciplina del Codice penale in materia di misure di sicurezza (su cui brevi cenni in 3.2.), il giudizio di pericolosità sociale resta a fondamento dell'applicazione della misura di sicurezza dell'Opg, anche se la sua applicazione è stata ricondotta dalla Corte Costituzionale verso modalità più rispettose del diritto di libertà individuale: la Corte ha rimosso gli automatismi che erano insiti in tale giudizio, prevedendo che il magistrato di sorveglianza debba sempre valutare, nel momento dell'applicazione (sentenza 139/1982), e rivalutare, nel momento della proroga o della revoca (anche anticipata, sentenza 110/1974), la pericolosità dell'internato, potendola anche giudicare diminuita e applicare una diversa misura di sicurezza, restando l'Opg l'*extrema ratio* (Sentenza 253/2003).
Ferma restando la necessità di ripensare tale disciplina dal punto di vista giuridico, le novità legislative introdotte finora, soprattutto con la Legge 81/2014 permettono di sperimentare e realizzare alternative concrete di cura dei soggetti malati psichiatrici autori di reato, che possono portare a sciogliere, a livello di prassi e di cultura degli operatori, sia sanitari che giudiziari, il nodo della pericolosità. La concretizzazione di percorsi alternativi a quelli custodiali più avrà al suo attivo esperienze reali e più sarà vista come possibile e realizzabile (si vedano Bondioli, D'Anza, Francica, Maisto).
Cos'è necessario fare ora? Si tratta, ancora una volta di superare l'istituzione totale e i suoi meccanismi di riproduzione della malattia e della devianza. Si tratta di favorire, anche per i folli rei, un cambiamento culturale nelle modalità di approcciarsi alla follia, di passare dalla mentalità dell'internamento a quella della cura (sulla relazione di cura si veda il testo della Commissione di bioetica sulla contenzione, nella sezione Documenti in questo volume), di sostituire alla concezione statica della malattia mentale la relazione medico-paziente, fondata sulla pari dignità di medico e paziente. Si tratta inoltre di tener ferma l'idea che le persone sono titolari di diritti, indipendentemente dalla loro condizione di salute psichica. Si tratta quindi, come molti interventi in questa raccolta affermano, di ribaltare la prospettiva e di partire dalle persone e non dai luoghi, dall'uguaglianza e non dalla diversità/disparità di relazioni e potere, dai diritti e non dalla sicurezza, che non significa negare la realtà della malattia, ma affrontarla a partire dalle persone, dall'uguaglianza e dai diritti. Anche nel caso degli autori di reato è necessario superare quella «ideologia della diversità», che esaspera la differenza tra gli opposti, tra salute e malattia, tra norma e devianza, e un passo importante in questa direzione è separare appunto la cura dalla custodia (su cui si rimanda a Giulia Melani, in questo volume).

libro-25col modificato.indd 17 13/10/15 10:49

3. Il garante dei diritti dei detenuti e la sua attività a tutela dei folli rei

3.1. Le competenze del Garante per i diritti dei detenuti

La tutela dei diritti dei folli rei rientra a pieno nelle competenze del garante per i diritti dei detenuti.

La figura del Garante per i diritti dei detenuti ha avuto le sue prime manifestazioni in Italia a livello locale, con l'istituzione di un ombudsman per i detenuti da parte del Comune di Roma, e con un susseguirsi di nomine a livello territoriale. Poi con il Decreto Legge 207/2008 («milleproroghe»), convertito nella Legge 14/2009, la figura ha avuto un riconoscimento nell'ambito dell'ordinamento giuridico nazionale. Con tale norma è stato infatti modificato l'Ordinamento Penitenziario, agli articoli 18 e 67, prevedendo che le norme già vigenti si applicassero anche nei confronti dei garanti. In particolare con la modifica dell'art. 18 si prevede che i detenuti e gli internati possano avere colloqui e corrispondenza «con il garante dei diritti dei detenuti, anche al fine di compiere atti giuridici». Nell'art. 67 invece «i garanti per i diritti dei detenuti comunque denominati» (lett. l-bis) sono inseriti nell'elenco di soggetti, tra cui figurano tra gli altri i parlamentari e i consiglieri regionali, che possono accedere agli istituti penitenziari senza necessità di autorizzazione. L'articolo precisa che l'autorizzazione non occorre nemmeno per coloro che accompagnano le persone elencate per ragioni del loro ufficio.

Con queste modifiche legislative si dà legittimazione alle figure già operanti dei garanti territoriali, che così ottengono quei poteri nei confronti dell'amministrazione penitenziaria che erano indispensabili per poter svolgere un ruolo effettivo di tutela dei detenuti.

Successivamente, con il Decreto Legge 146/2013, convertito in Legge 10/2014, la figura del garante per i diritti dei detenuti ha trovato un ruolo sempre più ampio all'interno dell'Ordinamento Penitenziario, e più in generale nell'ordinamento giuridico. Con tale decreto-legge è stata infatti creata (all'art. 7) la figura del Garante nazionale dei diritti delle persone detenute o private della libertà personale. L'articolo 3 poi interessa complessivamente la tutela dei diritti dei detenuti e prevede, tra le altre disposizioni, che il diritto di reclamo (art. 35 dell'Ordinamento penitenziario) sia esercitabile anche verso il Garante, nazionale, regionale o locale, dei diritti dei detenuti, rivolgendo a questo istanze o reclami orali o scritti, anche in busta chiusa.

La figura del garante è volta a tutelare tutte le persone che sono private della libertà personale e non solo quelle in stato di detenzione in senso stretto, sebbene assuma, soprattutto nell'uso comune, il nome di «garante dei diritti dei detenuti» perché

libro-25col modificato.indd 18 13/10/15 10:49

questi costituiscono la gran parte dei destinatari del suo intervento. Per delineare in via generale il campo d'azione del Garante si può fare riferimento all'art. 13 della Costituzione, che traccia i contorni della libertà personale come diritto inviolabile e delle situazioni in cui questa è compressa su disposizione di legge, anche se non necessariamente in esecuzione di una pena.

Un punto di riferimento importante per l'attività dei Garanti è il Comitato per la Prevenzione della Tortura e dei trattamenti inumani e degradanti del Consiglio d'Europa, che conduce regolarmente da più di vent'anni visite nei luoghi di privazione della libertà personale allo scopo di valutare come le persone recluse sono trattate, ed è quindi il primo organismo che ha realizzato un compito simile a quello ora svolto dai Garanti.

Facendo riferimento alla pratica e alle indicazioni date dal CPT nei suoi rapporti, si chiarisce quali sono i luoghi in cui la privazione della libertà viene messa in pratica, luoghi ai quali il Comitato ha diritto di accedere in base alla Convenzioni firmate dagli Stati aderenti nell'ambito del Consiglio d'Europa, la Convenzione europea sui diritti umani del 1950 e Convenzione Europea per la prevenzione della tortura e delle pene inumane o degradanti del 1987: si tratta in primo luoghi delle carceri, ivi compresi gli ospedali psichiatrici giudiziari, ma non solo, anche le camere di sicurezza delle questure o stazioni di polizia, gli istituti penali minorili e i centri di identificazione ed espulsione per migranti, e le comunità terapeutiche e le case di cura vi sono inclusi. La Legge della Regione Toscana n.69/2009, istitutiva del Garante regionale per i diritti dei detenuti prevede espressamente, oltre alle categorie sopra ricordate, anche quella delle persone sottoposte a trattamento sanitario obbligatorio (TSO).

La tutela dei folli rei rientra dunque nelle competenze del garante in quanto si tratta tutelare gli ospiti degli Opg, gli ospiti delle REMS, e anche, eventualmente, i sottoposti a trattamento sanitario obbligatorio. La competenza del Garante, si è visto, prende come criterio dirimente per il suo esercizio la condizione di privazione della libertà in cui si trovano i soggetti internati o quelli sottoposti a TSO, e così facendo mette l'accento sulla necessità di garanzia e tutela dei diritti dei folli rei, che non possono essere violati nemmeno in nome di esigenze di cura.

Compito del Garante è quello di contribuire ad affermare la garanzia liberale dei diritti di *habeas corpus* di fronte alla privazione della libertà e contro gli approcci della difesa sociale. Per svolgere questo ruolo vi sono una serie di attività che il Garante può svolgere e che le leggi richiamano, tra cui le visite nelle carceri e altri luoghi di privazione della libertà, anche a sorpresa e senza necessità di autorizzazione (art.

libro-25col modificato.indd 19 13/10/15 10:49

67 O.P.), i colloqui con soggetti reclusi (art. 18 O.P.), la ricezione di reclami ex art. 35 O.P., indirizzare alle istituzioni competenti richieste e raccomandazioni per la migliore attuazione dei diritti delle persone recluse, la promozione dei diritti delle persone private della libertà attraverso attività di informazione, divulgazione, studio, ricerca.
Nell'ambito dei compiti ispettivi il Garante per i diritti dei detenuti della Regione Toscana, on. Franco Corleone, ha condotto negli anni 2014 e 2015 numerose visite all'Opg di Montelupo Fiorentino (FI) e una prima visita alla struttura Morel 3 di Volterra (PI), destinata dalla Regione Toscana ad ospitare sia una struttura intermedia, sia la REMS provvisoria da 20 posti da realizzare nel prossimo agosto.

La struttura, collocata nell'area dell'ex manicomio di Volterra, in cui poco distante verrà costruita anche la REMS definitiva da 40 posti, è dedicata ad accogliere persone con disturbi psichici autori di reato per le quali è venuta meno la misura di sicurezza detentiva della custodia cautelare, trasformata in altra misura di sicurezza. La struttura Morel 3 è definita dalla Usl 5 di Pisa (documento descrittivo della struttura predisposto dalla Usl 5) come una «Struttura Residenziale Intermedia parzialmente protetta (con saltuari controlli esterni da parte delle forze dell'ordine) destinata ad accogliere le persone cui sono applicate le misure di sicurezza del ricovero previste dal comma 2 dell'art. 3-ter del DL 211/2011 convertito con modificazioni nella Legge 9/2012 e persone a cui sono applicate misure di sicurezza non detentive (libertà vigilata) o persone cui sia applicata la Licenza Finale di Esperimento». Gli ospiti saranno dunque i pazienti autori di reato dimissibili dall'Opg di Montelupo, i pazienti dimissibili dalla REMS, i pazienti autori di reato provenienti dal territorio, in libertà vigilata.
Vi sono 12 posti letto, due per donne e dieci per uomini, con un tempo di degenza massimo di 18+6 mesi. In tale arco di tempo il lavoro dell'equipe avrà lo scopo di far recuperare al paziente le capacità relazionali e i rapporti effettivi con la propria famiglia e l'ambiente sociale, nonché con i servizi psichiatrici che continueranno a prendersi cura di lui. La struttura prevede di realizzare programmi terapeutici riabilitativi individualizzati, che prevedono una condivisione, o comunque un alto coinvolgimento emotivo da parte del paziente, e sono rivolti al recupero di tipologie diverse di abilità (cura del sé, abilità strumentali come prendere l'autobus o fare la spesa, espressione, attività manuali e pratiche, motorie, formazione lavorativa).
Ancora nell'esercizio dei suoi poteri ispettivi, per controllare la correttezza nell'esercizio del potere limitativo della libertà personale per i malati psichiatrici il Garante ha attivato un canale di comunicazione con l'Azienda Regionale di Sanità (ARS

libro-25col modificato.indd 20 13/10/15 10:49

Toscana) allo scopo di ricevere informazioni sullo svolgimento di TSO nelle diverse strutture sanitarie e monitorarne l'uso nei diversi distretti territoriali.
Sono stati inoltre richiesti al Sindaco di Montelupo Fiorentino, competente per i TSO svolti nell'ospedale psichiatrico giudiziario, i dati sulle ordinanze emesse in materia di TSO nel 2014, trattamenti che sono stati svolti all'interno dell'Opg (su cui si rimanda al contributo della dott.ssa Tuoni, Direttrice dell'Istituto in questo volume).
Un' altra importante e complementare competenza del Garante, anch'essa esplicitata nella legge regionale toscana, è quella di studio, ricerca e divulgazione scientifica sui temi dei diritti delle persone private della libertà. In tal senso il Garante ha promosso la realizzazione di convegni di studio, che hanno cercato di tenere insieme il dibattito teorico con il confronto tra i vari attori impegnati sul territorio toscano nel processo di superamento degli Opg, nonché nella discussione sulla destinazione della Villa Ambrogiana (si vedano Migliori, Corleone, Marcetti). Sono state affrontate, e ne parliamo nel dettaglio nei prossimi paragrafi, la questione del doppio binario pena-misura di sicurezza, i passi da fare prima della scadenza del termine per la chiusura (proroga o non proroga), e infine le riflessioni su come realizzare la riforma. Queste attività hanno voluto essere contributi del Garante nel processo di superamento degli Opg, sia come organo di tutela dei diritti, sia come attore del territorio di promozione degli stessi.

3.2. La questione del doppio binario pena-misura di sicurezza

Il primo convegno sul superamento dell'Opg organizzato dal Garante per i diritti dei detenuti della Regione Toscana, dal titolo *La chiusura dell'OPG di Montelupo Fiorentino, per il superamento della logica manicomiale per il recupero della Villa Ambrogiana*, 5 giugno 2014, ha avuto come tema fondamentale la riflessione sul superamento delle misure di sicurezza e del doppio binario tra pena e misura di sicurezza. Com'è noto il sistema del doppio binario pena-misura di sicurezza è stato introdotto nell'ordinamento italiano dal Codice Rocco del 1930. Il sistema è fondato sul concetto di imputabilità, a sua volta derivata dalla sussistenza della capacità d'intendere e di volere, che può essere esclusa, oltre che per limiti di età, a causa di patologia psichiatrica. Nel caso di commissione di un reato, il sistema fa corrispondere all'imputabilità del soggetto l'irrogazione di una pena, mentre alla non imputabilità segue il proscioglimento e l'applicazione di una misura di sicurezza, previo accertamento della pericolosità sociale. La pena, maggiormente rispondente all'idea di retribuzione, sottostà ai criteri di proporzionalità e determinatezza. La misure di

libro-25col modificato.indd 21 13/10/15 10:49

sicurezza, maggiormente rispondente all'idea di difesa sociale, sottostà ai criteri di flessibilità e indeterminatezza. Anche se l'una ha anche elementi dell'altra.

Il concetto di pericolosità sociale, per la sua indeterminatezza dal punto di vista dell'accertamento, è stato ampiamente criticato e considerato un giudizio prognostico di reiterazione del reato che rischia di fondarsi su elementi difficilmente valutabili. Anche l'impostazione stessa del Codice, che considera il malato psichiatrico come soggetto non imputabile, è stata profondamente messa in discussione. Dal punto di vista giuridico, cogliendo la sostanziale eguaglianza materiale del regime di privazione della libertà costituito dall'internamento in Opg rispetto alla detenzione in carcere, si è sottolineata la mancanza di tutela dei diritti di libertà e di applicazione delle garanzie previsti per i condannati. Da un punto di vista medico-psichiatrico, si è messo in evidenza come l'affermazione della mancanza di responsabilità non può che stimolare nel soggetto dichiarato incapace un'ulteriore irresponsabilità, piuttosto che una presa di coscienza del reato commesso e della necessità di modificare il comportamento.

Numerose sono state le proposte di legge volte alla modifica degli articoli del Codice penale in tema di misure di sicurezza, espressione di differenti approcci. Per brevità se ne ricordano due. La proposta Corleone del 1996 che prevedeva l'abolizione dell'istituto della non imputabilità per il malato di mente, considerato quindi imputabile e sanzionabile come i non malati, disponendo che questo fosse sottoposto a processo e se ritenuto colpevole condannato. La pena sarebbe stata poi scontata in carcere, ma in appositi reparti psichiatrici di cura gestiti con criteri sanitari. E poi la proposta della Commissione Grosso di riforma del Codice penale, che manteneva la distinzione tra pena e misura di sicurezza, eliminando però la seminfermità, ed enfatizzava l'aspetto sanitario della necessità di cura dei malati psichici autori di reato, suggerendo di realizzare, al posto degli Opg, strutture improntate a criteri sanitari e di sostituire il criterio della pericolosità con quello del bisogno di trattamento.

Con la Legge 81/2014 il legislatore è intervenuto in modo importante sulla disciplina delle misure di sicurezza, pure senza averne toccato la struttura di fondo, e il dibattito dunque resta aperto, ma potrà continuare con condizioni di partenza migliore (si veda l'intervento di Michele Passione in questo volume). Sono stati fatti passi in avanti per aver eliminato le ipotesi più aberranti, come gli ergastoli bianchi, con l'introduzione del limite massimo di durata delle misure di sicurezza, di aver dato una chiara indicazione ai giudici di non considerare le condizioni precarie di vita come

libro-25col modificato.indd 22 13/10/15 10:49

motivo di pericolosità, attraverso la modifica della base giuridica su cui svolgere il giudizio di pericolosità, e prevedendo l'internamento come *extrema ratio*.

3.3. Scadenza o proroga della chiusura? L'attività di ricerca su condizioni dell'OPG, dimissibili, Rems

Il secondo convegno sul superamento dell'Opg organizzato dal Garante per i diritti dei detenuti della Regione Toscana, dal titolo *OPG, addio, per sempre*, 5 marzo 2015, ha avuto come tema fondamentale la riflessione sull'imminente scadenza per la chiusura degli Opg, sulla situazione degli istituti, le presenze degli internati e le condizioni che potevano facilitare o ostacolare la chiusura.

Il Garante per i diritti dei detenuti della Regione Toscana, insieme con l'Associazione di Volontariato Penitenziario (e il fondamentale apporto della dott.ssa Evelin Tavormina), ha voluto dare il proprio contributo alla definizione del processo di chiusura, attraverso un'indagine scientifica volta all'analisi della popolazione internata nell'Opg di Montelupo Fiorentino.

La ricerca ha analizzato i fascicoli degli internati presenti in Opg all'8 Novembre 2014 e i nuovi ingressi fino al 31 Dicembre 2014. Si è cercato di mettere in evidenza, oltre alle caratteristiche generali della popolazione detenuta, gli elementi della presa in carico da parte dei servizi sociali, i meccanismi di proroga delle misure di sicurezza, la durata della permanenza in Opg alla luce dei nuovi limiti di legge.

I risultati hanno mostrato un quadro in cui vi sono ampi spazi per un intervento che vada nella direzione del reinserimento sul territorio dei soggetti autori di reato con sofferenza psichica, attraverso una presa in carico effettiva da parte dei Dipartimenti di salute mentale, e un ruolo veramente residuale delle nuove strutture per l'esecuzione di sicurezza (REMS), che sostituiranno l'Opg.

È stato realizzato uno studio trasversale sulla popolazione degli internati presenti all'8 Novembre 2014 (115 presenze) e i nuovi ingressi fino al 31 Dicembre 2014, escludendo i detenuti presenti in Opg per motivi di lavoro e le persone in osservazione (DPR 230/2000 Nuovo Regolamento di Esecuzione dell'Ordinamento Penitenziario, art 112 co. 2 «Accertamento delle infermità psichiche»).

Rimandando per una descrizione più completa al rapporto di ricerca, disponibile sul sito del Garante, si sottolineano qui alcuni risultati:

- Residenza (che indica la competenza nella presa in carico) il 42% degli internati sono residenti in Toscana, pari a 52 persone, così ripartito tra le diverse ASL Toscane in base alla residenza: si registra una presenza consistente di internati

libro-25col modificato.indd 23 13/10/15 10:49

assegnati alla ASL 10 di Firenze (31% – 16 persone), seguito dall'ASL 5 di Pisa (13% – 7 persone), dall'ASL 4 di Prato e 2 di Lucca (9% ciascuno con 5 persone per ASL), dall'ASL 6 di Livorno (8% – 4 persone), dall'ASL 1 di Massa e dall'ASL 12 di Viareggio (6% ciascuno con 3 persone per ASL), dall'ASL 7 di Siena, l'ASL 3 di Pistoia, l'ASL 8 di Arezzo e l'ASL 9 di Grosseto (4% ciascuno con 2 persone per ASL) e, infine, dall'ASL 11 di Empoli (2% – 1 persona). Questo è il numero effettivo di persone per le quali la Regione Toscana deve prevedere percorsi di uscita dall'Opg.

- Tipologia di reati commessi: prevalenti sono quelli verso la persona pari al 63% (omicidio, maltrattamenti, lesioni, violenza sessuale, stalking, minacce), in genere commessi contro i propri familiari, sono seguiti dai reati contro il patrimonio pari all'11%, reati vari come danneggiamento, incendio, violazione domicilio pari al 9%, reato di resistenza e oltraggio a pubblico ufficiale pari all'8%, reati come violazione leggi armi e violazione Legge 309/90 – testo unico sulle tossicodipendenze (2 come 148, 1 come CCC. 1 come Opg) pari al 9%.
- Proroghe della misura di sicurezza: il 24% degli internati (30 persone) ha avuto delle proroghe delle misure di sicurezza. È stato rilevato anche il numero di proroghe per ogni internato che vengono di seguito specificate: tre persone hanno avuto una proroga, dodici persone ne hanno avute due, tre persone tre, due persone quattro, tre persone cinque, una persona sei, due persone otto, una persona nove, una persona quindici, una persona venti, una persona ventisei proroghe. In tutti i casi è stata dichiarata ancora presente la pericolosità sociale, che è il presupposto di legge per prorogare la misura di sicurezza. Tenendo in considerazione le motivazioni che hanno portato al giudizio di pericolosità, e dunque alla proroga, queste non vanno osservate singolarmente, ma seguendo una logica di multifattorialità. La motivazione principale della proroga risulta essere «l'assenza di progetto di dimissione», seguita dal «fallimento di LFE-licenza finale di esperimento».
- Licenze finali di esperimento: dai dati emerge che sono 19 gli internati presenti che hanno avuto accesso a Licenza Finale di Esperimento, di cui 12 persone hanno avuto accesso una volta, 5 persone 2 volte, 2 persone 3 volte. Tutti i tentativi sono falliti con conseguente reingresso in Ospedale Psichiatrico Giudiziario. Nella stragrande maggioranza dei casi il motivo di revoca della LFE dipende dall'allontanamento volontario degli utenti dalle relative comunità. Nel 28% dei casi si hanno delle revoche perché gli utenti mettono in atto condotte oppositive

libro-25col modificato.indd 24 13/10/15 10:49

come ad esempio rifiuto delle regole della vita comunitaria, rifiuto terapia. Molte sono anche le condotte aggressive verso gli operatori delle comunità (specie se donne) e/o verso gli altri ospiti. Infine c'è un 7% di casi in cui vi è stata anche una riacutizzazione dei sintomi clinici. Le motivazioni delle revoche sono anche correlate fra loro.

- Licenze finali di esperimento concesse nell'anno 2014: in totale nell'anno 2014 sono 22 gli internati che hanno avuto accesso alla licenza finale di esperimento, questi sono stati ripartiti per regione di appartenenza. Tra le otto persone residenti in Toscana che hanno avuto accesso alla licenza finale di esperimento, tre sono assegnate all'ASL 10 di Firenze, due all'ASL 2 di Lucca, una all'ASL 11 di Empoli, una all'ASL 4 di Prato e una all'ASL 6 di Livorno. Tra i cinque sardi, quattro sono assegnati all'ASL 5 di Oristano e uno all'ASL 1 di Sassari. Tra i liguri, uno è assegnato all'ASL 1 di Imperia, uno all'ASL 5 di La Spezia, due all'ASL 3 di Genova e uno all'ASL 2 di Savona. I due umbri sono entrambi assegnati all'ASL di Umbria 2. Le uniche due persone provenienti dalla Campania e dalla Emilia Romagna sono assegnati, rispettivamente, all'ASL di Napoli e all'ASL di Modena. Si tratta di persone sottoposte a misure di sicurezza diverse. Dodici sono sottoposti alla misura di sicurezza della Casa di Cura e Custodia e dieci alla misura di sicurezza dell'Ospedale Psichiatrico Giudiziario. Venti persone su ventidue, prima di beneficiare della Licenza Finale di Esperimento, avevano subito varie proroghe. Si conosce l'esito della Licenza Finale di Esperimento per dieci tra questi casi: tre sono i fallimenti e i successivi rientri in Opg (uno assegnato ai servizi di Oristano, uno a Sassari, uno a Prato), tre sono le sostituzioni delle misure di sicurezza detentive con la misura di sicurezza non detentiva della Libertà Vigilata, due per revoca della misura di sicurezza, uno dimesso per cessazione misura di sicurezza (L. 81/2014) e una revoca della Licenza Finale di Esperimento con conseguente ingresso alla CC di Lucca. Le rimanenti dodici persone erano ancora, al momento di rilevazione dei dati, in Licenza Finale di Esperimento.

3.4. Come realizzare la riforma?

Con la pubblicazione del presente volume, e con il convegno per la sua presentazione e discussione («La chiusura dell'Opg alla prova dei cento giorni», Firenze 14 luglio 2015), si vuole fare il punto su cosa è stato fatto in questi primi mesi di attuazione della riforma e su quali siano le questioni aperte. I vari contributi si confrontano con questo compito, suggerendo chiavi di lettura e possibili percorsi da seguire.

libro-25col modificato.indd 25 13/10/15 10:49

La prima parte fa il punto sullo stato di attuazione della riforma e sulle problematiche aperte, individuando ostacoli e via d'uscita dal punta di vista giuridico, politico e sanitario. La seconda parte concentra l'attenzione sulla situazione toscana, descrivendo e discutendo le scelte fatte dalla Regione, e indicando rischi e opportunità dei percorsi intrapresi.

La terza parte si concentra sull'aspetto architettonico della Villa dell'Ambrogiana: quale destinazione d'uso è ipotizzabile che sia, in linea con il processo di superamento degli Opg, una restituzione al suo territorio di un bene culturale che è patrimonio di tutti?

I due testi raccolti nella parte finale «Documenti», vogliono essere un approfondimento tematico, uno sull'approccio basagliano alla psichiatria, l'altro sull'analisi dell'uso della contenzione e le raccomandazioni date dal Comitato Nazionale per la Bioetica, per il suo superamento.

RIFERIMENTI

F. Basaglia (a cura di), *L'istituzione negata. Rapporto da un ospedale psichiatrico*, Einaudi, Torino 1968

F. Basaglia e F. Basaglia Ongaro, *La maggioranza deviante. L'ideologia del controllo sociale totale*, Einaudi, Torino 1971

F. Corleone e A. Pugiotto (a cura di), *Volti e maschere della pena. Opg e carcere duro, muri della pena e giustizia riparativa*, Ediesse Edizioni, Roma 2013

Garante per i diritti dei detenuti della Regione Toscana e associazione Volontariato Penitenziario Onlus di Firenze, *Rapporto di ricerca: Il quadro della popolazione internata presso l'OPG di Montelupo Fiorentino, 2015*, <http://www.consiglio.regione.toscana.it/upload/GARANTE-LIBERTA/documenti/FM2-OPG%20ADDIO%20PER%20SEMPRE_DEF%20%282%29.pdf>

M. Foucault, *Histoire de la folie à l'âge classique*, Gallimard, Paris 1972, trad. it. *Storia della follia nell'età classica*, Rizzoli, Milano 1977

E. Goffmann, *Asylums. Essay on the Social situation of mental patients and other inmates*, Anchor Bok, Doubleday & Company, New York 1961, trad. it. *Asylums. Le istituzioni totali: i meccanismi dell'esclusione e della violenza*, Einaudi, Torino 1970

G. Melani, *La funzione dell'OPG. Aspetti normativi e sociologici*, <http://www.altrodiritto.unifi.it/ricerche/sanita/melani/>

G. Scabia, *Marco Cavallo. Da un ospedale psichiatrico la vera storia che ha cambiato il modo di essere del teatro e della cura*, Edizioni alpha beta Verlag, Merano 2011

libro-25col modificato.indd 26 13/10/15 10:49

Nota alla seconda edizione

Questa seconda edizione va in stampa nel mese di ottobre 2015 per dare conto di alcuni recenti sviluppi della vicenda OPG-REMS.

Con la sentenza 186/2015, che si pubblica nella parte finale "Documenti", insieme a un commento di Cecconi e Corleone, la Corte Costituzionale ha rigettato l'eccezione di incostituzionalità della Legge 81/2014. La questione posta riguardava la legittimità costituzionale della norma introdotta dall'art. 1, co. 1, lett. b) del Decreto-legge 31 marzo 2014, n. 52, convertito nella Legge 81/2014, con la quale è stato previsto che il giudizio sulla pericolosità sociale, mirato all'applicazione delle misure di sicurezza dell'ospedale psichiatrico giudiziario e della casa di cura e custodia, sia fondato sugli elementi soggettivi elencati dal secondo comma dell'art. 133 del Codice Penale, escludendo però quelli previsti al numero 4, ovvero le "condizioni di vita individuale, familiare e sociale del reo". La disposizione ha voluto interrompere una prassi applicativa largamente diffusa, per cui le condizioni di disagio familiare e sociale costituivano elementi fondanti del giudizio di pericolosità. Era come sostenere che chi non ha una rete familiare e sociale pronta ad accoglierlo merita di stare in OPG più di chi ce l'ha. La Corte Costituzionale ha confermato la legittimità della modifica normativa, sottolineando che questa non ha modificato la nozione di pericolosità sociale per le persone inferme o seminferme di mente, ma si è limitata a intervenire sulla scelta tra misure detentive e non.

Sempre nella parte finale "Documenti" si pubblicano i modelli di istanze ex art. 35-bis Ordinamento Penitenziario, elaborati dall'Associazione L'altro diritto e utilizzati dagli internati di alcuni OPG (Montelupo, Barcellona Pozzo di Gotto, Reggio Emilia: in totale 109 ricorsi presentati), per portare davanti al giudice l'illegittimità della privazione della propria libertà personale: a mesi di distanza dalla formale chiusura degli OPG, questi sono in realtà ancora funzionanti, ma secondo norme che non esistono più. Melani ripercorre le ragioni di diritto poste alla base delle istanze e i riporta i dati sulla loro presentazione nei diversi OPG.

libro-25col modificato.indd 27 13/10/15 10:49



Parte I
Il superamento degli OPG nel contesto nazionale

libro-25col modificato.indd 29 13/10/15 10:49

libro-25col modificato.indd 30 13/10/15 10:49

Chiudere gli Ospedali Psichiatrici Giudiziari, per aprire spazi ai diritti e alla cittadinanza

Stefano Cecconi

Nessuna proroga è stata concessa alla scadenza fissata dalla legge per la chiusura degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari: il 31 marzo 2015 è diventata così una data storica per il nostro Paese. Che compie un altro passo in avanti nella strada dell'affermazione dei diritti e della cittadinanza di uomini e di donne finora esclusi.

Era chiaro a tutti che un'ulteriore proroga (la terza) avrebbe interrotto, forse irrimediabilmente, un percorso già di per sé complesso e difficile. Spegnendo attese e speranze di chi in questi anni si è tenacemente battuto per superare gli Opg e chiudere il cerchio della Legge 180.

Decisivo è stato l'atteggiamento del Governo, che ha respinto le richieste di proroga e difeso l'esistenza della Legge 81, approvata in Parlamento a fine maggio 2014; e il ruolo trainante della Commissione Sanità del Senato. Ma, prima di tutto, questo è un successo della mobilitazione di tante persone e associazioni, e senza dubbio del comitato stopOpg. Una mobilitazione che è durata anni. Non è perciò un caso se siamo arrivati al 31 marzo 2015 con un dimezzamento delle presenze nei manicomi giudiziari: 623 uomini e 75 donne ristretti, contro gli oltre 1.400 internati presenti nel 2011.

Tuttavia la chiusura effettiva degli Opg non è ancora avvenuta[1] e la strada per porre fine alla stagione manicomiale, che ha nell'Opg l'ultimo baluardo, anche giuridico, è ancora una corsa ad ostacoli.

1 A fine maggio 2015 risultano internate ancora 341 persone nei 5 Opg superstiti: Barcellona Pozzo di Gotto, Aversa, Napoli, Montelupo Fiorentino, Reggio Emilia (e altre 240 sono nelle Rems dell'ex Opg di Castiglione delle Stiviere).

libro-25col modificato.indd 31 13/10/15 10:49

La chiusura degli OPG non avviene spontaneamente

È bene aver chiaro che la chiusura degli Opg non avviene spontaneamente: da anni è in piedi una mobilitazione della società civile. E se stopOpg nasce il 19 aprile 2011, la sua gestazione è più remota.

Prima di tutto sono decisive due sentenze della Corte Costituzionale che, nel 2003 e nel 2004, dichiarano illegittime le norme che impedivano di adottare provvedimenti alternativi alla misura di sicurezza detentiva nell'Opg. Le motivazioni delle sentenze richiamano esplicitamente la Legge 180 (detta anche Riforma Basaglia), che, abolendo il manicomio, aveva indicato come centrali gli interventi terapeutico riabilitativi di comunità, fuori dalla logica delle esclusioni e della custodia che aveva caratterizzato la psichiatria fino ad allora.

Successivamente, in particolare tra il 2007 e il 2008, diverse associazioni (quasi tutte hanno poi dato vita a stopOpg), si erano impegnate a collaborare con il Governo nella definizione delle norme per il passaggio della sanità penitenziaria al Servizio Sanitario Nazionale[2]. Il prodotto fu il Dpcm 1 aprile 2008 che, oltre a perfezionare il passaggio dell'assistenza sanitaria dal Ministero della Giustizia al Servizio Sanitario Nazionale, e dunque a Regioni e Asl (che ancora oggi manifestano ritardi clamorosi), con l'Allegato C emanava le «Linee guida per il superamento degli Opg». Alle Linee Guida sugli Opg sono seguiti due importanti Accordi in Conferenza Unificata (Stato, Regioni, Comuni: il 31 luglio 2008 e il 26 novembre 2009), con indicazioni operative – soprattutto sulla presa in carico da parte delle Asl dei pazienti internati in Opg – e con un calendario di scadenze per attuare la norma. Ma, ed è questo il punto, nulla di concreto, salvo casi eccezionali, Governo e soprattutto Regioni hanno poi fatto.

Per questo, a settembre 2010, nel gruppo di coordinamento del Forum Salute Mentale, decidiamo di convocare un Forum nazionale dedicato agli Ospedali Psichiatrici Giudiziari. Nello stesso periodo si sta svolgendo il lavoro della Commissione d'inchiesta sugli Opg del Senato.

Il Forum si svolge ad Aversa, nella sede della Polizia Penitenziaria a gennaio del 2011. Interviene tra gli altri il senatore Ignazio Marino, Presidente della Commissione d'inchiesta soprarichiamata, che tra il 2010 e il 2011 aveva compiuto ripetuti sopralluoghi a sorpresa negli Opg: veri e propri blitz che portano alla ribalta una situazione drammatica, ai più sconosciuta. L'indagine rivela le inaccettabili condizioni in cui vivevano (vivono) nostri concittadini internati e l'urgenza di garantire non solo il diritto alla salute e alle cure, ma il rispetto della dignità umana. Un video sconvolgen-

2 La norma da cui origina il Dpcm del 2008 era stata approvata nove anni prima: il D.Lgs 230 del 1999 promosso dall'allora Ministro della Salute Rosy Bindi

libro-25col modificato.indd 32 13/10/15 10:49

te, mostrato prima ai parlamentari e al Presidente della Repubblica Napolitano (che lo ricorderà persino in un messaggio agli italiani di fine anno), e poi ripreso da diverse trasmissioni televisive e dai media nazionali. La presenza del Presidente Marino al Forum, come poi il costante rapporto di stopOpg con Governo e Parlamento, dimostra che il lavoro per la chiusura degli Opg si è svolto contemporaneamente su due piani: quello delle iniziative promosse dalla società civile e quello istituzionale.

Nasce stopOPG

Il Forum Salute Mentale di Aversa non si limita alla denuncia, ma decide di organizzare una vera e propria campagna per la chiusura degli Opg. È così che si arriva a luglio del 2011: viene lanciato un Appello e una Piattaforma, sottoscritti da migliaia di persone, e si costituisce il Comitato nazionale stopOpg, formato da più di trenta sigle (molte di più considerando l'adesione di gruppi formati da diverse associazioni). E viene aperto il sito www.stopopg.it, che negli anni è diventato un punto di riferimento frequentato da migliaia di persone.

Oltre al confronto che ha tenuto con le Istituzioni, stopOpg ha organizzato diverse iniziative di mobilitazione (qui ne ricordiamo solo alcune). Da settembre 2011 la campagna «un volto un nome»: con le visite negli Opg e la costituzione dei comitati regionali, che ha portato l'iniziativa anche a livello regionale e locale. A questo punto il Parlamento approva la Legge n. 12 (febbraio 2012), che fissa la data per la chiusura degli Opg al 1 aprile del 2013 e decide la costruzione delle Residenze per l'Esecuzione della Misura di Sicurezza (le Rems: strutture sanitarie ma di tipo detentivo) per sostituire gli Opg. La Legge 9 dà uno sbocco operativo all'inchiesta del Senato, tuttavia la soluzione trovata indebolisce l'idea manifestata, sia dalla Corte Costituzionale, con le due sentenze soprarichiamate, che nelle Linee Guida del 2008 sulla chiusura degli Opg: cioè di costruire alternative non detentive in luogo dell'internamento.

Le Rems ovvero i mini OPG

A quel punto le Rems diventano l'unico vero obiettivo per Regioni e Governo. Che subito decidiamo di chiamare «miniOPG». Ecco perché stopOpg decide una campagna con uno slogan chiaramente provocatorio: «chiudono gli Opg o riaprono i manicomi? ». La campagna è lanciata con una grande assemblea nazionale (12 giugno 2012) e con la giornata di protesta del 29 settembre 2012, quando si svolgono iniziative nelle principali città Italiane. E dura sei mesi, da ottobre 2012 a marzo 2013. Un primo risultato, pur disturbato dalla proroga di un anno (la prima) della chiusura

libro-25col modificato.indd 33 13/10/15 10:49

degli Opg, è la modifica della Legge 9 del 2012 con la Legge 52 del 2013, che assegna più forza ai percorsi di cura e riabilitazione da svolgersi anche senza la detenzione nella Rems. Ma è evidente che non basta. Il rischio che al posto degli Opg nascano tanti mini Opg regionali è enorme: i programmi regionali per la costruzione delle Rems, sommati tra loro, arrivano ad un offerta di oltre mille posti.

È allora che stopOpg decide un'iniziativa straordinaria: «Il viaggio di Marco Cavallo». A maggio 2013 un primo test con il camper di Marco Cavallo (che tocca Castiglione e Reggio Emilia), a novembre il Cavallo blu che sfondò le mura del manicomio di Trieste si rimette in viaggio. Partito da Trieste, ha percorso 4.000 kilometri, attraversando dieci regioni, con tappe in 16 città e visite in tutti gli Opg. Sul Viaggio, che ha ricevuto la medaglia del Presidente della Repubblica, è stato prodotto un film, in concorso ai Festival Film di Torino e di Napoli.

Nel 2014 stopOpg concentra gli sforzi nel confronto con Governo e Parlamento. Scopo dichiarato è modificare la legge, facendo in modo che la chiusura degli Opg non si risolva solo con l'apertura delle Rems, ma che si torni allo spirito delle sentenze della Corte Costituzionale – e dunque della Riforma Basaglia – che avevano aperto la strada alle misure non detentive anche per gli internati in Opg.

La Legge 81, finalmente si cambia

Il confronto con Governo e Parlamento porta il 31 maggio 2014 all'approvazione della Legge n. 81, che subito come stopOpg abbiamo definito una buona legge[3]. Il tratto più interessante della nuova norma è aver spostato il baricentro dai binomi «malattia mentale/pericolosità sociale e cura/custodia» ai progetti di cura e riabilitazione individuali e al territorio. In particolare essa stabilisce che la regola deve essere una misura di sicurezza diversa dalla detenzione in Opg e in Rems, salvo situazioni determinate che devono diventare l'eccezione. Interviene poi sulla pericolosità sociale, che non può più essere dichiarata, o confermata, solo perché la persona è emarginata, priva di sostegni economici o per sola mancanza di programmi terapeutici individuali.

La Legge in sostanza ci dice che un malato povero, emarginato, senza casa o abbandonato dai servizi non può diventare, per questa ragione, socialmente pericoloso e finire in Opg. Quindi fissa un limite invalicabile alla durata della misura di sicurezza: «Le misure di sicurezza detentive provvisorie o definitive, compreso il ricovero nelle

3 Per una valutazione ben più competente sotto il profilo giuridico rinvio, tra gli altri, agli interventi sulla Legge 81 di Daniele Piccione, Andrea Puggiotto, Francesco Schiaffo, rintracciabili anche sul sito di stopOpg.

libro-25col modificato.indd 34 13/10/15 10:49

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». Si pone fine così ai cosiddetti «ergastoli bianchi», cioè alle proroghe senza fine di misure di sicurezza detentive. Si tratta di un cambio radicale della normativa sugli Opg (della Legge 9/2012 in specie), che apre, pur a codice penale invariato, una nuova fase per applicare le nuove norme nello spirito della «Legge 180».

La Legge 81 ha anche fissato una nuova data per la chiusura degli Opg: il 31 marzo 2015. Ecco perché dal 1 marzo scatta una nuova iniziativa di stopOpg, «la staffetta del digiuno: per chiudere gli Opg senza proroghe e senza trucchi». Centinaia di persone in tutta Italia si sono date il cambio, dedicando una o più giornate di digiuno alla mobilitazione. Anche qui lo slogan non si limitava ad invocare la chiusura degli Opg «senza proroghe» ma aggiungeva «e senza trucchi». Come appunto quello di sostituire gli Opg solo con le Rems.

Una lunga mobilitazione ha dunque accompagnato, e sollecitato, la chiusura degli Opg. Una mobilitazione che non è certo finita.

Dopo il 31 marzo 2015 si apre una nuova fase, tra speranze e difficoltà

Abbiamo confermato il giudizio positivo sulla decisione del Governo di non concedere proroghe alla scadenza per la chiusura degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari, ma abbiamo chiaro che il 31 marzo non è un punto d'arrivo, quanto piuttosto una svolta. Una tappa fondamentale per aprire una nuova fase. Ecco perché stopOpg ha deciso di aprire una nuova mobilitazione da aprile 2015.

Lo slogan scelto sintetizza i contenuti dell'Appello: «chiudere davvero gli Opg = più servizi di salute mentale e non Rems». L'esperienza della chiusura dei manicomi ha infatti insegnato che non basta una buona legge, come è stata la 180. Non basta chiudere, bisogna costruire l'alternativa. Allora ai manicomi, oggi agli Opg.

Adesso c'è la possibilità di attuare un'altra buona legge, la n. 81, che – pur a codice penale invariato – privilegiando le misure non detentive, rivedendo la pericolosità sociale e ponendo fine ai cosiddetti «ergastoli bianchi», costituisce un importante passo in avanti nel faticoso processo di superamento degli Opg.

Ma la sua attuazione si sta rivelando non scontata, né facile. Ritardi e resistenze permangono.

libro-25col modificato.indd 35 13/10/15 10:49

Opg ancora aperti, nuovi ingressi, troppe Rems. Commissariare le Regioni inadempienti

Mentre scrivo, gli Opg non sono stati ancora chiusi. A distanza di tre mesi dalla scadenza del 31 marzo, almeno 300 persone sono internate nei 5 Opg superstiti (Barcellona Pozzo di Gotto, Aversa, Napoli, Montelupo Fiorentino, Reggio Emilia) e quasi 250 persone sono rinchiuse nell'Opg di Castiglione delle Stiviere, che cambiando targa in Rems, è diventato un neo manicomio. Nelle undici Rems sinora attivate nelle altre regioni (a fine giugno 2015) vi sono meno di 150 persone.

Perciò abbiamo chiesto di commissariare le Regioni che non hanno ancora accolto i loro pazienti.

Il commissariamento è necessario per assicurare le dimissioni e il trasferimento delle persone internate e chiudere uno alla volta tutti gli Opg.

Ma il commissariamento non serve solo a superare i ritardi nella chiusura degli Opg, deve occuparsi dell'attuazione integrale della Legge 81/2014. La nuova legge infatti, come dicevamo, non si limita a far chiudere gli Opg. Per garantire cura e assistenza alle persone prevede siano presentati dalle Asl progetti individuali con misure alternative alla detenzione in Opg e in Rems, su cui si pronuncia la magistratura. Misure e progetti che il Ministero della Salute è tenuto a monitorare e a sollecitare.

Invece questo non sta avvenendo. Anzi si rischia di sostituire i vecchi Opg con le nuove Rems, la misura di sicurezza detentiva rimane la regola invece che essere l'eccezione.

Oggi viviamo una fase «transitoria», in cui quasi tutte le regioni hanno aperto (o stanno attivando) «Rems provvisorie». Per il futuro, diversi programmi regionali prevedono ancora la costruzione di Rems definitive, per centinaia di posti in tutta Italia. Questo – è bene ripeterlo più e più volte – sarebbe in contrasto con lo spirito della nuova Legge 81, che prevede la misura di sicurezza detentiva come *extrema ratio*, come ha ribadito anche il Sottosegretario De Filippo in una recentissima audizione al Senato[4]. Tanto più perché il numero delle persone «non dimissibili» – si vedano i dati delle Relazioni governative[5] – è di molto inferiore al numero dei posti progettati per le Rems.

4 Audizione del 24 giugno 2015 presso la Commissione Igiene e Sanità del Senato.

5 Nella Prima Relazione del Governo al Parlamento si dichiara che tra maggio e settembre 2014 sono stati raccolti i dati sugli internati «dimissibili dagli Opg». Ebbene, su 826 internati, 476 persone sono state giudicate «dimissibili». E ciò semplicemente perché la nuova legge ha reso obbligatorio presentare i progetti terapeutico riabilitativi individuali. La nuova legge ha permesso così di scoprire che il 60% degli internati poteva essere dimesso. Un dato clamoroso che ha spiazzato tutti. Se poi si pensa che tra i cosiddetti «non dimissibili» almeno il 40% lo era per motivazioni cliniche (causa ostativa non consentita dalla legge), si capisce perché la riduzione delle Rems è non solo necessaria ma indispensabile.

libro-25col modificato.indd 36 13/10/15 10:49

E allora l'attuale «fase transitoria», che abbiamo giudicato accettabile pur di chiudere gli Opg, deve servire a costruire l'alternativa ad ogni forma di internamento. Perciò si deve puntare alla drastica riduzione/riconversione delle stesse Rems: non serve costruire quelle nuove. Spetta a Governo e a Regioni compiere questa riconversione, e la Legge 81 lo permette.
Bisogna spostare i finanziamenti dalle Rems ai Dipartimenti di Salute Mentale (DSM) e ai servizi sociosanitari: si tratta di 55 milioni aggiuntivi, ogni anno, di spesa corrente e di 180 milioni, una tantum, in conto capitale. Le risorse così possono dare servizi a tutti i cittadini e non servono per mantenere separati gli internati. È evidente infatti che per ridurre le Rems bisogna dare forza ai servizi di salute mentale territoriali.

Castiglione delle Stiviere, da Opg a neo manicomio

Un gravissimo rischio, incombente, è quello di lasciare aperto Castiglione delle Stiviere. Che ha solo cambiato targa, diventando una mega Rems. Già oggi è in piena funzione, con quasi 250 internati, non solo lombardi ma anche di altre regioni. Sappiamo che quell'Opg, grazie all'impegno di tanti operatori, ha sempre avuto una maggiore attenzione per gli aspetti sanitari piuttosto che per quelli custodiali, ma resta un manicomio, dove, tra l'altro, è praticata sistematicamente la contenzione. Oggi addirittura si propone come un modello[6]. Sarebbe un errore imperdonabile: così si chiudono gli Opg ma si riapre la stagione manicomiale. Ecco perché anche la chiusura di Castiglione resta un obiettivo della mobilitazione.

Magistratura e Servizi, una collaborazione indispensabile

Dal 31 marzo 2015 la magistratura non ha più disposto internamenti negli Opg. Tuttavia stanno aumentando gli ingressi nelle Rems (compreso a Castiglione delle Stiviere), con un diffuso ricorso a misure di sicurezza provvisorie. Anche questo avviene in clamoroso contrasto con la nuova legge che vuole la misura di sicurezza detentiva *extrema ratio*. E solo grazie all'impegno degli operatori di molti servizi di salute mentale, e degli stessi Opg, l'aumento degli ingressi è stato compensato dalle dimissioni. Ma non basta.
Qui è indispensabile il ruolo – e la necessaria collaborazione con i Servizi (delle Asl e dei Comuni) – della Magistratura nel dare attuazione alla nuova legislazione. Questo implica un azione decisa anche del Ministero della Giustizia in collaborazione con quello della Salute e con le Regioni.

6 Si veda L.Benevelli, *Specializzazioni in neuroscienze e scienze cliniche del comportamento*, <http://www.stopopg.it> (maggio 2015)

libro-25col modificato.indd 37 13/10/15 10:49

A disposizione ci sono più strumenti, due sono stati introdotti con il recente Accordo sottoscritto il 27 febbraio scorso in Conferenza Unificata: il primo è l'esplicita previsione di accordi tra magistrature e Regioni/Asl. Il secondo strumento è l'obbligo di inviare i Progetti terapeutico riabilitativi individuali anche per i nuovi ingressi al Ministero della Salute. Il terzo strumento deve essere organizzato, come si è fatto a livello nazionale, anche nelle singole regioni: attivando un organismo di coordinamento tra i diversi attori (Regioni/Asl, Magistrature) impegnati in questa vicenda.
Infine una ulteriore riduzione degli ingressi in Rems è possibile prevedendo che «Osservazioni» e «Misure di sicurezza provvisorie» si svolgano in carcere in apposite sezioni attenuate (e questo deve però migliorare le condizioni di queste realtà).

Chiudere gli Opg e accendere i riflettori sulle Rems

Le Rems certamente rappresentano l'oggetto su cui concentrare la mobilitazione in questa seconda fase. Per tenere sotto controllo e diminuire in maniera significativa il numero di posti, come abbiamo detto. Ma anche perché siano attraversabili e visitabili, organizzate e gestite nel riconoscimento dei diritti delle persone assistite e degli operatori (ai quali non possono essere richieste funzioni di custodia ma solo di cura), senza segregazione, senza utilizzo di mezzi coercitivi, con la presa in cura globale di ogni persona da parte dei servizi del territorio, e in un rapporto costante con la magistratura per rendere transitorio l'internamento (come appunto recita la Legge 81). Per questo abbiamo chiesto a Governo e Regioni un confronto sui regolamenti adottati nelle Rems.
E per questo stiamo organizzando le visite nelle Rems e una apposita Rete di soccorso, formata da avvocati e psichiatri.

Per superare definitivamente l'Opg, cancellare il trattamento speciale per i folli rei

Infine, 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 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

libro-25col modificato.indd 38 13/10/15 10:49

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 umani.

Siamo consapevoli che la chiusura degli Opg sarà graduale ma niente può e deve fermarla. Chiudere gli Opg sarà una vittoria per tutti. Per le persone che hanno subito e subiscono l'internamento, in primo luogo. Ma anche per gli operatori degli Opg e dei servizi di salute mentale è una grande vittoria, e un'opportunità per restituire più qualità al lavoro. Perché sappiamo che costruire l'alternativa alla logica manicomiale dipende dalla qualità del lavoro nei servizi.
La strada è in salita: per lo stigma che associa follia a pericolosità sociale, e che produce allarmismi ingiustificati (proprio come accadde al tempo della chiusura dei manicomi), per le culture che ancora permeano parte dei servizi e settori della magistratura, e per le resistenze al loro interno. Per le difficoltà in cui versano i servizi e gli operatori dovuti ai tagli al welfare, per la debolezza – si direbbe la pochezza – di molte Regioni nell'affrontare la sfida della chiusura degli Opg.
Ritardi, incongruenze, difficoltà sono fisiologiche in una riforma di questa portata ma non la possono fermare.

libro-25col modificato.indd 39 13/10/15 10:49

libro-25col modificato.indd 40 13/10/15 10:49

Ospedale Psichiatrico Giudiziario: la fine dell'agonia?

Franco Corleone

Il presente testo è stato presentato nella lezione del 17 ottobre 2014, del corso di aggiornamento «L'ospedale psichiatrico giudiziario», organizzato dall'Università di Salerno.

È un processo avviato ormai da alcuni anni quello della chiusura degli Opg a favore di strade alternative di trattamento del disagio mentale e, dopo numerose proroghe, potrebbe essere giunto finalmente al suo epilogo. Previsto nell'ambito del trasferimento delle funzioni in materia di sanità penitenziaria dal Ministero della Giustizia alle Regioni, il termine è, infatti, attualmente fissato per il 31 marzo 2015 e non dovrebbe subire ulteriori slittamenti. Almeno così ha dichiarato il Ministro Orlando che intende continuare il lavoro di pressing sulle Regioni affinché avviino, entro tale data, la chiusura di tali istituzioni e la conseguente dimissione degli internati che, se ancora in condizioni di disagio mentale, dovranno essere affidati ai Dipartimenti di Salute Pubblica sul territorio. Soltanto una parte residuale degli attuali internati verrà trasferita in apposite strutture di custodia (le REMS, residenze per l'esecuzione di misure di sicurezza), fintanto che la pericolosità non sia ritenuta gestibile con altre modalità. Saranno dunque mantenuti i punti fermo della Legge 81, in particolare la dimissione degli internati che abbiano scontato il massimo della pena edittale per il reato commesso, cancellando l'ignominia degli ergastoli bianchi. Siamo forse giunti a colmare quella che poteva essere considerata l'assenza più clamorosa dalla riforma della assistenza psichiatrica attribuita a Franco Basaglia. La Legge «180», infatti, non affrontava il buco nero del manicomio giudiziario che la Legge sull'Ordinamento Penitenziario del 1975 (n. 354) aveva pudicamente ribattezzato in Ospedale Psichiatrico Giudiziario (Opg).

Dal 1978 ad oggi la società italiana è cambiata profondamente, ma non sempre in meglio e i tentativi di attuare una controriforma sono stati messi in atto varie volte e fortunosamente sventati.

libro-25col modificato.indd 41 13/10/15 10:49

Il nodo della psichiatria non è stato risolto dalla chiusura dei manicomi civili, basti pensare al destino di sepolti vivi di chi è ricoverato nelle strutture private assolutamente incontrollate e nei reparti di diagnosi e cura dove troppo spesso regna la contenzione abusiva, ma soprattutto non si può trascurare la sorte di quelle persone rinchiuse nelle sei strutture ancora esistenti di internamento, le vere istituzioni totali che speriamo siano finalmente giunte al loro epilogo. La questione degli internati negli Opg, se sul piano quantitativo può apparire una realtà insignificante (dalle più di millequattrocento persone del 2010 alle circa ottocento di fine 2014), dal punto di vista qualitativo è un elemento non trascurabile perché coinvolge fondamentali questioni di principio.

Il doppio binario del Codice Rocco

È certamente scandaloso il fatto che queste strutture si chiamino ospedali e che invece siano a tutti gli effetti carceri, con celle, sbarre e controlli della polizia penitenziaria. D'altronde la stessa storia di questa istituzione ci aiuta a comprenderne la natura. L'Opg nasce, infatti, all'interno del sistema penitenziario, precisamente come luogo di detenzione dei detenuti «impazziti» in carcere. Nel 1884 la Direzione generale delle carceri diede stabile assetto alla cosiddetta sezione maniaci di Aversa, trasformandola in un vero e proprio manicomio criminale. In seguito, la funzione servente al sistema processuale e penale si precisa definitivamente nel 1931 con il codice penale di Alfredo Rocco, che crea le categorie della pericolosità sociale e della misura della sicurezza e, quali istituti per eseguire quest'ultima, le colonie agricole, le case di lavoro e il manicomio giudiziario. Questo nesso storico, che appare immutabile, viene confermato anche dalla diretta dipendenza che gli Opg hanno dal dipartimento dell'amministrazione penitenziaria, presso il ministero di grazia e giustizia, ora solo della Giustizia.

Negli ospedali psichiatrici giudiziari si entra per effetto di una perizia psichiatrica che definisce il soggetto incapace, senza che ne sia stata dimostrata la colpevolezza. A quel punto, attraverso un diabolico meccanismo di successive proroghe della misura, di sei mesi o un anno alla volta, decise dal magistrato di sorveglianza, si può entrare in condizione di pena definitiva.

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

libro-25col modificato.indd 42 13/10/15 10:49

e quello assistenziale-psichiatrico: di qui, l'esigenza di una 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 ambiti. Se, infatti, ci troviamo finalmente di fronte all'abolizione degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari, dovremo cercare di evitare le contraddizioni che anche una riforma rivoluzionaria come quella del 1978 non riuscì ad affrontare in toto e che risultano intrinsecamente connesse con la resistenza finora perpetrata nei confronti della chiusura di questi «fossili».

Infatti, nel 1988, dieci anni dopo l'approvazione della 180, tanti manicomi «civili», così erano chiamati, erano ancora funzionanti per gestire quello che con un termine brutalmente liquidatorio era definito il residuo manicomiale. Il «residuo» era costituito da migliaia di donne e uomini spesso abbandonate a se stesse e ridotte in condizioni bestiali, indegne rispetto a uno standard minimo di umanità. Allora ero senatore e iniziai un tour di ispezioni in luoghi che parevano la rappresentazione dei gironi danteschi. Ricordo i blitz compiuti a Rieti, Girifalco, Mombello e poi l'avventura in Sicilia con Gad Lerner, allora giornalista dell'Espresso e con il fotografo Franco Zecchin. Le condizioni di Scicli e di Messina erano surreali, ma lo scandalo esplose con la denuncia dello stato del manicomio di Agrigento. Domenico Modugno, anche lui senatore, si unì nelle successive visite e grazie all'inchiesta del settimanale e alle trasmissioni televisive di Maurizio Costanzo la vicenda ebbe ricadute positive sul piano amministrativo e risvolti giudiziari che nella città di Pirandello non potevano che avere una conclusione di giustizia negata, con processi paralleli ai responsabili sanitari del manicomio e ai responsabili della Usl con uno scaricabarile indecente e inconcludente. Ricordo spesso questa esperienza emozionante e coinvolgente che dà la testimonianza di un interesse antico e in prima persona per una tragedia costruita sul dolore negato.

Il nodo dell'imputabilità

Così nel 1991 presentai in Senato un disegno di legge (A.S. 2894) dal titolo *Imputabilità del malato di mente autore di reato e trattamento penitenziario del medesimo* che riprendeva una proposta del senatore Vinci Grossi del 1983 depositata nella nona legislatura (A.S.177).

La relazione, ricollegandosi ad alcuni recenti indirizzi della psichiatria volti a considerare il malato di mente come soggetto autore della propria condotta, riteneva l'infermità psichica

libro-25col modificato.indd 43 13/10/15 10:49

> uno stato patologico transitorio, come tale curabile ed in molti casi anche sanabile... La transitorietà riconosciuta dalla psichiatria moderna al disturbo psichico, la variabilità e la mutabilità di forme e di intensità che questo conosce nel corso del tempo, impediscono oggi di attribuire validità alla (e quindi di conservare 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 un reato in una categoria a sé, contrassegnata da caratteri stabili ed immanenti e come tale destinataria di una normativa penale speciale.

Sul piano della disciplina penale, il trattamento dell'infermo ha costituito materia di intervento e sollecitazione in relazione a diverse pronunce della Corte Costituzionale. Fra queste, ad esempio, è opportuno ricordare la sentenza n. 139 del 1982 che, pur respingendo le eccezioni di incostituzionalità, ebbe ad indicare l'opportunità di una più adeguata normativa del trattamento degli internati in ospedali psichiatrici giudiziari, affermando, tra l'altro:

> Quanto infine ai rilievi che vengono mossi alle effettive condizioni organizzative e di gestione degli ospedali psichiatrici giudiziari, rappresentate come tali da menomare grandemente o addirittura vanificare la funzione di cura degli internati per soddisfare invece e soltanto, una funzione repressiva e segregante, questa Corte, giudice delle leggi, non può dedurne motivi di incostituzionalità delle norme denunciate, tra le quali non sono comprese quelle disciplinanti appunto gli ospedali psichiatrici giudiziari... Il problema umano e sociale del trattamento da riservare ai soggetti prosciolti perché non imputabili per infermità psichica non può essere affrontato e risolto in termini formali e nominalistici, ma impone l'adozione di misure concretamente idonee alla cura e non soltanto alla custodia di quei soggetti medesimi, essendo evidente che la loro risocializzazione dipende dalla guarigione o quanto meno dal miglioramento delle loro condizioni psichiche.

La Corte Costituzionale (si veda la sentenza 28 luglio 1983, n. 249) ha accolto l'evoluzione della psichiatria che ha abbandonato una concezione puramente biologica della malattia mentale, respingendo il principio di «immutabilità, quanto a natura ed intensità, dell'infermità psichica» e ha ammessa la possibilità di una «positiva evoluzione» della stessa.

Non v'è dubbio che la Legge 13 maggio 1978, n. 180, abbia rappresentato una riforma di ampio respiro, i cui contenuti innovativi non possono essere posti in discussione dalle difficoltà di attuazione della normativa stessa; nonostante ciò si deve rilevare comunque l'esiguità di norme in campo penale che costituiscano un punto

libro-25col modificato.indd 44 13/10/15 10:49

di contatto con il modello culturale sotteso alla Legge n. 180 del 1978.
In particolare, la legge di riforma psichiatrica, recepita dalla Legge 23 dicembre 1978, n. 833, istitutiva del Servizio sanitario nazionale, ha introdotto modifiche rilevanti nel settore dell'assistenza psichiatrica, a favore delle principali esigenze di prevenzione, cura e riabilitazione del malato mentale. In tale contesto, anche il ricovero ospedaliero è sempre (pur nei casi di obbligatorietà) inteso come un momento nell'ambito di trattamenti sanitari adeguati. I dati, che emergevano dalle statistiche giudiziarie, evidenziavano invece una chiara tendenza all'aumento dei ricoveri in ospedali psichiatrici giudiziari, già nel triennio successivo all'entrata in vigore della Legge n. 180 del 1978 rispetto al triennio precedente.
Nella XI legislatura l'indagine conoscitiva sulla situazione sanitaria nelle carceri, condotta dalla Commissione igiene e sanità del Senato, si concluse con la conferma della particolare gravità e degenerazione della condizione degli ospedali psichiatrici giudiziari:

> Negli ospedali psichiatrici giudiziari – si legge nel documento, relatrice la senatrice Bettoni Brandani – acuta è la contraddizione tra funzione sanzionatoria da un lato e funzione riabilitativa o curativa, dall'altro... Questa ambiguità, legata alla duplice funzione custodiale-curativa, è ancora più accentuata dal fatto che si tratta di una popolazione di utenti che, a causa del proprio stato, sono privati di qualsiasi capacità contrattuale di fronte all'apparato penitenziario.

Le denunce cadute nel vuoto

L'indagine conoscitiva poneva attenzione ad un ulteriore e diverso dato, in questi anni diventato prevalente rispetto all'altro drammatico problema dei cosiddetti «sepolti vivi», fatto emergere negli anni settanta ad esempio da denunce come quelle di Igino Cappelli, magistrato di sorveglianza di Napoli che nel volume *Gli avanzi della giustizia* affermava: «Il manicomio giudiziario è un'istituzione due volte da negare perché due volte violenta e due volte inumanamente e irrazionalmente totale: come carcere e come manicomio: La sua abolizione sarebbe una scelta di civiltà». Il documento della XII Commissione permanente del Senato denunciava, infatti, «l'aumentata incidenza del numero di coloro che sono sottoposti a misura di sicurezza per breve periodo (2 anni)» ed evidenziava come «trovino ricovero in tali ospedali pazienti psichiatrici a bassa pericolosità sociale per evidente carenza dei servizi psichiatrici del Servizio sanitario nazionale, nonché di adeguate strutture intermedie». Non un problema limitato e di breve periodo, in realtà, al punto che dieci anni prima,

libro-25col modificato.indd 45 13/10/15 10:49

nel 1983, analoghe erano le riflessioni indotte dalla realtà degli ospedali psichiatrici giudiziari, in relazione anche alla diminuzione di presenze negli ospedali psichiatrici conseguente all'applicazione della nuova legislazione in materia (S. Luberto, *In tema di tutela del diritti del malato di mente che delinque*, in «Studi parmensi», vol. XXXIV, Milano, 1983).

Nel merito delle ipotesi di riforma la Commissione riteneva «auspicabile che gli ospedali psichiatrici giudiziari possano essere trasformati nel senso di rispondere maggiormente alle esigenze di trattamento sanitario del paziente». Ciò 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».

Se in materia penale il legislatore è intervenuto più volte – in particolare, con la riforma penitenziaria (Legge 26 luglio 1975, n. 354) e con la Legge 24 novembre 1981, n. 689, recante *Modifiche al sistema penale*, modificando il sistema sanzionatorio fondato sulla esclusiva pena detentiva per effetto di misure alternative alla detenzione, o con il ricorso in misura più ampia alla sospensione condizionale della pena; in realtà, ciò non ha avuto una contestuale o adeguata e coerente applicazione per i malati di mente, per i quali la misura di sicurezza dell'ospedale psichiatrico giudiziario consiste di fatto in una sanzione preventiva.

Se in passato erano i malati di mente imputati o condannati per reati di media o di elevata gravità ad essere sottoposti, di norma, alla misura di sicurezza, negli ultimi anni, di regola appunto, oggetto delle misure di sicurezza sono stati soggetti colpevoli o imputati di reati minori, dall'oltraggio alla resistenza a pubblico ufficiale.

A differenza dei soggetti «sani di mente» condannati a pena detentiva, ai quali viene concessa in sede esecutiva la possibilità di usufruire di benefici e facilitazioni al fine di un reinserimento sociale, a coloro che, per infermità psichica, sono stati prosciolti dal reato, tale possibilità appare negata.

In tal modo e per considerazioni di ordine più generale, l'istituto della «non imputabilità» del malato di mente corrisponde a minori, se non estremamente limitate, garanzie rispetto a quelle che il riconoscimento dell'imputabilità prevederebbe.

In questo modo, tramite l'istituzione degli ospedali psichiatrici giudiziari la società evita il proprio dovere di giudicare chi infrange la legge e, in sostituzione di una riabilitazione umana e sociale in un ambito penale, il malato di mente viene punito contemporaneamente con la restrizione della libertà e con il trattamento in un contesto psichiatrico.

libro-25col modificato.indd 46 13/10/15 10:49

Con la mia sfida proponevo, dunque, di abolire l'istituto della non imputabilità degli infermi psichici, sottintendendo una inadeguatezza della categoria, prettamente giuridica, dell'incapacità di intendere e di volere. Contestualmente va ricordato che anche la nozione della pericolosità del reo sofferente di disturbi psichici non ha un proprio contenuto scientifico e non può considerarsi presupposto per la legittimazione di sanzioni penali quali le misure di sicurezza di fatto sono, che talvolta si protraggono per anni, finanche a superare la pena detentiva prevista e applicata.
Queste conseguenze giuridiche del reato trovano, infatti, la loro ragione giustificatrice nella pericolosità sociale che influisce sulla misura e sulla qualità del provvedimento. Tale problematica va riconsiderata a seguito della previsione dell'articolo 31 della Legge n. 663 del 1986 che ha abrogato l'articolo 204 del Codice Penale che prevedeva la presunzione della pericolosità.

Né manicomio né carcere

La mia proposta di legge «scandalosa», secondo alcuni, riconosceva il malato di mente autore di reato capace di intendere e di volere e di conseguenza imputabile, e soggetto alle pene previste dal codice penale per le varie fattispecie di reati. Non va dimenticato che la pena detentiva, anche a seguito della riforma dell'ordinamento penitenziario del 1986, assunse una nuova fisionomia, stante il valore da attribuire all'articolo 27 della Costituzione, in cui si pone una forte implicazione tra l'obiettivo della rieducazione e l'umanità della pena e soprattutto che sono previste nell'ordinamento alternative alla detenzione per soggetti portatori di gravi patologie e anche l'incompatibilità con la detenzione.
Una particolare cura deve essere assicurata alla salute, mediante la previsione di strutture sanitarie, nell'ambito del carcere, idonee alla cura dei disturbi psichici dei detenuti. Era previsto che i vari programmi di riabilitazione avrebbero dovuto attuarsi con la collaborazione dei servizi psichiatrici territoriali; a maggiore ragione ciò vale oggi con il passaggio della sanità penitenziaria al Servizio sanitario pubblico.
Allora l'integrazione con i servizi nel territorio come garanzia effettiva per i malati e quale condizione per il superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari, era così sostenuta ad esempio da Nicolò Amato, Direttore generale degli istituti di prevenzione e pena: «Se immaginiamo di ripartire gli internati più recuperabili fra tutte le regioni, avremo piccole comunità di non più di 25-30 malati, facili da amministrare e da affidare in gestione alle USL. Per i casi più difficili si potrebbe pensare a sezioni carcerarie speciali, di tipo psichiatrico».

libro-25col modificato.indd 47 13/10/15 10:49

La mia proposta ebbe lo stesso destino di quella del senatore Grossi. Rimase nei cassetti del Parlamento. Da deputato la ripresentai nella XII e nella XIII legislatura (A.C. n. 151).

Correva l'anno 1996. Io fui nominato sottosegretario alla Giustizia e finalmente mi potei occupare nuovamente di questo argomento da un diverso punto di responsabilità. Ero consapevole che le riforme, per essere fatte, richiedono un coinvolgimento della società civile e un consenso diffuso. Quando si perde l'appuntamento con la storia, non si possono compiere forzature, occorre aspettare un nuovo incontro che potrebbe non avvenire più; o addirittura assistere impotenti alla vendetta della storia che non perdona l'insipienza e la mancanza di coraggio.

Presso la sede del Ministero di via Arenula, costituii un piccolo gruppo di lavoro per presentare al ministro due ipotesi di riforma, una che manteneva la non imputabilità e una che ne sosteneva l'abrogazione. Si lavorò sulla rivisitazione della proposta elaborata dalla Fondazione Michelucci, sostenuta da Sandro Margara e sull'aggiornamento della mia proposta. Presentai con una lettera al ministro Oliviero Diliberto i risultati invitandolo a una scelta tra le due soluzioni riformatrici per uscire dalla contrapposizione sterile. Ricordavo che ci trovavamo di fronte ad una restrizione della libertà personale, in assenza di un accertamento di responsabilità in ordine alla commissione di un reato, e per un tempo indefinito; un (potenziale) ergastolo inflitto senza un processo, che fonda il suo titolo esclusivamente nella pericolosità sociale del malato di mente.

Aggiungevo che

> pur con i correttivi introdotti dalla Corte Costituzionale, l'impianto normativo in materia è ancora quello del Codice Rocco. Tale impianto era coerente con la legislazione «segregazionista» in materia di malattia mentale: prima della legge del 1978, infatti, la malattia mentale era titolo sufficiente, di per sé, per limitare indefinitamente la libertà personale di un soggetto e, quindi, ben poteva prevedersi la segregazione del malato «accusato» di un reato. Ma con la legge Basaglia l'ordinamento ha operato una rivoluzione copernicana in materia, e ciò impone un ripensamento della normativa del codice penale.

I punti fermi minimi

Ribadivo in conclusione che: «Punti fermi di tale riflessione sono, a mio avviso, due: a) la malattia mentale non può essere titolo sufficiente per la limitazione della libertà personale, in assenza di un accertamento in ordine alla commissione di un fatto previsto dalla legge come reato; b) la restrizione della libertà di una persona malata

libro-25col modificato.indd 48 13/10/15 10:49

di mente in ragione della commissione di un fatto-reato non può avere durata indefinita, né superiore al massimo di pena previsto dalla legge per il reato commesso».
Ovviamente, il diritto al giudizio che io sostenevo (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, ma nella individuazione di luoghi terapeutici alternativi, in presenza di uno stato di incompatibilità con la detenzione.
Questo progetto imponeva l'abrogazione e la riscrittura degli articoli 85, 88, 89, 91, 222 del Codice Penale e dell'articolo 530 del Codice di procedura penale.
Mi piace ricordare che Michele Coiro, grande magistrato, da Capo del Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria, in una audizione parlamentare espresse il suo favore per la soluzione da me prospettata, definendo le altre possibilità come palliativi che avrebbero lasciata immutata la situazione. Molti, invece, definiscono tale proposta troppo radicale, astratta, insomma bella ma impossibile. Sono sempre stato disponibile al confronto con soluzioni diverse e maggiormente praticabili, non facendo dell'imputabilità un totem o una bandiera ideologica. Ma ho avvertito spesso il rischio che il cosiddetto superamento dell'Opg portasse a una surrettizia riapertura dei manicomi civili. Per questo non mi convinceva la cosiddetta regionalizzazione che avrebbe moltiplicato da sei a venti gli ospedali psichiatrici giudiziari.
Su questo punto ho discusso e scritto in occasione della ricerca del 2002 *Anatomia degli ospedali psichiatrici giudiziari italiani* curata da Vittorino Andreoli.
Le cose non stanno però ferme. I tentativi di incidere attraverso la modifica del Codice Penale sono purtroppo falliti. La Commissione Grosso e la Commissione Pisapia attraverso previsioni diverse e anche in contraddizione tra loro si limitavano a eliminare la seminfermità mentale e ad armonizzare il sistema delle misure di sicurezza con la normativa sanitaria.
Occorre dire che il sistema fondato sugli automatismi rispetto alla durata minima della misura di sicurezza (due, cinque, dieci anni) è venuta meno grazie alla sentenza della Corte Costituzionale sentenza n. 110 del 1974.
Come scrive Sandro Margara:

> La presunzione di esistenza della pericolosità sociale è venuta meno, così che, quando è pronunciata la sentenza di proscioglimento per vizio totale di mente, il giudice dispone misura di sicurezza solo quando accerta la concreta presenza della pericolosità sociale.
> La presunzione di durata della pericolosità sociale è parimenti venuta meno, così che la misura di sicurezza può essere revocata in ogni tempo, a prescindere da quelle durate

libro-25col modificato.indd 49 13/10/15 10:49

minime – di due o cinque o dieci anni – che sono formalmente rimaste e mantengono solo una rilevanza operativa (che non cessa di essere importante). Il venir meno della presunzione di durata della pericolosità sociale è ribadita dalla necessità di rinnovare l'accertamento della pericolosità all'atto della concreta esecuzione della misura. Si richiede, pertanto, l'ulteriore e logico requisito della attualità della pericolosità sociale perché la misura di sicurezza venga eseguita

(A. Margara, *La flessibilità delle misura di sicurezza: situazione attuale ed ipotesi*, «Fogli di informazione», 201, 2003, p. 15).

Una sentenza costituzionale più recente – la 253 del 2003 e la 367 del 2004 – ha fatto venire meno anche l'ultimo automatismo, quello del tipo di misura di sicurezza, dell'Opg, prevedendo la possibilità di un intervento alternativo, in libertà vigilata con affidamento al servizio psichiatrico pubblico.

A un certo punto il destino di Montelupo, Reggio Emilia, Barcellona Pozzo di Gotto, Aversa, Napoli e Castiglione delle Stiviere sembrò affidato all'applicazione della riforma che prevedeva il passaggio delle competenze della medicina penitenziaria al Servizio Sanitario e quindi alle Regioni, in base al Decreto n. 230 del 1999 che nell'allegato C prevedeva il superamento degli Opg in tre fasi e Marco D'Alema, psichiatra e consulente della ministra Livia Turco ipotizzava l'uscita di 400 pazienti in tempi rapidi.

Non accadde nulla anche in seguito all'interruzione della legislatura e al cambio di governo con il ritorno di Berlusconi.

Il cambio di passo della Commissione Marino

Una straordinaria attenzione e un cambio di prospettiva è invece accaduto in conseguenza del lavoro della Commissione parlamentare d'inchiesta sull'efficacia e l'efficienza del Servizio Sanitario Nazionale, istituita dal Senato nel 2008 e presieduta dall'allora senatore Ignazio Marino. Il video che ha accompagnato la denuncia di un inferno organizzato, ha colpito l'opinione pubblica e anche le massime istituzioni del Paese a cominciare dalla Presidenza della Repubblica.

Così si è determinata una accelerazione che ha portato all'approvazione di un articolo all'interno della legge sulla detenzione domiciliare (3 ter) la n. 9 del 2012 che prevedeva già per il febbraio 2013 il superamento completo degli attuali Opg. Fallita la prima e anche la seconda scadenza (1° aprile 2014), ora è necessario che l'impegno preso dal Ministro venga rispettato.

L'ipotesi della individuazione o creazione di nuove strutture per il trasferimento degli

libro-25col modificato.indd 50 13/10/15 10:49

internati e l'esecuzione delle misure di sicurezza, le cosiddette REMS, ha sollevato in questi anni una discussione a cui hanno dato il loro contributo Franco Rotelli, Peppe Dell'Acqua, Maria Grazia Giannichedda paventando il mantenimento dell'Istituzione totale sotto nuove vesti solo più ripulite.

Penso che il risultato della chiusura immediata degli attuali Opg debba essere rilanciato per il suo valore anche simbolico.

Come può essere raggiunto questo obiettivo? Nessuno ha sciolto il quesito se gli internati (vale sempre la pena non dimenticare il senso di questa qualificazione!) sono ancora sottoposti alla gestione del Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria o no. Se così fosse, come io penso, e in vista della prossima scadenza, è necessario accelerare il processo di riavvicinamento di questi soggetti alle realtà di provenienza, eliminando i bacini di utenza e contestualmente imponendo alle Asl e ai Dipartimenti di salute mentale di provvedere alla presa in carico e alle possibili dimissioni. Per un numero limitato occorrerà individuare quelle che sono state ora definite come Rems provvisorie. Se questa operazione si fosse fatta nei due anni passati si sarebbe potuto pensare anche a un passaggio dal carcere (in una sezione apposita ma ridotta nei numeri); certamente questa soluzione avrebbe suscitato perplessità e critiche sollevando l'obiezione che si sarebbero rinchiusi soggetti malati in carcere. Ma si è nascosta l'evidenza, non propriamente un dettaglio, e cioè che l'Opg è stato finora a tutti gli effetti una struttura penitenziaria con un direttore penitenziario e che gli ospiti erano qualificati come internati e assieme ai detenuti costituivano la popolazione reclusa.

Oggi possiamo immaginare una prospettiva diversa. La decisione di non prorogare il termine previsto per la chiusura degli Opg obbliga alle dimissioni immediate di tutti gli internati abusivi e al commissariamento per le regioni inadempienti. È l'unico modo per garantirsi che le regioni e le asl definiscano i progetti individualizzati e identifichino le strutture idonee, case famiglia, comunità protette, residenze di livello intermedie e per un numero minimo una REMS, in grado di accogliere quelli che sarebbero sì internati, ma pazienti a tutti gli effetti, seppure soggetti ad una misura di sicurezza, come accade per i detenuti ricoverati in ospedale per visite mediche, interventi chirurgici o degenti nei reparti ospedalieri appositi. Si tratta di una contraddizione che bisogna affrontare e vivere, sapendo che si tratta di una fase di transizione. In ogni caso, le strutture che prevedono forme di controllo più rigido, dovranno essere comunque luoghi effettivamente terapeutici e non nuove istituzioni totali, e trattandosi di persone private della libertà il ruolo dei garanti sarà essenziale per assicurare diritti e dignità, nel rispetto assoluto dei principi della Costituzione, in particolare l'art. 13 e l'art. 32.

libro-25col modificato.indd 51 13/10/15 10:49

Dove li mettiamo i matti?

Prezioso sarà tenere presente l'esperienza di Trieste che può vantare il risultato straordinario per cui nessun cittadino di quella città, autore di reati gravi o addirittura gravissimi, affetto da disturbo mentale, sia internato in un ospedale psichiatrico giudiziario. Questo accade perché, come scrive Giuseppe Dell'Acqua:

> La persona che abbia commesso un reato grave e che presenti seri problemi psichiatrici, laddove tale condizione sia incompatibile con la detenzione, viene trattata secondo un progetto terapeutico riabilitativo articolato e per un periodo di tempo prestabilito, ovvero fino al raggiungimento di un equilibrio psichico adeguato, all'interno del centro di salute mentale aperto 24 ore o di strutture residenziali comunitarie in regime di detenzione domiciliare, di libertà vigilata o di sospensione della pena (G. Dell'Acqua, *Appunti per la soppressione del manicomio criminale*).

Insomma voglio ribadire che il diritto al giudizio e l'affermazione di una responsabilità personale può assumere un valore terapeutico e comunque non ha un esito necessariamente coincidente con una pena da scontare in carcere. È un capitolo nuovo che andrà monitorato con estrema attenzione. Ricorro a un ricordo che non deve apparire irriverente. Nei miei anni giovanili fui protagonista di una battaglia ecologista, la chiusura dello zoo di Milano. L'obiezione che veniva avanzata, di stampo protettivo, si esplicitava nell'interrogativo su dove sarebbero stati messi gli animali, vecchi e abituati alla cattività. Così oggi con la medesima sollecitudine, rivolgendosi però ad uomini e donne e non alle bestie feroci, si dice «dove li mettiamo?».
L'espressione adatta a pacchi o a cose è assai rivelatrice. Non ci si preoccupa di immaginare soluzioni civili e umane di inserimento sociale, ma si privilegia la collocazione edilizia. Non si dovrebbe mai dimenticare che solo la libertà è terapeutica.
Questa lunga esperienza ha confermato che l'assenza della politica e la debolezza della cultura produce mostri e non assicura la trasparenza di un percorso riformatore e la limpidità dell'esito; e paradossalmente rischia di riproporre le tragedie e gli orrori che abbiamo conosciuto nel passato e che vogliamo cancellare.
L'occasione che si presenta non può essere sprecata ma va perseguita con coerenza rispetto ai fini che si vogliono raggiungere: la chiusura degli Opg e il superamento della logica manicomiale.
La scorciatoia non può contraddire la via maestra.

libro-25col modificato.indd 52 13/10/15 10:49

RIFERIMENTI

V. Andreoli (a cura di), *Anatomia degli ospedali psichiatrici giudiziari italiani*, Dipartimento Amministrazione Penitenziari-Ufficio studi e ricerche, Roma 2002

Atti del Convegno della Camera Penale di Caltanissetta, *Vizio di mente e imputabilità*, 2005

F. Basaglia (a cura di), *L'istituzione negata*, Einaudi, Torino1968

F. e F. Basaglia (a cura di), *Morire di classe: la condizione manicomiale fotografata da Carla Cerati e Gianni Berengo Gardin*, Einaudi, Torino 1969

I. Cappelli, *Gli avanzi della giustizia*, Editori Riuniti, Roma 1988

G. Cascini, *Le insostenibili misure di sicurezza*, «Fuoriluogo», gennaio 2002

P. Cipriano, *La fabbrica della cura mentale – diario di uno psichiatra riluttante*, ed. Elèuthera, Milano 2013

F. Corleone e I. Novelli (a cura di), *I volti dell'alienazione, disegni di Roberto Sambonet*, Palombi editore, Roma 2014

G. Dell'Acqua, *Appunti per la soppressione del manicomio criminale*, «Fuoriluogo», aprile 1998

G. Dell'Acqua, A. Pianca e L. Comida, *Dialogo di Marco Cavallo e il Drago con gli internati del manicomio criminale di Montelupo*, «Fuoriluogo», novembre 2004

J. Foot, *La "Repubblica dei matti" – Franco Basaglia e la psichiatria radicale in Italia 1961-1978*, Feltrinelli, Milano 2014

M. G. Giannichedda, *Carcere o manicomio, la libertà è terapeutica*, «L'Unità», 25 luglio 2006

M. G. Giannichedda, *Quella tutela pagata al prezzo dei diritti*, «Fuoriluogo», luglio/agosto 2007

E. T. A. Hoffmann, *Il caso Schmolling*, Biblioteca del Vascello, Roma 1993

S. Luberto, *In tema di tutela del diritti del malato di mente che delinque*, «Studi parmensi», vol. XXXIV, Milano, 1983

A. Manacorda (a cura di), *Folli e reclusi*, La casa Usher editore, Perugia 1988

A. Margara, *La flessibilità delle misura di sicurezza: situazione attuale ed ipotesi*, «Fogli di informazione», 201, 2003

M. Palma, *Tutti i pericoli della clinica diffusa*, «Fuoriluogo», luglio/agosto 2007

M. Petracci, *I matti del Duce, Manicomi e repressione politica nell'Italia fascista*, Donzelli editore, Roma 2014

M. Piccone, *Pazzi, criminali, dimenticati*, «Diario», 2006

G. Pugliese e G. Giorgini, *Mi firmo per tutti*, Arci solidarietà, Roma 1997

P. Sangiorgio e G. M. Polselli (a cura di), *Matti da (non) slegare*, Alpes, Roma 2009

F. Stefanoni, *Manicomio Italia*, Editori Riuniti, Roma 1998

A. Valeriano, *Ammalò di testa*, Donzelli editore, Roma 2014

G. Zuffa, *Irresponsabili per eccellenza*, «Fuoriluogo», luglio/agosto 2007

libro-25col modificato.indd 53 13/10/15 10:49

libro-25col modificato.indd 54 13/10/15 10:49

Le resistenze all'applicazione della Legge 81

Cesare Bondioli

Come noto la Legge 81/2014 pur introducendo significative innovazioni è intervenuta a legislazione invariata per quanto attiene ai temi della imputabilità del soggetto folle autore di reato e delle conseguenti misure di sicurezza. La sua applicazione potrà rappresentare un punto di arresto del dibattito sull'imputabilità che inchioderà il nostro Paese in una situazione analoga a quella creatasi con l'istituzione dei manicomi giudiziari che, nonostante le loro aberrazioni sono durati quasi un secolo, oppure potrà rappresentare un punto di partenza per arrivare a quelle modifiche, da più parti auspicate, del Codice Penale in tema di imputabilità e questo potrà avvenire a partire da una pratica avanzata di applicazione della legge, un po' come avvenuto negli anni '60/'70 per le c.d. «esperienze avanzate» realizzate, anche allora a legislazione invariata, in diversi manicomi italiani (Gorizia, Arezzo, Trieste, ecc.), che hanno prefigurato e aperto la strada al cambiamento legislativo che avrebbe prodotto la 180.

È quindi importante esaminare da un lato i precedenti legislativi che hanno portato alla Legge 81 e dall'altro i primi risultati della sua applicazione.

L'iter che ha portato alla formulazione definitiva della legge, parte da lontano, addirittura dal DPCM del 1.4.2008 *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* in cui sono già individuati i principi di cambiamento che hanno ispirato le successive elaborazioni legislative. Il DPCM, nel sancire il passaggio della sanità penitenziaria al SSN, cioè alle Regioni, per quanto riguarda gli Opg ne prevede il «graduale superamento» attraverso una territorializzazione degli stessi in «bacini di utenza omogenei per provenienza degli internati »; richiama esplicitamente le sentenze costituzionali 253/2003 (che consente al giudice di individuare una diversa misura di sicurezza, che non sia l'invio in Opg, «idonea ad assicurare adeguate misure all'infermo di

libro-25col modificato.indd 55 13/10/15 10:49

mente e a far fronte alla pericolosità sociale» per esempio rappresentata dalla libertà vigilata – misura di sicurezza non detentiva – accompagnata dalla prescrizione di un rapporto stabile e continuativo con il servizio psichiatrico territoriale) e 367/2004 (che afferma la stessa possibilità di scelta fra internamento e affidamento esterno ai servizi, per la misura di sicurezza provvisoria – Opg o casa di cura e custodia – di cui all'art. 206 C. P.).

Infine nel DPCM si afferma che

> è necessario che ogni Regione italiana, nell'ambito dei propri atti di programmazione specifici, affronti la questione della cura, della riabilitazione e dell'inclusione sociale delle persone che in stato di sofferenza psichica sono incorsi in una sentenza edittale per reato commesso, sia stabilendo rapporti di collaborazione e di intesa con le Regioni impegnate nella gestione degli Opg, sia mettendo in programma ed attuando i servizi e i presidi che si rendono necessari per dare risposte appropriate a persone malate che presentano diversità cliniche e giuridiche.

Come si può cogliere, già nel decreto sono presenti tutti quegli elementi, non solo ma anche di principio, che sono a fondamento delle successive normative: la presa in carico dei soggetti autori di reato da parte dei servizi di salute mentale, in stretto rapporto col territorio, la loro integrazione sociale, il superamento dell'Opg.

Forse perché emanato *in articulo mortis* del Governo (Prodi) il DPCM ha avuto difficoltà ad essere recepito dalle Regioni che lo hanno fatto in maniera scoordinata vanificando quel disegno unitario che era invece indispensabile alla sua attuazione.

Si arriva così alla nota Commissione Marino che anche attraverso i media denuncia la realtà degli Opg (non troppo diversi da quello documentato quarant'anni prima, nel 1967, da Frederick Wiseman nel suo *Titicut Follies*, girato nel Massachussets Correctional Insitution a Bridgewater ma almeno il documentario di Marino non è stato censurato per un quarto di secolo!) e alla Legge 9/2012 in cui per la prima volta si identificano le REMS come strutture 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. Le REMS devono rispondere ai seguenti criteri: a) esclusiva gestione sanitaria all'interno delle strutture; b) attività perimetrale di sicurezza e di vigilanza esterna, ove necessario in relazione alle condizioni dei soggetti interessati; c) destinazione delle strutture ai soggetti provenienti, di norma, dal territorio regionale di ubicazione delle medesime; un successivo Regolamento – emanato nell'ottobre 2012 – fisserà i requisiti delle REMS tra i quali il limite di 20 posti per struttura.

libro-25col modificato.indd 56 13/10/15 10:49

Nella legge infine si stabilisce che «a decorrere dal 31 marzo 2013 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, fermo restando che le persone che hanno cessato di essere socialmente pericolose devono essere senza indugio dimesse e prese in carico, sul territorio, dai Dipartimenti di salute mentale». Le Regioni dovranno presentare i progetti realizzativi delle REMS.

Giova sottolineare delle REMS:

- Destinazione ai soggetti precedentemente destinati all'invio in Opg
- La gestione sanitaria
- La vigilanza perimetrale «ove necessaria»
- La dimissione immediata delle persone che hanno cessato la pericolosità sociale che vengono prese in carico dai competenti DSM.

La scadenza per la chiusura della Legge 9 verrà successivamente prorogata e con la Legge 81/2014, attualmente in vigore, fissata al 31 marzo 2015.

La Legge 81, oltre a recepire ovviamente il disposto della 9 – dimissione, presa in carico, territorialità – facendo proprie le già citate sentenze della Suprema Corte che assumono quindi valore di Legge ribadisce che

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

si afferma inoltre che «Le misure di sicurezza detentive provvisorie o definitive, compreso il ricovero nelle residenze per l'esecuzione delle misure di sicurezza, non possono durare oltre il tempo stabilito per la pena detentiva prevista per il reato commesso, avuto riguardo alla previsione edittale massima». La legge prevede altresì la possibilità per le Regioni di modificare i progetti precedentemente presentati.

libro-25col modificato.indd 57 13/10/15 10:49

Alla luce dello spirito e della lettera delle leggi quindi

- l'invio in Opg e successivamente nelle REMS deve essere considerato residuale;
- si deve procedere all'immediata dimissione degli internati per cui non permanga una pericolosità sociale;
- per ogni internato deve essere formulato un progetto terapeutico-riabilitativo individualizzato in funzione della sua dimissione;
- la durata della misura di sicurezza non può superare il tempo della pena edittale.

Le Regioni tuttavia, nella stragrande maggioranza, non hanno formulato la loro progettazione alla luce di questi principi. Infatti al momento della prima progettazione si trovavano internati negli Opg circa 900 persone e le Regioni hanno progettato REMS per complessivi 990 posti letto, oltre a tutto in tempi progettuali molto oltre la scadenza di legge: come a dire che tutti i presenti avevano bisogno di una dimissione altamente protetta, anche se i dati dello stesso ministero dicono il contrario. A settembre 2014 secondo la I° relazione dei Ministri della Salute e della Giustizia risultavano presenti negli Opg complessivamente 793 persone di cui 476 dimissibili; di questi l'85% circa dovrebbe essere indirizzato verso strutture residenziali, psichiatriche si suppone, ma non necessariamente REMS essendo cessata la misura di sicurezza detentiva; i non dimissibili srebbero solo il 17% per il permanere di una «pericolosità sociale» mentre il 40% lo sarebbe per «ragioni cliniche», anche se al riguardo va sottolineata l'ambiguità di questa categoria poiché in Opg non si sta per «ragioni cliniche» ma per misura di sicurezza. Questo dato denota lo scollamento, su cui ritornerò, nella formulazione del programma individuale tra clinici e magistratura. Come si vede le soluzioni ipotizzate dalle regioni, attraverso i loro DSM, sono di tipo neo istituzionale, strutture residenziali dedicate, quando nella realtà non solo non tutti gli internati necessitano di questo tipo di strutture ma in Italia esistono circa 20000 posti residenziali psichiatrici: ci si domanda quindi perché non è possibile trovare una collocazione, almeno per una parte degli internati, all'interno delle strutture residenziali psichiatriche esistenti, realizzando una concreta restituzione di questi soggetti al loro territorio di provenienza, in un rapporto con i loro DSM di competenza, evitando inoltre la loro concentrazione in strutture separate, che inevitabilmente perpetuano uno stigma? Quando una persona è dimessa dall'Opg, significa che la sua pericolosità sociale è cessata e allora in cosa differisce dagli altri pazienti psichiatrici in carico ai servizi di salute mentale?

Questo quadro sconfortante ha determinato una ulteriore proroga dei termini di chiusura anche perché le Regioni tutte avevano dichiarato di non essere in grado con

libro-25col modificato.indd 58 13/10/15 10:49

le loro progettazioni – della durata prevista già sulla carta oscillante dai 17 ai 24 mesi – di rispettare la scadenza fissata e ha trovato conferma nella seconda relazione ministeriale dopo che, per cercare di correggere le più evidenti storture si era accordato alle Regioni di correggere i piani già presentati e di formulare una nuova progettazione di REMS provvisorie (in attesa di realizzare le definitive!).

Dai dati della citata Relazione risulta, inoltre, che solo quattro Regioni hanno dichiarato di essere in grado di rispettare la scadenza senza ricorrere al privato: Emilia Romagna, Campania, Calabria e Friuli Venezia Giulia (quest'ultima ricorrendo a strutture a gestione mista pubblico/privato); ricorreranno al «privato accreditato» nella fase intermedia Piemonte e Provincia Autonoma di Bolzano e non si può non rimarcare un aspetto paradossale: il Piemonte invierà gli internati sottoposti a regime di alta sicurezza a Castiglione delle Stiviere, ma al contempo la P.A. di Bolzano invierà i suoi alla comunità «Mauriziana» in Piemonte (!). Anche la Liguria invierà i suoi internati a Castiglione delle Stiviere e ben 10 Regioni – P.A. Trento, Veneto, Toscana, Marche, Lazio, Abruzzo Molise, Puglia, Basilicata, Sicilia e Sardegna – non sono state in grado di indicare un termine certo per la presa in carico dei propri internati.

La terza Relazione – aprile 2015 – fa il punto sullo stato di realizzazione delle c.d. REMS provvisorie ed evidenzia un quadro molto preoccupante, che da un lato conferma quanto già noto dall'altro denuncia ulteriori difficoltà nell'applicazione della Legge.

Riassumiamo brevemente gli aspetti più critici.

Anche per le REMS «provvisorie» si confermano gli aspetti problematici già evidenziati, oltre ad invii fuori Regione, attraverso convenzioni con Castiglione delle Stiviere e ricorso al privato. Ancora più grave risulta il fatto che la Regione Veneto «non ha fornito alcuna indicazione circa le soluzioni per la presa in carico dei pazienti veneti al 1° aprile 2015». Sempre la Relazione evidenzia che, anche dove individuate, le REMS provvisorie non sono nella maggior parte dei casi immediatamente disponibili e in qualche caso sono bloccate da ricorsi al TAR (Lazio, Abruzzo-Molise). Il Ministero segnala infine che la disponibilità di posti letto nelle REMS provvisorie – 448 a regime – sono inferiori alle attuali necessità il che potrebbe creare difficoltà nell'accoglienza di eventuali nuovi invii. Esaminando poi i singoli progetti si nota la tendenza in molte Regioni a concentrare le REMS in un unico luogo; solo due esempi: la Toscana, dopo svariate progettazioni regolarmente bocciate dagli amministratori locali, prevede la realizzazione, a regime, di due REMS di 20 posti ciascuna nell'area dell'ex O.P. di Volterra, dove è già collocata una REMS di 12 posti, una comunità

libro-25col modificato.indd 59 13/10/15 10:49

terapeutica psichiatrica e altre strutture sempre afferenti alla psichiatria (non è chi non veda come in questo modo si ricrei una situazione molto simile a quella dei vecchi ospedali psichiatrici. Una situazione analoga mi si dice si stia realizzando in Sicilia). Ancora più clamorosa la scelta della Lombardia che «riciclerà» a REMS l'ex Opg di Castiglione delle Stiviere, riorganizzato in moduli per gravità di diagnosi (!?) per un totale di 120 posti.

Ma vi è un altro dato che desta ancora maggiore preoccupazione: le presenze in Opg sono progressivamente diminuite – 698 (623 uomini e 75 donne) al 25.3.2015, oggi sono circa 300 nei 5 ex Opg superstiti (Barcellona P.G., Aversa, Napoli, Montelupo Fiorentino, Reggio Emilia e quasi 250 persone sono rinchiuse a Castiglione delle Stiviere (dati stopOpg giugno 2015) – ma solo otto REMS sono state attivate per complessivi 100 posti letto, mentre gli invii in misura di sicurezza detentiva sono aumentati.

In sintesi, da un lato assistiamo ad una neo istituzionalizzazione dei soggetti attualmente internati (per loro si tratta in sostanza di una trans-istituzionalizzazione) e dei possibili futuri internandi (gli unici realmente destinati alle REMS) attraverso la progettazione in tutte le Regioni di strutture residenziali, separate, di cui non si coglie, nemmeno programmaticamente, il collegamento con i Servizi di Salute Mentale del territorio, anche perché attraverso i finanziamenti ad hoc previsti dalla legge si può assumere nuovo personale, il che facilita la creazione di équipe separate.

Vi sono in programma, e in parte già realizzate, strutture con un numero di posti letto esorbitante: il timore che non bastino a coprire le attuali residue presenze in Opg conferma l'ideologia che ha ispirato le Regioni e che viene assunta anche dal Ministero che, cioè, gli attuali internati, al di là delle affermazioni di facciata, – i c.d. «immediatamente dimissibili» – non possano essere restituiti al loro territorio di provenienza se non in un circuito assistenziale separato.

Dall'altro lato assistiamo ad una sostanziale disapplicazione della legge in tema di eccezionalità della misura di sicurezza detentiva, per cui il ricorso alle misure alternative, non detentive, è sostanzialmente disatteso da cui l'aumento degli invii nelle REMS, in quelle poche che sono in funzione, o nei residuali Opg – sostanzialmente in quello di Castiglione delle Stiviere che, in maniera assolutamente discutibile non ha ritenuto di essere oggetto dei riforma ma, essendo già «pronto» si è limitato a ridefinirsi in «moduli» con funzione di REMS – tradendo quel vincolo di «territorialità» che non solo la legge ma anche l'esperienza psichiatrica maturata in tutti questi anni ritengono indispensabile per realizzare un intervento riabilitativo e una reale integrazione sociale.

libro-25col modificato.indd 60 13/10/15 10:49

Tornando all'assunto iniziale, se non si porrà rimedio, al più presto, a questa situazione, peraltro definita «provvisoria»; se non si abbandoneranno i progetti regionali di REMS definitive che ingesseranno, stabilizzandola, ulteriormente la situazione; se non si riprogetteranno le dimissioni sfruttando le risorse già esistenti nel territorio o attivando, ove necessario, piccole strutture diffuse e integrate nel tessuto sociale; l'applicazione della Legge 81, come la stiamo vedendo in questa fase iniziale, aprirà la strada ad un nuovo immobilismo manicomial-giudiziario.

Essendo in una fase iniziale c'è ancora tempo per cambiare rotta, per superare le difficoltà e le distorsioni che fino ad oggi hanno accompagnato l'applicazione della Legge 81, che resta una legge valida (soprattutto tenendo conto che interviene a legislazione invariata) se ben applicata.

Quello che emerge, e che associazioni (da Psichiatria Democratica al collettivo di stopOpg) e operatori sensibili e competenti hanno denunciato in questi anni è che la Legge avrebbe richiesto, per la sua efficacia un ben diverso coordinamento, a livello nazionale come a quello regionale, di tutti i soggetti interessati: Regioni, Enti locali, DSM e servizi sociali, Amministrazione penitenziaria, Magistratura: questo perché i destinatari della legge, internati attuali o eventuali nuovi prosciolti folli, interpellano tutte queste istanze (lo ricordo ancora, l'invio in Opg non è primariamente sulla base di un dato clinico ma è principalmente una misura di sicurezza, di competenza della magistratura).

La nostra valutazione è che a livello nazionale questo coordinamento sia stato tardivo: solo dal settembre 2014 i Ministeri hanno cominciato a fornire dati sulla situazione delle dimissioni e ad attuare un monitoraggio continuativo; carente, a nostro avviso, è stata anche la vigilanza sui programmi presentati dalle Regioni, tutti ampiamente oltre i termini per la chiusura, il che avrebbe dovuto determinare il commissariamento di quelle inadempienti e non ulteriori proroghe. La programmazione regionale poi non ha coinvolto, se non formalmente, nessuno dei soggetti istituzionali interessati e si è prodotta nel chiuso delle stanze del potere, salvo scontrarsi con una opposizione a tutti i livelli – dagli Amministratori locali ai cittadini – quando ne è uscita; da qui i ripetuti rimaneggiamenti dei progetti, lo slittamento dei tempi di realizzazione e la concentrazione delle soluzioni laddove si è trovata una realtà meno ostile.

Oggi, anche se questo non servirà a recuperare il tempo perduto, occorre procedere al Commissariamento delle Regioni inadempienti il che consentirà almeno di governare la fase attuale.

Anche nella maggior parte dei programmi individuali di dimissione, questo raccor-

libro-25col modificato.indd 61 13/10/15 10:49

do non c'è stato: è emblematico di ciò la pretestata impossibilità di dimissione per «ragioni cliniche». Inoltre, senza tenere in nessun conto le indicazioni richiamate all'inizio – presa in carico, territorialità, alternative alla misura di sicurezza detentiva – ci si è indirizzati ad una trans-istituzionalizzazione favorendo così progetti regionali neo-istituzionali e concentrazionali. Non vale nemmeno la pena di soffermarsi sulla contradditorietà di queste concentrazioni tanto ai fini terapeutico-riabilitativi che per la reale integrazione dei soggetti dimessi: già le REMS sono male accette a livello locale tanto dalle amministrazioni che dalla popolazione, ma questa è certamente più disponibile ad accettare soluzioni di piccole dimensioni. Inoltre dovrebbe essere intuitivo, ma è stato confermato a suo tempo anche dalle esperienze di chiusura degli ospedali psichiatrici, per i pazienti più difficili occorre un rapporto terapeutico quanto più possibile individuale e i grandi numeri sono un evidente ostacolo.

Questo mancato raccordo con la magistratura si denota anche nel respingimento da parte dei magistrati di sorveglianza di alcuni progetti di dimissione (che cominci ad emergere una «magistratura difensiva» accanto alla «psichiatria difensiva»?) come nell'aumento degli invii in Opg nonostante il dettato legislativo. Questo aspetto denuncia tanto una assenza dei DSM nelle fasi precedenti l'invio (ieri in Opg e oggi nelle REMS) quanto un loro mancato coinvolgimento da parte della magistratura di cognizione. È questo un aspetto tanto più allarmante se si considera che, in base ai dati della ricerca dell'Istituto Superiore di Sanità (Progetto OPG-ISS) il 75% degli internati in Opg aveva avuto precedenti trattamenti psichiatrici e oltre il 60% precedenti contatti con i DSM (nel 30% anche un TSO). Appare evidente che molti degli internati o dei potenziali internandi non sono affatto sconosciuti ai servizi di salute mentale, che tuttavia non se ne sono fatti carico: se si vuole applicare la legge sarebbe auspicabile un atteggiamento proattivo dei DSM nei riguardi di loro cittadini autori di reato e un coinvolgimento degli stessi DSM da parte dei magistrati fin dall'inizio dei procedimenti, anche come periti del giudice, per formulare un progetto terapeutico realmente individualizzato, per esempio anche rispetto alla scelta della misura di sicurezza non detentiva.

Questi contatti tra DSM e Magistratura non possono essere né sporadici né affidati alla buona volontà dei singoli ma devono essere istituzionalizzati: dove questo è avvenuto i risultati si sono visti, le REMS sono state attivate come pure le misure alternative e le dimissioni dall'Opg.

libro-25col modificato.indd 62 13/10/15 10:49

In conclusione, ancora una volta le distorsioni nell'applicazione della Legge 81 derivano dall'essere partiti, in ogni caso dal «posto letto» e non dalle persone: questo ha prodotto l'inflazione di posti in strutture separate, le REMS, il cui utilizzo avrebbe dovuto essere limitato solo alle misure di sicurezza detentive e ha svalorizzato il ricorso alle misure alternative. La situazione attuale, sia per i ritardi di realizzazione delle REMS sia per la loro saturazione (già oggi si lamenta che i posti previsti nelle REMS siano inferiori al residuo degli Opg) perpetua l'invio in strutture fuori Regione, per esempio a Castiglione delle Stiviere che viene così a vedere confermata l'anomalia della sua esistenza nelle dimensioni previste con l'alibi di dovere sopperire alle carenze delle altre Regioni.

Quindi il nostro auspicio è che si realizzino in tutte le Regioni gruppi tecnici integrati per la dimissione dagli Opg e la presa in carico dei potenziali nuovi invii, e che vengano stipulati in tutti i territori protocolli operativi (di cui già esiste qualche precedente in Piemonte e in Emilia) attivando gruppi di lavoro misti – ASL, EELL, DSM e Magistratura – stabili e operativamente attivi in tutte le fasi del procedimento (dall'accertamento peritale, alla definizione del luogo ove scontare la misura di sicurezza, alla tipologia della misura stessa, al monitoraggio del percorso terapeutico-riabilitativo, ecc.), in grado di fornire alle persone con problemi psichiatrici, autori di reato, quelle risposte, concrete, differenziate e personalizzate, capaci di dare vita a processi inclusivi per gli interessati (presa in carico, lavoro, socializzazione etc.) in contesti «dove garantire la loro Salute Mentale nella sicurezza dei cittadini» senza ricorrere a risposte standardizzate e perciò necessariamente di custodia: i cosiddetti mini Opg.

libro-25col modificato.indd 63 13/10/15 10:49

libro-25col modificato.indd 64 13/10/15 10:49

Il superamento degli OPG e il ruolo dei DSM

Vito D'Anza

Il lavoro di ricerca sulle persone internate in Opg a Montelupo Fiorentino svolto dal gruppo di ricercatori che lavora con Franco Corleone e che è stato presentato nel convegno del 5 marzo 2015, è di indubbio rigore, qualità e spessore. È un lavoro che può essere utile certamente a chi come coordina un dipartimento di salute mentale ma anche a tanti altri soggetti che contribuiscono al superamento dell'Opg. Il mio contributo verte sul ruolo dei dipartimenti di salute mentale in questa fase certamente ancora confusa ed incerta.

Certo che non tutti i dipartimenti di salute mentale in Italia hanno avuto lo stesso atteggiamento in questo processo, avviato nel 2012 e concluso, dal punto di vista legislativo, il 31 marzo 2015.

Non mi soffermerò sulla «storia del percorso» fino ad oggi, l'ha già fatto benissimo Franco Corleone.

Ci sono stati DSM che hanno dato a questo percorso la necessaria priorità e profuso il necessario impegno, altri che si sono messi in una situazione d'attesa aspettando gli eventi, altri che hanno mostrato un totale disinteresse. Questo molto è dipeso dalle regioni, dall'interesse mostrato, dalla priorità assegnata attivando e sollecitando i propri DSM. Ma non è dipeso solo da questo.

C'è una dimensione più ampia che coinvolge la cultura dei DSM, il loro stile di lavoro, la propria visione rispetto al folle reo. A questo si aggiunga anche il problema più diffuso della medicina difensiva, della logica e della risposta riduttivamente ambulatoriale e non della presa in carico che scaturisce dal problema ad oggi ancora pesantemente presente che è quello della povertà della formazione universitaria degli operatori, sia di medici e psicologi ma anche di tutte le altre figure professionali che lavorano in salute mentale . In ultimo, ma estremamente importante, è la mancata modifica del codice penale sui temi della pericolosità sociale, della non imputabilità e quindi del doppio binario, e di conseguenza il tema della responsa-

libro-25col modificato.indd 65 13/10/15 10:49

bilità incerta e confusa. Questi sono i prossimi obiettivi, difficili e complessi ma su cui bisogna impegnarsi da subito.

Nonostante questo quadro, le cui tinte non sono affatto rosee e che tracciano già gli ostacoli su cui impegnarsi a partire da oggi, abbiamo assistito a un processo incredibile: da 1500 circa di internati prima del Decreto Marino del 2002 ad oggi, nel giro di tre anni, la popolazione degli internati si è addirittura più che dimezzata, passando agli attuali 700 internati. Questo dato da ragione a chi ha sostenuto con forza il superamento degli Opg a partire da stopOpg (con le 32 associazioni che hanno contribuito) e con il grande lavoro svolto in particolare da Stefano Cecconi e Giovanna Del Giudice, dal Forum Nazionale Salute Mentale, dall'U.NA.SA.M., dalla CGIL-FP,dal Cittadinanza Attiva e da Psichiatria Democratica. Questo dato ci ha detto che oltre il 50% degli internati in Opg potevano, da subito, trovare collocazione in altri percorsi.

Da un certo punto di vista questo processo ripercorre alcune problematiche che abbiamo già visto, con le dovute differenze, con la chiusura degli ospedali psichiatrici «civili» con la Legge 180: una parte degli psichiatri attendisti e alla finestra, quando non dichiaratamente ostili, e con una chiusura reale, delle grandi strutture manicomiali, avvenuta anni dopo. E come allora, fatta la legge inizia la seconda parte del cammino: la sua corretta ed avanzata applicazione che sarà certamente più complessa della prima parte.

Oggi, a legislazione invariata e con gli attuali indirizzi delle regioni e di DSM, possiamo solo affermare, come sostiene Giovanna Del Giudice, che abbiamo raggiunto la tappa della chiusura per legge degli Opg ma nei percorsi e nelle pratiche possiamo dire che il percorso inizia a partire da oggi.

Aggiungo, in questa parte generale, una considerazione che riguarda il doppio binario, cioè la pericolosità ma soprattutto la non imputabilità e lo vorrei fare con le parole di Franco Rotelli:

> [...] Si tratta di smontare i concetti di "pericolosità" e di "inimputabilità", il doppio binario delle misure di sicurezza, restituendo al generale ordinamento penale le persone con disturbo mentale. Di fronte alla giustizia non deve più esistere il «folle reo»[1], ma solo un reo

1 Nessuno ha mai immaginato di costituire strutture deputate ai «diabetici rei», o ai «cardiopatici rei». L'essenza del problema di cui parliamo, deriva dalla persistenza di un pregiudizio ideologico, totalmente infondato, che collega l'infermità mentale alla probabilità più elevata di commissione di reati, quindi di pericolosità, quindi di rapporto di causa-effetto tra malattia mentale e reato. Se può essere vero che la malattia mentale può ridurre la capacità di discernere e/o di volere delle persone, quel che rileva è che, dovendo lo Stato giudicare i fatti e non le persone,il numero dei reati commessi da persone inferme di mente, è infinitesimo rispetto al numero dei reati commesse da persone affette da malattia mentale (l'1% secondo i dati dell'OMS, e quindi circa 600.000 in Italia). Ne deriva il non senso del nesso del nesso «folle-reo», e di tutte le misure che su questo binomio totalmente ideologico si fondano.

libro-25col modificato.indd 66 13/10/15 10:49

che, se infermo di mente, incontrerà misure alternative in sede di esecuzione della pena: misure già ampiamente previste dalla legislazione vigente di fronte a diverse infermità, e forse da ulteriormente precisare nella fattispecie dell'infermità mentale.

E veniamo allo specifico dei DSM. In generale un DSM dovrebbe essere in condizione di prendere in carico tutte le persone libere o in misura di sicurezza non detentiva perché il loro compito è la cura, indipendentemente dal fatto che abbiano o meno commesso un reato. Se la giustizia ritiene che una persona può essere sottoposto a misura di sicurezza non detentiva allora, se non si vuole cavalcare l'alibi ideologico dell'equazione folle=reo, i DSM devono prendere in carico le persone in misura di sicurezza non detentiva.

C'è però necessità di fare chiarezza su un punto: il percorso di superamento degli Opg richiede risorse, non immense, ma le richiede, soprattutto in fase di avvio di una riforma di tale portata. Ritengo però che le risorse nei DSM devono essere vincolate ad obiettivi, non essere richieste e date per una generica necessità ma «per fare cosa». Oggi ci troviamo in troppe regioni, compreso la Toscana, che l'assegnazione delle risorse per la salute mentale in generale sono carenti, siamo intorno al 3,5% del bilancio delle aziende. Intanto se si vuole sul serio sviluppare ed implementare questi percorsi si sblocchi subito la delibera del governo del 2013 dei finanziamenti di parte corrente per il potenziamento dei DSM. Appare evidente che senza un potenziamento e senza un preciso vincolo dei DSM ad obiettivi precisi non sarà facile portare avanti questa riforma ma più in generale non sarà facile, da parte dei DSM, dare risposte efficaci sulla salute mentale. Qui c'è una responsabilità delle regioni e del governo perché intanto gli strumenti di programmazione (Piani nazionali per la salute mentale, Piani sanitari regionali e LEA) devono essere non solo scritti ma anche vigilati nella loro applicazione. Nello specifico significa che bisogna spingere di più i DSM verso un lavoro di presa in carico, con progetti individuali, e spostarli dalla deriva ambulatoriale. Ma se ancora molte regioni non hanno programmato la parte di loro competenza diventa difficile dire ai propri DSM di lavorare per programmi individuali.

Altro elemento critico che pesa nei DSM: il rapporto tra DSM e magistratura, tra DSM e carceri. I DSM devono certamente lavorare per sviluppare un rapporto di collaborazione con le procure territoriali, con la magistratura di sorveglianza, con quella di tutela e con le case circondariali, ed esistono realtà dove questo avviene

libro-25col modificato.indd 67 13/10/15 10:49

più frequentemente che in altre, ma pur consapevoli della delicatezza e della complessità del problema, le regioni ed il governo non possono lasciare da soli i DSM per costruire tali percorsi. Provare a produrre intese di percorsi regionali e nazionali diventa in questa fase, a legislazione invariata, un contributo determinante per l'applicazione avanzata di questo percorso di superamento dei manicomi giudiziari. E la persistenza immutata del codice penale ci dice, senza giri di parole, che non si sono superati, nella loro sostanza, gli Opg. È più corretto affermare che in questa fase si è prodotto una legge che regionalizza gli Opg attraverso la creazione delle REMS regionali, che chiude sì i grandi manicomi giudiziari ma che lascia intatti i fondamenti su cui si regge l'Opg: il doppio binario, pericolosità sociale legata alla malattia, la non imputabilità, etc..

Vorrei segnalare anche alcune questioni procedurali che mettono in difficoltà i servizi. Due esempi che sono capitati di recente e che riguardano 2 persone, una in Opg e una nell'area di osservazione di Sollicciano. Un giorno, verso le 12,30, ricevo una telefonata da parte di un ispettore della polizia penitenziaria Opg di Montelupo Fiorentino che mi avvisa che per un paziente del nostro territorio il magistrato di sorveglianza aveva valutato che a partire da quel momento il paziente era in licenza finale di esperimento e che quindi, avendolo deciso il magistrato un'ora prima, da quel momento veniva accompagnato fuori dalla porta dell'Opg. Quella persona aveva già un rapporto costante con il servizio e uno psichiatra, uno psicologo e un tecnico della riabilitazione. Per quella persona era stato anche fatto un progetto in previsione della fine della pena detentiva e doveva essere dimesso circa 15 giorni più avanti. Nel giro di un'ora si è dovuto organizzare un trasferimento da Montelupo a Pistoia, con difficoltà anche per la comunità che era predisposta ad accoglierlo dopo 15 giorni, come da programma, e così il servizio complessivamente si è trovato ad una rincorsa contro il tempo.

Una situazione analoga si è verificata con una donna reclusa nell'area di osservazione di Sollicciano. Una donna per cui il servizio aveva organizzato un programma di dimissione alternativo alla detenzione e doveva essere valutato dal magistrato un mese più tardi. Un pomeriggio alle 17.00 la donna, accompagnata dal figlio, si presenta, con la valigia in mano, al CSM di Montecatini. La donna era residente in un comune afferente all'UFSMA della Valdinievole, e il figlio ci comunica che alle 14.00 aveva avuto comunicazione che da quel momento alla madre era stata concessa l'alternativa alla detenzione in carcere perché da quel giorno la pena da scontare era scesa al di sotto dei tre anni. Evidentemente l'appartamento supportato con il livello di

libro-25col modificato.indd 68 13/10/15 10:49

assistenza, previsto dal progetto individuale per la signora, quel pomeriggio non era attivato e, pur in assenza di acuzie psichiatrica, l'abbiamo dovuta ospitare in SPDC. Sono piccoli elementi che comunque denotano lo scollamento che esiste tra DSM e giustizia che credo possano essere risolti, nel rispetto delle leggi.

Concludo dicendo che questa riforma per il superamento degli Opg, fatta solo per legge, ha bisogno di continua attenzione ed impegno, da parte di tutti, perché possa camminare in direzione del superamento *vero* degli Opg poiché, ripeto, allo stato gli Opg sono chiusi, e nemmeno ancora lo sono, solo per legge senza aver minimamente intaccato i fondamenti giuridici che li sostengono.

libro-25col modificato.indd 69 13/10/15 10:49

libro-25col modificato.indd 70 13/10/15 10:49

Dalla genesi all'attuazione: il non-finito processo di superamento degli OPG

Giulia Melani

Premessa

Questo contributo si propone l'obiettivo di ripercorrere le tappe del processo riformatore conclusosi (?) con il superamento degli Opg, mettendo in luce le principali criticità di un progetto volto a porre fine all'orrore degli ospedali psichiatrici giudiziari, senza stravolgere i presupposti e le caratteristiche del trattamento dei malati di mente autori di reato. Nel primo paragrafo delineeremo sinteticamente la situazione antecedente la riforma, concentrandoci sulla sentenza n. 253/2003 della Corte Costituzionale, che ha ampliato il novero delle misure di sicurezza applicabili ai prosciolti folli ritenuti pericolosi, ammettendo la possibilità di sottoporli alla misura di sicurezza non detentiva della libertà vigilata. Nel secondo paragrafo ci concentreremo sulle tappe principali dell'iter legislativo, *lato sensu* inteso, al fine di mostrare come, la riforma abbia avuto origine da osservazioni relative alle condizioni dei luoghi dove l'internamento era perpetrato e come questo abbia prodotto riflessi sul contenuto stesso della riforma, che ha lasciato integro il dispositivo delle misure di sicurezza. Nel terzo paragrafo analizzeremo le modifiche intervenute in sede di proroga del termine per il definitivo superamento dell'Opg e offriremo un sintetico quadro dei programmi regionali.

1. L'Opg pre-riforma: la «flessibilità» e l'alternativa all'Opg

L'istituzione Opg, a dispetto dei tre nomi con cui nel corso della sua storia è stata conosciuta (manicomio criminale, manicomio giudiziario e ospedale psichiatrico giudiziario[1]), è rimasta sostanzialmente immutata, nonostante le sollecitazioni esterne

1 Le tre denominazioni corrispondono a tre fasi della storia di queste istituzioni. «Manicomio criminale» era il termine utilizzato dai criminologi positivisti negli anni tra la fine del XIX secolo e l'inizio del XX per riferirsi all'istituzione destinata ad accogliere «rei folli e folli rei», così come da loro immaginata e proposta. «Manicomio giudiziario» fu la denominazione prescelta da Martino Beltrani Scalia, allora Direttore generale delle carceri, per indicare queste istituzioni all'interno del

libro-25col modificato.indd 71 13/10/15 10:49

ad un cambiamento e le riforme che hanno inciso sul trattamento dei malati di mente, in particolare la Legge Basaglia. Quest'ultima, statuendo la fine dei manicomi e cancellando, dai presupposti per l'intervento coattivo nei confronti del malato di mente, quello della «pericolosità a sé e agli altri»[2], ha lasciato integra questa forma di reclusione manicomiale, riservata ai malati di mente autori di reato.

Nel corso dei decenni, nessuna riforma ha significativamente inciso sulla disciplina concernente gli Opg, che hanno conservato il loro carattere penitenziario-manicomiale di istituzioni dove eseguire la misura di sicurezza, con un regime persino più restrittivo di quello previsto per i detenuti[3]. A partire dagli scandali che hanno colpito l'istituzione alla fine degli anni '70 (pensiamo soprattutto alla morte di Antonietta Bernardini, ma anche alle denunce dell'ex internato Trivini[4]), si sono sollevate numerose voci critiche e sono state avanzate alcune ipotesi di riforma del regime delle misure di sicurezza, che non hanno mai superato il vaglio parlamentare[5]. Nonostante le proposte sia di carattere abolizionista che riformatore, per anni, gli unici interventi su questa branca della normativa, sono stati prodotti da alcune importanti sentenze

Regolamento generale delle case penali del Regno del 1891 ed è l'espressione che è rimasta in uso fino al 1975. «Ospedale psichiatrico giudiziario» è infine l'espressione utilizzata a partire dalla sua introduzione nell'ordinamento penitenziario del 1975.

2 La pericolosità a sé o agli altri, alternativamente o cumulativamente al fatto di costituire fonte di pubblico scandalo, era il presupposto per l'internamento in manicomio, previsto dall'art. 1 della Legge 14 febbraio 1904, n. 36, nota come legge Giolitti. Cfr. R. Canosa, *Storia del manicomio in Italia dall'unità ad oggi*, Feltrinelli, Milano 1979

3 Sia sufficiente pensare al fatto che la misura di sicurezza, data la sua natura di misura difensiva che si fonda sul presupposto della sussistenza della pericolosità sociale, non aveva una durata massima e che gli internati sono esclusi dai benefici e dalle misure alternative alla detenzione, eccezion fatta per i permessi premio e le licenze finali di esperimento.

4 Antonietta Bernardini era una giovane donna, internata nell'Opg di Pozzuoli, che a seguito di una prolungata contenzione, morì in conseguenza delle ustioni riportate a causa di un incendio divampato nel letto, ove era legata. La storia di Antonietta Bernardini può essere ricostruita leggendo A. Manacorda, *Il manicomio giudiziario: cultura psichiatrica e scienza giuridica nella storia di un'istituzione totale*, De Donato, Bari 1982; D.S. Dell'Aquila, *Se non t'importa il colore degli occhi. Inchiesta sui manicomi giudiziari*, Filema, Napoli 2009; A. Ferraro, *Materiali dispersi. Storie da un manicomio criminale,* Tullio Pironti Editore, Napoli 2010. Per quanto concerne Trivini, egli da ex-internato denunciò, con un ricco memoriale le umiliazioni ed il trattamento disumano cui era stato sottoposto nel corso del suo internamento ad Aversa. Sul caso Trivini si rinvia a: D.S. Dell'Aquila e A. Esposito, *Cronache da un manicomio criminale,* Edizioni dell'Asino, Roma 2013.

5 I progetti e disegni di legge presentati miravano a riformare la disciplina relativa alla misura di sicurezza del ricovero in Opg, oppure ad abolire l'Opg. Tra le proposte abolizioniste, alcune proponevano di sottoporre il malato di mente autore di reato ad un trattamento in tutto analogo a quello riservato al malato di mente non autore di reato (c.d. di sanitarizzazione) ed erano spesso accompagnate da una riforma della Legge Basaglia che ampliasse le modalità di controllo del malato mentale, altre di eliminare la distinzione tra imputabili e non imputabili, sottoponendo alla pena detentiva il malato di mente autore di reato (c.d. di carcerizzazione). Cfr. M. Pelissero, *Pericolosità sociale e doppio binario. Vecchi e nuovi modelli di incapacitazione,* Giappichelli, Torino 2008.

libro-25col modificato.indd 72 13/10/15 10:49

della Corte Costituzionale che hanno reso maggiormente flessibile il dispositivo delle misure di sicurezza. Nell'originario assetto codicistico, il malato di mente autore di reato era «automaticamente» sottoposto, senza alcun vaglio sulla sussistenza e permanenza della pericolosità sociale, ad una misura di sicurezza che aveva una durata minima certa (parametrata alla gravità del fatto commesso, secondo classi di massimo di pena edittale) ed una massima imprevedibile. Infatti, era previsto il potere di revoca anticipata, soltanto in capo al Ministro di Giustizia, dunque come ipotesi eccezionale. Inoltre, non esisteva alcuna limitazione alle proroghe della misura che potevano essere disposte *ad libitum*. La Corte costituzionale ha operato rimuovendo alcuni degli automatismi della disciplina: ammettendo la revoca anticipata per cessata pericolosità sociale (sentenza110/1974[6]), eliminando la presunzione di persistenza della pericolosità sociale (sentenza 139/1982[7]) ed infine aprendo alla possibilità di applicare al malato di mente autore di reato pericoloso, la misura di sicurezza non detentiva della libertà vigilata (sentenza 253/2003[8]). È in particolare su quest'ultima sentenza che ci sembra opportuno porre attenzione. La Corte Costituzionale infatti, sostenendo che non sia possibile far prevalere l'interesse della collettività alla tutela rispetto alle possibili future condotte criminose, al punto tale da comprimere il diritto alla salute del malato di mente autore di reato, non solo consente al giudice (sia di cognizione che di sorveglianza) di applicare misure di sicurezza non detentive, prospettando per la prima volta un'alternativa non custodiale all'Opg, ma dichiara la natura di *extrema ratio* della misura detentiva, cui ricorrere soltanto ove ciò non produca nocumento alla salute del soggetto.

Nonostante la predisposizione, ad opera del giudice costituzionale, di una «misura alternativa» all'Opg per il folle reo pericoloso, tra il 2003 ed il 2010, le applicazioni della misura di sicurezza del ricovero in Opg non hanno subito decrementi (122 ricoveri in Opg disposti nel 2003 a fronte di 135 nel 2010) e le misure di sicurezza complessivamente applicate sono state soggette ad un incremento notevole (passando da 149 nel 2003 a 303 nel 2010)[9]. Il «fallimento» della misura alternativa, nella sua

6 Corte Costituzionale, sentenza del 23 Aprile 1974, n. 110, Giurisprudenza Costituzionale, 1974, pp. 779 e ss.

7 Corte Costituzionale, sentenza del 27 Luglio 1982, n. 139, in Giurisprudenza Costituzionale, 1982, I, pp. 1191 e ss.

8 Corte Costituzionale, sentenza del 18 Luglio 2003, n. 253, Giurisprudenza Costituzionale, 2003, 48, 2, pp. 2109 e ss.

9 I dati riportati sono stati forniti dal Casellario di giustizia, in occasione di un precedente lavoro di ricerca, i cui esiti si possono consultare sul sito di L'altro diritto, Cfr. G. Melani, *La funzione dell'OPG. Aspetti normativi e sociologici,* tesi di laurea, <www.altrodiritto.unifi.it>

libro-25col modificato.indd 73 13/10/15 10:49

funzione di distrarre popolazione dagli Opg, può ascriversi all'assenza di progetti terapeutici per i malati di mente autori di reato da parte dei DSM, assenza di presa in carico che sta alla base, come mostrato da ricerche compiute sui provvedimenti dei magistrati di sorveglianza[10], di quel problema noto come problema *dimissibili*, ovvero di quei soggetti che sarebbero dimessi perché ritenuti non più pericolosi qualora fosse predisposto per loro, all'esterno un progetto o fossero previste forme di sostegno sociale o terapeutico.

2. L'OPG «luogo fisico»: la genesi della riforma

Nei giorni a cavallo del 17 febbraio 2012, data di conversione del decreto-legge 211/2011 e dell'introduzione della disposizione che fissa un termine per il definitivo superamento degli Opg, sui principali quotidiani nazionali, si potevano leggere affermazioni circa la prossima fine dell'ultra-centenaria istituzione del manicomio criminale. Dal tenore delle parole prodotte dalle testate giornalistiche italiane, a prescindere dalla lettura entusiastica o drammatizzante fornita, si poteva cogliere come fosse attribuito alla riforma un carattere rivoluzionario e come quello che dal legislatore era stato definito un «superamento», venisse nel gergo giornalistico tradotto con una «chiusura»[11]. Ma esaminando le disposizioni di cui all'art. 3 *ter* del decreto-Legge 211/2011, così come modificato dalla legge di conversione del 17 febbraio 2012, n. 9, non si poteva che giungere alla conclusione che la riforma vertesse più sui luoghi dell'internamento, che non su un ripensamento del trattamento cui sottoporre i malati di mente autori di reato. Il decreto non metteva mano alla disciplina delle misure di sicurezza predisposta dal codice Rocco e non andava a modificare i presupposti del ricovero in ospedale psichiatrico giudiziario, né poteva considerarsi

10 E. Calvanese e A. Benetti, *La revoca della misura di sicurezza dell'ospedale psichiatrico giudiziario. Un'indagine sulle pronunce della magistratura di sorveglianza di Mantova*, in «Rassegna italiana criminologia», 62 (1995), 1, pp. 51 e ss.; E. Calvanese e E. Bianchetti, *L'internamento in O.P.G.: le revoche della misura nelle ordinanze del magistrato di sorveglianza di Mantova (anni 1992-2002)*, in «Rassegna penitenziaria e criminologica», 2005, 1, pp. 27 e ss.

11 La questione terminologica, apparentemente ininfluente, offre misura del diffuso fraintendimento della portata della riforma, difatti, se il termine «superamento», hegelianamente inteso, ci indica un passaggio da una fase ad un'altra che toglie ma al contempo conserva, il termine «chiusura», non lascia margini di prosecuzione dell'esperienza precedente e si configura come soluzione finale. Nel testo si è fatto riferimento al gergo giornalistico, ma non è da attribuire ai soli giornalisti la sostituzione del vocabolo «superamento» con il più drastico «chiusura», non è inusuale infatti trovarne traccia nelle conferenze stampa dei politici che hanno promosso la riforma, così come in quelle degli strenui oppositori, basti pensare alle parole di Ignazio Marino: «La Commissione d'inchiesta sul Servizio Sanitario Nazionale che ho presieduto, con la collaborazione del Parlamento e del Governo, è riuscita a far approvare una legge che fissa dei termini certi per la *chiusura*» o a quelle di Salvini «Domani *chiudono* gli OPG». Del resto la stessa confusione si rintraccia in periodici specialistici, si veda, a mero titolo esemplificativo G. Alberti, *Chiudono gli ospedali psichiatrici giudiziari (?): la situazione e le prospettive in Lombardia*, <www.penalecontemporaneo.it>

libro-25col modificato.indd 74 13/10/15 10:49

un'ultima attuazione dei principi sanciti, in tema di tutela della salute mentale, dalla Legge Basaglia.

Come a tutti noto infatti, l'art. 3 *ter* fissava una data per il definitivo superamento degli Opg e stabiliva che a decorrere dal 31 marzo 2013, le misure di sicurezza del ricovero in Opg e dell'assegnazione ad una casa di cura e custodia dovessero eseguirsi in strutture, a gestione sanitaria, con sorveglianza limitata al perimetro esterno e rispondenti a criteri ulteriori per la cui definizione si rinviava all'emanazione di un decreto da parte del Ministero della Salute[12]. Per provvedere alle opere di costruzione e ristrutturazione degli edifici che avrebbero accolto le nuove residenze per l'esecuzione delle misure di sicurezza (REMS) si disponeva lo stanziamento di 120 milioni di euro per l'anno in corso e 60 milioni per il successivo, che sarebbero stati assegnati a Regioni e Province autonome con la procedura di attuazione del programma di investimenti straordinario[13]. La riforma, originata dalle osservazioni della commissione Marino sulle condizioni di vita all'interno degli istituti, si limitava ad un intervento sulle tipologie di strutture, rischiando di tradursi in un'ennesima «frode dell'etichette»[14] o in quella che Margara, riferendosi al mutamento di nome da manicomio giudiziario ad Opg, chiamò «la violazione di una regola morale»[15], quella che vuole che il cambiamento del nome di una cosa segua ad un suo mutamento sostanziale.

La riforma volta a superare quei «luoghi indegni per un paese che possa definirsi civile»[16], sembra invitare alla sostituzione di un'istituzione con un'altra, più decorosa, rispondente a standard sanitari e gestita da personale interamente sanitario, ma pur sempre istituzione chiusa e totale. Del resto, la chiusura (qui sì che si può parlare

12 Il decreto ministeriale n. 270 del 2012 individuava i requisiti cui si sarebbero dovute adeguare le nuove strutture. In particolare si prevedeva che ciascun istituto si dotasse di un'area verde entro il perimetro, alcune aree comuni ed un area abitativa, con al massimo 20 posti letto, di cui almeno il 10% organizzati in camere singole. Ciascuna camera di pernottamento sarebbe dovuta essere dotata di servizi igienici con doccia separati dall'area di pernottamento. Per quanto concerne i profili organizzativi, si stabiliva che nelle nuove strutture dovesse lavorare una equipe multiprofessionale.

13 Il decreto del Ministero della salute, emanato il 28 Dicembre 2012 ripartiva i fondi tra le Regioni, stabilendo un termine di sessanta giorni per la presentazione dei programmi e ammettendo la possibilità per le Regioni di accordarsi, così da presentare un unico programma.

14 L'espressione, quasi abusata, fu coniata da Kohlrausch, che la utilizzò nella sua opera *Sicherungshaft* del 1924.

15 Margara A., *Manicomio giudiziario e Legge 180*, in «Fogli d'informazione», (2008), 5-6, pp. 115 e ss.

16 Le parole sono tratte dal messaggio di fine anno 2012 del Presidente della Repubblica Giorgio Napolitano, il cui testo integrale è reperibile sul sito della Presidenza della Repubblica, www.quirinale.it.

libro-25col modificato.indd 75 13/10/15 10:49

di chiusura) delle strutture che ospitavano l'istituzione Opg[17], si inquadra come ultimo passo di un processo di riforma e di una campagna mediatica che hanno avuto origine dall'osservazione delle condizioni di vita all'interno delle strutture. Da queste rilevazioni è nata una contestazione dell'Opg che si iscrive in un filone antico di critiche al manicomio criminale, coeve alla sua stessa nascita e portate avanti persino dagli stessi fautori dell'introduzione nell'ordinamento del manicomio giudiziario[18]. Ripercorrendo passo passo l'iter di riforma, avremmo modo di mostrare come, nel percorso seguito dal legislatore, restino sullo sfondo (per non dire che sono quasi assenti) le riflessioni sulla funzione delle misure di sicurezza, sul presupposto della sua applicazione, sulla via alternativa tracciata dalla sentenza n. 253 del 2003 della Corte Costituzionale, la cui esistenza è completamente trascurata in molte dichiarazioni pubbliche dei promotori della riforma[19].

Benché la prima apparizione del superamento dell'Opg come obiettivo, si debba rintracciare nella riforma della sanità penitenziaria ed in particolare nell'allegato C al DPCM 1° aprile 2008, è soltanto con l'introduzione dell'art. 3 *ter* nella legge di conversione del D.L. 211 del 2011 (Legge 11 febbraio 2012, n. 9), che tale obiettivo assume la dimensione di un progetto concreto da realizzarsi entro un termine, il 31 marzo 2013. Dobbiamo capire come, in sede di conversione di un decreto legge, si giunga ad introdurre una disposizione che prevede il definitivo superamento degli Opg, entro il brevissimo termine di un anno. Prima di tutto, occorre fare cenno ai lavori della Commissione parlamentare d'inchiesta sull'efficacia e l'efficienza del servizio sanitario nazionale della XVI legislatura (ai più nota come Commissione Marino) infatti, si deve all'attivismo del suo Presidente (Ignazio Marino) e alla diffusione mediatica di alcuni dati osservati in sede di ispezione dei sei Opg italiani, lo sprint con cui il superamento degli Opg, si è trasformato da mero proposito di lungo periodo a programma concreto a breve termine.

17 Queste parole traggono indubbiamente spunto dalla notoria definizione che Manacorda offriva del manicomio giudiziario nel 1982, ritraendolo come: «*luogo fisico* [...] in cui è ospitata [...] una istituzione» (A. Manacorda, *Il manicomio giudiziario: cultura psichiatrica e scienza giuridica nella storia di un'istituzione totale*, De Donato, Bari 1982, p. 8)

18 Le critiche dei positivisti alle prime realizzazioni dei manicomi criminali, da loro fortemente voluti, sono così dure da far sembrare insipide le parole di denuncia odierne. Saporito definì, nel 1909, i manicomi giudiziari «pessime carceri» (F. Saporito, *Manicomi criminali*, «La scuola positiva», 1907, p. 168), Lombroso, dal canto suo riservò ai manicomi giudiziari appellativi quali «immensa latrina» o «sistemi medioevali» (C. Lombroso, *Pene ai pazzi e sistemi medievali di loro custodia nel XX secolo*,«La scuola positiva», 1902)

19 Si fa qui riferimento alle dichiarazioni di Ignazio Marino che sui mezzi di stampa sosteneva l'inesistenza di alternative all'Opg per il malato di mente autore di reato, I. Marino, *OPG, mettiamo fine alla tortura di stato*, nella sezione blog de «Il Fatto Quotidiano», <www.ilfattoquotidiano.it>, 8 dicembre 2011

libro-25col modificato.indd 76 13/10/15 10:49

La Commissione, istituita con deliberazione del 30 luglio 2008, ha condotto un ricco lavoro d'inchiesta sul funzionamento dei servizi pubblici per le tossicodipendenze e la salute mentale, nel corso del quale, è stata dedicata particolare attenzione al trattamento dei malati di mente autori di reato e agli ospedali psichiatrici giudiziari[20]. Nel corso dell'inchiesta, alcuni membri della commissione, si sono recati a svolgere sopralluoghi a sorpresa presso i sei Opg, ove hanno riscontrato, come risulta dalla relazione[21], condizioni igienico-sanitarie allarmanti e dal punto di vista strutturale, edifici fatiscenti, più simili a carceri che ad ospedali. La Commissione, che ha dedicato particolare attenzione alle condizioni strutturali, organizzative e clinico-psichiatriche, nonché alle condizioni di vita degli internati, ha concluso per la necessità di intervenire urgentemente sulle strutture, adeguando i locali, le apparecchiature e gli arredi agli *standard* ospedalieri nazionali e regionali e rivedendo le modalità di organizzazione e gestione, in attuazione del DPCM 1° aprile 2008. A questi obiettivi da realizzare nell'immediatezza, si è accompagnato l'invito ad un ripensamento del complessivo sistema delle misure di sicurezza e all'adozione di una legge in materia di assistenza psichiatrica per i malati di mente autori di reato. Nelle conclusioni della Commissione, sono dunque presenti riflessioni sul regime delle misura di sicurezza, seppure occupino una parte minoritaria e siano inserite tra le ipotesi di provvedimenti da adottare nel medio-lungo periodo. Ma, nella campagna mediatica inaugurata dagli stessi membri della Commissione, dell'Opg si parla soltanto come luogo sporco, fatiscente ed indecente, toccando tuttalpiù il tema della necessità di una completa sanitarizzazione delle strutture, senza mai invitare l'uditorio ad un serio ripensamento della funzione e dei presupposti del doppio binario e delle misure di sicurezza[22].

20 L'inchiesta non si è esaurita con il sopralluogo nei sei Opg italiani, ma sono state condotte audizioni dei dirigenti sanitarie e dei direttori delle strutture, nonché dei magistrati e delle associazioni che si occupano di salute mentale. I lavori sono pubblicati sul sito del Senato della Repubblica, www.senato.it

21 La relazione, approvata dalla commissione il 20 luglio 2011 e redatta dai Senatori Saccomanno e Busone, è disponibile sul sito del Senato della Repubblica, www.senato.it.

22 Di seguito riportiamo alcune delle dichiarazioni effettuate alla stampa dal Senatore Ignazio Marino, che è stato indubbiamente uno tra i più attivi promotori del superamento dell'Opg: «C'erano condizioni di vita spaventose. Ricordo per esempio che nell'Opg di Aversa vidi una bottiglia di plastica nel buco del bagno alla turca. Mi domandai il perché. Cambiai camerata e anche lì c'era la bottiglia nel bagno, e poi una terza. Va bene che sono matti, mi dissi, ma non saranno tutti matti allo stesso modo. Un detenuto mi spiegò – era estate, c'era un caldo soffocante – che era l'unico modo per tenere l'acqua in fresco: non c'era il frigo. E d'inverno la bottiglia serviva per non far salire i topi. Facemmo una scenata alla direttrice». Cfr. M. Feltri, *Il consiglio d'Europa li definì luoghi di tortura. Giusto voltare pagina*, in «La stampa», 29 marzo 2015; «La Commissione d'inchiesta sul Servizio Sanitario Nazionale che ho presieduto, con la collaborazione del Parlamento e del Governo, è riuscita a far approvare una legge che fissa dei termini certi per la chiusura di quei

libro-25col modificato.indd 77 13/10/15 10:49

Il secondo importante passo del processo riformatore, si è compiuto il 27 settembre 2011, quando il Senato ha approvato una risoluzione con cui impegnava il Governo a perseguire alcuni obiettivi, tra i quali spiccavano in posizione apicale: l'adeguamento agli standard ospedalieri delle dotazioni di personale, dei locali e delle attrezzature; l'istituzione di sezioni per infermi psichici negli istituti di pena; l'esportazione del modello di Opg a gestione sanitaria di Castiglione delle Stiviere, nelle altre regioni che ospitavano l'Opg. Molto interessante, a prescindere dal contenuto degli impegni richiesti al Governo è la premessa, nella quale si può leggere, come prima motivazione all'adozione del documento:

> le condizioni di vita e di cura all'interno degli ospedali psichiatrici giudiziari (Opg) sono attualmente incompatibili con le disposizioni costituzionali in materia di diritto alla salute, libertà personale e umanità del trattamento, nonché con la disciplina di livello primario e secondario relativa alla sanità penitenziaria […]

Come si può notare, anche in questo caso, a muovere il Senato sembrano essere state le osservazioni circa le condizioni di vita all'interno degli istituti, riscontrate dalla commissione Marino e risultano assenti o del tutto secondarie le critiche al dispositivo delle misure di sicurezza, alla pericolosità sociale, o perché no, visto che si trattava dell'azione promossa da membri di una commissione che si occupava di efficacia ed efficienza del servizio sanitario nazionale, riflessioni circa l'efficacia dell'intervento dei DSM rispetto agli internati o agli internabili.
Vista la genesi della riforma, non si prova alcuno stupore nel realizzare che la stessa non mira tanto al superamento dell'Opg-istituzione, quanto al trasferimento dei suoi pazienti in nuove strutture, tanto da spingere ad interrogarsi sul senso di una riforma che per abbellire dei luoghi, decide di chiuderli.

Le modifiche in sede di proroga: alcuni interventi sull'OPG-misura di sicurezza

I tempi previsti per l'attuazione della Legge 9/2012 apparivano già sulla carta troppo ridotti, inoltre, si sono accumulati alcuni ritardi rispetto al cronoprogramma previsto dalla legge (definizione dei requisiti cui adeguare le nuove strutture entro il 31 marzo 2012 e compimento delle tappe previste dal DPCM 1° aprile 2008 entro il 1 febbraio 2013), tali da rendere necessaria l'adozione di ben due decreti di proroga. I ritardi possono quasi definirsi provvidenziali, dal momento che hanno consentito di intro-

luoghi. Luoghi in cui mancano le cure e il rispetto per la dignità degli ammalati» dichiarazioni di I. Marino del 10 aprile 2013, reperibili sul sito del Partito Democratico, www.partitodemocratico.it

libro-25col modificato.indd 78 13/10/15 10:49

durre modifiche al testo originario, invertendo la rotta segnata dalla Legge 9/2012, modificando parte della disciplina delle misure di sicurezza e trasformando le modalità attraverso le quali doveva realizzarsi il superamento, passando dalla mera costruzione di nuove strutture alla implementazione di alternative non custodiali per i malati di mente autori di reato, in attuazione di quanto previsto dalla sentenza 253 del 2003 della Corte Costituzionale.

In primis, il decreto n. 24 del 2013, convertito in Legge n. 57 del 2013, ha apportato delle importanti modifiche al disegno originario di riforma, muovendo verso il superamento di un modello che al suo centro conservava l'istituzione totale, seppur restaurata e sanitarizzata. Ivi infatti si chiarisce come, i programmi regionali per il superamento, necessari perché le Regioni possano attingere ai fondi statali messi a disposizione, debbano concernere, non solo progetti di costruzione o restauro di strutture da destinare a REMS, ma anche «attività volte ad incrementare i percorsi terapeutico-riabilitativi». A queste ultime attività e non più esclusivamente ad opere edilizie, sono da destinare i fondi previsti per attuare la riforma.

Lo stesso decreto, con espressione quanto meno imprecisa, stabilisce che i programmi regionali debbano provvedere alla dimissione dei soggetti per i quali l'autorità giudiziaria abbia già escluso la sussistenza della pericolosità sociale[23]. Seppure questa disposizione non rappresenti la migliore messa in pratica dei criteri della buona scrittura delle leggi, da un lato ci mostra l'attenzione del legislatore per l'irrisolto problema degli eterni dimissibili, dall'altro ha svolto una positiva funzione di riduzione di quegli internati che permanevano in Opg soltanto per la mancanza di programmi esterni di presa in carico.

Nonostante il decreto prevedesse espressamente la possibilità per le Regioni di predisporre, nei rispettivi programmi, attività volte ad incrementare i percorsi terapeutico riabilitativi, la gran parte delle Regioni (nella prima versione dei loro programmi) ha previsto la destinazione della totalità o quasi dei fondi, alla costruzione o restauro di strutture da destinare a REMS[24], rendendo abbastanza concreto il rischio, prospet-

23 Si parla di espressione imprecisa, in quanto la categoria che il legislatore indica, così come dallo stesso descritta, non è ammissibile. Infatti, l'esistenza della pericolosità sociale è presupposto per l'applicazione della misura di sicurezza, in mancanza del quale, trattenere un soggetto presso l'Opg si potrebbe configurare soltanto come sequestro di persona, trattandosi di una privazione della libertà personale assolutamente illegittima. Il legislatore, ricorrendo a questa definizione ha voluto riferirsi a quei soggetti spesso appellati «dimissibili», ovvero coloro che sono considerati socialmente pericolosi soltanto in mancanza di progetti socio-terapeutici sul territorio.

24 Non destinavano alcuna parte dei fondi ai progetti terapeutico-riabilitativi: Lombardia-Valle d'Aosta, Toscana-Umbria, Lazio, Abruzzo-Molise, Campania, Calabria, Sardegna. Cfr. *Relazione dei Ministri della Salute e della Giustizia al parlamento sullo stato di attuazione delle iniziative per il superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari*, 30 settembre 2014, disponibile sul sito del

libro-25col modificato.indd 79 13/10/15 10:49

tato da alcuni commentatori all'indomani della riforma, che il superamento dell'Opg si traducesse nella creazione di una costellazione di tante piccole strutture manicomiali, disseminate sul territorio[25].

Unica nel panorama nazionale è la scelta operata dalla Regione Toscana di accompagnare alla predisposizione di una REMS, quella di alcune strutture denominate «di livello intermedio». Questa previsione pone non pochi problemi di compatibilità con la normativa nazionale e con i principi costituzionali. Infatti, la Legge n. 9/2012, non fa mai menzione di questo genere di strutture, tuttalpiù consente alle Regioni, nella progettazione delle proprie REMS di rinunciare alla sorveglianza perimetrale esterna, tenendo conto delle condizioni dei soggetti che sono destinati ad ospitare. L'invenzione toscana dunque, non rappresenterebbe un problema se queste «strutture intermedie» fossero qualificate come REMS e destinate ad accogliere i sottoposti alla misura di sicurezza del ricovero in Opg o dell'assegnazione ad una casa di cura e custodia, ma così non è. Dal programma toscano risulta che tali residenze dovrebbero accogliere, oltre che i sottoposti alla misura di sicurezza del ricovero in Opg e dell'assegnazione ad una casa di cura e custodia, anche i sottoposti alla misura della libertà vigilata. Ma la libertà vigilata è una misura di sicurezza non detentiva e, per quanto la normativa lasci al magistrato di sorveglianza un ampio margine di discrezionalità nella scelta delle prescrizioni da imporre al soggetto che vi è sottoposto, non può surrettiziamente tramutarsi in una misura di sicurezza custodiale. Il progetto toscano, seppure non espressamente, finisce per delineare una nuova misura di sicurezza, incurante della riserva di legge prevista dagli articoli 13 e 25 della Costituzione.

Anche il decreto n. 52/2014, convertito in Legge n. 81/2014 introduce alcune importanti novità. In primo luogo, prevede l'onere per le Regioni di presentare programmi terapeutico riabilitativi, finalizzati alla dimissione, per tutti gli internati presenti. L'intervento, non è questa volta limitato ai soli «dimissibili» ma positivamente esteso all'intera popolazione. A conferma della volontà di procedere in una direzione diversa da quella delineata dall'originario testo della riforma, il decreto sancisce la natura di *extrema ratio* della misura di sicurezza del ricovero in Opg, stabilendo che questa possa essere disposta solo dopo un vaglio della possibilità di applicare una misura di sicurezza non custodiale. Del resto, il legislatore invita le regioni a rivedere i propri programmi territoriali (presentati e approvati nel 2013 per tutte le Regioni escluso il

Senato, www.senato.it

25 Cfr. M. G. Giannichedda, *Opg, chiuderne sei… ma per aprirne quanti?*, «Il Manifesto», 17 dicembre 2012

libro-25col modificato.indd 80 13/10/15 10:49

Veneto), distraendo i fondi destinati alle nuove strutture verso la riqualificazione dei DSM così da garantire il ricorso all'applicazione della libertà vigilata, in luogo del ricovero in Opg o in caso di presenza in Opg la fuoriuscita più celere possibile dall'istituzione. Inoltre, per disincentivare le proroghe ripetute delle misure e decrementare il ricorso a proroghe motivate soltanto dalla mancanza di un tessuto socio-familiare che offra qualche sicurezza, è stata inibita la possibilità di prendere in considerazione, nelle motivazioni dei provvedimenti, le condizioni sociali, familiari e di vita.

Come anticipato in precedenza, il legislatore interviene anche sulla disciplina delle misure di sicurezza, tentando di arginare il fenomeno degli ergastoli bianchi con l'introduzione di una limitazione alle proroghe: una soglia, pari al massimo di pena edittale previsto per il reato commesso, oltre la quale non è possibile prolungare la durata della misura.

Le ultime modifiche all'originario progetto di riforma, hanno sicuramente favorito il forte decremento di internati che si è registrato dall'inizio della riforma ad oggi (si è passati da oltre 1400 internati a circa 700). Sulla possibilità che questi effetti si mantengano, ci permettiamo però di sollevare alcune perplessità. Il decremento di internati potrà infatti verificarsi, solo qualora si proceda nella direzione della previsione di programmi individualizzati anche per i futuri internati e soltanto laddove i DSM provvedano seriamente a prendersi carico di questi pazienti. Diversamente, la riforma finirà per produrre gli effetti fin dall'inizio immaginati da alcuni commentatori, sposterà gli Opg in nuove (e talvolta neanche, come a Castiglione delle Stiviere) strutture, forse non più penitenziarie, ma ahimè per Basaglia, manicomiali.

libro-25col modificato.indd 81 13/10/15 10:49

RIFERIMENTI

G. Alberti, *Chiudono gli ospedali psichiatrici giudiziari (?): la situazione e le prospettive in Lombardia*, <www.penalecontemporaneo.it>

E. Calvanese e A. Benetti, *La revoca della misura di sicurezza dell'ospedale psichiatrico giudiziario. Un'indagine sulle pronunce della magistratura di sorveglianza di Mantova*, «Rassegna italiana criminologia», 62 (1995), 1, pp. 51 e ss.

E. Calvanese e e R. Bianchetti, *L'internamento in O.P.G.: le revoche della misura nelle ordinanze del magistrato di sorveglianza di Mantova (anni 1992-2002)*, «Rassegna penitenziaria e criminologica», 2005, 1, pp. 27 e ss.

R. Canosa, *Storia del manicomio in Italia dall'unità ad oggi*, Feltrinelli, Milano 1979

D. S. Dell'Aquila, *Se non t'importa il colore degli occhi. Inchiesta sui manicomi giudiziari*, Filema, Napoli 2009

D. S. Dell'Aquila e A. Esposito, *Cronache da un manicomio criminale,* Edizioni dell'Asino, Roma 2013

M. Feltri, *Il consiglio d'Europa li definì luoghi di tortura. Giusto voltare pagina*, «La stampa», 29 marzo 2015

A. Ferraro, *Materiali dispersi. Storie da un manicomio criminale,* Tullio Pironti Editore, Napoli 2010

M.G. Giannichedda, *OPG, chiuderne sei…ma per aprirne quanti?*, «Il Manifesto», 17 dicembre 2012

C. Lombroso, *Pene ai pazzi e sistemi medievali di loro custodia nel XX secolo*, «La Scuola positiva», 1902

A. Manacorda, *Il manicomio giudiziario: cultura psichiatrica e scienza giuridica nella storia di un'istituzione totale*, De Donato, Bari 1982

A. Margara, *Manicomio giudiziario e legge 180*, «Fogli d'informazione», (2008), 5-6, pp. 115 e ss.

I. Marino, *OPG, mettiamo fine alla tortura di stato*, nella sezione blog de «Il Fatto Quotidiano», <www.ilfattoquotidiano.it> (8 dicembre 2011)

G. Melani, *La funzione dell'OPG. Aspetti normativi e sociologici*, tesi di laurea, <www.altrodiritto.unifi.it>

M. Pelissero, *Pericolosità sociale e doppio binario. Vecchi e nuovi modelli di incapacitazione,* Giappichelli, Torino, 2008.

F. Saporito, *Manicomi criminali*, «La scuola positiva», 1907, p. 168

SITI

L'Altro Diritto, Centro di documentazione su carcere marginalità e devianza, <www.altrodiritto.it>

Senato della Repubblica, <www.senato.it>

libro-25col modificato.indd 82 13/10/15 10:49

OPG addio, per sempre

Francesco Maisto

1. Un moloch

L'insieme strutturale-istituzionale, denominato Opg dalla Legge penitenziaria in luogo del vecchio manicomio giudiziario, prima detto anche criminale, tanto da confondere tranquillamente il sostantivo con l'aggettivo e viceversa, è un complesso intrecciato ed inestricabile di istituzione penale, di istituzione sanitaria e di misura di sicurezza detentiva. Un singolare unicum destinato a rispondere contemporaneamente a tre diversi statuti di sapere ed a tre finalità.

Da altro punto di vista, l'Opg è il precipitato storico istituzionale della repressione penale di stampo positivista fondata sulla pericolosità sociale del reo folle e del folle reo, ammantata dalla necessità della cura e della prevenzione.

Da qui l'immane fatica per disarticolare l'insieme, come delineato, e per vincere le tante resistenze culturali, economiche e sociali coagulate ed alleate nei decenni.

Che la strada della legalità in questo settore sia ancora molto lunga e che in questo percorso le scorciatoie possono solo allontanare dalla meta deve essere sempre chiaro, ma altro conto è l'opposizione, manifesta o implicita, la resistenza alla deistituzionalizzazione. L'illusione di gran parte del movimento antimanicomiale fu quella di ritenere determinante il concentrarsi sul DPCM 1 aprile 2008 e l'allegato C, in attuazione del D. Lgs. 22 giugno 1999, n°230, che invece non produsse reali mutamenti dell'istituzione, sicché la situazione reale degli Opg (e naturalmente anche delle Case di Cura e Custodia) non registrò una evoluzione da istituto di contenzione a istituto di assistenza e cura. Rimasero, come tratti caratterizzanti, la «stretta» del sovraffollamento e la mancata «sanitarizzazione» del personale a contatto diretto con gli internati, oltre alla deprecata oscenità delle condizioni di vita degli internati.

In altri termini, ci si rese conto troppo tardi che per il manicomio giudiziario non erano riproponibili i quattro «passaggi» fondamentali che il movimento di deistituzionalizzazione aveva realizzato per la chiusura dei manicomi civili.

libro-25col modificato.indd 83 13/10/15 10:49

In primo luogo, non era realizzabile il passaggio spaziale dal manicomio al territorio a causa della (facilmente) riscontrabile non coincidenza a causa delle connotazioni penalistiche delle vicende degli autori di reato infermi o seminfermi di mente e socialmente pericolosi.
In secondo luogo, non era realizzabile allo stesso modo del manicomio civile, il passaggio giuridico in quanto, per questo, si trattò del passaggio dal ricovero obbligatorio alla cura nei DSM, mentre gli Opg (ma anche le nuove REMS) restano strutture di esecuzione di misure di sicurezza detentive (e non Comunità) per soggetti che conservano lo status giuridico di «internati». Si tratta di nodi ancora irrisolti soprattutto per la mancanza di Regolamento(i) di esecuzione *ad hoc* della legge.
In terzo luogo, non era riproponibile, sic et simpliciter, il passaggio organizzativo dall'internamento ai servizi territoriali, implicando peraltro, competenze non dismesse dell'Amministrazione Penitenziaria.
In quarto luogo, non si poteva riproporre, allo stesso modo, il passaggio culturale dall'esclusione all'inclusione a causa della più forte resistenza nei confronti del reo-folle e del folle-reo. Resistenze peraltro radicate in contesti di società civile, ma anche di settori della psichiatria e degli Enti Locali.
In questo contesto maturò la ferma la convinzione che la «liquidazione» degli Opg richiedesse una soluzione legislativa.

2. La Legge n. 81 del 2014

Nel maggio del 2014, in sede di conversione del DL. del 31 marzo si è reso giustamente necessario un intervento repentino del Parlamento.
Non v'è chi non veda l'inutilità di dar conto dei fallimenti dei due precedenti decreti legge e delle proroghe dei termini, succedutesi nel corso degli anni, che dimostrano, ancora una volta, come la materialità, le scelte politiche, l'allocazione delle risorse abbiano la forza di condizionare l'inattuazione del dettato legislativo al punto da far apparire come ingenue le scelte del Parlamento e, prima ancora, del Governo. Si aveva l'impressione che si procedesse «pedetemptim», per prova ed errore (Lucrezio, De rerum natura,V,143).
E tuttavia, valutammo quegli interventi come importanti ed apprezzabili perché imponevano azioni concrete e termini ai vari livelli ministeriali e regionali. Apprezzabili in particolare, i termini e le modalità per i percorsi individualizzati di dimissione.
Fondamentale apparve il rispetto del principio costituzionale sottostante all'articolato, ed affermato, della prevalenza della cura rispetto all'internamento e quindi, del

libro-25col modificato.indd 84 13/10/15 10:49

contrario dell'iterazione della misura di sicurezza per carenze di assistenza comunitaria o individuale sul territorio.

Apprezzabile anche la disposizione sulla residualità del ricovero in Opg o in Casa di Cura e Custodia (CCC), come eccezione rispetto alla regola dell'applicazione di una misura di sicurezza attenuata (alternativa), tanto da parte del Giudice, quanto da parte del Magistrato di Sorveglianza, in conformità con la riforma della custodia cautelare.

Apprezzabile anche il ridimensionamento degli indici di valutazione della pericolosità sociale, come tali da contrastare la tesi (di contrasto appunto, degli stessi) secondo la quale il positivismo è incompatibile con la democrazia e con le moderne acquisizioni scientifiche.

La nuova Legge, omettendo del tutto interpolazioni del corpus normativo prima vigente, nell'ambito della novazione dell'art. 3 ter, detta ben quattro principi:

1. il carattere e la funzione residuale della misura di sicurezza dell'Opg e della CCC rispetto alle misure di sicurezza attenuate;
2. la valutazione cosiddetta decontestualizzata dell'attualità della pericolosità sociale dell'infermo e del seminfermo di mente, previo accertamento (cd. ridotto) della griglia degli indici di cui all'art.133 c.p., ad eccezione di quelli cd. esterni di cui al n°4, secondo comma, art. cit. («le condizioni di vita individuale, familiare e sociale del reo»);
3. l'espressa e conseguente inammissibilità della sussistenza della pericolosità sociale dell'infermo e del seminfermo di mente a causa della mancanza di programmi terapeutici individuali;
4. l'espressa previsione di misure di sicurezza detentive a termine.

Si tratta di grandi novità che recepiscono e portano a compimento quanto statuito dieci anni prima dalla Corte Costituzionale nelle note sentenze n.253 / 2003 e n.367 / 2004, che hanno consentito l'adozione, in luogo del ricovero in Opg, di una diversa misura di sicurezza non detentiva (cioè, la libertà vigilata), idonea ad assicurare adeguate cure all'infermo di mente ed al contempo, a far fronte alla sua pericolosità sociale.

3. L'applicazione della misura di sicurezza

La realizzazione effettiva della residualità dell'Opg e della CCC si può implementare, prima ancora che con la deistituzionalizzazione, evitando responsabilmente l'istituzionalizzazione e quindi, applicando il meno possibile la misura di sicurezza detentiva.

libro-25col modificato.indd 85 13/10/15 10:49

Non è solo una questione di mera applicazione di legge con prevalenza del *favor libertatis*, ma anche, e prima di ogni opzione ermeneutica, una questione culturale e di codici comunicativi tra psichiatria e giurisprudenza, tra statuti di sapere e di potere, tra deontologie solo parzialmente coincidenti.

Una proposta ed una prassi virtuosa consiglia, per esempio, di affidare, in questi casi, l'incarico ad un professionista che già conosce l'indagato/imputato, ed è quindi in grado di valutarne l'evoluzione della salute.

Quanto all'attività dell'esperto (perito (CTU.), ma anche CT del PM), la tendenza prevalente, riscontrata nelle buone pratiche, nel territorio della Regione Emilia Romagna, è stata quella di ridurre al minimo il ricorso al ricovero in Opg.

Ed allora è per il giudice, e non solo, molto importante che il perito o il CT non si limiti a valutare la pericolosità, ma individui anche la tipologia di misura di sicurezza più idonea a contenerla ed il genere di struttura più adatto per la cura.

Sarebbe poi utilissimo se l'esperto, sempre nell'ambito di quella buona prassi sopra richiamata, individuasse anche in concreto la struttura, soluzione che presuppone, ovviamente, sia uno stabile collegamento tra lo psichiatra ed il territorio e sia una conoscenza di quest'ultimo da parte del primo.

Esiti smodati, eccessi di perizie si possono realizzare utilizzando la documentazione dei DSM.

4. Una nuova nozione di pericolosità sociale

La Legge 81, come precisato prima, ha giustamente imposto un nuovo concetto di pericolosità sociale che, tra l'altro, imporrà mutamenti di ruolo e di funzioni nell'attività peritale e nella giurisprudenza.

Si tratta invero, di innovazioni disposte in una epoca in cui l'apoteosi della pericolosità sociale appare come inversamente proporzionale alla valanga delle critiche.

Per indicare in modo plastico l'inconsistenza scientifica del concetto basta ricordare la «famosa monetina» lanciata in aria di Ennis-Littwack, la critica serrata del concetto di pericolosità sociale, per quanto sempre più implementato nel corso degli ultimi decenni, l'auspicio del superamento della pericolosità sociale e della scissione e del duplice concetto di pericolosità sociale, la pericolosità sociale come «malattia infantile della criminologia» (Debuyst), la pratica di rifiuto di perizie o di omissioni di risposta sul punto, ritenuta di esclusiva competenza del Giudice.

Sono noti i quattro modelli/metodi interpretativi di accertamento della pericolosità sociale:

libro-25col modificato.indd 86 13/10/15 10:49

- il modello clinico-anamnestico che ha come riferimento esclusivo l'osservazione e l'analisi psichica e quindi, escluderebbe l'utilizzo di parametri esterni;
- il metodo statistico-attuariale che ha come riferimento i fattori di predittività (con punteggi), ma segnati dal carattere multiforme dei metodi e tali da mettere in conto l'inquadramento nei gruppi a rischio;
- il modello combinato dei primi;
- il metodo cosiddetto intuitivo che si materializza nel «fiuto del giudice» e che lungi dall'apparire fuori dalla realtà è, invece, una triste realtà in molti casi, quanto meno perché denso di rischi;
- serpeggiano poi, nelle prime decisioni giudiziarie, i metodi o le tecniche di cosiddetto *neuroimaging*, quasi come un rivolo che aumenta con l'alimentazione delle neuroscienze, della biologia molecolare, della genetica comportamentale.

A fronte di tanta varietà di impostazioni scientifiche si imponeva un taglio netto: il divieto di rilevanza degli indicatori esterni nella valutazione della pericolosità sociale.

5. Una pratica di deistituzionalizzazione

L'attuazione della Legge 81 esige pratiche globali, sistemiche, istituzionali e sociali. Innanzitutto, esige un mutamento culturale che impone una strategia di interventi diversificati e quindi, non un travaso istituzionale degli internati.

Circa i problemi ancora aperti per il definitivo superamento degli Opg, uno dei più rilevanti riguarda la tipologia e le caratteristiche delle nuove strutture previste dall'art. 3-ter: strutture che devono essere connotate da esclusiva gestione sanitaria all'interno, da attività perimetrale di sicurezza e di vigilanza esterna, ove necessario in relazione alle condizioni dei soggetti interessati, e da destinazione ai soggetti provenienti, di norma, dal territorio regionale di ubicazione delle medesime.

Ancora, critiche serrate sono state espresse da alcuni settori componenti della psichiatria, rispetto alla possibilità che la gestione delle strutture sia affidata ai privati, paventando il grave precedente, non previsto dalle nostre leggi, di strutture detentive, sia pure sui generis, gestite da privati.

Più in generale, varie critiche sono state mosse da componenti associative alla stessa configurazione delle nuove strutture, qualificate come mini Opg, tali da riprodurre vizi e storture degli attuali (maxi) Opg, con il rischio di una deriva neo-manicomiale.

Si tratta, certamente, di critiche non peregrine e non immotivate, che vanno tenute presenti nel tempo che ancora rimane per completare il percorso riformatore. Comunque il percorso deve essere salvaguardato e portato a termine, con le correzioni

libro-25col modificato.indd 87 13/10/15 10:49

ed i miglioramenti che saranno possibili fino al 31 marzo 2015, ma soltanto attraverso una normazione secondaria poiché questa Legge ha «un valore storico di grande portata» e ha «dei chiari elementi innovativi senza peraltro rompere bruscamente con la realtà attuale», frutto di «un'impostazione pragmatica e realistica».

Se si ha cuore questo obiettivo, certo non di poco conto, pare opportuno concentrarsi sui problemi e sulle difficoltà di attuazione che si frappongono al completamento della riforma, per far sì che sia finalmente rispettata la scadenza del 31.3.2015, senza attardarsi in dispute su questioni sicuramente importanti e delicate, quali quelle della imputabilità, dell'infermità mentale, del vizio di mente, della capacità di intendere e di volere, della patologia psichiaca, ma che non sono minimamente scalfite dalla riforma in questione e non sono suscettibili di essere definite in tempi ristretti.

A partire dal DPCM 1° aprile 2008, in Regione Emilia-Romagna abbiamo avviato una serie di azioni per il superamento dell'Opg.

Tra le varie azioni si colloca la nomina, con determinazione del Direttore generale Sanità e Politiche Sociali n. 9904/2011, del Gruppo di lavoro sull'esecuzione delle misure di sicurezza per persone prosciolte e riconosciute socialmente pericolose di cui all'allegato C del DPCM 1 aprile 2008.

Tale gruppo, cui hanno sempre partecipato i magistrati di sorveglianza, aveva tra le proprie finalità di:

- favorire le dimissioni dall'Opg con la revoca, anche anticipata, della misura di sicurezza attraverso la progettazione di programmi riabilitativi, in tempi e modi atti a garantire l'individuazione di un percorso che assicuri il massimo livello di integrazione tra la qualità di vita del paziente e le esigenze di difesa sociale, riducendo il ricorso alla proroga della misura di sicurezza;
- favorire il confronto con la magistratura di sorveglianza per lo studio delle misure di sicurezza dall'inizio alla fine del percorso giudiziario, esecuzione in Opg, esecuzione in Comunità e in libertà vigilata, facilitando la comunicazione e collaborazione delle istituzioni coinvolte, per quanto di rispettiva competenza, favorendo l'omogeneità territoriale dell'esecuzione delle misure di sicurezza e le dimissioni degli internati.

L'obiettivo del Tavolo di lavoro è stato innanzitutto il miglioramento della comunicazione tra Tribunale di sorveglianza e Servizi di salute mentale, la definizione di procedure condivise per facilitare la presa in carico delle persone internate e promuovere il confronto ed una cultura condivisa tra professionisti di diversi ordinamenti.

Nell'ambito di tali attività è stata definita una scheda di valutazione in cui sono pre-

libro-25col modificato.indd 88 13/10/15 10:49

senti una serie di indicatori, anamnestici, riguardanti la storia del paziente, interni, riferiti allo status clinico, esterni, in riferimento alle possibilità familiari/sociali di accoglienza nel territorio.

Tali indicatori hanno guidato i Servizi, sia dell'Opg che del Servizio competente territorialmente, nella stesura della relazione che viene inviata alla Magistratura di sorveglianza, competente a decidere sulla possibilità di uscita per percorso terapeutico – riabilitativo esterno.

Giunto al termine del suo mandato il gruppo di lavoro di cui alla determinazione n. 9904/2011 sopra citata, è stata comunque rilevata la necessità di proseguire l'attività istituendo un nuovo tavolo con una composizione allargata alla magistratura di cognizione e all'UEPE con la finalità di proseguire il confronto con le istituzioni coinvolte per la definizione, l'applicazione e il monitoraggio delle misure di sicurezza, dall'inizio alla fine del percorso giudiziario, favorendo l'omogeneità territoriale dei percorsi delle persone prosciolte per vizio di mente e socialmente pericolose.

Al nuovo gruppo di lavoro hanno partecipato i magistrati di sorveglianza, una rappresentanza della magistratura di cognizione, l'UEPE, i professionisti dell'Opg e dei DSM-DP regionali, che hanno prodotto un documento di indirizzo *Scheda sull'applicazione delle misure di sicurezza a soggetti parzialmente o totalmente incapaci di intendere e di volere a causa di infermità psichica* con suggerimenti operativi riguardanti le interfacce, nella fase del processo, tra Magistratura e Dipartimenti di Salute Mentale.

Sulla scorta di questo documento, si è inteso affrontare nei territori il tema delle relazioni tra Magistratura, DSM-DP e UEPE sui percorsi dei pazienti autori di reato, non imputabili e riconosciuti socialmente pericolosi.

Tale snodo da sempre problematico acquisisce maggiore importanza nell'ottica del superamento dell'Opg e dell'estensione delle misure di sicurezza territoriali in conseguenza della recente normativa. Il documento suggerisce una prassi di collaborazione tra il Tribunale e il DSM-DP fin dalla fase di cognizione, se non addirittura a partire dalla fase delle indagini preliminari da parte della Procura. Prassi mediata dal perito e/o dal consulente tecnico che, pur in posizione di autonomia e terzietà, assume l'onere di garantire in tutte le fasi del procedimento le soluzioni più idonee, dal punto di vista sanitario, per l'infermo di mente autore di reato. Ciò al fine di favorire soluzioni prescrittive che, nel garantire le esigenze di controllo sociale, siano rispettose dei fabbisogni terapeutici dei pazienti e delle concrete possibilità di offerta di cura dei dipartimenti.

libro-25col modificato.indd 89 13/10/15 10:49

Per la presentazione della *Scheda sull'applicazione delle misure di sicurezza a soggetti parzialmente o totalmente incapaci di intendere e di volere a causa di infermità psichica*, sono stati programmati nel corso dell'anno tre incontri formativi interdisciplinari, l'ultimo dei quali si è svolto a Cesena il 24 novembre 2014, che, oltre allo scopo di diffondere la scheda, sono occasione per approfondire la conoscenza delle procedure che sottendono all'applicazione delle misure di sicurezza, soprattutto nella forma della libertà vigilata

I seminari prevedono orientativamente il seguente standard di interventi:

- Servizio regionale Salute Mentale, Dipendenze patologiche, Salute nelle carceri
- Dipartimento Salute Mentale – Dipendenze Patologiche
- Magistratura di sorveglianza
- Magistratura di cognizione
- Avvocatura (penale)
- Periti
- Ufficio Esecuzione Penale Esterna

Vale la pena sottolineare che, tra gli obiettivi del gruppo rientra anche la definizione delle strategie formative regionali rivolte ai soggetti istituzionali coinvolti nei percorsi per le persone prosciolte per vizio di mente e socialmente pericolose.

6. Le obiezioni più o meno manifeste

Serpeggia un allarme sulle presunte e nuove responsabilità degli operatori dei nuovi servizi che, francamente, mi sembra del tutto infodato.

Ora, non solo la responsabilità penale degli operatori dei nuovi servizi deve essere esaminata nel contesto della responsabilità degli esercenti professioni sanitarie, ma l'esigenza difensiva dell'operatore potrebbe risolversi in pratiche di controllo coercitivo.

Le formule evocative della posizione di garanzia degli operatori e della psichiatria difensiva, amplificate ad arte contro il cambiamento, rischiano di bloccare il movimento di chiusura degli Opg.

Allora bisogna precisare, ad di fuori dalle polemiche, che sono titolari di posizione di garanzia i soggetti titolari di dati interessi, nel senso che sono destinatari (fra l'altro) di obblighi di attivarsi per impedire fatti lesivi o pericolosi degli interessi affidati per legge alla loro garanzia. Quindi, sono potenziali responsabili per eventi lesivi.

Esempi: Sicurezza stradale, sicurezza del lavoro.

Bisogna mettere radicalmente in discussione la formula posizione di garanzia, ma

libro-25col modificato.indd 90 13/10/15 10:49

non negarla, quindi discutere di conformazione, di delimitazione, dei presupposti, delle implicazioni, secondo le declinazioni classiche di colpa-responsabilità-regole cautelari-regole di condotta orientate alla:

1. prevedibilità (come l'insieme delle conoscenze per rendere possibile una certa previsione), ed
2. alla «prevenibilità» (intesa come l'insieme delle conoscenze e delle competenze operative, di carattere tecnico).

Sicchè la posizione di garanzia degli operatori, posta tra una posizione di controllo ed una posizione di protezione, deve essere inquadrata allo stesso modo di qualsiasi attività terapeutica, dove sono in gioco doveri di cura di persone bisognose. Nulla di più e nulla di meno.

Insomma: promuovere la persona e la sua libertà significa fare i conti con il rischio.

libro-25col modificato.indd 91 13/10/15 10:49

libro-25col modificato.indd 92 13/10/15 10:49

Ospedali psichiatrici giudiziari, le tante resistenze alla chiusura

Michele Passione

Il Tribunale di Sorveglianza di Messina ha sollevato la questione davanti alla Corte Costituzionale lamentando 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».

libro-25col modificato.indd 93 13/10/15 10:49

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.

RIFERIMENTI

Dossier *Chiusura Opg* su <www.fuoriluogo.it>

M. Passione, rubrica «Fuoriluogo» su «Il Manifesto», 22 aprile 2015

libro-25col modificato.indd 94 13/10/15 10:49

Dalla chiusura degli Ospedali psichiatrici giudiziari alla (possibile) eclissi della pena manicomiale

Andrea Pugiotto

Il presente saggio è stato pubblicato in «Costituzionalismo.it», fasc. 2, 2015. Si ringrazia la Direzione della Rivista per averne autorizzata la riproduzione.

1. Passato, presente (e futuro)

La gestualità, talvolta, ha una sua evocativa precisione. Accade, ad esempio, per il modo in cui gli arabi accompagnano le parole futuro e passato. Sono i nostri stessi gesti, solo esattamente capovolti: quando parlano di futuro indicano qualcosa che sta dietro le spalle; quando parlano di passato pongono le mani davanti a sé. Hanno ragione loro, e noi torto: mentre, infatti, nulla sappiamo del futuro che ci attende, conosciamo invece quanto ci è già accaduto. Il passato ci sta davanti perché possiamo vederlo.

Se ne ricava una preziosa indicazione di metodo: guardare a ciò che è accaduto, per meglio capire quanto ci sta accadendo, perché nel passato possiamo trovare chiavi di lettura utili per comprendere e valutare le scelte presenti. Vale anche per l'analisi della disciplina in materia di superamento degli Ospedali psichiatrici giudiziari (Opg), ora imputabile alla Legge n. 81 del 2014[1]: al fine di comprenderne appieno la *ratio* e di prevederne i possibili esiti ordinamentali è, infatti, necessario confrontarla con i suoi prodromi legislativi più immediati, con la pregressa esperienza della chiusura legislativa dei manicomi[2] e, soprattutto, con il concreto regi-

1 L. 30 maggio 2014, n. 81, di conv. con modificazioni del d.l. 31 marzo 2014, n. 52, recante *Disposizioni urgenti in materia di superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari*.

2 L. 13 maggio 1978, n. 180, concernente *Norme per gli accertamenti ed i trattamenti sanitari volontari e obbligatori* (c.d. Legge Basaglia), poi assorbita nella riforma del Servizio Sanitario Nazionale (l. 23 dicembre 1978, n. 833). La ricostruzione storico-culturale dell'esperienza basagliana è stata recentemente fatta oggetto di due pregevoli volumi: O. Pivetta, *Franco Basaglia, il dottore dei matti. La biografia,* Dalai editore, Milano 2012; J. Foot, *La "Repubblica dei matti". Franco Basaglia e la psichiatria radicale in Italia, 1961-1978,* Feltrinelli, Milano 2014. I profondi e fecondi intrecci tra quell'esperienza e la dottrina del costituzionalismo, quale garanzia dei diritti e misura del potere, sono colti con precisione nei due ampi studi di D. Piccione, *Riflessi costituzionalistici del pensiero*

libro-25col modificato.indd 95 13/10/15 10:49

me delle misure di sicurezza detentive nella sua dimensione giurisprudenziale e fenomenica.

2. Tempo scaduto per gli Ospedali psichiatrici giudiziari

Il 31 marzo 2015 è scattata la chiusura, per legge, dei sei Opg ancora operativi nella nostra penisola[3]. Non era affatto un esito scontato, se solo si fosse prestato ascolto alle contrarie ragioni delle regioni, favorevoli a una (ennesima) proroga[4].

Il tempo *stringe* – si è detto – e impone una marcia a tappe troppo forzate: per le regioni, obbligate a elaborare programmi terapeutici individuali riguardanti tutti gli internati; per i servizi territoriali di salute mentale, impreparati a far fronte a troppe e troppo improvvise prese in carico sociosanitarie; per la magistratura di cognizione e di sorveglianza, costretta a un repentino mutamento di paradigma. Il tempo *è poco* – si è insistito – rispetto a quello necessario ad avviare le procedure di gara e per la realizzazione delle nuove strutture custodiali, sostitutive dei vecchi manicomi giudiziari. Il tempo *non basta* – si è scritto nelle relazioni parlamentari[5] – dato il notevole ritardo accumulato nell'attuazione degli obblighi legislativi, a cominciare dalla presentazione dei progetti regionali di utilizzo dei fondi già stanziati. Il tempo *inganna* – si è denunciato – laddove pretende di trasformare con un *abracadabra* legislativo soggetti socialmente pericolosi in pazienti da dimettere dall'oggi al domani, ignorando così i rischi per la collettività, ed esponendo in particolare a gravi pericoli le vittime (ancora esistenti o potenziali) alla cui protezione siamo comunitariamente obbligati[6].

di Franco Basaglia, a trent'anni dalla morte, «Giur. Cost.», 2010, 4137 ss.; Id., *Il pensiero lungo. Franco Basaglia e la Costituzione,* Edizioni Alpha Beta Verlag, Merano 2013.

3 Si tratta degli Opg di Aversa e Napoli (in Campania), Barcellona Pozzo di Gotto (in Sicilia), Castiglione delle Stiviere (in Lombardia), Montelupo Fiorentino (in Toscana), Reggio Emilia (in Emilia Romagna).

4 Cfr. il documento *Situazione riguardante la chiusura degli OPG nelle Regioni,* 14/027/CR8b/C7 approvato il 23 gennaio 2014 in Conferenza Unificata: ivi, la richiesta motivata di una proroga «di almeno quattro anni», da veicolarsi attraverso un emendamento da inserire in sede di conversione del d.l. 30 dicembre 2013, n. 150 (c.d. mille proroghe).

5 Cfr. la *Prima Relazione trimestrale* (aggiornata al 30 novembre 2013) e la *Seconda Relazione trimestrale* (aggiornata al 30 novembre 2014) *al Parlamento sullo stato di attuazione del programma di superamento degli Opg* (rispettivamente alle pp. 13-14 e alla p. 2).

6 Poteva forse mancare nel mazzo degli argomenti spesi, anche in questa circostanza, l'asso pigliatutto dell'oramai onnipresente paradigma vittimario? Cfr. P. Di Nicola, *La chiusura degli OPG: un'occasione mancata,* «DPC», 31 marzo 2015, 15 ss. Alla medesima tentazione cede anche il Tribunale di Sorveglianza di Messina, nel suo atto di promovimento alla Corte costituzionale (vedi *infra,* § 14), accusando il legislatore di trasferire «il rischio giudizialmente incontrollato di nuove condotte antisociali e criminose» sulle vittime, «con la conseguenza di fare pagare alla parte incolpevole della società il prezzo della cattiva coscienza di un trattamento inadeguato quando non disumano del reo folle».

libro-25col modificato.indd 96 13/10/15 10:49

Mantenendo un impegno assunto in sede parlamentare, la decisione del governo è stata, invece, di non cerchiare nuovamente un'altra data sul calendario per la chiusura degli Opg. Una scelta accusata di avventurismo irresponsabile e di pericolosa superficialità[7]. Inviterei, invece, a leggere diversamente l'accaduto: quella proroga, infatti, rappresentava un'ipotesi concreta, ma (costituzionalmente) insopportabile[8]. E ciò per almeno tre buone ragioni.

[1] Va ricordato, innanzitutto, che il processo per il superamento degli Opg ha preso avvio da almeno tre lustri[9]. Eppure, come la linea dell'orizzonte scivola in avanti quando si tenta di raggiungerla, così è accaduto per la chiusura dei manicomi giudiziari, fino ad oggi sempre posticipata.

Il cronometro era già scattato con il d.p.c.m. 1 aprile 2008, il cui allegato *C* programmava il definitivo superamento degli Opg e delle case di cura e custodia, da concludersi entro il 2011. Le cose sono andate diversamente: quel termine originario è slittato – di decreto legge in decreto legge – al 31 marzo 2013[10], poi del 2014[11], infine del 2015[12]. Le regioni e le province autonome, dunque, hanno avuto sette anni – cioè tutto il tempo necessario – per istruire il problema e trovarvi adeguate soluzioni.

Ciò nonostante, le loro critiche a tempistiche «troppo serrate e impossibili da rispettare»[13] si sono elevate in prossimità di ogni scadenza legislativa, puntualmen-

7 Per tutti, vedi i reiterati e polemici interventi di M. Iannucci, *Il sepolcro imbiancato del "superamento degli OPG"*, <www.personaedanno.it> (22 marzo 2015); Id., *Il "superamento degli OPG" fra incompetenza, scelleratezza, ipocrisia e ignavia*, <www.ristretti.it> (16 aprile 2015); M. Iannucci e G. BRANDI, *1° aprile 2015. Chiude, non chiude, chiude, non chiude: quanti petali mancano alla chiusura degli OPG?*, ivi (30 marzo 2015)

8 Così capovolgendo il giudizio di M. Miravalle, *Per quanto ancora si dovrà parlare di OPG?,* in «Antigone»*,* 2014, fasc. 2, 168-169.

9 A far data dal trasferimento al SSN della sanità penitenziaria, fino ad allora di competenza del Dipartimento Affari Penitenziari del ministero di Giustizia (art. 2, comma 283, Legge 24 dicembre 2007, n. 244), e – prima ancora – con la sollecitazione rivolta agli Opg a stipulare appositi protocolli con i servizi psichiatrici territoriali finalizzati ad agevolare la cura e il reinserimento sociale degli internati (art. 113, d.P.R. 30 giugno 2000, n. 230).

10 Art. 3-ter, comma 1, d.l. 22 dicembre 2011, n. 211, conv. con modificazioni in l. 17 febbraio 2012, n. 9, recante *Interventi urgenti per il contrasto della tensione detentiva determinata dal sovraffollamento delle carceri.*

11 Art. 1, comma 1, lett. a), d.l. 25 marzo 2013, n. 24, conv. con modificazioni in l. 23 maggio 2013, n. 57, recante *Modifiche e integrazioni all'articolo 3-ter del decreto-legge 22 dicembre 2011, n. 211, convertito, con modificazioni, dalla Legge 17 febbraio 2012, n. 9.*

12 Art. 1, comma 1, lett. *a),* d.l. 31 marzo 2014, n. 52, conv. con modificazioni in l. 30 maggio 2014, n. 81 (vedi, *supra,* nota 1).

13 G. Valvo, *Il definitivo superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari: la delicata attuazione dell'art. 3-ter d.l. 211/2011*, «DPC», 21 novembre 2012, 7.

libro-25col modificato.indd 97 13/10/15 10:49

te giudicata «poco realistica»[14] perchè non avrebbe senso chiedere di fare in un breve segmento di tempo ciò che non si è riusciti a realizzare in tanti anni passati. Ma così ragionando, qualunque *dies ad quem* sarebbe ineluttabilmente postergato, in obbedienza a una dinamica circolare dove causa ed effetto finiscono per confondersi. Come in certe cascate che si autoalimentano, immaginate nei suoi disegni da Cornelis Escher.

[2] Al punto in cui siamo, di un quarto provvedimento d'urgenza non ricorrevano i presupposti richiesti dall'art. 77, comma 2, Cost.. Nessuno nega la complessità delle procedure in atto per completare il superamento dei sei Opg operanti in Italia. Tuttavia, la straordinarietà dei casi da affrontare con decreto legge è – costituzionalmente – sinonimo di *imprevedibilità,* e tale non può certamente considerarsi una scadenza nota da tempo e già più volte posticipata. Quanto alla necessità e urgenza di provvedere – anch'esse costituzionalmente richieste – si sarebbero risolte «solo nel non aver provveduto a prorogare»[15].

Dei pregressi slittamenti temporali, peraltro, il governo porta una quota di responsabilità, in ragione del ritardo ministeriale nell'adozione di alcuni decreti necessari alla tempestiva prosecuzione del processo in atto[16]. Un'ennesima proroga, inoltre, avrebbe contraddetto – ridicolizzandola – l'attribuzione legislativa al governo di poteri sostitutivi nei confronti delle regioni e delle province autonome inadempienti, da surrogare mediante la nomina di un unico commissario *ad hoc*[17]. E così dovrà essere[18]. Se il rimedio non scattasse, come già in passato, sarebbe violata non

14 F. Federici, *Il superamento degli OPG: una riforma possibile?*, «DPC», 25 luglio 2013, 2; in senso analogo G. Tamburino, *Impegni per il superamento degli OPG per non sprecare una occasione di crescita civile del Paese*, «Rass. Penit. e Crim.», 2014, n. 1-2, 114.

15 M. Pelissero, *Ospedali psichiatrici giudiziari in proroga e prove maldestre di riforma della disciplina delle misure di sicurezza*, «Dir. Pen. e Proc.», 2014, 919.

16 Cfr. il decreto 1 ottobre 2012, *Requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi delle strutture residenziali destinate ad accogliere le persone cui sono applicate le misure di sicurezza del ricovero in Opg e dell'assegnazione a casa di cura e custodia*, pubblicato – con sei mesi di ritardo rispetto ai termini di legge – in G.U. 19 novembre 2012, n. 270. Analogo rilievo può essere mosso al decreto 28 dicembre 2012, *Riparto del finanziamento di cui all'art. 3-ter, comma 6, d.l. 22 dicembre 2011, n. 211, convertito, con modificazioni, dalla l. 12 febbraio 2012, n. 9, per il superamento degli Opg*, pubblicato in G.U., 7 febbraio 2013, n. 32.

17 Art. 1, comma 2, l. n. 81 del 2014.

18 Dalla lettura della recentissima *Terza Relazione trimestrale al Parlamento sullo stato di attuazione del programma di superamento degli Opg,* aggiornata al 31 marzo 2015, risulta – ad esempio – che la regione Veneto «non ha fornito alcuna indicazione circa le soluzioni per la presa in carico dei pazienti veneti», disattendendo un preciso obbligo di legge (p. 5). Così come si conferma che la regione Sicilia non ha ancora completato «il trasferimento al SSN delle funzioni sanitarie, dei rapporti di lavoro, delle risorse finanziarie e delle attrezzature e beni strumentali in materia di sanità

libro-25col modificato.indd 98 13/10/15 10:49

solo (e non tanto) la legge quanto la Costituzione, il cui art. 120, comma 2, prevede l'esercizio di simili poteri qualora lo richieda «la tutela dell'unità giuridica […] e in particolare la tutela dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali». Minacciati a vuoto, tali poteri sostitutivi perderebbero definitivamente ogni funzione deterrente, ridotta a quella di cui è capace una pistola ad acqua.

[3] Resta da dire di una dilatazione della paura collettiva che, inevitabilmente, si materializza veicolando la notizia di una massa di folli rei dimessi da manicomi criminali e abbandonati al loro destino, in attesa di incrociare pericolosamente il nostro.
Qui, davvero, torna utile l'uso dello specchietto retrovisore invocato metodologicamente all'inizio: quando la c.d. Legge Basaglia entrò in vigore, gli internati in manicomio erano circa centomila; alla data del 25 marzo 2015 risultavano ancora presenti in Opg complessivamente 700 internati, la metà dei quali dichiarati dimissibili[19]. E a chi, di fronte a questo scenario non apocalittico, alza egualmente la voce invocando esigenze di difesa sociale, andrà pure ricordato che la Legge n. 180 fu approvata il 13 maggio 1978, solo quattro giorni dopo il ritrovamento del cadavere di Aldo Moro, assassinato dalle Brigate Rosse.

Bene ha fatto, dunque, il governo a tenere ferma la data del 31 marzo 2015, interrompendo così la paradossale concatenazione di atti normativi approvati d'urgenza per consentire alle istituzioni di non rispettare una legge dello Stato. È una data certamente storica, ma non epocale: come insegna la pregressa esperienza della chiusura dei manicomi, il cui dispositivo abolizionista richiese anni per la sua completa implementazione[20], così ora si apre una nuova fase che esigerà ancora tempo, e di cui la Legge n. 81 del 2014 scandisce il ritmo e i contenuti.
È sempre così: tra il concepimento e la nascita c'è una necessaria distanza, perché nulla è mai immediato, specialmente se inedito. Diversamente, si sarebbe interrotto

penitenziaria, secondo quanto previsto dal d.p.c.m. 1 aprile 2008» (p.10-11). In entrambi i casi, l'inadempienza regionale riguarda, addirittura, i prodromi necessari per l'avvio del programma di superamento degli Opg.

19 Cfr. l'XI Rapporto nazionale di «Antigone» sulle condizioni di detenzione, *Oltre i tre metri quadri,* <*www.associazioneantigone.it*>

20 Sarà la Legge finanziaria 23 dicembre 1994, n. 724 a disporre (*ex* art. 3, comma 5) la chiusura di tutti gli ospedali psichiatrici ancora operanti, entro la data del 31 dicembre 1996; termine in seguito confermato dall'art. 1, comma 20, l. 23 dicembre 1996, n. 662, *Misure di razionalizzazione della finanza pubblica* (e il cui art. 23 prevedeva una serie di sanzioni a carico delle regioni inadempienti). Quanto al c.d. residuo manicomiale allora ancora esistente, cfr. i dati riportati da M.A. Farina Coscioni, *Matti in libertà. L'inganno della "legge Basaglia",* Editori Internazionali Riuniti, Roma 2011, 56.

libro-25col modificato.indd 99 13/10/15 10:49

un processo che, in questi ultimi anni, pur tra mille difficoltà e ostacoli, ha dimezzato le presenze nei manicomi giudiziari: se nell'aprile 2011 le persone internate erano 1.419 (1.323 uomini e 96 donne), alla data del 25 marzo 2015 siamo scesi a 698 presenze (623 uomini e 75 donne)[21].

3. Un obbligo costituzionale (e non solo legislativo)

Evitare di replicare il film già visto di manicomi giudiziari chiusi per legge, ma sempre riaperti per decreto legge, corrispondeva anche a un preciso obbligo costituzionale. Parlo di obbligo costituzionale (prima ancora che legislativo) pensando, innanzitutto, alla forbice sempre più larga tra forma e sostanza normativa.

Le misure di sicurezza detentive personali, infatti, dovrebbero muoversi entro due polarità: cura e tutela dell'incapace da un lato, contenimento della sua pericolosità sociale dall'altro. Dal punto di vista costituzionale, esse si giustificano solo se «rispondono *contemporaneamente a entrambe queste finalità, collegate e non scindibili*»[22]. La loro applicazione concreta, invece, mostra una realtà del tutto diversa, rivelando come le esigenze custodiali abbiano soppiantato quelle terapeutiche, fino all'annichilimento della dignità personale del folle reo.

Qui è il punto di rottura della legalità costituzionale, se è vero – come afferma la Corte costituzionale – che «le esigenze di tutela della collettività non potrebbero *mai* giustificare misure tali da recare danno, anziché vantaggio, alla salute del paziente». Pertanto – prosegue la Consulta – «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». Il dato materiale è di assoluto rilievo, perché rivela di questi luoghi il tratto esclusivamente alienante e repressivo a scapito dei diritti fondamentali dei soggetti che vi sono internati, secondo una logica che è propria di tutte le «istituzioni totali»[23]. Ora, il «fragoroso fallimento»[24] degli Opg è esattamente quanto emerso dall'indagine – condotta nella scorsa XVI Legislatura – della Com-

21 Cfr. *Terza relazione trimestrale*, cit., 2 e 14.

22 Così la Corte costituzionale, nella sent. n. 253/2003, da cui sono riprese anche le successive citazioni riportate di seguito nel testo. I corsivi sono miei.

23 «La logica di queste istituzioni (sia essa quella del carcere, del centro di permanenza temporanea, dell'ospedale psichiatrico giudiziario) impone di considerare che, per via delle condizioni materiali in cui l'individuo si viene a trovare, questi dispone di diritti costituzionali dimidiati e compressi» (D. Piccione, *Morte di un'istituzione totale? Il superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari,* «Rivista AIC», 14 marzo 2012, 7).

24 D. PICCIONE, *Libertà dall'ospedale psichiatrico in dismissione e rischi di regressione istituzionale,* «Rivista AIC», 2014, n. 4, 3.

libro-25col modificato.indd 100 13/10/15 10:49

missione d'inchiesta del Senato sull'efficacia e sull'efficienza del Servizio Sanitario Nazionale[25], i cui provvedimenti di sequestro di interi reparti degli Opg di Montelupo Fiorentino e di Barcellona Pozzo di Gotto possono – retrospettivamente – essere letti come «i prodromi dell'iniziativa legislativa» approdata alla Legge n. 81 del 2014[26]. Dai filmati scioccanti acquisiti agli atti parlamentari, il regista Francesco Cordio ha tratto un docufilm tragico e doloroso[27], costringendoci così a guardare ciò che troppo a lungo abbiamo preferito non vedere. Quelle immagini sono state l'occasione per parole di denuncia pronunciate dal vertice della Repubblica[28]: una denuncia che non riguarda (soltanto) i muri scrostati, i cessi intasati, i termosifoni malfunzionanti, la qualità scadente del cibo, l'abbrutimento psicofisico delle persone internate, i letti arrugginiti e maleodoranti adoperati per la contenzione degli agitati[29], perché – prima

25 Cfr. la relativa *Relazione sulle condizioni di vita e di cura all'interno degli ospedali psichiatrici giudiziari,* Senato della Repubblica, Doc. XXII-*bis* n. 4, approvata dalla Commissione nella seduta del 20 aprile 2011. Preoccupate osservazioni sul diritto alla cura all'interno degli Opg si leggono ora anche nel parere del Comitato Nazionale di Bioetica, *La salute dentro le mura,* 27 settembre 2013, in appendice a Fondazione Giovanni Michelucci e Garante regionale delle persone sottoposte a misure restrittive della libertà personale della Toscana (a cura di), *Il carcere al tempo della crisi,* Edizioni Fondazione Giovanni Michelucci, Firenze 2014, 201 ss.

26 La citazione testuale è di D. Piccione, *Morte di un'istituzione totale?,* cit., 3, che giustifica (*ivi,* 8) il ricorso a tali poteri coercitivi con le peculiarità della materia indagata dalla Commissione. Sull'ammissibilità di simili sequestri preventivi adottati da una Commissione parlamentare d'inchiesta, cfr. le differenti posizioni di A. Pace, *Le Commissioni di inchiesta possono disporre sequestri preventivi di immobili?,* «Giur. Cost.», 2011, 563 ss., e D. Piccione, *Fuori o oltre la linea d'ombra? Ancora sul sequestro dei locali degli ospedali psichiatrici giudiziari, a tutela dei diritti costituzionali degli internati sottoposti a misure di sicurezza,* ivi, 2011, 3403 ss.

27 *Lo Stato della follia,* produzione Teatri di Nina e Indipendent Zoo Troupe (Italia, 2012). Che le ispezioni svolte dalla Commissione abbiano portato all'«apertura di un enorme e terrificante vaso di Pandora», è il condivisibile giudizio espresso da F. Della Casa, *Basta con gli OPG! La rimozione di un "fossile vivente" quale primo passo di un arduo percorso riformatore,* «Riv. It. Dir. Proc. Pen.», 2013, 83.

28 È stato il Capo dello Stato Giorgio Napolitano a denunciare l'«estremo orrore dei residui ospedali psichiatrici giudiziari, inconcepibile in qualsiasi paese appena appena civile – strutture pseudo-ospedaliere che solo recenti coraggiose iniziative *bi-partisan* di una Commissione parlamentare stanno finalmente mettendo in mora»: Id., *«Una questione di prepotente urgenza»*, in F. Corleone e A. Pugiotto (a cura di), *Il delitto della pena. Pena di morte ed ergastolo, vittime del reato e del carcere,* Ediesse, Roma 2012, 255.

29 Fenomeno, quello della c.d. contenzione meccanica, ancora scandalosamente presente nei luoghi di cura e di custodia: cfr. il Parere del Comitato Nazionale per la Bioetica, *La contenzione: problemi bioetici,* 23 aprile 2015, consultabile in «DPC», 5 giugno 2015, con annotazioni di G. Dodaro, *Abolire la contenzione dei pazienti psichiatrici e degli anziani.* In argomento, per un'analisi interdisciplinare del problema, vedi ora S. Rossi (a cura di), *Il nodo della contenzione. Diritto, psichiatria e dignità della persona,* Edizioni Alpha Beta Verlag, Merano 2015, nonché il libro «straziante e bellissimo» (così, nella relativa *Introduzione*, E. Borgna) di G. Del Giudice, *…e tu slegalo subito. Sulla contenzione in psichiatria,* Edizioni Alpha Beta Verlag, Merano 2015, impreziosito giuridicamente dalla postfazione di G. Dodaro, *Abolire la contenzione per legge?,* ivi, 319 ss.

libro-25col modificato.indd 101 13/10/15 10:49

ancora – «è l'insensatezza di questi luoghi la cosa più orrenda»[30].

In realtà, si sapeva già tutto, e da tempo. Le condizioni inumane e degradanti dell'internamento nei manicomi giudiziari erano state denunciate nel settembre 2008 dal Comitato per la prevenzione della tortura del Consiglio d'Europa, al termine della sua visita negli Opg di Aversa e Sant'Eframo (Napoli)[31]. Ma già in precedenza, nel giugno 2005, altrettanto aveva fatto il Commissario per i diritti umani del Consiglio d'Europa, Alvaro Gil Robles, dopo la sua missione in Italia[32]. E prima ancora, già nel 1994, l'indagine conoscitiva sulla situazione delle carceri condotta dalla Commissione Igiene e Sanità del Senato aveva denunciato le intollerabili condizioni di vita e di cura negli Opg[33]. Dunque, e non da ieri, «chi doveva e voleva sapere, poteva»[34]. Ecco perché non è vero che è stato troppo breve il tempo concesso alle istituzioni per chiudere gli Opg. È vero esattamente il contrario: sono stati troppi gli anni che ci hanno – colpevolmente – separato da questo traguardo.

Se di condizioni inumane e degradanti si è trattato, ne deriva anche un corollario importante sul piano della tutela giurisdizionale dei rei non imputabili, fino ad oggi rinchiusi in simili manicomi giudiziari. Per un verso, il loro *status* giuridico equivale a quello dei detenuti in carcere, e tale resterà anche all'interno delle residenze per l'esecuzione delle misure di sicurezza (Rems) destinate a sostituire i vecchi Opg[35]. Per altro verso, come per la pena anche per l'esecuzione della misura di sicurezza

30 P. Dell'Acqua, *Sambonet a Juqueri: l'inappellabile denuncia*, in F. Corleone e I. Novelli (a cura di), *I volti dell'alienazione,* Catalogo dei disegni di Roberto Sambonet, Palombi Editori, Roma 2014, 10.

31 Il testo integrale del Rapporto, unitamente alla Risposta del Governo italiano, sono disponibili nel sito ufficiale *http://CPT.coe.int/en/state/ita.htm*. A commento della documentazione vedi C. Bianco e D.S. Dell'Aquila, *Inumani e degradanti: gli ospedali psichiatrici giudiziari alla luce del sole,* «Antigone»*,* 2010, 94 ss.

32 Le Osservazioni generali e il Capitolo V dedicato al sistema psichiatrico italiano, tratti dal relativo Rapporto finale, si possono leggere in appendice a M.A. Farina Coscioni, *Matti in libertà,* cit., 223 ss.

33 Cfr. Commissione permanente Igiene e Sanità, Senato della Repubblica, XI Legislatura, *Indagine conoscitiva sulla situazione sanitaria nelle carceri,* Documento conclusivo, seduta di mercoledì 12 gennaio 1994, 7-8. Richiamano l'attenzione su tale precedente parlamentare F. Corleone, *La rimozione dell'ospedale psichiatrico giudiziario,* <www.sossanita.it> (agosto 2012), e D.S. Dell'Aquila, *La disciplina della follia. Dal manicomio criminale all'Ospedale psichiatrico giudiziario: una breve ricostruzione,* «Antigone»*,* 2014, n. 1*,* cit., 59-60.

34 M.A. Farina Coscioni, *Matti in libertà*, cit., 175.

35 «Le persone sottoposte alla misura di sicurezza detentiva mantengono lo *status* di internato» e i loro diritti «sono disciplinati dalla normativa penitenziaria di cui alla Legge 26 luglio 1975, n. 354 e del decreto della Presidenza della Repubblica del 30 giugno 2000, n. 230»: così recita (a p. 2) l'*Accordo concernente disposizioni per il definitivo superamento degli Opg*, sottoscritto il 26 febbraio 2015 in Conferenza Unificata (consultabile nel sito ufficiale www.unificata.it, con il codice 4.10/2015/18). Trova così conferma normativa l'approdo ermeneutico, circa il regime degli internati nelle nuove strutture custodiali, prospettato in dottrina da F. Della Casa, *Basta con gli OPG!,* cit., 90-93.

libro-25col modificato.indd 102 13/10/15 10:49

detentiva è ora stabilita dalla legge un limite massimo di durata[36]. Tanto basta per estendere agli internati il meccanismo compensativo e/o risarcitorio ora contemplato all'art. 35-*ter* ord. penit., quale rimedio a periodi di internamento subiti in violazione dell'art. 3 CEDU.

Parimenti, anche il ricorso – ora giurisdizionalizzato – al giudice di sorveglianza, *ex* art. 35-*bis* ord. penit., rientra senz'altro nella disponibilità dei soggetti sottoposti a misura di sicurezza detentiva, quale strumento a tutela di propri diritti fondamentali – primo tra tutti, quello alla salute – garantiti dietro le mura di un Opg, e da assicurarsi «pienamente» e «in prospettiva ampliativa» nelle Rems, in considerazione della loro «esclusiva gestione sanitaria»[37].

Spetterà ai giudici di sorveglianza – e, in funzione preventiva o di denuncia successiva, alla rete dei garanti dei diritti delle persone private della libertà personale – vigilare affinché l'esecuzione delle misure di sicurezza detentive (ieri negli Opg, oggi nelle Rems provvisorie, domani nelle Rems definitive) avvenga nel pieno rispetto del catalogo contenuto nella cosiddetta «Carta dei diritti e dei doveri dei detenuti *e degli internati*» [38].

4. Uno Stato che si riconosce, per legge, *fuorilegge*

C'era e c'è un secondo obbligo costituzionale (prima ancora che legislativo) a rendere non più procrastinabile la chiusura degli Opg: la presenza di soggetti internati ed ivi trattenuti illegalmente, in violazione dell'*habeas corpus* di cui all'art. 13 Cost., riguardante qualsiasi forma di detenzione[39].

Di «persone che hanno cessato di essere socialmente pericolose», e che perciò «devono essere *senza indugio* dimesse e prese in carico, sul territorio, dai dipartimenti di salute mentale», parla espressamente la Legge n. 9 del 2012[40]. La successiva Legge n. 57 del 2013, egualmente, prescrive «la dimissione di tutte le persone

36 Art. 1, comma 1-*quater,* l. n. 81 del 2012 (vedi, *infra,* §9).

37 Così, testualmente, nelle premesse all'*Accordo* citato, *supra*, in nota 35

38 Cfr. decreto del ministro della Giustizia 5 dicembre 2012, in attuazione del d.P.R. 5 giugno 2012, n. 136, con il quale è stabilito il contenuto della «Carta dei diritti e dei doveri dei detenuti e degli internati» di cui all'art. 69, comma 2, d.P.R. 30 giugno 2000, n. 230 (Regolamento sull'ordinamento penitenziario), come modificato dall'art. 1, d.P.R. 5 giugno 2012, n. 136. Il corsivo è mio.

39 Come bene specifica la giurisprudenza costituzionale, riconducendo sotto l'ombrello dell'art. 13 Cost. tutti gli istituti aventi come denominatore comune «quella mortificazione della dignità dell'uomo che si verifica in ogni evenienza di assoggettamento fisico all'altrui potere e che è indice sicuro dell'attinenza della misura alla sfera della libertà personale» (sent. n. 105/2001, con riferimento alla detenzione amministrativa dello straniero).

40 Art. 3-*ter,* comma 4. Il corsivo è mio.

libro-25col modificato.indd 103 13/10/15 10:49

internate per le quali l'autorità giudiziaria abbia *già escluso* o escluda la sussistenza della pericolosità sociale»[41].

Viene così tratteggiata normativamente l'inaudita categoria degli internati *dimissibili*: soggetti che, da tempo, non potrebbero più essere rinchiusi in Opg e che, da tempo, dovrebbero essere in libertà o sottoposti a misura di sicurezza non detentiva. Da subito criticate (più che fondatamente) in sede parlamentare[42] e poi nei commenti della dottrina[43], perché mere reiterazioni di quanto prescritto dal codice penale, tali prescrizioni – se lette in controluce – attestano una grave condizione extralegale di limitazione della libertà personale: venuto meno il presupposto della pericolosità sociale, infatti, la prosecuzione dell'internamento in un manicomio giudiziario è misura ingiustificata giuridicamente. Chiamando le cose con il loro nome, si tratta di una detenzione illegale, e «detenzione illegale vuol dire, sostanzialmente, sequestro di persona»[44]. Assistiamo così al paradosso di uno Stato che, con espressa previsione di legge, si dichiara *fuorilegge*.

Per il suo spessore costituzionale si tratta della «questione centrale»[45], cui la Legge n. 81 del 2014 è chiamata a dare soluzione. È il nodo cruciale poiché capovolge quanto prescritto dall'art. 25, comma 3, Cost. per cui «nessuno può essere sottoposto a misura di sicurezza se non nei casi previsti dalla legge», secondo una logica residuale propria di *tutte* le modalità restrittive della libertà personale[46]. È il fenomeno delle sistematiche proroghe dell'internamento in Opg disposte «non già

41 Art. 1, comma 1 lett. *c)*. Il corsivo è mio. Anche la successiva l. n. 81 del 2014 presuppone simili casi, laddove fissa un termine alle regioni per la obbligatoria predisposizione di «percorsi terapeutici individuali di dimissione di ciascuno delle persone ricoverate negli ospedali psichiatrici giudiziari» alla data della propria entrata in vigore (art. 1, comma 1-*ter*).

42 Dove la previsione normativa è stata giudicata «assolutamente ultronea, pleonastica o addirittura inutile» (così il sen. Saccomanno, Senato, XVI Legislatura, Commissione parlamentare d'inchiesta, cit., 161^ seduta del 17 maggio 2012, resoconto stenografico n. 155, p. 18).

43 Cfr. M. Pelissero, *La soppressione degli ospedali psichiatrici giudiziari: realtà ed apparenze*, «LP», 2012, n. 2, 373; Id., *Il definitivo superamento*, cit., 1024; F. Schiaffo, *La riforma continua del «definitivo superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari»: la tormentata vicenda legislativa dell'art. 3-ter del d.l. n. 211/2011*, «Crit. Dir.», 2013, fasc. 1, 48-55.

44 T. Padovani, *Introduzione*, in A. Gaboardi, A. Gargani, G. Morgante, A. Precotto e M. Serraino (a cura di), *Libertà dal carcere, libertà nel carcere. Affermazione e tradimento della legalità nella restrizione della libertà personale*, Giappichelli, Torino 2013, XXV. Che l'ipotesi in esame configuri il reato di cui all'art. 605 c.p., o perlomeno la fattispecie di indebita limitazione della libertà personale (art. 607 c.p.), è anche l'opinione di F. Schiaffo, *La riforma continua*, cit., 49.

45 M. Miravalle, *Per quanto ancora*, cit., 159.

46 Come esattamente segnala D. Piccione, *Politica delle libertà costituzionali e soppressione degli ospedali psichiatrici giudiziari,* «Giur. Cost.», 2013, 5169 nota 36, non è una coincidenza semantica se i dispositivi costituzionali pertinenti (gli artt. 13, 22, 23, 25 e 32) siano accomunati dal medesimo pronome negativo (*«Nessuno»*).

libro-25col modificato.indd 104 13/10/15 10:49

in ragione di una condizione soggettiva di persistente pericolosità, ma bensì per la carenza di un'adeguata offerta di strutture residenziali e riabilitative esterne»[47]. Una prassi giudiziaria che, di *stecca* in *stecca* (come gergalmente sono designati i provvedimenti di proroga della misura di sicurezza detentiva), è responsabile di veri e propri ergastoli *bianchi,* irrogati senza base legale, scontati *sine die* in uno stato di abbandono individuale e di indifferenza collettiva, moderna rappresentazione di quelle «vite vere» – censite da Michel Foucault[48] – che si sono così giocate «di fatto la loro libertà, la loro sventura, spesso la loro morte, in ogni caso il loro destino».

Procrastinare ancora, dunque, non si poteva più. Non per dovere morale o per generosità legislativa o per umanitaria empatia, ma per rispetto della legalità costituzionale: la libertà personale dell'internato *dimissibile,* infatti, è un diritto, non un dono della psichiatria o una concessione del giudice di sorveglianza.

5. Il nuovo baricentro legislativo

Ingiustificato nella sua reiterazione, lo slittamento in avanti del termine per la chiusura degli Opg ha comunque dato modo al legislatore di correggere in meglio la propria iniziale strategia: *ex malo bonum,* verrebbe da dire.

Nell'essenziale, la si può descrivere così: dall'originaria prospettiva di una progressiva sanitarizzazione degli Opg[49], alla loro sostituzione con strutture custodiali più dignitose e terapeuticamente efficaci[50], cui si affianca successivamente l'alternativa

47 Come attesta la *Relazione sulle condizioni di vita e di cura all'interno degli ospedali psichiatrici giudiziari*, cit., 6., e come riconosciuto, nella sua audizione parlamentare, dall'allora Capo del Dipartimento Affari Penitenziari, G. Tamburino, *Impegni per il superamento degli OPG*, cit., 115.

48 M. Foucault, *La vita degli uomini infami*, il Mulino, Bologna 2009 (p. 19-20 per la citazione testuale).

49 Cfr. il già citato d.p.c.m. 1 aprile 2008, cui fecero seguito due accordi in Conferenza Unificata (del 26 novembre 2009 e del 13 ottobre 2011) specificativi degli obiettivi e degli adempimenti necessari per conseguire la realizzazione della *road map* scandita nel decreto. Una ricostruzione commentata di tale fase originaria è, ad esempio, in G. Alberti, *Chiudono gli ospedali psichiatrici giudiziari (?): la situazione e le prospettive in Lombardia*, «DPC», 31 marzo 2015, 4 ss.

50 Cfr. la già citata l. n. 9 del 2012 (*supra*, nota 10), su cui si è sedimentata copiosa bibliografia: *ex plurimis*, G. Barrocu, *Tra modifiche e nuove disposizioni il decreto "svuota carceri" diventa legge*, «Studium Iuris», 2012, 971 ss.; F. Della Casa, *Basta con gli OPG!*, cit., 64 ss.; C. Fiorio, *Sovraffollamento carcerario e tensione detentiva (commento al d.l. 22 dicembre 2011, n. 211 convertito in l. 17 febbraio 2012, n. 9)*, «Dir. Pen. e Proc.», 2012, 409 ss.; M. Pelissero, *La soppressione degli ospedali psichiatrici giudiziari*, cit., 366 ss.; D. Piccione, *Morte di un'istituzione totale?*, cit., 1 ss.; A. Pugiotto, *La follia giuridica dell'internamento nei manicomi criminali*, in F. Corleone e A. Pugiotto (a cura di), *Volti e maschere della pena. Opg e carcere duro, muri della pena e giustizia riparativa*, Ediesse, Roma 2013, 117 ss.; F. Rotelli, *I nuovi vestiti degli Ospedali psichiatrici giudiziari (a proposito di una legge molto "pericolosa")*, <www.news-forumsalutementale.it> (27 gennaio 2012); L. Scomparin, *Dalla riduzione urgente della tensione detentiva alla chiusura degli ospedali psichiatrici giudiziari: primi interventi, governativi e parlamentari, per una nuova politica criminale*, «LP», 2012, 325 ss.; G. Valvo, *Il definitivo superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari*, cit., 1 ss.

libro-25col modificato.indd 105 13/10/15 10:49

di percorsi riabilitativi nel territorio per i folli rei non più pericolosi[51], fino a spostare il baricentro legislativo sul versante della cura individuale per tutti gli internati, a scapito di una opzione custodiale ridotta ad *extrema ratio.*

È, infatti, con la Legge n. 81 del 2014 che si passa definitivamente dalla logica manicomiale alla cura della singola persona. L'attenzione non è più posta sul *luogo* («dove li mettiamo?»), ma sul *modo* («come li recuperiamo socialmente?»), grazie a una trama normativa capace di creare le condizioni perché l'esecuzione della misura di sicurezza avvenga sul territorio d'origine, attraverso la presa in carico dei servizi di prossimità sociosanitari, sulla base di specifici programmi terapeutici individuali, e solo in via residuale e strettamente necessaria all'interno di edifici di custodia, peraltro strutturalmente ridefiniti. Non un'improvvisata scorciatoia, dunque, ma un percorso ben tracciato.

È una correzione di rotta che si muove comunque all'interno di precise compatibilità ordinamentali. La sequenza procedurale che conduce all'applicazione della misura di sicurezza detentiva, infatti, è quella di sempre (reato – incapacità – proscioglimento – accertamento di pericolosità sociale – internamento), poiché la riforma opera a codice penale invariato[52]. Né poteva essere diversamente, dato che il vettore normativo adoperato – la decretazione d'urgenza – è per sua natura costituzionalmente inidoneo a introdurre modifiche strutturali al sistema codicistico del «doppio binario»: da qui la scelta di ricorrere alla diversa tecnica dell'interpolazione, innestando innovazioni *ad hoc* nel solo regime dell'internamento in Opg[53].

Ciò nonostante, le novità normative apportate si rivelano in grado di disarticolare il sistema delle misure di sicurezza detentive, orientandolo verso esiti alternativi alla custodia coercitiva[54]. Vediamo come.

51 Cfr. la già citata l. n. 57 del 2013 (*supra*, nota 11), la cui vera novità riguarda gli obblighi gravanti sulle aziende sanitarie con riferimento ai percorsi terapeutici riabilitativi individuali: così F. Schiaffo, *La riforma continua*, cit., 46-47. A commento del testo legislativo vedi anche D. D'auria, *Un primo passo verso la "sanitarizzazione" del trattamento sanzionatorio dei non imputabili attesa di una riforma complessiva dell'imputabilità*, «Cass. Pen.», 2014, 718 ss.

52 Diversamente dai molti disegni di legge di riforma depositati ed anche discussi, ma mai approvati dal Parlamento nelle precedenti Legislature: per informate sinossi cfr. M.T. Collica, *La crisi del concetto di autore non imputabile "pericoloso" del reato*, in A. Gaboardi, A. Gargani, G. Morgante, A. Precotto, M. Serraino (a cura di), *Libertà dal carcere, libertà nel carcere*, cit., 305 ss.; M. Miravalle, *La legge 81/2014, un buon punto di partenza: il futuro dei folli-rei ai tempi della neurocivilizzazione*, «Antigone», 2014, n. 1,77 ss.

53 Sul divieto di introdurre riforme ordinamentali mediante decretazione d'urgenza v. le sentt. nn. 22/2012 e 220/2013; la prima di esse, peraltro è richiamata nella citata ordinanza di rinvio del Tribunale di Sorveglianza di Messina a motivo della sospetta violazione dell'art. 77 Cost. da parte del d.l. 31 marzo 2014, n. 52, conv. con modificazioni dalla l. n. 81 del 2014 (vedi, *infra*, §14).

54 In questo senso si è parlato della l. n. 81 del 2014 come «di una vera e propria riforma sostanziale delle misure di sicurezza a codice penale inalterato»: G.L. Gatta, *Aprite le porte agli internati! Un*

libro-25col modificato.indd 106 13/10/15 10:49

6. La misura custodiale dell'internamento quale *extrema ratio*

La Legge n. 81 del 2014, innanzitutto, eleva a regola la residualità della misura di sicurezza detentiva – sia essa provvisoria o definitiva – privilegiando così soluzioni curative e contenitive meno invasive per la libertà personale del soggetto[55].

Tale regola s'impone come scelta giustificata dall'inidoneità del ricovero in Opg ad assolvere finalità realmente terapeutiche. Un'inidoneità *di fatto,* in ragione dell'ambiguità di una struttura che – *mix* tra manicomio e galera – prolunga l'equivoco della «commistione tra funzione di controllo e di cura»[56], inciampando così, prima ancora, in un'inidoneità *di diritto* da quando, con l'approvazione della c.d. Legge Basaglia, si è negata – in via di principio – efficacia alla logica custodiale per la cura dell'infermità mentale[57].

Così disponendo, trova traduzione legislativa l'opera di demolizione degli originari automatismi legislativi da tempo messa in atto dalla Corte costituzionale con le sentenze nn. 253/2003[58] e 367/2004[59], e i cui esiti normativi sono stati ribaditi dall'ordinanza n. 208/2009[60]. Il principio di residualità, proprio delle misure cautelari e delle

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 corso, a noi pare), «DPC», 6 giugno 2014, 2.

55 Art. 1, comma 1, lett. *b)*: «Il giudice dispone nei confronti dell'infermo di mente e del seminfermo di mente l'applicazione di una misura di sicurezza, anche in via provvisoria, diversa dal ricovero in un ospedale psichiatrico giudiziario o in una casa di cura e custodia, salvo quando sono acquisiti elementi dai quali risulta che ogni misura diversa non è idonea ad assicurare cure adeguate e a fare fronte alla sua pericolosità sociale».

56 D. Piccione, *Libertà dall'ospedale psichiatrico in dismissione,* cit., 9. Altrove, lo stesso Autore – sulla scia dell'esperienza basagliana – esplicita tale contraddizione di fondo: «qualunque istituzione si prefigga di perseguire funzioni miste, una delle quali implichi una restrizione della libertà personale, finisce naturalmente per abdicare alle altre e quindi a tendere verso una tenebrosa e inefficiente replica degli istituti carcerari» (D. Piccione, *Il pensiero lungo,* cit., 142).

57 Come osservava, già trent'anni fa, M. Luciani, *Le infermità mentali nella giurisprudenza costituzionale*, «Pol. Dir.», 1986, 451.

58 A commento della sent. n. 253/2003, cfr. A. Famiglietti, *Verso il superamento della "pena manicomiale"*, «Giur. Cost.», 2003, 2118 ss.; T. Groppi, *La sentenza n. 253 del 2003: la Corte e il «diritto mite»,* «Forum QC», 29 luglio 2003; M. Minniti; *La Consulta apre la strada a misure più flessibili rispetto all'OPG. Malattia psichica e giustizia, un problema irrisolto,* «Dir. Giust.», 2003, n. 32, 74 ss.

59 A commento della sent. n. 367/2004, cfr. M.T. Collica, *Ospedale psichiatrico giudiziario: non più misura unica per l'infermo di mente adulto e pericoloso,* «Dir. Pen. e Proc.», 2004, 303 ss.; F. Della Casa, *La Corte costituzionale corregge l'automatismo del ricorso provvisorio nella struttura manicomiale promuovendo la libertà vigilata al rango di alternativa,* «Giur. Cost.», 2004, 3998 ss.; F. Minniti, *I disabili mentali, i giudici e la comunità: resta il nodo della misura di sicurezza,* «Dir. Giust.», 2004, n. 46, 14 ss; F. Triulzi, *Infermità di mente e misure di sicurezza non detentive,* «Dir. Pen. e Proc.», 2005, 427 ss.

60 A commento dell'ord. n. 208/2009, cfr. F. Modugno, *Inammissibilità della quaestio legitimitatis per omessa interpretazione costituzionalmente conforme e bilanciamento in concreto di diverse esigenze costituzionali,* «Giur. Cost.», 2009, 2405 ss.; G.U. Rescigno, *Del preteso principio*

libro-25col modificato.indd 107 13/10/15 10:49

pene, si estende così all'ambito delle misure di sicurezza – dunque all'intero diritto punitivo – secondo la logica per cui la compressione della libertà personale deve comunque ispirarsi al criterio del minor sacrificio necessario. Indipendentemente dalle etichette formali, l'opzione custodiale va assunta sempre come *extrema ratio* nei confronti del soggetto ristretto (sia esso imputato, condannato, internato).

Esclusa l'ammissibilità di una creazione per via giurisprudenziale di misure non contemplate dal Capo I del Titolo VIII del Libro I del codice penale[61], restano egualmente margini di manovra ai giudici, chiamati ora a privilegiare misure di sicurezza diverse dal ricovero in Opg. Quali? Certamente la libertà vigilata, secondo le indicazioni pregresse della Corte costituzionale: misura più elastica e non segregante, accompagnata da prescrizioni imposte dal giudice, di contenuto non tipizzato (e quindi anche con valenza terapeutica), idonee comunque a garantire il controllo del soggetto socialmente pericoloso. Andrà messa a valore anche una delle poche previsioni legislative alternative al rigido regime codicistico delle misure di sicurezza detentive, applicabile agli infermi di mente: l'art. 286 c.p.p., che contempla la custodia cautelare in idonea struttura del servizio psichiatrico ospedaliero, accompagnata da prescrizioni adeguate ad impedire il pericolo di fuga[62].

Misurare quanto abbia fatto breccia il principio di residualità è possibile. Possediamo i primi dati empirici, e sono dati su cui riflettere. Dopo l'entrata in vigore della Legge n. 81 del 2014 si è registrata una diminuzione lenta, ma costante delle presenze in Opg[63], a fronte, invece, di un aumento degli ingressi con una media di 77 nuovi internati a trimestre, «praticamente un paziente al giorno»[64]; in particolare, sono cresciuti i ricoveri di natura provvisoria, assunti in sede cautelare[65]. Se interpretati cor-

secondo cui spetta ai giudici ricavare principi dalle sentenze della Corte e manipolare essi stessi direttamente le disposizioni di legge per renderle conformi a tali principi, ivi, 2412 ss. .

61 Così la Corte costituzionale con ord. n. 83/2007, ma vedi già la sent. n. 111/1996 e le ordd. nn. 24/1985, 333/1994, 254/2005. Il (fallito) tentativo giurisprudenziale di individuare un nuovo *genus* di misura di sicurezza nell'inserimento in comunità psicoterapeutica protetta e chiusa, con obbligo di residenza e divieto di allontanamento, è ora ricostruito in dottrina da F. Della Casa, *Basta con gli OPG!,* cit., 81.

62 Le potenzialità dell'art. 286 c.p.p. sono segnalate alla p. 9 della *Relazione* finale della Commissione d'inchiesta (vedi, *supra,* nota 25). Sulla versatilità di tale previsione legislativa molto insiste D. Piccione, *Politica delle libertà costituzionali,* cit., 5175.

63 La *Seconda Relazione trimestrale,* cit., 10, segnala 761 internati al 30 novembre 2014: erano 847 alla data di entrata in vigore della l. n. 81 del 2014 (31 maggio 2014), ed erano oltre 1.400 nel 2011.

64 Così l'XI Rapporto nazionale di «Antigone», cit.; nella *Terza Relazione trimestrale*, cit., 2 e 14, viene confermata la tendenza pregressa a un aumento degli ingressi, a fronte di una diminuzione delle presenze.

65 Il dato è segnalato da D. Piccione, *Requiem per gli ospedali psichiatrici giudiziari ed effettività*

libro-25col modificato.indd 108 13/10/15 10:49

rettamente, tali dati non esprimono una riottosità generalizzata al nuovo paradigma da parte dell'intera magistratura[66], ma dei soli giudici della cognizione (responsabili dei provvedimenti in entrata), a fronte invece di una magistratura di sorveglianza (responsabile dei provvedimenti di revoca) più incline ad assecondare l'opzione legislativa favorevole a soluzioni diverse dal ricovero in Opg.

L'inverarsi del principio di residualità sarà certamente agevolato – come già testimoniano le relazioni trimestrali al Parlamento – dal potenziamento dell'attività dei servizi territoriali per la salute mentale. Potenziamento trainato dall'opportuna decisione del ministero della Salute di inserire tale obiettivo tra quelli utili a fare cassa (entrando nella valutazione circa l'effettiva erogazione dei livelli essenziali di assistenza, ai fini dell'assegnazione della quota premiale del fondo per la sanità nazionale prevista dalla legge). Se è vero che è il denaro a far muovere il mondo, almeno in questo caso lo farà a fin di bene.

7. La ridefinizione *ad hoc* della diagnosi di pericolosità sociale

Ad evitare che si riduca a mera formula ottativa, il legislatore mette in sicurezza il principio di residualità circondandolo di apposite regole normative, nel tentativo di rovesciare la dinamica imperante per cui entrare in Opg è facile, difficile è uscirne[67].

La prima di tali regole è la ridefinizione della categoria di pericolosità sociale, *limitatamente* all'applicazione della misura di sicurezza detentiva ai non imputabili (ed ai soggetti ad essi legislativamente equiparati a fini sanzionatori)[68]. Come prescrive la Legge n. 81 del 2014, la relativa diagnosi deve ora basarsi *esclusivamente* su indicatori interni (le qualità soggettive della persona), senza tenere conto degli indicatori esterni (le condizioni di vita individuali, familiari e sociali)[69].

La *ratio* dell'inedita interdizione legislativa – rispetto alle condizioni di cui all'art. 133,

della Costituzione, <www.forumsalutementale.it> (27 marzo 2015), 5.

66 Così, invece, G. Miravalle, *Per quanto ancora,* cit., 166.

67 «Le porte d'ingresso in Opg sono davvero infinite e a pensarci bene sono tutte insensate. Le vie d'uscita sono sempre misteriose, contorte, in salita» (P. Dell'acqua, *Sambonet a Juqueri,* cit., 10). Per significative esemplificazioni, v. A. Pugiotto, *L'ergastolo nascosto (e altri orrori) dietro i muri degli ospedali psichiatrici giudiziari,* «Quad. Cost.», 2013, 344-345.

68 Anche se la tecnica legislativa adoperata ha indotto qualcuno a dubitarne (ad esempio, F. Schiaffo, *La pericolosità sociale tra «sottigliezze empiriche» e «spessori normativi»: la riforma di cui alla Legge n. 81/2014,* «DPC», 11 dicembre 2014, 24), la riforma lascia «intatta la nozione generale di pericolosità sociale di cui all'art. 203 c.p.», ridisegnandone il presupposto soggettivo nei limiti sopra indicati nel testo (M. Pelissero, *Ospedali psichiatrici giudiziari in proroga,* cit., 922). Il censimento delle figure equiparate al non imputabile si può leggere – ad esempio – in F. Della Casa, *Basta con gli OPG!,* cit., 71-72.

69 Art. 1, comma 1, lett. *b).*

libro-25col modificato.indd 109 13/10/15 10:49

comma 2, numero 4, c.p. – attinge all'obbligo costituzionale di interrompere la realtà di troppi ricoveri originati e/o prorogati in ragione dell'alienazione sociale del soggetto internato: «la legge in sostanza ci dice che un malato povero, emarginato, senza casa e abbandonato dai servizi non può diventare, *per questa ragione,* socialmente pericoloso e finire in Opg»[70]. Si ridà così vigore agli approdi garantisti della giurisprudenza costituzionale, a tutela di soggetti che a un disagio mentale sommano una marginalità sociale, elemento esogeno eppure sufficiente per trattenerli in manicomi giudiziari attraverso la prassi di ordinanze di proroga, tanto seriali quanto illegali. Spezzando tale circolo vizioso, la riforma ambisce a ridurre il numero complessivo dei soggetti internati, stringendo l'accesso in Opg e agevolando la moltiplicazione dei provvedimenti di revoca, questi ultimi favoriti anche dagli aggravi motivazionali ora richiesti dalla legge per l'emissione degli opposti provvedimenti di proroga[71].

Si dovrà tornare su questa novità legislativa, accusata – e per questo già portata a Palazzo della Consulta – di aver così introdotto una pericolosità sociale non più situata, ma decontestalizzata e, dunque, inidonea a valutarne adeguatamente l'attualità[72]. Fin d'ora, tuttavia, va anticipata una considerazione d'insieme, invero decisiva: la scelta del legislatore è tutto fuorché astratta e ideologica, perché assunta contro un (incostituzionale) diritto vivente di matrice giurisprudenziale.

Il riferimento è alla categoria, interamente di origine pretoria, della c.d. pericolosità sociale *latente*[73]: nell'indisponibilità familiare o territoriale, il magistrato proroga la misura di sicurezza detentiva (nonostante ne sia scemato il presupposto soggettivo, come attestato dall'osservazione clinica dell'internato), non potendosi escludere che, *extra moenia,* potrebbe riacutizzarsi la sua pericolosità sociale. Emerge in tal modo una «dimensione esclusivamente normativa»[74] della diagnosi di pericolosità sociale perchè riferibile non alle reali condizioni bio-psichiche del soggetto, ma al mero combinato disposto degli artt. 203, comma 2, e 133, comma 2, numero 4, c.p. Moderna araba fenice, rinasce così dalle sue ceneri quella presunzione legale di pe-

70 S. Cecconi, *Chiudere gli Ospedali psichiatrici giudiziari senza se e senza ma. E senza proroghe,* «Antigone», 2014, n. 1, 96.

71 Vedi, *infra,* § 8.

72 Vedi, *infra,* § 14.

73 Svelata e indagata, con rara sagacia, soprattutto negli studi di F. Schiaffo, *La riforma continua,* cit., 49-55; Id., *La pericolosità sociale,* cit., 21-22, cui si rinvia anche per le esemplificazioni giurisprudenziali. Egualmente probanti sono gli esiti dell'indagine empirica condotta da E. Calvanese e R. Bianchetti, *L'internamento in ospedale psichiatrico giudiziario: le revoche della misura nelle ordinanze del magistrato di sorveglianza di Mantova,* in «Rass. Penit. e Crim.», 2005, 27 ss.

74 F. Schiaffo, *La riforma continua,* cit., 54.

libro-25col modificato.indd 110 13/10/15 10:49

ricolosità sociale che dall'ordinamento era stata rimossa – e da molto tempo – prima per giudicato costituzionale, poi per legge[75].

Con un effetto domino, l'«eccesso di prudenza»[76] che muove una simile giurisprudenza difensiva rovescia, insieme alla libertà personale dell'internato, molto altro. È la funzione garantista della riserva di giurisdizione a capovolgersi nel suo opposto. È il diritto alla tutela giurisdizionale (declinato nell'obbligo di motivazione, senza violazione di legge, dei provvedimenti *de libertate*) ad essere negato da ordinanze assunte in palese contraddizione con gli esiti dell'osservazione trattamentale. È il diritto alla difesa a svuotarsi di contenuto, ogni qual volta simili provvedimenti vengono lasciati cadere in giudicato, senza esperire un doveroso (e vincente) ricorso in Cassazione *ex* art. 111, comma 7, Cost.. Alla fine, «le ragioni dell'internato appaiono travolte da una sorta di "pigrizia giudiziaria" che, dal suo punto di vista, diventa l'arroganza del magistrato e la sciatteria dell'avvocato»[77].

La ridefinizione *ad hoc* della diagnosi di pericolosità sociale, ora introdotta, serve proprio a interrompere simili arresti giurisprudenziali, responsabili di un quadro gravemente compromesso per la legalità costituzionale.

8. Gli aggravi motivazionali per l'eventuale proroga dell'internamento

Altre due regole normative introdotte dalla Legge n. 81 del 2014 mirano ad implementare il principio di residualità, traducendosi in altrettanti aggravi motivazionali per il provvedimento di proroga della misura di sicurezza detentiva: [1] «non costituisce elemento idoneo a supportare il giudizio di pericolosità sociale la sola mancanza di programmi terapeutici individuali»[78]; [2] «per i pazienti per i quali è stata accertata la persistente pericolosità sociale» il programma terapeutico individuale «documenta in modo puntuale le ragioni che sostengono l'eccezionalità e la transitorietà del prosieguo del ricovero»[79]. Analizziamone singolarmente la *ratio* e la dinamica.

[1] L'interdizione legislativa in cui si declina la prima regola evita, innanzitutto, che un

75 Il riferimento è alla sent. n. 139/1982 e all'art. 31, l. 10 ottobre 1986, n. 663 (c.d. Legge Gozzini). In tema vedi anche, *infra,* § 9.

76 F. Della Casa, *Basta con gli OPG!*, cit., 79. Per le ragioni prudenziali che spingono il giudice di sorveglianza – nel dubbio – a preferire il rinnovo della misura custodiale, vedi M. Pelissero, *Pericolosità sociale e doppio binario. Vecchi e nuovi modelli di incapacitazione*, Giappichelli, Torino 2008, 113-114.

77 F. Schiaffo, *La riforma continua,* cit., 53.

78 Art. 1, comma 1, lett. *b)*.

79 Art. 1, comma 1-*ter.*

libro-25col modificato.indd 111 13/10/15 10:49

deficit organizzativo delle amministrazioni sanitarie regionali si converta nell'applicazione di una misura detentiva sfavorevole per il soggetto. Diversamente, a seconda dei differenti bacini di utenza territoriali, cambierebbe – per ragioni cui l'internato è estraneo – la concreta declinazione della certezza e dell'eguaglianza giuridica, come pure del diritto alla cura presso i servizi psichiatrici del SSN, una volta scemata la sua pericolosità sociale. Sullo sfondo, a venir meno è lo stesso principio di colpevolezza, inteso nella sua accezione basica e minimalista di divieto di responsabilità per fatto altrui[80].

Così disponendo, l'inedito legislativo inceppa una perniciosa dinamica autopoietica che conduceva alla proroga del ricovero coercitivo «sulla base del solo rilevo che la misura di sicurezza, già protrattasi per anni, ha avuto come esito di determinare una distruzione del tessuto sociale dell'internato»[81]. Si trattava di una tautologia assai pericolosa, perché non c'è più alcun limite al male (l'automatismo della proroga) se il male stesso viene fatto a fin di bene (l'Opg è oramai diventata la sua casa – questo il retropensiero del giudice – e altrove non saprebbe dove andare).

[2] L'altro aggravio motivazionale si inserisce all'interno dell'obbligo per le regioni di predisporre percorsi terapeutici individuali di dimissione per *tutte* le persone ricoverate negli Opg alla data di entrata in vigore della Legge n. 81 del 2014[82]. La novella finisce così per dare sostanza al presupposto di una pericolosità sociale «persistente» (art. 208 c.p.), ora da interpretarsi restrittivamente alla luce dei nuovi criteri legislativi di eccezionalità e tendenziale temporaneità delle misure di sicurezza detentive[83]: come è giusto che sia, secondo un necessario rapporto di proporzio-

80 Cfr. G. Dodaro, *Nuova pericolosità sociale e promozione dei diritti fondamentali della persona malata di mente,* «Dir. Pen. e Proc.», 2015, 617.

81 D. Piccione, *Politica delle libertà costituzionali*, cit., 5169. È un circolo vizioso dimostrato – provvedimenti giudiziari alla mano – da F. Schiaffo, *La riforma continua*, cit., 2013, 51; dietro tali casi di rinnovato internamento «non c'è un problema di pericolosità sociale ma di una società che è pericolosa perché non riesce ad accoglierli» (Id., *Le funzioni latenti del sistema penale: l'ospedale psichiatrico giudiziario*, «Crit. Dir.», 2012, fasc. 3-4, 279).

82 L'art. 1, comma 1-*ter* detta anche la tempistica e la procedura per la predisposizione di tali programmi individuali. È una novità: in precedenza, la l. n. 57 del 2013 prevedeva analogo obbligo per la sola categoria degli internati dimissibili (come osserva S. Rossi, *Once upon a time: la parabola degli OPG fino al loro superamento,* in *BioLaw Journal-Riv. BioDiritto,* 2015, n. 2, nota 53, in corso di pubblicazione). Per l'illustrazione e la scomposizione dei dati ricavabili dai programmi individuali inviati al ministero della Salute (826 su 846 internati, pari a circa il 95% dei soggetti in OPG alla data del 31 marzo 2014), cfr., utilmente, F. Cecconi, *Chiudere gli Ospedali psichiatrici giudiziari,* cit., 95; M. Miravalle, *Per quanto ancora,* cit., 164 ss.

83 Così M. Pellissero, *Ospedali psichiatrici giudiziari in proroga,* cit., 927. Lo stesso Autore – a p. 926 – individua la portata semantica dei due criteri generali di giudizio della *eccezionalità* («indica che la misura custodiale può essere mantenuta solo in presenza di un elevato rischio di recidiva,

libro-25col modificato.indd 112 13/10/15 10:49

nalità diretta tra prolungamento del sacrificio della libertà personale e severità dello scrutinio dei presupposti che ne legittimano la proroga.
Unitamente ad altri indizi normativi disseminati nella trama della Legge n. 81 del 2014[84], anche questa previsione segnala l'opzione di fondo verso una individualizzazione della misura di sicurezza, celebrando così il «*requiem* per la mistica del trattamento indifferenziato»[85].

Il collegamento tra i due aggravi motivazionali è di tutta evidenza. Entrambi stringono a tenaglia la prassi giurisprudenziale di proroghe dell'internamento sulla base di una generica persistente pericolosità sociale: d'ora in poi, in Opg si resta solo se essa è davvero dimostrata e argomentabile, escludendosi che l'incapacità (dei distretti sanitari) diventi prolungata incapacitazione (dei soggetti internati).
La rimodulazione della diagnosi di pericolosità sociale opera *in entrata*, selezionando gli ingressi in Opg. Gli aggravi motivazionali circa la sua persistenza – presupposto legislativo per un eventuale provvedimento di proroga – operano *in uscita*, favorendo le revoche della misura di sicurezza detentiva. Così disponendo, il legislatore riequilibra un bilanciamento finora troppo condizionato da un declinante Stato sociale, le cui carenze andavano a scapito della libertà personale, del diritto alla cura e al reinserimento dell'internato. Eppure qualcuno vi ha visto, invece, «una sorta di ricatto istituzionale per via legislativa» operato nei confronti dei servizi territoriali renitenti a prendere in carico il folle reo[86].
È un'interpretazione sospettosa, che svaluta l'implicita portata garantista del doppio dispositivo.

9. Il parallelismo tra durata massima della pena e della misura di sicurezza detentiva

A confermare la natura comunque transitoria dell'internamento in Opg contribuisce in modo determinante l'inedito principio – introdotto con Legge n. 81 del 2014 – del c.d. parallelismo, in base al quale le misure di sicurezza detentive (incluso il ricovero nelle future Rems), siano esse provvisorie o definitive, non potranno durare

controllabile solo attraverso una misura detentiva») e della *transitorietà* («è necessario cioè che la misura sia strutturata in modo da garantire la possibilità che il soggetto riacquisti la libertà»).

84 Vedi, *infra,* § 11.

85 D. Piccione, *Pericolosità sociale e trattamento rieducativo,* in A. Gaboardi, A. Gargani, G. Morgante, A. Precotto, M. Serraino (a cura di), *Libertà dal carcere, libertà nel carcere,* cit., 257.

86 Così il Tribunale di sorveglianza di Messina, cit., p. 18 (vedi, *infra,* § 14).

libro-25col modificato.indd 113 13/10/15 10:49

più della pena edittale massima prevista per il reato commesso[87].

È una novità di capitale importanza. Originariamente, il codice penale prevedeva un limite di durata *minima* – periodicamente rinnovabile – per le misure di sicurezza detentive (2 anni, 5 anni, 10 anni in relazione alla pena stabilita dalla legge per il reato commesso dall'incapace). A ridefinire la materia è stato inizialmente il Giudice delle leggi, dichiarando incostituzionale il divieto di revocare le misure di sicurezza personali anche prima che sia decorso il tempo corrispondente alla durata minima stabilita dalla legge, ove sia giurisdizionalmente accertata la cessazione dello stato di pericolosità[88]. La Legge Gozzini è venuta a ruota, recependo tale normativa di risulta[89]. Residuava, tuttavia, il pericolo di ricoveri in Opg *sine die,* in ragione del meccanismo del riesame della pericolosità sociale, potendo così le misure di sicurezza detentive rivelarsi, «in concreto, di gran lunga più afflittive della pena irrogata con una sentenza di condanna»[90].

Come la realtà delle cose si è incaricata di mostrare, l'assenza di una durata predeterminata nel massimo porta in grembo «un (potenziale) ergastolo inflitto senza un processo»[91], sulla base di un giudizio di pericolosità sociale spesso ridotto a mera «operazione meccanica»[92]. È su questi ergastoli *bianchi* che, ora, la novella scrive la parola fine. Il legislatore recupera così la proporzionalità tra pena (manicomiale) e reato presupposto, erodendo le originarie finalità di difesa sociale e di prevenzione speciale negativa assegnate alle misure di sicurezza personali[93]. È la vittoria dello Stato di diritto su quella logica primitiva, che – in omaggio alla geometrica ideolo-

87 Art. 1, comma 1-*quater,* che precisa come «per la determinazione della pena a tali effetti si applica l'art. 278 c.p.p.».

88 Sentenza n. 110/1974, che interviene anche sulla competenza a revocare la misura di sicurezza, togliendola al ministro di Giustizia e attribuendola al giudice di sorveglianza. Sulla carenza di garanzie processuali nell'applicazione delle misure di sicurezza detentive – prima dell'opera demolitoria della giurisprudenza costituzionale – cfr. R. Libertini, *Misure di sicurezza detentive: un'esclusione nell'esclusione,* «Dem. Dir.»,1974, 201 ss.

89 Cfr. gli artt. 21 e 31 della l. 10 ottobre 1986, n. 663.

90 Come riconosce la Corte costituzionale nella sent. n. 274/2009.

91 F. Corleone, *La rimozione dell'ospedale psichiatrico giudiziario,* cit., 4.

92 M. Miravalle, *Per quanto ancora*, cit., 163. Sulle perplessità costituzionali legate a una giurisdizionalizzazione del processo di sicurezza ridotta a passaggio del testimone dal legislatore (e le sue originarie presunzioni legali) allo psichiatra (e le sue attuali presunzioni mediche, diverse da scuola a scuola), con un giudice spettatore a vocazione pilatesca, vedi già A. Pace, *Misure di sicurezza e pericolosità sociale presunta*, «Giur. Cost.», 1966, 191 ss. In ragione dell'elevata posta in gioco nel procedimento per l'applicazione delle misure di sicurezza, la sent. n. 135/2014 ha dichiarato l'incostituzionalità delle relative norme che ne imponevano lo svolgimento a porte chiuse.

93 Cfr. A. Manna, *La lunga e accidentata marcia verso l'abolizione degli Ospedali psichiatrici giudiziari*, «Antigone», 2014, n. 1, 17.

libro-25col modificato.indd 114 13/10/15 10:49

gia del «doppio binario» – esigeva la dimensione *atemporale* per l'internamento. Viceversa, «la misura di sicurezza deve essere – per elementari ragioni di garanzia "liberale" – sempre *determinata nel tempo:* il suo massimo di durata deve essere predeterminato e non già affidato al momento in cui si chiude con successo il "trattamento"» che, invece, «può e deve essere preso in considerazione per diminuire semmai la durata della misura»[94].

Si tratta, tuttavia, di capire se il principio così introdotto sia o meno compatibile con la distinzione tra pene e misure di sicurezza presupposta dall'art. 25, commi 2 e 3, Cost.: ingabbiando le seconde nelle maglie delle prime, attraverso il loro collegamento non tanto alla pericolosità quanto alla criminalità, non si vengono forse a sovrapporre illegittimamente i due istituti?[95]

È un'antinomia negata in dottrina[96].

Collegare l'unità di misura, su cui basare la durata dell'internamento, alla pena massima prevista per il fatto di reato presupposto, non introduce un principio di responsabilità penale personale contraddittorio con la condizione di incapace: nella sua determinazione temporale, infatti, il giudice dovrà fare riferimento al parametro *astratto* del massimo edittale, non al *quantum* di pena *in concreto* da applicarsi al caso di specie (tenuto conto delle circostanze, della recidiva, dell'ipotesi di concorso). Ne esce così una scelta legislativa ragionevole, perché in grado di conciliare garanzie di libertà ed esigenze di difesa sociale, senza alcun improprio retribuzionismo ontologicamente estraneo a una misura finalizzata a prevenire la pericolosità di un soggetto non imputabile.

Del resto, già in passato il Giudice delle leggi si è espresso in merito, con affermazioni che inducono a ritenere costituzionalmente coerente l'opzione della Legge n. 81 del 2014: «il riferimento al massimo della pena edittale, assunto quale indice

94 Così, quasi quaranta anni fa, E. Musco, *La misura di sicurezza detentiva. Profili storici e costituzionali,* Giuffrè, Milano 1978, 282.

95 Recupero così un'osservazione fatta, ad altro fine, da M. Luciani, *Le infermità mentali nella giurisprudenza costituzionale,* cit., 446. Al problema, «di carattere teorico e sistematico» (così G.L. Gatta, *Aprite le porte agli internati!,* cit., 4), fa cenno anche il Tribunale di sorveglianza di Messina, in un *obiter dictum* del suo atto di promovimento (vedi, *infra,* § 14), laddove accusa la riforma di «una logica "confusiva"» per la «previsione della durata massima delle misure di sicurezza detentive commisurata al limite edittale della pena prevista per il reato corrispondente, in una impropria prospettiva anticipatoria di un sistema a sanzione unica».

96 Cfr. M. Miravalle, *Per quanto ancora*, cit., 168; M. Pelissero, *Pericolosità e doppio binario*, cit., 194-198; D. Piccione, *Libertà dall'ospedale psichiatrico dismissione*, cit., 9. Il testo fa sintesi delle relative argomentazioni. Peraltro, se davvero la durata della misura di sicurezza personale è da determinarsi esclusivamente secondo i bisogni della prevenzione individuale, a rigore la legge non dovrebbe fissare alcun limite temporale, neppure *nel minimo* (come, invece, prevede la disciplina codicistica).

libro-25col modificato.indd 115 13/10/15 10:49

della gravità del reato e non invece alla pena irrogabile in concreto, tenendo conto di eventuali attenuanti, oltre a discendere in modo coerente dal presupposto della misura rappresentato da una sentenza di proscioglimento (e non di condanna) dell'imputato incapace, garantisce la applicazione della misura stessa in tutte le situazioni normativamente descritte con pieno rispetto del principio di uguaglianza»[97].

Il limite temporale così introdotto, riguardante le sole misure di sicurezza detentive[98], trova immediata applicazione (*ex* art. 200, comma 2, c.p.), giustificando così la revoca di provvedimenti di ricovero in Opg diacronicamente eccedenti la (nuova e sopravvenuta) durata massima[99]. Per il suo carattere inedito, la norma richiederà un fisiologico assestamento in sede applicativa, dove dovranno trovare soluzione alcuni nodi interpretativi[100]. Uno su tutti: *quid iuris* se, persistendone la pericolosità sociale, il soggetto debba essere comunque dimesso per il raggiungimento del limite temporale massimo di durata della misura di sicurezza?

Stando alle prime ordinanze, si registra una spaccatura tra i giudici di sorveglianza, il cui tramite è necessario per la trasformazione *ex lege* della misura detentiva scaduta[101]. Per alcuni andrebbe escluso ogni altro successivo provvedimento limitativo della libertà personale, essendo un onere legislativo gravante sui presidii sanitari assumere in carico l'*ex* internato. Secondo altri, invece, s'imporrebbe l'applicazione

97 Sent. n. 233/1984, ma già – in precedenza – la sent. n. 139/1982. L'argomento è adoperato dalla Corte in replica alle censure di costituzionalità rivolte contro il ricorso al criterio della pena edittale, da sostituirsi – ad avviso dei giudici *a quibus* – con quello della pena in concreto, ai fini dell'applicazione (o meno) della misura di sicurezza del ricovero in Opg o della determinazione della sua durata.

98 Si tratta, *ex* art. 215 c.p., della colonia agricola o casa di lavoro, dell'Opg, della casa di cura e di custodia, del riformatorio giudiziario, cui devono aggiungersi – *ex* art. 1, comma 1-*quater*, l. n. 81 del 2014 – le nuove Rems. Dubbi di costituzionalità, per la mancata estensione del principio del parallelismo anche alle misure di sicurezza personali non detentive, sono espressi da A. Manna, *La lunga e accidentata marcia*, cit., 16; M. Miravalle, *Per quanto ancora*, cit., 168.

99 Per effetto dell'applicazione della novella, le dimissioni degli internati intervenute per scadenza termine ammontano a 88: cfr, anche per la suddivisione tra Opg di provenienza, la *Terza Relazione trimestrale,* cit., 14. Per un esempio, vedi l'ordinanza del Tribunale di Roma, 3 giugno 2014, annotata da G.L. Gatta, *Revoca del ricovero in OPG per decorso della durata massima: un primo provvedimento,* «DPC», 16 giugno 2014.

100 Non è una revoca in senso proprio (perché la sua applicazione prescinde dalla sussistenza di una diagnosi di pericolosità sociale), rappresentando semmai una nuova causa di cessazione che va ad aggiungersi alle altre vigenti (*ex plurimis,* morte del folle reo, estinzione del fatto-reato presupposto, estinzione della pena, *jus superveniens* incidente sull'esecuzione della misura di sicurezza): cfr. F. Maisto, *Quale superamento dell'Opg?,* «Antigone», 2014, n. 1, 39. Il suo calcolo presenta – in talune ipotesi – aspetti non semplici, ad esempio in caso di concorso di reati, o di applicazione intervallata di misure di sicurezza detentive e non detentive, o di delinquenti abituali internati in casa di custodia e lavoro: cfr. G.L. Gatta, *Aprite le porte degli OPG!,* cit., 4; Id., *Revoca del ricovero in OPG,* cit., 2; M. Pelissero, *Ospedali psichiatrici giudiziari in proroga,* cit., 928.

101 Come emerge dalla *Seconda Relazione trimestrale*, cit., 10-11.

libro-25col modificato.indd 116 13/10/15 10:49

della libertà vigilata che, quale misura di sicurezza non detentiva, è estranea all'ambito di applicazione della novella.

Entrambe le soluzioni, ambedue ragionevoli, presentano potenziali controindicazioni: se la liberazione incondizionata può prefigurare pericoli per la collettività e rischi di abbandono per il soggetto, la libertà vigilata lo espone a possibili violazioni delle sue condizioni, inducendo così il giudice ad inasprirle. In ambo le ipotesi, tuttavia, solo la commissione di un nuovo reato potrà giustificare la sottoposizione ad una (nuova) misura di sicurezza detentiva[102]. Ad evitare lo scenario – già noto in ambito penitenziario – di una rinnovata spirale custodiale, sarà bene monitorare con la massima attenzione il «seguito» dei provvedimenti emessi per intervenuta scadenza del termine massimo di durata della misura di sicurezza detentiva: di tale esigenza le Camere, peraltro, sembrano già avvertite[103].

10. *Segue:* non più ergastoli *bianchi*, ma ancora ergastoli *nascosti*

Fissato legislativamente un termine ultimo invalicabile per l'esecuzione dell'internamento in Opg, verrà meno il fenomeno degli ergastoli *bianchi,* resi ora anche formalmente illegittimi[104]. Diversamente, tale «epitaffio»[105] non vale per i veri e propri ergastoli da scontare dietro i muri di un manicomio giudiziario: per espressa previsione legislativa, infatti, la regola di un limite massimo temporale per le misure di sicurezza detentive *non* si applica «per i delitti puniti con la pena dell'ergastolo»[106].

Esemplifico. Pensiamo al seminfermo di mente condannato per un fatto di reato punito con la pena del carcere a vita, che tuttavia il giudice concretamente non commina in ragione della prevalenza delle attenuanti. Una volta internato, egli non beneficerà del limite di garanzia della durata massima della misura di sicurezza. Da reo, un giorno, avrebbe potuto uscire di galera. Da folle, invece, rischia di non uscire più

102 Sugli scenari prospettati nel testo cfr. le valutazioni di S. Cecconi, *Chiudere gli ospedali psichiatrici giudiziari*, cit., 99; F. Maisto, *Quale superamento dell'Opg?*, cit., 41; A. Manna, *La lunga e accidentata marcia*, cit., 17; D. Piccione, *Libertà dall'ospedale psichiatrico dismissione*, cit., 11-12

103 Vedi, *infra*, § 13.

104 In controtendenza, c'è chi invece prefigura che agli ergastoli *bianchi* (in Opg) si sostituiranno «altri e ben più pericolosi ergastoli bianchi», all'interno di strutture chiuse private cui saranno affidati, in libertà vigilata, gli infermi di mente: cfr. P. Di Nicola, *La chiusura degli OPG*, cit., 24. Andrà ancora peggio, secondo le fosche previsioni della più volte ricordata ordinanza di rinvio del Tribunale di Messina (vedi, *infra*, §14): l'intento legislativo mirante alla de-istituzionalizzazione del trattamento dei folli rei – in una vera e propria eterogenesi di fini – aprirebbe «la prospettiva di nuove proroghe seriali *sine die* e di nuovi ergastoli bianchi, non più aperti al sopraggiungere di fattori esogeni positivi, bensì blindati nel fissismo di motivazioni cristallizzate sui fattori endogeni immodificabili» (cit., 15).

105 D. Piccione, *Libertà dall'ospedale psichiatrico in dismissione*, cit., 5.

106 Art. 1, comma 1-*quater*, l. n. 81 del 2014.

libro-25col modificato.indd 117 13/10/15 10:49

dal luogo di custodia dove è stato recluso in ragione della sua pericolosità sociale. Sopravvivranno così gli ergastoli *nascosti* dietro i muri di una Rems, di un Opg, di una casa di cura e custodia, di una colonia agricola o di una casa di lavoro, attraverso il meccanismo generale del riesame della pericolosità sociale e della rinnovata applicazione della misura di sicurezza. Che potrà, così, continuare a durare *sine die.* Il problema ha una sua drammaticità che dà le vertigini, *indipendentemente* dalla sua entità numerica[107]. Quando fu dichiarata l'incostituzionalità della misura dell'internamento in Opg per i minori (sentenza n. 324/1998), il loro numero era esiguo. E quando l'incostituzionalità colpì la pena dell'ergastolo per i minori (sentenza n. 168/1994), addirittura *uno solo* di loro scontava il carcere a vita. Eppure, lo striminzito dato quantitativo non impedì alla Corte costituzionale di pronunciare quelle due sacrosante decisioni: quando sono in gioco diritti fondamentali, infatti, il numero non conta[108].
L'inoperatività, per i folli rei «ergastolani», dell'inedita clausola di salvaguardia ora introdotta dalla Legge n. 81 del 2014, dunque, ripropone con rinnovata attualità il problema – di spessore certamente costituzionale – del requisito, insieme necessario ed esclusivo, della perpetuità dell'ergastolo. La sua semplice *minaccia* legislativa si conferma capace di produrre conseguenze ordinamentali irreversibili, non (sempre) rimediabili in sede di esecuzione della pena[109].

11. A favore dell'individualizzazione del trattamento

La stratificazione normativa di cui si compone la riforma rivela l'intenzione del legislatore di costruire i contenuti della misura di sicurezza in relazione alla specifica situazione soggettiva dell'incapace. Ne deriva una loro flessibilità in sede di esecuzione finora sconosciuta, di cui sono espressione diverse disposizioni legislative.

107 Possediamo solo un dato aggregato: alla data del 31 dicembre 2014, gli ergastolani erano in numero di 1584, tra detenuti e internati.

108 Vale, per il nodo degli ergastoli *nascosti,* quel che è stato detto (da F. Corleone, *La rimozione dell'ospedale psichiatrico giudiziario,* cit., 1) in riferimento al generale problema dell'internamento in Opg: «se sul piano quantitativo può apparire una realtà insignificante, dal punto di vista qualitativo è un elemento non trascurabile perché coinvolge fondamentali questioni di principio», di indubbio interesse – aggiungo io – per il costituzionalista.

109 Identico problema costituzionale pone un altro recente dato normativo: l'art. 35-*ter,* ord. penit. (introdotto con l. 11 agosto 2014, n. 117, di conv. con modificazioni del d.l. 26 giugno 2014, n. 92), non a caso già impugnato in via incidentale perchè non consentirebbe alcun rimedio – né compensativo né risarcitorio – per chi, condannato alla pena perpetua dell'ergastolo, è detenuto in condizioni lesive dell'art. 3 CEDU in ragione di un sovraffollamento carcerario inumano e degradante (cfr. Tribunale di Sorveglianza di Padova, red. Bortolato, ord. 25 marzo 2015, <www.antoniocasella.eu/archica/padova_35ter_ergastolo_20mar15.pdf>. Sull'incostituzionalità della pena dell'ergastolo, nella sua dimensione statica e nella sua proiezione dinamica, sia consentito il rinvio ad A. Pugiotto, *Una quaestio sulla pena dell'ergastolo,* «DPC», 5 marzo 2013.

libro-25col modificato.indd 118 13/10/15 10:49

È agevole redigerne il catalogo. Di alcune si è già detto. Ad esempio, l'obbligo per le regioni e le province autonome di predisporre un apposito progetto terapeutico riabilitativo per ciascun internato in Opg alla data di entrata in vigore della novella[110], oppure il principio di residualità, che antepone alla misura di sicurezza detentiva la libertà vigilata, modulabile sulle singole specifiche esigenze terapeutiche[111]. A queste si salda il principio di territorialità, a tenore del quale il soggetto internato sarà destinato, «di norma», in strutture ubicate nella regione di provenienza[112]: un criterio di prossimità con cui si intende agevolare il progressivo reinserimento sociale dell'incapace, evitandone un altrimenti inevitabile sradicamento, fino ad oggi pressoché certo – ad esempio – per le donne, internate esclusivamente nell'Opg di Castiglione delle Stiviere (il solo ad avere una sezione femminile)[113].

La stessa opzione di partenza, a favore di una sostituzione dei vecchi Opg con le nuove Rems, ha subìto una correzione di rotta seguendo la bussola dell'individualizzazione del trattamento. Si spiega così la scelta normativa di adeguarne i profili strutturali, organizzativi, e finanche – «ove necessario» – l'attività perimetrale di sicurezza e di vigilanza esterna, alle specificità delle condizioni dei soggetti internati[114]. È il medesimo motivo della scelta legislativa sopravvenuta di concedere alle regioni la possibilità di «modificare i programmi presentati in precedenza al fine di provvedere alla riqualificazione dei dipartimenti di salute mentale, di contenere il numero complessivo di posti letto da realizzare [nelle Rems] e di destinare le risorse alla realizzazione o riqualificazione delle sole strutture pubbliche»[115]: una rimodulazione nel nome della sussidiarietà della misura detentiva, scalzata da interventi regionali più flessibili e mirati. L'indicazione legislativa di allocare le risorse finanziarie erogate a favore di politiche territoriali (potenziamento dei servizi sociosanitari, realizzazione

110 Vedi, *supra,* § 8.

111 Vedi, *supra,* § 6.

112 Il principio di territorialità – previsto all'art. 3-*ter,* comma 3, lett. *c),* l. n. 9 del 2012 quale criterio direttivo per il successivo decreto del ministro della Salute sui requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi delle Rems – era già presente nel d.p.c.m. 1 aprile 2008 quale «fondamento che motiva il decentramento degli Opg e rende possibile la differenziazione nella esecuzione della misura di sicurezza», coerentemente con le indicazioni della giurisprudenza costituzionale «che non legano l'applicazione della misura di sicurezza in modo univoco ed esclusivo all'Opg».

113 Come opportunamente segnala F. Della Casa, *Basta con gli OPG!,* cit., 67 e nota 13.

114 Cfr. l'art. 3-*ter,* comma 3, lett. *b),* l. n. 9 del 2012, su cui richiama l'attenzione F. Della Casa, *Basta con gli OPG!,* cit., 71 e 90.

115 Art. 1, comma 1-*bis*, lett. *a)*, l. n. 81 del 2014, correttamente valorizzato – ad esempio – da G. Alberti, *Chiusura degli OPG: si profila un'ennesima proroga del termine*, «DPC», 4 dicembre 2014, 2.

libro-25col modificato.indd 119 13/10/15 10:49

di progetti terapeutici riabilitativi individuali)[116], a scapito dell'originario piano edilizio di Rems moltiplicate oltre il necessario, chiude coerentemente il cerchio.

L'individualizzazione è il solo modo per ridurre i rischi legati alla scelta di de-istituzionalizzare il trattamento dei folli rei, perché permette di impostare correttamente il problema in termini di differenziazione: non si tratta, infatti, di fare fronte a un blocco monolitico di internati da traslocare altrove, bensì di prendersi cura di singole persone, «intarsio unico di vicende di vita ed esperienze di sofferenza»[117]. Solo così diventa possibile individuare il tipo di trattamento adeguato alle caratteristiche del soggetto, alle sue esigenze terapeutiche e al livello della sua pericolosità sociale, assicurando in tal modo il necessario equilibrio tra diritti individuali ed esigenze di sicurezza collettiva.

12. Le Residenze per l'esecuzione della misura di sicurezza (Rems) e la loro marginalizzazione

All'interno di un simile reticolo normativo, ben si comprende il declassamento della sostituzione dei vecchi Opg con le nuove Rems, da obiettivo finale a tappa intermedia nel processo di superamento della pena manicomiale. Privilegiando le misure alternative all'internamento, la Legge n. 81 del 2014 mira ad inserire i rei non imputabili nei servizi di prossimità, invece di neutralizzarli attraverso il loro travaso da pochi Opg a tanti mini-manicomi giudiziari. E così, inevitabilmente, «si sgretola la stessa ragion d'essere delle nuove strutture detentive»[118].

Le loro caratteristiche strutturali, tecnologiche e organizzative – perimetrate per legge, dettagliate per decreto, regolamentate da un apposito accordo raggiunto in Commissione Unificata[119] – sono tali da evitare il rischio di una «surrettizia rinascita di piccoli Opg»[120] diffusi sul territorio. Se tratteggiato, il loro *identikit* ci mostra strutture a 20 posti letto, articolate in camere (singola, doppia, fino a un massimo di quattro

116 Art. 1, comma 1-*bis,* lett. *a)*, l. n. 81 del 2014, messo in risalto da F. Cecconi, *Chiudere gli ospedali psichiatrici giudiziari,* cit., 98.

117 D. Piccione, *Requiem per gli ospedali psichiatrici giudiziari*, cit., 9. Nell'opzione legislativa a favore di una differenziazione negli approcci trattamentali, lo stesso Autore legge evidenti «tracce costituzionali» riconducibili alla funzione risocializzante della pena (art. 27, comma 3), al concetto di responsabilità personale penale (art. 27, comma 1), alla limitazione della libertà personale quale *extrema ratio*: cfr. Id., *Politiche delle libertà costituzionali*, cit., 5170-5171

118 D. Piccione, *Libertà dall'ospedale psichiatrico dismissione*, 12

119 Cfr. – rispettivamente – l'art. 3-*ter,* commi 2 e 3, della l. n. 9 del 2012; il decreto del ministro della Salute 1 ottobre 2012 (citato, *supra,* nota 16); il testo definitivo dell'accordo in Conferenza Unificata del 26 febbraio 2015 (citato, *supra,* nota 35).

120 D. Piccione, *Politica delle libertà costituzionali*, cit., 5172

libro-25col modificato.indd 120 13/10/15 10:49

posti) atte a garantire igiene, sicurezza, decoro, comfort; munite di locali di servizio comune, per attività sanitaria e amministrativa; fornite dei necessari requisiti tecnologici e organizzativi per assicurare cura e custodia. Oltre all'assegnazione degli internati secondo il principio di territorialità, è prevista l'esclusiva gestione sanitaria all'interno delle strutture, e un'attività perimetrale di sicurezza e di vigilanza esterna (ove necessario, riguardo alle condizioni dei soggetti ristretti) affidata a specifici accordi con le prefetture.

Su una loro conformazione effettivamente diversa da quella dei pregressi manicomi giudiziari si giocherà una partita importante, perché si danno persone dotate di senso solo in un contesto dotato di senso. E ciò è possibile, innanzitutto, togliendo i folli rei da quei non-luoghi per non-persone dove, fino ad oggi, sono stati rinchiusi, restituendo loro un luogo e un ruolo. Tale linea di demarcazione deve valere anche per le Rems provvisorie, allocate in strutture residenziali pubbliche o private accreditate, la cui identificazione si è resa necessaria per rispettare la scadenza legislativa del 31 marzo 2015: anch'esse dovranno possedere i medesimi requisiti strutturali, organizzativi, di personale e di sicurezza previsti dal decreto ministeriale 1 ottobre 2012[121].

Attorno alle dimensioni delle Rems, si è assistito a un decisivo cambio di passo nel processo di superamento degli Opg. Silenti sul punto le fonti normative, originariamente i progetti regionali contemplavano una moltiplicazione delle nuove strutture custodiali, per una capienza complessiva pari a 990 posti letto largamente eccedente al fabbisogno che, in corso d'opera, si è realisticamente stimato in meno della metà[122]. La sopravvenuta scelta legislativa di indurre le istituzioni territoriali a rimodulare le loro linee d'intervento, ridimensionando l'opzione detentiva, ha evitato il rischio, che andava prefigurandosi, di nuove forme di istituzionalizzazione per i rei non imputabili. Infatti, poiché l'universo disciplinare legittima la produzione di delinquenza, è la capienza della struttura manicomiale a calamitare il ricorso all'internamento, non viceversa.

Andava, perciò, spezzato il «vincolo sinallagmatico»[123] che legava la «offerta» (le

121 Cfr. la *Seconda Relazione trimestrale,* cit., 2-3 e 9. Per le ragioni che hanno reso necessaria una prima fase «che può essere definita transitoria», vedi ora la *Terza Relazione trimestrale,* cit., 2.

122 Cfr. la *Prima Relazione trimestrale*, cit., 8, dove già si prevede che la previsione di 990 posti letto potrà subire una riduzione dovuta alla progressiva attivazione dei programmi di dimissione imposti dalla legge. È nella *Seconda Relazione trimestrale*, cit., 2. che la stima delle persone da sottoporre a misura di sicurezza detentiva nelle Rems scende a 450. La recentissima *Terza Relazione trimestrale*, cit., 12-14, segnala, tuttavia, che i posti letto nelle Rems provvisorie – 448 a regime – sarebbero inferiori rispetto alla effettiva utenza, con conseguenti difficoltà sia nei trasferimenti verso le Rems delle persone ricoverate in Opg, sia nell'accoglimento di eventuali nuovi internati.

123 D. Piccione, *Politica delle libertà costituzionali*, cit., 5173

libro-25col modificato.indd 121 13/10/15 10:49

dimensioni delle nuove Rems) alla «domanda» (i futuri provvedimenti restrittivi dei giudici della cognizione e dell'esecuzione). Quella «domanda» uscirà certamente ridimensionata da un diritto vivente fedele all'opzione legislativa per la residualità del controllo custodiale, con conseguente contrazione del ricorso a tali strutture[124]. A tal fine, sarebbero d'aiuto – *de jure condito* – anche la piena applicazione di norme penitenziarie la cui insufficiente attuazione produce presenze eccedenti in Opg[125], e – *de jure condendo* – l'introduzione di ulteriori modifiche *ad hoc* comunque compatibili con il sistema codicistico del «doppio binario»[126].

In sede di prima attuazione della Legge n. 81 del 2014, le realtà territoriali offrono un quadro scomposto[127]: la maggior parte delle regioni, nelle more della realizzazione delle Rems definitive, hanno individuato strutture provvisorie a gestione pubblica, o ricorrendo al privato accreditato, o convenzionandosi con altra regione per il trasferimento dei propri pazienti. Il dato certo è che, al *big bang* del 1° aprile 2015, le strutture – provvisorie e/o definitive – non erano tutte disponibili. Sopravvive la struttura manicomiale di Castiglione delle Stiviere a grandi dimensioni (160 posti letto). Non mancano gli accordi interregionali per la realizzazione di residenze comuni, né la realizzazione contestuale di interventi finalizzati al supporto e al potenziamento dei percorsi terapeutico-riabilitativi, attraverso la riqualificazione strutturale dei servizi territoriali.

124 Su ciò hanno fatto affidamento le regioni nella stima dei posti letto delle Rems, confidando sulla dimissione degli internati ricoverati in Opg dichiarati clinicamente dimissibili sulla base dei programmi terapeutici-riabilitativi individualizzati predisposti nei loro confronti. Ma simili dimissioni presuppongono un provvedimento giurisdizionale di revoca, che non sempre ha confermato la diagnosi di «dimissibilità clinica», ribadendo anzi la persistente pericolosità sociale dell'internato. Cfr. la *Terza Relazione trimestrale,* cit., 13.

125 Contrariamente a quanto disposto dall'ordinamento penitenziario e dal suo regolamento di esecuzione, sono trasferiti in Opg soggetti che, invece, dovrebbero essere trattenuti altrove: i minori psichici, gli imputati e i condannati che devono essere sottoposti a osservazione psichiatrica, i rei colpiti da disturbi psichici sopravvenuti durante l'esecuzione della pena, i condannati a pena diminuita per vizio parziale di mente. Cfr., anche per i relativi riferimenti normativi, F. Della Casa, *Basta con gli OPG!,* cit., 73-75 e 89, nonché le osservazioni contenute nella *Terza Relazione trimestrale,* cit., 15, sull'implementazione – all'interno degli istituti penitenziari – delle c.d. «articolazioni per la tutela della salute mentale», cui assegnare i detenuti minorati psichici e i detenuti con infermità psichica sopravvenuta durante l'esecuzione della pena, ancora presenti in Opg.

126 Ad esempio, l'introduzione del principio di *vicarietà* tra pena e misura di sicurezza detentiva, per cui l'applicazione dell'una esclude – in tutto o in parte – l'esecuzione dell'altra (mentre oggi il seminfermo di mente, o il condannato che manifesta un disagio psichico durante la detenzione, o il reo cui viene comminata la pena accessoria dell'internamento in Opg, scontano in sequenza entrambe, integralmente). Oppure, la possibilità di collegare la pericolosità sociale, quale presupposto della misura di sicurezza detentiva, alla commissione di reati *specifici* (e non a qualunque fatto di reato, passato o futuro). O ancora, la possibilità di circoscrivere la pericolosità sociale ai soli soggetti *totalmente* incapaci di intendere e di volere (e non anche ai semi imputabili, come oggi accade con la conseguenza di incrociare due binari che, invece, dovrebbero procedere paralleli).

127 Cfr. la *Terza Relazione trimestrale*, cit., 3-10.

libro-25col modificato.indd 122 13/10/15 10:49

L'utilizzo dei finanziamenti, specie di parte corrente, risulta prevalentemente assorbito dal pagamento di rette di ricovero presso le strutture (anche private) provvisorie.
Semplificando lo scenario, si ripropone dunque l'alternativa tra la via custodiale e la via della presa in carico territoriale. Entrambe le soluzioni – come acutamente segnalato[128] – non sono esenti da incognite, sia pure differenti: il rischio di «nuove derive neo-custodialiste», nel caso di investimento sulle Rems, provvisorie o definitive che siano; il pericolo di una «crisi di rigetto» per servizi sociosanitari sovraesposti e sovraccaricati, nell'ipotesi opposta, con conseguente migrazione manicomiale verso altre regioni. Su ambedue, continua a pendere la spada di Damocle del grave fatto di sangue, commesso da un folle reo, magari da poco dimesso da un Opg o fuggito da una Rems: la sua vicenda sarebbe subito cavalcata per chiedere un ripensamento – quando non un azzeramento – del faticoso processo in atto, in nome di quel formidabile moltiplicatore di ansie collettive chiamato «paura percepita» .

13. Il sistema di *governance* del processo di chiusura degli Ospedali psichiatrici giudiziari e di superamento della misura di sicurezza detentiva

L'indubbia delicatezza e complessità del processo in atto ha richiesto e richiede soluzioni inedite per una sua efficace *governance*: il Parlamento lo sa e, per questo, ha confermato con la Legge n. 81 del 2014 un apposito organismo, composto da tutte le amministrazioni interessate, chiamato ad «esercitare le funzioni di monitoraggio e di coordinamento delle iniziative assunte per garantire il completamento del processo di superamento degli Opg»[129].
Le sue relazioni trimestrali sullo stato di attuazione del processo avviato si sono rivelate preziose per conoscere e correggere, in corso d'opera, le iniziali scelte legislative e le originarie opzioni gestionali compiute a livello regionale. A dimostrazione che solo una costante sinergia tra le tre dimensioni coinvolte – clinica, giudiziaria, amministrativa – può consentire la tenuta del giusto equilibrio tra tutte le esigenze in gioco nel superamento degli Opg.

128 D. Piccione, *Requiem per gli ospedali psichiatrici giudiziari*, cit., 8.

129 Art. 1, comma 2-*bis.* Attivato presso il ministero della Salute, tale organismo è composto da rappresentanti del medesimo dicastero e del ministero della Giustizia, delle regioni e delle province autonome di Trento e Bolzano, e si raccorda con il comitato paritetico interistituzionale di cui all'art. 5, comma 2, del d.p.c.m. 1 aprile 2008. Dalle sue trimestrali relazioni al Parlamento, emerge la partecipazione alle riunioni anche di rappresentanti della magistratura di sorveglianza, del ministero dell'Economia e Finanze nonché del ministero dell'Interno, il cui coinvolgimento è indispensabile per affrontare e risolvere le problematiche connesse agli adempimenti per l'effettivo superamento degli Opg.

libro-25col modificato.indd 123 13/10/15 10:49

Alla luce dell'esperienza pregressa (e delle problematiche future), appare dunque più che giustificata la proposta[130] di «adottare, su base territoriale, un analogo modello di amministrazione compartecipata, costituendo in ciascun ambito regionale un centro operativo inter-istituzionale composto da rappresentanti delle diverse amministrazioni interessate e con la partecipazione della magistratura di sorveglianza», chiamato ad un'attività di coordinamento e di monitoraggio delle «attività connesse all'avvio delle nuove strutture sanitarie per l'esecuzione delle misure di sicurezza detentive», al fine di garantirne il compiuto svolgimento. In ciò ricalcando *best practices* già sperimentate, con successo, in alcune regioni[131].

Andrà garantito anche il costante coinvolgimento del Parlamento, sul duplice versante del controllo circa l'adempimento di *tutti* gli obblighi legislativi (con particolare riferimento alla presa in carico, sul territorio, degli internati che hanno cessato di essere socialmente pericolose), e del necessario ripensamento del sistema codicistico del c.d. «doppio binario», alla luce della verifica dei risultati del processo avviato[132]. Conoscere, infatti, servirà a comprendere, per poi finalmente prendere posizione contro un impianto normativo da tempo in crisi.

14. La riforma legislativa alla prova del giudizio di legittimità costituzionale

Considerata necessaria per recuperare alla legalità costituzionale un diritto (vigente e vivente) che l'aveva smarrita da troppo tempo, la Legge n. 81 del 2014 – come per contrappasso – è già stata impugnata in via incidentale. Nell'essenziale, l'accusa che le viene mossa è di «confusione antropologica»[133] tra reo e malato mentale, nella misura in cui reintroduce l'anacronistico connubio tra disagio psichico e pericolosità sociale.

Al centro della *quaestio,* promossa dal Tribunale di sorveglianza di Messina[134], è la

130 Avanzata nella *Terza Relazione trimestrale*, cit., 15.

131 Ad esempio in Emilia-Romagna: cfr. F. Maisto, *Quale superamento dell'Opg?,* cit., 42 ss.

132 Su entrambi i versanti indicati, il governo è impegnato da due ordini del giorno accolti in Senato, in occasione dell'approvazione della Legge n. 81 del 2014: cfr. ODG G/1417/3/2 e 12 (testo 2), *Simeoni*; ODG G/1417/1/2 e 12, *Maurizio Romani, Mussini.* Già nella *Relazione sulle condizioni di vita e di cura all'interno degli ospedali psichiatrici giudiziari,* cit., 8 e 10, si può leggere che «rimane sullo sfondo la prospettiva di addivenire ad un ripensamento complessivo dell'istituto della non imputabilità e di tutti i suoi perniciosi corollari», ripensamento complessivo indicato dalla Commissione parlamentare d'inchiesta addirittura come «approdo necessario».

133 L'espressione è di Michel Foucault.

134 Ordinanza n. 247 del 2014, pubblicata in «DPC», 12 dicembre 2014, con osservazioni di R. Bianchetti, *Sollevata questione di legittimità costituzionale in merito ai nuovi criteri di accertamento della pericolosità sociale del seminfermo di mente.*

libro-25col modificato.indd 124 13/10/15 10:49

disposizione che, rimodulando la base legale per la diagnosi di pericolosità sociale, interdice l'uso di indicatori esterni (le condizioni di vita individuali, familiari e sociali del reo non imputabile) ed esclude ogni rilievo alla mancanza di programmi terapeutici personalizzati[135]. Con penna pindarica e generosità di parametri costituzionali (ben tredici quelli formalmente inclusi nel *thema decidendum*)[136], il giudice *a quo* veicola a Palazzo della Consulta una geremiade di critiche alla riforma, in larga misura presenti in dottrina[137], la cui epitome è di avallare – obbedendo a un riduzionismo bio-psichico scientificamente sorpassato – una valutazione decontestualizzata della pericolosità sociale, così reintroducendone surrettiziamente un irragionevole automatismo presuntivo.

Posta in questi termini, la questione di costituzionalità mostrerebbe un indubbio spessore. Innanzitutto sul piano dogmatico: obbligato per legge a ignorare il contesto ambientale di riferimento, il giudice sarebbe chiamato a una prognosi «impossibile o radicalmente alterata» della pericolosità sociale. Di più. In una sorta di eterogenesi dei fini legislativi, volendone favorire l'uscita dal circuito detentivo, la novella si ritorcerebbe contro il reo non imputabile, inchiodato allo «stigma» di soggetto *in sé* pericoloso, dunque da internare. Viceversa, comprometterebbe le esigenze di difesa sociale, legittimando la remissione in libertà di soggetti che un giudizio prognostico globale, ora legislativamente interdetto, confermerebbe ancora socialmente pericolosi. In entrambe le evenienze, la normativa denunziata «finisce per contrastare le stesse essenziali finalità delle misure di sicurezza sottese al sistema costituzionale». Né andrebbero taciute – sempre sul piano dogmatico – le irragionevoli e ingiustificate disparità di trattamento conseguenti. Perché il quadro prognostico di riferimento muta a seconda della misura di sicurezza da eseguire (detentiva o non detentiva), a seconda della capacità o incapacità del reo, addirittura nei confronti di un medesimo soggetto (a seconda se si versi nella fase esecutiva della pena o della misura di sicurezza detentiva psichiatrica).

---

135 La disposizione legislativa impugnata è, dunque, l'art. 1, comma 1, lett. *b),* espressivo di entrambe le previsioni normative indubbiate*:* vedi, *supra,* rispettivamente il § 7 e il § 8.

136 Alcuni dei quali – a mio avviso – indicati per mero tuziorismo: così gli artt. 1, 2, 4, 29, 30, 31 e 34 Cost., come pure i parametri interposti degli artt. 3 Dichiarazione universale dei diritti umani e 5 CEDU, in relazione al riformato art. 117, comma 1, Cost. Vale anche per il dubbio – peraltro solo accennato – di violazione dell'art. 77 Cost., buon ultimo nella chilometrica filiera dei tanti parametri indicati, quando invece la natura formale del vizio così denunciato ne giustificherebbe una collocazione in apertura (in quanto idoneo a travolgere l'atto-fonte interessato, prima ancora che la singola disposizione impugnata).

137 Cfr., *ex plurimis*, P. Di Nicola, *La chiusura degli OPG,* cit., 14; A. Manna, *La lunga e accidentata marcia,* cit., 18; M. Pelissero, *Ospedali psichiatrici giudiziari in proroga,* cit., 925.

libro-25col modificato.indd 125 13/10/15 10:49

Di altrettanto spessore si rivelerebbe la *quaestio* nei suoi dubbi teoretici. Sotto tutti i profili – filosofico, antropologico, gnoseologico, epistemologico, sociologico, psichiatrico, criminologico – andrebbe respinta, perché priva di fondamento, l'idea di una pericolosità sociale autistica, amputata della relazione con l'altro, chiusa in se stessa, monadica[138]. Sullo sfondo, non sarebbe difficile intravedere come – attraverso tale varco – possano penetrare nel giudizio di pericolosità sociale le acquisizioni delle neuroscienze, tanto suggestive quanto insidiose nel loro rinnovato determinismo. L'impianto di fondo dell'atto di promovimento sembra presentare il vizio logico della sineddoche, laddove – isolando la disposizione impugnata dalla trama normativa in cui si inserisce – scambia la parte per il tutto, finendo così per esprimere nei confronti della novella legislativa un giudizio astratto e (costituzionalmente) ingeneroso. È un errore di prospettiva che espone la *quaestio legitimitatis* non solo a repliche nel merito, ma pure ad alcune censure d'inammissibilità processuale. Vediamo quali.

[1] Il Tribunale di sorveglianza di Messina non tenta nemmeno una lettura costituzionalmente orientata dell'articolo di legge impugnato. Anzi, l'ipotesi di un'interpretazione adeguatrice è scartata in partenza, ritenendo *comunque* precluso un utilizzo *in bonam partem* degli indicatori esterni di cui all'art. 133, comma 2, numero 4, c.p.[139]. Il dato testuale della disposizione impugnata, se letto *a contrario* e interpretato alla luce della sua finalità (coerentemente, del resto, con la *ratio legis* dell'intera Legge n. 81 del 2014) ammette, invece, una lettura conforme a Costituzione. Le due interdizioni legislative, infatti, riguardano esclusivamente la valutazione circa la *sussistenza* della pericolosità sociale del reo incapace. Viceversa, non precludono al giudice la possibilità di valorizzarne le condizioni di vita individuali, familiari e sociali, qualora esse orientino verso una prognosi di *non sussistenza* della sua pericolosità sociale. Ciò che la legge vieta è un loro uso a giustificazione di un provvedimento di esecu-

138 La disposizione impugnata riporterebbe in auge, quindi, «una fattispecie soggettiva di pericolosità, caratterizzata bio-psichicamente» già propugnata in dottrina, decenni fa, da Paolo Nuvolone al dichiarato scopo di razionalizzare l'altrimenti generico quadro prognostico dell'art. 133 c.p.: cfr., anche per le opportune indicazioni bibliografiche, E. Musco, *La misura di sicurezza detentiva*, cit., 180-185. Per una difesa – convinta e convincente – di un'accezione di pericolosità sociale non decontestualizzata dai necessari riferimenti individuali, familiari e sociali vedi, per tutti, M. Pelissero, *Ospedali psichiatrici giudiziari proroga*, cit., 922 ss.

139 Esemplare il seguente passaggio dell'ordinanza di rinvio: «un internato che mostra le sue "cattive qualità soggettive" […] continuerà a restare segregato tendenzialmente *sine die*, nonostante la presenza di condizioni esterne individuali, familiari e socio-terapeutiche favorevoli all'esperimento di un suo reinserimento sociale, con evidente effetto in *malam partem* della nuova disciplina». Che la novella produca conseguenze in «*damnosis* per il soggetto interessato», è un vero e proprio *mood* che accompagna le strategie argomentative del giudice *a quo*.

libro-25col modificato.indd 126 13/10/15 10:49

zione, non anche di revoca della misura di sicurezza detentiva[140], perché l'obiettivo di entrambe è quello di «escludere qualsiasi rilevanza della mancata iniziativa di chiunque dovrebbe attivarsi per favorire il percorso di dimissione dell'internato»[141].

[2] Così interpretato, il dato legislativo esclude un qualsiasi «stigma» della malattia mentale in quanto tale. Così come non implica una «pericolosità sociale decontestualizzata», anacronistica rispetto alle acquisizioni di tutte le scienze empirico-sociali[142], semmai ne delimita la base di valutazione giudiziaria. La comprensione di tutti gli elementi capaci di influenzare l'agíto del soggetto resta consentita: è questo, infatti, il compito peritale dello psichiatra. Ciò che viene legislativamente imposto, in chiave prognostica, è l'uso *unidirezionale* degli indicatori esterni di pericolosità sociale, adoperabili dal giudice solo per escluderla, non anche per accreditarla.

[3] Edificando una *quaestio* su «una lettura parziale di una sola norma e non della legge nel suo complesso»[143], il Tribunale di sorveglianza di Messina assume il dato legislativo impugnato nella sua *ipotetica* portata normativa, trascurandone così la concreta finalità, peraltro propria dell'intera riforma: interrompere un meccanismo produttivo di proroghe seriali *extra legem* e *contra Costitutionem.* Analogamente, l'atto di promovimento difende, davanti alla Corte costituzionale, le buone ragioni esclusivamente *teoriche* del pregresso dato normativo che, in concreto, ha contrad-

140 Sulla praticabilità di una simile interpretazione restrittiva converge anche autorevole dottrina, benché critica rispetto alla novella legislativa: il riferimento è a M. Pelissero, *Ospedali psichiatrici giudiziari proroga*, cit., 925. In senso conforme, vedi anche F. Schiaffo, *La pericolosità sociale*, cit., 15.

141 F. Schiaffo, *La pericolosità sociale*, cit., 17-18. Quello prospettato non è un processo interpretativo sconosciuto alla disciplina delle misure di sicurezza detentive: anche l'espressa previsione codicistica di una loro durata minima, ad esempio, non ne esclude una possibile revoca anticipata (come stabilito, per prima, dalla sent. n. 110/1974). In entrambe le ipotesi ermeneutiche, il principio-guida è il *favor libertatis*, coerentemente con il carattere residuale di ogni provvedimento coercitivo della libertà personale.

142 Anacronismo traducibile in vizio di legittimità del dato legislativo penale, secondo costante giurisprudenza costituzionale. Preoccupato di ciò, G. Dodaro, *Nuova pericolosità sociale*, cit., 617-619, avanza una diversa interpretazione costituzionalmente orientata dell'art. 1, comma 1, lett. b), l. n. 81 del 2014: recuperare il rilievo delle componenti sociali, familiari ed economiche in via mediata, attraverso la lente delle «qualità soggettive della persona» che la novella non interdice al giudice nella sua valutazione di pericolosità sociale del reo folle. Il che – precisa l'Autore – potrà condurre «a esiti sia in *bonam partem*, escludendo il rischio della futura reiterazione di reati, sia in *malam partem* fondando un giudizio positivo di recidiva» (p. 617). In tal modo, però, quanto il legislatore ha inteso mettere alla porta rientrerebbe dalla finestra, alimentando – preterintenzionalmente – «la forte tentazione di una criptica *interpretatio abrogans in fraudem legis*» (per citare un timore espresso dal Tribunale di sorveglianza di Messina nella sua ordinanza di rinvio).

143 F. Maisto, *Quale superamento dell'Opg?*, cit., 38.

libro-25col modificato.indd 127 13/10/15 10:49

detto tutti i propri assunti[144]. Il giudice *a quo* pone, così, una questione marcatamente astratta. Dimenticando che – come la giurisprudenza costituzionale insegna fin dalle origini – il Giudice delle leggi «non può non tenere il debito conto di una costante interpretazione giurisprudenziale che conferisce al precetto legislativo il suo effettivo valore nella vita giuridica, se é vero, come é vero, che le norme sono non quali appaiono proposte in astratto, ma quali sono applicate nella quotidiana opera del giudice, intesa a renderle concrete ed efficaci»[145].

[4] All'interno di un atto di promovimento ampio e articolato – quasi un «trattato criminologico»[146] – viene pressoché ignorato il bene costituzionale della libertà personale del reo non imputabile[147], benché si tratti del metronomo che ha scandito tempi e modi della riforma. Il giudice *a quo* finisce così per non misurarsi con il criterio-guida del ridefinito bilanciamento legislativo, esprimente «una chiara indicazione di *preferenza per misure non restrittive della libertà,* alla luce della rilevanza da riconoscere in ogni caso ai bisogni del destinatario della misura»[148], fin qui sacrificati dalla sequela di provvedimenti seriali di proroga.

Ciò accade, ancora una volta, perché il Tribunale di sorveglianza di Messina isola la singola norma impugnata dalla complessiva trama legislativa, in cui invece si inserisce sistematicamente. Il suo diventa così un punto prospettico dal quale è impossibile considerare, e valorizzare, il corpo unitario dei principi e delle regole

144 Qualche esemplificazione? Si legge nell'ordinanza di remissione che la disposizione impugnata introdurrebbe «una ingiustificata compressione della discrezionalità giudiziale normativamente mal orientata attraverso l'imposizione di "rigidi vincoli"» in sede di diagnosi della pericolosità sociale (p. 10), quando invece «la modifica introdotta dalla legge semplicemente tende ad impedire la coazione a ripetere la misura dell'internamento» (M. Passione, *Ospedali psichiatrici giudiziari, le tante resistenze alla chiusura*, ne *Il manifesto*, 22 aprile 2015), attestato dal diritto vivente giurisprudenziale. In altro passaggio, il giudice *a quo* accredita («bene o male») di capacità terapeutiche le «strutture penitenziarie [ove] vengono oggi dispensate» (p. 11), quando invece l'intero processo di superamento degli Opg muove esattamente dall'assunto opposto, certificato da una commissione parlamentare d'inchiesta.

145 Così, programmaticamente, già la sent. n. 3/1956. Sull'uso, sempre più rilevante, dell'effettività normativa nel sindacato di costituzionalità in materia di misure di sicurezza detentive, ho già richiamato l'attenzione altrove: cfr. A. Pugiotto, *L'ergastolo nascosto (e altri orrori)*, cit., 365-366.

146 M. Miravalle, *Per quanto ancora,* cit., 160.

147 Se non per denunciare il rischio che «l'intento del legislatore verso una maggiore deistituzionalizzazione nel trattamento dei malati di mente autori di reato si inveri in pratica nel suo contrario», a causa di «una sorta di "conservatorismo giudiziario"», favorito dalla novella impugnata, ed espressione di «una cultura del "soggettivismo criminologico" socialmente disancorato e del "cronicismo psichiatrico" terapeuticamente disincantato» (p. 15).

148 Prendendo a prestito le parole anticipatrici di D. Pulitanò, *Sull'interpretazione e gli interpreti della legge penale*, in E. Dolcini e C.E. Paliero (a cura di), *Studi onore di Giorgio Marinucci*, vol. I, Giuffrè, Milano, 2006, 674.

libro-25col modificato.indd 128 13/10/15 10:49

introdotte dalla Legge n. 81 del 2014, di cui la disposizione scrutinata davanti alla Corte costituzionale è solo un tassello inautonomo.

[5] In ultima analisi, la questione di costituzionalità pone un problema rimesso alla discrezionalità legislativa. Dunque, processualmente, inammissibile.
Anche qui aiuta lo specchietto retrovisore invocato all'inizio. Originariamente, il nodo dell'accertamento giudiziale della pericolosità sociale veniva sciolto grazie al meccanismo codicistico delle presunzioni legali[149]. Demoliti progressivamente dalla Consulta tali rigidi automatismi[150], il problema di come accertare in concreto la pericolosità sociale del reo folle si ripropone, rivelando un difetto di fondo: il carattere assolutamente vago e indeterminato non solo della categoria, ma degli stessi indici di cui il giudice deve servirsi per diagnosticarla[151]. Ridotte a gusci vuoti, le due garanzie della riserva di legge e della riserva di giurisdizione – che la Costituzione impone per *qualsiasi* limitazione della libertà personale, misure di sicurezza detentive incluse – solo formalmente risultano soddisfatte.
Su questa intrinseca inaffidabilità del giudizio prognostico si inserisce ora la disposizione legislativa impugnata, riducendone almeno i bordi più opachi e prevenendone gli esiti più discutibili. «Il problema, a questo punto diventa di opportunità, non di legittimità» costituzionale[152]: il margine da lasciare alla discrezionalità del giudice e al suo apprezzamento tecnico rispetto a una perizia globale corrisponde a una scelta politica, dunque – in linea di principio – riservata alla responsabilità del legislatore, e sottratta al Giudice delle leggi.

149 «Presunzione di pericolosità» […] non significa altro che l'obbligatoria ed automatica applicazione della misura in tali ipotesi, indipendentemente da qualsiasi altra considerazione e da eventuali ulteriori accertamenti» (così la sent. n. 139/1982).

150 Dopo un iniziale orientamento conservativo (cfr. le sentt. nn. 16/1966, 68/1967, 106/1972, 148/1973), il primo colpo di maglio viene assestato con la sent. n. 1/1971 (concernente l'obbligo di ricovero automatico del minore in riformatorio giudiziario), per poi proseguire contro le numerose presunzioni assolute di pericolosità sociale del reo presenti nell'ordinamento delle misure di sicurezza (cfr. le sentt. nn. 110/1974, 139/1982, 58/1995, 324/1998, 253/2003). Per una recente ricostruzione di tali arresti giurisprudenziali vedi, ora, G. Dodaro, *Uguaglianza e diritto penale. Uno studio sulla giurisprudenza costituzionale,* Giuffrè, Milano 2012, 235-253.

151 Che il rinvio dell'art. 203 c.p. alle figure sintomatiche dell'art. 133 c.p. restituisca una categoria di pericolosità sociale *generica,* più che generale, offrendo al relativo accertamento giudiziale una insoddisfacente base normativa, è opinione così dominante in dottrina che non mette conto farne una ricognizione (altrimenti chilometrica): cfr., per tutti, M. Pelissero, *Ospedali giudiziari psichiatrici in proroga,* cit. 922-923.

152 Così M. Luciani, *Le infermità mentali nella giurisprudenza costituzionale,* cit., 447, sulla scia di quanto affermato nella sent. n. 139/1982 (ripresa, quasi in termini, nel testo).

libro-25col modificato.indd 129 13/10/15 10:49

La Corte costituzionale è convocata a giorni per affrontare – in camera di consiglio – la *quaestio* promossa dal Tribunale di sorveglianza di Messina. Ne attenderemo l'esito, comunque decisivo per il futuro del processo di superamento della pena manicomiale.

15. Imparare da Franco Basaglia

È il momento dei titoli di coda. L'obiettivo di superare gli Opg ha riproposto al centro dell'agenda delle cose da fare un «bivio costituzionale»[153], presente nei tanti moniti del Giudice delle leggi rivolti a un legislatore fino a ieri distratto: ripensare il sistema delle misure di sicurezza (a cominciare dai suoi presupposti codicistici) o riorganizzare le strutture dove tali misure detentive vengono eseguite.

Tra questi due approcci – l'uno «massimalista», l'altro «realista»[154] – la Legge n. 81 del 2014 sembra essere riuscita a tracciare una terza via originale e promettente, se sperimentata fino in fondo. Per un verso, agisce in modo da rendere residuale la soluzione custodiale, evitando così il rischio che la riforma «si risolva nella sostituzione di una istituzione totale con un'altra, dalla comune forza attrattiva e, in definitiva, egualmente oppressiva»[155]. Per altro verso, innovando punti qualificanti dell'attuale regime dell'internamento in Opg – sia pure a codice penale invariato – apre contraddizioni, tanto inedite quanto feconde, al sopravvissuto sistema del «doppio binario», già di per sé schiacciato da «un ventaglio di doppiezze»[156]. La comminazione, la commisurazione, l'esecuzione della misura di sicurezza detentiva: tutti i suoi tre

153 A. Pugiotto, *L'ergastolo nascosto (e altri orrori),* cit., 357.

154 La terminologia è di D. Piccione, *Il pensiero lungo*, cit., 144.

155 D. Piccione, *Politiche delle libertà costituzionali,* cit. 5171. Rischio particolarmente elevato, nel momento in cui gli internati verranno trasferiti in strutture di nuova costruzione e di dimensioni ridefinite, tali da risultare immuni dalle gravi e inaccettabili carenze strutturali e igienico-sanitarie riscontrate e denunciate dall'inchiesta parlamentare della XVI Legislatura.

156 D. Piccione, *Politiche delle libertà costituzionali*, cit., 5167-5169, che ne fa un'efficace antologia: [1] la condizione di un soggetto che subisce una doppia esclusione, in quanto folle e in quanto reo, sottratto a un pena (carceraria) che non può capire, e per questo sottoposto a una pena (manicomiale) egualmente incomprensibile; [2] due misure, la pena e la misura di sicurezza detentiva, che dovrebbero procedere parallelamente e che, invece, si intrecciano di continuo, sovrapponendosi o alternandosi diacronicamente; [3] la pretesa di curare la malattia mentale applicando una misura detentiva, di per sé incompatibile con la terapia del disturbo psichico; [4] il presupposto soggettivo della pericolosità sociale, che ha una sua ontologica doppiezza in quanto, contemporaneamente, prognostico e diagnostico; [5] un internamento la cui durata dipende dalla persistente pericolosità sociale che, a sua volta, è il prodotto di carenze e inefficienze terapeutiche dell'Opg; [6] l'ambiguità di una struttura, carceraria e insieme ospedaliera, dove si insegue una duplice funzione di segregazione e di recupero terapeutico e sociale. Insomma, «un vero e proprio antimodello in cui si cumulano e convergono contraddizioni generali, sovraccarichi di funzione e la massima distonia tra un regime formale di ricovero e un'effettiva condizione di internamento» (*ivi*, 5168 s.).

libro-25col modificato.indd 130 13/10/15 10:49

cardini ne escono rimodulati, introducendosi così un meccanismo (potenzialmente) virtuoso, capace di trasformare il provvedimento restrittivo della libertà personale del reo non imputabile da regola – fin qui seriale, meccanica, inumana e degradante – a legale eccezione.

Ecco perché la battaglia di scopo per una eclissi della pena manicomiale trova, oggi, il suo terreno d'elezione nella piena e coerente applicazione della riforma, la cui trama normativa consente un'azione politica legalitaria, capace di tenere insieme gradualismo nel metodo e radicalismo negli obiettivi. In ciò, ricalcando l'insegnamento di Franco Basaglia, che faceva di lui un intellettuale anomalo anche per il suo tempo: un riformista massimalista, un gradualista utopista, un legalista rivoluzionario. Un irregolare, insomma. Sembra di sentirne ancora la voce, con il suo accento veneziano[157]:

> *È quello che ho già detto mille volte: noi nella nostra debolezza, in questa minoranza che siamo, non possiamo vincere, perché è il potere che vince sempre. Noi possiamo al massimo convincere. E nel momento in cui convinciamo, noi vinciamo.*

157 Trovo la citazione in O. Pivetta, *Franco Basaglia,* cit., 273.

libro-25col modificato.indd 131 13/10/15 10:49

libro-25col modificato.indd 132 13/10/15 10:49

Le parole del Presidente della Repubblica sulla chiusura degli OPG

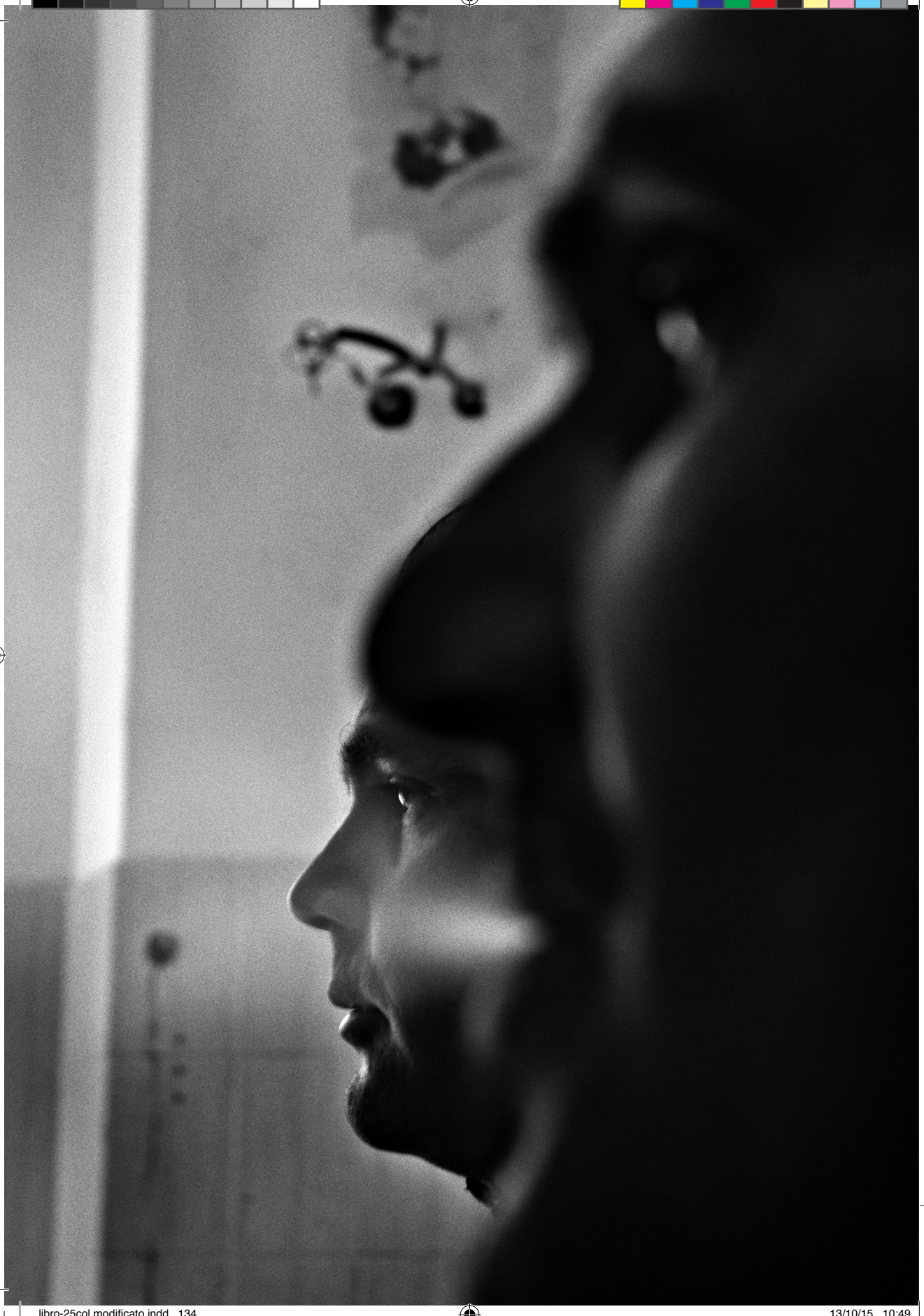
Giorgio Napolitano

L'estremo orrore degli ospedali psichiatrici giudiziali e' inconcepibile in qualsiasi Paese appena appena civile, strutture pseudo-ospedaliere che solo recenti coraggiose iniziative bipartisan di una commissione parlamentare stanno finalmente mettendo in mora.
Roma, 28 luglio 2011

Più che mai dato persistente di inciviltà da sradicare in Italia rimane la realtà angosciosa delle carceri, essendo persino mancata l'adozione finale di una legge che avrebbe potuto almeno alleviarla. Saluto, tuttavia, con compiacimento il fatto che per iniziativa della Commissione parlamentare istituita in Senato si stia procedendo alla chiusura – cominciando dalla Sicilia – degli Ospedali psichiatrici giudiziari, autentico orrore indegno di un paese appena civile.
Roma, 31 dicembre 2012

Ho firmato con estremo rammarico il decreto-legge di proroga urgente della norma del dicembre 2011 relativa agli ospedali psichiatrici giudiziari. Con rammarico per non essere state in grado le Regioni di dare attuazione concreta a quella norma ispirata a elementari criteri di civiltà e di rispetto della dignità di persone deboli. E ho accolto con sollievo interventi previsti nel decreto-legge di ieri per evitare ulteriori slittamenti e inadempienze, nonché per mantenere il ricovero in ospedale giudiziario soltanto quando non sia possibile assicurare altrimenti cure adeguate alla persona internata e 'fare fronte alla sua pericolosità sociale'.
Roma, 1° aprile 2014

libro-25col modificato.indd 133 13/10/15 10:49



Parte II
Il superamento degli OPG nel contesto regionale toscano

libro-25col modificato.indd 135 13/10/15 10:49

libro-25col modificato.indd 136 13/10/15 10:49

Dopo l'OPG. La sfida di Montelupo Fiorentino e l'esigenza di scelte condivise e coraggiose

Saverio Migliori

Finalmente gli Ospedali psichiatrici giudiziari hanno cessato di esistere.

Dopo un percorso estenuante che per ben due volte ha rinviato la loro definitiva chiusura, dal primo aprile 2015 ha preso avvio una storia diversa, nuova e non ancora del tutto chiarita, che ha il pregio di ricollocare le difficili vicende umane, sanitarie e giudiziarie di tante persone nel solco aperto dalla *Riforma Basaglia*, quella stessa Riforma – certamente degna ancora oggi di questo nome – che in modo assolutamente coraggioso nel 1978 aveva tracciato una via nuova per affrontare la malattia mentale ed aveva posto «fuori legge» gli Ospedali psichiatrici civili, introducendo nel sistema sanitario e psichiatrico italiano approcci e metodi alla malattia mentale non segreganti, non totalizzanti e, soprattutto, finalizzati alla promozione di un'inclusione sociale piena ed efficace della persona. A questa rivoluzione, di non facile e rapida applicazione, erano sopravvissuti i «dinosauri» degli Ospedali psichiatrici giudiziari, luoghi destinati ad internare i cosiddetti prosciolti, quelle persone cioè autrici di reati e dichiarate totalmente incapaci di intendere e di volere (o seminferme di mente) che mantenessero una qualche pericolosità sociale. Rimanevano in piedi strutture di fatto già chiuse, ma che risultavano strumentali ad un problema estremamente complesso e difficile da gestire!

Per oltre trentacinque anni sono stati dunque tollerati luoghi ambigui, a metà tra l'istituzione sanitaria e l'istituzione carceraria, ancora segreganti e totalizzanti, e certamente solo in minima parte capaci di generare percorsi di reale inclusione sociale. Le responsabilità degli insuccessi registrati nella fase di reinserimento sociale delle persone internate hanno paternità diverse, non è sufficiente imputarle all'Amministrazione penitenziaria o al sistema sanitario tout court, tuttavia quel tipo di struttura costituiva un alibi per molti: per coloro che invocavano solo sicurezza; per quanti

libro-25col modificato.indd 137 13/10/15 10:49

sul territorio avrebbero dovuto farsi carico di percorsi terapeutici e di reinserimento certamente complessi; per gli stessi familiari, sovente lasciati soli, ad affrontare problematiche insormontabili; per la politica, rassicurata dal permanere di strutture che, pur ampiamente superate ed erosive della dignità della persona, concorrevano – forse – ad annientare il «rischio» rappresentato da queste persone.

La storia cambia e cambia concretamente nel momento in cui prende avvio il passaggio della cosiddetta sanità penitenziaria al Sistema sanitario nazionale. Si tratta di un frangente – anch'esso estremamente importante, e non solo per la storia penitenziaria – in cui si incunea nuovamente il dibattito per il definitivo superamento degli Ospedali psichiatrici giudiziari. Il processo che riporta la medicina penitenziaria nell'alveo della sanità generale parte nel 1999[1] e trova un primo sbocco pragmatico nel 2008[2], momento in cui vengono tracciate anche le linee di sviluppo per la definitiva chiusura degli Ospedali psichiatrici giudiziari che, dopo ben due proroghe del termine fissato, tante incertezze delle Regioni (chiamate ad individuare e strutturare i percorsi di dimissione degli internati e le strutture terapeutiche di accoglienza), giungono al termine del loro lungo cammino il 31 marzo 2015. Alla scadenza molte Regioni risultavano ancora impreparate: la gran parte delle *Residenze per l'esecuzione delle misure di sicurezza detentive* (REMS-D) – strutture con il compito di ospitare numeri ristretti di persone ritenute ancora pericolose e per le quali appare prematura una dimissione verso il territorio – dovevano ancora essere predisposte, se non addirittura concepite; il processo di rientro degli internati verso le Regioni di residenza avrebbe richiesto ancora tempo; le dimissioni degli internati verso i Dipartimenti di salute mentale, con la predisposizione dei programmi terapeutici individuali e l'eventuale inserimento in strutture sanitarie intermedie, per quanto già avviato per molte situazioni, avrebbe richiesto ancora molto lavoro; talune Regioni, inadempienti, avrebbero dovuto essere, così come prevede la legge, commissariate; la stessa Magistratura di sorveglianza avrebbe dovuto procedere a valutazioni e decisioni diverse da quanto abituata a fare, in base alle nuove possibilità di risposta previste dal legislatore per le persone in esecuzione di una misura di sicurezza.

E tuttavia, nonostante tutte le incertezze, gli Ospedali psichiatrici giudiziari concludono la loro corsa.

Si volta pagina!

1 D. Lgs. 230/1999.

2 Cfr. DPCM 1° aprile 2008 e, in particolare, l'Allegato C, *Linee d'indirizzo per gli interventi negli Ospedali psichiatrici giudiziari (OPG) e nelle Case di cura e custodia*.

libro-25col modificato.indd 138 13/10/15 10:49

Col primo aprile 2015 vengono archiviati definitivamente questi «dinosauri» – gli Ospedali psichiatrici giudiziari – rendendo possibile forse il completamento della *Riforma Basaglia*.

Alle persone internate viene restituita dignità, a loro vengono ridati diritti, a questi ultimi viene riconosciuta la possibilità di «conseguire dei risultati», «delle scelte auspicabilmente autodeterminate», in modo potenzialmente molto superiore rispetto a quanto poteva accadere negli Ospedali psichiatrici giudiziari, in modo molto più simile a quanto accade per ciascun cittadino libero. Certamente la sfida sarà difficile, complicata, ed avrà bisogno del concorso di tutti.

Siamo all'interno di un vero e proprio passaggio storico che deve essere compreso in tutta la sua portata culturale e sociale. In fondo questo passaggio si colloca, forse in parte compiendola, nella prospettiva aperta dalle grandi riforme del passato: la già ricordata *Riforma Basaglia*, la *Riforma del sistema sanitario nazionale* (1978), la *Riforma dell'Ordinamento penitenziario* (1975).

Le soluzioni che molte regioni italiane stanno progressivamente adottando per il post-Ospedale psichiatrico giudiziario, segnalano difficoltà, incertezze, ripensamenti: la stessa individuazione delle *Residenze per l'esecuzione delle misure di sicurezza detentive* sembra tradire le attese della legge e di quanti puntavano a strutture piccole, residuali, entro le quali accogliere solo quelle persone ancora pericolose per le quali il reinserimento sociale, seppur assistito da percorsi strutturati ed individualizzati, risultasse ancora prematuro. In alcuni casi le REMS-D non sono state definitivamente individuate; in altri viene riproposto, di fatto, un complesso di piccole strutture che nell'insieme ampliano moltissimo, concentrandoli, i posti disponibili (è il caso di Castiglione delle Stiviere); in altre situazioni come nel caso della Toscana, la REMS-D viene dapprima collocata (progettualmente) all'interno di un istituto penitenziario, nella fattispecie l'Istituto Mario Gozzini di Firenze e, successivamente – a seguito di forti e legittime contestazioni – ricollocata presso l'ex Ospedale psichiatrico civile di Volterra, oggi sede ospedaliera e sanitaria. La soluzione individuata nell'Istituto Mario Gozzini rispondeva forse a ragioni funzionali, all'impellente esigenza di individuare – in extremis – una soluzione, ma certamente non corrispondeva né alla norma né al processo che abbiamo poc'anzi richiamato, poiché incapace di marcare una differenza netta con gli Ospedali psichiatrici giudiziari e destinata invece a riproporne analogie troppo, troppo, strette.

Per quanto assolutamente più adeguata e ragionevole, la soluzione rintracciata presso la città di Volterra, non può che apparire – almeno per coloro che hanno

libro-25col modificato.indd 139 13/10/15 10:49

seguito da vicino l'intera vicenda – come una soluzione assunta tardivamente, solo quanto il tempo per le idee più interessanti, ragionate e, perché no, audaci, era definitivamente sfumato; senza contare forse che per motivi simbolici (ma non solo!) si sarebbe potuto anche evitare il ritorno ad una struttura che aveva assolto nel suo passato alla funzione di Ospedale psichiatrico.

Per tutti questi motivi prende dunque ancor più corpo l'idea – provocatoria sino ad un certo punto – di Giovanna Del Giudice secondo la quale dal 31 marzo 2015, ultimata la Campagna STOP OPG, debba partire la Campagna STOP REMS[3]!

All'interno di queste considerazioni generali appare doveroso promuovere una riflessione sul superamento dell'Ospedale psichiatrico giudiziario di Montelupo Fiorentino – il primo manicomio criminale aperto in Italia nel 1886 – e, in particolare, sul destino di quella meravigliosa Villa medicea che per ben 130 anni lo ha ospitato[4].

Anzitutto una questione di approccio

La chiusura dell'Ospedale psichiatrico giudiziario di Montelupo Fiorentino pone il tema della ridestinazione del complesso mediceo che sino ad oggi lo ha ospitato. La Villa, come noto, è di proprietà del Demanio ed assegnata in uso all'Amministrazione penitenziaria che la occupa interamente e che potrebbe potenzialmente continuare ad occuparla convertendo le funzioni da Ospedale psichiatrico giudiziario in funzioni di tipo carcerario. Del resto molte strutture storiche e di immenso valore artistico ed architettonico assolvono tutt'oggi a funzioni carcerarie, basti pensare al Maschio di Volterra o alla Fortezza spagnola di Porto Azzurro (Forte San Giacomo), per rimanere in Toscana. Questo non significa ovviamente che la Villa medicea dell'Ambrogiana debba continuare ad ospitare un carcere. Ma procediamo per gradi.

Almeno dal 2007 l'Amministrazione penitenziaria ha eseguito adeguamenti strutturali alla cosiddetta «Terza sezione» di detenzione (ex scuderie della Villa medicea) per circa 7,5 milioni di euro, innalzando notevolmente la qualità degli spazi detentivi interni rispetto agli anni appena precedenti al 2010-2011[5]. Oltre ai circa 120 internati presenti alla fine del marzo 2015, destinati ad essere trasferiti per effetto della definitiva chiusura dell'Ospedale psichiatrico giudiziario, vi lavorano oltre 150 persone

3 Seminario intitolato *OPG addio, per sempre*, tenutosi a Firenze il 4 marzo 2015 ed organizzato dal Garante regionale dei diritti dei detenuti della Toscana, dall'Associazione Volontariato Penitenziario Onlus di Firenze e dalla Fondazione Giovanni Michelucci.

4 Nel 1876 era stata aperta la prima Sezione per maniaci presso la Casa penale di Aversa.

5 Si ricorda che le visite compiute dalla Commissione parlamentare d'inchiesta sull'efficacia e l'efficienza del Servizio sanitario nazionale, istituita dal Senato della Repubblica e presieduta dal Sen. Ignazio Marino, vennero effettuate alla metà del 2010.

libro-25col modificato.indd 140 13/10/15 10:49

tra agenti di polizia penitenziaria (il gruppo più consistente), impiegati del comparto ministeri, medici ed infermieri (tra cui almeno un ventina con contratti di lavoro temporanei). Si configura cioè una situazione in cui l'Amministrazione penitenziaria è in possesso di spazi ristrutturati facilmente utilizzabili a fini penitenziari (per una capienza di almeno 120 posti, innalzabili probabilmente fino a 160) e con un personale già operativo, in buona parte residente nello stesso comune di Montelupo Fiorentino o nei comuni limitrofi.

D'altro canto, questa chiusura, apre varie ipotesi di ridestinazione possibile che vedono l'Amministrazione comunale di Montelupo Fiorentino legittimamente impegnata nel tentativo di recuperare la struttura e di caratterizzarla con funzioni al momento non definite che tuttavia non prevedono la permanenza di un carcere. Il 12 marzo 2015 il Sindaco di Montelupo Fiorentino, Paolo Masetti, dichiarava in una sua lettera alla stampa che «In quanto Sindaco di Montelupo Fiorentino desidero difendere gli interessi della città e della comunità che amministro nella consapevolezza che la presenza sul territorio di una struttura carceraria sia incompatibile con il recupero di un pezzo importante di città». Posizione effettivamente confermata dallo stesso la sera precedente in occasione della seduta congiunta della Commissione comunale consiliare *Lavori e sviluppo economico* e della Commissione comunale consiliare speciale *Villa medicea*[6] e del Consiglio comunale aperto effettuato il 22 aprile 2015. Pare utile rilevare inoltre che al di là di una posizione certa dell'Amministrazione comunale di Montelupo Fiorentino che sottolinea l'intenzionalità di procedere ad un recupero della Villa che non prevede nessuna residualità carceraria, non fa eco una posizione del tutto chiara da parte dell'Amministrazione penitenziaria. O meglio, l'Amministrazione penitenziaria sino a questo momento non ha formalizzato la decisione di abbandonare la struttura, tuttavia, per bocca dello stesso Provveditore regionale dell'Amministrazione penitenziaria Toscana, Carmelo Cantone, il 15 dicembre 2014, ha ribadito l'intenzione, per così dire, di «non opporre resistenza» al fatto di liberare la Villa medicea, in virtù anche di quanto auspicato dal Comune. Si tratta di una posizione però che deve essere contemperata con l'idea, sempre proveniente dai ranghi dell'Amministrazione penitenziaria, che quegli spazi, con la chiusura dell'Ospedale psichiatrico giudiziario, possano essere invece ripensati alla luce di ipotesi penitenziarie diverse, legate anche ad una progettualità nuova, e non limitative di un ritorno di parti della Villa al territorio. Certamente è una linea sostenuta con forza e legittimamente dalle sigle sindacali del personale penitenziario ancora

6 Le Commissioni consiliari sono state nuovamente convocate, con la stessa modalità, anche in data 26 marzo 2015.

libro-25col modificato.indd 141 13/10/15 10:49

in forza presso la struttura che hanno avuto l'occasione di ribadire la loro posizione e contrarietà all'abbandono delle funzioni carcerarie proprio nella seduta congiunta delle Commissioni consiliari prima richiamate. D'altro canto si tratta di una linea perorata anche dall'attuale direttrice dell'Ospedale psichiatrico giudiziario, Antonella Tuoni, che in un suo articolo apparso su Ristretti Orizzonti il 20 marzo scorso, si poneva una serie di comprensibili interrogativi sul destino della Villa che andrebbero seriamente approfonditi e posti in discussione. Affermava la direttrice:

> Pare che la – per certi versi famigerata e per alcuni oggetto del desiderio – Villa dell'Ambrogiana verrà definitivamente chiusa e come dirigente pubblico non posso che arretrare rispetto a tale decisione, ma non la comprendo. Non comprendo perché [così come dichiara il Sindaco] una struttura carceraria sia incompatibile con il recupero di un pezzo importante di città. Non comprendo perché sia così difficile seguire la preveggenza di [Giovanni] Michelucci quando progettò il Giardino degli incontri nel carcere di Sollicciano: l'arte in un luogo di pena.

Ora, date queste diverse posizioni che, in qualche modo difendono interessi legittimi anche se contrapposti, sembra opportuno porre qualche ulteriore considerazione, soprattutto in termini di *approccio* alla vicenda.

Stiamo discutendo di una vicenda complessa, assolutamente articolata, a tratti complicata. Gli internati, i lavoratori, l'Ospedale psichiatrico giudiziario e il suo superamento, l'identità carceraria della Villa, l'idea di poter dare nuova vita alla struttura mediante altre funzioni, sono termini che non possono essere affrontati per parti, separatamente l'uno dall'altro, senza tener conto cioè del loro intimo e lunghissimo legame. È un problema di reciprocità!

La Villa è un pezzo della città, anche se bisogna avere il coraggio di dire che in nessuna delle epoche storiche che sino ad oggi ha attraversato è stata fino in fondo fruibile dalla cittadinanza: né in epoca medicea, né in epoca lorenese, né durante l'ultimo secolo poiché finalizzata a manicomio criminale e ad Ospedale psichiatrico giudiziario. Certamente ha creato un indotto per il territorio, posti di lavoro, presenza e quotidianità, caratterizzando perfino l'identità del comprensorio comunale.

La Villa è un pezzo di città, anche se lungamente separata da alte mura, proprio perché nell'ultimo secolo ha assolto ad una difficile funzione pubblica, quella carceraria, che, per quanto generale, separata, ha avuto il suo incardinamento proprio nel Comune di Montelupo Fiorentino. Solo ad un osservatore distratto può sfuggire quanto la Villa e la sua ultima destinazione siano connaturate con la popolazione di

libro-25col modificato.indd 142 13/10/15 10:49

Montelupo: 130 anni di storia hanno visto transitare centinaia e centinaia di lavoratori da quella struttura, questi hanno operato come agenti di custodia un tempo, polizia penitenziaria oggi, medici ed infermieri, operatori della riabilitazione psichiatrica, personale educativo ed amministrativo, operatori del sociale, volontari. Si tratta di persone che hanno messo in moltissimi casi radici sul territorio, hanno acquistato casa, sono divenuti residenti, hanno mandato i loro figli nelle scuole di Montelupo. E tutto questo lungo oltre un secolo. In molte famiglie del paese vi è stato almeno un familiare che ha lavorato presso questa struttura. Molti giovani del comune – forse oggi non più giovanissimi – sin quando è rimasto attivo il servizio di leva militare, hanno scelto di assolverlo proprio nel corpo negli agenti di custodia. Chi scrive, cittadino da sempre del Comune di Montelupo Fiorentino, è nipote di un agente di custodia giunto dal Mugello e insediatosi con l'intera famiglia. Solo ad un osservatore distratto tutto questo appare un vezzo!

La Villa è un pezzo di città perché, nel bene e nel male, ha avuto il compito e la responsabilità di occuparsi di vite difficili, fragili, altamente esposte al rischio di esclusione sociale, marginali. Si tratta di un compito sociale e non solo. Si tratta, ancora, di una funzione pubblica. Si tratta di una responsabilità collettiva, da non derogare solo a quanti professionalmente sono chiamati ad occuparsene. Decine e decine di persone internate sono «uscite» in licenza (permessi temporanei o giornalieri) sul territorio, accompagnate o meno da volontari ed operatori. Negli anni alcune persone ex internate hanno scelto di rimanere nel comune ed iniziare lì una storia diversa. E la cittadinanza ha *naturalmente* accolto, è semplicemente cresciuta un po'. Mai un'opposizione! Mai un moto di preoccupazione! Siamo davvero sicuri allora che «l'interesse della città e della comunità» sia quello di allontanare da sé il carcere? Siamo davvero sicuri che l'opzione carceraria – in forme nuove, certamente rinegoziate, ripensate profondamente, – «sia incompatibile con il recupero di un pezzo importante di città»? Di quale città stiamo parlando? Di quella stessa città, famosa per le ceramiche artistiche? Di quella stessa città famosa per il detto: «Da Montelupo si vede Capraia, Iddio fa le persone e poi l'appaia»? Di quella stessa città famosa per il suo famigerato manicomio criminale? I montelupini non si sono mai sentiti offesi, né semplicemente imbarazzati, da questa presenza, perché il cosiddetto «manicomio», in fondo, è sempre stato parte di un'identità collettiva.

Ecco perché la questione è complessa. Ecco perché non sono ammesse semplificazioni, approcci superficiali! I termini in gioco devono essere trattati complessivamente o, per meglio dire, secondo un approccio olistico.

libro-25col modificato.indd 143 13/10/15 10:49

Ci muoviamo dentro un quadro culturale e sociale definito che solo in parte è stato tenuto presente dalle Amministrazioni (comunale e penitenziaria) direttamente coinvolte, le quali hanno probabilmente ragionato «per parti» e non secondo un approccio, appunto, *olistico*, in grado di cogliere tutti gli elementi in gioco, le interdipendenze, le tradizioni, la storia, e, perché no, l'occasione, storica, apertasi con il definitivo superamento dell'Ospedale psichiatrico giudiziario.

In questa prospettiva allora sono fondamentali le persone, i luoghi, le tradizioni.

L'Amministrazione comunale di Montelupo Fiorentino ha mantenuto un atteggiamento troppo incerto, opaco, nei confronti dell'intera vicenda, partecipando solo rapsodicamente al dibattito sul superamento degli Ospedali psichiatrici giudiziari e facendosi, solo negli ultimi mesi precedenti alla definitiva chiusura, promotrice di soluzioni per il recupero del complesso mediceo, soluzioni che peraltro non sono state esplicitate neppure in ipotesi, se non per la parte che esclude categoricamente l'opzione carceraria. Sarebbe stato importante che il Comune di Montelupo Fiorentino avesse affrontato con maggior decisione e presenza il tema delle *persone*, partecipando ad un processo culturale che andava decidendo sulla definitiva chiusura degli Ospedali psichiatrici giudiziari in Italia e sulle alternative a questa struttura.

Non basta partecipare all'organizzazione di un convegno nel 2008, per quanto importante per la definizione del DPCM del 1 aprile dello stesso anno, era necessario stare nel dibattito dall'inizio e continuativamente, proporre un pensiero, mantenere una centralità come il comune che per 130 anni ha ospitato la struttura manicomiale e psichiatrica. L'attenzione per le persone avrebbe altresì suggerito, non tardivamente come invece accaduto, che quel complesso comprendeva anche oltre 150 lavoratori determinati a tutelare i loro diritti e, perché no, intenzionati a dare un loro contributo circa il destino della Villa. Ed anche la dovuta e coraggiosa ordinanza emessa dal Sindaco Rossana Mori nel marzo 2009 (poi annullata dal TAR), a seguito del sopralluogo igienico-sanitario ASL presso l'Ospedale, che imponeva interventi urgenti di adeguamento della struttura in molte zone risultanti fatiscenti ed inadeguate, arrivava tardivamente poiché la struttura già da anni soffriva di condizioni al limite delle decenza e sicuramente quel piglio manifestato dall'allora Sindaco doveva essere mantenuto con altre azioni a tutela delle persone internate. Doveva forse essere valorizzata l'allora Commissione consiliare speciale sulle *Problematiche dell'Ospedale psichiatrico giudiziario*[7]; doveva forse essere nominato – come molti

7 Questa Commissione, attiva nella precedente legislatura del Comune di Montelupo Fiorentino, dal 2014 è stata nuovamente istituita ma rinominata, significativamente, in Commissione consiliare speciale *Villa medicea*, eludendo ancora una volta il nodo centrale della questione: le persone.

libro-25col modificato.indd 144 13/10/15 10:49

altri comuni sede di carcere in Toscana ed in Italia hanno fatto, oltre alla stessa Regione Toscana – un Garante comunale dei diritti dei detenuti.

E discutendo, invece, dei luoghi, non basta farsi promotori di una linea molto direttiva e, probabilmente un po' autoreferenziale. L'organizzazione da parte dell'Amministrazione comunale di Montelupo Fiorentino della Tavola rotonda del 15 dicembre 2014, intitolata; Villa medicea: p*unto e a capo. Quale futuro dopo il superamento degli OPG?*, alla presenza del Presidente della Regione Toscana e dell'Assessore regionale alla sanità, del Provveditore regionale dell'Amministrazione penitenziaria della Toscana, del Direttore dell'Agenzia del Demanio e del Presidente della Cassa Depositi e Prestiti, per quanto importante, ha avuto il solo pregio, a parere di chi scrive, di mettere assieme interlocutori di rilievo circa il mero recupero del complesso mediceo, delle mura, per quanto nobili. La Tavola rotonda, per l'appunto, ha continuato a ragionare per parti, escludendo anzitutto proprio le persone, non affrontando la questione nel suo complesso, ottenendo peraltro due risultati fuorvianti: introdurre l'ipotesi che il recupero della Villa possa prevedere interventi o acquisizioni (più o meno ampie, non meglio specificate) da parte di privati; rendere esplicita l'inesistenza di una proposta o di un progetto per il recupero del complesso da parte dell'Amministrazione comunale, tanto da dover ricorrere all'idea di attivare una *task force* (così definita dal Sindaco Masetti in quell'occasione) finalizzata ad individuare proposte e soluzioni, una proposta questa ribadita anche nella seduta congiunta delle Commissioni consiliari e nel Consiglio comunale aperto sulla Villa Medicea prima richiamati, non più nella forma della *task force*, ma del *gruppo tecnico*. Dopodiché nel Convegno è stata ribadita la prospettiva, assecondata anche dal Presidente della Regione, di immaginare un futuro della Villa senza alcuna presenza carceraria.

È vero, Il Convegno aveva probabilmente un orizzonte diverso: quello di occuparsi del «recupero» della Villa, tuttavia ad appena tre mesi dalla chiusura degli Ospedali psichiatrici giudiziari, si sarebbe dovuto affrontare la questione più imminente, discuterne, porre l'accento sulle prospettive delle persone interessate da questo processo. E invece no: non si è invitato il Garante regionale per i diritti dei detenuti, presenza che certamente non avrebbe stonato in quel contesto ed avrebbe assicurato una voce a tutela dei percorsi e dei diritti individuali; si è continuato a parlare per parti, affermando nella brochure di presentazione della stessa serata: «È arrivato il momento di avviare una concreta riflessione sulla destinazione futura di un bene di grande valore per la comunità, che vorremmo diventasse un *pezzo di città* con funzioni strategiche a livello nazionale».

libro-25col modificato.indd 145 13/10/15 10:49

Si aggiunga, d'altro canto, che la permanenza, eventuale, di un carcere dopo la chiusura dell'Ospedale psichiatrico giudiziario, può essere valutata o addirittura percorsa, laddove ricorra un'assoluta attenzione, soprattutto da parte dell'Amministrazione penitenziaria, ai luoghi ed alle tradizioni. Un presidio penitenziario potrebbe essere immaginato, ma nell'ambito di un contesto totalmente nuovo, aperto e adesso accessibile alla cittadinanza. Non dovrebbe trattarsi dunque di una semplice prosecuzione dell'attività penitenziaria all'interno della Villa, ma di una vera e propria *riprogettazione* di questo nuovo presidio, sicuramente più piccolo nei numeri, più aperto al territorio e, perché no, all'avanguardia nel panorama del sistema penitenziario nazionale.

L'approccio all'intera vicenda deve essere allora di tipo culturale: il frangente non può essere cavalcato meramente come un'occasione politica o, strumentalmente, come occasione per recuperare un bene, per quanto preziosissimo. Quello di cui siamo testimoni oggi, e cioè il superamento degli Ospedali psichiatrici giudiziari, ha una radice profonda, culturale, e rappresenta un passaggio per la vita del Paese Italia e, quindi, per l'intera cittadinanza di Montelupo e del territorio.

Poi una questione di metodo

La Legge 9 del 17 febbraio 2012, Conversione in legge, con modificazioni, del Decreto-legge 22 dicembre 2011, recante interventi urgenti per il contrasto della tensione determinata dal sovraffollamento delle carceri, all'art. 3 *ter* (Disposizioni per il definitivo superamento degli Ospedali psichiatrici giudiziari), al punto 10, afferma che «a seguito dell'attuazione del presente articolo la destinazione dei beni immobili degli ex Ospedali psichiatrici giudiziari è determinata d'intesa tra il Dipartimento dell'Amministrazione penitenziaria del Ministero della giustizia, l'Agenzia del Demanio e le Regioni ove gli stessi sono ubicati».

La legge traccia un percorso che al momento, almeno per la Villa medicea di Montelupo Fiorentino, è stato avviato solo in parte. Vi è certamente una interlocuzione in apparenza fluida tra il Comune di Montelupo Fiorentino, l'Agenzia del Demanio e la Regione Toscana, ma non del tutto definita con l'Amministrazione penitenziaria.

Al di là di un processo di intesa che si va definendo, entro il quale certamente l'Amministrazione comunale può avere un importante ruolo, anche se indiretto, considerando che l'ente non è espressamente previsto dalla legge, la questione, per i motivi sin qui espressi, deve essere affrontata anche, e soprattutto, da un'altra angolazione.

A partire dall'approccio che abbiamo voluto testé richiamare, appare fondamenta-

libro-25col modificato.indd 146 13/10/15 10:49

le avviare un processo di tipo *partecipato,* entro il quale proprio l'Amministrazione comunale di Montelupo Fiorentino possa ricavarsi un ruolo di stimolo, propulsivo e centrale, nel percorso di definizione delle funzioni della Villa medicea. A partire da questa angolazione corre allora l'obbligo di parlare di *processo* e di *metodo partecipato*. Se accettiamo che l'intera vicenda debba essere interpretata, così come siamo convinti, secondo un approccio culturale ampio, sembra allora coerente non procedere secondo stili autoreferenziali, né mediante fughe in avanti, né – possiamo dirlo – frettolosamente. È un processo quello che deve attivarsi (anche se tardivamente ormai) che da un lato veda aprirsi un dialogo franco e molto aperto tra le istituzioni che vengono richiamate dalla legge (Demanio, Amministrazione penitenziaria e Regione), in cui il Comune di Montelupo Fiorentino possa formalmente intervenire e giocare dunque pienamente il suo ruolo e, dall'altro, veda avviarsi un vero e proprio lavoro di progettazione partecipata che anzitutto metta assieme tutte quelle componenti, quei soggetti, che possono realmente concorrere ad una ridefinizione di quegli spazi e delle relative funzioni.

Le modalità operative con cui avviare questo processo di partecipazione possono essere molteplici, quel che dev'essere sottolineato è che si tratta di una scelta coraggiosa, non solo per il Comune di Montelupo Fiorentino, ma per tutti i soggetti coinvolti, poiché è insito in un processo di partecipazione mantenere una sensibilità ed una disponibilità per tutte le istanze, ciascuna delle quali deve essere considerata e posta in discussione. Ciò a voler significare, almeno in via di principio, che la prospettiva di un singolo soggetto, con molta probabilità, subirà modifiche, integrazioni, ampliamenti, man mano che la discussione procederà e si svilupperà e, pertanto, la soluzione finale difficilmente potrà rispecchiare perfettamente l'ipotesi di partenza, potrà certamente riportarne alcuni tratti, alcune caratteristiche, una impostazione generale.

Il percorso partecipato può essere entusiasmante. Sappiamo bene però che non stiamo parlando di inserire un oggetto per l'arredamento urbano in una piazza secondaria. Quello di cui si parla è un complesso la cui importanza, ampiezza e caratura, potrebbe riverberarsi decisamente sull'identità e l'economia dell'intero territorio. Con questa consapevolezza è evidente che il processo di partecipazione debba tener presenti le competenze e le legittime istanze di tutti quei soggetti istituzionalmente coinvolti: dal Demanio, all'Amministrazione penitenziaria, alla Regione, al Comune, alla Soprintendenza per i beni archeologici, paesaggistici, storici, artistici ed etnoantropologici; ma anche di quei soggetti che a diverso titolo si sono occupati

libro-25col modificato.indd 147 13/10/15 10:49

della Villa medicea o potrebbero occuparsene: dall'Università, alla Sanità regionale, al Garante regionale dei diritti dei detenuti, a Fondazioni o associazioni che spesso sono intervenute competentemente e per lungo tempo nel dibattito, come la Fondazione Giovanni Michelucci[8]. Ovviamente in questo processo di partecipazione dovrebbe essere assicurato ampio spazio alle persone e, quindi, in primis, alla cittadinanza di Montelupo Fiorentino.

La *valorizzazione* di quel bene – evitando una volta per tutte di continuare a parlare impropriamente di «recupero», «restituzione», «ritorno alla cittadinanza» – potrebbe davvero essere colta come un'occasione in cui sviluppare un grande processo di partecipazione che, pur tenendo presenti vincoli, esigenze funzionali, difficoltà finanziarie e risorse realmente disponibili e necessarie, approdi ad una proposta innovativa, all'avanguardia e pienamente a servizio della collettività.

A voler guardare allora da questa angolazione, gli eventuali «gruppi tecnici» che si vogliano porre alla guida di una progettazione appaiono fortemente dissonanti e funzionali soltanto a scelte autoriferite, sia che queste vengano prese dall'Amministrazione comunale o dall'Amministrazione penitenziaria o da chiunque altro.

L'interlocuzione, a parere di chi scrive, deve essere mantenuta a tutti i livelli, istituzionali e non, in maniera ampia, facendo passare l'idea che è necessario costruire una proposta condivisa in cui la Villa dell'Ambrogiana venga valorizzata mediante funzioni pubbliche che, diversamente integrate, garantiscano anche le necessarie coperture economiche.

Di nuovo allora: scelte dettate dall'intelligenza, dal pensiero e dal coraggio. La valorizzazione di un complesso così ampio, articolato e necessitante peraltro di restauri immediati, non può essere risolta in pochi mesi, ma richiede obiettivamente tempi lunghi. Allora perché non provare, per una volta, ad aprire un grande processo di partecipazione, finalizzato a scelte di senso, condivise, all'avanguardia.

Tutti gli enti preposti devono però concordare sul metodo, rendersi disponibili a supportarlo per il tempo necessario, impegnarsi a trovare risorse e soluzioni. In questa prospettiva può tornare allora possibile ripensare anche una presenza penitenziaria, certamente armonizzata, negli spazi e nelle funzioni, con un complesso molto aperto e ricco di altre funzioni al proprio interno. La presenza di un Ministero su un territorio

8 Già nel 1988 la Fondazione Giovanni Michelucci pubblicava, sul n. 4-5 de «La Nuova Città», un corposo inserto sulla Villa medicea dell'Ambrogiana, con ipotesi per il superamento dell'Ospedale psichiatrico giudiziario e proposte di valorizzazione della Villa. La Fondazione negli anni '90 ha partecipato peraltro all'elaborazione, insieme alla Regione Toscana ed alla Regione Emilia Romagna, di una proposta di legge per il superamento degli OPG, seguendo con puntualità, iniziative e proposte le sorti di questa istituzione negli anni seguenti.

libro-25col modificato.indd 148 13/10/15 10:49

in fondo mantiene ancora oggi un valore, sia dal punto di vista dell'occupazione, sia dal punto di vista dell'indotto, sia dal punto di vista strategico e della visibilità generale. In una prospettiva partecipata certamente può essere affrontata anche la questione di una eventuale partecipazione privata alla valorizzazione della Villa medicea, auspicabilmente collegata con funzioni pubbliche, a completamento e sostegno di queste ultime, scongiurando quelle «cordate private» che sovente tornano ad affacciarsi nel dibattito per la valorizzazione del complesso o, più subdolamente, come l'unica ipotesi plausibile per «restituire» la Villa alla cittadinanza, in un periodo dove – secondo il mantra corrente – il cosiddetto «pubblico» non può più farsi carico di tutto!

Vi è la necessità, in conclusione, di procedere con scelte coraggiose, abbassando i toni ed ogni atteggiamento autoreferenziale, nella convinzione di poter davvero avviare un processo di reale partecipazione all'altezza di coinvolgere interlocutori istituzionali e non, soggetti che a diverso titolo hanno operato per la Villa medicea, la cittadinanza. A livello locale, esiste già una Commissione consiliare speciale *Villa medicea* che, prima ancora di costituire «gruppi tecnici» ad hoc, potrebbe rappresentare la sede naturale per l'avvio, nelle forme più opportune, di un percorso di riflessione e partecipazione.

Ed infine una questione di idee

Alla base di scelte intelligenti e coraggiose devono esserci ovviamente delle idee.

Il processo di partecipazione appena richiamato, per quanto da definire adeguatamente nelle modalità tecnico-operative sia sul fronte istituzionale che locale, non prende avvio nel nulla. Vi sono infatti condizioni territoriali e storiche che devono essere tenute presenti; situazioni contingenti; proposte che nel tempo si sono affacciate ed accumulate; tutte degne di essere riportate all'interno di un dibattito. Questo a sostegno dell'idea, già espressa in precedenza, che la categorica esclusione del carcere appare essere di fatto un pregiudizio, poiché a quest'ipotesi, l'Amministrazione comunale, non accompagna un progetto complessivo e plausibile di valorizzazione della Villa, rimandando per giunta la questione ad un «gruppo tecnico» da formalizzare.

Ciò premesso, chi scrive, non è un nostalgico del carcere, non perora un mantenimento a tutti i costi di un presidio penitenziario, semmai cerca di argomentarne la plausibilità all'interno di un disegno di valorizzazione più ampio.

Se guardiamo alla collocazione territoriale della Villa medicea ci accorgiamo quanto

libro-25col modificato.indd 149 13/10/15 10:49

la valorizzazione di questo complesso debba anzitutto tenere presente il fantastico luogo che occupa: oltre al già noto accesso al fiume Arno, oggi interrotto, ma certamente ripristinabile, che la rende unica tra le Ville medicee, la struttura è collegata alla Chiesa parrocchiale dell'Ambrogiana, dedicata a San Quirico, Santa Lucia e San Pietro D'Alcantara, complesso di notevole pregio la cui ultima fondazione si deve a Cosimo III e collegato mediante un passaggio interno (una sorta di piccolo *Corridoio Vasariano*) alla Villa (oggi interrotto, ma anch'esso riattivabile, per lungo tempo adibito a sezione detentiva). In prossimità delle Scuderie (l'attuale «Terza sezione» di detenzione), appena sotto il muro di cinta, vi è la Chiesa di Santa Lucia, risalente al XVII secolo, oggi ben restaurata e adibita, dal 2007, ad accogliere il Museo archeologico di Montelupo Fiorentino. Nelle vicinanze, lungo l'Arno, vi è invece la Torre dé Frescobaldi, edificata nel XIV secolo, oggi di proprietà privata, che sovrasta magnificamente il piccolo borgo chiamato appunto *La Torre*. La Villa è poi immersa nel Parco dell'Ambrogiana, un polmone verde di assoluta bellezza e molto frequentato dalla cittadinanza, che avvolge l'intero complesso. Questo bel Parco si deve ad una validissima intuizione delle passate Amministrazioni comunali che, in questo modo, vollero avviare, di fatto, un processo di valorizzazione di un'importante area del comune, in preparazione ad una nuova vita della Villa medicea. Si tratta di un piano molto interessante che è proseguito con il restauro e l'apertura del Museo archeologico, presso la Chiesa di Santa Lucia e, in ultimo, con l'apertura, all'inizio del settembre 2013, della nuovissima scuola primaria, intitolata a Margherita Hack. Sulla via di accesso alla Villa – Viale Umberto I – vi è infine la ex fabbrica di ceramica *Fanciullacci*, un esempio di *archeologia industriale*, di proprietà del Comune di Montelupo Fiorentino, recentemente bonificata ed in attesa di una destinazione.

L'insieme di questi luoghi, posti su un fazzoletto di terra con al centro la Villa medicea, suggeriscono allora una valorizzazione di quest'ultima a partire ed in forte sinergia con tutte queste realtà. Pertanto il progetto di valorizzazione non può che partire da un ripensamento delle potenzialità di sviluppo dell'intera area, comprendente: la Chiesa parrocchiale di Santa Lucia e San Quirico, il corridoio interno di collegamento con la Villa, il Museo archeologico ed il Parco dell'Ambrogiana, l'accesso al fiume e, perché no, l'ex stabilimento ceramico *Fanciullacci*, ultimo ed importante esempio storico di manifattura ceramica rimasta sul territorio. Sarebbe un errore immaginare funzionalità interne che non si integrino perfettamente con quanto esiste già in quell'area.

libro-25col modificato.indd 150 13/10/15 10:49

Partendo allora da questa prima idea di riferimento, la valorizzazione della Villa potrebbe comprendere varie e differenziate opzioni, ad esempio: spazi museali e per mostre, spazi congressuali, spazi per archivi o luoghi della memoria, questi ultimi legati non solo con la lunghissima storia della Villa, ma anche con il recente trascorso di carcere, manicomio ed Ospedale psichiatrico giudiziario, cui ha assolto nell'ultimo secolo e mezzo. Il complesso fornisce già percorsi di assoluto pregio che, ovviamente previo restauro, configurano la possibilità di creare un percorso museale e di visita alla Villa che si snoda lungo le diverse sale interne ed il Salone nobile, affrescato con vedute paesaggistiche; i torrioni; il corridoio di collegamento con la Chiesa, il Giardino all'italiana; il Grottino sull'Arno. Lo stesso corridoio interno potrebbe assolvere a luogo per mostre, anche permanenti, nella prospettiva forse di recuperare dipinti di pregio come quelli ad esempio di Bartolomeo Bimbi o Giovanni Cinqui. Come dire la Villa dell'Ambrogiana completerebbe un sistema museale cittadino di assoluto rilievo, integrandosi con i Musei archeologico e della ceramica già attivi e con quelli che, domani, potrebbero essere immaginati: del vetro e di arte sacra, quest'ultimo a partire proprio dalla Chiesa dell'Ambrogiana. A queste soluzioni potrebbero ovviamente essere accostate altre ipotesi, non solo a servizio di quelle appena citate, come ad esempio: l'allestimento di una foresteria finalizzata ad accogliere una parte dei visitatori, oppure un punto d'informazione turistica attrezzato per l'intero comprensorio; ma anche più coraggiose e di più ampia prospettiva: collocarvi parte degli uffici comunali o degli uffici scolastici locali; aprire trattative per la configurazione di spazi, meglio se con finalità di tipo culturale, artistico, formativo e didattico, ad uso della Regione Toscana, dell'Unione europea, dell'Università degli studi, o ad uso di centri di ricerca, anche internazionali. Insomma le possibilità di sviluppo di questo complesso possono essere molteplici, ma necessitano, per così dire, di essere collocate in una «visione» più definita e condivisa di quell'area. Allora anche l'incerta sorte dell'ex complesso ceramico *Fanciullacci* potrebbe acquisire un nuovo respiro (continuare a parlarne in maniera separata non ha senso!): perché non spazio per una foresteria attrezzata, in vista di visitatori o partecipanti a convegni e congressi, o di turisti? Perché non spazio per la memoria o, per meglio dire «per le memorie», aperto anche alle scolaresche?

Peraltro molte delle opzioni appena richiamate, assieme ad altre, sono già state proposte ed articolate dalla stessa Fondazione Giovanni Michelucci, da sempre impegnata su questo fronte.

libro-25col modificato.indd 151 13/10/15 10:49

Le funzioni immaginate, almeno secondo l'opinione di chi scrive, dovrebbero restare in larghissima misura pubbliche, rifuggendo da ipotesi che introducono in modo non troppo chiaro acquisizioni o interventi, anche massicci, da parte di capitali privati. Per quanto sia comprensibile dal punto di vista finanziario l'idea che grandi investitori possano intervenire con acquisizioni più o meno ampie del complesso mediceo per finalità ad oggi non ben definite (auspichiamo che l'ipotesi di costruzione di un resort di lusso sia una mera provocazione!) appare contraddire fortemente con l'intenzione di vedere la Villa finalmente fruibile in ogni sua parte dalla cittadinanza tutta.

Certamente il mantenimento di funzioni pubbliche in un complesso così ampio è una vera sfida che solo attraverso un insieme di istituzioni ed un lavoro di integrazione molto intelligente può risultare possibile. In questa prospettiva dunque le stesse risorse necessarie per i restauri ed i riadeguamenti funzionali dovrebbero essere ripartite ed affrontate secondo un piano di investimento pluriennale sostenuto dalle diverse istituzioni coinvolte. Come è noto la sola Amministrazione comunale di Montelupo Fiorentino non ha le risorse sufficienti per un recupero ed una gestione integrale del complesso.

Su questa strada allora può divenire nuovamente attuale e possibile il mantenimento di una funzione penitenziaria che continui ad impegnare le ex scuderie («Terza sezione» di detenzione), peraltro interamente riadeguata con ingenti investimenti negli ultimi anni ed immediatamente utilizzabile. Questa soluzione avrebbe molti vantaggi dalla sua! Basti dire – evitando di ricorrere nuovamente agli aspetti culturali già richiamati, che pure continuano a valere – che un presidio penitenziario posto nella sola «Terza sezione», avrebbe il pregio di non lasciare incustodita la Villa nel periodo (probabilmente lungo) di progettazione e restauro dei vari ambienti. In seconda battuta manterrebbe sul territorio un importante numero di posti di lavoro e l'indotto che tale funzione ha sempre generato. Questa permanenza contribuirebbe, di fatto, ad attenuare una parte dei costi necessari alla ristrutturazione poiché le ex scuderie, rimanendo vincolate a questa funzione, non genererebbero ulteriori costi. Come dire, l'Amministrazione penitenziaria, secondo l'ipotesi di coinvolgere un gruppo di istituzioni pubbliche al fine di valorizzare la Villa, costituirebbe il primo soggetto. Non solo, come già avanzato più volte dal Garante regionale dei diritti dei detenuti Franco Corleone e dalla stessa direttrice dell'Ospedale psichiatrico giudiziario Antonella Tuoni, le persone detenute potrebbero, in diverso modo, essere impegnate lavorativamente in alcune opere di ripristino e riadeguamento di taluni spazi e, successivamente, nei lavori di ordinaria manutenzione. Il carcere dovrebbe

libro-25col modificato.indd 152 13/10/15 10:49

essere inserito in un progetto all'avanguardia, capace di farsi, esso stesso, risorsa del territorio. Ricordo le parole della direttrice:

> Non comprendo perché non potrebbe essere attivata la Convenzione siglata dall'ANCI e dall'Amministrazione penitenziaria per l'impiego di persone detenute in lavori di pubblica utilità, come hanno già fatto molti sindaci toscani. Non comprendo perché non si possa fare la manutenzione della Villa medicea e sfruttarne la potenzialità quale polo museale, espositivo e convegnistico, impiegando manodopera detenuta e ricorrendo alle ingenti risorse della Cassa delle ammende. Non comprendo perché il Ministero della giustizia e gli Enti locali non si possano alleare per restaurare l'edificio intercettando i finanziamenti strutturali europei in una prospettiva di tutela del bene, come vuole l'articolo 9 della Costituzione […]

È vero, si tratta di una sfida, di un percorso difficile, ma certamente entusiasmante. L'ipotesi di mantenere un presidio penitenziario non deve spaventare, non dev'essere mistificata, trattata strumentalmente ad uso di una o dell'altra parte politica, facendo emergere timori ed incertezze che, riteniamo, non appartengano in maniera diffusa alla popolazione di Montelupo Fiorentino. Il carcere, il manicomio, l'Ospedale psichiatrico giudiziario – torniamo a sostenere – appartengono ad un'identità collettiva!

Ciò a cui gli enti coinvolti, e soprattutto il Comune di Montelupo Fiorentino, devono puntare (dando vita ad una «negoziazione» con l'Amministrazione penitenziaria) sono le *qualità* di questo presidio carcerario, le caratteristiche complessive. Chi scrive è fermamente convinto che si possa realizzare un penitenziario piccolo, di non oltre 70 posti, a custodia attenuata e fortemente proiettato al reinserimento delle persone detenute. In un progetto complessivo che voglia divenire realmente all'avanguardia nel suo genere, anche la parte penitenziaria deve diventare punta avanzata nel sistema carcerario italiano, concependo una struttura nuova e capace di avviare processi virtuosi di reinserimento sociale. L'ipotesi allora potrebbe essere quella di una struttura piccola, non esposta al sovraffollamento, fortemente proiettata all'esterno, in grado quindi di cooperare con le istituzioni locali, finalizzata ad ospitare persone scarsamente pericolose ed ormai prossime all'uscita definitiva.

È da ritenersi che un'ipotesi del genere sia del tutto plausibile e percorribile. La definitiva permanenza di una struttura penitenziaria, con presidi minimi di sicurezza (mura e relative dotazioni) e, comunque, localizzata esclusivamente presso la «Terza sezione» (già di fatto autonoma in questo senso), non precluderebbe-

libro-25col modificato.indd 153 13/10/15 10:49

ro neppure il tanto auspicato inserimento della Villa medicea tra i siti *Patrimonio dell'umanità* dell'UNESCO, inserimento sino ad oggi precluso poiché il complesso non risultava fruibile.

Certamente una piccola struttura penitenziaria, così come affermato dal Garante regionale, potrebbe essere mantenuta anche per il periodo, certamente non brevissimo, necessario al riadeguamento ed al restauro della Villa, laddove si procedesse verso la definitiva chiusura di ogni presidio carcerario.

Quel che risulta probabilmente attuabile nel brevissimo periodo è l'abbattimento del muro di cinta che impedisce la piena visibilità e fruibilità della struttura. Il primo passo per intraprendere un vero percorso partecipato finalizzato alla valorizzazione della Villa medicea, potrebbe essere proprio quello di coinvolgere le persone detenute nell'abbattimento di quel muro, così come indicato più volte dallo stesso Franco Corleone. Un fatto che avrebbe un elevatissimo contenuto simbolico, ancor più alto, aggiungiamo in questa sede, se quell'abbattimento venisse effettuato insieme alla cittadinanza. Del resto stiamo parlando di un processo culturale, di un vero e proprio percorso di cittadinanza.

libro-25col modificato.indd 154 13/10/15 10:49

OPG: Gattopardi in agguato

Franco Corleone

È esagerato definire il 31 marzo, data della chiusura degli Opg, un momento storico che caratterizza la civiltà di un Paese? Penso di no, se si ripercorre la vicenda della riforma psichiatrica del 1978 e la lunga stagione della chiusura dei manicomi civili: si cancella ora l'orrore delle istituzioni totali che offendono il senso di umanità e la dignità delle persone.

Purtroppo questa consapevolezza è mancata a molti degli attori che dovevano essere protagonisti di questa rivoluzione e in particolare alle Regioni che hanno ricevuto risorse imponenti per far fronte a questo cambiamento copernicano.

Quasi tutte le regioni hanno giocato la carta del rinvio infinito e hanno privilegiato la via edilizia invece che quella dell'individuazione dei percorsi di inserimento sociale. Molte non hanno fatto nulla e oggi si ritrovano senza risposte nel territorio e senza strutture e sono costrette a mendicare ad altre regioni ospitalità per i propri pazienti. E la Toscana? Purtroppo non ha raccolto gli inviti a essere la prima a chiudere l'Opg di Montelupo, riallacciandosi alle sue radici illuministe che la videro prima nell' abolizione della pena di morte. L'Ufficio del Garante ha promosso due convegni per aiutare una discussione pubblica; in particolare, il 4 marzo scorso ha presentato una ricerca sulla realtà degli internati di Montelupo per sfatare miti e mostrare quanto sia ingiustificato il carcere-manicomio. Invano: alla logica riformatrice dei progetti terapeutici individuali, si è contrapposta, e imposta, la spinta conservatrice dietro l'interrogativo «Dove li mettiamo?». Come se non fossero persone che hanno commesso reati (non tutti gravi) e che hanno patologie che richiedono cure appropriate – come sono – ma bestie feroci da contenere, corpi di cui avere paura.

Così si spiega la ricerca affannosa di una struttura per le misure di sicurezza sostitutiva dell'Opg. Fallita l'ipotesi di una costruzione nuova a San Miniato, si è dato vita a un giro dell'oca che ha visto comparire e scomparire sedi ottime e altre improbabili: Massa Marittima, Empoli, Pistoia, Villanova a Careggi e infine la decisione di utilizza-

libro-25col modificato.indd 155 13/10/15 10:49

re una sezione del carcere Gozzini di Firenze. La chiusura degli Opg andava accompagnata al superamento della logica manicomiale, questa scelta invece riconferma la finalità securitaria, in uno spazio carcerario.

Ora si apre la battaglia per la modifica del Codice Rocco circa la non imputabilità per incapacità di intendere e di volere. Nel frattempo, gli ospiti delle Residenze per le Misure di Sicurezza mantengono la qualificazione giuridica di internati, dunque come Garante eserciterò le mie prerogative per assicurare e ampliare la sfera dei loro diritti.

RIFERIMENTI

F. Corleone, *Superamento tra tabù e colpevoli ritardi, in «Sanità Toscana», supplemento a «Il Sole 24Ore-Sanità»,* aprile 2015

libro-25col modificato.indd 156 13/10/15 10:49

Seminario «OPG addio, per sempre»: una sfida per il futuro

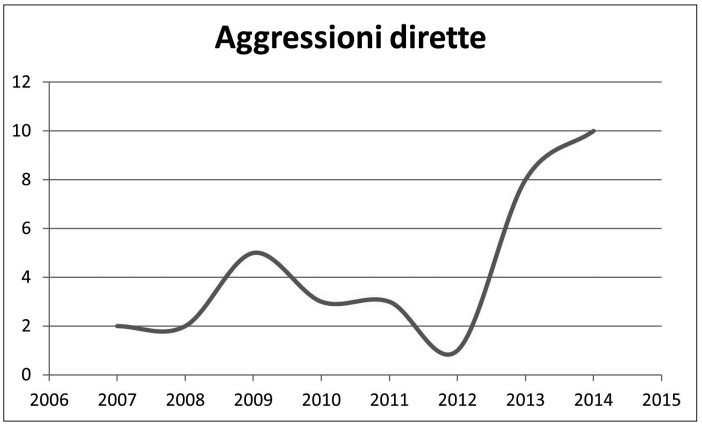
Antonella Tuoni

Pare – uso questo verbo per ragioni scaramantiche – che, finalmente, dopo un percorso non poco accidentato, arriveremo a tagliare il traguardo del superamento degli Opg. Il nostro impegno non può però dirsi terminato; dal primo aprile 2015 in poi occorrerà, infatti, profondere uguale se non maggiore impegno per impedire che la riforma evapori. Sappiamo tutti che chiuderanno gli Opg per lasciare il posto alle Rems ma dobbiamo essere altrettanto consapevoli che il sistema ordinamentale delle misure di sicurezza rimane inalterato in tutto il suo carattere granitico. Pertanto non dovremo perdere mai di vista l'obiettivo della riforma: assicurare agli internati livelli di prestazioni sanitarie eguali a quelli erogati ai cittadini liberi; garantire cure e non segregazione, ascolto e non contenimento. Credo allora che la prossima sfida dovrà essere quella di evitare il pericolo che molti hanno intravisto nella riforma: la trasformazione delle Rems in mini Opg. Il pericolo che la logica manicomiale, uscita dalla porta, rientri dalla finestra. Per evitare tale insidia sarà necessario investire molto in termini di formazione e di cultura. Non è sufficiente cambiare vestito per cambiare identità. Né sarà sufficiente importare nelle Rems i modelli gestionali sperimentati negli SPDC poiché l'obiettivo da centrare non è solo la cura del disagio mentale ma piuttosto disinnescare o, quantomeno, depotenziare il vischioso concetto di pericolosità sociale che la misura di sicurezza sottende e tutto il coacervo d'implicazioni che esso si porta dietro, in tema di sicurezza sociale, di paura dell'altro, di medicina difensiva, di posizione di garanzia del terapeuta; tutte forze che agiranno in maniera centripeta, come remore, contro il riassorbimento del reo folle nella società libera. Una grande sfida, dunque, che richiederà, a coloro che dovranno governare tale processo, primi fra tutti gli operatori sanitari, un grande sforzo e un grande coraggio, alimentati costantemente da una solida consapevolezza del proprio ruolo.

libro-25col modificato.indd 157 13/10/15 10:49

I risultati della ricerca condotta presso l'Opg di Montelupo saranno di fondamentale ausilio in tale cammino, ma vorrei offrire anch'io un piccolo contributo schematizzando i dati di una ricognizione curata dal vice comandante commissario Olivia Gremigni. Quando sono arrivata a Montelupo, si praticava, come del resto in tutte le altre strutture psichiatrico giudiziarie, la contenzione. Con non poca resistenza da parte del personale, forte dei dettami costituzionali, l'ho abolita. Tuttora, com'è emerso durante un recente corso di formazione organizzato dal servizio sanitario, parte del personale la rimpiange come rassicurante mezzo di tutela contro aggressioni fisiche degli internati. In effetti, come risulta dalla ricerca condotta dal vice comandante, ricerca che abbraccia un arco temporale che va dal gennaio 2007 al novembre 2014, la soppressione della contenzione ha fatalmente coinciso con un aumento degli episodi di aggressione o perlomeno questo è stato il macro risultato della ricognizione.

Anno	Aggressioni dirette
2007	2
2008	2
2009	5
2010	3
2011	3
2012	1
2013	8
2014	10

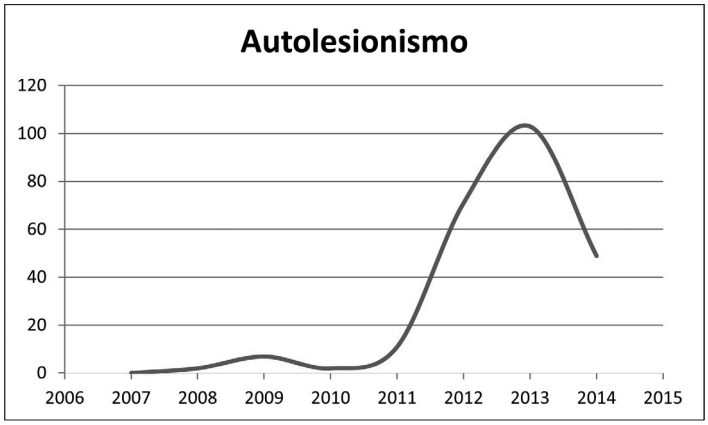


Sarebbe interessante approfondire alcuni aspetti: ad esempio, perché, a parità di durata del servizio attivo prestato, alcuni poliziotti non siano mai stati vittime di aggressioni oppure come mai alcuni nomi ricorrano più frequentemente di altri negli episodi. Ma l'aspetto che qui mi interessa evidenziare è che il comune denominatore di tutti gli episodi registrati è la carenza di una formazione specifica in materia di trattamento del disagio psichico. Orbene, se gli operatori, nel nostro caso penitenziari, fossero stati formati alla prevenzione e alla gestione del disagio mentale, gli episodi di aggressione o presunta tale, posto che per un grave malato di mente è improprio usare categorie comportamentali quali l'aggressione, implicanti la consapevolezza della condotta posta in essere, gli episodi di aggressione, dicevo, sarebbero potuti essere gestiti in maniera diversa? E, in tal caso, avrebbero avuto un altrettanto diverso esito?

libro-25col modificato.indd 158 13/10/15 10:49

Specularmente la ricognizione ha rilevato una verticale caduta degli episodi di autolesionismo.

Anno	Autolesionismo
2007	0
2008	2
2009	7
2010	2
2011	11
2012	71
2013	103
2014	49



A decorrere dal 2015 sono stati registrati due episodi di «aggressione» a carico del personale e venti gesti di autolesionismo.

Premesso che i dati sono falsati da un metodo di registrazione degli episodi che è stato messo a punto solo dal 2012/13 e che, quindi, prima di tale messa a punto, non sono stati rilevati tutti i dati, precisato inoltre che il numero delle persone ristrette presso la struttura, nel corso degli anni, è progressivamente diminuito, può comunque ragionevolmente affermarsi che l'abolizione di una pratica violenta come la contenzione, cui si ricorreva, non in casi eccezionali, ma in via ordinaria, senza alcuna specifica formalità, in assenza quindi di qualsiasi tipo di controllo di legittimità, ha prodotto, dopo una fase d'inevitabile assestamento e, direi, disorientamento del personale, un clima di maggiore distensione verso il recupero di rapporti umani, tra persone recluse e operatori, non inquinato dalla diffidenza che fatalmente genera la paura di essere legati a un letto e dallo sbilanciamento del rapporto operatori/persone recluse che inevitabilmente sostiene qualsiasi deriva istituzionalizzante.

Dobbiamo quindi fare tesoro dell'esperienza, per alcuni versi infausta, degli Opg, per non cadere, nelle future Rems, in analoghe forme di tentazione che purtroppo si annidano dietro qualsiasi porta chiusa a chiave. Se siamo riusciti in un Opg a non praticare la contenzione con 150/100 internati, in carenza di personale sanitario e praticando un regime tendenzialmente aperto delle camere di detenzione, a maggior ragione tale pratica medioevale dovrà essere bandita nelle Rems.

libro-25col modificato.indd 159 13/10/15 10:49

Dobbiamo continuare a coltivare le buone prassi, sviluppate nel contesto penitenziario, del costante confronto interprofessionale e dello scrupoloso approfondimento anamnestico, giudiziario e socio familiare per individuare il trattamento terapeutico riabilitativo più adeguato per la persona. Non perdere mai di vista insomma i bisogni del reo folle e non dimenticare mai che deve essere sempre e solo la persona, il centro degli sforzi di quella che sarà la futura équipe chiamata a interloquire con la magistratura di sorveglianza. Certo l'aspetto della sicurezza collettiva che tanto peso ha nella valutazione della pericolosità sociale rimane sempre come una sorta di totem a presidio del doppio binario ma non potrà più essere un alibi per ritardare percorsi di cura seri e individualizzati come, del resto, ha definitivamente sancito il legislatore nel 2014, nel momento in cui ha messo fine agli ergastoli bianchi.

Un' ultima considerazione la dedico alla villa, l'oggetto del desiderio, com'è identificata nella locandina del seminario del 5 marzo 2015.

È mia personale opinione che la struttura rechi in sé un' enorme potenzialità e sarebbe un peccato non coglierla. Al di là dei soldi spesi in questi anni per migliorarne le condizioni strutturali, penso che lo sforzo che dovrebbe essere fatto sia quello di guardare in alto, verso mete che magari oggi ci appaiono irraggiungibili o addirittura utopistiche. Quando si parla di carcere siamo tutti abituati, noi operatori per primi, a pensare alla maggior parte delle carceri che ben conosciamo, fatiscenti, sporche, carceri dove piove nelle celle, dove si schianta di caldo d'estate e si rabbrividisce d'inverno, dove si mangia vicino a dove si soddisfano i più elementari bisogni fisici, ecc.ecc.; chi non è mai stato in un carcere è comunque abituato ad immaginarselo come luogo tetro di espiazione. Perché invece non proviamo a pensare ad un carcere 'bello' che produce non segregazione ma libertà? Dove si abbia voglia di andare anziché essere costretti a segnare i giorni della disperazione che ci separano da una porta che finalmente si chiude dietro le nostre spalle? La villa medicea dell'Ambrogiana potrebbe essere la risposta: un carcere in un luogo inserito nel patrimonio mondiale dell'umanità.

Il mio auspicio, per il futuro della villa, è di sollevare lo sguardo dalla terra che calpestiamo tutti i giorni.

libro-25col modificato.indd 160 13/10/15 10:49

I dati sanitari delle persone negli OPG

Franco Scarpa

Nonostante gli Ospedali Psichiatrici Giudiziari abbiano una storia particolarmente lunga, essendo stati costituiti fin dal 1876, esistono limitati studi condotti in maniera completa e razionale, almeno in epoca recente, riguardo la tipologia dei disturbi psichici e dello stato clinico delle persone sottoposte a misura di sicurezza.

La ricerca più completa, anche se non molto recente, è certamente quella di Vittorino Andreoli del 2001, condotta in collaborazione con gli stessi Responsabili Medici degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari (Opg)[1].

Ancora prima lo studio Mo.Di.O.P.G., condotto dal gruppo di Fioritti e Melega, aveva preso in considerazione un campione di pazienti di tre Opg (Montelupo Fiorentino, Castiglione delle Stiviere e Reggio Emilia), comparandoli con un analogo gruppo di utenti dei Servizi di Salute Mentale del territorio.[2]

Con l'occasione del percorso di Riforma degli Opg, l'Istituto Superiore di Sanità ha dato avvio nel 2012 ad uno studio completo, approvato e finanziato nell'ambito dei progetti CCM (Centro Nazionale per la Prevenzione ed il Controllo delle Malattie), mirato alla valutazione di tutti i pazienti presenti negli Opg d'Italia alla data del 31 maggio 2013.

In ogni Opg, un Unità Operativa di ricerca, coordinata dal Responsabile Psichiatra del Servizio Sanitario, ha condotto la valutazione dei pazienti.

Lo studio è terminato nel mese di Febbraio del 2015, ed i dati ufficiali sono stati presentati in un Convegno Nazionale a Roma il 18 febbraio e, successivamente, nel

1 V. Andreoli, *Anatomia degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari Italiani*, Roma Dipartimento dell'Amminstrazione Penitenziaria, Ufficio Studi e Ricerche, legislazione e rapporti internazionali 2002, <www.rassegnapenitenziaria.it>

2 A. Fioritti e V. Melega, *Il Progetto Mo.Di.OPG: valutazione e follow up di una popolazione internata in ospedale psichiatrico giudiziario*, in G. De Giroalma *et al.* (a cura di), *Progetto Nazionale Salute Mentale, rapporti ISTISAN 00-12*, Istituto Superiore Sanità, Roma 2000; 115-20

libro-25col modificato.indd 161 13/10/15 10:49

corso di un Seminario organizzato ad Empoli il 23 febbraio 2015 dall'Unità Operativa «Salute in Carcere» del Dipartimento di Salute Mentale (DSM) dell'Azienda Sanitaria 11 della Toscana.

La valutazione completa ha riguardato nel complesso 473 pazienti, pari al 47% dei pazienti in Opg, 90 % dei quali di sesso maschile cui sono stati somministrati una serie di test e di strumenti diagnostici per «misurare» sia lo stato clinico psichiatrico che gli aspetti di salute fisica.

Si riasumono di seguito brevemente i dati più salienti riscontrati al termine della ricerca e che posso dare utile quadro decsrittivo della tipologia di persone che sono presenti negli OPG e delle problematiche da affrontare per garantire loro un adeguato percorso di cura e riabilitazione.

Gli strumenti utilizzati per la raccolta dati sono:

- Scheda di raccolta dati sul paziente: dati sociodemografici, anamnesi psichiatrica (trattamenti in corso e pregressi, percorsi di cura), dipendenza da sostanze, rete sociale, rapporti con servizi psichiatrici di residenza, dati giudiziari di interesse sanitario
- Disabilità fisica e necessità di assistenza (Phisical Health Index)
- Valutazione cognitiva e delle abilità intellettive (Mini Mental State Examination, Matrici Progressive di Raven)
- Diagnosi psichiatrica ICD9-CM (SCID-I; e intervista SIDP-IV)
- Gravità sintomatologica (BPRS a 24 item)
- Funzionamento globale (VGF)
- Bisogni del paziente (CANFOR-RV)

I dati emersi mostrano come la popolazione delle persone in OPG sia caratterizzata da una particolare eterogeneità per tipologia diagnostica e per caratteristiche di provenienza socioculturale.

Prevale logicamente la presenza di internati di nazionalità italiana poiché il numero di stranieri è del 14,6%, notevolmente inferiore alla media degli Istituti Penitenziari ordinari dove essa supera largamente il 40 %. L'età media delle persone internate è di 42,5 anni. Il 73 % di essi non è sposato e non ha figli. Il 50% viveva con la famiglia di origine prima del ricovero in OPG.

Il livello di scolarità è molto basso per cui il 70 % non va oltre la Licenza di Scuola Media Inferiore (51,8% Scuola Media Inferiore e 19,1% Scuola Elementare). Soltanto il 20 % delle persone aveva un lavoro stabile prima dell'internamento per cui la somma del numero dei disoccupati, o con lavoro saltuario (57,5 %), e dei pensionati

libro-25col modificato.indd 162 13/10/15 10:49

per invalidità (16,5%), fa sì che nel complesso 3 persone su 4 non abbiano potuto contare su concrete disponibilità economiche prima dell'internamento.

Il 33,4 % delle persone internate ha una malattia fisica grave, per la quale è in trattamento farmacologico. Lo stato di salute generale non è comunque sufficiente poiché il 36,5 % è in sovrappeso e il 23,7% è decisamente obeso con un Indice di Massa Corporea (BMI) superiore al valore di 30. Lo stile di vita delle persone internate è caratterizzato da una sedentarietà e da abitudini che favoriscono l'insorgenza di malattie: 80% dei pazienti fuma, e di essi il 50% supera le 20 sigarette al giorno, mentre il 7,6 % presenta una disabilità fisica determinata da patologie del sistema nervoso centrale.

Per quanto riguarda la patologia psichiatrica, si riscontra come una percentuale superiore al 62 % è portatore di un disturbo psichiatrico di tipo schizofrenico (39,5 % di tipo Schizofrenico e 23 % per altre forme di Psicosi). Notevole è il numero di soggetti, il 20 %, portatore di un Disturbo di Personalità. A fronte di una modesta percentuale di soggetti con Diagnosi di Dipendenza da sostanze, o alcol, si rileva come più del 55%, oltre ad essere portatore di un Disturbo Psichico, presenta comorbidità grave con Abuso o Dipendenza da sostanze.

Di particolare interesse è il dato relativo alla durata media di malattia, o di presenza di disturbi: tale media al momento del rilievo, supera i 18 anni. Il 75% dei pazienti aveva già avuto un contatto con Servizi pubblici per il trattamento dei disturbi ed il 60 % di essi, in specifico, con i Dipartimenti di Salute Mentale. Da notare anche come l'età media di esordio è stabilita sui 23 anni, valore di solito più alto della reale comparsa dei primi sintomi, e delle manifestazioni di malattia, che spesso vengono sottovalutati o tenuti nascosti. In aggiunta al già citato rilievo di lunga durata della malattia, si può affermare certamente che i pazienti internati negli OPG presentano una maggiore gravità del disturbo.

Altro dato che evidenzia la gravità dei Disturbi, e della condizione patologica presenta, è il rilievo che il 30% dei pazienti ha subito un ricovero con Trattamento Sanitario Obbligatorio, prima dell'internamento, ed in molti casi i trattamenti, o ricoveri, si sono ripetuti più volte.

Quasi tutti i pazienti sono in trattamento farmacologico (97%) ed interessante è il dato, anche se non soddisfacente, relativo al 25,6 % dei pazienti sottoposti ad una forma di trattamento psicoterapeutico. Mi preme far rilevare come la percentuale di tali pazienti, cui sono assicurati trattamenti psicoterapeutici, individuali o di gruppo, è notevolmente maggiore tra i pazienti dell'OPG di Montelupo (il 46,3 %).

libro-25col modificato.indd 163 13/10/15 10:49

Scarso invece è il numero di ore di riabilitazione individuale o di gruppo: solo un ora a persona nel 17 % dei casi mentre solo il 15 ha avuto più di 5 ore di riabilitazione per almeno 8 ore settimanali.

I contatti con i familiari non sono sempre assicurati (da tenere conto che esistono ancora distanze spesso considerevoli tra sedi di OPG e residenza delle persone) per cui il 21 % non ha potuto fare colloqui con familiari nell'ultimo mese ed il 17 % ne fa solo uno al mese.

Analogamente, nel mese precedente al rilievo, il 52 % non ha avuto alcun contatto con i Servizi di competenza, pur avendo oltre il 50 % di essi un progetto terapeutico finalizzato alla dimissione.

In conclusione, dai dati rilevati possono essere utili a riflettere sul futuro affidato alla rete di strutture post OPG (le Residenze Sanitarie per l'esecuzione delle misure di sicurezza detentive) che dovranno essere adeguate ai bisogni di cura e di riabilitazione che le persone presentano, sia per la condizione psichiatrica che per la necessità connesse alla ricostituzione di un progetto esistenziale in grado di prevenire nuove recidive di comportamenti.

Il percorso di superamento, e di definitiva chiusura degli OPG, richiede ancora un intenso sforzo di cambiamento culturale dell'attività dei Servizi Territoriali, che dovranno accogliere i pazienti autori di reato il cui grado di pericolosità sia contenibile nella rete delle strutture del territorio, non disgiunta da una collaborazione con i periti nominati dal GIP, basata sullo scambio di informazioni con i Servizi, finalizzata a definire il Percorso Terapeutico adeguato alle necessità di cura della persona e più idoneo ad evitare l'invio in misura detentiva, cioè in grado di «far fronte alla sua pericolosità sociale», come prevede la modifica introdotta dalla Legge 81 del 2014.

Le risorse che dovranno essere messe a disposizione, nella prima fase di applicazione delle norme testé descritte, finalizzate a dimettere tutti gli attuali internati, dovranno essere costantemente reintegrate o adeguatamente programmate in ogni Servizio per poter mantenere attivi i Progetti Terapeutici ma anche per formulare i progetti terapeutici rivolti ai nuovi pazienti che, incorsi in procedimenti giudiziari, potrebbero essere oggetto di misure di sicurezza detentive.

È indispensabile infine l'integrazione tra funzioni cliniche e terapeutiche, in capo al Servizio Psichiatrico, e le competenze «valutative» del Consulente Tecnico, cui sarà demandato il compito di fornire al Magistrato le notizie ed informazioni utili a decidere sull'adozione dei provvedimenti necessari a realizzare i progetti e giungere nel complesso ad una revisione della pericolosità sociale, come frutto di un reale

libro-25col modificato.indd 164 13/10/15 10:49

percorso terapeutico riabilitativo condotto dai Servizi di Salute Mentale al di fuori delle strutture penitenziarie.

Chiudere l'OPG sarà solo il simbolo del cambiamento verso una Rete territoriale della Salute Mentale in grado di farsi carico anche dei pazienti più difficili, in un ottica pienamente terapeutica e non sanzionatoria, evitando quei meccanismi di esclusione e di stigmatizzazione che scaturiscono dall'attuale definizione giuridica di pericolosità sociale e di internamento giudiziario.

NOTA

I dati indicati nel testo sono ricavati dalla Ricerca «Valutazione dei pazienti ricoverati negli Ospedali Psichiatrici Giudiziari (OPG) finalizzata a proposte di modifiche degli assetti organizzativi e di processo», coordinato da Ilaria Lega, dell'Istituto Superiore di Sanità, reparto salute mentale centro nazionale di epidemiologia, sorveglianza e promozione della salute (CNESPS) supportato dal Centro Nazionale per la Prevenzione e il Controllo delle Malattie del Ministero della Salute (CCM).[3]

3 I. Lega, D.Del Re, F. Mirabella, T. Di Fiandra ed il gruppo OPG-ISS, *Verso il definitivo superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari*, Inserto BEN, Roma 2015.

libro-25col modificato.indd 165 13/10/15 10:49

libro-25col modificato.indd 166 13/10/15 10:49

L'OPG e oltre: scenari di programmazione normativa regionale toscana verso il superamento dell'istituto dell'Ospedale Psichiatrico Giudiziario

Rosaria Francica

Premessa

Il presente lavoro rappresenta un estratto di un elaborato più ampio, presentato a conclusione del «Master in Programmazione e Valutazione» organizzato dalla Regione Toscana.

Nella ricerca si è fornito un resoconto il più possibile analitico dei passaggi in cui si è articolato il processo di superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari, lungamente auspicato e solo oggi, a distanza di più di trent'anni dalla «rivoluzione basagliana», giunto al suo definitivo compimento.

Nel merito, si è proceduto ad una preventiva disamina delle «vicissitudini» che hanno caratterizzato l'«istituto» dell'Ospedale Psichiatrico Giudiziario, dalla sua comparsa nell'ordinamento italiano alla definitiva «consacrazione» quale misura di sicurezza all'interno del Codice Rocco, sino ai giorni nostri.

Il riferimento codicistico, unitamente alla giurisprudenza costituzionale intervenuta in materia, ha fornito – inoltre – l'occasione di «fare il punto» sull'attuale configurazione del concetto di pericolosità sociale. Quest'ultimo risulta, infatti, interessato da una progressiva «crisi», sulla quale sono intervenuti i recenti interventi normativi di riforma, mutandone profondamente la struttura, tanto che si è parlato di rischio di «decontestualizzazione» della misura.

La trattazione si è, successivamente, soffermata sull'analisi dell'«intelaiatura normativa» che, nel tempo, ha sorretto il processo di superamento degli Opg, a livello nazionale: dal D.P.C.M. del 1°aprile 2008, di trasferimento della sanità penitenziaria alle Regioni, al D.L. n.52 del 2014 conv. in L. n.81/2014, adottato a conclusione di tale percorso.

La prospettiva è stata, poi, trasposta nel contesto regionale toscano, con valutazione della programmazione normativa intervenuta in attuazione di un iter già tracciato dalla legislazione «centrale» (dalla DGR n.841/2011 alla DGR. n.666/2015).

libro-25col modificato.indd 167 13/10/15 10:49

Sono stati infine raccolti i contributi dei Responsabili dei Dipartimenti di Salute Mentale afferenti alle diverse Aziende Usl toscane, intervistati al fine di cogliere le valutazioni e le riflessioni maturate con riguardo al definitivo superamento degli Opg. Ad esse si accompagnavano, inoltre, eventuali proposte tese ad orientare l'intervento del Legislatore regionale ad un miglioramento delle condizioni di lavoro dei DSM, il cui apporto risulta determinante per il buon esito dell'intero processo.

La parola ai DSM: opinioni e commenti alla Riforma da parte dei Responsabili dei Dipartimenti di Salute Mentale sul territorio toscano. Verso un «nuovo corso» per la tutela della salute mentale dei pazienti psichiatrici autori di reato?

Il processo di superamento dell'istituto dell'Ospedale Psichiatrico Giudiziario, importa – com'è noto – un più consistente impegno da parte dei Dipartimenti di Salute Mentale sul territorio nelle attività di presa in carico anche dei pazienti psichiatrici autori di reato.

I DSM sono, infatti, tenuti a predisporre per questi ultimi dei progetti individuali di cura e riabilitazione volti a consentire una loro più agevole dimissione ovvero un percorso alternativo all'internamento (Opg – REMS), ove le condizioni di tali pazienti lo consentano.

Proprio in vista di tale rinnovato impegno e dell'esperienza «operativa» maturata negli anni in rapporto alle attività di «presa in carico» in precedenza delineate, si è ritenuto opportuno avvalersi dell'apporto dei Responsabili dei Dipartimenti di Salute Mentale afferenti alle Aziende Usl dislocate sul territorio toscano, ai quali è stata formulata la richiesta di fornire le proprie osservazioni e riflessioni sul processo in questione attraverso una breve intervista.

Ad 8 dei 12 Responsabili dei Dipartimenti di Salute Mentale afferenti alle 12 Aziende Usl toscane (o a loro delegati), sono state poste – dunque – principalmente tre domande riconducibili a:

a) **Successione OPG-REMS**
   Riflessioni generali in merito al processo di superamento dell'istituto dell'Ospedale Psichiatrico Giudiziario e correlato intervento delle REMS;
b) **Intensificazione dell'impegno dei DSM**
   Possibili risvolti del più intenso impegno richiesto nelle attività di presa in carico di pazienti psichiatrici autori di reato rispetto alle ordinarie attività dei Diparti-

libro-25col modificato.indd 168 13/10/15 10:49

menti (con particolare riguardo all'assistenza garantita ai pazienti psichiatrici non autori di reato);

c) **Proposte di miglioramento (programmazione regionale)**
Formulazione di proposte di miglioramento della programmazione regionale toscana per migliorare le condizioni di lavoro dei Dipartimenti.

Si è scelto di porre domande a risposta aperta, dalla portata abbastanza ampia, per far sì che emergesse l'opinione degli intervistati riguardo alle questioni in gioco, senza indirizzare preventivamente l'intervista con domande più specifiche.
Successivamente, sono state poste – ove possibile – ulteriori domande riferite a tematiche determinate, emerse dall'evoluzione della normativa e dall'analisi dottrinale. Ci si riferisce, in particolare, a:

d) **Indifferenziazione dei percorsi/rischio «mini-OPG»**
Caratteristica di indifferenziazione dei percorsi a seconda delle patologie presentate dai pazienti nelle REMS e rischio di realizzazione di veri e propri «mini-OPG»;

e) **Rischio di sovraffollamento delle strutture intermedie**
Possibile sovraffollamento riconducibile alle strutture intermedie, a fronte dell'attribuzione (prima giurisprudenziale, poi normativa) della qualifica di «extrema ratio» alla misura dell'internamento in REMS;

f) «**Decontestualizzazione» della pericolosità sociale**
Pericolo di «decontestualizzazione» del concetto di pericolosità così come delineato dalle disposizioni introdotte dalla Legge n.81/2014 (in particolare, inapplicabilità dell'art. 133 c.2 n.4 c.p.), [eventuale, possibilità di intervento delle neuroscienze nel giudizio di pericolosità];

g) **Posizione di garanzia dello psichiatra**
Impatto della valorizzazione della posizione di garanzia dello psichiatra nella presa in carico del paziente dimissibile, in coerenza con le disposizioni di cui alla L. n.9 del 2012, a partire dall'ordinanza del Tribunale di Sorveglianza di Firenze del 15.02.2012;

h) **Stigma/difficoltà di integrazione dei soggetti internati**
Esistenza di uno stigma nei confronti delle persone internate da parte delle comunità locali e difficoltà di integrazione con il territorio delle strutture tese a favorire il recupero dei pazienti psichiatrici autori di reato.

libro-25col modificato.indd 169 13/10/15 10:49

Le risposte fornite dagli intervistati[1] – correlate da interessanti spunti di riflessione talvolta non omogenei e riconducibili alla sensibilità e all'esperienza del singolo professionista, talvolta coincidenti tra loro – possono essere sintetizzate come segue:

Azienda Usl 3 Pistoia – Dott. Vito D'Anza

Il Dottore sostiene la necessità del superamento degli Opg sulla base di considerazioni di duplice ordine. In primo luogo, partendo dalla consapevolezza del fatto che l'inchiesta svolta dalla Commissione Marino abbia «acceso i riflettori» sulle criticità relative alle condizioni di tali istituti, da tempo tristemente note agli operatori di settore; l'intervistato ritiene che tale superamento risulti doveroso specie in un paese come l'Italia, in cui già da tempo si era provveduto all'eliminazione dei manicomi comuni. In secondo luogo, a sostegno di tale processo, egli riconduce il problema della certezza della pena, rispetto al quale evidenzia una sostanziale discriminazione nei confronti degli autori di reato con problemi psichici rispetto alla restante congerie di autori di reato.

Ricorrerebbe, in sostanza, una sorta di doppio circuito all'interno del quale solo a questi ultimi sarebbe riconosciuto il diritto ad un regolare processo ed, in caso di condanna, ad una pena certa. È, invece, risaputo il fatto che, storicamente, tale certezza non sia mai stata riconosciuta ai pazienti psichiatrici autori di reato, interessati da un sistema di proroghe che consentiva di far perdurare la loro permanenza [in Opg] quasi all'infinito (c.d. ergastoli bianchi). Tale permanenza aveva luogo, peraltro, in una struttura ibrida, che sotto le spoglie di un «ospedale» mal celava un vero e proprio carcere, e dei peggiori.

È opinione del Dottore che ai fini dell'effettivo superamento di tali istituti sia, tuttavia, particolarmente necessaria la modifica del Codice Penale, in modo da ricondurre al medesimo circuito pazienti imputabili e non imputabili: a questi ultimi, se condannati, dovrebbe essere offerta la necessaria assistenza in carcere.

Rispetto alla problematica sub d) l'intervistato ritiene che, come avveniva per i manicomi civili, a «contenitori» grandi ed indifferenziati corrisponda sempre una situazione qualitativamente peggiore: anche per tale motivo esprime la sua contrarietà alla REMS in favore di un percorso unitario per cittadini autori di reato. Sulla questione

1 Le interviste sono state registrate a mezzo di dittafono, a fronte di preventiva presentazione di informativa per la tutela dei dati personali ex art. 13 d.lgs. 196/2003 (Codice della Privacy), debitamente firmata per presa visione da parte di ogni intervistato, ad esclusione di quella svolta in data 06.05.2015 con il Dott. Sarlo il quale non ha acconsentito alla registrazione dell'intervista.

libro-25col modificato.indd 170 13/10/15 10:49

sub e), egli ritiene fondato un rischio di sovraffollamento a carico delle strutture intermedie, ma la sua entità dipenderà sia dal fatto che il Ministero della Giustizia voglia fornire ai magistrati una cornice di massima sul punto, sia dalle modalità con cui opereranno tali strutture. Non desterebbe particolare inquietudine il rilievo sulla posizione di garanzia, esistente in diverse professioni compresa quella medica: nel momento in cui essa venisse in questione, il professionista non potrebbe far altro che dimostrare il fatto che il paziente sia seguito, stia svolgendo un percorso di recupero e indicare in maniera tracciabile le attività svolte in rapporto allo specifico progetto.
Si registrerebbe, inoltre, ai giorni nostri, una copiosa espansione del fenomeno della c.d. medicina difensiva la quale, in ambito psichiatrico, potrebbe rischiare di declinarsi in una maggiore inclinazione degli psichiatri a prolungare nel tempo le valutazioni di pericolosità dei pazienti.
In risposta alla domanda sub b), il Dottore afferma che la sussistenza o meno di uno sbilanciamento in termini di impegno e risorse a vantaggio dei pazienti psichiatrici autori di reato dipenderà dalla qualità del lavoro svolto dai DSM nonché dalla presenza di linee di indirizzo fornite, a livello regionale, sul punto.
Circa le proposte migliorative sub c), per l'intervistato occorrerebbero maggiori risorse riferite sia allo sviluppo di percorsi assistenziali sul territorio sia all'incremento delle attività di formazione degli operatori.

Azienda Usl 6 Livorno – Dott. Mario Serrano

Per l'intervistato la riforma sarebbe caratterizzata da elementi positivi prevalenti, avendo essa posto i Dipartimenti in un clima e in una disponibilità di risorse migliore rispetto al passato. Qualche perplessità susciterebbero, in particolare, le modalità di attuazione delle nuove disposizioni normative da parte degli interpreti locali, i quali potrebbero orientare il loro agire in modo del tutto opposto allo spirito della riforma in menzione (es. programmazione regionale lombarda caratterizzata dalla creazione di un numero spropositato di REMS).
Sussisterebbe, inoltre, il rischio sub d) posto che, con l'avvento delle REMS potrebbe concretizzarsi la possibilità di dar luogo a situazioni non troppo differenti dal passato sebbene più appetibili (in quanto più idonee a livello igienico e abitativo), e ciò anche a fronte della mancata riforma del Codice Penale. Sarà, dunque, decisivo l'elemento della qualità dei servizi, i quali dovranno svolgere le attività di presa in carico di loro competenza con atteggiamento proattivo, anche a fronte delle risorse messe a disposizione, a livello regionale, per lo svolgimento di progetti alternativi.

libro-25col modificato.indd 171 13/10/15 10:49

Sulle attuali condizioni degli Opg avrebbe, peraltro, pesato la questione dell'istituzione delle sezioni di osservazione all'interno delle carceri, attuata in modo del tutto insufficiente sul territorio nazionale.
Circa la problematica sub e), a fronte – anche in questo caso – della mancata modifica del Codice Penale, per l'intervistato bisognerà verificare quale sarà l'effettivo impatto della riforma sulla magistratura.
Se, in passato, i giudici – consapevoli del fatto che ad una decisione che disponeva l'internamento avrebbe fatto seguito l'invio della persona in un luogo del tutto disumano – si mostravano molto attenti e selettivi sulla questione della pericolosità, già a partire dall'intervento delle sentenze che eliminarono l'automatismo tra giudizio di pericolosità ed internamento, essi mutarono il loro modo di operare.
Se, per un verso, infatti, tali arresti avevano attribuito ai giudici la possibilità di valutare in sentenza strade meno antiterapeutiche dell'Opg (in quel momento possibili), per altro verso, essi avevano indotto i giudici stessi a «rompere gli argini», nel senso che soggetti in precedenza non ritenuti pericolosi, a quel punto vennero ritenuti tali, vista la possibilità di attivare un percorso alternativo.
Fu, dunque, facile profetizzare che sarebbero aumentati gli invii in Opg. Ciò perché, a livello teorico, la dichiarazione di pericolosità ricorreva con maggiore facilità nella speranza di individuare dei percorsi alternativi .
Si trattava, tuttavia, di una possibilità di frequente inattuata a causa della carenza di risorse finanziarie funzionali al pagamento delle rette oppure del ricorrere di situazioni per cui un soggetto dichiarato pericoloso, pur nell'ambito di un percorso alternativo, al primo «intoppo» vedeva aprirsi le porte dell'Opg (una volta intervenuta la dichiarazione di pericolosità sarebbe stato, infatti, difficile individuare un perito pronto a smentire tale valutazione)
L'intervistato ritiene, quindi, fondato il rischio sub e) posto che le strutture residenziali forniscono un valido apporto solo se ben condotte ed integrate in una visione progettuale dei pazienti. Se, invece, dovesse prevalere un approccio che si limitasse a collegare la gestione di un «paziente difficile» ad una logica di internamento «a vita», e se tale logica si utilizzasse anche in relazione agli altri pazienti in assenza di un lavoro di progetto con il paziente e con le famiglie svolto dai servizi, si darebbe luogo a situazioni di sovraffollamento in modo non diverso da quanto accadeva nei manicomi civili. Sulla questione sub f) il Dottore si esprime positivamente riguardo alla modifica normativa, visto che l'assenza di strutture idonee ha costituito un vero e proprio alibi per il servizio sanitario.

libro-25col modificato.indd 172 13/10/15 10:49

Circa la posizione di garanzia di cui al punto sub g), l'intervistato ritiene che lo psichiatra – come qualsiasi altro medico – non possa essere obbligato a dei risultati, ma esclusivamente ad allineare il proprio operato a degli standard professionali elevati. Se la posizione in menzione dovesse essere valutata quale collegamento matematico e lineare tra la reiterazione del reato e colpa dello psichiatra, ciò spingerebbe sempre più gli psichiatri ad assumersi responsabilità sempre minori e a mantenere un atteggiamento sempre più repressivo e prudenziale nei confronti dei pazienti. D'altro canto, sarebbe da considerare come tale posizione non debba essere intesa in modo elastico, tanto da porre delle effettive cautele rispetto al disinteresse di alcuni operatori, che deve – invece – essere punito.

Rispetto alla questione sub b), si ritiene che solo una modifica del Codice Penale avrebbe potuto determinare un impatto significativo sull'attività ordinaria dei Dipartimenti, per cui – allo stato – essa non subirà alterazioni.

Potrebbero, però, verificarsi situazioni del seguente tenore: molti reati, in particolare quelli contro la persona, risultano ampiamente manipolabili nel senso che i familiari dell'autore possono decidere se sporgere o meno denuncia.

Allo stato attuale è possibile pensare che aumenti la convenienza per i familiari di denunciare tali fatti.

Se ciò, in precedenza, si verificava con minore frequenza vista la consapevolezza di sottoporre il malato al rischio del terribile esito dell'Opg, a tutt'oggi l'idea della realizzazione di una struttura terapeutica potrebbe indurre un aumento delle denunce legato all'idea di obbligare, con ciò, il paziente a curarsi, in situazioni in cui – eventualmente – non vi sia stato neppure un reale interesse ad acquisire il consenso alle cure da parte dell'interessato.

Le proposte sub c) si ricollegano, in particolare, alla necessità di uno sforzo ulteriore, da parte della Regione Toscana, nel migliorare la qualità dei Dipartimenti (anche per evitare logiche di «ingresso e reingresso» riconducibili a periodi precedenti).

Azienda Usl 10 Firenze – Dott. Roberto Leonetti

Il Dottore ritiene che il superamento dell'istituto dell'Ospedale Psichiatrico Giudiziario sia più che giusto proprio nell'ottica del rispetto dei diritti delle persone, in particolare pazienti psichiatrici autori di reato, per i quali è necessario prevedere un percorso di cura che risulti, nello specifico, utile ed efficace, diversamente da quanto si verificava in Opg.

Ciò era dovuto soprattutto alla durata dell'internamento, che si protraeva al di là di

libro-25col modificato.indd 173 13/10/15 10:49

qualunque pensiero giuridico, fino a rendere tale istituto un luogo di vita permanente. Esso rappresentava, infatti, una istituzione «totale» finalizzata, alla stregua dei manicomi civili, a «tenere al riparo» la collettività rispetto al contegno di determinati soggetti, pazienti psichiatrici ed autori di reato.

Rispetto alla predisposizione di percorsi ad intensità assistenziale differenziata e alla prevenzione del rischio di realizzazione di veri e propri «mini –OPG», l'intervistato ritiene che la «questione dei luoghi» sia molto rilevante. Benché non sia comprensibile il motivo per il quale – nonostante le problematiche allora esistenti – non sia stato dedicato il necessario impegno anche nel miglioramento delle condizioni dell'Opg di Montelupo, la possibilità di non far afferire tutti i pazienti ad un unico luogo e l'attività di presa in carico prescritta per i servizi territoriali sarebbero comunque da valutarsi positivamente.

Ciò, in particolare, con riguardo ad un piccolo nucleo di pazienti non ancora dimissibili i quali hanno necessità di risiedere in una struttura adeguata e di ricevere un progetto terapeutico volto ad evitare di dover trascorrere il resto della loro esistenza in condizioni di internamento.

Le strutture adibite a REMS dovrebbero, inoltre, effettivamente contare su dimensioni ridotte e su una capienza molto limitata visto che, al contrario, specie per persone senza reddito o provenienti da un ambiente non adeguato al loro sostegno, esse rischierebbero di divenire loro sedi permanenti di vita.

Rimarrebbe, in ogni caso, problematica la questione della sicurezza considerato che ad oggi, in tempi non paragonabili a quelli dell'entrata in vigore della L. n.180 del 1978, sembra prevalere sempre più nella collettività un senso di paura e di insicurezza rispetto a tali pazienti (e prova ne sarebbe la difficoltà di reperire un luogo idoneo per la realizzazione della REMS in Toscana).

Sulla questione sub e), il Dottore intravede, in alcuni casi, il pericolo prospettato tant'è che, in passato, risultava già in essere un progetto per il raddoppio della capienza della struttura [intermedia] «Le Querce» (la nuova struttura individuata non ha, tuttavia, mai visto la luce in vista dell'opposizione delle amministrazioni locali). Nell'ambito di strutture di tale tipologia – in grado di assorbire il 90/95% dei pazienti, salvo un «nocciolo duro» destinato all'internamento in REMS – la permanenza dovrebbe, in ogni caso, protrarsi per un periodo breve ed «intermedio» prevedendosi, poi, percorsi diversi sul territorio.

Rispetto alla problematica sub g), risulterebbe indispensabile, per l'intervistato, una maggiore assunzione di responsabilità da parte degli operatori (traendo una «lezio-

libro-25col modificato.indd 174 13/10/15 10:49

ne» da quanto, in passato, si era già verificato rispetto alla chiusura dei manicomi). Allo stesso modo, si renderebbero necessari dei «tavoli di confronto», nei quali fosse presente anche l'apporto della magistratura. Ciò al fine di consentire all'operatore di comprendere l'esattezza dei propri limiti e responsabilità nei confronti dei pazienti. Le proposte di miglioramento della programmazione regionale di cui al punto sub c) si concretizzano, anche in questo caso, nella richiesta di investimento di maggiori risorse nella formazione degli operatori, nell'attuazione di progetti alternativi (i quali, allo stato attuale, risultano oggetto di finanziamento regionale solo per il primo anno) e nella nascita di ulteriori strutture ad hoc per pazienti psichiatrici autori di reato. Tali strutture dovrebbero rispondere non più a criteri di separatezza dall'abitato e di isolamento ma di maggiore integrazione sul territorio e dovrebbero essere, inoltre, dotate di personale adeguatamente formato.

Azienda Usl 8 Arezzo – Dott. Giampiero Cesari

Il Dottore ritiene, anzitutto, che il superamento dell'istituto dell'Ospedale Psichiatrico Giudiziario rappresenti un passaggio utile, non avendo il minimo dubbio sul fatto che una struttura di questo tipo dovesse essere profondamente modificata.

Allo stesso modo, condivide l'attribuzione della priorità all'iniziativa sanitaria nel trattamento di pazienti psichiatrici autori di reato, sebbene sia necessario puntualizzare che da parte del Ministero della Giustizia vi sia stato un atteggiamento di eccessiva delega proprio al comparto sanitario nella presa in carico di tali soggetti.

Ciò, soprattutto, alla luce del fatto che esistono alcuni comportamenti, posti in essere da alcuni di tali pazienti, che esprimono una pericolosità tale per cui – pur essendo essi associati a disturbi psichiatrici – ciò di cui bisognerebbe occuparsi non sarebbe tanto la predisposizione di strumenti di cura ma, piuttosto, di strumenti volti appositamente a renderli inoffensivi.

A suo parere risulterebbe, inoltre, molto opportuno che il perito scelto dal Tribunale [perizia funzionale alla valutazione di pericolosità] non fosse dipendente dal servizio territoriale (almeno nel contesto territoriale in cui viene richiesta la sua valutazione) per evitare una «confusione dei ruoli». Sarebbe, d'altro canto, auspicabile che proprio il perito collaborasse attivamente con il Servizio per elaborare delle soluzioni realistiche.

Con riguardo al disposto di cui alla L. n. 81/2014, secondo cui la sola mancanza di programmi terapeutici individuali non costituisce elemento idoneo a supportare il giudizio di pericolosità, l'intervistato valuta favorevolmente tale previsione norma-

libro-25col modificato.indd 175 13/10/15 10:49

tiva, benchè ritenga comunque necessaria una preventiva valutazione sul tipo di struttura adatta all'accoglienza dello specifico soggetto e sull'idoneità di quest'ultimo alla permanenza nella sede prescelta.
Sulla problematica sub d), il Dottore evidenzia come, per fronteggiare tale rischio, conti molto la modalità di lavoro all'interno delle strutture. Solo in contesti residenziali di dimensioni contenute sarebbe, infatti, possibile attuare dei percorsi di miglioramento reali per i pazienti, mentre in strutture di dimensioni maggiori potrebbe concretizzarsi il pericolo indicato.
Si segnala, inoltre, l'importanza del fatto che le regole, all'interno di tali Residenze, siano stabilite dal personale sanitario, visto che in Opg era dato riscontrare la problematica della «doppia gestione giustizia-sanità».
Non sarebbe possibile, in sintesi, ritenere che il rischio di dar luogo a «mini – OPG» non possa, in assoluto, concretizzarsi, tuttavia, già il fatto che ci si proponga di dar vita a strutture non auto-referenziali ma collegate con quelle territoriali proprio per favorire i progetti di dimissione, unita ad una sorveglianza attenta sulle medesime, dovrebbe essere in grado di scongiurare il pericolo.
Proprio a fronte della diversità delle patologie che interesseranno gli ospiti delle future REMS, risulterebbe – inoltre – importante che i DSM non fossero individuati come unici interlocutori, da parte della Magistratura, nella gestione dei pazienti e nella predisposizione di progetti, specie nell'attività di presa in carico di alcuni soggetti le cui problematiche interessano solo marginalmente la salute mentale (es. pazienti che fanno uso di sostanze, ipotesi di ritardo mentale, di decadimento cognitivo etc.).
Sulla problematica sub h) è stato, inoltre, rilevato come vi sia una difficoltà di integrazione delle future Residenze per l'Esecuzione della Misura di Sicurezza con il territorio, e ciò a fronte del fatto che la nostra società – rispetto a trenta o quarant'anni fa – appaia meno accogliente, visto che – allora – le diversità erano minori e risultava più semplice l'accoglienza dei «propri simili».
Attualmente si riscontra come sia il fattore della globalizzazione sia quello di un generale impoverimento della popolazione abbiano esercitato la loro influenza in favore di una maggior chiusura tra le comunità locali, unita al timore di un abbandono – da parte delle Istituzioni – rispetto all'eventuale integrazione sociale di tali pazienti.
L'intervistato sostiene, inoltre, la fondatezza del rischio di un eventuale sovraffollamento a carico delle strutture intermedie. Tale rischio potrebbe essere fronteggiato solo prevedendo che all'interno delle strutture in questione possano accedere solo pazienti che dall'inizio del loro percorso siano in grado di usufruirne positivamente,

libro-25col modificato.indd 176 13/10/15 10:49

in quanto dotate del necessario livello di consapevolezza per intraprenderlo. Se, infatti, una persona non si inserisce positivamente nell'ambiente [terapeutico], ciò non risulta di vantaggio né per sé né per gli altri ospiti, con il rischio di dar luogo a situazioni conflittuali che possono tradursi o in una espulsione o, comunque, in diverse misure di salvaguardia degli altri pazienti.

Si ribadisce, dunque, come sia necessaria la ricorrenza di un buon accordo tra periti del tribunale ed operatori dei servizi nel selezionare i soggetti per i quali le strutture in menzione possano risultare di effettivo vantaggio, tenendo conto anche della limitata disponibilità di posti.

Riguardo al punto sub g), il Dottore ritiene che la questione della posizione di garanzia gravante sul medico psichiatra rispetto a pazienti c.d. dimissibili come da L. n.9/2012 sia molto delicata, considerato che vi sono alcuni concetti – quali la pericolosità sociale, consistente in una valutazione legale – che dovrebbero essere sottoposti ad aggiornamento.

Proprio riguardo alla pericolosità, il Dottore considera come essa non rappresenti un concetto autonomo essendo piuttosto ricollegata alla dichiarata incapacità di intendere e di volere del soggetto.

In realtà, a suo modo di vedere, capacità di intendere e capacità di volere non dovrebbero essere valutate congiuntamente (in modo tale che all'esclusione dell'una corrisponda sempre anche l'esclusione dell'altra) poiché identificano concetti diversi. La capacità di volere rende, infatti, in grado la persona di commettere anche gravi reati con lucida determinazione: ad esempio il fatto che un soggetto paranoico – che in maniera molto lucida organizza un attentato – possa andare soggetto a misure esclusivamente psicologiche suscita perplessità, in quanto queste ultime potrebbero non risultare sufficienti. Oggetto di revisione dovrebbero, peraltro, essere anche altri concetti quali l'imputabilità, il quale fa riferimento ad un paradigma sociale – quello del Codice Rocco del 1930 – ormai obsoleto.

Inoltre, con riferimento al richiamo al TSO operato dall'ordinanza 15.02.2012 del Tribunale di Sorveglianza di Firenze, l'intervistato specifica come tale strumento non riguardi la pericolosità, bensì una condizione mentale profondamente alterata della quale la persona non è consapevole e, dunque, occorra tenere la questione su due piani diversi.

Se, nello specifico, il diritto alla salute rappresenta un interesse primario della persona, la pericolosità rappresenta invece la difesa della società rispetto ad eventuali danni che la persona stessa può cagionare.

libro-25col modificato.indd 177 13/10/15 10:49

D'altro canto, anche la predizione di futuri comportamenti non dovrebbe essere demandata esclusivamente allo psichiatra. Rispetto al rischio di suicidio, ad esempio, esistono dei fattori predittivi corrispondenti ad indicatori statistici i quali, pur essendo chiaramente definiti, non esplicitano il momento esatto in cui saranno attivi.

Per tale motivo, il lavoro dei servizi si concentra sul prestare molta attenzione ai segni precoci di crisi, cercando di insegnare alle persone con disturbi psichici e ai rispettivi familiari a riconoscere i segni premonitori, ma sempre in un'ottica di miglioramento della salute. Nel momento in cui un'attività simile, per qualche motivo, dovesse non funzionare e a tale mancato funzionamento fossero ricollegabili delle conseguenze penali, sarebbe anche difficile reperire in futuro qualcuno che intenda svolgere la professione di psichiatra.

Sull'eventuale intervento delle neuroscienze nell'ambito del giudizio di pericolosità, l'intervistato ritiene si tratti di un campo molto affascinante ma riguardo al quale non sussistono, allo stato, degli indicatori molto definiti. Il Dottore condivide, in particolare, un filone di pensiero secondo il quale, anche in presenza di un disturbo mentale, i soggetti interessati detengono un potere di frenare determinati comportamenti che non corrispondono alle loro scelte personali, quindi il loro agito sarebbe comunque caratterizzato da una certa intenzionalità (tra le varie ipotesi comparse in ambito neuro-scientifico questa è quella che maggiormente si attaglia anche al modo di agire dell'intervistato, che negli anni si è prodigato nell'«educare» i propri pazienti al fatto che la presenza di un disturbo non li autorizzasse a porre in essere qualsiasi comportamento o a farsi giustizia da sé).

Il fattore sub b) desterebbe, invece, preoccupazione perché da molto tempo, nel campo della salute mentale, si assiste ad una diminuzione delle risorse contrapposta ad un aumento dei bisogni di cura.

Tale sproporzione si colloca, peraltro, in una situazione generale in cui le risorse, in ambito sanitario, risultano in calo, con delle redistribuzioni effettuate finora esclusivamente con tagli lineari, e senza effettiva ponderazione.

In una situazione di questo tipo non è inverosimile che gli utenti «ordinari» dei Dipartimenti (non autori di reato) possano essere destinatari di interventi ridotti posto che una fetta maggiore di risorse potrebbe risultare assorbita dagli speciali programmi per pazienti psichiatrici autori di reato, anche se sarà necessario fare il possibile per evitare che ciò accada.

Riguardo alle proposte migliorative di cui al punto sub c), si riterrebbe utile la previsione di un sostegno finanziario per progetti alternativi di riabilitazione, non limitato

libro-25col modificato.indd 178 13/10/15 10:49

al primo anno ma esteso anche agli anni successivi (un solo anno non sarebbe, infatti, sufficiente per risolvere una problematica psichiatrica).
Risulterebbe, inoltre, molto opportuna anche un'implementazione della formazione non solo iniziale degli operatori, con nozioni riferite anche a dati legislativi, normativi e tecnico – professionali, che sia in grado di coinvolgere tutti i potenziali destinatari, in maniera capillare.

Azienda Usl 7 Siena – Dott. Claudio Lucii

Il Dottore ritiene che l'avvento della Legge n. 81 del 2014, come tutti i provvedimenti normativi, comporti per un verso degli aspetti positivi ma, per altro verso, anche aspetti problematici.
Tra questi ultimi, il principale consisterebbe nel fatto che la riforma è stata portata avanti a Codice Penale invariato e la stessa coesistenza tra concetti quali la pericolosità sociale, la non imputabilità, il vizio totale di mente, l'incapacità totale o parziale di intendere e di volere (riconducibili al Codice Rocco) con il processo di superamento degli Opg (che si prospetta come qualcosa di assolutamente innovativo), rappresenterebbe una vera e propria contraddizione.
Problematica risulterebbe, inoltre, la gestione di tale fase di passaggio, in vista dei tagli (anche di personale) che, specie in questi ultimi anni, hanno interessato i Dipartimenti, ai quali è conseguita la necessità di riorganizzare pragmaticamente i servizi.
Complessivamente, sulla riforma, l'intervistato manifesta un giudizio positivo ma sarebbe la concreta gestione della medesima a suscitare delle perplessità. Si rischia, infatti, di configurare l'operazione come esclusivamente in carico ai DSM quando, in realtà, si renderebbe opportuno un vero e proprio cambiamento culturale che dovrebbe coinvolgere più attori possibile, come enti locali, cittadini e associazioni.
Il Dottore ritiene, inoltre, insussistente il rischio sub lett. d), sebbene consideri come la sua configurabilità o meno sia legata a quanto effettivamente si sarà decisi ad investire su tali strutture, anche in termini di quantità e qualità del personale ad esse adibito. La predisposizione di strutture con massimo venti posti letto rappresenterebbe, comunque, già una prospettiva di miglioramento.
A ciò dovrebbe, inoltre, aggiungersi il presidio dato dalle strutture intermedie, una delle quali avrà sede proprio in provincia di Siena. Si tratta di un piccolo modulo della capienza di quattro posti letto, nel quale il lavoro che dovrà essere condotto si svolgerà più in un'ottica «preventiva» che «riparativa», essendo finalizzato ad evitare il più possibile l'ingresso all'interno della REMS.

libro-25col modificato.indd 179 13/10/15 10:49

In tale contesto, i programmi terapeutici saranno realizzati in ogni caso, compatibilmente con gli strumenti messi attualmente a disposizione dalla scienza psichiatrica per far fronte a determinate patologie, nella consapevolezza che – allo stato attuale – non risulta tanto problematica la gestione delle persone che manifestano, ad es. disturbi psicotici chiari e conclamati, quanto più quella di pazienti affetti da disturbi di personalità (in particolare da disturbo di personalità antisociale) e che fanno uso di sostanze.

Ad essi si aggiungono le categorie dei pazienti con gravi deficit intellettivi e di quelli che, sebbene affetti da gravi disturbi psicotici, non rispondono alle terapie messe attualmente a disposizione dalla più avanzata scienza medica. Rispetto a tali tre categorie anche l'aspetto curativo diventa, necessariamente, privo della garanzia di miglioramenti specifici proprio in mancanza di indicazioni scientifiche in merito.

L'intervistato solleva, inoltre, la problematica relativa alla sicurezza interna delle REMS, evidenziando che la tenuta del controllo sociale all'interno di tali strutture sarà demandata unicamente al personale sanitario, garantendosi all'esterno un controllo esclusivamente perimetrale. Si tratterebbe di una previsione, per un verso, insufficiente rispetto alla gestione di determinati pazienti che possiedono una forte propensione ad un comportamento aggressivo, per altro verso, concettualmente errata posto che con essa si procede a delegare al personale sanitario un controllo sociale non di sua competenza.

Riguardo alla problematica sub d) l'intervistato intravede la possibilità che possano realizzarsi dei nuovi piccoli «micro-manicomi», degli stessi luoghi nei quali si inseriscono insufficienti mentali, tossicodipendenti o schizofrenici che commettono reati, visto che il disposto normativo non presenta alcun riferimento a luoghi differenziati.

Ricorrerebbe, inoltre, il rischio sub e) e la possibilità di fronteggiarlo o meno dipenderà dalla qualità del lavoro dei DSM, sebbene sia ragionevole aspettarsi che non si tratterà di un'operazione facile in vista delle condizioni di ristrettezze economiche in cui versano i suddetti Dipartimenti.

È, infatti, stato scorretto, per il Dottore, pensare di poter realizzare una riforma di questa portata senza ulteriori investimenti e con solo qualche «aggiustamento».

Sarebbe da ammettersi il fatto che la Regione Toscana abbia messo a disposizione delle risorse per il finanziamento dei progetti di dimissione, ma si tratterebbe – in ogni caso – di una misura di durata troppo limitata rispetto alle tempistiche necessarie per il trattamento di patologie spesso anche gravi. Al termine di tali percorsi sono, di solito, le Aziende a dover individuare le risorse per realizzare direttamente

libro-25col modificato.indd 180 13/10/15 10:49

le strutture oppure a collocare i pazienti in diversi contesti residenziali e a provvedere al pagamento delle relative rette.
Tale impegno economico, secondo l'intervistato, costringerà – inoltre – i Dipartimenti a riorganizzare i servizi garantiti a favore dei pazienti psichiatrici non autori di reato, che rappresentano la maggior parte di utenti del servizio, nella speranza di non dover obbligare alla chiusura di importanti progetti realizzati sul territorio nel campo della salute mentale (punto sub b))
Riguardo alla problematica sub g), il Dottore ritiene che la posizione secondo la quale lo psichiatra sia tenuto a detenere il totale controllo di tutti i comportamenti dei pazienti, sia del tutto contestabile ed «antiscientifica».
Sullo psichiatra grava, infatti, un obbligo di cura e non di risultato, visto che la scienza non rende disponibili strumenti tali da poter condizionare la psiche dei pazienti in modo tale da evitare che commettano reati.
Sul potenziale intervento delle neuroscienze nell'ambito del giudizio di pericolosità, l'intervistato sostiene che questo rappresenti attualmente un campo molto «scivoloso», essendo lui stesso orientato a valorizzare l'aspetto della responsabilità della persona che pone in essere un illecito penale, responsabilità che l'autore deve avvertire.
Rispetto alle modifiche realizzate dalla riforma in relazione al giudizio di pericolosità di cui al punto f), il Dottore ritiene si tratti di un intervento non condivisibile, considerato che la pericolosità medesima sarebbe da intendersi legata al contesto sociale e non alla malattia in sé.
Le proposte di miglioramento di cui al punto c) dovrebbero, infine, concretizzarsi nello stanziamento di personale aggiuntivo rispetto alle attuali dotazioni e alla realizzazione di percorsi di formazione adeguati, nonché nella sperimentazione di percorsi di recupero affini a quelli di prossima realizzazione per la struttura intermedia di Abbadia San Salvatore (SI).

Azienda Usl 2 Lucca – Dott. Roberto Sarlo

L'intervistato esordisce ricordando come il processo di superamento degli Opg, pur trovando le sue radici alla fine degli anni '90, sia stato mosso soprattutto dalle indagini svolte dalla Commissione Marino nel 2011, dalle quali era emerso che gli Opg italiani costituivano dei luoghi inauditi ed inumani, in cui i pazienti erano trattati con farmaci somministrati in dosi elevatissime, e costretti – dunque – allo stato di «larve».
Tale assunto, per il Dottore, sarebbe da contestare, considerato la somministrazione

libro-25col modificato.indd 181 13/10/15 10:49

di farmaci risulta funzionale ad intervenire su specifici disturbi in ogni branca della medicina (anche il paziente cardiologico è trattato, ad es., con farmaci necessari per migliorare il suo stato di salute).
Si fa presente, inoltre, come – rispetto all'Opg di Montelupo – già dagli anni '80 si fosse verificata una evoluzione, essendosi – da allora – previsti programmi esterni, di recupero, di riabilitazione, curati dalla Direzione dell'Ospedale.
In ogni caso, in un paese come l'Italia nel quale, a differenza di altri, si è già proceduto a realizzare il superamento degli ospedali psichiatrici civili, risulta del tutto doveroso riservare il medesimo trattamento anche agli Ospedali Psichiatrici Giudiziari.

L'intervistato ammette, per altro verso, come – storicamente – la Legge italiana abbia preferito punire la malattia e non il reato, disponendo per l'incapace prosciolto l'internamento per un periodo di due, cinque o dieci anni, al termine del quale si dava luogo alla dimissione dell'internato o al prolungamento della sua permanenza in vista di una eventuale proroga .
Di tale meccanismo, soprattutto a fronte dell'eliminazione del limite minimo di durata dell' internamento, si sarebbero spesso avvalsi anche i killer della criminalità organizzata che, teoricamente, dopo aver scontato anche un solo giorno in Opg, se non ritenuti più pericolosi, potevano essere dimessi.
A parere del Dottore, di fronte alla legge dovremmo essere tutti uguali. Garantendosi, dunque, pari diritti e pari doveri agli individui, la legge medesima dovrebbe provvedere a punire il reato e non la malattia.
In pratica, «Bisogna garantire che un cittadino con disturbi mentali che abbia compiuto un reato abbia diritto a (e debba) essere sanzionato in relazione al reato e non in relazione alla patologia di cui è affetto»[2].
La soluzione migliore non era, dunque, da individuarsi nella realizzazione di «minimanicomi» come le REMS ma nella creazione in carcere di sezioni in cui il cittadino con problemi psichici autore di reato potesse essere curato.
Sarebbe, dunque, prioritariamente, il Codice Penale a dover essere rivisto, con particolare riferimento a concetti quali l'imputabilità e il proscioglimento poiché ciò che, attualmente, si sta tentando di realizzare è il semplice «adeguamento di leggi ormai vecchie a strutture nuove».
Con riguardo al ruolo tracciato per i DSM dalla riforma, l'intervistato ritiene che vi sarà un ritorno alla psichiatria manicomiale con un rinforzo del controllo sociale demandato ai Dipartimenti, partendo dalla erronea premessa per la quale la malattia

2 (citazione fornita dal Dottore), L. Benevelli, *Come è possibile fare a meno degli OPG*, <http://www.stopopg.it/node/143> (05/15).

libro-25col modificato.indd 182 13/10/15 10:49

mentale sia sempre ricollegabile ad una personalità violenta. Proprio tale maggiore attribuzione di responsabilità ai Dipartimenti, determinerà un'estensione delle posizioni di garanzia, e ciò in modalità del tutto ingiustificate poiché il comportamento umano risulta, di per sé, imprevedibile.

Si rivelerebbe, dunque, molto opportuno un maggiore dialogo tra magistratura e psichiatria.

I magistrati, infatti, non manifesterebbero favore [rispetto ad eventuali percorsi alternativi] essendo – secondo il Dottore – interessati a garantire prioritariamente il benessere della cittadinanza, e contrasterebbero la riforma continuando a disporre l'internamento dei pazienti.

Riguardo all'influenza che la riforma in menzione eserciterà rispetto all'attività ordinaria dei DSM, l'intervistato ritiene che si tratterà di un impatto devastante (punto sub b)), posto che alla realizzazione della medesima si è provveduto ad iso-risorse (in realtà dovrebbero essere migliorate le carceri esistenti e edificati nuovi istituti di pena).

Circa la modifica normativa di cui sub f), è opinione del Dottore quella per cui i Dipartimenti si occupino di malattie mentali e non di reati, e lo stesso comportamento umano (anche ai fini del giudizio di pericolosità) sarebbe da ritenersi imperscrutabile.

Si renderebbe, piuttosto, necessaria una grande riforma del sistema penitenziario (sull'esempio di nazioni quali la Norvegia) e della pena, con riguardo alla quale all'autore del reato dovrebbero essere forniti significativi strumenti di tutela, salvo che in ipotesi di recidiva.

Sarebbe, inoltre, da rivedere il concetto di pericolosità, anche in concreto, tenendo conto del fatto che la valutazione della stessa è affidata ai periti, che esprimono spesso posizioni anche molto diverse, sul punto, da quelle dei DSM.

L'ambito in cui, a giudizio dell'intervistato, la Regione Toscana potrebbe intervenire, indirizzando in tal senso la sua programmazione, è l'implementazione dei settori della formazione e delle risorse, umane e tecnologiche: gli operatori dovrebbero, infatti, essere formati per poter fornire un aiuto multidisciplinare (punto sub c)).

Azienda Usl 11 Empoli – Dott. Giuliano Casu

Il Dottore esordisce affermando che l'organizzazione degli Opg rispondeva, anzitutto, ad un modello di accentramento di tipo istituzionale ormai ampiamente superato. In strutture di ampie dimensioni – com'erano stati concepiti tali istituti – era, infatti, del tutto impensabile attuare interventi di tipo riabilitativo, per cui si erano ritrovate

libro-25col modificato.indd 183 13/10/15 10:49

ad assumere la funzione di luoghi di contenimento dei pazienti, spesso anche oltre il numero consentito.

Vi erano, poi, tra gli altri, tre ulteriori difetti. Il primo era dato dal fatto che all'interno di tali strutture il regolamento penitenziario prevaleva sul modello di tipo sanitario e terapeutico, mantenutosi (ad eccezione, forse, solo dell'Opg di Castiglione delle Stiviere) anche successivamente all'intervento del D.P.C.M. 1°aprile 2008. Il secondo difetto era dato dal fatto che il numero limitato degli Opg all'interno del territorio italiano comportava spesso un allontanamento degli utenti internati dai luoghi d'origine, con ripercussioni negative sulla possibilità di mantenere dei rapporti sia con i familiari (qualora ve ne fossero) sia con i servizi di salute mentale di competenza.

Infine, vi era l'aspetto strutturale, molto enfatizzato dai risultati dell'inchiesta realizzata dalla Commissione Marino (ed in effetti si trattava di strutture ormai superate, spesso obsolete e con condizioni igieniche precarie). Il fatto che però la spinta finale al processo di superamento degli Opg sia pervenuta soprattutto da considerazioni di carattere strutturale sarebbe da valutare con rammarico, posto che l'intervistato si sarebbe aspettato che fossero stati presi in considerazione ben altri motivi per portare, finalmente, a compimento il processo.

Non sarebbe da ritenersi fondato, in ogni caso, il rischio sub d) in considerazione dell'organizzazione della quale le REMS saranno dotate, poiché con un piccolo numero di persone e personale adeguatamente formato sarà possibile portare avanti in concreto dei progetti terapeutici individualizzati.

Il fatto che, poi, le REMS abbiano carattere regionale e facciano riferimento ad una dimensione di guida e di controllo direttamente riconducibile ai responsabili politici e sanitari della Regione, farà si che i Dipartimenti siano sollecitati ad un raccordo continuativo con gli utenti di loro competenza all'interno della struttura ed impegnati anche in progetti alternativi alla permanenza nella medesima.

A dispetto di tali auspici e previsioni positive, l'intervistato rileva, tuttavia, un rischio dato dalle decisioni della magistratura, che manifestano – allo stato attuale – dei punti di frizione rispetto alle linee di attività adottate dai servizi.

Si verifica, in particolare, che – a livello di servizi territoriali – un numero sempre crescente di utenti sia costituito da ex-ricoverati in Opg sottoposti alla misura di sicurezza della libertà vigilata prorogata nel tempo. Ciò risulta – per il Dottore – gravemente problematico, poiché limitando la libertà del soggetto (la libertà vigilata presenta delle specifiche regole e restrizioni anche in termini di libertà personale) si ostacolano progetti di effettiva autonomizzazione dell'utente che risultano massimamente auspicabili.

libro-25col modificato.indd 184 13/10/15 10:49

Il rischio, è, dunque, che una volta che il paziente autore di reato esca dalla REMS oppure, grazie all'impegno dei servizi, si riesca ad evitarne l'ingresso entri in un percorso di libertà vigilata irrevocabile. Criticità ulteriore sarebbe data dal fatto che proprio questi soggetti sono sottoposti a verifiche periodiche da parte dell'UEPE e dei Magistrati di Sorveglianza, ed è sufficiente che si registrino a carico di alcuni di tali pazienti dei comportamenti «trasgressivi», che se posti in essere da pazienti «normali» non avrebbero alcuna conseguenza (ad es. la positività a un cannabinoide, un allontanamento temporaneo senza che vengano commessi reati etc.) perché si determini il prolungamento della misura loro applicata.

Per il Dottore risulta, inoltre, difficile preventivare il rischio di un eventuale sovraffollamento a carico delle strutture intermedie, sebbene si tratti di una problematica che, a fronte della buona qualità del lavoro dei servizi, non dovrebbe concretizzarsi.

Sarebbe, inoltre, da rilevare come il modello della intensità di cure variabile a seconda dei bisogni dell'utenza (per il quale si parte da un livello di bisogni assistenziali e riabilitativi molto elevato per passare ad una residenzialità via via più blanda) sia stato sempre sostenuto dalla Regione Toscana con riguardo alla residenzialità psichiatrica in genere.

Il fatto che questo modello si riproponga anche per pazienti autori di reato, con passaggio dalla REMS ad altra struttura per poter poi accedere alla residenzialità direttamente nel luogo di provenienza sarebbe un fattore positivo da sostenere considerato che esso risulta funzionale al miglioramento clinico e all'adattamento sociale del paziente stesso.

Ciò che l'intervistato ritiene sia mancato in questi anni, rispetto alla residenzialità psichiatrica «ordinaria», è l'impegno da parte dei Comuni e delle altre agenzie sociali nel favorire tali progetti di integrazione, visto che i pazienti ormai «stabilizzati» non trarrebbero nessun giovamento ad essere condannati ad una «residenzialità psichiatrica a vita», in considerazione del fatto che deve essere favorita una loro progressiva acquisizione di sempre maggiore autonomia.

E ciò potrebbe essere valido anche per i pazienti autori di reato.

Rispetto alla problematica sub b), il Dottore manifesta una qualche preoccupazione in ordine a come potrà aumentare il peso della delega a carico dei servizi. Se, infatti, questi ultimi fossero investiti anche di una funzione di controllo sociale (anche un soggetto in regime di libertà vigilata è comunque tenuto a rispettare numerose prescrizioni) ciò potrebbe essere limitante nel corretto svolgimento dell'attività.

Per altro verso, potrebbe giungersi – se il fenomeno non sarà ben gestito – alla

libro-25col modificato.indd 185 13/10/15 10:49

destinazione di specifiche residenze ad una particolare tipologia di utenza (pazienti psichiatrici autori di reato), e ciò in vista del fatto che le deleghe risultano più stringenti e, si richiede – dunque – al servizio una maggiore attenzione.
Si avverte, inoltre, la serietà della problematica di cui alla lett. g), visto che, attualmente, non è infrequente che il professionista possa essere chiamato a rispondere (penalmente) sulla base di tale obbligo.
Ad esempio, partendo dal presupposto per il quale lo scompenso del paziente psicotico risulti sempre prevedibile e che lo psichiatra abbia la possibilità di utilizzare i TSO per prevenire eventuali commissioni di reati, in caso di effettiva realizzazione di un fatto costituente reato da parte del paziente ricorrerebbe anche una responsabilità a titolo colposo del professionista.
In realtà non è possibile, per l'intervistato, prevedere gli scompensi psicotici, poiché lo scompenso in sé interessa anche pazienti che assumono regolarmente la terapia.
Vi è anche una teoria molto avvalorata, quella dello «stress da vulnerabilità» secondo la quale i fattori stressanti che possono azionare nel paziente tale reazione possono essere di elevata variabilità, di conseguenza i medici curanti non possono assumere il ruolo di «scrutatori» e sorvegliare i pazienti costantemente, poiché se valesse tale assunto risulterebbe quasi più opportuno [paradossalmente] il modello dell'Opg.
Tra i miglioramenti di cui sub c), per il Dottore sarebbe innanzitutto opportuno non ridurre i finanziamenti per la salute mentale (che dal 2009 al 2014 sono progressivamente diminuiti) e non includere i servizi di salute mentale nel c.d. modello degli esuberi in considerazione del fatto che per una efficace attività dei Dipartimenti è essenziale l'apporto di risorse umane e non di risorse tecnologiche.
Sarebbe, inoltre, necessaria l'implementazione di una maggiore formazione per la presa in carico dei soggetti autori di reato con disturbi psichici, e ogni DSM dovrebbe dotarsi di un gruppo di lavoro che sviluppi specifiche competenze in tale ambito.

Azienda Usl 9 Grosseto – Dott. Giuseppe Cardamone

Il Dottore ritiene che la questione del superamento dell'Opg sia sicuramente una questione di civiltà e, come operatore dei servizi di salute mentale, si sente di aderire pienamente a questa prospettiva non solo poichè condivide la valutazione etica e tecnica di tale processo ma anche perché ritiene che i servizi di salute mentale debbano potersi occupare anche dei pazienti con problemi di salute mentale che commettono reato.

libro-25col modificato.indd 186 13/10/15 10:49

Purtroppo, rispetto al citato processo, si rileva come non vi sia stata una condivisione «dal basso» con passaggi e tempi di maturazione che consentissero una condivisione del medesimo estesa all'intera società civile, ed espressa in maniera anche politicamente chiara. Esso è stato, piuttosto, «imposto dall'alto».

In secondo luogo, l'intervistato precisa che gli stessi operatori dei servizi, a livello territoriale, sono stati interessati da un iniziale disorientamento circa le modalità di gestione dei pazienti psichiatrici autori di reato, nell'attività di presa in carico e predisposizione di progetti di dimissione.

Solo con il passare del tempo questo processo si sarebbe strutturato in maniera più solida (ad esempio, nel territorio di Grosseto sono stati realizzati dei percorsi riabilitativi intensivi all'interno della struttura «La Chimera» i quali hanno sortito esiti del tutto positivi).

L'intervistato, inoltre, non intravede il rischio sub d), considerando – tra l'altro – che quello delle REMS è un problema che, allo stato, non interessa neppure il territorio regionale, in quanto tale struttura non è stata ancora realizzata.

Un aspetto molto rilevante riguarderà i territori e le modalità in cui essi vivranno l'organizzazione delle REMS. La scelta di Volterra per la realizzazione della struttura toscana per un verso esprime una definitiva certezza ma, per altro verso, pone dei problemi di gestione. Secondo il Dottore, infatti, una REMS deve anche essere situata vicino ad un buon ospedale, ad un reparto, ad un SPDC in grado di gestire eventuali grandi emergenze e così via. Assume, quindi, uno specifico rilievo il contesto di inserimento della Residenza in questione poiché le REMS si configurano specificamente quali strutture destinate ad essere permeate dal territorio nel quale esse devono proiettarsi.

Sulla problematica di cui alla lett. e) è opinione dell'intervistato che non si possa prevedere con certezza un esito di tale tipologia, considerato che risulta necessario valorizzare, in particolare, l'operatività di tre variabili consistenti nel rafforzamento dei Dipartimenti, nell'effettiva instaurazione di un dialogo costante tra operatori sanitari e magistratura (già in alcune realtà italiane esistono dei protocolli operativi per comprendere insieme come approcciarsi alle problematiche che sussistono intorno a questo tipo di utenza) e nell'effettiva implementazione dei contesti di osservazione psichiatrica in carcere, percorso che potrebbe dar luogo a un effetto positivo anche nella prevenzione del rischio prospettato.

Il Dottore ritiene, inoltre, che l'impatto che la più intensa attività di presa in carico richiesta ai Dipartimenti (a seguito della riforma) potrà sortire sulla ordinaria attività

libro-25col modificato.indd 187 13/10/15 10:49

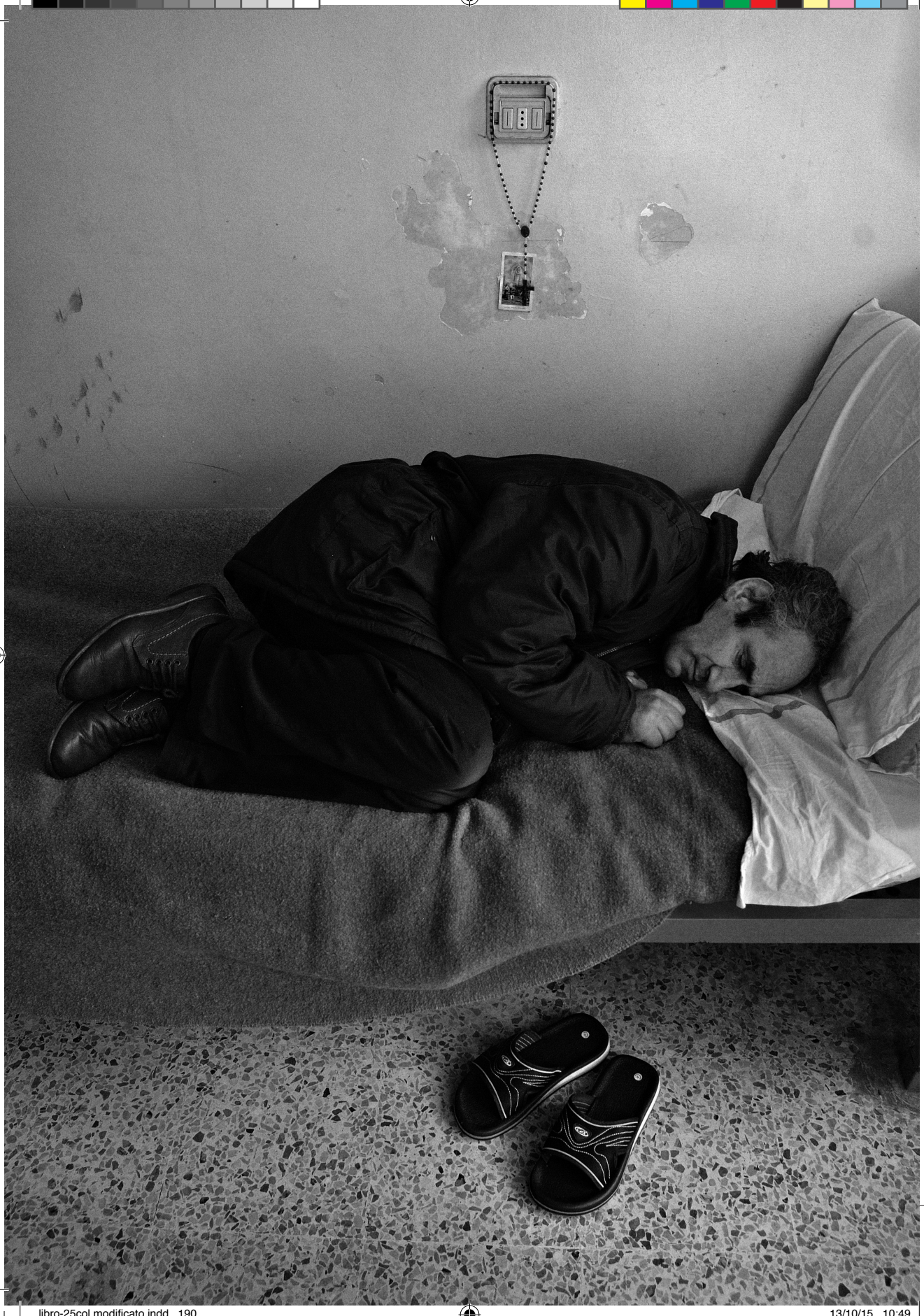
di cura e riabilitazione di pazienti psichiatrici non autori di reato (vedi sub b)) sarà particolarmente significativo. Per un verso si assiste, infatti, ad una sempre maggiore specializzazione dei Dipartimenti stessi che, in alcuni contesti, hanno realizzato anche dei settori ad hoc con competenze specifiche in psichiatria forense (l'idea di realizzare un gruppo ristretto di questo tipo sussiste anche per il territorio di Grosseto). Per altro verso, è possibile riscontrare come proprio tali Dipartimenti siano interessati da una progressiva riduzione di risorse, con un enorme aumento dei rischi professionali.

A ciò si ricollega, inoltre, la problematica sub g) con riferimento alla quale l'intervistato riconosce come la posizione di garanzia «esista a carico dei medici da lungo tempo e continuerà ad esistere anche in futuro», ma ciò che – in tale situazione specifica – ne determina un maggiore peso è l'attribuzione agli psichiatri di compiti custodialistici e non esclusivamente di cura, come da loro competenza.

Le proposte di miglioramento di cui alla lett. c) si concretizzano nella effettiva realizzazione della REMS in tempi contenuti, nella realizzazione di una formazione permanente degli operatori e nell'attribuzione di un'attenzione mirata alla salute mentale in carcere, con investimento di risorse e personale.

libro-25col modificato.indd 188 13/10/15 10:49

libro-25col modificato.indd 189 13/10/15 10:49



libro-25col modificato.indd 190 13/10/15 10:49

Parte III
L'Ambrogiana e il ritorno al futuro

libro-25col modificato.indd 191 13/10/15 10:49

libro-25col modificato.indd 192 13/10/15 10:49

La doppia anima dell'Ambrogiana: polarità culturale del suo recupero

Corrado Marcetti

È di una tale rilevanza pubblica l'opportunità di recupero del complesso della Villa dell'Ambrogiana di Montelupo Fiorentino, determinata dalla chiusura dell'Ospedale psichiatrico giudiziario, da giustificare ampiamente l'apertura di un processo di partecipazione.

Per la complessità di aspetti e l'intreccio delle vicende che hanno riguardato la Villa, per i valori coinvolti, storici, architettonici, culturali, sociali il processo partecipativo potrebbe diventare un caso esemplare di coinvolgimento della collettività.

Comune, Città metropolitana e Regione hanno finalmente l'opportunità di promuovere una forte interazione di idee e saperi per immaginare e costruire il futuro di un complesso che nell'ultimo secolo e mezzo è stato luogo di grandi sofferenze ma che oggi può diventare elemento importante della città metropolitana, trasformativa e variabile. Fosse pure possibile costruire una convergenza di risorse private su una destinazione di riuso istituzionalmente concertata e affidare il progetto al migliore gruppo internazionale di architetti, ciò avrebbe assai meno valore di un processo partecipativo in cui la comunità abbia la possibilità di interrogarsi sul rapporto tra la storia del luogo e il suo futuro cambiamento, su destinazioni, modi, mezzi e tempi di un processo di riuso.

Giovanni Michelucci nel 1988[1] aveva pubblicamente posto con la sua Fondazione la questione del destino della Villa Ambrogiana ed elaborato una prima proposta di recupero senza incontrare nessuna freccia di interesse in questa direzione da parte delle istituzioni interessate. Si lavorò poi con Alessandro Margara, Bruno Benigni, Franco Corleone e tanti altri al faticoso superamento dell'Ospedale psichiatrico giudiziario incontrando non poche resistenze anche sul piano locale. Oggi che l'Opg è

1 La proposta del gruppo di lavoro coordinato da Giovanni Michelucci (Andrea Aleardi, Guido De Masi, Luca Emanueli, Corrado Marcetti, Nicola Solimano) è stata pubblicata su «La Nuova Città» n.4/5, 1988

libro-25col modificato.indd 193 13/10/15 10:49

stato per legge soppresso nessuna altra prospettiva ci appare più virtuosa di quella che può emergere da un processo di partecipazione, il più ampio e coinvolgente.

Gli spazi dell'Ambrogiana raccontano della sua doppia anima, quella del *fasto* della dimora granducale di gran pregio e quella del *nefasto* della sopraggiunta destinazione, prima a carcere, poi a prigione manicomiale. Raccontano del valore storico-architettonico della villa granducale su cui tanto è stato scritto ma raccontano anche delle manomissioni e delle aggiunte edilizie operate per farne un caposaldo del paesaggio dell'esclusione**.** I corpi principali del complesso come i minori, gli edifici come il giardino e le altre parti a verde, i corredi artistici come gli arredi, hanno pagato un duro prezzo.

Gli spazi raccontano della residenza prediletta dal granduca Ferdinando I dei Medici (e poi da Cosimo III) alla cui architettura lavorarono a partire dal 1574 schiere di valenti architetti da Bartolomeo Ammannati a Giovannantonio Dosio e Raffaello di Pagno fino ad Alfonso Parigi, a Gherardo Mechini, Pier Maria Baldi, Jean Nicholas Jadot, Giuseppe Del Rosso, Pasquale Poccianti che intervennero in successione sulla morfologia del complesso. Raccontano anche dei grandi problemi di manutenzione che il complesso ha sempre avuto rispetto alla esposizione alle intemperie, alle piene dell'Arno, ai problemi di approvvigionamento idrico. Ma gli spazi raccontano dell'adattamento penitenziario operato dall'architetto Francesco Mazzei a partire dal 1856 [2] (dopo il fallimento dell'originario progetto panottico di riduzione della Ambrogiana a manicomio civile dell'architetto Cappellini)[3] e del riadattamento a manicomio criminale (inaugurato il 12 giugno 1886) da parte dell'ingegnere Bulgarini[4] per

2 La destinazione carceraria riprese una volontà di Leopoldo II di Toscana già espressa nel 1824 ma che si concretizzò solo dopo che nel 1850 la Corte granducale rilasciò interamente la Regia Villa al Demanio e dopo che fu abbandonato il proposito del Regio Governo di destinarla a Spedale per dementi acuti in seguito alla drammatica condizione dell'Ospedale fiorentino del Bonifazio. Fallito questo progetto fu dato incarico all'architetto Mazzei di un progetto di riduzione a carcere e la mattina del 16 agosto 1854 fu aperto lo Stabilimento provvisorio dell'Ambrogiana. La destinazione carceraria fu ereditata dal nuovo stato postunitario e articolata dopo alcuni cambiamenti in una Casa di pena e Casa di correzione femminile, una delle quattro Case penali femminili del Regno d'Italia, e in una Pubblica casa di custodia per giovani minorenni, una delle cinque del paese.

3 Nel 1849 a causa della insostenibile situazione dell'Ospedale fiorentino del Bonifazio, il Governo granducale decise di trasferire l'istituto all'Ambrogiana. L'anno dopo (1850) fu affidato all'architetto Giuseppe Cappellini il progetto di trasformazione della villa in manicomio. Ma nel giugno del 1853 il progetto di *Spedale dei Dementi Acuti* che prevedeva uno stravolgimento della villa con l'aggiunta di uno spropositato corpo edilizio con velleità di *Panopticon* fu bocciato. I disegni originali sono conservati alla Biblioteca Labronica di Livorno.

4 L'ingegnere dello stato Oreste Bulgarini (poi autore del carcere di Buon Cammino a Cagliari e di un corpo di celle di punizione del carcere di Santa Maria Capua Vetere) all'Ambrogiana riadattò a prigione manicomiale i due stabili detentivi esistenti, distinti e isolati tra loro. A sezione giudiziaria fu ristrutturato l'edificio di collegamento col complesso alcantarino. A sezione penale,

libro-25col modificato.indd 194 13/10/15 10:49

realizzare il programma di Leopoldo Ponticelli[5], ispirato da Cesare Lombroso e dalla Scuola di antropologia criminale in un stretto intreccio con le esigenze dello stato postunitario di ridisegnare il rapporto tra crimine e malattia. Gli spazi raccontano delle trasformazioni subite nel corso del tempo dalla villa-fortilizio, del suo impianto unitario scisso in più parti, del giardino perduto, di scuderie e corridoi diventati sezioni, di separazioni e barriere aggiunte.

Raccontano del passaggio da luogo di agio e svago della vita di corte, di sosta degli ospiti dei granduchi diretti da Livorno a Firenze[6] a luogo di detenzione del disagio psichiatrico di folli rei e detenuti folli. Certo è che un progetto disciplinare, figlio di un sapere penitenziario e psichiatrico, si sovraimpresse violentemente con una nuova organizzazione degli spazi e nuove cortine murarie; che le vasche idroterapiche per controllare gli stati d'agitazione degli internati soppiantarono fontane, vasche e il ninfeo che avevano sino ad allora celebrato il rapporto della Villa con l'acqua; che una «collezione di individualità separate», per dirla con Foucault[7] prese il posto della preziosa raccolta di quadri dipinti da Andrea Scacciati, Pietro Neri e Bartolomeo Bimbi, raffiguranti spesso anomalie ed eccezionalità naturali.

dove rinchiudere i condannati che avevano manifestato segni di demenza durante l'espiazione della pena in carcere, fu riadattato l'edificio delle scuderie, ricavandone due piani separati, nei quali erano state predisposte camere da quattro a otto letti. La sezione giudiziaria era lo stesso divisa in due piani, uno riservato ai soggetti più pericolosi, detti «furiosi», l'altro destinato alle personalità più tranquille; alcune camere, dotate di maggiori *comfort*, erano a pagamento per i ricoverati con qualche disponibilità economica. Il manicomio dell'Ambrogiana nacque a tutti gli effetti da una struttura penitenziaria e fu perciò carcere sin dall'origine oltre che per avere un direttore penitenziario, una gestione simile agli stabilimenti di pena ordinari e un regolamento che non differiva in alcun punto da quello carcerario. La cura dei ricoverati era però responsabilità del medico chirurgo alienista, avente il titolo di direttore sanitario, gerarchicamente inferiore al direttore di ruolo.

5 Leopoldo Ponticelli, che aveva realizzato la colonia agricola di Pianosa, fu incaricato dal Direttore generale delle carceri Beltrami-Scalia di stendere il progetto del nuovo manicomio criminale del Regno d'Italia e individuarne la migliore ubicazione. L'apertura dell'Istituto si era resa necessaria perché la *sezione per maniaci* istituita presso il manicomio «civile» di Aversa, unico contenitore precedentemente destinato, non era in grado di accogliere *i pazzi criminali* di tutto il Regno. La sua ubicazione, preso atto dell'elevato costo che comportava il trasferimento di detenuti provenienti dalle regioni del sud e del nord della penisola, doveva essere per motivi logistici in una località del centro Italia, località salubre e abbastanza isolata da non arrecare disturbo all'abitato. La Villa, situata a poca distanza dalla ferrovia comunicante con i principali snodi ferroviari, offriva il vantaggio di consentire un rapido trasporto di detenuti da ogni carcere del Regno. Per adeguare la Villa alle esigenze del nuovo uso erano necessarie notevoli modifiche che, progettate da Bulgarini, furono immediatamente approvate. I lavori vennero eseguiti in economia, utilizzando la mano d'opera di detenuti provenienti da tutto il Regno.

6 Come il principe libanese Fakhr ad-Din II, considerato tra i fondatori del Libano moderno, in esilio forzato dal proprio regno e ospite nel 1613 di Cosimo II dei Medici.

7 M. Foucault, *Sorvegliare e punire*, Giulio Einaudi editore, Torino 1993.

libro-25col modificato.indd 195 13/10/15 10:49

La Villa dell'Ambrogiana, una volta liberata dalla destinazione manicomiale che coi suoi vincoli ne ha impedito l'inclusione nel patrimonio Unesco insieme alle altre ville medicee[8], potrebbe ottenere tale riconoscimento. Ma non meno degna di attenzione culturale è la storia della istituzione manicomiale per la quale c'è invece un concreto rischio di rimozione a ridosso delle diverse aspettative generate dalla chiusura dell'Opg. Questo versante del patrimonio storico e culturale dell'Ambrogiana potrebbe polarizzare un interesse culturale e sociale sorprendente come testimoniano diversi esempi in tal senso[9]. Tanto più ciò avrà senso se lo sguardo potrà essere esteso ai passaggi più recenti, dalla Riforma del 1978 [10]che sancì l'abolizione degli ospedali psichiatrici ma non comprese il manicomio giudiziario ed anzi questo fu interamente investito dalla durezza dell'emergenza della sicurezza carceraria, sino al dopo Opg, alla gestione dei progetti terapeutici riabilitativi da parte del sistema dei servizi psichiatrici territoriali e alle Rems su cui occorre oggi spostare la strategia d'attenzione in un processo di conoscenza mai pacificato.

Non elidere ma raccontare in un percorso espositivo la storia dell'Ospedale psichiatrico giudiziario[11] di Montelupo fiorentino significa predisporre un itinerario di conoscenza sulla lunga e complessa vicenda del manicomio rivolto ad un pubblico quanto più possibile ampio, spesso carente di conoscenza sul tema. Significa realizzare un impianto narrativo impostato con rigore scientifico ma anche con una coinvolgente capacità comunicativa, senza occhieggiamenti alla morbosità attrattiva della strumentazione del dolore. I materiali degli archivi, in particolare quello sanitario ma anche quello amministrativo, una volta riordinati, potrebbero consentire di istruire una esposizione incentrata sulla materialità documentaria e iconografica dell'internamento psichiatrico giudiziario, sull'arsenale terapeutico-contenitivo e i trattamenti disciplinari[12], sullo studio «scientifico»operato sui casi ritenuti di maggiore interesse

8 L'inserimento nella Lista del Patrimonio Mondiale dell' UNESCO di 12 Ville e 2 Giardini medicei in Toscana è stato approvato nel corso del 37° Committee World Heritage UNESCO, svoltosi dal 16 al 27 giugno 2013 a Phnom Penh.

9 Spazi di documentazione e ricerca della storia della psichiatria e della salute mentale e musei sono stati realizzati a Reggio Emilia e a Roma. A Reggio Emilia è stato trasformato in Museo uno degli edifici simbolo del complesso manicomiale del San Lazzaro, il padiglione Lombroso; a Roma il Museo-Laboratorio della mente che ripercorre la storia dell'Ospedale Santa Maria della Pietà è aperto dal 2000. Per quanto riguarda il manicomio giudiziario va ricordato il Museo storico dell' Ospedale Psichiatrico Giudiziario «Filippo Saporito» di Aversa aperto nel 1992 e la documentazione presente nel Museo criminologico di Roma.

10 La Legge n.180 del 13 maggio 1978.

11 Ultimo dei cambi nominali dopo quello di «Manicomio criminale» e «Manicomio giudiziario».

12 L'utilizzo di letti e poltrone di contenzione, anche per lunghi periodi, l'uso delle camicie di forza,

libro-25col modificato.indd 196 13/10/15 10:49

tra i folli criminali, i rei impazziti, i briganti e i rivoluzionari, che vi erano rinchiusi insieme alla folla eterogenea degli internati con alterità psichiatrica giudicata pericolosa[13]. Un progetto partecipato, interdisciplinare, educativo e creativo, coinvolgente in primo luogo le scuole, può consentire la conoscenza di queste vicende e il loro approfondimento da parte dei cittadini e di chiunque possa essere interessato o soltanto incuriosito da quanto accadde all'interno di queste mura. Ma ancor più che per il passato dell'internamento psichiatrico giudiziario in cui il manicomio giudiziario fu centro gravitazionale di una rete di controllo della follia esteso dalla strada al carcere, questo percorso espositivo può essere in grado di sollecitare una capacità di interrogazione sociale sul presente del rapporto società-follia.

L'esperienza di collaborazione che la Fondazione Michelucci ha avuto nel percorso di recupero della Castiglia, antica dimora del Marchesato di Saluzzo poi Istituto di reclusione dal 1828 fino alla dismissione carceraria nel 1992, ci ha consentito di conoscere da vicino un percorso di recupero che può rappresentare un interessante punto di riferimento per il riuso dell'Ambrogiana. La Castiglia fu dimora signorile sul modello delle altre corti italiane del Rinascimento, conobbe decadenza e degrado e a conclusione della parabola discendente fu ridotta a prigione. Poi conobbe l'abbandono – realtà che l'Ambrogiana può tranquillamente evitare – finché dal 2006 il complesso è stato oggetto di un lungo e attento restauro, per restituirlo alla fruizione pubblica: i suoi ampi locali ospitano oggi l'archivio storico, spazi museali, collezioni artistiche ed esposizioni di arte contemporanea[14], eventi di promozione culturale e turistica. Al suo interno sono stati inaugurati il 22 febbraio 2014 il *Museo della civiltà cavalleresca* e il *Museo della memoria carceraria*[15]. Per il complesso

il ricorso alla segregazione terapeutica in una condizione di totale isolamento erano assai più frequenti di altri trattamenti. Le pratiche coercitive dominavano rispetto a quelle clinico-terapeutiche.

13 Il regolamento del 1905, poi modificato dal r.d. 16 agosto 1909, n. 616, stabiliva tra l'altro che il manicomio giudiziario doveva avere un locale particolare per l'autopsia degli alienati nel quadro dello studio «scientifico» dei soggetti. Di questo studio furono oggetto tra gli altri i corpi di Giovanni Passannante e Pietro Acciarito, anarchici attentatori di Umberto I nel 1878 e nel 1897, condannati all'ergastolo in condizioni durissime, trasferiti a Montelupo Fiorentino per sopraggiunta follia e fino alla morte.

14 Alla Castiglia sono presenti opere di arte contemporanea appartenenti alla Collezione privata Garuzzo per le Arti Visive – IGAV (Torino) che offrono, con opere sempre diverse, uno spaccato rappresentativo della scena artistica contemporanea.

15 Il Museo della Civiltà Cavalleresca, collocato al terzo piano della parte ottocentesca presenta i tratti salenti dell'identità culturale espressa dal Marchesato e dai ceti dirigenti ad esso collegati fra XII e XV secolo. Il Museo si articola in 11 sale, ognuna delle quali illumina un aspetto o un momento significativo della società cavalleresca e cortese del Marchesato. Il Museo della memoria carceraria (cura scientifica di Claudio Sarzotti), realizzato anch'esso con un impianto

libro-25col modificato.indd 197 13/10/15 10:49

dell'Ambrogiana che ha attraversato tanta parte della storia del paese, prima per il ruolo giocato nella corte medicea poi come istituzione penitenziaria e infine come manicomio sino alla sua chiusura, il riferimento di quanto fatto alla Castiglia a Saluzzo può sicuramente rappresentare un buon riferimento da vari punti di vista non ultimo quello economico visto che l'operazione è costata, secondo i dati ufficiali, un milione e settecentocinquantamila euro (468 euro al metro quadro), di cui un milione proveniente dai fondi europei e 750.000 dalle casse comunali, «43 euro per ogni saluzzese» secondo le parole del sindaco. Le caratteristiche della Villa Ambrogiana invitano alla realizzazione al suo interno di un sistema di spazi culturali, associativi e museali integrati, in cui la storia granducale e quella della istituzione totale possono trovare il loro giusto rilievo insieme agli altri utilizzi che un processo partecipativo potrà prendere in considerazione.

Un elemento di grande significato è l'abbattimento dell'alto muro di cinta, realizzato nel 1914 a rappresentare in maniera ridondante e superflua il caposaldo segregativo e marcare l' invalicabilità dello spazio manicomiale per coloro che erano condannati alla morte civile. Il muro elevato col pretesto di impedire la comunicazione tra internati ed esterni, causò l'interramento del ninfeo che da ciò subì gravissimi danni e marcò ancora di più la separazione con la città. La demolizione può aiutare a ricostruire, avvicinare, creare una rete di relazioni tra la Villa, il paesaggio fluviale e il contesto urbano in una nuova opportunità di rigenerazione del ruolo del complesso nel territorio[16]. La riduzione a Manicomio della Villa Ambrogiana avvenne in epoca postunitaria utilizzando la mano d'opera di detenuti provenienti da tutto il Regno. In un quadro progettuale di recupero meriterebbe di essere valutata senza pregiudizio l'ipotesi che, in accordo tra i diversi enti interessati si possa prevedere un coinvolgimento di tipo formativo e lavorativo da parte di detenuti che potrebbero essere ospitati nella sezione «Arno», ristrutturata in tempi recenti e che, anche temporaneamente, potrebbe essere adibita a carcere a sicurezza attenuata.

d'allestimento multimediale, nelle sezioni detentive semi-interrate a suo tempo utilizzate come celle di disciplina e di isolamento, non ha opere d'arte, ma oggetti e manufatti «poveri», documenti d'archivio e narrazioni che raccontano la storia di un'istituzione.

16 La Villa Ambrogiana ha sempre avuto una vita separata dal contesto sociale circostante. Da residenza granducale era concesso talvolta ai paesani di fare dei rinfreschi sotto un albero chiamato «Albero di Pacienza» e due volte l'anno di attraversare il selvatico con le processioni. In tempi molto recenti l'Ospedale Psichiatrico Giudiziario ha avuto come altre istituzioni carcerarie un processo di limitata apertura consentendo episodicamente l'utilizzo convegnistico del grande Salone degli Affreschi, affrescato nel 1792 da Niccolò Contestabile, e la partecipazione pubblica a rappresentazioni ed esposizioni organizzate nell'ambito delle attività culturali degli internati.

libro-25col modificato.indd 198 13/10/15 10:49

Né carcere né manicomio, una villa per la città

Fondazione Giovanni Michelucci

Questo contributo è stato pubblicato nel 1988 nella rivista della Fondazione Michelucci, «La Nuova Città», nella sezione speciale La presenza del rimosso *dedicata in quel numero all'OPG di Montelupo Fiorentino proponendo un percorso di rigenerazione sociale e urbana facendo perno sulla restituzione della villa alla città.*
Il gruppo di lavoro della Fondazione Michelucci che ha lavorato al progetto era allora costituito da Andrea Aleardi, Guido De Masi, Luca Emanueli, Corrado Marcetti, Nicola Solimano e coordinato da Giovanni Michelucci.

L'intervento che proponiamo parte da questi punti salienti:

- le specifiche condizioni dei suoi forzati abitanti, persone che necessiterebbero di ben altri percorsi riabilitativi, rispetto a quelli forniti da un Opg;
- il carattere di gran pregio e la storia particolare del complesso;
- la sua straordinaria collocazione.

Pur tenendo conto dei vincoli relativi alla attuale destinazione a Opg si tratta di sollecitare un percorso dalla città alla villa ed un altro dalla villa alla città nella prospettiva che, proprio attraverso questo primo approccio, si riesca a comprendere di quale spazio essenziale per la propria identità Montelupo sia stato privata e di quali relazioni siano state private le persone chiuse nel complesso.
Il nucleo storico della città ed il complesso manicomiale sono ancora totalmente separati, anche se un'espansione edilizia a prevalente carattere produttivo si è andata formando intorno alla villa richiudendola in un anello. Si tratta di due realtà dimensionalmente simili, a diversa densità, strutturate in modo tale da scomparire vicendevolmente: l'Ambrogiana ha vissuto prima di vita autonoma rispetto al paese, poi di separatezza ed estraneità, fino a sopraffare nella memoria il suo contesto urbano.

libro-25col modificato.indd 199 13/10/15 10:49

Nelle trasformazioni che proponiamo l'indirizzo progettuale consiste nel:

- dare la massima evidenza fisica ad un programma di passaggio da manicomio a qualcosa di completamente altro, in cui sviluppare progressivamente l'autoterapia delle persone ricoverate, tramite una modificazione profonda delle relazioni interne alla villa, rispetto a situazioni di custodia-assistenza passiva;
- valorizzare al massimo gli elementi ambientali e naturali, il fiume, il parco, l'articolato dell'edificio; intervenire sulle linee di separazione che si addensano sui confini che rappresentano fasce di tensione delle contraddizioni, la cinta muraria;
- intervenire nell'edificio con sensibilità, senza tentare di riproporre un impossibile «com'era e dove era», ma cercando piuttosto di rendere leggibile sia il disegno originale, sia le modifiche successive.

Ridisegnare l'ambiente

In questo senso i nuovi interventi architettonici sono parte di un ridisegno ambientale complessivo, in cui ambiente significa anche realtà socio-sanitaria che tutti viviamo o subiamo. In questo senso ambiente non è il contorno delle nostre separate realtà, ma la realtà determinante. Il progetto non rappresenta dunque una sistemazione del verde dentro o fuori quelle mura o una ristrutturazione dell'edificio, né vuole occuparsi di un problema di contorno rispetto a una realtà immutata o al più trasferita, ma vuole affrontare il problema centrale dei fili di comunicazione all'interno dei quali ci si divide e che a volte si logorano e per alcuni si spezzano. Allora si tratta di ricrearli, di ripensare un'ecologia della mente, una depurazione complessa.

Il successo del progetto si misura per noi su questi obiettivi.

Si tratta prima di tutto di promuovere, di riavvicinare il più possibile la vita del paese alla villa Ambrogiana mediante interventi qualificati lungo il viale alberato, che è oggi l'accesso principale. Il viale è transitato per ora, oltre che dai mezzi diretti all'Opg, anche pedonalmente sino al limite della ferrovia, che si presenta come confine, quasi ad anticipare quello invalicabile del muro di cinta. Il viale, sulla sinistra particolarmente, è costeggiato da edifici in disuso o male utilizzati, sui quali auspichiamo un'azione di recupero. Ancora più auspicabile è recuperare alla vita tutta la fascia del lungo fiume dove si trova un'area, a destra del viale, attualmente coltivata a vigna e, a sinistra, interamente abbandonata. Quest'area può rappresentare un forte elemento di collegamento tra le due realtà, attraverso una sistemazione ad attrezzature urbane per manifestazioni e attività da svolgere all'aperto (mercato, parco giochi, feste). Questa fase è logicamente collegata e motivata dalla demolizione di quel tratto

libro-25col modificato.indd 200 13/10/15 10:49

di muro di cinta che innaturalmente veste la villa e che verrebbe arretrato sui confini del «giardino», dove si trovava la precedente unica recinzione.

Dalla città alla villa, dalla villa alla città

Quest'operazione consentirebbe di iniziare il processo di restituzione alla società civile della villa. Una volta operata questa ricucitura esterna tra città e complesso dell'Ambrogiana si tratterà di collocare alcuni spazi pubblici della città nella villa. Come una operazione di reinsediamento del civile nel militare.

Il primo passaggio consisterà nel riutilizzare l'attuale grande sala degli affreschi per occasioni culturali e manifestazioni di carattere pubblico da gestire in ogni caso al di fuori degli ambiti carcerari. A sua volta l'amministrazione carceraria dovrebbe essere sensibile nell'adoperare la villa il più possibile per attività risocializzanti. E questo un momento chiave di qualsiasi ulteriore sviluppo del progetto. Attraverso questo primo passaggio infatti progetto e programma terapeutico verrebbero a coincidere in un processo di restituzione del complesso della villa alla città. Tutti i soggetti interessati vi avrebbero un ruolo. Innanzitutto i sofferenti mentali, quindi l'istituzione penitenziaria che dimostrerebbe nei fatti di non voler vivere separatamente dal territorio la gestione di quei problemi, la Regione, la Provincia, il Comune di Montelupo, che ha limitato in questi anni il suo spazio di intervento alla «contesa» di viabilità negate, ad indicazioni generiche di piano nei dintorni della villa e alla partecipazione ad attività di risocializzazione dentro l'istituto. Soprassediamo in questa fase su altri punti importanti che ineriscono allo spinoso problema di luoghi per il controllo e la cura. Ad esempio per Montelupo non sono stati ancora indicati gli spazi per la sezione a sicurezza attenuata e per la struttura esterna per la semilibertà. Riteniamo fondamentale, ancor prima di approfondire le nostre indicazioni progettuali, chiarire l'equivoco di fondo se cioè i luoghi destinati a sviluppare un rapporto tra istituzione penitenziaria e città debbano essere considerati degli spazi semplicemente funzionali all'amministrazione carceraria per regolare e gestire un'attività di pubbliche relazioni con le varie realtà del territorio, oppure rappresentino a tutti gli effetti un luogo della città.

Se questa impostazione trovasse l'interesse degli interlocutori, si procederebbe allora al ripristino del giardino all'italiana, coinvolgendo realtà esterne, insieme a un gruppo di internati, e al recupero del grottino in grave stato di degrado. Giù a questo punto la villa, almeno dal punto di vista tipologico, avrebbe recuperato in parte il suo rapporto con la città e con il fiume. Maturerebbe quindi la discussione per una sua restituzione a Montelupo.

libro-25col modificato.indd 201 13/10/15 10:49

La progressione degli interventi per la realizzazione del progetto

La prospettiva di graduale dismissione della Villa Ambrogiana dall'attuale funzione di Opg sta registrando una serie di consensi da parte degli Enti territoriali. Questo stesso studio è stato commissionato alla Fondazione Michelucci e al Centro di documentazione «I confini della città» dalla Regione Toscana e dalla Provincia di Firenze. L'Assessorato alla Sicurezza sociale della Regione ha cercato e individuato alcune strutture che, come previsto anche da un protocollo d'intesa stipulato anni fa con il Ministero di Grazia e Giustizia, dovrebbero essere destinate a decongestionare il numero degli internati a Montelupo e a migliorarne le condizioni con un diverso trattamento sanitario. Si tratta di due strutture situate in altri Comuni della provincia di Firenze, di cui una destinata ad un uso di «sicurezza attenuata», gestita cioè interamente dal servizio sanitario civile, per circa 20 degenti; l'altra per accogliere internati dimettibili privi purtroppo di altre possibilità di accoglienza familiare o residenziale.

Il Comune di Montelupo, a sua volta, è impegnato a reperire un edificio che possa consentire a quanti già usufruiscono di semi-libertà o licenze (circa 80 internati in questo momento) di svolgervi attività di lavoro o di tempo libero in condizioni migliori dell'attuale.

Questo piano di interventi, fondamentali per una realizzazione concreta del progetto, ha conosciuto seri ritardi soprattutto perché da parte del Ministero non è stato dato un effettivo seguito agli impegni previsti nel protocollo, del quale gli Enti territoriali chiedono ora un riaggiornamento. È tempo che anche le strutture non detentive, quelle destinate ai processi di reinserimento, trovino da parte del Ministero una attenzione ed un impegno finanziario sinora destinati quasi esclusivamente alla costruzione di nuove carceri. Altro decisivo capitolo di inadempienze è quello dell'assistenza infermieristica e medica. Le convenzioni fra il Ministero e le USL competenti, previste da accordi con varie Regioni, non sono sinora state definite a causa soprattutto delle complicazioni derivanti da una sanità giudiziaria separata da quella pubblica.

Noi riteniamo che questo progetto integrato sia un progetto possibile, e che uno dei suoi valori fondamentali possa essere il ruolo attivo della soggettività degli internati. In questa prospettiva la programmazione delle attività interne potrebbe contemplare corsi professionali e forme cooperative finalizzati in maniera qualificata ad alcuni aspetti del progetto: come il restauro del giardino storico e di strutture compromesse e degradate del complesso della villa e delle sue appartenenze, la trasformazione a parco delle aree antistanti alla villa e il rapporto con il fiume. Sarebbe infine di notevole importanza che le Regioni che costituiscono l'attuale «bacino di utenza»

libro-25col modificato.indd 202 13/10/15 10:49

di Montelupo si assumano a loro volta l'impegno di dotarsi di altre strutture a «sicurezza attenuata» che prefigurerebbero un rapporto più agevole degli internati con le loro famiglie e con i loro ambiti di relazione.
Il progetto si fonda, evidentemente, sulla capacità di trovare un concerto di energie, in primo luogo dei soggetti competenti ai diversi livelli, ma anche di un atteggiamento sociale, culturale e di informazione che stabilisca con i problemi della follia un rapporto non fondato sull'esclusione e sull'abbandono.

RIFERIMENTI

G. Michelucci *et al.*, *Né carcere né manicomio, una villa per la città,* «La Nuova Città», 4/5, V serie, 1988

libro-25col modificato.indd 203 13/10/15 10:49



libro-25col modificato.indd 204 13/10/15 10:49

Documenti

libro-25col modificato.indd 206 13/10/15 10:49

La contenzione: problemi bioetici

Comitato Nazionale per la Bioetica
estensori Grazia Zuffa e Stefano Canestrari

Presentazione

Il parere «La contenzione: problemi bioetici» affronta il tema della contenzione nei confronti dei pazienti psichiatrici e degli anziani, con particolare riguardo alle forme di contenzione meccanica, che più sollevano riserve dal punto di vista etico e giuridico.

Numerose prese di posizione di organismi internazionali e dello stesso CNB in precedenti pareri – si vedano i pareri *Psichiatria e salute mentale* (2000, *Bioetica e diritti degli anziani* (2006), *Le demenze e la malattia di Alzheimer* (2014) – hanno già indicato con chiarezza l'obiettivo della riduzione fino al superamento della contenzione, che è da considerarsi un residuo della cultura manicomiale. Ciononostante, la pratica di legare i pazienti e le pazienti contro la loro volontà risulta essere tuttora applicata, in forma non eccezionale, senza che vi sia un'attenzione adeguata alla gravità del problema, né da parte dell'opinione pubblica né delle istituzioni.

Nonostante la scarsità degli studi in merito, indicazioni emergono dalla ricerca disponibile circa le variabili che più incidono sul ricorso alla contenzione: la cultura, l'organizzazione dei servizi, l'atteggiamento degli operatori rivestono un ruolo decisivo, più della gravità dei pazienti e del loro profilo psicopatologico. Ciò dimostra che si può fare a meno di legare le persone: l'esistenza di servizi che hanno scelto di non applicare la contenzione e il successo di programmi tesi a monitorare e ridurre questa pratica confermano questa indicazione.

Per queste ragioni, il CNB ribadisce l'orizzonte bioetico del superamento della contenzione, nell'ambito di un nuovo paradigma della cura fondato sul riconoscimento della persona come tale, nella pienezza dei suoi diritti (prima ancora che come malato e malata). Il rispetto dell'autonomia e della dignità della persona è anche il presupposto per un intervento terapeutico efficace. Di contro, l'uso della forza e la contenzione rappresentano in sé una violazione dei diritti fondamentali della

libro-25col modificato.indd 207 13/10/15 10:49

persona. Il fatto che in situazioni del tutto eccezionali i sanitari possano ricorrere a giustificazioni per applicare la contenzione non toglie forza alla regola della non-contenzione e non modifica i fondamenti del discorso etico.

Sul piano giuridico, poiché vengono in rilievo i diritti fondamentali della persona, si sottolineano i limiti rigorosi della giustificazione per la contenzione. Il ricorso alle tecniche di contenzione meccanica deve rappresentare l'*extrema ratio* e si deve ritenere che – anche nell'ambito del Trattamento Sanitario Obbligatorio – possa avvenire solamente in situazioni di reale necessità e urgenza, in modo proporzionato alle esigenze concrete, utilizzando le modalità meno invasive e solamente per il tempo necessario al superamento delle condizioni che abbiano indotto a ricorrervi. In altre parole, non può essere sufficiente che il paziente versi in uno stato di mera agitazione, bensì sarà necessaria, perché la contenzione venga «giustificata», la presenza di un pericolo *grave ed attuale* che il malato compia atti auto-lesivi o commetta un reato contro la persona nei confronti di terzi. Nel momento in cui tale pericolo viene meno, il trattamento contenitivo deve cessare, giacché esso non sarebbe più giustificato dalla necessità e integrerebbe condotte penalmente rilevanti.

Il Parere intende mettere in luce che il superamento della contenzione è un tassello fondamentale nell'avanzamento di una cultura della cura – nei servizi psichiatrici e nell'assistenza agli anziani – in linea con i criteri etici generalmente riconosciuti e applicati in ogni altro campo sociosanitario.

Nelle conclusioni, il CNB raccomanda fra l'altro di *incrementare la ricerca* e di *avviare un attento monitoraggio*, a livello regionale ma anche nazionale, a cominciare dalle prassi quotidiane nei reparti, dove vanno annotati col dovuto rigore i casi di contenzione, le ragioni specifiche della scelta di legare il paziente, la durata della misura; di *predisporre programmi finalizzati al superamento della contenzione*; *di introdurre nella valutazione dei servizi standard di qualità* che favoriscano i servizi e le strutture *no-restraint*; di *mantenere e possibilmente incrementare la diffusione e la qualità dei servizi rivolti ai soggetti più vulnerabili,* quali gli anziani e le anziane, in quanto tali più esposti a subire pratiche inumane e degradanti.

Il Parere è stato elaborato dalla Dott.ssa Grazia Zuffa e dal Prof. Stefano Canestrari, coordinatori del gruppo di lavoro, insediatosi il 28 febbraio 2014.

Il gruppo di lavoro si è avvalso del contributo di esperti, auditi in Plenaria, cui va un ringraziamento particolare: il Dott. Piero Cipriano, dirigente medico presso il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura dell'Ospedale San Filippo di Roma e autore del volume *La fabbrica della cura mentale* (2013); il Dott. Pietro Sangiorgio, Vice Segretario

libro-25col modificato.indd 208 13/10/15 10:49

del Coordinamento Nazionale di Servizi di Diagnosi e Cura, già direttore del Dipartimento Salute Mentale ASL RMH1; la Prof.ssa Maria Grazia Giannichedda, docente di Sociologia dei fenomeni politici all'Università di Sassari, Presidente della Fondazione Franco e Franca Basaglia ed esperta OMS sulla salute mentale e diritti umani. Al gruppo di lavoro hanno attivamente partecipato: Prof. Salvatore Amato, Prof.ssa Luisella Battaglia, Prof. Carlo Caltagirone, Prof. Carlo Casonato, Prof. Antonio Da Re, Prof. Lorenzo d'Avack, Prof.ssa Assuntina Morresi, Prof. Andrea Nicolussi, Prof.ssa Laura Palazzani, Dott. Carlo Petrini, Prof.ssa Monica Toraldo Di Francia. Hanno preso parte alle audizioni e alla discussione in Plenaria anche: Dott.ssa Rosaria Conte, Prof. Andrea Nicolussi, Prof. Carlo Flamigni, Prof. Massimo Sargiacomo, Prof. Mario De Curtis, Prof. Giancarlo Umani Ronchi.

Il parere è stato approvato all'unanimità nella Plenaria del 24 aprile 2015 dai presenti: Prof. Salvatore Amato, Prof. Stefano Canestrari, Prof. Bruno Dallapiccola, Prof. Antonio Da Re, Prof. Lorenzo d'Avack, Prof. Mario De Curtis, Prof. Riccardo Di Segni, Prof. Carlo Flamigni, Prof.ssa Assunta Morresi, Prof. Demetrio Neri, Prof. Andrea Nicolussi, Prof.ssa Laura Palazzani, Prof. Massimo Sargiacomo, Prof.ssa Monica Toraldo Di Francia, Prof. Giancarlo Umani Ronchi, Dott.ssa Grazia Zuffa.

Hanno espresso parere favorevole i membri consultivi: Dott.ssa Carla Bernasconi, Dott.ssa Rosaria Conte, Dott. Carlo Petrini.

Assenti alla seduta, hanno espresso successivamente la loro adesione: Prof.ssa Luisella Battaglia, Prof. Carlo Caltagirone, Prof.ssa Cinzia Caporale, Prof. Carlo Casonato, Prof.ssa Paola Frati.

1. Premessa

Il Comitato Nazionale di Bioetica, con questo documento, intende attirare l'attenzione delle istituzioni e dell'opinione pubblica sulla contenzione, esercitata su pazienti ricoverati in diverse tipologie di strutture sociosanitarie del nostro paese. La contenzione può essere di tipo fisico o farmacologico. In questo parere, il CNB intende in particolare affrontare il problema della forma di contenzione che più solleva riserve dal punto di vista etico e giuridico: la contenzione meccanica, ossia la pratica di legare i pazienti con l'uso della forza e contro la loro volontà. A ciò ci riferiremo d'ora in avanti, quando useremo il termine contenzione senza altra specificazione.

La pratica della contenzione è usata nei confronti dei pazienti psichiatrici nei Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura (SPDC) degli ospedali così come nelle cliniche private; ma anche su minori ricoverati in strutture per problemi di disabilità mentale

libro-25col modificato.indd 209 13/10/15 10:49

o fisica e su anziani degenti in ospedali o in strutture residenziali assistite[1]. A questi ultimi va dedicata un'attenzione particolare, sia per la loro vulnerabilità, sia perché l'aumento della vita media ha comportato un incremento di malattie invalidanti e demenze senili, con massiccio ricorso all'istituzionalizzazione. Poiché il contesto in cui la contenzione è adottata e le motivazioni addotte per giustificarla sono in parte differenti per i pazienti psichiatrici e per gli anziani, le due questioni saranno esaminate in maniera distinta. Il che non deve farci dimenticare che la contenzione, sia per gli anziani che per i pazienti psichiatrici e i disabili, affonda le radici in una comune cultura e tradizione assistenziale, poco attenta alla relazione terapeutica e alla soggettività del paziente.

2. L'orizzonte bioetico

Il CNB si è già pronunciato diverse volte in merito alla contenzione, invitando al suo superamento. Questo nuovo pronunciamento nasce dalla constatazione che, nonostante gli anni intercorsi, la contenzione è ancora largamente applicata senza che si intravedano sforzi decisivi alla sua risoluzione e neppure una sufficiente sensibilità alla gravità del problema.

Si ricordi, in ordine, il documento del 2006, «Bioetica e diritti degli anziani»: nell'invitare al rispetto dell'integrità dell'anziano e alla non maleficenza, il CNB sottolinea come «la maleficenza verso l'anziano possa corrispondere alla contenzione, intesa come limitazione meccanica o farmacologica delle possibilità di movimento autonomo di un individuo»[2]. Circa la contenzione in ambito psichiatrico, il parere « Psichiatria e salute mentale: orientamenti bioetici», del 2000, afferma chiaramente che «la contenzione meccanica deve essere superata in quanto lesiva della dignità della persona». Tale pratica è individuata come un residuo della cultura manicomiale, che produce «cronicizzazione, invece che il recupero della malattia»[3].

Ma già l'anno addietro, nel settembre 1999, nel documento «Il trattamento dei pazienti psichiatrici: problemi bioetici», il CNB denunciava «l'uso frequente della contenzione anche prolungata in buona parte degli SPDC, negli OPG, nelle strutture soprattutto private (ma spesso convenzionate a carico del SSN)», rilevando che «tali prassi sono in primo luogo in contrasto con le buone pratiche medico-psichiatriche». Si raccomandava perciò che la contenzione e l'isolamento fossero «drasticamente

1 Per i soggetti in età evolutiva, si veda la denunzia delle associazioni dei familiari citata nel documento Stato-Regioni del 2010.

2 CNB, *Bioetica e diritti degli anziani*, 2006, pp. 7-8.

3 CNB, *Psichiatria e salute mentale: orientamenti bioetici*, 2000, p. 18.

libro-25col modificato.indd 210 13/10/15 10:49

ridotti e praticati solo in casi eccezionali in mancanza di alternative o in stato di urgenza» e che dovessero comunque essere limitati nel tempo, sottolineando al tempo stesso «la convergenza tra la norma etica del rispetto della dignità personale e il criterio clinico-terapeutico»[4].

Anche il recente documento «Le demenze e la malattia di Alzheimer: considerazioni etiche», del 2014, analizza le questioni sia del ricovero che del trattamento involontario per queste persone altamente vulnerabili, rimarcando il collegamento fra i diritti dei malati e un'adeguata presa in carico, «poiché carenze e inadeguatezze nell'assistenza di persone con disabilità mentale conducono a situazioni che si traducono in trattamenti inumani e degradanti».[5]

Nel dibattito bioetico sulla salute mentale, è centrale dunque il passaggio a un nuovo paradigma, in sostituzione dell'approccio manicomiale: da una visione del malato di mente come destinatario di coercizione e segregazione (in quanto portatore di pericolosità sociale), a quella di persona sofferente di cui prendersi cura, secondo principi e modalità di presa in carico del tutto simili a quelli usati per altre patologie e sofferenze.

Superare il «residuo di cultura manicomiale» denunciato da questo comitato nel 2000, significa predisporre servizi psichiatrici che rispondano appieno ai criteri etici generalmente riconosciuti e applicati in ogni altro campo delle prestazioni di cura: dall'impegno a offrire interventi che migliorino la qualità della vita (secondo il principio di beneficenza), all'obbligo a non causare danno (principio di non maleficenza), al rispetto dell'autonomia e della dignità della persona (anche quando si tratti di decidere circa l'opportunità di un intervento sanitario), all'osservanza di criteri di giustizia nella ripartizione delle risorse.

In ambito internazionale, numerose sono le prese di posizione contro la coercizione in psichiatria (nel cui ambito è trattato anche il problema della contenzione).

Si veda la Raccomandazione del comitato dei ministri del Consiglio d'Europa sulla tutela dei diritti umani e della dignità delle persone affette da disturbi mentali, adottata nel 2004, a seguito del Libro Bianco europeo (commentato dal CNB italiano nel già citato parere del 1999). Nella Raccomandazione si affrontano le questioni del ricovero e del trattamento involontario in strutture psichiatriche (quali momenti tra loro distinti, cap.III)[6]; così come della seclusion (la stanza d'isolamento) e della con-

4 CNB, *Il trattamento dei pazienti psichiatrici: problemi bioetici,* in *Libro Bianco del Consiglio d'Europa dedicato al trattamento dei pazienti psichiatrici*, 1999.

5 CNB, *Le demenze e la malattia di Alzheimer: considerazioni etiche*, 2014, pp. 18 e ss

6 Council of Europe, *Recommendation Rec (2004) 10 of the Committee of Ministers to member*

libro-25col modificato.indd 211 13/10/15 10:49

tenzione (cap.V, art.27), raccomandando di limitare le misure ai «casi di imminente pericolo per la persona o per altri, e in proporzione ai rischi implicati», con menzione dei casi nella cartella clinica della persona e in un registro apposito. Si noti che la contenzione è trattata in un articolo a se stante, quale misura assolutamente distinta dal trattamento.

Ancora, la dichiarazione conclusiva della conferenza di Helsinki dei ministri della sanità di 52 paesi della regione europea della OMS nel 2005 (dal titolo *Affrontare le sfide, creare le soluzioni*) e la risoluzione del Parlamento Europeo del 20067, nota come *Risoluzione Bowis*, richiamano al rispetto dei diritti umani delle persone malate di mente (fra cui fondamentale è il diritto all'autonomia): fino a chiedere esplicitamente ai governi di «offrire cure efficaci e comprensive che rispettino le loro preferenze personali», e di «introdurre o rafforzare leggi o regolamenti che garantiscano gli standard di cura ponendo fine agli interventi inumani e degradanti»[8]. Sul tema specifico della contenzione, la *Risoluzione Bowis* considera che «vada evitata qualsiasi forma di restrizione della libertà personale, in particolar modo le contenzioni, per le quali sono necessari il monitoraggio, il controllo e la vigilanza delle istituzioni democratiche, a garanzia dei diritti della persona»[9] . E ancora giudica «che il ricorso alla forza sia controproducente, così come la somministrazione coatta dei farmaci», raccomandando che l'eventuale somministrazione coatta debba avvenire con la convalida dell'autorità civile[10]. Come si vede, questi documenti sottolineano

states concerning the protection of human rights and the dignity of persons with mental disorder and its explanatory memorandum. Adopted by the Committee of Ministers on 22 September 2004 at the 896th meeting of the Ministers' Deputies, 22 September 2004. La distinzione fra ricovero involontario e trattamento involontario si fonda sul presupposto che debba prevalere la presunzione in favore della capacità di decidere, anche se il paziente è ricoverato non per sua volontà, a meno che lo stato di incapacità di decidere riguardo al proprio trattamento non faccia parte dei criteri giuridici del ricovero (cfr. il Libro Bianco e il parere CNB del 1999). Circa la casistica del trattamento involontario della Raccomandazione: la persona deve rappresentare un rischio significativo per l'incolumità propria o altrui; il trattamento deve avere una finalità terapeutica; non devono essere disponibili alternative terapeutiche meno restrittive; l'opinione della persona deve essere presa in considerazione. Sono indicati anche i criteri per l'esecuzione (es.: il trattamento deve essere proporzionato alle condizioni di salute; deve essere parte di un programma scritto; deve essere documentato; deve essere indirizzato all'utilizzo, il più presto possibile, di un trattamento accettabile per la persona; etc.) e i diritti che devono essere garantiti (es.: informazione alla persona e al suo rappresentante legale, comunicazione e visita, etc.).

7 J. Bowis, *Migliorare la salute mentale della popolazione. Verso una strategia sulla salute mentale per l'Unione Europea* (Risoluzione Bowis), 2006/2058 INI.

8 Cfr. i documenti: *Mental Health Declaration for Europe, Facing the challenges, Building solutions*, (EUR/04/5047810/6) e *Mental Health Plan for Europe,* (EUR/04/5047810/7), WHO European Ministerial Conference on Mental Health, Helsinki, 12-15 January 2015.

9 Risoluzione Bowis, punto 34.

10 Risoluzione Bowis, punto 33.

libro-25col modificato.indd 212 13/10/15 10:49

lo stretto legame fra efficacia terapeutica e rispetto dei diritti e della dignità della persona[11]. La pratica e la cultura dell'istituzionalizzazione sono condannate, perché il mancato rispetto dei diritti è non solo una lesione della persona, ma anche uno dei fattori di aggravamento della patologia psichica.

Se ne deduce un chiaro collegamento fra il diritto all'autonomia della persona e il diritto a ricevere cure appropriate. Per meglio dire, il diritto all'autonomia diventa il volano di un intervento terapeutico valido ed efficace. Con una conseguenza importante circa l'inquadramento bioetico della contenzione: nel caso del paziente sottoposto a contenzione meccanica, non ci sono scusanti per la violazione dell'autonomia della persona in nome del suo «bene» e non è perciò appropriato ipotizzare due principi in conflitto, la libertà della persona, da un lato, e la (supposta) finalità terapeutica dell'intervento coercitivo (principio di beneficenza), dall'altro. Non si tratta tanto di trovare un bilanciamento fra questi principi, cercando perciò di individuare le situazioni in cui il principio di beneficenza possa prevalere sul diritto all'autonomia del paziente (posizione che corre il rischio di istituzionalizzare/normare le violazioni della libertà)[12]; quanto di ribadire il principio che il ricorso alla forza è sempre una violazione della persona, dagli effetti controproducenti. Il fatto che in situazioni del tutto eccezionali i sanitari possano ricorrere a giustificazioni per applicare la contenzione, non solo non toglie forza alla regola della non-contenzione, ma soprattutto non modifica i fondamenti del discorso etico.

Come ribadisce anche il Comitato danese di Etica, nel documento significativamente intitolato *Power and powerlessness in psychiatry,* del 2012, rimane intatto il principio che la coercizione rappresenta invariabilmente una violazione, indipendentemente dalle ragioni per cui la si applichi. Soprattutto va ricordato che la contenzione costituisce un ostacolo alla relazione fra curante e curato, relazione che rimane il principale strumento terapeutico.

Il ricorso alla forza va dunque in ogni modo evitato: è questo un invito pressante

11 Cfr. M.G. Giannichedda, *La salute mentale e i diritti della persona*, in L. Canovacci (a cura di), *1978-2008: Trent'anni di sanità fra bioetica e prassi quotidiane*, Commissione Regionale di Bioetica della Toscana, 2010.

12 Cfr. C. Petrini, *Ethical considerations for evaluating the issue of physical restraint in psychiatry*, Ann. Ist. Super Sanità, 2013, vol. 49, n. 3, pp. 281-285; Cfr. anche F. Maisto, *Imputabilità e vulnerabilità*, «Quaderni di SOUQ – Centro Studi Sofferenza Urbana», 2011, n. 4. Scrive il giudice Francesco Maisto: «Si diffondono pratiche e protocolli ospedalieri e professionali sulla contenzione, nell'errato convincimento del valore giustificativo e tutorio per gli operatori in caso di lesioni, decessi e danni di qualsiasi genere ai pazienti. Tutti gli argomenti giuridici giustificativi di dette pratiche non tengono conto che nella legislazione vigente la contenzione in senso stretto, meccanica (distinta dall'occasionale ed eccezionale contenzione fisica e dalla contenzione farmacologia) non è prevista e che non trattasi di lacuna per distrazione del Legislatore, bensì di consapevole scelta dello stesso».

libro-25col modificato.indd 213 13/10/15 10:49

agli operatori impegnati a vario titolo nelle prestazioni di cura, e al tempo stesso un appello rivolto alle istituzioni, affinché predispongano politiche adeguate.

Il richiamo è tanto più opportuno considerando che, a distanza di molti decenni dalla riforma psichiatrica, e nonostante i molti appelli per il suo superamento, la contenzione risulta ancora essere utilizzata in modalità non «eccezionale», come si vedrà più avanti.

I documenti internazionali citati indicano una via di superamento della contenzione, attraverso la costruzione di servizi territoriali di comunità «che prevedano un coinvolgimento dei pazienti nel percorso della cura, con una sensibilità verso i loro bisogni e la loro cultura d'origine»[13]. Anche la già citata dichiarazione del Comitato danese di Etica confida in un cambio di cultura, articolato su due pilastri: il riconoscimento della persona come tale, prima ancora che come soggetto affetto da malattia; e di conseguenza, la visione del paziente come persona alla «pari» del personale medico (di pari diritti, di pari dignità e portatrice di un insostituibile «sapere su di sé»). Tale «parità» dovrebbe favorire una relazione terapeutica empatica e rispettosa, facendo sì che l'asimmetria di conoscenze tecnico-scientifiche fra curato e curante non si traduca in un rapporto di prevaricazione.[14] Sono indicazioni importanti, in linea con gli orientamenti comunitari nel campo della salute mentale, volti a cogliere e valorizzare il ruolo dei fattori ambientali e relazionali nella cura, in accordo peraltro coi principi ispiratori della riforma psichiatrica italiana.

Il superamento della contenzione si intreccia dunque con una nuova cultura e organizzazione dei servizi. Il che non significa rimandare al cambiamento di cultura la risoluzione del problema, di fatto accettando una scissione fra principi e pratiche e declassando i primi a proclami moralistici; quanto, al contrario, partire dal rifiuto della contenzione quale fondamento di «buone prassi», presupposto cioè per costruire nel concreto una diversa cultura dei servizi, a partire da una corretta relazione fra chi cura e chi è curato. È questo il senso e il valore di iniziative quali i Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura che semplicemente non applicano la contenzione (*no-restraint*); o le città, come Trieste, «libere dalla contenzione», che si impegnano a evitare di legare le persone in tutti i servizi sociosanitari della città e nelle case di riposo per anziani[15]. Né mancano esempi di Ospedali Psichiatrici Giudiziari in cui la contenzio-

13 Dichiarazione di Helsinki, cit. V, p. 4.

14 *The Danish Council of Ethics Statement on coercion in psychiatry*, p. 8.

15 L'iniziativa nasce dalla Azienda sanitaria 1 di Trieste, in collaborazione con l'Ordine dei medici. Il 21 dicembre 2013 il Sindaco di Trieste, Roberto Cosolini, ha lanciato un appello ai Sindaci e ai responsabili sanitari di tutto il Paese affinché si rigettino tutte le forme di contenzione meccanica,

libro-25col modificato.indd 214 13/10/15 10:49

ne stata eliminata, come nel nell'OPG di Montelupo Fiorentino, nel 2012[16]. Peraltro, l'indicazione del divieto di contenzione è presente anche nei piani sanitari di alcune regioni, come si vedrà più avanti.

L'esistenza stessa di servizi che non applicano la contenzione mostra come l'osservanza di un principio etico, all'interno di un approccio di cura che pone al centro la relazione fra «pari», di curante e curato, possa guidare alle buone pratiche. Si deve, dunque si può.

3. L'orizzonte normativo

Oltre a costituire espressione di un fenomeno ampio, ricco di riflessi in vari campi dell'esperienza e del sapere umano, sotto il profilo giuridico le tecniche di contenzione dischiudono agli occhi degli studiosi e degli operatori del diritto interrogativi di grande portata e di complessità notevole.

Alla luce di ciò, l'approfondimento del tema è stato avviato negli ultimi anni – in virtù anche della rilevanza di recenti casi giudiziari[17], assurti all'onore delle cronache nei loro dolorosi risvolti – dalla dottrina, nella specie da quella costituzionalistica e penalistica.

Occorre dunque dare riassuntivamente conto dei diversi nodi problematici individuati nell'alveo del dibattito dottrinale.

Per prima cosa è bene specificare come sussistano dubbi sulla stessa liceità delle pratiche contentive, in specie ove si esplichino nel ricorso a mezzi di contenzione meccanica: in sostanza, ci si chiede se ci si trovi di fronte ad atti leciti, in quanto previsti dalla legge, oppure se si tratti di atti vietati (quindi, illeciti) e tuttavia resi conformi all'ordinamento dall'esistenza di una causa di giustificazione di volta in volta individuata. Il quesito, come segnalato in letteratura[18], appare strettamente legato a

farmacologica ed ambientale che tutt'oggi sono utilizzate su cittadini deboli in violazione dell'articolo 13 della nostra Costituzione.

16 La direttrice, Antonella Tuoni, così spiegava le ragioni del divieto di contenzione: «Tenere legata ad un letto una persona per giorni e giorni come pratica usuale richiamando l'articolo dell'Ordinamento Penitenziario che prevede l'impiego della forza fisica e l'uso dei mezzi di coercizione, ovvero la normativa in materia di trattamento sanitario obbligatorio, oltre che inumano è illecito» (in «Ristretti Orizzonti», 17 settembre 2013).

17 Si allude in particolare ai casi riguardanti i decessi di Giuseppe Casu e Francesco Mastrogiovanni, per cui v., riassuntivamente e rispettivamente, G. Dodaro, *Morire di contenzione nel reparto psichiatrico di un ospedale pubblico: la sentenza di primo grado sul caso Mastrogiovanni*, <www.penalecontemporaneo.it> (12 giugno 2013), e, dello stesso Autore, *Il nodo della contenzione in psichiatria tra gestione della sicurezza, diritti del paziente e "inconscio istituzionale"*, <www.penalecontemporaneo.it> (25 febbraio 2014).

18 Cfr. il riepilogo offerto da C. Sale, *Analisi penalistica della contenzione del paziente psichiatrico*, <www.penalecontemporaneo.it> (27 aprile 2014), pp. 8 e ss.

libro-25col modificato.indd 215 13/10/15 10:49

quello concernente l'esatta delimitazione degli obblighi rientranti nella posizione di garanzia configurabile in capo agli operatori sanitari *ex* art. 40, 2° comma, c.p.: ci si interroga, in particolare, se nel novero di tali obblighi si possa comprendere l'impedimento, mediante pratiche di contenzione, di atti auto-ed eterolesivi del paziente.

Una prima opinione, diffusa in parte della dottrina e della giurisprudenza, afferma che gli obblighi in argomento comprendano anche il ricorso a mezzi contentivi, osservando anzi come il loro utilizzo s'imponga proprio quando si tratti di evitare condotte lesive auto-o etero dirette. Simili conclusioni, peraltro, rimarrebbero valide anche dopo la l. 13 maggio 1978, n. 180, nonostante l'abbandono – da essa promosso – del modello «custodialistico», strettamente connesso alla superata visione manicomiale della sofferenza psichica sulla base della presunzione di pericolosità dei soggetti di questa portatori.

Un diverso orientamento della dottrina e della giurisprudenza, tuttavia, valorizzando l'assenza nell'ordinamento italiano di una normativa specifica, ha escluso la possibilità di configurare una simile posizione di garanzia in capo agli operatori psichiatrici, sottolineando come, proprio per i motivi accennati, anche le generali indicazioni desumibili dalla l. 180/1978 deporrebbero in tal senso.[19]

Secondo questa diversa ricostruzione, la contenzione meccanica sarebbe passibile, in linea di massima, di integrare un fatto penalmente illecito ai sensi degli artt. 605 c.p. («Sequestro di persona») e 610 c.p. («Violenza privata»), ma consentito quando ricorra una causa di giustificazione. Le ipotesi giustificanti individuate in dottrina, in particolare, sono quelle previste dall'art. 51 («Esercizio di un diritto o adempimento di un dovere»), dall'art. 52 («Difesa legittima») o dall'art. 54 («Stato di necessità») del Codice penale.

Sotto questo aspetto, conviene notare che, ferma restando la necessità di valutare rigorosamente i presupposti ed i limiti di applicabilità di tutte le cause giustificazione in questione, la dottrina prevalente ha privilegiato l'applicazione dello stato di necessità e – ove ne ricorrano gli estremi – della legittima difesa. Questo soprattutto sulla base dell'argomento per cui mentre la scriminante dell'adempimento del dovere indurrebbe ad una concezione asimmetrica del rapporto di cura, comprimendo in certo senso il ruolo del paziente, il richiamo delle cause di giustificazione di cui agli artt. 52 e 54 c.p. sembra al contrario ispirarsi ad una interpretazione paritaria del medesimo rapporto, nella specie maggiormente rispettosa della dignità del paziente[20].

19 Un dubbio potrebbe residuare, si segnala, solo per quanto concerne la specifica condizione del soggetto sottoposto a Trattamento Sanitario Obbligatorio in stato di degenza ospedaliera.

20 In tal senso, ad es., G. Dodaro, *Morire di contenzione*, cit.

libro-25col modificato.indd 216 13/10/15 10:49

Occorre in ogni caso tenere presente come a venire in rilievo, nel caso della contenzione meccanica, siano diritti fondamentali della persona. Per questa ragione, il tema ha sollevato altresì il problema, affrontato in particolare dalla lettura costituzionalistica, di verificarne la legittimità in relazione ai principi della Carta fondamentale. Al riguardo è stato sottolineato come il problema debba essere osservato attraverso la lente degli artt. 13 e 32 della Costituzione[21]. Risulta in effetti discussa, sotto questo profilo, la natura stessa delle pratiche contentive in argomento: la questione non è di scarsa importanza e lo si evince già solo considerando che, mentre l'art. 13 – che sancisce il principio dell'inviolabilità della libertà personale e prevede, al quarto comma, la punizione di ogni violenza fisica e morale «sulle persone comunque sottoposte a restrizione di libertà» – concerne interventi *coercitivi*, l'art. 32 riguarda invece interventi *obbligatori*. Sul piano della disciplina, dunque, l'art. 13 prevede limiti più stringenti dell'art. 32 della Costituzione: quest'ultimo stabilisce una c.d. riserva di legge relativa, per cui «nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge», la quale «non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana» (2° comma); l'art. 13, invece, sancisce al contempo una c.d. riserva di legge assoluta ed una c.d. riserva di giurisdizione, prevedendo al 3° comma che «[i]n casi eccezionali di necessità ed urgenza, indicati tassativamente dalla legge, l'autorità di pubblica sicurezza può adottare provvedimenti provvisori, che devono essere comunicati entro quarantotto ore all'autorità giudiziaria e, se questa non li convalida nelle successive quarantotto ore, si intendono revocati e restano privi di ogni effetto».

Si ipotizza, infine, anche una soluzione intermedia, che suggerisce di assimilare le pratiche di contenzione ai trattamenti sanitari coattivi, suggerendo una loro regolamentazione congiunta da parte degli artt. 13 e 32 della Costituzione.

Indipendentemente dalla tesi che si voglia accogliere, si è inoltre sottolineato come risulti in ogni caso necessario – sempre dal punto di vista della legittimità costituzionale – che la possibilità di eseguire interventi contentivi s'un paziente psichiatrico debba essere prevista da una legge emanata dal Parlamento, la quale ne disciplini i presupposti applicativi[22].

Ora, nel nostro ordinamento non è rinvenibile una normativa specifica: se si ec-

21 M. Massa, *Diritti fondamentali e contenzione nelle emergenze psichiatriche*, «Rivista italiana di medicina legale», 2013, pp. 179 e ss.

22 Sul punto, v. anche G. Dodaro, *Il problema della legittimità giuridica dell'uso della forza fisica o della contenzione meccanica nei confronti del paziente psichiatrico aggressivo o a rischio suicidario*, «Rivista italiana di medicina legale», 2011, pp. 1499 e ss.

libro-25col modificato.indd 217 13/10/15 10:49

cettuano gli artt. 41, 3° comma, l. 26 luglio 1975, n. 354 (*Norme sull'ordinamento penitenziario e sulla esecuzione delle misure privative e limitative della libertà*) e 77 del regolamento cui questo fa rinvio[23], che concernono la specifica situazione del paziente psichiatrico detenuto in carcere, il principale riferimento normativo sarebbe ancora da individuarsi – almeno secondo l'indirizzo giurisprudenziale maggioritario – nell'art. 60, r.d. 16 agosto 1909, n. 615 (*Regolamento sui manicomi e sugli alienati*, attuativo della l. 14 febbraio 1904, n. 36). A mente di quest'ultima previsione, «[n]ei manicomi debbono essere aboliti o ridotti ai casi assolutamente eccezionali i mezzi di coercizione degli infermi e non possono essere usati se non con l'autorizzazione scritta del direttore o di un medico dell'istituto. Tale autorizzazione deve indicare la natura e la durata del mezzo di coercizione». Tuttavia, non solo appare discussa l'attuale vigenza dell'art. 60 in parola (giacché, se la giurisprudenza tende per lo più a riconoscerne la sopravvivenza alla riforma operata dalla l. 180/1978, che nulla dice sul punto, secondo altri bisognerebbe invece ritenere che esso sia stato travolto da un'abrogazione tacita), ma se n'è posta anche in dubbio l'idoneità stessa a soddisfare la riserva di legge richiesta dalle norme costituzionali, anche quando si dovesse trattare di quella relativa di cui all'art. 32 della Costituzione: infatti, la norma non appare sotto questo profilo sufficientemente articolata e precisa.

Come si vede, dunque, (anche) sotto il profilo giuridico la contenzione meccanica solleva, pur limitando lo sguardo ad una prospettiva ancorata alla situazione normativa attuale, questioni di non facile soluzione e sulle quali la riflessione, lungi dall'essere giunta ad una piena condivisione da parte degli interpreti, si sta ancora sviluppando. Nondimeno, sembra che alcuni punti fermi si possano già oggi individuare.

Va anzitutto ribadito, una volta di più, come – a maggior ragione dopo la l. 180/1978, ma a ben vedere per ragioni che a questa non si limitano e che da questa prescindono – non possa più essere accettata una visione del paziente portatore di un disturbo mentale quale soggetto presuntivamente ritenuto pericoloso e nei cui confronti l'intervento sanitario debba esplicarsi in forme «custodialistiche». Da ciò discende la necessità d'intendere la relazione terapeutica coi pazienti affetti da disturbi mentali in termini sovrapponibili a quelli propri di ogni rapporto di cura e, quindi, secondo criteri fondamentali in tutto simili a quelli adottati nei confronti di altre patologie e

23 L'art. 41, 3° comma, in discorso recita: «Non può essere usato alcun mezzo di coercizione fisica che non sia espressamente previsto dal regolamento e, comunque, non vi si può far ricorso a fini disciplinari ma solo al fine di evitare danni a persone o cose o di garantire la incolumità dello stesso soggetto. L'uso deve essere limitato al tempo strettamente necessario e deve essere costantemente controllato dal sanitario». L'art. 77 del regolamento cui si fa rinvio contempla la possibile utilizzazione delle fasce di contenzione per polsi e caviglie, pur prevedendo talune specifiche garanzie.

libro-25col modificato.indd 218 13/10/15 10:49

forme di sofferenza. In questo senso, è auspicio del Comitato Nazionale per la Bioetica che la relazione medico-paziente si svolga su direttrici paritarie, pienamente rispettose dei canoni di una relazione umana ispirata all'eguale dignità e libertà dei soggetti coinvolti.

In conseguenza di ciò, il ricorso alle tecniche di contenzione meccanica deve rappresentare l'*extrema ratio* e si deve ritenere che – anche nell'ambito del Trattamento Sanitario Obbligatorio – possa avvenire solamente in situazioni di reale necessità e urgenza, in modo proporzionato alle esigenze concrete, utilizzando le modalità meno invasive e solamente per il tempo necessario al superamento delle condizioni che abbiano indotto a ricorrervi. In altre parole, non può essere sufficiente che il paziente versi in uno stato di mera agitazione, bensì sarà necessaria, perché la contenzione venga «giustificata», la presenza di un pericolo *grave ed attuale* che il malato compia atti auto-lesivi o commetta un reato contro la persona nei confronti di terzi. Nel momento in cui tale pericolo viene meno, il trattamento contenitivo deve cessare, giacché esso non sarebbe più giustificato dalla necessità e integrerebbe gli illeciti evidenziati in precedenza.

Tali indicazioni, infine, sembrano in grado di rappresentare utili – e, sotto alcuni profili, irrinunciabili – punti di riferimento per una più corretta applicazione anche delle forme di contenzione diverse da quella meccanica, pur opportunamente calate nelle rispettive realtà e specificità.

4. La contenzione nei Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura: indicazioni dalla ricerca

Come accennato, si distinguono forme di contenzione fisica e farmacologica. La contenzione meccanica è una tipologia di contenzione fisica, ma ci sono altre forme di contenzione fisica, del tutto diverse dalla contenzione meccanica. Di queste fa parte lo *holding*, una tecnica usata dall'operatore per contenere la crisi del malato, ricorrendo all'ascolto e impegnando anche il proprio corpo, nel tentativo di stabilire un dialogo. In questo caso, l'uso della forza e la limitazione fisica della persona sono contingenti, di breve durata, utili a creare la relazione, mantenendo aperta la negoziazione alla ricerca di soluzioni e scelte condivise. Lo *holding* può perciò rappresentare una delle procedure di *de-escalation* nelle crisi di aggressività dei pazienti, alternative alla contenzione meccanica (con l'obiettivo di contenere-nel senso di recepire e «tenere dentro di sé» i vissuti del paziente-alleviando la sua rabbia e la sua sofferenza).

libro-25col modificato.indd 219 13/10/15 10:49

Diversa è la contenzione meccanica, che si realizza con camicie di forza, letti di contenzione, cinghie alle caviglie e ai polsi. Ulteriore modalità è rappresentata dalla *seclusion*, ossia dalla chiusura del paziente in celle di isolamento. È perlopiù usata nei paesi di tradizione anglosassone, a differenza del nostro, in cui si ricorre di preferenza alla contenzione meccanica.

Quanto alla contenzione farmacologica, essa avviene con la somministrazione di farmaci in dosi più elevate che nelle correnti indicazioni terapeutiche, finalizzate all'ottundimento della volontà e delle reazioni del paziente. La sedazione farmacologica può certo rappresentare uno strumento per fronteggiare le crisi di aggressività, ma ciò non significa che sia opportuno sostituire la contenzione meccanica con quella farmacologica. È evidente infatti che gli alti dosaggi dei farmaci a fini contenitivi possono avere effetti collaterali rischiosi, oltre a ritardare l'avvio della relazione terapeutica, risorsa indispensabile nel percorso di recupero. Per questa ragione, nei piani sanitari e nelle linee di indirizzo di alcune regioni si raccomanda di attenersi ai dosaggi corretti dei farmaci sedativi e di monitorare con attenzione l'eventuale ricorso a posologie improprie, che comunque dovrebbero essere limitate nel tempo. Infine, negli SPDC che hanno scelto di non legare i pazienti o che cercano di limitare tale pratica al minimo, non risulta dai dati a disposizione un uso più intensivo di psicofarmaci rispetto ai servizi che ricorrono più massicciamente alla contenzione[24]. Alla radice, è l'orientamento dei servizi a fare la differenza. Perciò la soluzione non sta tanto nella sostituzione della contenzione farmacologica alla contenzione meccanica, quanto nel superamento della cultura stessa della contenzione, avvalendosi correttamente di tutti gli strumenti terapeutici, farmaci inclusi.

La contenzione meccanica può dirsi il «rimosso» dell'assistenza psichiatrica. Nel 1978, la legge di riforma psichiatrica sancisce la fine dei nuovi ingressi in manicomio e inizia il percorso verso la loro chiusura; si inaugura il nuovo sistema di presa in carico territoriale, demandando le crisi acute agli Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura negli ospedali generali. Nessun cenno si trova nella legge psichiatrica alla contenzione, né il problema è affrontato in seguito con l'urgenza e la gravità che meriterebbe nei piani sanitari e in altri documenti di indirizzo sulla salute mentale, come meglio esamineremo.

24 Il dato emerge dallo Studio SPT, ricerca longitudinale dell'Istituto Mario Negri di Milano su 61 servizi territoriali e 39 SPDC di 12 regioni sugli esiti dei disturbi mentali gravi lungo cinque anni dalla presa in carico; cfr. G. Cardamone, A. Guarnieri e L. Mari, *Una elaborazione critica dei dati sui SPDC. Riflessioni sul senso della crisi e del ricovero in psichiatria,* «Rivista sperimentale di Freniatria», Vol. CXXVII, supplemento n. 2/2003, pp. 23-24. Gli autori notano anche che i servizi che meno ricorrono alla contenzione non sono dotati di più personale rispetto agli altri. Cfr. anche P. Cipriano, *La fabbrica della cura mentale*, Eleuthera, Milano 2013, p. 51.

libro-25col modificato.indd 220 13/10/15 10:49

Ancora più sorprendente è la scarsità di ricerca e l'assenza di monitoraggio sistematico di una pratica così invasiva e lesiva della persona, nonostante gli appelli al superamento già citati. La contenzione diviene in genere oggetto di dibattito pubblico quando avvengono tragici morti di persone legate, con conseguenti interventi della Magistratura. Così nel 2006, la morte di Giuseppe Casu, rimasto legato per sette giorni a un letto del reparto psichiatrico dell'ospedale di Cagliari, suscita la protesta delle associazioni dei familiari dei malati e l'indignazione dell'opinione pubblica; nel 2010, è la volta di Francesco Mastrogiovanni, morto a Vallo di Lucania dopo dieci giorni ininterrotti di contenzione. Anche in questo caso, il ruolo dei familiari, promotori del Comitato «Verità e Giustizia per Francesco Mastrogiovanni», è stato fondamentale per informare e sensibilizzare l'opinione pubblica.

Nonostante la scarsità della ricerca sul tema, esistono alcuni studi, italiani e non, che offrono un panorama del funzionamento dei servizi, in cui la pratica della contenzione si inserisce[25].

La ricerca *Progres Acuti*, condotta fra il 2002 e il 2003, ha permesso di raccogliere dati nazionali circa caratteristiche e modelli operativi dei 262 SPDC operanti in Italia e dei 16 Centri di Salute Mentale territoriali aperti 24 ore su 24 (in grado di accogliere pazienti in crisi): durante il periodo, il tasso di Trattamenti Sanitari Obbligatori è stato del 12,9%. L'80% degli SPDC hanno la porta chiusa, mentre 15 CSM 24 ore su 16 hanno la porta aperta. Il modello «porta chiusa» è più diffuso in Italia rispetto all'estero.[26] Tuttavia, a livello nazionale, non si conosce il numero dei pazienti su cui la contenzione meccanica sia stata applicata, né il numero delle contenzioni, né il numero totale di ore di contenzione nell'arco di un anno.

Un quadro più esauriente emerge a livello regionale, dalla ricerca sugli SDPC dell'area metropolitana di Roma, a cura del coordinamento dei Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura del Lazio, iniziata nel 2005 con successivo *follow up*[27]. Lo studio ha permesso di monitorare le contenzioni meccaniche eseguite nel periodo, capire la loro ratio, individuarne l'evoluzione, prefigurare soluzioni; esso è tanto più importante, in quanto riguarda l'area di una grande metropoli, con una varietà di problematiche vecchie e nuove di salute mentale. Queste si riflettono sull'attività degli SPDC,

25 Gli studi di seguito esposti sono stati illustrati e dibattuti nelle audizioni del CNB.

26 Dell'Acqua et al., *Caratteristiche e attività delle strutture di ricovero per pazienti psichiatrici acuti: i risultati dell'indagine nazionale Progres-Acuti*, «Giornale Italiano di Psicopatologia», 13, 2007, pp. 26-39.

27 P. Sangiorgio, *La prevenzione, la gestione e, in prospettiva, l'eliminazione della contenzione nelle emergenze psichiatriche dell'area metropolitana di Roma*, in P. Sangiorgio e G.M. Polselli (a cura di), *Matti da (non) legare*, Alpes, Roma 2010, pp. 1-40.

libro-25col modificato.indd 221 13/10/15 10:49

affollati da ogni genere di urgenze (condotte psicopatiche, co-diagnosi di dipendenza e disturbo mentale, emergenze collegate a nuove povertà e crisi sociali).
Al primo *step* della ricerca laziale, nel quadrimestre gennaio-aprile 2005, hanno partecipato 23 SPDC (su 24): di questi, solo uno, lo SPDC dell'ospedale San Giacomo di Roma, non applicava la contenzione[28].
Su 3130 pazienti ricoverati nel periodo, 297 sono stati legati, all'incirca uno su dieci. Alcuni più volte: i pazienti contenuti sono stati sottoposti, in media, a due interventi di contenzione, con un limite massimo di 12 contenzioni per un solo paziente (il numero totale delle contenzioni è stato infatti di 581). La media del numero delle contenzioni è stata di 26 per servizio, con una grande variabilità: a parte il San Giacomo che non ne ha effettuata nessuna, si va dal numero minimo di 5 contenzioni in 4 mesi ad un massimo di 71.
La durata media per contenzione è stata di circa 14 ore, oscillando dai 20 minuti alle 216 ore: il che significa che una persona è stata contenuta per 9 giorni di seguito.
La durata media delle contenzioni per paziente è stata di 23 ore, variando da un minimo di 8 ore ad un massimo di 62 ore.
Un dato sorprendente riguarda il numero di pazienti contenuti nonostante non fossero in regime di Trattamento Sanitario Obbligatorio, con le procedure di garanzia previste dalla legge: nel 34% dei casi, il paziente è stato legato sulla base semplicemente dell'art. 54 del codice penale (per «stato di necessità»).
Quanto alle motivazioni: la maggioranza (il 48%) sono stati legati per *agitazione psicomotoria*, il 37% per *aggressività eterodiretta*, il 9% per *autolesionismo*, il 7% per *rischio di fuga*, il 3% per *rifiuto delle cure*, il 13% per *stati confusionali* di natura organica, tossica o farmacologica.
Circa il confronto con altri paesi, in aree dalle caratteristiche metropolitane paragonabili a quelle di Roma: nello studio effettuato nel 2000 a New York, su 50 unità psichiatriche di emergenza, risulta che il tasso di pazienti contenuti sui dimessi è del 3,1%, per una durata media di 3,3 ore. Dunque il confronto è a scapito dell'Italia, poiché nella ricerca laziale risulta un tasso di 9,48 pazienti contenuti su 100 dimessi, con una durata media della contenzione assai superiore (14 ore).
Questi pur scarsi dati offrono alcune indicazioni. In primo luogo, non si può dire che la contenzione meccanica sia pratica eccezionale ed *extrema ratio*, se è vero che in media il 10% dei malati ricoverati in crisi psichiatrica viene legato; tanto più se si considerano i servizi oltre la media, che raggiungono punte del 23, 25%. Anche il

28 Peraltro tale servizio non esiste più, perché qualche tempo dopo il presidio ospedaliero è stato chiuso secondo il piano di razionalizzazione della Regione.

libro-25col modificato.indd 222 13/10/15 10:49

dato circa la motivazione comunemente addotta a giustificazione delle contenzioni, la «agitazione psicomotoria» (dizione alquanto generica), lascia supporre che si tratti di un intervento affatto «estremo». Infine, il fatto stesso che non sia richiesto agli operatori di fornire motivazioni più accurate e giustificazioni più stringenti tradisce il carattere routinario della pratica.

In aggiunta, allarma il dato circa la durata delle contenzioni, poiché legare una persona per periodi così prolungati non sembra in accordo con la «attualità» del «pericolo di danno grave», di cui parla quell'art. 54 del c.p., spesso utilizzato dai sanitari per giustificare la decisione di legare (si veda il paragrafo sull'orizzonte giuridico).

Inoltre, la marcata variabilità nell'uso della contenzione fra servizi, che pure insistono su territori con caratteristiche e tipologie di utenza simili, suggerisce che la cultura e l'organizzazione dei servizi, più che la tipologia di utenza, giochino un ruolo decisivo nell'uso della contenzione.

Il ruolo primario dell'orientamento dei servizi è confermato da altre indagini condotte all'estero: nel rapporto della Commissione sulla qualità delle cure nello stato di New York, per la valutazione delle cure psichiatriche in ambienti ospedalieri, del 1994, si legge che le differenze nei tassi di applicazione della contenzione non sono tanto correlate alle caratteristiche dei pazienti, quanto alla «filosofia» dei servizi[29].

5. Cultura restraint e cultura no-restraint

Lo studio italiano SPT (già citato) permette di capire i diversi approcci dei servizi. Dall'esame di un campione di 39 SPDC e di due cliniche universitarie, proveniente da tutto il territorio nazionale, emerge che solo nel 12% dei servizi la contenzione meccanica è bandita come scelta. Fra i rimanenti, la contenzione è evento alquanto raro in poco meno di un terzo dei casi, mentre in un altro terzo è evento piuttosto frequente, fino a picchi di trenta contenzioni nell'ultimo mese. Sono sottoposti a contenzione anche pazienti ricoverati volontariamente e il 42% degli SPDC studiati non trasforma il ricovero volontario in TSO quando si disponga di legare il paziente, lasciando così passare la contenzione come evento «normale», che non interrompe la volontarietà del ricovero. Inoltre, nel 64% degli SPDC che attuano le contenzioni non esiste neppure un registro dei casi[30].

Gli SPDC che usano la contenzione hanno alle spalle servizi territoriali e reti socio-

29 NYS Commission on quality of care, *Restraint and seclusion practices in New York State psychiatric facilities and voices from the Frontline: Patients Perspectives of restraint and seclusion use,* 1994.

30 G. Cardamone et al., cit., p. 23.

libro-25col modificato.indd 223 13/10/15 10:49

sanitarie «deboli»: intendendo con ciò servizi territoriali aperti per un numero limitato di ore, che non offrono sufficiente varietà di personale, con scarsi collegamenti con altri centri e servizi della rete sociosanitaria territoriale. Inoltre, la contenzione si accompagna a una serie di altre pratiche limitative della libertà di scelta del paziente, come il sequestro di oggetti personali, l'obbligo di indossare il pigiama, la limitazione delle visite dei familiari e delle telefonate, il razionamento delle sigarette etc.

Invece, gli SPDC *no-restraint* hanno alle spalle servizi nella comunità aperti tutto il giorno o anche 24 ore su 24, dunque con una buona capacità di filtro delle emergenze; resa ancora più efficace dal fatto che gli operatori territoriali conoscono già la persona che arriva in crisi, e il paziente è a sua volta meno spaventato se ad accoglierlo sono operatori a loro familiari.

Nel commentare questi dati, i ricercatori appuntano l'attenzione sulla correlazione fra contenzione e pratiche aggressive, quali la perquisizione personale e altre già citate. Nei reparti che hanno deciso di escludere la contenzione, le pratiche restrittive non sono presenti. Da qui la conclusione: «Poiché non è credibile che la gravità, l'espressività comportamentale e il profilo psicopatologico dei pazienti che questi servizi ricoverano siano differenti», è lo stile di lavoro degli operatori e il sistema di servizi in cui il presidio ospedaliero è inserito a fare la differenza[31]. Infine, come già rilevato, non risulta che gli SPDC *no-restraint* ricorrano ad uso più massiccio di psicofarmaci rispetto a quelli *restraint*.

6. Le ragioni per non legare

Nonostante la ricerca del Lazio indichi che solo una parte delle contenzioni è decisa dai sanitari per fronteggiare l'aggressività del paziente, le ragioni più comunemente addotte per legare le persone riguardano la sicurezza e la gestione del conflitto col malato.

Da notare che anche ricerche internazionali confermano questa contraddizione. Dati provenienti dal Regno Unito offrono un quadro simile a quello del Lazio: solo nel 44% dei casi i pazienti sono legati in risposta a loro azioni conflittuali. Per di più, in molti casi la scelta di contenere diminuisce la sicurezza, invece di favorirla: il contenimento preventivo o reattivo può generare o esacerbare i conflitti coi pazienti, come spesso accade quando viene imposto un farmaco legando la persona, o quando

31 E. Terzian, G. Tognoni, *Indagine sui servizi psichiatrici di diagnosi e cura*, «Rivista sperimentale di Freniatria», 2003, vol. 127, suppl. n. 2, pp. 3 e ss.; M.G. Giannichedda, *La democrazia vista dal manicomio. Un percorso di riflessione a partire dal caso italiano*, «Animazione sociale», n. 4 aprile 2005, pp. 19-31.

libro-25col modificato.indd 224 13/10/15 10:49

si decide di legare preventivamente pazienti che abbiano già compiuto atti di aggressione. All'inverso, un atteggiamento di rispetto verso il paziente e una gestione «normalizzata» del servizio, cominciando dalla prassi delle «porte aperte» come negli altri reparti, contribuisce a creare un clima più tranquillo, in grado di ridurre i comportamenti aggressivi e autolesionistici[32].

Nel Regno Unito, si è cercato di delineare un nuovo modello di gestione del conflitto nei reparti psichiatrici, analizzando differenti modelli operativi. Fattore chiave del nuovo modello è l'attenzione ai diritti, a partire dall'informazione al paziente e alla possibilità che questi possano far valere il loro punto di vista e avanzare reclami. «L'attenzione alle procedure di garanzia, ai diritti, all'informazione, alle richieste dei pazienti potrebbero aumentare la legittimità del reparto psichiatrico, rafforzare l'autostima del paziente, annullare o diminuire la rabbia, contribuire ad abbassare il conflitto e ridurre i tassi di contenzione». Il modello si appoggia su una cornice normativa attenta ai diritti e promuove un approccio di cura dove ci sia spazio per «l'ascolto, la negoziazione, la flessibilità, il compromesso»: elementi utili a ridurre e gestire il conflitto. La gestione del conflitto è dunque parte di un orientamento generale verso il rispetto dell'autonomia della persona, che si riconferma in tutte le fasi del ricovero: dando spazio alle scelte dei pazienti per il cibo, per gli orari, per la gestione degli effetti personali. Infine, si richiede allo *staff* di intervenire in ogni modo per cercare di «rispondere alla perdita di fiducia e speranza e all'autostigmatizzazione delle persone conseguente al ricovero nel servizio psichiatrico»[33].

Per riassumere. Ci sono diversi ordini di motivi per non legare, di natura etica, e insieme di sicurezza, di prevenzione e di buon governo dei servizi: la gestione non violenta e non coercitiva in SPDC elimina il clima di paura (per pazienti e per operatori) e riduce lo stigma. E ci sono ragioni terapeutiche, in primis di evitare di compromettere la relazione terapeutica tramite il circolo vizioso che la contenzione fisica innesca: l'agitazione della persona legata si aggrava, richiedendo quindi più alte dosi di farmaci sedativi, col risultato di peggiorare lo stato di confusione del paziente, che a sua volta riduce la comunicazione fra la persona legata e il personale.

Questi principi terapeutici sono alla base del modello di psicologia e psichiatria di comunità, ma hanno radici ben più antiche. Bastino i concetti dello psichiatra John Conolly, enunciati nel 1856: se si permette che mani e piedi vengano legati, in breve

32 L. Bowers, *On conflict, containment and relationship between them*, «Nursing Inquiry», 2006, 13, 3, pp. 172-180; P. Sangiorgio, M. Polselli, *Matti da non legare*, 2010, cit., p. 8.

33 L. Bowers, *Safewards: a new model of conflict and containment in psychiatric wards*, «Journal of Psychiatry and Mental Health», 2014, 21, p. 507.

libro-25col modificato.indd 225 13/10/15 10:49

si riscontrerà nel paziente un totale processo di regressione e si darà l'avvio a ogni genere di trascuratezza e tirannia, «fino a che la repressione diventerà l'abituale sostituto dell'attenzione, della pazienza, della tolleranza e della gestione corretta»[34]. In altre parole, il rispetto della persona qualifica l'assistenza ed è misura della qualificazione professionale degli operatori.

7. Strategie di cambiamento

L'idea che attraverso un cambiamento della cultura e dell'organizzazione dei servizi si possa incidere significativamente sulla contenzione, è confermata dall'esito di iniziative a ciò specificatamente rivolte. Così è stato per il progetto danese *National Breakthrough Project on Coercion in Psychiatry*, adottato in 27 reparti di degenza psichiatrica in totale, dall'agosto 2004 al giugno 2005. Nel rapporto finale del progetto, si legge che un inizio di cambiamento c'è stato, e si è manifestato in una maggiore attenzione del personale al dialogo e al coinvolgimento dei pazienti. Rispetto al numero degli episodi coercitivi, questi erano diminuiti del 20% nel 33% dei reparti partecipanti al progetto, mentre l'8% dei servizi era arrivato a oltre il 50% di pratiche coercitive in meno[35].

Indicazioni positive vengono anche dal monitoraggio attuato attraverso il *follow up* della ricerca sui SPDC del Lazio, dal 2005 al 2011. Nell'arco di sei anni, il numero dei pazienti contenuti è diminuito di un quarto. Si è ridotta anche la media del numero di contenzioni per SPDC, così come la media del numero di ore di contenzione per servizio. Nessuna riduzione invece per la durata media delle contenzioni, che anzi è aumentata[36].

Ciò dimostra che la predisposizione di programmi specifici, ma anche la semplice attenzione ai casi di contenzione attraverso un attento monitoraggio, può raggiungere risultati positivi, innalzando il livello di consapevolezza degli operatori circa il significato estremo della contenzione come violazione di un diritto. Ciò è tanto più vero in Italia, dove risulta che non sempre l'uso della contenzione sia annotato dai medici sui referti clinici.

Un maggior rigore va dunque richiesto agli operatori, sia nel rispetto dell'etica della

34 J. Conolly, *The Treatment of the Insane without Mechanical Restraints*, 1856; P. Cipriano, *La fabbrica della cura mentale*, Eleuthera, Milano 2013, p. 50.

35 *The Danish Council of Ethics statement on coercion in psychiatry*, cit., p. 7.

36 La media del numero di contenzioni è passata da 92 del 2005 a 57 nel 2011, mentre la media del numero di ore di contenzione per SPDC è passata da 1500 ore a 999 (dall'audizione di Pietro Sangiorgio).

libro-25col modificato.indd 226 13/10/15 10:49

cura, sia nel rispetto del dettato di legge. Va ricordato che una recente sentenza di primo grado ha individuato gli stretti confini di liceità dell'intervento, indicando con chiarezza – pur dovendosi ricordare il dibattito in atto nella dottrina giuridica sul punto – che la contenzione meccanica è atto assistenziale illecito in sé (sicché, ne consegue, può essere consentita, in quanto «eccezionale, episodica e contingente», solo quando ricorra una causa di giustificazione); inoltre, ha evidenziato che «*la gravità, la pluralità e l'estensione temporale delle contenzioni meccaniche in un SPDC segnalano un consolidato contrasto fra prassi abituali e norme vigenti dello Stato*»[37]. Se ne deduce per i sanitari il dovere di non omettere mai nel referto la decisione di legare il paziente. Non solo: vanno anche precisate in maniera circostanziata le ragioni e il contesto della causa di giustificazione di volta in volta invocata.

Anche le istituzioni sono chiamate a fare la loro parte, in particolare le Regioni cui fa capo l'assistenza sanitaria. Ed è necessario offrire indirizzi più chiari. A livello nazionale, esiste il documento «Contenzione fisica in psichiatria: una strategia possibile di prevenzione», approvato dalla Conferenza delle Regioni il 29 luglio 2010. Il documento contiene una serie di raccomandazioni, di cui la prima riguarda il monitoraggio e la raccolta sistematica di informazioni sul fenomeno della contenzione (concernenti la durata della contenzione, le contenzioni notturne, la numerosità degli episodi di contenzione, la numerosità dei pazienti contenuti, le diagnosi associate alle contenzioni). Il flusso dati proveniente dai Dipartimenti Salute Mentale dovrebbe convergere a livello centrale regionale, in modo «da rappresentare uno strumento di osservazione della contenzione come evento sentinella». Altre raccomandazioni del documento riguardano il monitoraggio dei comportamenti violenti, la formazione del personale per l'addestramento in situazioni critiche, la definizione di standard di struttura e di processo per la gestione degli atti violenti, il monitoraggio del modello organizzativo nel suo impatto sul numero degli episodi di contenzione, la verifica della gestione delle crisi, la promozione della «trasparenza delle strutture di cura al fine di migliorare l'accessibilità, la vivibilità, l'accoglienza de servizio e facilitare la comunicazione con l'esterno».

Sebbene molte di queste raccomandazioni siano condivisibili, sono però troppo generiche su alcuni punti e nell'insieme non appaiono sufficienti a imprimere un chiaro segnale in direzione del superamento della contenzione.

A conferma di ciò, si osservi che le indicazioni dei vari piani regionali differiscono in

37 Motivazione della sentenza di primo grado nel processo per la morte di Francesco Mastrogiovanni, depositata il 27 aprile 2013/T. Vallo della Lucania, 30 ottobre 2012 (dep. 27 aprile 2013), in <www.penalecontemporaneo.it> (12 giugno 2013).

libro-25col modificato.indd 227 13/10/15 10:49

maniera significativa: si va dalla Toscana, che nel suo piano sanitario e sociale 2012-2015, nel paragrafo sulla salute mentale, riconferma «il divieto tassativo di ogni forma di contenzione fisica» all'interno degli SPDC le cui porte «devono rimanere aperte» e raccomanda «un'attenzione continua all'appropriatezza del ricorso alla terapia farmacologica»[38]; al piano regionale salute mentale della Lombardia 2004-2012, che legge il documento delle Regioni come un invito a «regolare» la pratica della contenzione, rimandando a protocolli a livello di Azienda Ospedaliera, sia per la contenzione in ambito psichiatrico, che non psichiatrico, «pur riconoscendo la straordinarietà del ricorso alla contenzione, ma al tempo stesso consapevoli della numerosità del fenomeno in generale»[39]. Un esame alle linee guida sulla contenzione di una delle più importanti aziende della Lombardia, l'azienda Ospedale Niguarda, bene evidenzia l'ambiguità della linea regolativa. Fin dalla premessa, il documento prende atto che la contenzione è pratica «più frequente di quanto si possa pensare»: ciononostante, si preferisce ribadire in prima battuta «che la contenzione meccanica può rendersi necessaria in varie fasi di diverse patologie mentali», piuttosto che sottolineare le ragioni (di ordine etico e terapeutico) per *non applicare* la contenzione[40]. Ancora più interessanti sono altri passaggi delle linee guida, che implicitamente testimoniano la diffusa e indiscriminata applicazione della contenzione. Nel paragrafo intitolato «Ricerca e utilizzo di soluzioni alternative», è stilato un elenco lungo e variegato di «*situazioni e comportamenti a rischio cui di solito si risponde con la contenzione fisica*»: si spazia dai disturbi d'ansia, all' agitazione psicomotoria, ai deliri e allucinazioni, alle alterazioni del ciclo sonno-veglia, alla prevenzione delle cadute, e perfino ai trattamenti terapeutici (farmacologici). È evidente che molte di queste situazioni – ad esempio i disturbi d'ansia e le alterazioni del ciclo del sonno – non sembrano rispondere al requisito dello stato di necessità e urgenza. Considerare semplicemente «auspicabile la ricerca di altre soluzioni» nei «comportamenti a rischio» enumerati, come scritto nelle linee guida di Niguarda, è un messaggio che non rende giustizia alla gravità del problema[41].

38 Piano sanitario e sociale 2012-2015 della Regione Toscana, p. 181.

39 Piano regionale Salute Mentale 2004-2012 della Lombardia, pp. 156 e 158.

40 L'ambiguità suddetta è presente anche in altri passaggi cruciali del documento. Da un lato, sembra che la contenzione sia ritenuta possibile solo per i pazienti violenti, tanto che molta enfasi è posta sulla individuazione dei «pazienti a rischio» di comportamenti aggressivi; dall'altro, si enumerano una serie molteplici di disturbi «cui di solito si risponde con la contenzione fisica» che non hanno a che fare coi comportamenti violenti (vedi oltre).

41 Azienda Ospedaliera Ospedale Niguarda, *La contenzione fisica in ospedale*, Evidence based Guideline, 2006 (revisionato nel 2008), pp. 4-10.

libro-25col modificato.indd 228 13/10/15 10:49

La richiesta alle Regioni di monitorare il fenomeno, già presente nel documento delle Regioni del 2010, diventa ancora più stringente in presenza di prassi abituali di ricorso alla contenzione. Sarebbe anche auspicabile l'istituzione di un monitoraggio nazionale, sulla base dei dati regionali, in modo da confrontare le politiche regionali e superare le disomogeneità. Andrebbero inoltre promossi e finanziati programmi per valutare i progressi nell'assistenza psichiatrica, stabilendo in maniera chiara il non ricorso alla contenzione come un fattore di qualità per la valutazione dei servizi. A tal proposito va ricordata l'esperienza statunitense, in cui stringenti limitazioni nell'uso della contenzione e dell'isolamento costituiscono fattori di qualità nella valutazione del servizio e rappresentano un requisito obbligatorio per le strutture che vogliano accreditarsi[42].

8. La contenzione e gli anziani

Si è detto che i soggetti più esposti alla contenzione sono i pazienti psichiatrici e gli anziani. Questi ultimi destano ancora maggiore preoccupazione, non solo per l'alto numero di anziani ricoverati e dunque possibili destinatari della contenzione; ma anche perché la pratica è ancora più sottaciuta e dimenticata di quanto non accada per i pazienti psichiatrici. In ambito psichiatrico, la contenzione è stata a suo tempo dibattuta nell'ambito del superamento del manicomio, anche se non sufficientemente, perché non si è prestata (e non si presta) la dovuta attenzione alla sopravvivenza della cultura manicomiale. Il dibattito è invece molto più scarso per gli anziani.

Molteplici sono le forme di contenzione meccanica per gli anziani, volte a limitare la libertà di movimento dell'intero corpo o di parti di esso: dai bracciali per immobilizzare polsi e caviglie, alle fasce addominali per bloccare al letto o alla carrozzina, alle fasce pelviche, ai corsetti con bretelle o con cintura pelvica; ai tavolini per carrozzina, a vari tipi di camicie, come i «fantasmini», che si indossano come una maglia lasciando libere braccia e mani ma impedendo alla persona di alzarsi dal letto, per arrivare alle «bandine» (sponde per letto).

Si è scelto di enumerare le tecniche, poiché la loro sola descrizione offre un'idea di quanta sofferenza possano apportare e di quanto siano lesive della dignità della persona anziana. Da notare che molti di questi strumenti sono stati pensati per potenziare la possibilità di movimento e di azione, non per limitarle: è il caso del

42 In particolare, nel 2000, la *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations* (JCAHO) ha deciso si applicare la «regola dell'ora», in base alla quale la struttura che voglia accreditarsi deve provvedere a che i pazienti sottoposti a contenzione o a *seclusion* siano visitati entro un'ora da un medico indipendente per una valutazione dell'opportunità della misura adottata, in «Psychiatric News» (October 6, 2000)

libro-25col modificato.indd 229 13/10/15 10:49

cosiddetto «tavolino servitore», destinato a permettere l'assunzione del pasto alle persone sedute e che invece è spesso utilizzato per impedire all'anziano e all'anziana di alzarsi autonomamente e camminare.

È in uso anche la contenzione farmacologica: si parla di contenzione farmacologica quando i farmaci che agiscono sul sistema nervoso centrale sono finalizzati a limitare o annullare la capacità motoria e di interazione dell'individuo. Si tratta spesso di farmaci sedativi, antidepressivi e antipsicotici, che, in dosi eccessive, hanno numerosi effetti collaterali, quali sopore, confusione, agitazione. La contenzione farmacologica spesso si somma alla contenzione meccanica[43].

L'uso della contenzione è aggravato dallo stato di fragilità delle persone anziane. All'aumento di aspettativa di vita non corrisponde ancora un miglioramento della qualità della stessa, e la gran parte degli anziani negli ultimi 3/5 anni di vita è affetta da malattie invalidanti e demenze senili: sono questi i soggetti più colpiti dalla contenzione.

9. La diffusione della contenzione nelle strutture residenziali assistite e negli ospedali

Come si è detto, il fenomeno è sommerso e i dati sono assai scarsi. In un'indagine svolta in Italia, si osservano grandi differenze fra regione e regione. La diffusione della contenzione è confermata dal fatto che da molte parti si è proceduto a stendere linee guida e procedure operative[44].

Nel 2006, è stata condotta una ricerca nella provincia di Trieste, su 44 strutture per anziani su 100 presenti sul territorio. Al tempo della ricerca, il 63% degli ospiti erano persone autosufficienti o parzialmente autosufficienti. Diciotto strutture su quarantaquattro dichiararono di usare la contenzione, altre diciannove affermarono di non usarla, anche se a una indagine più approfondita risultarono in uso alcune misure di contenzione, quali i tavolini servitori e il sovradosaggio dei farmaci.

Si possono citare anche dati provenienti dall'estero, dove il ricorso alla contenzione risulta frequente e per periodi prolungati, specie in ambiente ospedaliero[45].

43 L. Bicego, *Luci ed ombre sulla contenzione alle persone fragili*, in M. Mislej, L. Bicego, *Contro la contenzione*, Maggioli Editore, Santarcangelo di Romagna 2011; M. Mislej, L. Bicego, *Assistenza e diritti. Critica alla contenzione e alle cattive pratiche*, Carocci Faber, Roma 2007.

44 Si vedano ad esempio: E. Zanetti, S. Costantini, *Uso dei mezzi di contenzione fisica,* Gruppo di Ricerca Geriatria di Brescia, 2001.

45 Cfr. O.J. De Vries, G.J. Ligthart, T. Nikolaus, on behalf of the participants of the European Academy of Medicine of Ageing-Course III, *Differences in period prevalence of the use of physical restraints in elderly inpatients of European hospitals and nursing homes [Letter]*, «Journal of Gerontoly Medical Sciences», 2004, 59A, pp. 922–923.

libro-25col modificato.indd 230 13/10/15 10:49

Circa le variabili correlate alle strutture *no restraint* rispetto a quelle che applicano la contenzione, non incide solo la gravità dello stato di salute, ma anche l'atteggiamento del personale infermieristico rispetto al legare i pazienti.[46] L'orientamento e la qualità dello staff si riconfermano come fattori chiave, più importanti della dotazione quantitativa di personale: in uno studio su 15.000 case di riposo, non sono emerse differenze nel numero di personale fra servizi *restraint* e *no restraint*[47] .

Su questa base, in alcuni paesi si è proceduto a interventi normativi per proteggere i pazienti, specie gli anziani più vulnerabili, dagli abusi. Si veda in America lo *Nursing Home Reform Act* del 1987 che contiene una Carta dei diritti delle persone accolte in strutture residenziali: fra i diritti enumerati, spicca il diritto a «essere liberi dalla contenzione fisica»[48].

Esistono inoltre evidenze circa la nocività delle pratiche di contenzione, non solo per gli effetti immediati, ma anche a più lungo termine: i soggetti contenuti soffrono di perdita di autonomia, di riduzione dell'attività, di aumento di morbilità e mortalità[49]. Gli effetti negativi si riversano non solo sugli individui che vengono legati, ma anche sul clima generale della residenza o del reparto, per la paura e lo sgomento degli altri assistiti che si prefigurano un simile futuro destino.

10. Conclusioni e raccomandazioni

Il CNB ribadisce il rammarico per la generale carenza di attenzione nei confronti della contenzione, e in particolare della contenzione meccanica, la quale risulta essere tuttora applicata e in forma non «straordinaria». Ciò è tanto più grave, in quanto l'obiettivo del superamento della contenzione non è nuovo, ma è stato da tempo enunciato a diversi livelli istituzionali, nazionali e internazionali, non ultimo nel già citato documento CNB del 2000. Ed è tanto più preoccupante, in quanto la ricerca disponibile, seppure insufficiente, evidenzia che l'orientamento e la cultura dei servizi influiscono sulla scelta di adottare o meno la contenzione più dei comportamenti

46 Si veda ad esempio lo studio su 33 case di riposo e 12 unità abitative in Svezia per anziani affetti da demenza: i 540 ospiti, di età media di 82 anni, e i 529 operatori sono stati valutati al fine di individuare le caratteristiche ambientali che incidono sulla contenzione (S. Karlsson, G. Bucht, S. Eriksson, P.O. Sandman, *Factors relating to the use of physical restraints in geriatric care settings*, «Journal American Geriatric Society», 2001, 49 (12), pp. 1722-28.)

47 N.G. Castle, B. Fogel, *Characteristics of nursing homes that are restraint free*, «Gerontologist», 1998, 38, pp. 181-188.

48 N.G. Castle, V. Mor, *Physical restraint in nursing homes: a review of the literature since the Nursing Home Reform Act of 1987*, «Medical Care Research and Review», 1998, 55, 2, pp. 139-170.

49 Si veda lo studio retrospettivo su 122 morti in stato di contenzione: il 78% erano donne, di 81 anni di età mediana. Le vittime hanno trovato la morte legate a una sedia (42%) o al letto (58%). L'83% delle morti è avvenuto in casa di riposo.

libro-25col modificato.indd 231 13/10/15 10:49

e delle caratteristiche dei pazienti. Ciò dimostra che si può fare a meno di legare le persone, e la presenza di reparti dove non esistono neppure gli strumenti della contenzione testimonia in questo senso.

In questo quadro il CNB:

- *Ribadisce la necessità del superamento della contenzione*, nell'ambito della promozione di una cultura della cura rispettosa dei diritti e della dignità delle persone, in specie le più vulnerabili.
- *Condanna l'attuale applicazione estensiva della contenzione*. È vero che la possibilità di usare la contenzione meccanica non è mai stata esclusa in via assoluta. Ma ciò dovrebbe essere interpretato come una cautela, rispetto a eventuali situazioni estreme di pericolo che i sanitari non siano in grado di fronteggiare in altro modo. Invece, questa «uscita di emergenza» – la si potrebbe definire – assolutamente eccezionale, che permette ai sanitari di derogare dalla norma di non legare i pazienti contro la loro volontà, si è troppo spesso tramutata in una prassi a carattere routinario. La tolleranza, concessa in casi estremi per un intervento così lesivo della libertà e dignità della persona, è stata erroneamente interpretata come una licenza al suo ordinario utilizzo.
- Ricorda a chi si prende cura delle persone sofferenti, ma anche alle istituzioni sanitarie competenti, che l'uso della forza e la contenzione meccanica rappresentano in sé una violazione dei diritti fondamentali della persona. La consapevolezza di questa violazione, con la responsabilità che ne discende, dovrebbe guidare l'azione quotidiana degli operatori sanitari e costituire uno stimolo alle istituzioni per adottare in maniera impellente tutte le misure possibili per raggiungere l'obiettivo del superamento della contenzione.

Il CNB raccomanda perciò alle Regioni e al governo di:

- *Incrementare la ricerca sulla contenzione* in rapporto all'organizzazione e alla cultura dei servizi, particolarmente per ciò che riguarda gli anziani e le anziane che sono i soggetti più inermi di fronte alle pratiche coercitive.
- *Avviare un attento monitoraggio del fenomeno*, a livello regionale ma anche nazionale. Ciò presuppone un'attenzione continua alla prassi quotidiana dei reparti: in particolare, si richiede agli operatori il dovuto rigore nell'annotare i casi di contenzione, le ragioni specifiche della scelta di legare il paziente, la durata della misura. All'associazionismo, e in particolare alle associazioni di familiari, deve essere riservato un ruolo di sorveglianza, di prevenzione, di promozione culturale.

libro-25col modificato.indd 232 13/10/15 10:49

- *Predisporre programmi finalizzati al superamento della contenzione* nell'ambito della promozione di una cultura generale della cura rispettosa dei diritti, agendo sui modelli organizzativi dei servizi e sulla formazione del personale.
- *Usare lo strumento della valutazione per promuovere l'innovazione, introducendo standard di qualità che favoriscano i servizi e le strutture norestraint.*
- *Prestare la massima attenzione, in tempi di tagli alla spesa sanitaria e sociale, a mantenere e possibilmente a incrementare la diffusione e la qualità dei servizi rivolti ai soggetti più vulnerabili, in quanto tali più esposti a subire pratiche inumane e degradanti.*

libro-25col modificato.indd 233 13/10/15 10:49

libro-25col modificato.indd 234 13/10/15 10:49

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

Peppe Dell'Acqua, Angela Pianca, Luciano Comida ed Elisa Roson

Narratore

Era il gennaio 2003 quando gli internati di Montelupo Fiorentino fecero sapere che stavano costruendo un drago e che avrebbero voluto incontrare Marco Cavallo per parlare delle porte aperte, della chiusura dei manicomi, della libertà. Avevano chiamato Giuliano Scabia per costruire insieme il drago. Di Gorilla Quadrumàni e cavalli azzurri Giuliano se ne intendeva eccome.
Marco Cavallo e Peppe, decisero di scrivere subito agli internati e di andare a fargli visita.

Cari amici di Montelupo,
siamo venuti a sapere che qualcosa sta accadendo dalle vostre parti.
Sarà un drago? O forse tornerà il Gorilla Quadrumàno?
Ci hanno detto che fate riunioni animate e affettuose.
Che in tanti aspettano la primavera, quando le nuvole sono più leggere e il cielo è più azzurro.
Aspettano di uscire, abbiamo saputo, e di spingere fuori un drago.
Ma è vero? Un drago che mangia il cuore?
E che brucia l'anima?

Paolo, che vive a Montelupo ed è un triestino, ci ha scritto.
Ha nostalgia dei giorni ventosi e del cielo azzurrissimo pulito dalla bora.
E del tram de Òpcina.
Non riesce a dimenticare le osterie de San Giacomo e vorrebbe tanto mangiare capuzzi e cragno, luganighe e jota.

libro-25col modificato.indd 235 13/10/15 10:49

Di tutto questo abbiamo parlato.
Marco Cavallo non capiva.
Gli ho spiegato che vorreste che venisse da voi.
Ha nitrito di gioia!
Ha cominciato a scalpitare.
E a preoccuparsi: «Come sopporterò i lungo viaggio?
Cosa sarò capace di fare a Montelupo?
Cosa potrò dire a questi nuovi amici?».

Sapete, Marco Cavallo ha ormai 30 anni.
E trent'anni, per un animale sono proprio tanti.
Per un cavallo poi!

Trent'anni fa,
era una limpida domenica di marzo,
sfondò i muri del manicomio di San Giovanni.
Quel giorno ha fatto la storia.

Uscì nella città in testa a un enorme corteo di matti.
Lottò per il loro diritto alla libertà, alla casa e al lavoro.
Per costruire i centri di salute mentale 24 ore e le nuove cooperative.
Nacquero amori e nuove amicizie.
Spesso veniva invitato alle feste di nozze.
E poi, di corsa a Venezia, a Berlino, a Parigi, a Roma, a Barcellona, ….

Da un po' di tempo, si sentiva stanco, mi ha detto, in pensione, dimenticato.
Di questi tempi si fa fatica a parlare di libertà e di diritti.
E i matti li vogliono rinchiudere di nuovo.
Come sempre.

A maggio, più cavallo e più azzurro che mai, arriverà a Montelupo.
Un abbraccio e un nitrito affettuoso
Trieste, febbraio 2003
Marco Cavallo e Peppe Dell'Acqua

libro-25col modificato.indd 236 13/10/15 10:49

Ed ecco cosa quel giorno è accaduto a Montelupo.

Marco Cavallo *(rivolgendosi all'assemblea)* – Era l'ultima domenica di febbraio, limpida e fredda, spazzata dalla bora, quando tentai di uscire dal manicomio. Ormai non potevo più starci, rinchiuso là, ero diventato troppo grande. La mia pancia era stata riempita dai desideri di tutti i matti di San Giovanni. Dall'orologio dorato di Tinta al porto con le navi della giovinezza di Ondina, dalle tante Marie al fiasco de vin, dalla casa in affitto alle scarpe nuove, al volo, al viaggio, alla corsa, all'amico. Dalla partita de balòn alla libertà: ero troppo appesantito da quel carico di bisogni e desideri che mi portavo dentro. Allora io, fremendo e nitrendo, a testa bassa, iniziai una corsa furibonda, come impazzito, verso la porta principale e, senza più esitazione, oramai a gran carriera, aggredii quel pezzo di azzurro e di verde oltre la porta. Saltarono gli infissi, si infransero i vetri, caddero calcinacci e mattoni. Io arrestai la mia corsa nel prato, tra gli alberi, ferito e ansimante, confuso col blu del cielo. Gli applausi, gli evviva, i pianti, la gioia guarirono in un baleno le mie ferite.
Il muro, il primo muro era saltato.
E subito la libertà: i muri del manicomio frantumati, la fila infinita di matti che dietro a me escono dalla breccia e si perdono per le vie della città, con Boris che ci accompagna suonando la fisarmonica.
Quante ne ho viste da allora…

(quasi riflettendo come da solo)
Ci aveva fatti così felici, la legge 180.
E invece…
Non è stato mica tutto facile. Quante ne abbiamo passate…
Io, fin da quando sono nato, mi ricordo del caso Savarin. Era uno che aveva…che aveva fatto…va beh, è uno che aveva fatto quello che aveva fatto. Uno che poi, dopo aver fatto quello che aveva fatto, era finito in manicomio criminale, nell'ospedale psichiatrico giudiziario, l'Opg
E già in quegli anni…parlo del '73, del '74…cercavamo di far qualcosa per tirarli fuori di là. Ma allora…cosa si poteva fare, allora? Andarli a trovare, portargli un pacchetto di sigarette, e poco altro.
Eh sì, quante ne abbiamo passate.
Cosa ho visto, io. Che postacci brutti. E quanta gente rinchiusa che fremeva di vita per uscire fuori.

libro-25col modificato.indd 237 13/10/15 10:49

E adesso che li ho visti praticamente tutti…Perché di manicomi giudiziari non c'è mica solo Montelupo, eh!

(di nuovo parla all'assemblea) In Italia ce ne sono sei di manicomi giudiziari. E più di mille e quattrocento persone ci stanno chiuse dentro.
Poche? Tante? Mah…
E allora io penso…, e voi pensate…, e tutti pensano…. E tutti dicono... E anche le buone signore, i distratti onorevoli, i giornalisti sapientoni, gli psichiatrici scienziati, i tuttologisti… che propongono le controriforme. dicono :
Ma che cavolo ci fanno ancora in piedi i manicomi criminali? Bisogna chiuderli tutti quanti. E subito.

(rivolgendosi all'assemblea come fosse un gruppo di ragazzi internati di Montelupo)
Ma…ma voi…voi siete qui! E che ci fate?
Tu per esempio…perché diavolo stai qua?

Sandro: Il dolore di quello che ricordo è tanto grande che non riesco a dirlo neanche a te, Marco Cavallo, neanche a te che pure sei amico mio.
Marco Cavallo – E tu? Tu ce la fai a raccontarmelo?
Charlie: Ah, sapessi che fesso che sono stato, io! Ho combinato 'na fesseria che se potessi tornare indietro non la rifaccio più manco morto.
Marco Cavallo – E tu laggiù? Tu che te ne stai in disparte?
Pasquale: È tante luntane, chell' ch' aggio fatte ca' nu m'arricorde cchiù.
Marco Cavallo – E tu? Tu che ti mangiucchi le unghie tutto il tempo?
Claudia: Io ho fatto una cazzata tale che ancora mi ci mangio le mani.
Marco Cavallo – E allora…Io penso…
Francesca: E a me? A me non me lo domandi?
Marco Cavallo – Scusami, sai. Ma mi stavo infervorando.
Francesca: Io pensavo di essere un mito quando facevo quello che facevo. Un vero mito. E invece…e invece eccomi qua.
Pilade: E io? Io ci ho messo più di un anno per riattaccare le mani…le mie mani alle mie braccia. Perché non le riconoscevo più, queste mani. Non volevo che mi appartenessero più, dopo quello che avevano fatto.
Marco Cavallo – E tu che alzi la mano?
Dario: Io pensavo di essere un impunito. Prima cantavo sui vaporetti per Ischia. E

libro-25col modificato.indd 238 13/10/15 10:49

mi andava tutto bene. Poi ho cominciato a fare assegni a vuoto e pensavo che si poteva fare tutto. E comprare una televisione e costruire un palazzo e fare Zagarolo Due e comprare tutta l'Italia. Ma poi ho visto che qui in Italia solo pochi…anzi, solo pochissimi…anzi, forse solo uno…solo uno può fare tutto quello che gli pare.
E invece io sono qua dentro.

Marco Cavallo – Care amiche e cari amici di Montelupo Fiorentino, caro Drago ho accettato questo vostro invito perché so che voi qui state facendo quello che noi abbiamo fatto a Trieste.
Caro Drago, io penso, e lo pensano tutti i miei amici, e anche esimi dottori ed illustri scienziati lo pensano e anche i ricercatori e gli studiosi lo pensano e anche i giudici e i giuristi lo pensano e anche i poeti e i teatranti e gli scrittori e gli artisti lo pensano e anche voi lo pensate:
il manicomio criminale va soppresso, altro che superato. Buttato giù, sfondato, disfatto, dismesso, distrutto, aperto, sventrato. Cioè chiuso. Insomma chiuso. Per sempre.

Drago: Ma come si fa?

Marco Cavallo – Voi lo sapete molto bene…quello che sono i manicomi giudiziari.
Luoghi orrendi, sono. Istituzioni che vorrebbero curare la malattia e contenere la pericolosità e la malvagità degli uomini. Ma che invece, come tutte le istituzioni totali, tutte ma proprio tutte, la malattia la riproducono e la violenza e la malvagità la moltiplicano.
Perché invece di essere posti di cura, sono fabbriche di malattia.
Perché in manicomio matto sei e matto resti. In carcere criminale sei e criminale resti.
I manicomi giudiziari riproducono il peggio del peggio del manicomio e il peggio del peggio della galera.
A Trieste, proprio perchè abbiamo rotto i muri, abbiamo scoperto che dietro quei muri c'erano tanti uomini e donne. E che si può ascoltarli, questi uomini e queste donne. E abbiamo scoperto che perfino le medicine – gli psicofarmaci! *(con un po' di enfasi)* – fuori dal recinto, possono essere buone. E che le parole e gli sguardi e le mani permettono di avvicinare le persone. Per sentire il loro male. Per sperare di guarire, di stare bene. O almeno per sperare di stare meglio.
Invece, dietro le mura, tante storie tristi o disperate si confondono. E le persone, le loro storie le perdono.

libro-25col modificato.indd 239 13/10/15 10:49

Ma come si può pensare di vivere senza la propria storia? Io la mia ve la sto raccontando, se no cosa potreste capire, di me.
Insomma, non c'è verso. Bisogna aprirli, cioè chiuderli. Punto e basta.

Dario: Ma come, Marco Cavallo?! Cosa diranno fuori? Che si chiude il manicomio giudiziario e poi…E poi ci lasciano liberi tutti?
Charlie: E che quelli che hanno commesso reati orrendi li mandiamo fuori – diranno.
Sandro: E chi protegge la società? – diranno.
Francesca: E chi tutelerà i nostri figli da questi pericolosi matti che ne hanno combinate tante? – diranno.

Marco Cavallo – Capisco queste preoccupazioni ma voglio dire una cosa che ho imparato in questi anni. Da Basaglia in persona. Altro che mostri gente impaurite e strade deserte! È dietro le mura che nascono i mostri. Altro che cavalli azzurri!
Francesca: E cosa diranno? Che questi pericolosi matti che ne hanno combinate tante staranno fuori come quei bravi cittadini che hanno sempre osservato la legge e pagato le tasse? Ma ci pensi?

Marco Cavallo – *(serio e infervorato, ora è come un maestro)*
Piano, piano.
Mica è facile affrontare questo problema.
È spinoso e contraddittorio, direbbe un serio professore. Contraddittorio! Qua la faccenda si fa davvero bigolosa, come diciamo a Trieste *(pausa come per organizzare le idee)*.
Io sono vecchio. Mi permettete di fare un po'…ma poco poco…di storia?
Tanti anni fa, quando sono nati i manicomi criminali, la psichiatria dei tribunali dava tutta la colpa e la responsabilità dei crimini alla malattia mentale.
(si infervora) Come se la persona non esistesse nemmeno, come se al posto della persona avesse agito solo la sua malattia, la sua follia. Come se al posto di Francesca, di Charlie, di Dario avesse agito la malattia.
Ma io vi chiedo: il pittore Van Gogh, quando dipingeva, era lui che dipingeva o al suo posto dipingeva la schizofrenia? Vogliamo togliere il nome di Van Gogh dai cataloghi delle mostre di Amsterdam e di Firenze per metterci cosa al suo posto? La malattia?
E gli scrittori Proust e Saba e Pavese e Philip Dick e Dino Campana quanti altri ancora non ve li sto a elencare…, ma sono tanti e tanti…quando scrivevano, erano

libro-25col modificato.indd 240 13/10/15 10:49

loro a scrivere oppure la loro depressione o la loro schizofrenia? E Antonin Artoud, quando scriveva e recitava, era lui che recitava oppure era la sua follia?
E Schumann, quando componeva, era lui tutto intero, oppure la sua musica era frutto della sua mania una volta e un'altra della sua depressione? E più della sua mania o più della sua depressione? E allora cancelliamo il suo nome dagli spartiti? Per metterci cosa, al suo posto? Psicosi maniaco depressiva? Disturbo bipolare? Depressione endogena?
E uno che si mette a picconare e a togliersi i sassolini dalle scarpe…è lui che lo fa oppure…oppure che?
E santa Teresa D'Avila? E santa Caterina da Siena?
E Alda Merini? Che tanto amo.. anche lei mi vuole bene, ha scritto cose belle proprio per me… La voce poetica più alta del novecento – mi hanno detto. È lei o cosa?

(si ricompone vuole essere persuasivo)
Voi lo sapete meglio di me. In manicomio, in manicomio giudiziario, ti dicono che tu non sei più tu!
Primo Levi…lo conoscete, voi?…è uno che è stato nel campo di sterminio nazista ad Auschwitz, ha scritto: «*Si immagini ora un uomo a cui, insieme con le persone amate, vengano tolti la sua casa, le sue abitudini, i suoi abiti, tutto infine, letteralmente tutto quanto possiede: sarà un uomo vuoto, ridotto a sofferenza e bisogno, dimentico di dignità e discernimento, poiché accade facilmente a chi ha perso tutto, di perdere anche se stesso*»
Beh, Primo Levi scriveva dei campi di sterminio ma è come se parlasse anche dei manicomi. *(in crescendo)* Tu non sei più tu, Pasquale. Né tu, Francesca. Né tu, Dario. E nemmeno tu, Pilade. E neanche tu, Charlie. Voi non siete più voi.
Perché nel manicomio non ti hanno solo tolto tutto, ma proprio tutto tutto tutto, ma anche quell'azione per quanto tragica per cui tu sei finito qua dentro. Anche quel gesto te l'hanno portato via, nemmeno quell'azione ti appartiene più. Qua dentro, qua in questo manicomio, non c'è più la tua vita. Non la trovi più.
(pausa, prende fiato)
E anche se, come stiamo facendo oggi, si aprono le porte per un giorno, tu continui a non esistere.
Pasquale: Ma io, quante (quando) agge (ho) fatte (fatto) chelle agge fatte (quello che ho fatto)…
Marco Cavallo – Cos'hai fatto, Pasquale?

libro-25col modificato.indd 241 13/10/15 10:49

Pasquale: È meglio che nun tt'o ddico. Ma quanne agge fatte…chelle agge fatte… l'agge fatte io o è state a' malatia mia?
Francesca: E io allora, quando ho fatto quello che ho fatto…
Marco Cavallo – Cos'hai fatto, Francesca?
Francesca: Meglio che non te lo dico. Ma ero io o era la mia malattia a farlo?
Marco Cavallo – E che malattia avevi?
Francesca: Mal di fegato!
Charlie: Marco Cavallo! Marco Cavallo!
Marco Cavallo – Dimmi, Charlie.
Charlie: Posso rispondere io?
Marco Cavallo – Certo che sì.
Charlie: Beh, secondo me un uomo, se è un uomo, è responsabile di quello che fa…
Claudia: Anche se è una donna?
Marco Cavallo – (un po' divertito) Beh, sì. Diciamo una persona.

Drago di Montelupo: Allora, ogni persona è responsabile di quello che fa, anche se ha mal di fegato. Anche se la pungono fitte tremende che le fanno vedere nero!

Marco Cavallo – ecco, è così Drago di Montelupo!
La malattia non siete voi. Anzi: non siamo…perché mi ammalo anche io…non siamo noi. La malattia, nessuna malattia, può possedere tutta la persona. Nessuna persona diventa solo la propria malattia.
Nessuna malattia può rubarti la vita. Nessuna malattia può togliere il significato delle tue parole. E per di più nessuna malattia è sempre la stessa malattia.
Io per esempio… *(un po' giocoso)* Io ieri sera, con l'idea di questo viaggio lungo e scomodo da Trieste fin qua…Ero depresso, ero nervoso. Quasi quasi prendevo a calci l'autista che mi spingeva sul camion. Io ieri sera mica ci volevo venire, a Montelupo Fiorentino.
E invece adesso sono contento di essere qua con voi.
Come sarò domani?
Insomma non si può dire: depresso e nervoso ieri sera, depresso e nervoso per sempre.
(di nuovo serio) Così come non si può dire: malato per un momento, malato per sempre.
E nemmeno si può dire (crescendo): matto per un momento, matto per sempre.

libro-25col modificato.indd 242 13/10/15 10:49

Insomma chiunque di noi, anche se malato, è una persona. E se è una persona vuol dire che ha una responsabilità per tutto quello che fa: un capolavoro artistico, una spaghettata, una malagrazia, un gesto gentile. Ma anche un crimine, *(quasi caricaturando)* ancorché efferato e di grave allarme sociale.
(qui come imbarazzato per la citazione che sta facendo si lascia andare a un po' di dialetto) Un altro che gò sentì, neanche questo ho conosciuto di persona, Michel Foucault, filosofo, psicologo e storico francese…mi pare che gà scritto tanti ma tanti libri. Beh…in uno di questi libri sta scritto: «Lo stato deve occuparsi dei cittadini per quello che fanno e non per quello che sono»
(ora serio) Così ogni imputato anche se schizofrenico, psicopatico, maniaco, matto, pazzo ha come tutti il diritto di essere giudicato da un tribunale e, in caso di condanna, di espiare la pena.

Drago: Ma come Marco Cavallo? E la malattia? E il delirio? Le allucinazioni? Non c'entrano niente?

Marco Cavallo – Bella domanda, Drago di Montelupo, davvero una bella domanda. *(pensieroso)* È difficile rispondere.
(pausa) È doloroso.
Certo, non tutti né sempre capiscono e vogliono. Il delirio non è come l'acqua calda. E l'allucinazione non è come un mal di pancia…
Mi sono spiegato?

Tutti: Noo!

Marco Cavallo – Scusate, avete ragione. Mi sono espresso male. *(sorridendo)* Mi sono incavallato.
Adesso ci riprovo.
A tutti noi capita che qualche volta siamo sopraffatti dalla rabbia, dal dolore, dalla necessità e non riusciamo a tenere a freno quelle spine che ci trafiggono, quel demone che soffia fuoco e sputa ghiaccio dentro di noi, quelle sirene che ci suggestionano e ci invitano.
Altre volte invece…beh, altre volte ce la facciamo, a essere padroni.
Ma mai e poi mai succede che, quando alziamo le mani contro qualcuno, pensiamo che questo sia bello, che questo gesto, questo pugno o questo schiaffo sia un bene.

libro-25col modificato.indd 243 13/10/15 10:49

Cazzo se lo sappiamo, che gli faremo del male e che vogliamo fargli del male!
Insomma se per alcuni imputati si considerano tutte quelle circostanze….. e mille testimoni ... e trecento prove a discarico ….. e seimila elementi probatori ... Se alcuni imputati possono difendersi per anni e anni, per esempio tre anni e ottantun giorni, con cento o duecento avvocati pagati mille euro all'ora… *(ora quasi con rabbia)* e ricusare i giudici, per esempio otto volte, e poi ricorrere in Corte d' Appello e in Corte di Cassazione e in Corte di Parlamento e in Corte di Porta a Porta e non una nè due nè tre nè quattro ma cento, mille volte…

(breve pausa,riflettendo) Voi invece siete stati giudicati una volta per tutte in soli dieci minuti.
Come si può dire con sicurezza assoluta che uno di voi ha :
commesso un reato apparentemente incongruo
(poi crescendo, ma con attenzione a scandire bene le parole)
dunque è stato sospettato di essere affetto da un disturbo mentale
dunque il giudice ha disposto la perizia psichiatrica
dunque i periti hanno fatto la perizia psichiatrica
dunque è stata riscontrata l'incapacità di intendere e di volere
dunque siete stati riconosciuti non imputabili
dunque siete stati prosciolti
dunque siete stati riconosciuti socialmente pericolosi
dunque siete finiti in manicomio criminale.
Come si fa a dire una cosa del genere?
(pausa, prende fiato) Come si fa a togliervi la vostra vita e le vostre azioni?

E allora quel giudizio ***incapace di intendere e di volere*** può forse, e sottolineo ***forse***, racchiudere quel momento, quel gesto, quell'azione. Ma mai e poi mai può crocifiggere una persona intera una volta per tutte.

Drago di Montelupo: Allora tu, Marco Cavallo, dici che il matto è, di norma, capace di intendere e di volere e che ha diritto a stare in giudizio in tribunale?

Marco Cavallo – *(con entusiasmo)* Beh, finalmente sono riuscito a spiegarmi.
Certo che sì. E ha diritto di stare in giudizio con tutta la sua responsabilità individuale. Ma anche con la possibilità di poter illuminare, di conoscere e di far conoscere

libro-25col modificato.indd 244 13/10/15 10:49

ciò che gli è accaduto intorno: il contesto, la storia, le violenze, gli abbandoni, la sofferenza, i bisogni. Ricercare il significato e le ragioni dei suoi comportamenti. Anche quando sono così estremi e all'apparenza oscuri.
Sapessi… io…Quante volte m'hanno fatto incazzare questi dottori dei manicomi che…
Sapessi io…Cos'ho visto io in giro per l'Italia e per l'Europa! Li avrei presi a zoccolate in testa, quei dottori, li avrei bastonati e…
E avrei commesso un reato? Sì, certo.
E se fossi stato giudicato colpevole, sarei stato condannato.

Drago di Montelupo: Ma allora, Marco Cavallo, ci stai dicendo che tutti, anche se sono malati, devono espiare la pena? E che, anche se stanno male, devono andare in galera? Ma come possono andarci se sono malati? E se non vanno in prigione, dove vanno?

Marco Cavallo – Tu lo sai bene, perché lo hai chiesto tante volte a quelli che stanno chiusi dentro i manicomi giudiziari. E tutti ti hanno risposto che è meglio la galera che il manicomio.
Ti è sempre sembrato strano ma…vedi…è proprio così.
Intanto, in carcere bene o male hai dei diritti, sai perché ci sei entrato, sai quanto tempo ci resterai, hai diritto a visite e a telefonate.
In manicomio giudiziario no: non hai più diritti, non sai perché ci sei entrato, né quanto tempo ci resterai. Sei alla mercè della psichiatria, dell'onnipotenza dello psichiatra e della sua immensa bontà e infinita misericordia. E della pericolosità sociale, che nessuno sa cosa sia..
Il tuo tempo è sospeso all'infinito.
Invece tutte le persone vogliono che gli venga riconosciuto il diritto a espiare, al loro tempo, alla loro vita. Il diritto di essere persone.

Drago di Montelupo: Parole sante, Marco Cavallo, parole sante. Ma…ma in concreto come si può fare?

Marco Cavallo – *(di nuovo come un maestro)*
Intanto diciamo che ogni cittadino detenuto ha diritto alla cura, alla continuità terapeutica: se era curato prima di entrare in prigione, deve continuare ad esserlo anche

libro-25col modificato.indd 245 13/10/15 10:49

dopo. E da quegli stessi centri di salute mentale che lo curavano prima.
Quando funzionano ventiquattro ore su ventiquattro, i centri possono essere un luogo di cura per quelle persone che stanno male e sono in attesa del processo. Intanto gli operatori possono concordare col magistrato progetti per permettere a chi sta male con la testa di andare a vivere ed essere curati altrove. Agli arresti domiciliari: nel centro stesso, in strutture residenziali oppure anche a casa propria.
Niente di più e niente di meno delle misure alternative alla detenzione che valgono per tutti. Per tutti i cittadini, anche per quelli malati e anche per quelli matti. E così anche le visite, le cure psichiatriche, il lavoro, i corsi di formazione, i laboratori artistici, il teatro… Insomma, tutti quei modi per rendere non del tutto inutile e disumana la detenzione. Per mantenere la persona vicino a casa propria, vicino a quelli che la curano, vicino alla sua famiglia, ai suoi amici. Per non farla schizzar via come una biglia imbizzarrita che si perde nel nulla.
Per garantire alle persone tutti i diritti. Tutti. Anche quello di essere condannati, se colpevoli, di avere il diritto di scontare la propria pena, di avere il diritto di pagare il proprio debito.

(pausa) Proviamo a farlo.
E la fatica della discussione che stiamo facendo anche oggi non sarà stata inutile.
E tu, Drago di Montelupo, non mi avrai invitato per niente.
Con quello che sappiamo adesso…
La malattia mentale non è una malattia del cervello. E il malato mentale non è per ciò stesso pericoloso e, anche se pazzo, è soprattutto un cittadino. Non un oggetto. Da rinchiudere, legare, torturare con l'elettroshock e intossicare con farmaci in dosi da cavallo. *(con ironia)* Appunto…
Adesso ci sono medicine umane, terapie buone e il lavoro. Adesso si possono ascoltare le persone e le loro storie. Adesso dalla malattia mentale si può guarire e i gesti più oscuri e misteriosi possiamo raccontarli, illuminarli e comprenderli.
Oggi non possiamo più ignorarlo: ***tutto ciò che è umano ci appartiene***.
E così possiamo riuscire a liberarci della necessità…ma chi l'ha detto poi, che è una necessità?…del manicomio giudiziario.

Io c'ero, in quel lontano mattino di febbraio del 1973. Io c'ero quando contro i muri del manicomio di Trieste ululava il vento di bora e dentro si sentivano i lamenti e le urla dei ricoverati.

libro-25col modificato.indd 246 13/10/15 10:49

(si infervora) Cazzo, se c'ero! Io c'ero quando i manicomi erano ancora in piedi. E oggi non ci sono più.
(pausa, con calma, quasi tra sé) E tra qualche anno mi piacerebbe tanto poter dire: ***pensate, io c'ero quel giorno a Montelupo – e a Napoli e ad Aversa e a Castiglione e a Reggio Emilia e a Barcellona quando i manicomi giudiziari erano ancora in piedi.***
E sembrerà una favola perché i manicomi giudiziari non esisteranno più e anche il significato di quelle parole si sarà perduto e quella frase suonerà strana, ridicola e senza senso e tutti rideranno di me .

Montelupo Fiorentino, 16/17 maggio 2003

Narratore
Novembre 2013
Marco Cavallo a Montelupo Fiorentino dialogò col Drago e con tutti gli internati. Era il 2003 e si promisero che, insieme, tutti avrebbero lottato perché il manicomio criminale diventasse un orribile e triste ricordo. Benchè insieme abbiano continuato a lottare, il manicomio restava lì, terribile più che mai. Passano 19 anni e Marco Cavallo si rimette in viaggio. Sono troppi gli intoppi, i ritardi e non succede ancora niente. La spinta della commissione si è esaurita e il governo si avvia a votare stancamente un'altra proroga. Marco Cavallo non riesce a star fermo, scalpita, nitrisce deve partire. Vuole andare a Roma, dal Presidente. In Senato. In Parlamento. Ma prima di tutto vuole aprire, anche se solo per un giorno, le porte degli Opg e parlare con i nostri «fratelli scomodi».
Ed ecco cosa accade a montelupo 10 anni dopo

Marco Cavallo: *(sorpreso e dispiaijuto)* Caro Drago, che ci fai ancora qua? Pensavo non ci fosse più nessuno all'Ospedale Psichiatrico Giudiziario di Montelupo Fiorentino. Credevo di trovarlo vuoto, deserto. Speravo che, in dieci anni, fosse passata anche da voi la Libertà.
Drago: La Libertà? Caro Marco Cavallo, la Libertà mica è libera qui: mica può entrare e uscire come le pare dall'OPG. No, le servono permessi, timbri,approvazioni, marche da bollo, passaporti, firme, controfirme, nullaosta...e così, quando raramen-

libro-25col modificato.indd 247 13/10/15 10:49

te si è presentata, è stata aggredita fin dall'uscio da carte, cartacce, scartoffie e, scoraggiata, se ne è andata via.
L'abbiamo salutata da qui, dalle finestre, con le nostre facce incorniciate: Charlie dagli occhi grandi, Pasquale che sorride alle nuvole, Claudia che si mangia le labbra, Pilade, dalle mani grandi, attaccate, come dice lui, alle braccia e Sandro, Francesca e Dario serio, in posa, come un cantante d'Opera! Sembravamo, sembriamo, tante sbiadite fotografie appese a un muro, immobili, come se il tempo non fosse passato mai.

Marco Cavallo: E lei, la Libertà?
Drago: Lei? Uno sguardo a ciascun viso...se ne è andata. Faceva una tale pena: gli occhi bassi, offesi...
Marco Cavallo: E voi?
Drago: Eh, noi abbiamo spalancato i sorrisi della festa, sfoderato i nostri migliori arrivederci, sai, per ridarle un po' di speranza: Libertà e Speranza vanno spesso insieme. Se si intristisce una si dispera l'altra. E finisce che qui, non passano più.
Marco Cavallo: Ma sono trascorsi dieci anni: il Mondo di fuori è cambiato. Hanno inventato la rete, la comunicazione ipercomunicativa, le automobili che non offendono l'ambiente, telefoni che parlano con le nuvole, posta che viaggia senza postino, e tavoli e tavoli di esperti per qualunque questione... e, in tutto questo tempo, qui per voi, nulla è cambiato?
Drago: Beh, non proprio NULLA, qualcosa è cambiato... guarda lì, lontano: lo vedi?
Marco Cavallo: Cosa?
Drago: L'orizzonte?
Marco Cavallo: No Drago. Non vedo alcun orizzonte.
Drago: Già! Eppure una volta c'era. Io me lo ricordo che c'era un orizzonte ampio su cui posare lo sguardo. Da Montelupo, se appena appena ti affacciavi, tra uno spazio e l'altro delle sbarre lo vedevi eccome l'orizzonte...un po' spezzettato qua e là, ma lo vedevi. Era l'unica cosa che non ci avevano tolto. Poi un giorno ci hanno rubato anche quello: « è per il vostro bene» hanno detto.
Marco Cavallo: Per non far volare troppo la fantasia?
Drago: Si, perché l'orizzonte, specialmente all'alba, soprattutto al tramonto ti fa battere il cuore.
Marco Cavallo: E ti commuovi.
Drago: Già. Dario specialmente. Gli ricorda di quando lavorava sui traghetti, a Ischia, così prende a raccontare del mare, dei profumi, dei tuffi in acqua insieme al sole... e

libro-25col modificato.indd 248 13/10/15 10:49

incomincia a cantare con un filo di voce, come si cantano i ricordi. E a noi, sale agli occhi una malinconia, una voglia di andarsene da qui... e allora: «Meglio toglierlo questo accidenti di orizzonte!» hanno detto

Marco Cavallo: E voi non avete detto niente?

Drago: Mica lo sapevamo: ce l'hanno coperto piano piano, giorno dopo giorno, non tutto in una volta! C'era una volta l'Orizzonte. Poi un giorno tra noi e l'orizzonte si mise una gru.

Marco Cavallo: Una gru?

Drago: Si, una gru altissima, sottile, con un collo lungo e un braccio che faceva il solletico al cielo. Io da prima l'avevo scambiata per un drago. Un altro drago come me che, giunto di lontano e, stanco di tanto girovagare, si fosse seduto lì, sul confine del nostro mondo, a prendere aria. E allora l'ho chiamato. Gli ho dato una voce: sai per fare due chiacchiere di buon vicinato. E per farmi raccontare quello che c'è lì fuori e che, legato qui, proprio non vedo. Per farmi raccontare tutti discorsi, le voci e i suoni che si sentono lì fuori, perché qui dentro, beh, qui si sente solo la voce infuriata di Charlie che urla, si sente Dario che canta notte e giorno con un filo di voce tesa e gli altri che sospirano. Che qui si sente la noia che fa un tale baccano...

Marco Cavallo: E cosa ti ha raccontato, la gru?

Drago: Ecco, appunto, NIENTE. Silenzio. Un silenzio indaffarato. Si è girata dall'altra parte e ha cominciato a sollevare, impilare, graffiare il cielo con lunghissime assi di cemento e ferro. Lì ho capito che, no, non era un drago. Era una gru che ci portava via l'orizzonte.

Marco Cavallo: Ed è arrivato il primo muro...

Drago: Già, il primo muro ha coperto l'orizzonte e sul muro, poi, sono spuntate tante belle finestre tutte in fila. Un tetto rosso fiammante, stradine pulite, un bel prato fiorito, alberi verde smeraldo con foglie acconciate a modino. E, tutto intorno, un bellissimo muro di mattoni, uno gemello dell'altro. E, per finire, sirene luccicanti dalle voci garbate ...

Marco Cavallo: E che centrano i pesci, ora?

Drago: Centrano, centrano: Le sirene, in manicomio, centrano sempre…. Dicono che sia un posto così bello, ma così bello, che ci si vive da Re!

Marco Cavallo: Ma ha portato via l'orizzonte.

Drago: Morto un orizzonte, se ne fa un altro. Marco cavallo, hanno detto che ci portano a vivere lì come dei Re!

Marco Cavallo: Ah, ho capito! dunque quella è una REMS?

libro-25col modificato.indd 249 13/10/15 10:49

Drago: Rems?
Marco Cavallo: Si le nuove strutture si chiameranno così: REMS. *(scandisce le parole)* Residenze per l'Esecuzione della Misura di Sicurezza
Drago: Non nuovi OPG? Non nuovissimi manicomi criminali, o arcinuovissimi manicomi per matti brutti e cattivi?
Marco Cavallo: *(ironico)* No, REMS!
Drago: *(da qui scherzoso)* Rems...Il Palazzo di Rems...
Marco Cavallo: Beh...
Drago: la Cattedrale di Rems...
Marco Cavallo: Mah...
Drago: Dunque io sarò *(con enfasi)* il DRAGO DI REMS?
Marco Cavallo: Già...
Drago: Suona proprio bene! *(ora serio)* Peccato, però, che all'inizio, quando ancora c'era un orizzonte, ci avevano promesso che saremmo usciti da qui. Il Presidente in persona, con la fascia e tutte le bandierine che gli sventolavano intorno aveva detto che «BASTA con questi OPG, luoghi che destano orrore, inconcepibili in qualunque paese appena civile». E mentre lo diceva, dagli occhi, si affacciavano lacrime serie, arrabbiate, che avevano tutta l'intenzione di non tornare indietro sui loro passi, loro, le lacrime. E intorno al Presidente il coro della Commissione d'Inchiesta intonava canti d'approvazione. Facevano tutti si si con la testa...
«chiudiamo! chiudiamo!» e sventolavano bandierine! *(quasi arrabiato)* Te lo ricordi, no, Marco Cavallo? Non me lo sono immaginato? Non sono matto?
Marco Cavallo: No, no, quale matto. VOLEVANO chiuderli ma...
Drago: Ma?
Marco Cavallo: Ci hanno pensato e ripensato e...
Drago: E?
Marco Cavallo: si sono spremuti e scervellati notte e giorno, giorno e notte e...
Drago: e allora?
Marco Cavallo: Hanno consultato oracoli, stelle, commissioni di Saggi notte e giorno, giorno e notte e...
Drago: E???

Marco Cavallo: ...e si sono inventati le REMS, di più non gli è venuto!
Drago: *(deluso)* Già, le Rems!
Marco Cavallo: Capiscili, caro Drago: che cos'era per loro inaccettabile dell'OPG?

libro-25col modificato.indd 250 13/10/15 10:49

Drago: Il meccanismo giuridico?
Marco Cavallo: No.
Drago: L'assenza dei diritti?
Marco Cavallo: Ma va
Drago: Il fine pena mai?
Marco Cavallo: No! Sporcizia, puzza e squallore! BASTA! Via i bagni scrostati, le celle putride e l'umanità ammassata!
Drago: *(molto ironico, quasi sarcastico)* Evviva!
Marco Cavallo: E al loro posto stanze ariose, finestre luminose e massimo 20 persone: «non UNA di più, che fa confusione!»
Drago: *(sempre più ironico e amaro)* E intorno piscine, spazi ricreativi, campi da tennis e la BOCCIOFILA REMS!
(declamando) Signore e signori: benvenuti nel Paese dei Balocchi!
Marco Cavallo: Capiscili, Drago, loro volevano superarlo il manicomio, evitarlo ad ogni costo, hanno cercato eroicamente di resistere ad ogni tentazione ma poi...
Drago: *(amaro e deluso)* hanno aggiunto le inferriate alle finestre
Marco Cavallo:... i sistemi di telecamere
Drago: ... i vetri antisfondamento
Marco Cavallo: ... i sistemi di allarme in caso di fuga...le Sirene!
Drago: ... sirene in manicomio non mancano mai!

Marco Cavallo: Poverini, però, ci hanno provato.
Drago: Mica ci si può arrabbiare con uno che, prova e riprova poi, per non sbagliare, lascia tutto com'è!
Marco Cavallo: Non ce l'hanno proprio fatta a cancellare quel codicino...né dalle carte né dalla testa!
Drago: Quale codicino?
Marco Cavallo: Quello della pericolosità sociale.
Drago: *(ancora ironico)* Il Rocco? L'insuperabile Rocco? Da anni conviviamo con Rocco il Terribile!
Marco Cavallo: Ogni volta che con la gomma provavano ad avvicinarsi al codicillo gli prendeva un tremore alla mano, sudore, affanno, vertigine... e così lo hanno richiuso nel cassetto: «Ci penseremo domani: domani è un altro giorno...» hanno detto.
Drago: *(ora come risentito)* Un altro giorno... per Charlie sono 34 anni di «un altro

libro-25col modificato.indd 251 13/10/15 10:49

giorno!». E Claudia sono tre mesi che ha il letto sommerso di valigie già pronte per uscire da questo inferno. Domani è un altro giorno tale e quale a questo, caro Marco Cavallo! E allora ti chiedo: che stanno combinando nel «Mondo di Fuori?» Che ne faranno di noi? Ci rottamate? Ci riciclate? Ci riprogrammate per altri cento anni di OPG? REMS? CAMS? DAMS o come diavolo li chiamerete?

Marco Cavallo: Caro Drago, c'è un deserto arido di idee nuove nel Mondo di Fuori. Per questo mi sono messo in viaggio. Busso a tutte le porte, spalanco sguardi nuovi. Racconto l'antica storia dei manicomi che sono stati chiusi e la nuova storia dei manicomi

che riapriranno.

E a volte, sai, mi sale una rabbia, un senso di impotenza e le parole mi si incastrano in gola, si scoraggiano, restano lì, mute, davanti a dibattiti affollati di niente...

Drago: Ti presteremo le nostre, Marco Cavallo! Noi qui ne abbiamo tante di parole tutte in fila, anni di parole trattenute, di discorsi mai pronunciati!

Portali con te nel Mondo di Fuori, porta in viaggio il nostro discorso semplice, sincero. Un discorso che comincia così:

Voi siete matti!

Lasciatelo dire a chi la follia delle porte chiuse, delle finestre sprangate, dei diritti trascinati come stracci vecchi, la follia dei farmaci che cancellano anche l'ultimo bel ricordo la conosce bene.

Fatelo dire a noi che la follia ce la portiamo addosso come un marchio, come una pelle fradicia: voi siete matti.

Se non sapete immaginare altro che luoghi chiusi e classificazioni, allora le vostre sinapsi sono sfiorite, si sono arrese, ridotte ad inutili passacarte hanno perduto la magia.

Se sapete costruire solo altro orrore oltre a quello che già c'è, allora siete affetti da O.C.

Ottusità Cronica.

Marco Cavallo: Brutta, bruttissima malattia.

Drago: Ma curabile. La sua medicina si chiama: IMMAGINAZIONE...

Marco Cavallo: prendete nota.

Drago: No, non la trovate nelle farmacie, negli armadietti degli ospedali, non ha posologia, né controindicazioni. Perché funzioni ha solo bisogno di spazio, di aria pulita dal pregiudizio, di sinapsi che vogliano scambiare ancora energica creatività.

libro-25col modificato.indd 252 13/10/15 10:49

Marco Cavallo: *(rivolto all'assemblea)* Non siate cocciuti, insensati, curatevi! Che se non riuscirete a guarire al più presto, diventerete cronici!
Drago: E quando sarete guariti, allora, venite qui da noi a Montelupo o a Reggio Emilia, ad Aversa, a Barcellona Pozzo di Gotto, a Napoli, a Castiglione, venite, che lo immaginiamo insieme un orizzonte nuovo, lo rifacciamo insieme il Mondo di Fuori!
Marco Cavallo: *(cercando gli occhi del pubblico)* ….con voi, con tutti voi….lo rifacciamo insieme il mondo di fuori. Ci vogliamo tutti insieme provare?!

Narratore
… non finisce qui. La storia continua. Alla prossima.
Grazie!!!

libro-25col modificato.indd 253 13/10/15 10:49

libro-25col modificato.indd 254 13/10/15 10:49

SENTENZA N. 186
ANNO 2015

REPUBBLICA ITALIANA
IN NOME DEL POPOLO ITALIANO

LA CORTE COSTITUZIONALE
composta dai signori: Presidente: Alessandro CRISCUOLO; Giudici : Paolo GROSSI, Giorgio LATTANZI, Aldo CAROSI, Marta CARTABIA, Mario Rosario MORELLI, Giancarlo CORAGGIO, Giuliano AMATO, Silvana SCIARRA, Daria de PRETIS, Nicolò ZANON,

ha pronunciato la seguente
SENTENZA

nel giudizio di legittimità costituzionale dell'art. 1, comma 1, lettera b), del decreto-legge 31 marzo 2014, n. 52 (Disposizioni urgenti in materia di superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari), convertito, con modificazioni, dall'art. 1, comma 1, della legge 30 maggio 2014, n. 81, promosso dal Tribunale di sorveglianza di Messina nel procedimento di sorveglianza nei confronti di M.S., con ordinanza del 16 luglio 2014, iscritta al n. 247 del registro ordinanze 2014 e pubblicata nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica n. 2, prima serie speciale, dell'anno 2015.
Visto l'atto di intervento del Presidente del Consiglio dei ministri; udito nella camera di consiglio del 24 giugno 2015 il Giudice relatore Giorgio Lattanzi.*Ritenuto in fatto*

libro-25col modificato.indd 255 13/10/15 10:49

1.– Il Tribunale di sorveglianza di Messina, con ordinanza del 16 luglio 2014 (r.o. n. 247 del 2014), ha sollevato, in riferimento agli artt. 1, 2, 3, 4, 25, 27, 29, 30, 31, 32, 34, 77 e 117, primo comma, della Costituzione, quest'ultimo in relazione all'art. 5 della Convenzione europea per la salvaguardia dei diritti dell'uomo e delle libertà fondamentali (d'ora in avanti «CEDU»), firmata a Roma il 4 novembre 1950, ratificata e resa esecutiva con la legge 4 agosto 1955, n. 848, e all'art. 3 della Dichiarazione universale dei diritti dell'uomo, proclamata dall'Assemblea generale delle Nazioni Unite a New York il 10 dicembre 1948, una questione di legittimità costituzionale dell'art. 1, comma 1, lettera b), del decreto-legge 31 marzo 2014, n. 52 (Disposizioni urgenti in materia di superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari), convertito, con modificazioni, dall'art. 1, comma 1, della legge 30 maggio 2014, n. 81, «nelle parti in cui stabilisce che l'accertamento della pericolosità sociale "è effettuato sulla base delle qualità soggettive della persona e senza tenere conto delle condizioni di cui all'articolo 133, secondo comma, numero 4, del codice penale" e che "non costituisce elemento idoneo a supportare il giudizio di pericolosità sociale la sola mancanza di programmi terapeutici individuali"».

Il Tribunale di sorveglianza premette di essere investito dell'appello avverso l'ordinanza del 28 febbraio 2014, con la quale il Magistrato di sorveglianza di Messina aveva rigettato l'istanza di revoca anticipata della misura di sicurezza detentiva della casa di cura e di custodia, prevista fino al 3 maggio 2015 nei confronti di una persona internata nell'Ospedale psichiatrico giudiziario di Barcellona Pozzo di Gotto.

In seguito alla sentenza irrevocabile della Corte d'appello di Palermo, che aveva condannato M.S. alla pena di quattro anni e otto mesi di reclusione per il reato di tentato omicidio, con la diminuente di cui all'art. 89 del codice penale ritenuta equivalente all'aggravante di aver agito con crudeltà e alla recidiva reiterata, e aveva applicato al medesimo la misura della casa di cura e custodia per due anni, la Procura della Repubblica di Palermo aveva chiesto al Magistrato di sorveglianza di procedere all'accertamento della pericolosità sociale del condannato, al fine di disporre l'applicazione della citata misura di sicurezza. Il Magistrato di sorveglianza di Palermo, in seguito a un complesso esame della vicenda individuale, familiare, sociale, psichiatrica e giudiziaria di M.S. e dopo avere considerato il delitto contestato, alla luce della sentenza di condanna e delle risultanze peritali, aveva disposto, con ordinanza dell'8 ottobre 2012, l'applicazione della misura di sicurezza detentiva della casa di cura e custodia per la durata di due anni.

Nell'ordinanza si dava atto che il condannato soffriva di un disturbo diagnosticato

libro-25col modificato.indd 256 13/10/15 10:49

come «discontrollo degli impulsi in soggetto con esiti di trauma cranico», tale da incidere «sulla capacità di intendere e volere dello stesso, con conseguente applicazione della diminuente prevista dall'art. 89 c.p.». Inoltre si precisava che nella patologia riscontrata era insito un «forte grado di pericolosità, posto che, specie se associata all'assunzione, anche minima, di sostanze alcoliche (cui il M. è dedito) può dar luogo a reazioni molto violente e incontrollate» e si aggiungeva che M.S. era senza fissa dimora, senza occupazione, e privo di punti di riferimento familiare.

Con la successiva ordinanza del 28 febbraio 2014, il Magistrato di sorveglianza di Messina aveva rigettato l'istanza di revoca anticipata della misura di sicurezza, precisando tra l'altro, che non era stato possibile predisporre per M.S. «un progetto terapeutico perché non [era] possibile la presa in carico, non essendo residente nel territorio». Con provvedimento dell'11 aprile 2014, la Direzione dell'Ospedale psichiatrico giudiziario di Barcellona Pozzo di Gotto, in considerazione delle stabili condizioni psichiche di M.S., lo aveva ammesso al lavoro esterno ex art. 21 della legge 26 luglio 1975, n. 354 (Norme sull'ordinamento penitenziario e sulla esecuzione delle misure privative e limitative della libertà).

Il giudice a quo sottolinea che la richiesta del difensore è volta ad ottenere la revoca anticipata della misura di sicurezza detentiva, anche ai fini del rientro nel paese d'origine, o, in via subordinata, l'applicazione della libertà vigilata.

In punto di rilevanza della questione, il Tribunale di sorveglianza osserva che l'impossibilità di utilizzare a fini prognostici dei fattori essenziali, come le condizioni individuali, familiari e sociali e l'assenza di progetti terapeutici individuali, incide «in modo determinante e profondamente distorsivo sul giudizio in corso», impedendo una valutazione compiuta della concreta pericolosità sociale di M.S. e del suo grado attuale. Questi aveva dimostrato condizioni psichiche stabili e aveva tenuto una condotta positiva, partecipando alle attività trattamentali con valenza terapeutica, sì da essere ammesso al lavoro ex art. 21 della legge n. 354 del 1975. La sua situazione individuale, familiare e socio-assistenziale però era «caratterizzata in chiave negativa dalla lontananza della famiglia residente in Tunisia, dalla mancanza di concreta prospettiva lavorativa e risocializzante, essendo sprovvisto di permesso di soggiorno in quanto scaduto, nonché dalla mancanza della presa in carico da parte dei servizi sanitari territoriali in quanto non residente e dall'assenza di un progetto terapeutico e socio-riabilitativo».

La prognosi di pericolosità risulterebbe pertanto impossibile o radicalmente alterata, non potendosi considerare i fattori attinenti alle condizioni individuali, familiari,

libro-25col modificato.indd 257 13/10/15 10:49

socio-assistenziali e sanitarie, con la conseguenza di affidare «ad un volontarismo giudiziario arbitrario, cognitivamente inadeguato e teleologicamente disorientato» la scelta sulla misura da adottare.

Secondo il Tribunale di sorveglianza, «senza un approccio globale e multifattoriale, garantito dalla normativa previgente ed interdetto dalla novella legislativa», casi come quello trattato non potrebbero trovare soluzioni adeguate, che soddisfino in modo equilibrato le diverse esigenze costituzionalmente rilevanti.

In punto di non manifesta infondatezza, il giudice rimettente, richiamando la sentenza di questa Corte n. 253 del 2003, sostiene che la normativa impugnata è priva «"[del]l'equilibrio costituzionalmente necessario" "fra [...] le esigenze di cura e tutela della persona interessata e di controllo della sua pericolosità sociale"» e viola numerosi articoli della Costituzione.

1. Gli artt. 1 e 4 Cost., perché, escludendo la rilevanza a fini prognostici delle condizioni di vita individuale, familiare e sociale dell'internato, imporrebbe di non tener conto dello svolgimento (o meno) di un'attività lavorativa, che, invece, costituisce un potente fattore di prevenzione criminale e di rieducazione, con conseguente rischio di precludere le possibilità di accesso al lavoro e «di inibirne l'effettività dell'esercizio».

2. L'art. 2 Cost., in quanto la disposizione censurata, imponendo al giudice rigidi vincoli che non consentono l'apprezzamento globale della situazione concreta della persona, con conseguente impossibilità o grave difficoltà nella scelta della misura idonea a fronteggiare la pericolosità sociale, esporrebbe a gravi rischi «diritti e beni fondamentali delle persone e della comunità».

3. Il principio di ragionevolezza espresso dall'art. 3 Cost. Secondo il giudice a quo, infatti, rimettendo in libertà individui «ritenuti fino a ieri pericolosi o molto pericolosi», si vanificherebbero le finalità di difesa sociale e terapeutiche. Inoltre, si introdurrebbe una forma mascherata e surrettizia di «presunzione legislativa di pericolosità (o di non pericolosità)», senza una valida giustificazione scientifica. Infine, non consentendo di tenere conto delle condizioni di vita individuali, familiari e sociali attuali, «ancorché criminogene ed anzi, anche se favorevoli», la norma impugnata richiamerebbe «un modello criminologico tendenzialmente "unifattoriale" di tipo individualistico», invece che multifattoriale, sì da spezzare l'unità organica del giudizio prognostico esaltata dall'art. 133 cod. pen.

Secondo il Tribunale rimettente, una volta escluse le condizioni previste dall'art. 133, secondo comma, numero 4), cod. pen., e rese di per sé irrilevanti ai fini giudi-

libro-25col modificato.indd 258 13/10/15 10:49

ziali le risorse terapeutiche territoriali, residuerebbero i fattori prognostici immutabili e cristallizzati come la gravità del fatto di reato, i motivi a delinquere, i precedenti penali e giudiziari, la condotta e la vita antecedenti al reato e la condotta contemporanea al reato, e si ridurrebbero «i fattori prognostici modificabili in progress come il carattere del reo previsto dal n. 1 e la condotta susseguente al reato prevista dal n. 3, tuttavia ormai devitalizzati e decontestualizzati in quanto sganciati dalle condizioni di cui al n. 4, che costituiscono il pendant necessario di ogni dinamismo evolutivo della personalità di un soggetto, del suo carattere e della sua condotta».

Sarebbe riscontrabile una violazione dell'art. 3 Cost. anche sotto il profilo della irragionevole ed ingiustificata disparità di trattamento di casi simili, «giacché nei confronti degli imputabili la pericolosità sociale continua ad essere accertata nella globalità ed interezza dei fattori prognostici, mentre nei confronti degli inimputabili e dei semimputabili tale accertamento risulta "dimidiato"».

4. Gli artt. 25 e 27 Cost., in quanto riducendo la base cognitiva del giudizio prognostico e prevedendo la durata massima delle misure di sicurezza detentive commisurata al limite edittale della pena prevista per il reato corrispondente, sarebbero attribuite alle misure di sicurezza delle «valenze retributive e punitive» che dovrebbero essere loro estranee. Inoltre la nuova normativa, disciplinando le misure di sicurezza in corso di applicazione o di esecuzione, in relazione a reati commessi prima della sua entrata in vigore, rischierebbe di violare il principio di irretroattività delle disposizioni penali sfavorevoli, dato che l'esclusione del giudizio prognostico delle condizioni di cui all'art. 133, secondo comma, numero 4), cod. pen., «è ambivalente e potenzialmente contra reum e quindi in malam partem».

5. Gli artt. 29, 30 e 31 Cost., in quanto la disposizione censurata, imponendo di ignorare l'ambiente familiare, costituente, sia «un potente fattore di prevenzione criminale, in presenza di una famiglia sana, accogliente e capace, sia, invece, un potente fattore criminogeno, in presenza di una famiglia disastrata o incapace o addirittura dedita al crimine», lederebbe i diritti della famiglia.

6. L'art. 32 Cost., in quanto «la rimessione in libertà o in libertà vigilata, per effetto della nuova normativa, di soggetti affetti da patologie psichiatriche e bisognevoli di assistenza e cure, sebbene in condizioni di vita individuale, familiare e sociale controindicate, se non criminogene, ed in assenza di un progetto terapeutico individuale», esporrebbe tali soggetti al «rischio di commettere non solo atti eterolesivi,ma anche atti autolesivi, pregiudicando la loro salute ed il loro diritto a trattamenti terapeutici e socio-riabilitativi adeguati».

libro-25col modificato.indd 259 13/10/15 10:49

7. L'art. 34 Cost., in quanto, escludendo il rilievo delle condizioni di cui all'art. 133, secondo comma, numero 4), cod. pen., e conseguentemente della frequenza scolastica, la normativa impugnata lederebbe «il diritto del soggetto all'istruzione scolastica», considerato che la scuola, costituendo un essenziale strumento del trattamento penitenziario, educativo, risocializzante e terapeutico, «assume speciale valenza pedagogica e riabilitativa nei confronti dei soggetti affetti da patologie psichiatriche».

8. L'art. 77 Cost., in quanto, nell'ambito dell'iter legislativo della conversione di un decreto-legge che dispone la proroga del termine di chiusura degli ospedali psichiatrici giudiziari, non potrebbe ravvisarsi la necessità e l'urgenza di introdurre «modifiche strutturali di istituti secolari

come la pericolosità sociale», indirettamente stravolti dall'intervento riformatore, che spezzerebbero «il nesso di "interrelazione funzionale" e di "sostanziale omogeneità" tra decreto-legge e legge di conversione».

9. Infine l'art. 117, primo comma, Cost., ed in particolare l'art. 3 della Dichiarazione universale dei diritti dell'uomo e l'art. 5 della CEDU, che tutelano il diritto alla sicurezza, in quanto la disposizione censurata esporrebbe a gravi rischi non solo la sicurezza dei cittadini italiani, ma anche la sicurezza di tutti i cittadini che dalle Convenzioni internazionali riceverebbero protezione giuridica e che, per le più varie ragioni, potrebbero trovarsi nel territorio dello Stato italiano.

2.– Nel giudizio di legittimità costituzionale è intervenuto il Presidente del Consiglio dei ministri, rappresentato e difeso dall'Avvocatura generale dello Stato, e ha chiesto che la questione sia dichiarata infondata.

Secondo l'Avvocatura, le nuove disposizioni mirerebbero ad eliminare le condizioni giuridiche che potrebbero consentire la conferma dei giudizi di pericolosità sociale di internati trascurati, o comunque, non presi in carico dal Servizio sanitario nazionale, pur a fronte di quadri clinici adeguati rispetto a percorsi terapeutici e riabilitativi extramurari.

Entrambe le limitazioni del giudizio di pericolosità sociale censurate costituirebbero norme di favore a tutela della libertà della persona. La novella, pertanto, non giustificherebbe le interpretazioni contra reum, paventate dal giudice rimettente. L'esclusione della rilevanza delle «condizioni di cui all'articolo 133, secondo comma, numero 4, del codice penale» rappresenterebbe una soluzione, costituzionalmente giustificata, diretta a «scongiurare violazioni ai diritti di libertà» dell'infermo o del seminfermo di mente, le cui condizioni di svantaggio sociale potrebbero essere il pretesto per una rimodulazione del tutto particolare del confine tra libertà e custodia.

libro-25col modificato.indd 260 13/10/15 10:49

L'Avvocatura inoltre sottolinea che nella Relazione sulle condizioni di vita e di cura all'interno degli Ospedali psichiatrici giudiziari, approvata nel 2011 dalla Commissione parlamentare d'inchiesta sull'efficacia e l'efficienza del Servizio sanitario nazionale istituita dal Senato, si era affermata la necessità di porre un argine al fenomeno delle proroghe sistematiche della misura di sicurezza, basate su una dilatazione del concetto di pericolosità, in quanto sovente la proroga della misura risultava disposta non già in ragione di una condizione soggettiva di persistente pericolosità, ma per la carenza di un'adeguata offerta di strutture residenziali e riabilitative esterne. La disposizione di cui al comma 4 dell'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, dall'art. 1, comma 1, della legge 17 febbraio 2012, n. 9, che prevede che «le persone che hanno cessato di essere socialmente pericolose devono essere senza indugio dimesse», si riferirebbe proprio a situazioni di tale tipo, così come ad esse si riferirebbe la disposizione impugnata.

La difesa dello Stato ritiene inesistente anche la prospettata violazione dell'art. 77 Cost., in quanto la disposizione censurata sarebbe volta ad arginare il fenomeno dei soggetti internati negli ospedali psichiatrici giudiziari o nelle case di cura "dimissibili", e tuttavia non dimessi per cause non attribuibili alla loro condotta ma a inefficienze dei servizi di salute mentale pubblici. Tale finalità sarebbe coerente con l'oggetto del decreto- legge, diretto a fissare il termine per la chiusura degli ospedali psichiatrici giudiziari e a dare inizio al nuovo sistema di trattamento delle persone non imputabili o semimputabili socialmente pericolose.

La novella si sarebbe data carico di tutelare la libertà e la salute dell'infermo o del seminfermo autore del reato con la predisposizione, anche nell'interesse della sicurezza collettiva, di una serie di misure volte a prestare un'adeguata assistenza sul territorio, evitando nel contempo il pregiudizio di un ulteriore periodo restrittivo.

Considerato in diritto

1.– Con ordinanza del 16 luglio 2014 (r.o. n. 247 del 2014), il Tribunale di sorveglianza di Messina ha sollevato, in riferimento agli artt. 1, 2, 3, 4, 25, 27, 29, 30, 31, 32, 34, 77 e 117, primo comma, della Costituzione, quest'ultimo in relazione all'art. 5della Convenzione europea per la salvaguardia dei diritti dell'uomo e delle libertà fondamentali (d'ora in avanti «CEDU»), firmata a Roma il 4 novembre 1950, ratifica-

libro-25col modificato.indd 261 13/10/15 10:49

ta e resa esecutiva con la legge 4 agosto 1955 n. 848, e all'art. 3 della Dichiarazione universale dei diritti dell'uomo, proclamata dall'Assemblea generale delle Nazioni Unite a New York il 10 dicembre 1948, una questione di legittimità costituzionale dell'art. 1, comma 1, lettera b), del decreto-legge 31 marzo 2014, n. 52 (Disposizioni urgenti in materia di superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari), convertito, con modificazioni, dall'art. 1, comma 1, della legge 30 maggio 2014, n. 81, «nelle parti in cui stabilisce che l'accertamento della pericolosità sociale "è effettuato sulla base delle qualità soggettive della persona e senza tenere conto delle condizioni di cui all'articolo 133, secondo comma, numero 4, del codice penale" e che "non costituisce elemento idoneo a supportare il giudizio di pericolosità sociale la sola mancanza di programmi terapeutici individuali"».

Ad avviso del giudice rimettente, la normativa impugnata avrebbe violato:

1. gli artt. 1 e 4 Cost., in quanto, escludendo la rilevanza a fini prognostici delle condizioni di vita individuale, familiare e sociale dell'internato, imporrebbe di non tener conto dell'attività lavorativa, che, invece, costituisce «un potente fattore di prevenzione criminale, ove il lavoro onesto è presente», e di rieducazione, con conseguente rischio di precludere le possibilità di accesso al lavoro e «di inibirne l'effettività dell'esercizio»;

2. l'art. 2 Cost., in quanto la disposizione censurata non consente l'apprezzamento globale della situazione concreta del soggetto, con la conseguente difficoltà di scegliere la misura idonea a fronteggiare la pericolosità sociale, esponendo a gravi rischi diritti e beni delle persone e della comunità;

3. il principio di ragionevolezza espresso dall'art. 3 Cost. Secondo il giudice a quo, infatti, rimettendo in libertà individui «ritenuti fino a ieri pericolosi o molto pericolosi», si vanificherebbero le finalità di difesa sociale e terapeutiche. Inoltre, non consentendo di tenere conto delle condizioni di vita individuali, familiari e sociali attuali, «ancorché criminogene ed anzi, anche se favorevoli», la normativa impugnata richiamerebbe «un modello criminologico tendenzialmente "unifattoriale" di tipo individualistico», invece che multifattoriale, sì da spezzare l'unità organica del giudizio prognostico esaltata dall'art. 133 del codice penale. Sussisterebbe la violazione dell'art. 3 Cost. anche sotto il profilo della irragionevole ed ingiustificata disparità di trattamento di casi simili, «giacché nei confronti degli imputabili la pericolosità sociale continua ad essere accertata nella globalità ed interezza dei fattori prognostici, mentre nei confronti degli inimputabili e dei semimputabili tale accertamento risulta "dimidiato"»;

libro-25col modificato.indd 262 13/10/15 10:49

4. gli artt. 25 e 27 Cost., in quanto riducendo la base cognitiva del giudizio prognostico e prevedendo la durata massima delle misure di sicurezza detentive commisurata al limite edittale della pena prevista per il reato corrispondente, la normativa impugnata attribuirebbe alle misure di sicurezza delle «valenze retributive e punitive», che dovrebbero essere loro estranee; inoltre, disciplinando le misure di sicurezza relative a reati commessi prima della sua entrata in vigore, sarebbe in contrasto con il principio di irretroattività delle disposizioni penali sfavorevoli, perché l'esclusione dal giudizio prognostico delle condizioni di cui all'art. 133, secondo comma , numero 4), cod. pen., «è ambivalente e potenzialmente contra reum e quindi in malam partem»;

5. gli artt. 29, 30 e 31 Cost., in quanto la normativa impugnata, imponendo di ignorare l'ambiente familiare, che costituirebbe, «sia un potente fattore di prevenzione criminale, in presenza di una famiglia sana, accogliente e capace, sia, invece, un potente fattore criminogeno, in presenza di una famiglia disastrata o incapace o addirittura dedita al crimine», lederebbe i diritti della famiglia, impedendole di svolgere i suoi compiti;

6. l'art. 32 Cost., perché «la rimessione in libertà o in libertà vigilata, per effetto della nuova normativa, di soggetti affetti da patologie psichiatriche e bisognevoli di assistenza e cure, sebbene in condizioni di vita individuale, familiare e sociale controindicate, se non criminogene, ed in assenza di un progetto terapeutico individuale», esporrebbe tali soggetti al «rischio di commettere non solo atti eterolesivi, ma anche atti autolesivi, pregiudicando la loro salute»;

7. l'art. 34 Cost., in quanto, escludendo la rilevanza delle condizioni di cui all'art. 133, secondo comma, numero 4), cod. pen., e conseguentemente della frequenza scolastica, sarebbe leso il diritto all'istruzione, particolarmente significativo perché la scuola costituisce un essenziale strumento del trattamento penitenziario, educativo, risocializzante e terapeutico;

8. l'art. 77 Cost., in quanto, nell'ambito dell'iter legislativo della conversione di un decreto-legge che dispone la proroga del termine di chiusura degli ospedali psichiatrici giudiziari, non potrebbe ravvisarsi la necessità e l'urgenza di introdurre «modifiche strutturali di istituti secolari come la pericolosità sociale», indirettamente stravolta dall'intervento riformatore, così spezzando «il nesso di "interrelazione funzionale e di sostanziale omogeneità tra decreto-legge e legge di conversione»;

9. infine, l'art. 117, primo comma, Cost., in relazione all'art. 3 della Dichiarazione universale dei diritti dell'uomo e all'art. 5 della CEDU, che tutelano il diritto alla

libro-25col modificato.indd 263 13/10/15 10:49

sicurezza, in quanto la normativa impugnata esporrebbe «a gravi rischi non solo la sicurezza dei cittadini italiani, ma anche la sicurezza di tutti i cittadini che dalle Convenzioni internazionali ricevono protezione giuridica e che, per le più svariate ragioni, possono trovarsi sul territorio dello Stato italiano».

2.– La questione sollevata dal Tribunale di sorveglianza di Messina non è fondata.

3.– Logicamente preliminare è la censura relativa all'asserita violazione dell'art. 77, secondo comma Cost., che a parere del Tribunale rimettente si sarebbe verificata perché, senza necessità e urgenza, durante la conversione del d.l. n. 52 del 2014, sarebbero stati approvati gli emendamenti contestati, che hanno determinato «modifiche strutturali di istituti secolari come la pericolosità sociale», disciplinata dagli artt. 133 e 203 cod. pen., «spezzando il nesso di "interrelazione funzionale" e di "sostanziale omogeneità" tra decreto-legge e legge di conversione».

La censura è priva di fondamento.

L'art. 1, comma 1, lettera b), del d.l. n. 52 del 2014, nel testo risultante in seguito alla conversione, ha apportato questa modificazione al comma 4 dell'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 dall'art. 1, comma 1, della legge 17 febbraio 2012, n. 9: «dopo il primo periodo sono aggiunti i seguenti: "Il giudice dispone nei confronti dell'infermo di mente e del seminfermo di mente l'applicazione di una misura di sicurezza, anche in via provvisoria, diversa dal ricovero in un ospedale psichiatrico giudiziario o in una casa di cura e custodia, salvo quando sono acquisiti elementi dai quali risulta che ogni misura diversa non è idonea ad assicurare cure adeguate e a fare fronte alla sua pericolosità sociale, il cui accertamento è effettuato sulla base delle qualità soggettive della persona e senza tenere conto delle condizioni di cui all'articolo 133, secondo comma, numero 4, del codice penale. Allo stesso modo provvede il magistrato di sorveglianza quando interviene ai sensi dell'articolo 679 del codice di procedura penale. Non costituisce elemento idoneo a supportare il giudizio di pericolosità sociale la sola mancanza di programmi terapeutici individuali"».

In sede di conversione, nell'originario art. 1, comma 1, lettera b), del d.l. n. 52 del 2014, è stata inserita, dopo le parole «pericolosità sociale», la locuzione: «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, alla fine della lettera b), è stato aggiunto il periodo: «Non costitui-

libro-25col modificato.indd 264 13/10/15 10:49

sce elemento idoneo a supportare il giudizio di pericolosità sociale la sola mancanza di programmi terapeutici individuali».

Si tratta di emendamenti che integrano l'originaria disposizione del decreto-legge con un contenuto normativo del tutto omogeneo, e, completando la disposizione, risultano ugualmente necessari e urgenti, anche se necessità e urgenza sono requisiti che riguardano le disposizioni del decreto e non i relativi emendamenti (sentenza n. 22 del 2012).

Perciò, sotto ogni aspetto, deve escludersi la denunciata violazione dell'art. 77, secondo comma, Cost.

4.– Anche le censure relative all'asserita violazione degli artt. 1, 2, 3, 4, 25, 27, 29, 30, 31, 32, 34 e 117, primo comma, Cost., quest'ultimo in relazione all'art. 5 della CEDU e all'art. 3 della Dichiarazione universale dei diritti dell'uomo, sono prive di fondamento.

4.1.– Il Tribunale di sorveglianza di Messina ha sollevato la questione di legittimità costituzionale dell'art. 1, comma 1, lettera b), del d.l. n. 52 del 2014, «nelle parti in cui stabilisce che l'accertamento della pericolosità sociale "è effettuato sulla base delle qualità soggettive della persona e senza tenere conto delle condizioni di cui all'articolo 133, secondo comma, numero 4, del codice penale" e che "non costituisce elemento idoneo a supportare il giudizio di pericolosità sociale la sola mancanza di programmi terapeutici individuali"».

Come emerge dal chiaro tenore letterale del petitum e dagli argomenti sviluppati nell'ordinanza di rimessione, la questione muove dal presupposto che le disposizioni censurate abbiano modificato, relativamente ai «non imputabili e ai semimputabili», la nozione di pericolosità sociale, che costituisce il presupposto soggettivo delle misure di sicurezza. Infatti nell'ordinanza si sottolinea, tra l'altro, che con la normativa introdotta in sede di conversione del citato decreto-legge sono state effettuate «modifiche strutturali di istituti secolari come la pericolosità sociale, disciplinata dalle norme cardinali degli artt. 133 e 203 del codice penale». Si sarebbe spezzato, «a livello della prognosi giudiziaria, il rapporto inscindibile tra l'uomo e l'ambiente [...] rinunziando così al dinamismo che da tale rapporto scaturisce [e contrastando] le stesse essenziali finalità delle misure di sicurezza sottese al sistema costituzionale».

4.2.– È su questo presupposto interpretativo che si innestano tutte le numerose censure d'illegittimità costituzionale sopraindicate, ma si tratta di un presupposto errato. Basta leggere la disposizione impugnata per comprendere che le frasi sulle quali si appunta la censura non riguardano la pericolosità socia-

libro-25col modificato.indd 265 13/10/15 10:49

le come categoria generale, ma si riferiscono più specificamente alla pericolosità che legittima il «ricovero in un ospedale psichiatrico o in una casa di cura».

La disposizione esordisce affermando che «il giudice dispone nei confronti dell'infermo di mente e del seminfermo di mente l'applicazione di una misura di sicurezza», ed è chiaro che nel fare ciò il giudice deve valutare la pericolosità sociale nei modi generalmente previsti. È solo per disporre il ricovero di una persona in un ospedale psichiatrico giudiziario o in una casa di cura o di custodia che il giudice deve accertare, «senza tenere conto delle condizioni di cui all'art. 133, secondo comma, numero 4, del codice penale», che «ogni misura diversa non è idonea ad assicurare cure adeguate e a fare fronte alla sua pericolosità sociale». La limitazione quindi non riguarda in generale la pericolosità sociale, ma ha lo scopo di riservare le misure estreme, fortemente incidenti sulla libertà personale, ai soli casi in cui sono le condizioni mentali della persona a renderle necessarie.

È una disposizione da leggere nell'ambito della normativa volta al definitivo superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari.

Gli emendamenti approvati durante la conversione del decreto-legge e contestati dal Tribunale rimettente traggono origine dalle osservazioni contenute nella Relazione sulle condizioni di vita e di cura all'interno degli Ospedali psichiatrici giudiziari della Commissione parlamentare d'inchiesta sull'efficacia e l'efficienza del Servizio sanitario nazionale. I suoi lavori si sono svolti nel corso della XVI legislatura e sono significativi perché hanno dimostrato l'inidoneità degli ospedali psichiatrici giudiziari e delle case di cura e custodia a garantire la tutela della salute mentale di chi vi è ricoverato od avviato ai sensi degli artt. 222 e 219 cod. pen.

Come è stato chiarito nella relazione al Senato, la proposta emendativa tendeva a «impedire all'autorità giudiziaria di desumere la pericolosità

sociale dall'apparente mancanza di adeguate possibilità di cura e sistemazione in stato di libertà». Si è voluto che l'applicazione della misura di sicurezza detentiva possa «aver luogo o protrarsi solo in base alla specifica valutazione della situazione personale dell'infermo di mente» e che non sia «conseguenza dello stato di marginalità socioeconomica in cui questi verrebbe a trovarsi se dimesso» (Resoconto stenografico, Senato della Repubblica, 23 aprile 2014).

Anche altre disposizioni dell'art. 3-ter del d.l. n. 211 del 2011 sono dirette a favorire l'applicazione di misure diverse da quelle detentive. In questo senso è chiaro il sesto comma di tale articolo, il quale stabilisce che il programma predisposto dalle Regioni ed approvato dai Ministeri competenti deve prevedere, oltre agli interventi

libro-25col modificato.indd 266 13/10/15 10:49

strutturali, «attività volte progressivamente a incrementare la realizzazione dei percorsi terapeutico- riabilitativi [...] nonché a favorire l'esecuzione di misure di sicurezza alternative al ricovero in ospedale psichiatrico giudiziario o all'assegnazione a casa di cura e custodia». È chiaro che in questa prospettiva l'inefficienza delle amministrazioni sanitarie regionali nel predisporre programmi terapeutici individuali non può tradursi nell'applicazione di misure detentive, inutilmente gravose per l'infermo e il seminfermo di mente.

È da aggiungere cha la normativa in questione appare in linea con la giurisprudenza di questa Corte, che ha dichiarato illegittimi, sia l'art. 222 cod. pen., nella parte in cui non consente al giudice, nei casi ivi previsti, di adottare, in luogo del ricovero in ospedale psichiatrico giudiziario, una diversa misura di sicurezza, idonea ad assicurare adeguate cure dell'infermo di mente e a far fronte alla sua pericolosità sociale (sentenza n. 253 del 2003), sia l'art. 206 cod. pen., nella parte in cui non consente al giudice di disporre, in luogo del ricovero in un ospedale psichiatrico giudiziario, una misura di sicurezza non detentiva prevista dalla legge per il raggiungimento dello stesso obiettivo (sentenza n. 367 del 2004).

Ciò posto, è evidente che la disposizione censurata non ha modificato, neppure indirettamente, per le persone inferme di mente o seminferme di mente, la nozione di pericolosità sociale, ma si è limitata ad incidere sui criteri di scelta tra le diverse misure di sicurezza e sulle condizioni per l'applicazione di quelle detentive.

L'erroneità del presupposto interpretativo posto a base della questione sollevata dal Tribunale di sorveglianza di Messina ne comporta l'infondatezza in relazione a tutti i residui parametri evocati.

PER QUESTI MOTIVI

LA CORTE COSTITUZIONALE

dichiara non fondata la questione di legittimità costituzionale dell'art. 1, comma 1, lettera b), del decreto-legge 31 marzo 2014, n. 52 (Disposizioni urgenti in materia di superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari), convertito, con modificazioni, dall'art. 1, comma 1, della legge 30 maggio 2014, n. 81, «nelle parti in cui stabilisce che l'accertamento della pericolosità sociale "è effettuato sulla base delle qualità soggettive della persona e senza tenere conto delle condizioni di cui all'articolo 133, secondo comma, numero 4, del codice penale" e che "non costituisce elementoidoneo a supportare il giudizio di pericolosità sociale la sola mancanza di programmi terapeutici individuali"», sollevata, in riferimento agli artt. 1, 2, 3, 4, 25, 27, 29, 30, 31, 32,

libro-25col modificato.indd 267 13/10/15 10:49

34, 77 e 117, primo comma, della Costituzione, quest'ultimo in relazione all'art. 5 della Convenzione europea per la salvaguardia dei diritti dell'uomo e delle libertà fondamentali, firmata a Roma il 4 novembre 1950, ratificata e resa esecutiva con la legge 4 agosto 1955, n. 848, e all'art. 3 della Dichiarazione universale dei diritti dell'uomo, proclamata dall'Assemblea generale delle Nazioni Unite a New York il 10 dicembre 1948, dal Tribunale di sorveglianza di Messina, con l'ordinanza indicata in epigrafe.

Così deciso in Roma, nella sede della Corte costituzionale, Palazzo della Consulta, il 24 giugno 2015.

libro-25col modificato.indd 268 13/10/15 10:49

libro-25col modificato.indd 269 13/10/15 10:49

libro-25col modificato.indd 270 13/10/15 10:49

OPG, addio. Parola della Corte Costituzionale

Stefano Cecconi, Franco Corleone

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.

libro-25col modificato.indd 271 13/10/15 10:49

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 stabilità dalla legge per la chiusura dei manicomi criminali, come abbiamo denunciato nel seminario di Firenze del 14 luglio. E' 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.

libro-25col modificato.indd 272 13/10/15 10:49

libro-25col modificato.indd 273 13/10/15 10:49

libro-25col modificato.indd 274 13/10/15 10:49

I reclami degli internati illegalmente presenti negli OPG

Giulia Melani

L'internamento illegittimo

L'art. 3 ter del decreto legge 211/2011, convertito con modificazioni in legge 17 febbraio 2012, n.9, ha fissato un termine per il definitivo superamento dell'OPG (il 31 marzo 2013). L'iter predisposto da questa legge, che doveva avere per protagoniste le Regioni, chiamate ad elaborare e mettere in pratica appositi programmi, ha subito ritardi, tanto da spingere il legislatore ad adottare ben due decreti di proroga (D.L. 27/2013 e 52/2014), facendo slittare la chiusura delle strutture carcerario-manicomiali al 31 marzo 2015.

Nonostante i due anni di ritardo, molte delle Regioni non sono arrivate preparate alla data della chiusura, tanto che gli OPG risultano ancora oggi aperti. Benché le strutture non accolgano più nuovi giunti, molti degli internati presenti al 31 marzo 2015 abitano ancora le istituzioni penitenziarie, anziché, come previsto dalla legge, residenze a completa gestione sanitaria, con sorveglianza, ove prevista limitata al perimetro esterno.

La protrazione dell'internamento in OPG rappresenta una grave violazione dell'art. 13 della nostra carta costituzionale, laddove dispone che: «Non è ammessa forma alcuna di detenzione, di ispezione o perquisizione personale, né qualsiasi altra restrizione della libertà personale, se non per atto motivato dell'Autorità giudiziaria e nei soli casi e modi previsti dalla legge».

Difatti, la legge n. 9 del 2012 (così come modificata dai successivi interventi normativi) disciplina il «modo» di esecuzione delle misure di sicurezza del ricovero in OPG e dell'assegnazione ad una casa di cura e custodia, stabilendo che, a partire dal 31 marzo 2015, debbano essere eseguite esclusivamente presso le residenze per l'esecuzione delle misure di sicurezza (REMS).La differenza tra le REMS e gli OPG, non è soltanto nominalistica, stante che gli OPG sono strutture penitenziarie, con un direttore nei ruoli dell'amministrazione penitenziaria, personale di polizia e

libro-25col modificato.indd 275 13/10/15 10:49

sorveglianza interna, in sintesi, per dirla con le parole utilizzate dai Senatori Marino, Saccomanno e Bosone (che hanno fatto parte della Commissione Marino), a seguito dei sopralluoghi a sorpresa nei sei OPG italiani, « più carceri che ospedali»[1].
La prosecuzione dell'internamento in OPG dunque, rappresenta un modo di esecuzione della misura di sicurezza contra legem, una forma di detenzione illegittima, in violazione dell'art. 13 della Costituzione.

I Provvedimenti disciplinari illegittimi

Le misure di sicurezza del ricovero in OPG e dell'assegnazione ad una casa di cura e custodia non dovrebbero più essere eseguite negli OPG.
La protrazione dell'internamento in queste strutture non solo rappresenta una grave violazione dell'art. 13 della Costituzione, ma produce un effetto domino, rendendo illegittimi i provvedimenti disciplinari adottati.
Infatti, il procedimento disciplinare è attivato dal direttore penitenziario e la sanzione, ai sensi dell'art. 40 dell'ordinamento penitenziario è comminata dallo stesso direttore o dal consiglio di disciplina, da questi composto. Ma, come abbiamo anticipato sopra, le misure di sicurezza dovrebbero essere eseguite in strutture con al vertice un dirigente medico psichiatra e non un direttore nei ruoli dell'amministrazione penitenziaria. Dunque, i provvedimenti disciplinari adottati, dopo il 1° aprile 2015, da una figura che non dovrebbe più essere preposta alla direzione degli istituti dove sono eseguite le misure di sicurezza, risultano viziati per incompetenza dell'organo.

I Rimedi: il Reclamo ex art. 35 bis o.p.

Il legislatore, a seguito della sentenza Torreggiani della Corte Europea dei Diritti dell'Uomo[2], ha introdotto, con D.L. 146/2013, il nuovo reclamo giurisdizionale ex art. 35 bis o.p., un «rimedio preventivo» atto a far cessare le condizioni di violazione dei diritti dei detenuti e degli internati. Il rimedio previsto dall'art. 35 bis può essere esperito nelle due situazioni enucleate nell'art. 69 co. 6: a) provvedimenti disciplinari viziati; b) condizioni di pregiudizio grave ed attuale all'esercizio dei diritti dei detenuti o degli internati.
Le violazioni sopra descritte (prosecuzione dell'internamento in OPG contra legem e provvedimenti disciplinari illegittimi), rientrano – rispettivamente – nelle due ca-

1 Conferenza stampa della Commissione d'inchiesta sull'efficacia e l'efficienza del SSN del 28/07/2010, reperibile sul sito www.youdem.tv

2 Corte Europea dei diritti dell'Uomo, sezione II, caso Torreggiani e altri contro Italia, disponibile sul sito della Corte europea dei diritti dell'uomo, www.hudoc.echr.coe.int

libro-25col modificato.indd 276 13/10/15 10:49

tegorie di ipotesi per le quali è ammesso proporre reclamo giurisdizionale ai sensi dell'art. 35 bis, a questo scopo, l'Associazione L'altro diritto ha predisposto due modelli di istanza ai sensi dell'art. 35 bis o.p.

Brevi indicazioni per la compilazione dei modelli di istanze

a) Reclamo ex art. 35 bis. per internamento illegittimo

Il reclamo, può essere proposto da tutti gli internati reclusi negli OPG italiani, in esecuzione di una misura di sicurezza, sia definitiva che provvisoria.

Il modello presenta alcuni spazi bianchi che è necessario compilare. In primo luogo, deve essere indicato il magistrato di sorveglianza territorialmente competente, ovvero, ai sensi dell'art. 677 c.p.p. il magistrato che ha giurisdizione sull'istituto di prevenzione o di pena in cui si trova l'interessato all'atto della richiesta.

Si devono inoltre inserire i dati anagrafici della persona richiedente (nome, cognome, data e luogo di nascita), l'indicazione dell'OPG ove è perpetrato l'internamento, la denominazione della tipologia di misura di sicurezza cui l'istante è sottoposto (ricovero in OPG, assegnazione ad una casa di cura e custodia, misura di sicurezza provvisoria).

b) Reclamo ex art. 35 bis per annullamento provvedimenti disciplinari illegittimi

Il reclamo, può essere promosso da tutti gli internati reclusi negli OPG italiani, in esecuzione di una misura di sicurezza, sia definitiva che provvisoria, che siano stati sottoposti a procedimento disciplinare conclusosi con l'irrogazione di una sanzione.

Il reclamo può essere presentato, ai sensi del comma 2 dell'art. 35 bis o.p., soltanto entro 10 gg. dalla comunicazione del provvedimento.

Il modello prevede alcuni spazi bianchi che è necessario compilare. In primo luogo, deve essere indicato il magistrato di sorveglianza territorialmente competente, ovvero, ai sensi dell'art. 677 c.p.p. il magistrato che ha giurisdizione sull'istituto di prevenzione o di pena in cui si trova l'interessato all'atto della richiesta. Si devono inoltre inserire i dati anagrafici della persona richiedente (nome, cognome, data e luogo di nascita), l'indicazione dell'OPG ove è perpetrato l'internamento, la denominazione della tipologia di misura di sicurezza cui il reclamante è sottoposto (ricovero in OPG, assegnazione ad una casa di cura e custodia, misura di sicurezza provvisoria).

Nell'ultima parte dell'istanza è necessario indicare la data di inizio del procedimento disciplinare, una breve descrizione del fatto all'origine del provvedimento, la sanzione comminata e l'organo che l'ha disposta (direttore o consiglio di disciplina), infine,

libro-25col modificato.indd 277 13/10/15 10:49

la data della comunicazione del provvedimento.

Le iniziative di altro diritto a Montelupo Fiorentino, Barcellona Pozzo di Gotto e Reggio Emilia

A partire dal mese di luglio, alcuni volontari dell'Associazione L'Altro Diritto sono entrati – con apposita autorizzazione ai sensi dell'art. 17 o.p. – negli OPG di Montelupo Fiorentino, Barcellona Pozzo di Gotto e Reggio Emilia, per illustrare agli internati presenti i due modelli di reclamo ed aiutarli nella compilazione. All'esito di queste visite (il 15 luglio a Montelupo Fiorentino, il 17 settembre a Barcellona Pozzo di Gotto, il 24 settembre a Reggio Emilia), 109 internati hanno sottoscritto e presentato i reclami relativi all'internamento illegittimo (58 internati su 85 presenti a Montelupo Fiorentino, 27 su 53 a Barcellona Pozzo di Gotto, 24 su 27 a Reggio Emilia).

Nel corso delle visite, i volontari hanno potuto constatare che – a partire dal 1° aprile 2015 – a Montelupo Fiorentino non è stata irrogata alcuna sanzione disciplinare. Diversamente, a Barcellona Pozzo di Gotto e Reggio Emilia, si sono potuti rilevare due casi (uno in ciascuno degli istituti) di provvedimenti disciplinari illegittimi, per i quali è stato presentato il relativo reclamo.

libro-25col modificato.indd 278 13/10/15 10:49

Modello di Reclamo per internamento illegittimo

AL MAGISTRATO DI SORVEGLIANZA DI FIRENZE

Reclamo giurisdizionale ex art. 35 bis ordinamento penitenziario

Il sottoscritto _____,
nato a _____, il_____ e attualmente internato presso l'OPG di _____ in esecuzione della misura di sicurezza del ricovero in OPG

PREMESSO

- che l'art 35-bis O.P. prevede a favore dei detenuti e degli internati la possibilità di proporre "reclamo giurisdizionale" al Magistrato di Sorveglianza nei casi di cui all'art 69 comma 6 della stessa legge e che, nella specie, l'art. 69 co. 6 lett. b) O.P. stabilisce che il Magistrato di Sorveglianza provveda a norma dell'articolo 35-bis sui reclami dei detenuti e degli internati concernenti condizioni di pregiudizio grave ed attuale all'esercizio dei loro diritti;
- che l'art. 13 comma 2 della Costituzione stabilisce che: "Non è ammessa forma alcuna di detenzione, di ispezione o perquisizione personale, né qualsiasi altra restrizione della libertà personale, se non per atto motivato dell'Autorità giudiziaria e nei soli casi e modi previsti dalla legge", prevedendo, quindi, una riserva di legge assoluta e rinforzata che impegna il legislatore a rispettare il principio di tassatività in ordine all'individuazione dei "casi" e dei "modi" di restrizione della libertà personale (inter alia Corte Cost 188/1996);
- che secondo quanto sancito dalla Corte Costituzionale, la libertà personale, diritto inviolabile, rientra tra i valori supremi come indefettibile nucleo essenziale dell'individuo, non diversamente dal contiguo e strettamente connesso diritto alla vita e all'integrità fisica, con il quale concorre a costituire la matrice prima di ogni altro diritto costituzionalmente protetto (Corte Cost. 238/1996);
- che l'art. 13 Cost. è norma immediatamente precettiva, destinata a configurare in capo al singolo un diritto soggettivo e perfetto valevole erga omnes, tanto nei confronti dei pubblici poteri che dei privati che non può essere limitato se non alle condizioni stabilite dalla stessa Costituzione (Corte Cost. 11/1956, Corte Cost. 122/1970);

libro-25col modificato.indd 279 13/10/15 10:49

- che costante giurisprudenza costituzionale ha ritenuto che la natura assoluta della riserva di legge prevista dall'art. 13 co. 2 renda inammissibile qualsiasi interposizione di discrezionalità amministrativa nell'applicazione della legge che disciplina i modi ed i casi di detenzione (Corte Costituzionale n. 21 del 1957 e n. 26 del 1966);
- che le misure di sicurezza del ricovero in ospedale psichiatrico giudiziario e dell'assegnazione ad una casa di cura e custodia rappresentano pacificamente "forme di detenzione" cui trova applicazione la riserva di legge prevista dall'art. 13, co. 2 Cost.;
- che per «modi» debbano intendersi i requisiti e le caratteristiche delle restrizioni della libertà personale, in sintesi le modalità essenziali in cui questa si sostanzia;
- che i «modi» di esecuzione della misura di sicurezza del ricovero in OPG sono disciplinati dall'art. 3 ter della legge 17 febbraio 2012, n. 9, così come modificata dal decreto-legge 31 marzo 2014, n. 52, convertito in legge 30 maggio 2014, n. 81, la quale prevede che a partire dal 31 marzo 2015 detta misura debba essere eseguita esclusivamente nelle strutture sanitarie denominate Residenze per l'esecuzione delle misure di sicurezza (REMS) e che queste strutture debbano presentare alcuni requisiti essenziali, tra i quali essere ad esclusiva gestione sanitaria e con sorveglianza limitata al perimetro esterno;

CONSIDERATO

- che il richiedente è in esecuzione della misura di sicurezza del ricovero in OPG e che detta misura, in data odierna, è ancora eseguita all'interno dell'Ospedale psichiatrico giudiziario di Montelupo fiorentino;
- che ai sensi dell'art. 3 ter del D.L. 211/2011, così come modificato dai successivi interventi normativi, questa struttura al 31 marzo 2015 sarebbe dovuta essere chiusa;
- che il decreto adottato dal Ministero della Salute di concerto con il Ministero della Giustizia il 1° Ottobre 2012 ha specificato i requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi delle REMS, così come previsto dal decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni ed integrazioni, ed in particolare dall'art. 8, comma 4, per la definizione dei requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi richiesti per l'esercizio delle attività sanitarie delle strutture pubbliche e private;
- che le caratteristiche delle nuove REMS, sono state ulteriormente chiarite con Accordo preso in Conferenza unificata il 24.02.2015;
- che ai sensi del succitato decreto ministeriale e dell'Accordo in conferenza unificata, le REMS sono strutture a completa gestione sanitaria, dirette da un medico

libro-25col modificato.indd 280 13/10/15 10:49

dirigente psichiatra, che rispondono ai requisiti previsti per l'accreditamento delle strutture sanitarie pubbliche e private e che possono dotarsi di personale dell'amministrazione penitenziaria (nel primo anno) esclusivamente per i procedimenti di immatricolazione e gestione della posizione giuridica;

- che l'ospedale psichiatrico giudiziario è una struttura penitenziaria, gestita dal Ministero di Giustizia, ove opera personale penitenziario e dunque non può considerarsi struttura rispondente al requisito di cui al punto a) del co. 3 dell'art. 3 ter della legge n. 9 del 2012;
- che il decreto ministeriale 1° ottobre 2012, ha ulteriormente stabilito che la sorveglianza, oltre ad essere limitata al perimetro esterno, debba essere condotta – attraverso la previsione di specifici accordi con le Prefetture;
- che l'attività di vigilanza e sicurezza è condotta all'interno dell'OPG da parte del personale di polizia penitenziaria, contrariamente al requisito di cui alla lettera b) del co. 3 dell'art. 3 ter;
- che l'OPG di Montelupo fiorentino non presenta alcuno dei requisiti previsti dall'art. 3 ter D.L. 211/2011 e successive modificazioni per le residenze per l'esecuzione delle misure di sicurezza;
- che per quanto sopra precisato, la protrazione dell'internamento in OPG oltre il 31 marzo 2015, rappresenta un modo di esecuzione della misura di sicurezza contra legem e per questo arreca un grave pregiudizio all'esercizio dei diritti dell'istante, in quanto è lesiva del diritto inviolabile alla libertà personale così come tutelato dall'art. 13 Cost.;

CHIEDE

che il Magistrato di sorveglianza adotti i provvedimenti necessari a far cessare questa forma illegittima di detenzione

_____, lì ___/___/_____

In fede

_____

libro-25col modificato.indd 281 13/10/15 10:49

Modello di Reclamo per annullamento provvedimenti disciplinari illegittimi

AL MAGISTRATO DI SORVEGLIANZA DI FIRENZE

Reclamo giurisdizionale ex art. 35 bis ordinamento penitenziario

Il sottoscritto _____,
nato a _____, il_____ e attualmente internato presso l'OPG di _____ in esecuzione della misura di sicurezza del ricovero in OPG

PREMESSO

- che l'art 35-bis O.P. prevede a favore dei detenuti e degli internati la possibilità di proporre "reclamo giurisdizionale" al Magistrato di Sorveglianza nei casi di cui all'art 69 comma 6 della stessa legge e che, nella specie, l'art. 69 co. 6 lett. a) si riferisce ai reclami aventi ad oggetto «le condizioni di esercizio del potere disciplinare, la costituzione e la competenza dell'organo disciplinare, la contestazione degli addebiti e la facoltà di discolpa»;
- che, ai sensi dell'art. 40 dell'o.p. le sanzioni dell'ammonizione e del richiamo sono deliberate dal direttore e le altre dal consiglio di disciplina, composto dal direttore o dall'impiegato più elevato in grado e dal sanitario e dall'educatore;
- che l'art. 3 ter della legge 17 febbraio 2012, n. 9, così come modificata dal decreto-legge 31 marzo 2014, n. 52, convertito in legge 30 maggio 2014, n. 81, prevede che a partire dal 31 marzo 2015 la misura di sicurezza debba essere eseguita esclusivamente in strutture a gestione sanitaria e con sorveglianza limitata al perimetro esterno;
- che il decreto adottato dal Ministero della Salute di concerto con il Ministero della Giustizia il 1° Ottobre 2012 e l'Accordo preso in Conferenza unificata il 24.02.2015 chiariscono che le REMS sono strutture a completa gestione sanitaria, dirette da un medico dirigente psichiatra e che possono dotarsi di personale dell'amministrazione penitenziaria esclusivamente per i procedimenti di immatricolazione e gestione della posizione giuridica;
- che tali disposizioni, in ragione del criterio ermeneutico che vuole la prevalenza della legge posteriore sull'anteriore hanno modificato la disposizione di cui all'art. 40 o.p.;

libro-25col modificato.indd 282 13/10/15 10:49

- che, in particolare, non si può ritenere legittima la contestazione dell'addebito da parte del direttore, né la comminazione della sanzione da parte dello stesso o del consiglio di disciplina (da questo composto), stante che, le misure di sicurezza dovrebbero essere eseguite in strutture non dotate di un direttore facente capo all'amministrazione penitenziaria, bensì di un dirigente medico psichiatra;
- che, ai sensi delle disposizioni richiamate, il personale dell'amministrazione penitenziaria, presente nelle strutture dove sono eseguite le misure di sicurezza del ricovero in OPG e dell'assegnazione ad una casa di cura e custodia, dopo il 31 marzo 2015 ha competenza a svolgere soltanto funzioni di identificazione, immatricolazione, ricostruzione e aggiornamento della posizione giuridica;
- che il personale di polizia penitenziaria, presente nell'OPG, non può svolgere funzioni di sicurezza e sorveglianza interna e dunque, non può dare avvio al procedimento disciplinare;

CONSIDERATO

- che il sottoscritto è stato sottoposto a procedimento disciplinare il _____ a seguito _____
_____
_____
- che il procedimento disciplinare si è concluso con la comminazione da parte _____ della sanzione
_____
- che in ragione di quanto sopra chiarito, la sanzione è illegittima, perché comminata da un'autorità che a norma di legge non dovrebbe essere più preposta a dirigere le strutture ove è eseguita la misura di sicurezza, a seguito di un procedimento che ha avuto origine dall'attività di sorveglianza svolta dal personale di polizia penitenziaria, che a seguito del 31 marzo 2015, non è più competente a svolgere queste funzioni;

CHIEDE

che il Magistrato di sorveglianza, ai sensi dell'art. 35 bis, annulli la sanzione.

_____, lì ___/___/_____

In fede

_____

libro-25col modificato.indd 283 13/10/15 10:49

Gli autori

Biografie

Cesare Bondioli
Psichiatra già Primario, Direttore DSM e docente Università di Siena. Ha diretto la chiusura dell'O.P. di Siena. Responsabile Nazionale Carceri e OPG Psichiatria Democratica.

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
Parlamentare per più legislature si è occupato soprattutto di carcere e diritti. Dal 1996 al 2001 è stato sottosegretario alla Giustizia. Attualmente è Garante dei diritti dei detenuti della Regione Toscana. Fra le sue recenti pubblicazioni: *I volti dell'alienazione*, Palombi Editore, 2014 (curatore insieme a Ivan Novelli).

Vito D'Anza
Psichiatra, è direttore del DSM dell'ASL 3 di Pistoia. Ha lavorato in Piemonte ed a Lucca e attualmente è il portavoce del Forum Nazionale Salute Mentale.

Peppe Dell'Acqua
Psichiatra, è stato per molti anni direttore del Dipartimento di salute mentale di Trieste. Nel 1971 ha cominciato a lavorare con Franco Basaglia nell'ospedale psichiatrico di Trieste e ha partecipato al cambiamento e alla chiusura del manicomio. Dirige la collana 180.
Il dialogo di Marco cavallo è stato scritto con la collaborazione di **Angela Pianca** (psicologa, dirige un distretto sanitario di Trieste), **Luciano Comida** (scrittore di libri per ragazzi per Einaudi) e **Elisa Roson** (attrice e drammaturga).

Rosaria Francica
Avvocato, dal 2014 è borsista per gli uffici del Consiglio Regionale Toscano nell'ambito del Master in Programmazione e Valutazione. Ha discusso una tesi in Diritto penale dal titolo *L'insider trading*.

Francesco Maisto
Presidente del Tribunale di Sorveglianza di Bologna dal 2010, ha svolto funzioni negli uffici giudiziari di Milano e presso il DAP.

libro-25col modificato.indd 284 13/10/15 10:49

Corrado Marcetti
Direttore della Fondazione Giovanni Michelucci, redattore de «La Nuova Città», studioso di architettura delle istituzioni totali. Si interessa della Villa Ambrogiana dal 1988.

Giulia Melani
Laureata in Giurisprudenza e membro dell'Associazione L'Altro Diritto, ha discusso una tesi dal titolo *La funzione degli OPG: aspetti normativi e sociologici*.

Saverio Migliori
Ricercatore presso la Fondazione Giovanni Michelucci e collaboratore del Garante regionale dei diritti dei detenuti della Toscana.

Michele Passione
Avvocato Cassazionista, componente del Tavolo Tematico 13 nel quadro della consultazione «Stati Generali sull'esecuzione penale». Ha fatto parte dell'Osservatorio Carcere UCPI e del Gruppo di Lavoro per il superamento degli Opg presso l'Ufficio Legislativo del Ministero della Giustizia.

Katia Poneti
Dottoressa di ricerca in Teoria e Storia del Diritto, cultrice in Filosofia del Diritto per l'Università di Firenze e lavora presso l'Ufficio del Garante per i diritti dei detenuti della Regione Toscana.

Andrea Pugiotto
Ordinario di Diritto costituzionale presso l'Università di Ferrara. Negli ultimi anni ha svolto attività di studio e ricerca sui problemi correlati alla dimensione costituzionale della pena e della sua esecuzione.

Franco Scarpa
Direttore medico dell'Opg di Montelupo Fiorentino. Dal 2008 direttore UOC «Salute in carcere» USl 11. Coordinatore tavoli regionali per il superamento degli Opg.

Antonella Tuoni
Direttore reggente dell'Opg di Montelupo Fiorentino dal febbraio del 2011. Ha lavorato quale vice direttore e direttore in missione in diversi istituti penitenziari della Toscana.

libro-25col modificato.indd 285 13/10/15 10:49

Finito di stampare
Ottobre 2015

libro-25col modificato.indd 286 13/10/15 10:49