

UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
DI PADOVA

Università degli Studi di Padova

Dipartimento di Diritto Pubblico, Internazionale e Comunitario

SCUOLA DI DOTTORATO DI RICERCA IN GIURISPRUDENZA
INDIRIZZO UNICO
CICLO XXIV

**IL PROBLEMA DEL TRATTAMENTO DELL'INFERMO DI MENTE AUTORE DI FATTO-REATO NEL
DIRITTO PENALE ITALIANO: PROSPETTIVE DI RIFORMA**

Direttore della Scuola: Ch.mo Prof. Roberto E. Kostoris

Supervisore: Ch.mo Prof. Enrico M. Ambrosetti

Dottoranda: Roshanak Bassiri Gharb

Al mai abbastanza compianto maestro

Alessandro Alberto Calvi

INDICE

INTRODUZIONE.....	7
-------------------	---

CAPITOLO PRIMO

EVOLUZIONE STORICA DELLA DISCIPLINA

1. Le basi ideologiche: il dibattito tra Scuola Classica e Positiva.....	17
1.1 Il Codice Zanardelli e il Regio Decreto n.260 del 1/2/1891	25
1.2 La legge manicomiale n.36 del 14/2/1904 e il regolamento di attuazione n.615 del 16/8/1909	33
1.3 La Terza Scuola.....	39
1.4 Il Codice Penale Rocco	41
1.5 I primi passi verso la riforma sanitaria e la legge n.431 del 18/03/1968 (c.d. Legge Mariotti).....	52
1.6 La riforma dell'ordinamento penitenziario: la legge 26/07/1975	59
1.7 La legge n.180 del 13/5/78 c.d. (Legge Basaglia) e la n.833 del 23/12/78 istituzione del SSN	66
1.8 Le sentenze della Corte Costituzionale e la legge n.663 del 10/10/1986 c.d. (Legge Gozzini).....	77

CAPITOLO SECONDO

OPG: UNA MISURA DI SICUREZZA

2.	Il sistema del doppio binario italiano. Critiche	90
2.1	Le diverse tipologie di misure di sicurezza. Il trattamento riservato ai minorenni e ai semimputabili	98
2.2	Ospedale psichiatrico giudiziario: presupposti e funzione.....	106
2.3	Approfondimenti su questioni inerenti il concetto di imputabilità	112
2.4	La pericolosità sociale dell'infermo di mente.....	124
2.5	Le diverse categorie di soggetti ricoverati in OPG	135
2.6	Segue: Problematiche relative ai soggetti abusanti di alcool e sostanze stupefacenti	144

CAPITOLO TERZO

INTERVENTI DELLA CORTE COSTITUZIONALE E

GIURISPRUDENZA DELLA CASSAZIONE

3.	L'entrata in vigore della Costituzione.....	154
3.1	OPG e principio di eguaglianza	159
3.2	OPG e diritto alla salute	166
3.3	OPG e principio rieducativo della pena	173
3.4	Le pronunce in tema di pericolosità presunta.....	179
3.5	Durata e revoca anticipata delle misure di sicurezza	187
3.6	Le misure alternative all'OPG	189
3.7	Ultime pronunce della Corte costituzionale.....	197
3.8	Pronunce della Corte di Cassazione.....	212

CAPITOLO QUARTO

GLI OPG IN UNA PROSPETTIVA DI DIRITTO COMPARATO

4. Premessa.....	230
4.1 C.E.D.U. e Corte Europea dei Diritti dell'Uomo.....	231
4.2 Le relazioni sugli OPG nell'ambito del Consiglio d'Europa.....	239
4.3 Realtà europea contemporanea	244
a) Nord Europa	
b) Paesi anglosassoni	
c) Europa continentale	
d) Paesi Francofoni	
e) Paesi dell'area Mediterranea	
4.4 La Svezia: un caso singolare.....	258
4.5 Il trattamento dei c.d. <i>mentally disordered offenders</i> nell'ordinamento giuridico dell'Inghilterra e del Galles.....	264
4.6 Riepilogo del quadro europeo	277
4.7 Una realtà del Medio Oriente a confronto.....	278

CAPITOLO QUINTO

LA PERIZIA PSICHIATRICA

5. Rapporto tra psichiatria e diritto	284
5.1 La perizia psichiatrica: nozione giuridica	293
5.2 Lo svolgimento della perizia	299
5.3 Valutazione dell'infermità mentale e della pericolosità sociale	307
5.4 L'influenza della perizia sul trattamento dell'infermo sulle decisioni	

del magistrato	316
----------------------	-----

CAPITOLO SESTO

RITRATTO DEGLI OPG IN ITALIA: DATI E STATISTICHE

6. Premessa.....	326
6.1 La popolazione internata:	
età, sesso, grado di scolarità, provenienza geografica	328
6.2 Reati commessi e disturbi psichiatrici rilevati	338
6.3 Rapporti familiari e dati sulla permanenza negli istituti	343
6.4 Gli OPG: strutture, staff, attività, internati, problematiche.....	351
a) Aversa	
b) Barcellona Pozzo di Gotto	
c) Montelupo Fiorentino	
d) Napoli Sant'Eframo	
f) Reggio Emilia	

CAPITOLO SETTIMO

L'OPG DI CASTIGLIONE DELLE STIVIERE

7. Premessa.....	388
7.1 La popolazione dell'OPG di Castiglione di Stiviere.....	390
7.2 La struttura e l'organizzazione interna dell'OPG	400
7.3 Il personale sanitario	402
7.4 Il trattamento e le diverse attività.....	409

7.5 Visite e udienze a Castiglione	416
7.6 Conclusioni	423

CAPITOLO OTTAVO

QUESTIONI IRRISOLTE E PROGETTI DI RIFORMA

8. Imputabilità e infermità: concetti da rivedere	427
8.1 Ridefinizione del concetto di pericolosità.....	431
8.2 Le misure per gli alcolisti e i tossicodipendenti cronici.....	434
8.3 I problemi connessi alla categoria dei semi-infermi	436
8.4 Un nuovo sistema di misure di sicurezza.....	438
8.5 Proposte di riforma.....	445
a) Progetto Pagliaro	
b) Disegno di legge Riz	
c) Progetto Corleone	
d) Proposta di legge Regioni Emilia-Romagna e Toscana	
e) Progetto Grosso	
f) Progetto Nordio	
g) Progetto Pisapia	
8.6 ALLEGATO C al D.P.C.M. 2008 e relative critiche.....	460
8.7 Accordi tra Regioni e Stato a valle del D.P.C.M. 2008:	
Accordo in Conferenza Unificata del 26 novembre 2009.....	469
8.8 Accordi tra Regioni e Stato a valle del D.P.C.M. 2008:	
Accordo in Conferenza Unificata del 13 ottobre 2011 (segue).....	485
8.9 Commissione Parlamentare di Inchiesta sul SSN:	
Relazione sulle condizioni di vita e di cura all'interno degli OPG.....	491

8.10	Stop-OPG e associazioni contro il mantenimento degli OPG in Italia	502
8.11	Disposizioni per il definitivo superamento degli OPG (Art 3-ter della Legge 17 febbraio 2012, n. 9, c.d. “Svuota-carceri”) ..	506
8.12	Decreto del 19 novembre 2012 e Intese del 6 dicembre 2012 ai fini dell’implementazione della c.d. Legge Svuoja Carceri per il definitivo superamento degli OPG	527
8.13	Spunti di riflessione	535
	<u>RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI</u>	538

INTRODUZIONE:

La misura di sicurezza dell'ospedale psichiatrico giudiziario (OPG), noto dalla fine dell'Ottocento come manicomio criminale, rappresenta la risposta dell'ordinamento giuridico penale italiano alla problematica del folle autore di un fatto previsto dalla legge come reato.¹

La nascita, storia, evoluzione e disciplina di questo istituto sono state più volte affrontate e riprese, analizzate e studiate. Motivo di tanto interesse sono state proprio le questioni e le problematiche che ha sollevato questa "istituzione totale"- così definita dal sociologo canadese Erving Goffman nel suo ormai celebre *Asylums*² - ibrido tra manicomio e carcere, senza essere esattamente né l'uno né l'altro, ma qualcosa di diverso e di più di ciascuno di questi, da una loro mera sovrapposizione o combinazione.³

¹ Pur avendo il legislatore previsto, in sede di conversione del decreto legge 22 dicembre 2011, n. 211 - recante interventi urgenti per il contrasto della tensione detentiva determinata dal sovraffollamento delle carceri - l'introduzione dell'art. 3 ter nella legge 17 febbraio 2012, n. 9, avente ad oggetto il definitivo superamento degli OPG, il Codice Penale italiano prevede tutt'ora l'applicazione di questa misura di sicurezza nel caso in cui l'autore del fatto-reato venga giudicato non imputabile e socialmente pericoloso. Si rimanda per gli opportuni approfondimenti sulla portata di tale riforma all'ultimo capitolo del presente lavoro.

² GOFFMAN E., *Asylums: Essays on the Social Situation of Mental Patients and Other Inmates*, Torino, 2001, pagg. 67 e seg.

³ MANACORDA A., *Il manicomio giudiziario*, Bari, 1982, pag. 6 e seg. L'autore ricostruisce, in questa sintetica monografia, un'interessante e schematica analisi dell'istituto, sia da un punto di vista storico-concettuale, sia giuridico-tecnico, assolutamente indispensabile per un quadro chiaro ma al contempo approfondito sulle problematiche della presente tesi.

Eventualmente si consiglia un confronto con un ritratto più recente, come ad esempio LUBERTI L., *Il manicomio criminale*, Torino, 1993, *passim*, testo a carattere autobiografico. Sempre di stampo autobiografico anche BONAZZI A., *Ergastolo azzurro*, Milano, 1970, *passim*.

Del resto, nato all'interno dell'organizzazione penitenziaria e destinato ad accogliere i soggetti detenuti con indubbia presenza di malattia psichica e dalla difficile gestione negli istituti carcerari, il manicomio giudiziario ha più volte seguito nel tempo i flussi e i reflussi culturali derivanti dal mutevole volere socio-politico in materia di trattamento della devianza carceraria e della delinquenza.

Un'analisi attenta ed approfondita del presente argomento di ricerca metterà in luce la complessità delle tematiche che si intrecciano nell'applicazione della sola misura di sicurezza dell'OPG.

Tracciando una breve e sintetica panoramica iniziale, si noterà nel corso del presente lavoro come, tra le molteplici questioni da affrontare inevitabilmente quando si tratta della summenzionata misura di sicurezza, vi siano:

- Il bilanciamento dell'ordinamento tra due diverse e per certi versi opposte esigenze: la difesa sociale della collettività in contrasto con la tutela della salute e il diritto del singolo alla cura ed alla riabilitazione.
- Il principio di legalità e la sempre più spiccata tendenza alla personalizzazione della pena e alla discrezionalità del giudice

Vi sono molti brevi saggi consultabili inerenti alla materia, ma si anticipa fin d'ora che difficilmente essi si soffermano su più di uno o due aspetti specifici del tema in esame. Ad esempio, LUBERTO S. - ZAVATTI P., *Ospedale psichiatrico giudiziario e spazi terapeutici*, in *Rass.it. di crim.*, 1996, pagg.165 e seg.

Oppure, tali testi spesso trattano dell'argomento all'interno di un ambito più vasto quale quello delle misure di sicurezza, vedi a questo proposito tra i vari MUSCO E., *La misura di sicurezza detentiva*, Milano, 1978, *passim*; MANNA A., *Imputabilità e misure di sicurezza*, Padova, 2002, *passim*; e ancora CARACCIOLI I., *I problemi generali delle misure di sicurezza*, Milano, 1970, pagg.203 e seg.

nell'individuazione del trattamento⁴. In particolare quest'ultima tendenza è sfociata nell'enunciazione del principio di flessibilità della disciplina delle misure di sicurezza e, nello specifico, del principio di sussidiarietà dell'OPG.⁵

- La difficile definizione del concetto di pericolosità sociale e il sistema delle presunzioni nel codice Rocco.⁶

⁴ Vedi in relazione alla sentenza della Corte Costituzionale n.253 del 18 luglio 2003, FAMIGLIETTI A., *Verso il superamento della "pena manicomiale"*, in *Giur.Cost.* 2003, pagg.2118 e seg. e PAVONE M., *La norma sul ricovero ospedaliero psichiatrico giudiziario*, www.criminologia.it, 2003.

⁵ Vedi in relazione alla sentenza della Corte Costituzionale n. 208 del 9 luglio 2009, MODUGNO F. *Inammissibilità della quaestio legitimitatis per omessa interpretazione costituzionalmente conforme e bilanciamento in concreto di diverse esigenze costituzionali*, in *Giur.Cost.*, 2009, 4, pagg. 2405 e seg e RESCIGNO G.U., *Del preteso principio 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*, in *Giur. cost.*, 2009, 4, pagg. 2412 e seg.

⁶ In tema: CARRIERI F. - GRECO O. - CATANESI R., *Malattia mentale, imputabilità e pericolosità sociale*, in: CANEPA G. - MARUGO M.I., *Imputabilità e trattamento del malato di mente autore di reato*, Padova, 1995, pagg. 67 e seg. Gli autori offrono una visione sintetica e per punti del problema, sia in chiave storica che dottrina, allegando nell'appendice anche un interessante questionario che evidenzia le risposte e i punti di vista, non degli specialisti del campo, ma bensì dell'opinione pubblica.

Ne dissertano invero anche GRECO O. - CATANESI R., *Malattia mentale e giustizia penale, la percezione sociale della malattia mentale e della pericolosità del malato di mente*, in *Medicina Legale, Criminologia e Deontologia.*, Milano, 1988, *passim* utile per un confronto tra mondo del Diritto e quello della Medicina. Vedi anche MERZAGORA BETSOS I., *Imputabilità e pericolosità sociale*, in MANNA A., *op.cit.*, pagg.112 e seg. e della stessa autrice anche *Lezioni di Criminologia*, Padova, 2001, pagg.198 e seg. ed, infine, sull'argomento si è espresso anche MANTOVANI F., in *Criminologia e responsabilità morale*, Padova, 1990, pagg.93 e seg. a cura di MERZAGORA B. e CERETTI A., tracciando una puntuale categorizzazione del Diritto penale in quello del "privilegio", della "oppressione" e infine della "libertà"; tale differenziazione risultando poi collegata a sua volta con la

- L'imputabilità come contenitore astratto di diversi orientamenti dottrinali e la sua relatività in rapporto ai diversi ordinamenti.⁷
- L'irrisolta questione dei manicomi e dei malati mentali necessitanti cura senza aver commesso fatti penalmente rilevanti.⁸

relativa suddivisione in “Diritto penale della responsabilità morale”, “Diritto della pericolosità sociale” e “Diritto penale-misto”. Il Mantovani dà quindi una lettura di più ampio respiro teorico alla problematica delle presunzioni, mettendo altresì in luce come scelte di politica penale possano avere dei risvolti sulla disciplina normativa più specifica.

Sul tema della pericolosità anche mirabili autori, vedi: VASSALLI G., *Scritti giuridici*, 1997, pagg. 1720 e seg., il quale ha via via commentato le sentenze della Corte Costituzionale che hanno contribuito a eliminare, lungo il corso degli anni, il sistema delle presunzioni dall'ordinamento penale italiano. Così pure MANACORDA A., *Infermità mentale, custodia e cura alla luce della recente giurisprudenza*, in *Foro It.*, Parte I, I, 1983, pagg. 294 e seg. FALZONE E., *Brevi note in tema di legittimità costituzionale della pericolosità presunta*, in *Giur. Cost.* 1972, pag. 1205 e seg. PACE A., *Misure di sicurezza e pericolosità sociale presunta*, in *Giur. Cost.*, 1966, pagg. 191 e seg.

⁷ BERTOLINO M., *L'imputabilità e il vizio di mente nel sistema penale*, Milano, 1990, pagg. 151 e seg. L'autrice sviluppa, in modo puntuale e approfondito, lo studio dei diversi ordinamenti penali in relazione alla problematica dell'imputabilità nei singoli Paesi europei. Particolarmente interessante risulta il quadro tracciato sulla realtà Svedese fonte di riflessione e comparazione in vista di future riforme.

Così anche BANDINI T. - LAGAZZI M., *Le basi normative e le prospettive della perizia psichiatrica nella realtà europea contemporanea: l'imputabilità del sofferente psichico autore di reato*, in CERETTI A. - MERZAGORA I., *Questioni sull'imputabilità*, Padova, 1994, pagg. 65 e seg. i quali evidenziano, seppure meno ampiamente della Bertolino, i dibattiti sull'accertamento della pericolosità e dell'imputabilità in prospettiva comparatistica. La lettura degli autori è, si avverte sin da ora, più di stampo psichiatrico che forense.

Estremamente utile il testo di MANNA A., *L'Imputabilità e i nuovi modelli di sanzione*, Torino, 1997, pagg. 59 e seg. Oltre a dare una sistematizzazione ai dilemmi della pericolosità, dell'imputabilità e delle prospettive di riforma in materia, l'autore si sofferma a fondo sugli Istituti di Terapia Sociale non solo in Europa ma anche negli USA.

⁸ CANOSA R., *Storia del manicomio in Italia dall'Unità d'Italia ad oggi*, Milano, 1990, pagg. 10 e seg. Nella monografia sono presenti anche riferimenti e confronti tra

manicomio civile e quello criminale. Vengono inoltre riportati passaggi di dibattiti parlamentari, relazioni dei ministri e commenti dei principali protagonisti dell'evoluzione degli istituti, permettendo così al lettore un'analisi quasi storiografica delle fonti. Lo studio dei diversi passaggi della disciplina, in rapporto alla realtà del tempo, rende molto più vive e comprensibili tutte le problematiche annesse, non solo ora, ma fin dal momento in cui esse sono sorte.

In tema anche SCARTABELLATI A., *L'umanità inutile. La questione follia in Italia tra fine Ottocento e inizio Novecento e il caso del Manicomio Provinciale di Cremona*, Milano, 2001, pagg.17 e seg. Testo questo più specifico in materia di manicomi civili.

Segnaliamo a fini di completezza che è attualmente al vaglio della Camera dei Deputati il testo al 29 luglio 2010 della proposta di Testo Unificato recante *Disposizioni in Materia di Assistenza Psichiatrica* presentata dall'On. Carlo Ciccio. Il testo è disponibile su http://www.pol-it.org/ital/testo_Ciccioi.rtf.

Approvata il 17 maggio 2012 dalla Commissione Affari Sociali della Camera, la proposta andrebbe a modificare e integrare la legge 180 del 1978, la cosiddetta Legge Basaglia.

Tra le varie novità, il testo prevede all'articolo 3 comma 7 che il trattamento sanitario obbligatorio (TSO) per malattia mentale assuma la definizione di trattamento sanitario necessario (TSN). Il TSN, in particolare, non prevede il consenso del paziente e ha una durata di ventuno giorni, invece dei sette attualmente previsti per il TSO. Le condizioni che ne hanno causato la necessità devono essere verificate per iscritto dopo dieci giorni, in caso contrario si determinerà l'interruzione del TSN. Il paziente può sottoporvisi in ospedale, in strutture messe a disposizione dalle amministrazioni locali o anche a casa, se le condizioni lo permettono. Al termine dei 21 giorni questo trattamento può essere prolungato per ulteriori 21 giorni e, "ove necessario, ulteriormente". Infatti non è specificato esattamente fino a quando. Si trasforma nel Trattamento Sanitario Necessario Extraospedaliero, eventualità regolata dall'articolo 3 comma 11 della proposta e la cui durata è di sei mesi, prolungabili a dodici a discrezione dello psichiatra. In realtà la proposta di legge non specifica che il trattamento non risulterà ulteriormente rinnovabile, quindi è possibile che si instauri in questo modo un ciclo in cui il paziente è trattenuto indefinitamente.

Altro punto critico è nell'articolo 8 ove si prevede che, nei casi in cui la convivenza con il paziente comporti rischi per la sua incolumità fisica o dei suoi familiari, il DSM, in collaborazione con i servizi sociali del comune di residenza del malato, deve trovare una soluzione residenziale idonea alle esigenze della persona malata. Vedi tra i vari commenti critici alla proposta di Testo Unificato quello di CECCONI S. – COZZA M., *Le osservazioni sul DDL Ciccioi*, su <http://www.news-forumsalutementale.it/le-osservazioni-sul-ddl-ciccioi-di-s-ccconi-e-m-cozza>

- L'inadeguatezza dell'OPG come misura riservata a situazioni del tutto specifiche come quelle del minore, del tossicodipendente, del semi-infermo, dell'ubriaco cronico.⁹
- La collaborazione ancora *in itinere* tra mondo del diritto, della psichiatria e della criminologia. Il ruolo del perito.¹⁰

⁹ Sulla questione della differenziazione della misura di sicurezza, in relazione alle diverse tipologie di non imputabili - quali il minore, il tossicodipendente e l'ubriaco cronico - anche in prospettiva di denuncia e riforma vedi MANNA A., *op.cit.*, pagg.169 e seg. tra l'altro il testo offre anche la possibilità di effettuare una comparazione tra diversi ordinamenti giudiziari.

¹⁰ FORNARI U., *Trattato di psichiatria forense*, Torino, 2004, pagg. 85 e seg. Senz'altro indispensabile per uno sguardo sulle questioni presenti dal punto di vista della psichiatria, e quella del perito in particolare. Si consigliano ai fini del presente studio i passaggi riguardanti il ruolo del perito nel processo e in relazione alla determinazione dell'imputabilità, la pericolosità sociale e la determinazione della tipologia delle misure di sicurezza.

Utili anche BERTOLINO M., *op. cit.*, 1990, *passim* per una visione globale e comparatistica, inoltre FERRIO C., *Psichiatria clinica e forense*, Torino, 1970, pagg.2170 e seg. e infine MANACORDA A, *Perizia psichiatrica e misure di sicurezza*, Mantova, 1980, pagg. 127 e seg.

Precisi e in tema due saggi all'interno di CANEPA G. - MARUGO M.I, *op.cit.*. Il primo di DE FAZIO F. - LUBERTO S., *La prassi della perizia psichiatrica*, cit., pagg. 107 e seg. delinea il ruolo sempre più emergente della perizia psichiatrica nel processo penale, in una prospettiva di collaborazione tra perito e magistrato, nonostante difficoltà e problematiche del caso. Il Secondo di INTRONA F. - TANTALO M., *Pareri peritali e trattamento del malato di mente autore di reato*, pagg. 165 e seg., meno concettuale del primo, si occupa prettamente del ruolo della perizia in relazione al dato normativo, di cui espone i diversi passaggi storici, chiarendo l'attuale disciplina.

Vedi anche MANNA A., *Diritto penale e psichiatria di fronte alla malattia mentale*, in *Rass.it. di crim.*, 2000, pagg. 327 e seg. il quale partendo da tre casi giudiziari mette in luce le divergenze tra diritto penale e psichiatria e le recenti oscillazioni giurisprudenziali. L'autore cerca, inoltre, di offrire soluzioni di convergenza tra i due ambiti, in relazione a tre delle problematiche trattate: a) Il nesso eziologico fra

- Confronto tra le varie proposte di riforma della disciplina normativa rilevante, disamina delle confliggenti posizioni dottrinali e giurisprudenziali e analisi comparatistica degli ordinamenti d'oltralpe.¹¹

Anticipiamo inoltre che la normativa in materia per lungo tempo non ha subito rivoluzionarie modifiche e alterazioni, almeno fino all'approvazione in Parlamento di due diversi testi legislativi, a distanza di quasi 25 anni.

infermità di mente e fatto di reato. b) La sostituzione del concetto di “pericolosità sociale” con quello del “bisogno di trattamento” c) La sostituzione delle misure di sicurezza per gli infermi di mente con nuove misure di “miglioramento e sicurezza”. Egli realizza così l'importanza di una collaborazione salda e stabile tra diritto penale e psichiatria ai fini di una risocializzazione e reintegrazione del'infermo nella società civile.

¹¹ In un tentativo di confronto tra le diverse aree vedi BERTOLINO M., *op. cit.*, pagg. 660 e seg. che riepilogando l'intero materiale preso in visione nei diversi ambiti e Ordinamenti europei, tenta di suggerire interventi di riforma puntuali e specifici, partendo da dati nosografici e normativi. Così pure MANNA A., *op.cit.*, 1997, pagg. 191 e seg. che distingue tra modello abolizionista e quello riformista e propone soluzioni a tutte le diverse categorie di soggetti oggi ricoverate in OPG. Per un punto di vista diverso: MANACORDA A., *op.cit.*, pagg. 200 e seg. seppure in una visione meno ottimistica e più scettica. Meno approfondita ma altrettanto negativa l'analisi di PETRINI D., *La prevenzione inutile*, Napoli, 1996, pagg. 284 e seg.

In tema FIORAVANTI L., *Nuove prospettive di riforma del trattamento penale del sofferente psichico. A proposito del recente schema di disegno di legge delega per l'emanazione di un nuovo Codice Penale* in BANDINI T. - LAGAZZI M., *La tutela giuridica del sofferente psichico: stato attuale e prospettive della riforma*, Milano, 1993, pagg. 389 e seg. L'autrice segna i profili della questione del trattamento dell'infermo di mente, riafferma la necessità di un regime speciale per il sofferente psichico reo e infine commenta la proposta di legge Vassalli-Pagliaro.

Infine GATTI U., *L' accertamento della imputabilità e della pericolosità sociale in alcuni Paesi europei*, in CANEPA G. - MARUGO M.I., *op.cit.*, pagg. 54 e seg., il quale chiarisce i complessi rapporti tra psicologia e giustizia e li analizza nei diversi paesi europei.

La prima scossa conseguì all'emanazione, il 13 maggio 1978, della cosiddetta "Legge Basaglia" rubricata "Norme per gli accertamenti e i trattamenti sanitari volontari e obbligatori". Tale fondamentale, quanto discussa, riforma decretò la volontarietà del trattamento delle malattie mentali, limitando le terapie coercitive a pochi e residuali casi, in cui fossero presenti i presupposti per l'applicazione del Trattamento Sanitario Obbligatorio, in sigla TSO.¹²

La seconda, più recente e prevedibile, è consistita nella norma recentemente approvata nel contesto della conversione in legge del decreto legge 22 dicembre 2011, n. 211 (la cosiddetta "Svuota Carceri"). L'articolo 3-ter della Legge 17 febbraio 2012, n. 9, avente ad oggetto le "Disposizioni per il definitivo superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari", ha decretato quale termine per il completamento del processo di superamento degli OPG - come del resto già previsto dall'allegato C del decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 1° aprile 2008 e dai conseguenti accordi sanciti dalla Conferenza unificata ai sensi dell'articolo 9 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, nelle sedute del 20 novembre 2008, 26 novembre 2009 e 13 ottobre 2011 - l'utopistica (per non dire inarrivabile) data del 30 marzo 2013.

Tale intervento è, in realtà, seguito ad un lungo periodo di stasi normativa, ove il legislatore si è limitato a pochi ed estemporanei interventi. Particolarmente attiva è stata, invece, nel corso degli anni la Corte Costituzionale che ha offerto un notevole apporto all'assetto normativo in materia: inizialmente in modo semplicemente monitorio e cauto, poi,

¹² BASAGLIA F., *L'istituzione negata, rapporto da un ospedale psichiatrico*, Milano, 1998, pagg. 23 e seg.

soprattutto grazie alle sue più recenti statuizioni, in maniera considerevole, e a volte non decisiva. La summenzionata Corte è così venuta a creare nuovi spazi di riflessione, ispirando anche diversi progetti di riforma, sfociati appunto nella recente norma di superamento degli OPG. Ma ancor prima di quest'ultimo intervento, la Corte Costituzionale ha operato sia con revisioni specifiche ed immediate della normativa, sia con proposte di modifica al Codice Penale, fino ad instillare nel legislatore i concetti sottesi all'Allegato C al DPCM 19 Marzo 2008 "Linee di indirizzo per gli interventi negli ospedali psichiatrici giudiziari (OPG) e nelle case di cura e custodia", citato appunto nel predetto art. 3-ter della legge 9 del 17 febbraio 2012.¹³

C'è da dire che, oltre che all'influenza decisiva esercitata dalla Corte Costituzionale, tale ultimo intervento del legislatore è stato frutto di alcune importanti ricerche e relazioni portate all'attenzione dei media e dell'opinione pubblica che hanno preceduto l'emanazione di tale atto normativo. Ci riferiamo in particolare alla Relazione del Consiglio d'Europa, pubblicata il 20 aprile 2010, che ha riconosciuto le scadenti condizioni degli ospedali psichiatrici giudiziari in Italia e le pessime condizioni di degenza degli internati, e alla eclatante indagine svolta alla Commissione d'Inchiesta del Senato sull'efficacia ed efficienza del Servizio Sanitario Nazionale, presieduta dal senatore Ignazio Marino, i cui filmati e reportage realizzati senza preavviso nei sei OPG presenti sul territorio italiano, sono stati diffusi sulle principali reti pubbliche scatenando l'indignazione generale.

Rifletteremo infine sui dati inerenti alla popolazione delle sei strutture presenti sul territorio italiano, con particolare attenzione alle caratteristiche della stessa (origine, età, cultura media, malattie diagnosticate), alle strutture

¹³Per il testo completo del decreto: www.ministerosalute.it/saluteMentale/

in cui tali soggetti sono attualmente internati (staff, servizio sanitario, volontari) e ai trattamenti ad essi riservati (vita quotidiana, particolari terapie adottate, lavoro) ed infine sull'esperienza delle visite effettuate, in collaborazione con il Seminario di Diritto Penale, l'Istituto di Medicina Legale dell'Università degli Studi di Padova e la Camera Penale di Milano, in uno degli istituti maggiormente vivibili tra gli OPG presenti sul territorio italiano, quello di Castiglione delle Stiviere, nel Mantovano.

CAPITOLO PRIMO

EVOLUZIONE STORICA DELLA DISCIPLINA

1. Le basi ideologiche e dibattiti dottrinali

Al fine di comprendere appieno l'origine e le motivazioni che hanno portato alla nascita del codice penale vigente, appare indispensabile ripercorrere storicamente il dibattito dottrinale che contrappose gli esponenti della Scuola Classica a quelli della Scuola Positiva e che rappresentò l'*humus* dal quale trassero origine le misure di sicurezza.¹⁴

La Seconda metà dell'Ottocento vide accendersi un notevole interesse della neonata scienza criminologica italiana verso un diritto penale incentrato sulla figura dell'autore del reato. Tale concezione privilegiava, ai fini della definizione della normativa in materia e dei principi ispiratori di questa, uno studio della psiche e dei fattori determinanti l'azione del reo, a scapito in parte del fatto illecito stesso.¹⁵ Vi fu a tal proposito una notevole diatriba in materia fra le due principali correnti di pensiero della Scuola Classica e quella Positiva, alle quali venne invero ad affiancarsi, in un momento successivo,

¹⁴ Per un approfondimento vedi BETTIOL G., *Diritto penale*, Padova, 1982, pagg.19 e seg. Il mai abbastanza compianto Maestro del diritto penale italiano traccia nel suo saggio un sintetico, ma al contempo esauriente, quadro del dibattito filosofico-politico, presente all'epoca tra le due principali Scuole di pensiero. Inoltre consente di coglierne anche gli ulteriori risvolti al momento dell'emanazione dei codici Zanardelli in un primo momento e quello Rocco in un secondo.

¹⁵ MANTOVANI F., *Diritto Penale*, Padova, 2007, pagg. 583 e seg.

l'elaborazione di una Terza Scuola, detta anche Scuola Eclettica o Tecnico-Giuridica.¹⁶

Nell'ambito della politica criminale, la prima tra queste, vantante la diretta discendenza dal patrimonio giuridico romano ed ispirata ai principi del pensiero liberale, assumeva come cardine ideologico quello dell'uomo dotato di libero arbitrio e pertanto pienamente responsabile dei propri atti. L'uomo veniva ritenuto capace di operare le proprie scelte in maniera conscia, volontaria ed autonoma. Tutto ciò con la diretta conseguenza, nell'ambito del diritto penale, di un rigoroso rapporto tra grado della colpevolezza e misura della pena.

Tre furono, in sostanza, i principi fondamentali alla base di tale teoria: la "volontà colpevole", l'imputabilità e la "retribuzione".¹⁷ Concezione basata sul "sistema tariffario", tale dottrina prescindeva ovviamente da qualsiasi considerazione relativa a motivazioni socio-ambientali o alla personalità del reo, al quale veniva attribuita un'ideale ed assoluta libertà nella scelta delle proprie azioni. L'imputato risultava quindi costantemente e pienamente responsabile dei propri atti, senza la previsione di una qualsivoglia forma di condizionamento che potesse interferire nel suo agire. Ovviamente, tale ideologia, pur presentando notevoli pregi – tra cui la

In tema anche: NUVOLONE P., *Delitto e pena nel pensiero di G.B. Romagnosi*, in *Trent'anni di dir. e proc. Pen.*, vol.I, Milano, 1969, pagg.350 e seg. , CAVANNA A., *La codificazione penale in Italia. Le origini lombarde*, Milano,1975, pagg.270 e seg. Per un sintetico quadro delle tre Scuole: VINCIGUERRA S., *Dir.Pen.*, Padova, 1999, pagg. 255 e seg.; e pure GROSSO C. F., *Le grandi correnti del pensiero penalistico tra Ottocento e Novecento, Storia d'Italia.*, in VIOLANTE L., *La criminalità*, Torino, 1997, *passim*.

¹⁷ GRECO O. - CATANESI R., *Malattia mentale e giustizia penale*, Milano, 1988, pagg.23 e ss.

razionalizzazione e legalizzazione del sistema penale, si prestava a numerose critiche, fra cui l'eccessiva astrattezza dei principii ispiratori, primo fra tutti la poco realistica definizione del soggetto come assolutamente libero, la scarsa elasticità e varietà di strumenti per la prevenzione della criminalità e, senza dubbio, la parca attenzione rivolta a rieducazione e reinserimento del soggetto nella società.¹⁸ Non era prevista infatti, in tale prospettiva, né alcuna misura riabilitativo-sociale, né alcuna misura di controllo sociale, risultando le stesse inconcepibili per la mancanza dei presupposti fondamentali.

Fu anche in base a tali valutazioni che venne ad affermarsi la dottrina elaborata dalla Scuola Positiva nel Secondo Ottocento.¹⁹ Questa, che vedeva tra i suoi principali fondatori l'eccelsa figura di Cesare Lombroso – il suo “Uomo delinquente” del 1876 segnò la nascita stessa dell'antropologia criminale – affermava il primato del modello psichiatrico su quello giuridico-normativo e privilegiava una concezione patologistica e deterministica del criminale.²⁰

¹⁸ Sulla presenza solamente sporadica e eccezionale di ipotesi di provvedimenti a carattere preventivo vedi CARACCIOLI I., *I problemi generali delle misure di sicurezza*, Milano, 1970, pagg.1 e seg.

¹⁹ Copiosa la letteratura in materia. Vedi tra gli altri: GRISPISGNI F., *Dir.pen.*, Milano, 1947, pagg. 72 e seg.; FLORIAN E., *La parte generale del diritto penale*, Milano, 1934, pagg. 23 e seg.; FROSALI R.A., *Sistema penale italiano*, Torino, 1959, vol. I, pagg. 34 e seg.; PETROCELLI B., *Principi di diritto penale*, vol. I, Napoli, 1955, pagg. 71 e seg.

²⁰ Si consiglia una lettura diretta del LOMBROSO C., *L'uomo delinquente*, Torino, 1897, *passim*. Sempre del LOMBROSO C., *Sull'istituzione dei manicomi criminali in Italia* in *Rendiconti del R. Istituto Lombardo di scienze, lettere e arti*, Milano, 1872, vol.5. pagg. 72 e seg. Per una rivalutazione moderna di Lombroso: LATTES M., *Cesare Lombroso e la sua opera*, in *La Scuola Positiva*, Milano, 1959, pagg. 495 e seg. PONTI G., *Il significato attuale dell'antropologia criminale e le sue utilizzazioni penitenziarie*, in *Giustizia e società*, Roma, 1965, pagg. 116 e seg. Inoltre

Nell'ambito dell'indirizzo sociologico, invece, taluni inneggiavano al cosiddetto determinismo sociale, mentre Lombroso ne teorizzava uno di stampo biologico.²¹ Tale orientamento sosteneva poi l'equivalenza dell'uomo delinquente e di quello nato pazzo, riconoscibile per determinate caratteristiche somatiche correlate a deformità mentali. Nasceva così lo stereotipo del "delinquente nato", come lo definì Ferri, inteso quale soggetto più simile ad un essere primitivo, piuttosto che umano e caratterizzato da una condotta violenta, sproporzionata e incontrollabile.²² Il determinismo di Lombroso portava così inevitabilmente alla negazione del libero arbitrio e della volontà individuale, in posizione diametralmente opposta rispetto alla Scuola Classica. In tal modo, nell'ambito giuridico si sostituiva al principio

MANTOVANI F., *op.cit.*, pagg. 599 e seg. Ancorato alle teorie delle scienze naturali dell'epoca, Lombroso attraverso lo studio "antropometrico" di molti delinquenti sostenne nella sopraccitata opera *L'uomo delinquente*, la nota teoria del c.d. *delinquente nato* ed incorreggibile. Trattasi di un tipo antropologico di individuo che, per le sue anomalie congenite, sarebbe fatalmente portato al delitto, indipendentemente dalle condizioni ambientali, ed esteriormente riconoscibile per particolari *stimmate* degenerative anatomiche e particolari condizioni psicologiche. Egli riconosce in particolare l'esistenza del delinquente folle. Merito di Lombroso è aver esteso i metodi della ricerca scientifica allo studio dell'uomo autore di reato, e viene considerato il padre dell'Antropologia criminale.

²¹ Per un'originale ma altrettanto discussa lettura del Positivismo in chiave socialista vedi PORZIO L., *Sistemi punitivi e ideologie*, Napoli, 1965, pagg. 20 e seg. In materia intervenuti anche FERRI E., *Socialismo e criminalità*, Torino, 1883, *passim.*; in polemica con TURATI F., *Il delitto e la questione sociale*, Bologna, 1889, *passim.* Infine GUERRINI P., *Socialismo giuridico e diritto penale*, in *Politica del diritto*, 1974, pagg. 431 e seg.

²²Sul pensiero di Ferri vedi: GRISPIGNI F., *Enrico Ferri e la Scuola Positiva*, in *Riv.pen.*, 1940, pagg.907 e seg..

della “responsabilità morale” quello della “responsabilità sociale”, al principio della punizione quello del controllo e della difesa sociale.

I socialmente pericolosi dovevano così essere sottoposti alla misura di sicurezza del manicomio criminale, invece che alla pena, con durata spesso indeterminata, in base alla loro perdurante pericolosità. In sintesi, secondo la concezione positivista, il delitto costituiva il risultato di una predisposizione di forze determinanti insite nell’individuo e la pena doveva quindi essere la misura di difesa sociale commisurata alla pericolosità del reo.²³

Certo, non possono venire disconosciuti i grandi meriti della Scuola Positiva per aver riportato l’uomo al centro dell’attenzione del diritto penale ed aver altresì sottolineato il ruolo che un complesso intreccio di fattori psico-fisici può avere nella genesi di un comportamento e, soprattutto, per aver posto le basi per un trattamento personalizzato del reo. Ma bisogna al contempo criticare le inaccettabili generalizzazioni deterministiche di tale orientamento, che metteva in discussione i fondamentali principi di legalità e certezza giuridica, aprendo una porta verso pericolose ipotesi. Infatti, attribuendo maggior rilevanza alla pericolosità piuttosto che al reato, la misura di sicurezza poteva così essere applicata per un tempo indeterminato, ovvero fintantoché perdurava la pericolosità sociale dell’individuo.

Tale azzardata visione si accentuava nel caso dei malati di mente, laddove l’equazione follia = pericolosità veniva considerata, nella maggior parte dei casi, scontata. E tenuto conto di tali premesse, si può ben intuire, già

²³ RIZ R., *Lineamenti di Diritto penale*, Padova, 2006, pagg.7. In tema vedi anche MANTOVANI F., *op.cit.*, pagg. 581 e seg. L’autore dedica un intero capitolo alla problematica della personalità dell’autore, secondo grande pilastro della scienza penale moderna. All’interno di esso si occupa invero della storia del diritto penale, tracciando le principali caratteristiche dei tre grandi orientamenti o offrendo anche letture alternative di tale tematica.

da ora, quali possano essere stati i risvolti cui le teorie lombrosiane hanno condotto.

Ne è esempio uno dei primi atti relativi alla istituzione dei manicomi criminali, una circolare del giugno 1872 inviata dal Ministro dell'interno ai prefetti e da questi inoltrata ai direttori dei manicomi, che riportiamo qui di seguito:

“All’evenienza di qualche fatto che recar potesse dispiacevoli conseguenze per l’ordine, la disciplina, lo stato igienico e la sicurezza interna delle case penali del regno, essendo sorto il dubbio se non convenga aprire uno o più reclusorii per concentrare in essi ogni condannato riconosciuto affetto da alienazione mentale, o gravemente indiziato di esserlo a giudizio degli ufficiali sanitari governativi addetti ai diversi stabilimenti penali del regno, il sottoscritto, d’incarico del ministro dell’interno, prega la SV Ill.ma che si degnamente dirige questo manicomio, di volergli far conoscere con apposita relazione di che distribuzione e di quali altri specialità dovrebbe andar munito un locale da destinarsi così utilmente alla cura dei delinquenti alienati, o furiosi, o melanconici, od idioti, o affetti da altre malattie atte ad intaccare le facoltà mentali, tenuto conto delle separazioni necessarie, per qualunque sorta di detenzione nei sessi, nell’età e nei diversi gradi della malattia...”²⁴.

²⁴ SPIRITO U., *Storia del diritto penale italiano*, Torino, 1974, pagg. 119 e seg.

Dello stesso anno riportiamo ora uno scritto di Cesare Lombroso nel quale egli riaffermava la imprescindibile necessità dei manicomi criminali nei quali avrebbero dovuto essere custoditi:

“1) Tutti i servi di pena impazziti, e con tendenze pericolose, incendiarie, omicide e ed oscene, dopo trascorso lo stadio acuto del male.

2) Tutti gli alienati che per tendenze omicide, incendiarie, pederastiche ecc. venissero sottoposti ad inquisizione giudiziaria, restata sospesa per la riconosciuta alienazione.

3) Tutti quegli imputati di crimini strani, atroci, senza un movente chiaro, o con un movente sproporzionato al delitto.

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

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

carcerario. Gli individui riconosciuti abitualmente pericolosi, e già sottoposti a vari processi, non potranno essere dimessi mai; gli alienati a follia istantanea, od intermittente, che offrano segni di perfetta guarigione, saranno segnalati per la dimissione dopo uno o due anni di osservazione, ma sottoposti, dopo la loro uscita, a visite mediche mensili per molti anni di seguito.”²⁵

Le stesse tesi venivano poi fatte proprie dalla medicina contemporanea, riproponendo, a volte anche letteralmente, le tesi lombrosiane, come fece del resto il noto psichiatra italiano Augusto Tamburini.²⁶

²⁵ CANOSA R., *op.cit.*, pag. 137. Canosa, come già anticipato, si è occupato di descrivere accuratamente l'istituzione dei manicomi criminali e le questioni sorte su quali categorie di persone rinchiudervi, riportando passo passo i dibattiti parlamentari e le opinioni degli esperti.

²⁶ TAMBURINI A., *I manicomi criminali*, in *Rivista di discipline carcerarie*, 1873, pagg. 35 e seg. Reputato il padre della psichiatria italiana, il Tamburini appoggiava in pieno le teorie del Lombroso. Insisteva in particolare per il ricovero nei manicomi criminali non solo dei delinquenti impazziti in una fase successiva alla commissione del fatto altrimenti considerato reato, ma anche di coloro che fossero già riconosciuti pazzi al momento del comportamento criminale. Citiamo un passo in particolare del suo lavoro: “...perché si domanda appunto l'istituzione del manicomio criminale? Principalmente per togliere dai manicomi comuni gli esseri più pericolosi.[...] non si intacca così alcun diritto poiché non colpisce che dei malati di mente, poiché non colpisce che uomini cui un esame imparziale finirebbe col dichiarare irresponsabili delle loro azioni. Non è un diritto della società di difendersene, il porli fuori della possibilità di nuocere? Non è in essa un dovere di provvedere alla loro cura? E non rilasciandoli che quando la guarigione, per lunghissima esperienza, non lasciasse più alcun dubbio, si verrebbe ad aver liberata la società nella sfera del possibile da una classe che costituisce, secondo una felice espressione del psichiatra di Pavia, “un focolaio attivissimo d'infezione sociale”.”

Ad ogni modo, mentre le diatribe e i dibattiti parlamentari - su cui in questa sede non ci dilunghiamo - si protraevano, compariva all'interno dell'amministrazione penitenziaria la Sezione per maniaci presso la casa penale per invalidi di Aversa. Fu così che nel 1876 nasceva, come sezione di un carcere, il primo manicomio giudiziario italiano, senza che alcuna legge lo avesse deliberato, promosso semplicemente da un atto amministrativo. La realtà richiedeva evidentemente soluzioni immediate che la teoria, e le molteplici sfaccettature delle problematiche sottese, non avevano permesso ancora di trovare.

C'erano stati, difatti, diversi progetti di legge che si occupavano della presente tematica, ma nessuno di questi, né quello di Nicotera del 1877, né quello di Depretis del 1881 e 1884, né infine quello di Crispi e Giolitti avevano trovato nel frattempo seguito in Parlamento.²⁷

1.1 Il Codice Zanardelli e il Regio Decreto n.260 del 1/2/1891

Lo stesso trattamento inconcludente non venne invero riservato al Progetto Zanardelli del 1887, che, ampiamente discusso, divenne poi realtà giuridica come primo codice post-unitario italiano.²⁸

Così come presentato, esso disponeva nel suo art.47:

²⁷ DEGL'INNOCENTI F., *La funzione del Manicomio criminale in Italia*, in *Riv. Sper. di Fren*, vol. CXIII, n. 5, 1989, pagg. 1218-1235.

²⁸ GRECO O. - CATANESI R., *op.cit.*, pagg. 36 e seg. Vedi per un approfondimento sul codice: ROMANO V.M., *Commentario sistematico del codice penale*, vol. I, Milano, 1995, pag. 3 e seg.; DOLCINI E., *Codice penale*, in *Digesto discipline penalistiche*, vol.II, Torino, 1988, pagg. 276 e seg.; VASSALLI G., *Codice penale*, in *Enciclopedia del diritto*, vol.III, Milano 1960, pagg. 268 e seg..

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

Lo stesso ministro Zanardelli accompagnava il progetto con una relazione. In essa affermava la ormai ineludibile istituzione dei manicomi criminali e al contempo l’utilità di ricoverarvi soggetti affetti da condizioni di particolare gravità, bastando altrimenti la cura in un manicomio comune, oppure, in caso di completo rinsavimento, la semplice rimessa in libertà. Egli riservava la responsabilità di disporre il relativo provvedimento di ricovero ai magistrati che, affidando il soggetto alle autorità competenti, assegnavano a queste il potere-dovere di regolare i modi e la durata del ricovero in manicomio.²⁹

Ma ad una posizione, per così dire liberale, si opponevano durante i lavori parlamentari la maggior parte degli onorevoli, che in particolar modo criticavano l’eccessivo potere concesso al giudice, non ritenuto all’altezza di un compito tecnico preferibilmente riservabile direttamente all’autorità sanitaria. Addirittura Enrico Ferri, illustre rappresentante della Scuola Positiva, privilegiava il diritto di difesa della società rispetto a quello garantista per la libertà del singolo, sostenendo la necessità dell’assegnazione al manicomio criminale, non come facoltà del magistrato, ma come obbligo

²⁹ FORNARI U., *Irresistibile impulso e responsabilità penale: aspetti normativi*, in *Rivista Sperimentale di Freniatria*, vol. CXII, n. 1, 1988, pagg. 43-85.

legale per “*garantire la società dal delinquente pazzo o pericoloso che viene assolto.*”³⁰

Nel 1889 veniva infine approvato il progetto Zanardelli, primo codice del Regno d'Italia ed in gran parte coerente con le istanze della Scuola Classica. Ma, contrariamente alle aspettative, alla fine non vi trovava alcuna menzione il manicomio criminale, seppure fosse stato in un modo o nell'altro ritenuto come unica via ormai percorribile dall'opinione generalmente espressa. Veniva, invece, previsto il proscioglimento del reo nel caso egli risultasse mentalmente infermo e, se ritenuto pericoloso – quindi non come

³⁰ FERRI E., *Sociologia criminale*, Torino, 1892, pagg.718 e seg. “*come da un secolo si ammise, contro le opinioni medievali, che la pazzia non dipende nemmeno dalla nostra ‘libera volontà’, così ora bisogna riconoscere che non ne dipende nemmeno il delitto. Delitto e pazzia sono due sventure: trattiamole entrambi senza rancore, ma difendiamoci da entrambi. Coi principi dunque della scuola positiva non regge più l’obiezione che il pazzo ‘cosiddetto delinquente’ appartiene al diritto comune: esso appartiene al diritto difensivo come il vero delinquente. Bisogna Rispondere giuridicamente, col principio della difesa sociale proporzionata alla temibilità del delinquente, pazzo o no. Finché persiste il pericolo, persista la difesa.*” Ferri contestava l'enfasi posta da Lombroso sulle caratteristiche fisiologiche dei criminali, concentrandosi invece sullo studio delle caratteristiche psicologiche, che egli credeva responsabili dello sviluppo del crimine in un individuo. Tra queste caratteristiche vi erano il modo di parlare, la grafia, simboli segreti, la letteratura e l'arte, così come l'insensibilità morale e “*una mancanza di ripugnanza per l'idea e l'esecuzione di un'offesa, prima del suo compimento, e l'assenza di rimorso dopo il suo compimento*”. Egli sosteneva che sentimenti come la religione, l'amore, l'onore e la lealtà non contribuivano al comportamento criminale, poiché queste idee erano troppo complesse per avere influenza certa sul senso morale di base di una persona, da cui Ferri credeva nascesse il comportamento criminale. Infine che altri sentimenti, come l'odio, la cupidigia e la vanità avessero maggiore influenza dato che eserciterebbero un controllo più forte sul senso morale dell'individuo. Ferri riassumeva questa teoria definendo la psicologia criminale come “*scarsa resistenza alle tendenze e tentazioni criminali, dovuta a una impulsività squilibrata tipica dei bambini e dei selvaggi*”.

conseguenza diretta ed automatica di tale infermità come suggerito dai seguaci della Scuola Positiva – la sua assegnazione provvisoria o permanente a una casa di cura o custodia.³¹

Nonostante le resistenze del Ministro, che aveva seguito a perorare la necessità del riservare il giudizio alla magistratura penale e non al provvedimento discrezionale dell'autorità amministrativa, l'art. 47 veniva infine riprodotto nell'art 46 del Codice Zanardelli seguendo la linea imposta dai lavori della maggioranza parlamentare:

*“Non è punibile colui che, nel momento in cui ha commesso il fatto, era in tale stato di infermità di mente da togliersi la coscienza o la libertà dei propri atti. Il giudice nondimeno ove stimi pericolosa la liberazione dell'imputato prosciolto, ne ordina la consegna all'Autorità competente per i provvedimenti di legge”*³²

E' significativo rilevare che, a differenza del successivo Codice Rocco, non sussisteva assolutamente presunzione alcuna di pericolosità, dovendo invece essere questa accertata caso per caso. Inoltre non vi era nemmeno traccia dell'automatismo pericolosità sociale=internamento, ma

³¹ Vedi LUBERTO S. - ZAVATTI P., *op.cit.*, pagg.168.

³² CANOSA R., *op.cit.*, pag. 145. Zanardelli aveva espresso il suo parere in più occasioni “L'iniziativa del provvedimento di reclusione uscirebbe veramente dalla competenza tecnica del giudice penale; ma ragioni di economia amministrativa e di opportunità politica mi hanno indotto ad attribuire allo stesso magistrato, che conosce del fatto e della persona, la facoltà di ordinare che questa sia ricoverata in una casa di salute, nel tempo stesso in cui la dichiara prosciolta da ogni imputazione penale.[...]Ordinato il provvedimento, il magistrato penale ha finito il suo ufficio.”

semplicemente la consegna all'Autorità competente per i provvedimenti di legge.

Cosa fosse poi esattamente la summenzionata "Autorità competente", risulta dalle disposizioni di attuazione del codice, come predisposto in seguito alle solite diatribe parlamentari dal sempre puntuale Zanardelli, per la precisione dagli artt. 13 e 14:

“Nel caso preveduto nel capoverso dell’art.46 del Codice Penale, la Corte d’Assise provvede, con ordinanza motivata, alla consegna dell’accusato prosciolto all’autorità di pubblica sicurezza che lo fa ricoverare provvisoriamente in un manicomio, in istato di osservazione, sino a che non sia pronunciata la decisione preveduta dall’articolo seguente: le altre Autorità giudiziarie provvedono con la stessa sentenza con la quale l’imputato è prosciolto. In ogni caso, il provvedimento è dato d’ufficio, e nessuno ha il diritto di provocarlo.

Il Presidente del Tribunale civile, nel cui circondario fu pronunciata l’ordinanza o la sentenza, ad istanza del Pubblico Ministero, e assunte le opportune informazioni, ordina il ricovero definitivo o la liberazione dell’accusato o imputato prosciolto e provvisoriamente ricoverato in un manicomio, secondo l’articolo precedente.

Ove cessino le ragioni che determinarono il ricovero definitivo, spetta allo stesso presidente, sulla istanza delle parti o anche d’ufficio, ordinarne la revocazione. Il Presidente medesimo può sempre ordinare la consegna delle

*persone ricoverate nel manicomio a chi consenta di assumere la cura e la custodia e offra sufficienti guarentigie”.*³³

Dal momento che si riteneva sufficiente l’affidamento della persona all’Autorità competente, era possibile procedere, in via giudiziale, tanto al ricovero quanto alla liberazione del prosciolto quanto alla revoca dell’internamento ed infine l’affidamento a chi – parenti, privati ecc. – si prestasse ad assumere la cura e la custodia del prosciolto, offrendo sufficienti garanzie.

Ad ogni modo, ciò che si appalesava maggiormente era la mancanza, come già accennato, di qualsiasi tipo di riferimento a manicomi criminali, seppure nel frattempo ne fosse già sorto uno ad Aversa.³⁴

Fu il Regolamento Generale degli Stabilimenti Carcerari e dei Riformatori Governativi del 1° febbraio 1891, n.260 a colmare tale lacuna. Faceva quindi la sua prima comparsa a livello normativo, venendone così suggellato il riconoscimento ufficiale, “il manicomio giudiziario” all’art. 469.³⁵

³³ CARRIERI F. - GRECO O. - CATANESI R., *op.cit.*, pagg. 72 e seg.

³⁴ Per le necessarie informazioni storiche, vedi: FIORINO V., *Matti, indemoniate e vagabondi. Dinamiche di internamento manicomiale tra Otto e Novecento*, Venezia, 2002, pagg. 76 e seg.; ROSCIONI L., *Il governo della follia. Ospedali, medici e pazzi nell’età moderna*, Milano, 2003, pagg. 193 e seg.

³⁵ GRECO O. - CATANESI R., *op.cit.*, pagg. 9 e seg.

Realizzando un breve confronto, tra la disciplina antecedente al Regolamento e quella successiva, si può osservare che fino al 1891:³⁶

- I non imputabili per vizio di mente potevano:
 - a) Essere rimessi in libertà.
 - b) Essere inviati in osservazione provvisoria in un manicomio provinciale. E a seconda venire poi:
 - b1) rimessi in libertà;
 - b2) ricoverati definitivamente. In questo caso il presidente del Tribunale civile poteva poi decidere in un secondo momento di revocare la misura.
- I detenuti impazziti in carcere restavano in tale sede, mentre una parte esigua veniva eventualmente poi trasferita in un manicomio

³⁶ VILLA R., *Pazzi e criminali: strutture istituzionali e pratica psichiatrica nei manicomi criminali italiani*, in *Movimento operaio e socialista*, 1981, pagg. 34 e seg.; STOCK F., *La formazione della psichiatria* Roma, 1981, pag. 52 e seg.; Durante gli anni che intercorsero tra l'emanazione del Codice e il Regolamento, i manicomi giudiziari - a quello di Aversa si aggiunse nel 1886 quello di Montelupo Fiorentino e nel 1892 quello di Reggio Emilia - hanno funzionato essenzialmente come sezioni speciali delle carceri. In base agli studi e alla documentazione sembra che inizialmente questi istituti abbiano assolto una funzione specifica essenzialmente nell'ambito delle varie forme di carcerazione - facendosi carico dei soggetti che compromettevano la gestione dell'ordine negli altri istituti di pena - e non abbiano ricoperto, invece, una funzione specifica nella gestione dei conflitti, delle contraddizioni, all'interno dell'intero corpo sociale.

Come ha già sostenuto Renzo Villa, i manicomi civili, le carceri, i postriboli, gli istituti assistenziali e di ricovero, i riformatori, costituivano già una rete estesa e differenziata di istituzioni in grado di assolvere ai compiti di ordine, assistenza, controllo dell'Italia del periodo. Nella divisione dei compiti e delle competenze tra le diverse istituzioni i manicomi criminali non sembravano avere un loro ruolo specifico tanto che, per molti decenni, essi si collocarono nell'intersezione tra l'universo carcerario e quello manicomiale, mutuando da essi tanto la popolazione quanto l'organizzazione interna.

giudiziario, che era di fatto una sezione del carcere stesso riservata a questa particolare categoria.

Dopo il 1891:

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

- La durata del ricovero nel manicomio giudiziario era:
 - a) Indeterminata, ovvero individuata nel momento in cui gli internati non fossero più ritenuti necessitanti di cura e custodia.
 - b) Coincidente con la scadenza della pena per i condannati impazziti in carcere.

A questo punto si può affermare che la materia aveva ricevuto, sul piano normativo, una regolamentazione più o meno completa. Seppure a detta dello stesso ministro Giolitti, il manicomio non rimaneva che una diversa forma di carcere, e da tale, non poteva essere applicata che ai condannati

validi e sani e non ai pazzi o addirittura ai prosciolti per infermità di mente. Il che spiegava molte cose, sia del momento che nei tempi avvenire.³⁷

Nel frattempo erano sorti nuovi manicomi giudiziari sul territorio nazionale: Montelupo Fiorentino nel 1886, Reggio Emilia nel 1892, a cui si erano poi aggiunti, in tempi più recenti, Barcellona Pozzo di Gotto nel 1925, Castiglione delle Stiviere nel 1939 e Pozzuoli nel 1955.³⁸

Ma, come abbiamo già avuto modo di osservare nell'introduzione, spesso, nel corso della storia, il destino dei "rei folli" si è incrociato con quello dei semplici "folli incensurati". Come del resto quello dei manicomi giudiziari ha spesso scontato le conseguenze delle sorti dei manicomi civili. La prima volta ciò avvenne con la Legge e il Regolamento Attuativo sui Manicomi e sugli Alienati. Correva l'anno 1904.³⁹

1.2 La legge manicomiale n.36 del 1904 e il relativo Regolamento di attuazione del 1909

La legge manicomiale, approvata durante la seconda presidenza Giolitti fu il risultato di oltre cinque anni di discussioni e progetti via via abbandonati.⁴⁰

³⁷ DURANTE MANGONI E. - FERRARI M., *L'evoluzione della legislazione psichiatrica*, Milano, 1983, pagg. 54 e seg.

³⁸ MANACORDA A., *op. cit.*, pagg. 22 e seg.

³⁹ VECCHIETTI A.M., *Evoluzione della legge psichiatrica italiana dalla legge n.36 del 1904 alla legge n.833 del 1978*, in *Riv.It.Med.Leg.*, III, 1981, pagg. 11 e seg.

⁴⁰ Sul tema vedi anche l'introduzione di GIACANELLI F. a DÖRNER K., *Il borghese e il folle*, Torino, 1976, pagg. 7 e seg. e il saggio di BASAGLIA F. e GIANNICHECKDA M. G., *Legge e psichiatria: per un'analisi delle normative in campo psichiatrico*, *Scritti*, vol. II, pagg. 53 e seg. Ne parla inoltre l'addetta ai

Servizi di Salute Mentale di Trieste GIANNICHECKDA M.G., *Convegno sui Profili di tutela dei diritti della personalità*, Trieste, 1982, pagg. 32 e seg.

Un iter parlamentare molto lungo e travagliato precede l'approvazione di questa legge. Nella discussione sui progetti di legge che la precedono si incrociano due temi, funzionali anche per scandire in periodi il trentennio di dibattito nel Parlamento italiano. Il primo di questi temi - che soprattutto nella fase iniziale attraversa e divide gli schieramenti politici - riguarda la miseria e lo stato delle grandi istituzioni nelle quali essa affluisce. Gran parte della discussione sui "mentecatti" riguarda infatti i "mentecatti poveri", esposti all'arbitrio di queste istituzioni e ad un carcere incongruo. Si assiste in questa fase al faticoso ed ambiguo ritagliarsi del problema dei "folli poveri" dalla più ampia questione sociale che impegna il Parlamento ed i governi italiani.

Il secondo tema, che diventa via via centrale, riguarda le competenze di psichiatria e giustizia nella gestione di quest'oggetto di dubbia definizione. Inoltre concerne anche la regolamentazione del rapporto fra lo Stato, che scopre la propria funzione di disciplina, controllo ed intervento diretto, ed i privati che già occupano questo terreno con le proprie istituzioni: si tratta del tema della delega e del finanziamento. A questo livello la discussione parlamentare riecheggia il dibattito scientifico, che vede schierati, da un lato i tecnici della nascente psichiatria sulla difesa della propria autonomia scientifica contro l'invasione repressiva dell'apparato giudiziario, e dall'altro quanti, politici ed uomini di legge, diffidano di una delega in bianco al sapere medico.

Fin dall'inizio tuttavia ambedue gli ordini di discorso hanno un minimo comune denominatore: la risposta dell'internamento nei confronti di queste masse di bisognosi che, malati, criminali o semplicemente indigenti che siano, o tutto ciò insieme, devono trovare un luogo di ricovero, visto che né l'ordine produttivo né il sociale offrono loro collocazione. Le condizioni di povertà, che connotano queste masse, sono tali da non aprire dubbi su questo punto neppure nelle frange più "progressiste" dello schieramento politico. Queste ultime mentre ribadiscono le varie necessità - che lo Stato si assuma la "questione sociale", predisponga la riforma agraria, doti le città di impianti igienici e strutture sanitarie - devono anche confrontarsi con un'emergenza sociale, nella quale povertà e rivolta sono costantemente incrociate e contro la quale la risposta repressiva finisce con l'essere l'unica forma di intervento statale.

L'internamento come controllo del "contagio" e come assicurazione sociale è dunque la base della discussione: il contenimento della marginalità sociale come emergenza è infatti il problema principale che rimanda ai programmi igienici, sanitari e sociali. Esse riemergeranno in Italia come problema solo col primo dopoguerra. L'esito compromissorio di quelle discussioni sul nodo cura-custodia, ricovero-sanzione, malattia-crimine, medicina-ordine pubblico sarà appunto la normativa del 1904.

Risentendo da una parte di una visione di fondo custodialistica dell'infermo di mente, e dall'altra di una cultura amministrativista d'impronta giuridica, attenta più che altro al dato normativo e disinteressata per lo più al funzionamento concreto delle istituzioni, la normativa si adeguava sostanzialmente alle prassi in vigore nei maggiori manicomi della nazione, integrandoli nelle strutture dello stato. Pur non rappresentando un elemento di rottura nella breve storia unitaria dell'assistenza degli alienati, tuttavia presentava degli elementi di novità.

Primo fra tutti fu quello di affidare l'intervento sanitario a strutture pubbliche, rendendone così responsabile lo Stato, e attribuendo rilevanza a una categoria professionalmente giovane come quella degli psichiatri.

Purtroppo, nel regolare la materia, permaneva una costante ambiguità di fondo che creava una certa contraddizione tra il concetto di cura e quello di custodia, il prevalere formale dell'uno, mentre la pratica reale confermava sempre il sopravvalere dell'altro.⁴¹ Tutto ciò spesso conduceva più che a una sintesi tra diritto di libertà personale e l'utilità di difesa della collettività, al controllo sociale senza riguardo alla comprensione del fenomeno e della sua sostanza.

In realtà questa legge attribuiva un grande potere alla nascente classe psichiatrica, che vedeva crescere, proporzionalmente all'aumentare del numero dei ricoveri, la propria autorità in materia, in particolare nella gestione per conto della società di tutto il settore.

Per quanto concerne l'esame delle norme per le ammissioni e le dimissioni dell'ospedale e quelle relative alla competenza per il mantenimento

⁴¹ SCARTABELLATI A., *op.cit.*, pagg. 111 e seg..

dei mentecatti, bisogna invero sottolineare in tale legge dei fattori di spicco. In particolare l'ammissione era ritenuta:

“Un fatto grave, che va circondato di tutte le possibili circospezioni [in quanto] tratta di una parte così pietosa e così ripugnante del genere umano, che si trova in condizioni specialissime, per cui la prigionia sarebbe per loro un'ingiustizia e la libertà un pericolo per tutti”.

Inoltre si disponeva che:

“deve essere chiesta dai parenti, tutori o protutori, e può esserlo da chiunque altro nell'interesse degli infermi e della società. Essa è autorizzata in via provvisoria, dal pretore [...]. L'autorità di pubblica sicurezza può, in ogni caso d'urgenza ordinare il ricovero, in via provvisoria, in base al certificato medico, ma è obbligata a riferirne entro tre giorni al Procuratore del Re.”⁴²

Quindi erano previste due possibilità per il ricovero dell'infermo: o esso doveva venire richiesto da persone vicine all'ammalato – o comunque interessate in un modo o nell'altro alla causa – ovvero dall'Autorità di Pubblica Sicurezza. Ma in realtà era contemplato nel Regolamento di Attuazione della stessa, oltre alla via di ammissione provvisoria ordinata dal Pretore o dalla Pubblica Sicurezza e quella definitiva sancita dal Tribunale, una terza via, secondo la seguente condizione:

⁴² SCARTABELLATI A., *op.cit.*, pagg. 117 e seg..

“Individui maggiorenni, avendo coscienza del proprio stato di alienazione parziale di mente chieggiano di essere ricoverati”.

Queste molteplici possibilità di ammissione all' internamento in realtà conducevano, nel tempo, ad un'altra problematica: l'eccessivo numero di ricoveri, che a sua volta, in una sorta di effetto domino, causava allo Stato delle non sempre superabili difficoltà finanziarie.⁴³

In un inciso dell'art.6, la legge poneva a carico delle province il mantenimento dei matti criminali, trasferendoli dai manicomi criminali a quelli comuni, lasciando ai primi il compito principale di accogliere i condannati impazziti in carcere.

Ma questo portò a ulteriori difficoltà, dal momento che la presenza di pazzi criminali nei manicomi comuni era vista come una continua fonte di turbamento e di difficoltà dalla quasi totalità delle direzioni mediche degli asili. A volte ciò portava come diretta conseguenza anche un trattamento più duro nei confronti dei pazzi comuni, poiché spesso si riservava il medesimo trattamento indifferenziato per questi e i pazzi criminali.

In sintesi, nei manicomi civili venivano custodite le persone affette, per qualunque causa, da alienazione mentale, quando fossero state pericolose a sé o agli altri o fossero risultate di pubblico scandalo e inoltre non potessero essere altrimenti tenute a bada.

⁴³ SCARTABELLATI A., *op.cit.*, pagg. 121 e seg..

Permaneva quindi la logica di difesa sociale dall'attuale o potenziale violenza dei folli, ponendo così la sicurezza pubblica al centro della motivazione e dell'attuazione del provvedimento.⁴⁴

In tutto ciò si può individuare la traccia dell'insegnamento Positivista associato a quello dell'imperversante imperialismo psichiatrico, dominante in quegli anni. La devianza criminale associata alla pazzia, l'esclusione dei folli dalla comunità, l'ideologia del controllo sociale, avvicinavano la nuova criminologia e la "vecchia psichiatria". Entrambi condividevano l'idea che vi fossero dei legami indiscutibili tra delitto e pazzia.

⁴⁴ ANDREOLI V., *Un secolo di follia*, Milano, 1991, pagg. 49 e seg. Come l'autore sottolinea, tale regolamentazione non si poneva alcun fine terapeutico o riabilitativo, avendo piuttosto un diverso e duplice scopo: da una parte, mantenere e rafforzare una visione custodialistica e segregante della malattia mentale; dall'altra, fornire strumenti di difesa e di controllo sociale verso la malattia mentale, tali da sollevare la società dal peso della presenza di soggetti che, pur non essendosi resi colpevoli di alcunché, suscitano paura e creano disturbo all'ordine costituito.

Il concetto basilare e discriminante sul quale la legge si fondava era quello della pericolosità del malato mentale, o, per usare il linguaggio di allora, dell'alienato. La nozione di pericolosità, che peraltro rimane, senza altre indicazioni, un concetto estremamente generico, si collocava perfettamente nel quadro di ciò che ha rappresentato a partire dalla seconda metà del XIX secolo e fino ai primi anni Sessanta del successivo: l'ideologia e il modello interpretativo prevalente della patologia psichiatrica, ovvero il modello biologico che, nella sua formulazione più tradizionale, vedeva in alterazioni biologiche la causa dei disturbi del comportamento.

L'altro criterio che faceva scattare il ricovero d'autorità in manicomio è quello del *pubblico scandalo*, un parametro ancora più soggetto ai condizionamenti culturali e storici. La pericolosità e il pubblico scandalo del malato mentale continuavano quindi a decretare la sua entrata nell'ospedale psichiatrico, luogo che nasce come azione di tutela e di difesa della società dei sani di fronte alla malattia mentale e dove il malato viene ad assumere un ruolo puramente negativo, come se il suo rapporto con l'istituzione si svolgesse al solo livello della sua eventuale pericolosità.

Il malato, prima ancora di essere considerato tale, veniva riconosciuto soprattutto pericoloso; e la conseguenza di ciò era che le regole, sulle quali si basava l'istituzione, che avrebbe dovuto occuparsi prima di tutto della sua cura, erano istituite in funzione di questa pericolosità e non della malattia di cui soffriva.

Ciò non toglie che, per quanto si possa osservare tale comunanza di pensiero, si debba comunque considerare come l'ideologia della scuola Positiva non abbia ottenuto di fatto la piena affermazione nemmeno nella legge manicomiale, tanto meno nel Codice Zanardelli.⁴⁵

I manicomi giudiziari erano comunque istituiti. La durata dell'internamento in essi era indeterminata, come del resto nelle istituzioni manicomiali comuni.⁴⁶

Incrocio tra carcere di massima sicurezza e manicomio, il manicomio giudiziario si avviava a diventare deposito di "irrecuperabili" più del carcere e del manicomio comune, decisamente con poche velleità curative o terapeutiche.

1.3 La Terza Scuola

L'attuale codice vigente in Italia è il risultato della mediazione ad opera della cosiddetta Terza Scuola – chiamata a volte anche Scuola Eclettica – tra gli opposti dogmatismi della Scuola Classica e della Scuola Positiva, dando origine all'ormai ben noto "Sistema del Doppio Binario".⁴⁷

⁴⁵ NUVOLONE P., *Antinomie, fossili e derivazioni nel codice penale italiano*, in *op.cit.*, pagg. 703 e seg.

⁴⁶ CANOSA R., *op.cit.*, pag. 150 e ss.

⁴⁷ NUVOLONE P., *op.cit.*, pagg.706 e seg.. Nuvolone ritiene che il codice penale italiano è il codice di una società che attraversa una crisi di transizione: ne riflette le contraddizioni, è abbarbicato da un lato a impostazioni superate, fa posto, qua e là, con timidezza, a esigenze moderne. E' il codice di una società che rimane attaccata, in parte a principi tradizionali, senza cedervi più completamente, che non ha ancora trovato nuove vie su cui procedere sicura. Risultato di tendenze diverse e sistemi di pensiero in conflitto nel tentativo di raggiungere un compromesso tra visioni opposte.

Tale concezione prevedeva, e tutt'ora prevede, due differenti reazioni dell'ordinamento giudiziario penale alla commissione di un fatto reato, a seconda che il soggetto fosse stato o meno considerato imputabile: qualora il soggetto fosse stato ritenuto responsabile e in grado di intendere e volere il fatto da lui commesso, doveva essere sottoposto a una pena retributiva, nel caso contrario la non imputabilità era considerata sinonimo di pericolosità sociale e il reo veniva assoggettato a un' opportuna misura di sicurezza.⁴⁸

In particolare, la misura di sicurezza non doveva sottendere alcun carattere preventivo, né riabilitativo, ma piuttosto rispondere esclusivamente ad esigenze di salvaguardia della società. Si trattava di un provvedimento finalizzato a controllare la pericolosità sociale dei rei, più che a costituire una risposta al reato in sé.

Questo indirizzo manteneva comunque alcuni dei canoni della Scuola Classica, incentrando il diritto penale sulla:

- a) Responsabilità del fatto commesso con volontà colpevole.
- b) L'imputabilità correlata non più al libero arbitrio ma alla "normalità psichica" cioè "sanità menale".
- c) La pena destinata agli imputabili con funzione retributivo-intimidativa.

Al contempo si adeguava alla concezione Positivista nei due principali postulati:

- a) Pericolosità sociale eventuale di alcuni individui.

⁴⁸ Vedi in tema: VASSALLI G., *Codice penale*, in *Encic.dir.*, vol.VII, pag.261 e seg., Il quale riconosce tra gli aspetti positivi dell'attuale codice la tecnica giuridica e le distinzioni realizzate.

Anche DELITALA G., *Criteri direttivi del nuovo codice penale*, in *Riv.it. dir.pen.*, 1935, pagg.583 e seg.

b) Le misure di sicurezza come difesa sociale contro i soggetti riconosciuti socialmente pericolosi.⁴⁹

Fu proprio tale terzo indirizzo a offrire l'egida al Codice Rocco del 1930. Come preponderante novità di spicco, rispetto al precedente Codice Zanardelli, il codice presentava proprio la scelta Doppio Binario, dando adito a figure paradossali quale quella del semi-imputabile sottoposto, oltre che a pena detentiva, anche alla misura di sicurezza.⁵⁰

1.4 Il Codice Penale Rocco

Nel 1925, il ministro Rocco presentò un disegno di legge per sollecitare la delegazione al governo a modificare la legislazione in materia penale. Le ragioni della riforma vennero illustrate nella Relazione che accompagnava lo stesso disegno di legge: di fronte all'aumento della criminalità negli anni del dopoguerra, da ricondursi ai "*[...] profondi rivolgimenti prodottisi nella psicologia e nella morale degli individui e della*

⁴⁹ MANTOVANI F., *Il problema della criminalità*, Padova, 1984, pagg. 78 e seg.

⁵⁰ Per una visione critica e riformista delle problematiche ingenerate dalla figura del semi-imputabile, vedi: MANNA A., *op.cit.*, pagg. 105 e seg e MUSCO E, *op. cit.*, pagg.7 e seg. Si sottolinea in entrambi i testi anche l'evolversi storico di tale tematica: nel codice Zanardelli, in particolare, venne introdotta la figura della casa di custodia, senza peraltro che essa giungesse a costituire una vera e propria misura di sicurezza, e si prevedeva che il semi-infermo potesse essere sottoposto in via del tutto facoltativa al ricovero in tale nuovo tipo di istituzione. Essa veniva così a sostituire la pena detentiva e non si aggiungeva invece a questa, come fu la disciplina stabilita dal successivo Codice Rocco. Del resto inizialmente essa aveva un natura più definita, in quanto semplicemente destinata a finalità "cutodialistiche". Fu in un secondo momento, quando divenne "casa di cura e custodia", che se ne accentuò il carattere per così dire, ibrido e si moltiplicarono le questioni ad essa inerenti, come vedremo nel seguito della presente trattazione.

collettività, e nelle condizioni della vita economica e sociale”; la legislazione penale si era, in effetti, rivelata negli ultimi anni densa di difetti e di lacune.⁵¹

L'esperienza aveva messo in luce quanto fossero insufficienti nella lotta contro il delitto *“i mezzi puramente repressivi e penali [...] e l'assoluta inidoneità delle pene a combattere i gravi e preoccupanti fenomeni della delinquenza abituale, della delinquenza minorile, degli infermi di mente pericolosi”*. Era necessario, dunque, predisporre, accanto a tradizionali misure di repressione, *“nuovi e più adeguati mezzi di prevenzione della criminalità”*⁵²

L'idea di fondo del nuovo codice consisteva, da un lato, in una maggiore severità contro la delinquenza in nome della difesa dello Stato e degli interessi collettivi ritenuti da questo meritevoli di tutela, dall'altro, nell'introduzione di nuovi istituti, considerati più moderni e adeguati alla prevenzione del delitto, come le misure di sicurezza.⁵³

Fu subito nominata una commissione ministeriale composta da magistrati, professori e avvocati. Tra i professori, oltre a Vincenzo Manzini,

⁵¹ *Lavori preparatori del codice penale e di procedura penale*, I, cit. in VASSALLI G., *Codice penale*, in *Enciclopedia del diritto*, vol.III, Milano, 1960, pag. 271.

⁵² *Lavori preparatori del codice penale e di procedura penale*, op.cit., pagg.272 e seg.

⁵³ UNGARI P., *Alfredo Rocco e l'ideologia giuridica del fascismo*, Brescia 1963, pagg. 23 e seg. La soluzione autoritaria venne via via delineandosi nella riflessione di molti giuristi di orientamento nazionalista. Come sottolineato da Paolo Ungari: *“È tutto un emergere nelle pagine dei giuristi di sparsi elementi di pensiero politico autoritario, che sembra attendano solo chi dia loro unità e coerenza di sistema...”*. La critica di Rocco all'Italia giolittiana sarebbe stata critica principalmente giuridica ad uno Stato organicamente debole, affetto da disorganizzazione e indisciplina collettiva.

Enrico Ferri, e Edoardo Massari, si distingueva la figura di Arturo Rocco, fratello del guardasigilli ma, soprattutto, docente di diritto penale.

Il contributo di quest'ultimo si rivelò essenziale per il nuovo codice: già nel 1910, nella sua prolusione all'Università di Sassari su "*Il problema e il metodo della scienza del diritto penale*" aveva messo in luce le linee portanti del tecnicismo giuridico che, fino ad allora, in giuristi come Manzini e Pessina erano rimaste solo latenti. Rocco fu dunque artefice dell'affermazione di questo nuovo indirizzo penalistico che, come accennato, si poneva in posizione critica e antagonista tanto nei confronti della Scuola positiva quanto del socialismo giuridico.⁵⁴ La concezione del diritto penale che il tecnicismo giuridico suggeriva era improntata a una sorta di "Dottrina pura del diritto penale" secondo la quale, le sovrapposizioni del diritto con l'antropologia, la psicologia, la sociologia, la statistica, la filosofia del diritto e la politica erano state all'origine della crisi del diritto penale.⁵⁵

Secondo tale teoria, se la Scuola classica aveva avuto la colpa di considerare il diritto penale come immutabile e universale, la Scuola Positiva

⁵⁴ ROCCO A., *Il problema e il metodo della scienza del diritto penale*, in *Rivista di diritto e procedura penale*, 1910, pagg. 56 e seg.

⁵⁵ Vedi su tali affermazioni: MANZINI F., *Trattato di diritto penale italiano*, a cura di NUVOLONE P. e PISAPIA G.D., Torino, 1981-1986, pagg. 431 e seg. RIZ.R., *op.cit.*, pagg.8 e seg., e anche DELITALA G., *Le dottrine generali del reato nel progetto Rocco*, in *Osservazioni intorno al "Progetto preliminare di un nuovo codice penale"*, Milano, 1948, pagg. 61 e seg. Manzini fu un grande sostenitore della scuola tecnico-giuridica che vedeva nel guardasigilli Rocco il suo capostipite. Entrambi del resto sostenevano la necessità di una scienza pura del diritto, avulsa dalle scienze collaterali e senza commistioni di sorta, onde evitare incertezze e dubbi. Sempre secondo tale teoria la società si doveva attenere alle norme dell'ordinamento che vigeva in un determinato momento storico ed in un determinato territorio.

ne aveva invece fatto un'appendice della sociologia, arrivando, a forza di distruggere e criticare, ad “*un diritto penale senza diritto*”⁵⁶.

In realtà, bisogna dire che sotto molti aspetti la Terza Scuola aveva fatto propri apporti di entrambe le scuole di pensiero: della Positiva il carattere social-preventivo che si materializzò nella previsione delle misure di sicurezza, e della Classica il principio legal-retributivo delle pene, tanto da essere spesso etichettata come una sorta di “sintesi” e “compromesso” fra le due, dando origine al cosiddetto sistema del “Doppio Binario”.⁵⁷

Le misure di sicurezza volte a porre soggetti, altrimenti non coercibili, in condizione di non nuocere, a sé e agli altri, costituivano così uno strumento di controllo e repressione.

Distinte in misure patrimoniali e personali - queste ultime a loro volta suddivisibili in detentive⁵⁸ e non - si applicavano in via di principio, alle

⁵⁶ NEPPI MODONA G., *Legislazione penale*, in *Il mondo contemporaneo*, vol.I, tomo 2, Firenze, 1978, pagg. 596 e seg.

⁵⁷ Rocco stesso aveva chiarito la posizione assunta sul dissidio tra Scuola classica e Scuola positiva. Egli disse: “*Il nuovo codice ha ritenuto opportuno prendere da ciascuna scuola soltanto ciò che in esse vi è di buono e di vero - cercando di creare un sistema che tutte le scuole componesse nell'unità di un più alto organismo atto a soddisfare i reali bisogni e le effettive esigenze di vita della società e dello Stato.*” cit. in NEPPI MODONA G., *op. cit.*, pag. 598.

58 Art. 215 “Specie”: Le misure di sicurezza personali si distinguono in detentive e non detentive. Sono misure di sicurezza detentive:

- 1) l'assegnazione a una colonia agricola o ad una casa di lavoro;
- 2) il ricovero in una casa di cura e di custodia;
- 3) il ricorso in un manicomio giudiziario;
- 4) il ricovero in un riformatorio giudiziario.

Sono misure di sicurezza non detentive:

- 1) la libertà vigilata;
- 2) il divieto di soggiorno in uno o più Comuni, o in una o più Province;
- 3) il divieto di frequentare osterie e pubblici spacci di bevande alcoliche;

persone che avessero commesso un fatto altrimenti costituente reato – anche se in realtà lo stesso art.202 specificava al secondo comma come potessero essere stabilite *ex lege* ipotesi in cui il reo potesse essere sottoposto a tali provvedimenti, anche senza aver peraltro commesso alcun tipo di fatto illecito⁵⁹ – e fossero state riconosciute “socialmente pericolose” in base all’art.133.⁶⁰

Il concetto di pericolosità sociale, quindi, non era un concetto univoco. Esso poteva dipendere da fattori diversi ed essere desunto, di volta in volta, in

4) l'espulsione dello straniero dallo Stato.

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

⁵⁹ Vedi art. 202 rubricato “Applicabilità delle misure di sicurezza”: Le misure di sicurezza possono essere applicate soltanto alle persone socialmente pericolose, che abbiano commesso un fatto preveduto dalla legge come reato.

La legge penale determina i casi nei quali a persone socialmente pericolose possono essere applicate misure di sicurezza per un fatto non preveduto dalla legge come reato.”

60 Art.133 c.p.:” Art. 133 “Gravità del reato: valutazione agli effetti della pena”

Nell'esercizio del potere discrezionale indicato nell'articolo precedente, il giudice deve tenere conto della gravità del reato, desunta:

1) dalla natura, dalla specie, dai mezzi, dall'oggetto, dal tempo, dal luogo e da ogni altra modalità dell'azione;

2) dalla gravità del danno o del pericolo cagionato alla persona offesa dal reato;

3) dalla intensità del dolo o dal grado della colpa.

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

1) dai motivi a delinquere e dal carattere del reo;

2) dai precedenti penali e giudiziari e, in genere, dalla condotta e dalla vita del reo, antecedenti al reato;

3) dalla condotta contemporanea o susseguente al reato;

4) delle condizioni di vita individuale, familiare e sociale del reo.

base alle circostanze elencate nel relativo articolo sopra citato, per quanto concerneva i rei imputabili.⁶¹

Invece nei confronti dei soggetti che si erano visti pronunciare una sentenza di proscioglimento per vizio totale di mente, o di condanna a pena diminuita per vizio parziale, la qualità di persona socialmente pericolosa era presunta dalla legge.⁶² Si applicava loro, sempre e in ogni caso, la misura di sicurezza: rispettivamente quella del ricovero in manicomio giudiziario per gli imputabili o in casa di cura e custodia per i semi-imputabili.⁶³

⁶¹ MANACORDA A., *op.cit.*, pagg.23 e seg.

⁶²Originariamente l'art. 204 c.p.: "nei casi espressamente determinati la qualità di persona socialmente pericolosa è presunta dalla legge.

nondimeno, anche in tali casi, l'applicazione delle misure di sicurezza è subordinata all'accertamento di tale qualità, se la condanna o il proscioglimento è pronunciato:

1. dopo dieci anni dal giorno in cui è stato commesso il fatto, qualora si tratti di infermi di mente, nei casi previsti dal primo capoverso degli artt. 219 e 222 c.p.;

2. dopo cinque anni dal giorno in cui è stato commesso il fatto, in ogni altro caso.

È altresì subordinata alla qualità di persona socialmente pericolosa l'esecuzione, non ancora iniziata, delle misure di sicurezza aggiunte a pena non detentiva, ovvero concernenti imputati prosciolti, se dalla data della sentenza di condanna o di proscioglimento, sono decorsi dieci anni nel caso previsto dal primo capoverso dell'art. 222, cinque in ogni altro caso."

⁶³ Vedi rispettivamente gli artt.222 e 219 nella versione originale del codice. Il primo relativo ai manicomi giudiziari recitava: "Nel caso di proscioglimento per infermità psichica, ovvero per intossicazione cronica da alcool o da sostanze stupefacenti, ovvero per sordomutismo, è sempre ordinato il ricovero dell'imputato in un manicomio giudiziario per un tempo non inferiore a due anni; salvo che si tratti di contravvenzioni o di delitti colposi o di altri delitti per i quali la legge stabilisce la pena pecuniaria o la reclusione per un tempo non superiore nel massimo a due anni, nei quali casi la sentenza di proscioglimento è comunicata all'autorità di pubblica sicurezza. La durata minima del ricovero nel manicomio giudiziario è di dieci anni, se per il fatto commesso la legge stabilisce la pena di morte o l'ergastolo, ovvero di cinque se per il fatto commesso la legge stabilisce la pena della reclusione per un tempo non inferiore nel minimo a dieci anni. Nel caso in cui la persona ricoverata in un manicomio giudiziario debba scontare una pena restrittiva della libertà personale,

Si voleva evitare che una persona prosciolta per vizio di mente potesse andare in qualche modo esente da qualsivoglia tipo di reazione dell'ordinamento penale.

L'unica eccezione contemplata era l'eventuale caso in cui fossero trascorsi, tra la commissione dell'illecito e la emissione della sentenza, oppure tra il giudicato e il momento dell'internamento, cinque anni per i reati minori, dieci per quelli più gravi. A tale proposito la normativa stabiliva che il giudice potesse esimere il reo affetto da vizio di mente, sempre che fosse ritenuto non più socialmente pericoloso, dal sottostare alla misura di sicurezza.⁶⁴

l'esecuzione di questa è differita fino a che perduri il ricovero nel manicomio. Le disposizioni di questo articolo si applicano anche ai minori degli anni quattordici o maggiori dei quattordici e minori dei diciotto, prosciolti per ragione di età, quando abbiano commesso un fatto preveduto dalla legge come reato, trovandosi in alcuna delle condizioni indicate nella prima parte dell'articolo stesso.”

Il secondo: “Il condannato, per un delitto non colposo, a una pena diminuita per cagione di infermità psichica, o di cronica intossicazione da alcool o da sostanze stupefacenti, ovvero per cagione di sordomutismo, è ricoverato in una casa di cura e di custodia per un tempo non inferiore a un anno, quando la pena stabilita dalla legge non è inferiore nel minimo a cinque anni di reclusione. Se per il delitto commesso è stabilita dalla legge la pena di morte o la pena dell'ergastolo, ovvero la reclusione non inferiore nel minimo a dieci anni, la misura di sicurezza è ordinata per un tempo non inferiore a tre anni. Se si tratta di un altro reato, per il quale la legge stabilisce la pena detentiva, e risulta che il condannato è persona socialmente pericolosa, il ricovero in una casa di cura e di custodia è ordinato per un tempo non inferiore a sei mesi; tuttavia il giudice può sostituire alla misura del ricovero quella della libertà vigilata. Tale sostituzione non ha luogo, qualora si tratti di condannati a pena diminuita per intossicazione cronica da alcool o da sostanze stupefacenti. Quando deve essere ordinato il ricovero in una casa di cura e di custodia, non si applica altra misura di sicurezza detentiva.”

64 MANACORDA A., *op.cit.*, pagg.39 e seg. In realtà, oltre all'art.88 che reputava non imputabili coloro che nel momento in cui avevano commesso il fatto, erano, per infermità, in tale stato di mente da escludere la capacità di intendere o di volere, vi erano anche altri articoli che ampliavano la categoria dei non imputabili. Per la

Tale articolo, contenente una presunzione assoluta di pericolosità, è stato in seguito abrogato, dopo ripetuti interventi e incisive pronunce della Corte Costituzionale⁶⁵, dall'articolo 31 della legge del 10 ottobre 1986 n.663, la cosiddetta legge Gozzini, che ha sostituito al sistema delle “presunzioni generalizzanti” quella del “giudizio individuale e in concreto”. Ora viene invero richiesto al giudice di vagliare il grado di pericolosità dell'imputato senza alcun tipo di pregiudizio o presunzione normativa.⁶⁶

precisione, si ritenne di optare per una vera e propria presunzione di incapacità di intendere e di volere, per tutti i soggetti con età inferiore agli anni quattordici - art. 97 c.p. - a causa di un'assoluta immaturità biologica e psicologica, senza possibilità di prova contraria.

Per i soggetti di età compresa fra i quattordici e i diciotto anni invece, la capacità di intendere e di volere doveva essere dimostrata caso per caso, vista la variabilità del grado di sviluppo del soggetto in riferimento all'ambiente e all'educazione ricevuta. Per i soggetti che avessero raggiunto la maggiore età, la legge presumeva l'esistenza della piena imputabilità: l'assenza di questa poteva derivare solo da cause tassative, predeterminate per legge, e in ogni caso dimostrata e motivata.

Tra le cause di non imputabilità in particolare:

- 1) la piena ubriachezza derivata da caso fortuito o da forza maggiore (art. 91 c.p.);
- 2) l'azione di sostanze stupefacenti derivante da caso fortuito o da forza maggiore (art. 93 c.p.);
- 3) l'infermità o la malattia psichica (art. 88 c.p.);
- 4) la cronica intossicazione da alcool o da sostanze stupefacenti (art. 95 c.p.);
- 5) il sordomutismo (art. 96 c.p.).

⁶⁵ A tali interventi della Corte Costituzionale è dedicato un apposito capitolo di approfondimento nel presente lavoro. Per ora anticipiamo che fondamentale risultò la sentenza n. 139 del 27 luglio 1982, dichiarando obbligatorio il nuovo accertamento della pericolosità sociale prima dell'applicazione della misura, affermando l'incostituzionalità della presunzione assoluta di durata della pericolosità sociale. Per un commento sulla sent. VASSALLI G., *L'abolizione della pericolosità presunta degli infermi di mente attraverso la cruna dell'ago*, op.cit., 1982, pag. 1202 e MUSCO E., *Variazioni minime in tema di pericolosità presunta*, in *Riv.it.dir. e proc.pen.*, 1982, pag. 1589.

⁶⁶ MASTRONARDI V., *Manuale per operatori criminologici e psicopatologi forensi*, Milano, pagg. 398 e seg.

Per quanto concerne, poi, la durata della misura di sicurezza, essa venne definita nel minimo – proporzionale alla pena edittale massima prevista per il reato commesso – ma non nel massimo, lasciando in pratica indefinito e prorogabile *ad infinitum* il termine ultimo.⁶⁷

Ciò ovviamente era sintomo di quella visione totalitaria e auto-legittimante tipica della mentalità fascista, sostenitrice in primo luogo di valori come ordine e sicurezza dello Stato, elementi preminenti rispetto alla integrità e vantaggio del singolo individuo neutralizzato. L'uomo pericoloso era un problema e l'ordinamento si arrogava il compito di trovarvi risposta, ma nient'affatto di curarlo o quanto meno di alleviare la sua pena.⁶⁸

⁶⁷ PADOVANI T., *La pericolosità sociale sotto il profilo giuridico*, in FERRACUTI F., *Trattato di Criminologia, Medicina Criminologica e Psichiatria Forense*, vol. XIII, Milano, 1990, pagg. 88 e seg. Il sistema del “doppio binario”, costruito sulle coppie “responsabilità-pena” e “pericolosità-misura di sicurezza”, trova la sua *ratio* nella diversità di funzioni che sono assegnate rispettivamente alla pena e alla misura di sicurezza. Per Padovani, la pena è dominata da un'idea di prevenzione generale mediante intimidazione, la misura di sicurezza ha una specifica finalità di prevenzione speciale, mediante riabilitazione o neutralizzazione a seconda delle caratteristiche e della personalità del delinquente. La riabilitazione emerge dall'esigenza di adottare, nel trattamento esecutivo di tali soggetti, "un particolare regime educativo o curativo e di lavoro, avuto riguardo alle tendenze e alle abitudini criminose della persona, ed in genere, al pericolo sociale che da essa deriva", vedi art. 213 c.p. comma terzo. La neutralizzazione costituisce una finalità immanente alla durata indeterminata delle misure di sicurezza che, non potendo essere revocate "se le persone ad esse sottoposte non hanno cessato di essere socialmente pericolose" - art. 207 comma primo c.p. - consentono una difesa preventiva suscettibile di protrarsi indefinitamente.

⁶⁸ TAGLIARINI F., *Pericolosità*, in *Enciclopedia del diritto*, vol. XXXIII, Milano, 1983, pagg.15 e seg. Il concetto di pericolosità sociale sul quale si fondava l'ideologia della Scuola Positiva comportò, secondo Franco Tagliarini, delle profonde contraddizioni e discrepanze nel nuovo sistema penale proposto, poiché erano chiamati in gioco sia la funzione del nuovo concetto di pericolosità, sia la sua operativa compatibilità con le garanzie dei diritti di libertà del cittadino, sicuramente

L'articolo 222 c.p., tutt'ora vigente seppure con numerose revisioni⁶⁹, prevedeva che in caso di proscioglimento per infermità psichica, qualora il

affermati dalla tradizione classica del diritto penale. Sotto il primo profilo era necessario definire se il giudizio di pericolosità potesse prescindere dall'effettiva commissione di un reato, oppure dovesse sempre avere per necessario presupposto la presenza di una azione delittuosa compiuta. Sotto il secondo profilo, si apriva la prospettiva di poter prescindere dal rapporto di proporzionalità fra misura della pena e misura della colpevolezza, onde poter commisurare l'efficacia preventiva della sanzione alle concrete possibilità di reinserimento del reo, giungendo alla configurazione di una sanzione indeterminata nella sua durata. Nell'ambito della disputa tra positivisti e classicisti sorsero e si affermarono nuovi indirizzi che cercarono una sintesi dei due opposti, riconoscendo l'utilità dei principi enunciati dalla Scuola Positiva anche se temperati dall'esperienza della Scuola Classica. Su tali premesse il legislatore del '30 mutò sostanzialmente l'assetto classico del codice penale Zanardelli, codificando il concetto di pericolosità sociale, attraverso l'introduzione del cosiddetto sistema del "doppio binario".

Tuttavia la pericolosità sociale introdotta dal codice Rocco, fu simile ma non coincidente con la pericolosità propugnata dai positivisti, essendo a differenza di quest'ultima:

- una caratteristica non necessaria ma eventuale dell'autore di reato;
- un presupposto per l'applicazione delle misure di sicurezza e non della pena;
- una caratteristica non permanente dell'autore di reato, essendo previsto il riesame della pericolosità come sancito dall'art. 208 c.p.

Con l'introduzione del sistema del "doppio binario", da un lato si mantenne immutato il criterio dell'imputabilità e della pena retributiva, collegate alla colpevolezza dell'agente e, dall'altro lato, si accettò e codificò il principio della pericolosità quale presupposto per l'applicazione delle misure di sicurezza, aventi funzione di prevenzione speciale, ed applicabili ai soggetti imputabili e non.

⁶⁹L'articolo 222 è stato più e più volte sottoposto a rimaneggiamenti da parte della Corte Costituzionale, vedi da ultimo la sent. n.253 del 18 luglio 2003, commentata da FAMIGLIETTI A., *op.cit.*, pagg. 2118 e seg. con la quale la Corte ha denunciato il rigido "automatismo" della regola legale che imponeva al giudice, in caso di proscioglimento per infermità mentale per un delitto che comportasse una pena edittale superiore nel massimo a due anni, di ordinare il ricovero dell'imputato in ospedale psichiatrico giudiziario per un periodo minimo di due anni, o per un periodo più lungo in relazione all'entità della pena edittale prevista, senza consentirgli di disporre, in alternativa, misure diverse, pur quando in concreto tale prima misura non

folle fosse reo di contravvenzioni o di delitti colposi o d'altri delitti per i quali la legge stabilisse una pena pecuniaria o la reclusione per un tempo non superiore nel massimo a due anni, non venisse dato luogo all'applicazione della misura di sicurezza del ricovero in ospedale psichiatrico giudiziario.

Bensì, veniva contemplata la pronuncia di una sentenza di proscioglimento, questa a sua volta semplicemente comunicata all'autorità di pubblica sicurezza. Questa norma, traccia evidente dell'art.46 del Codice Zanardelli, abilitava a sua volta l'autorità di pubblica sicurezza a promuovere provvedimenti anche di ricovero coattivo, così come previsti dalla legge e dal regolamento manicomiale in vigore fino al 1978.⁷⁰

In seguito all'entrata in vigore del Codice Rocco vi fu una lunga stagione di elaborazioni culturali, tensioni riformistiche, confronti, anche conflittuali, sfociati infine in sintesi legislative di cui la Legge Basaglia ha costituito il principale e significativo rappresentante.⁷¹

apparisse adeguata alle caratteristiche del soggetto, alle sue esigenze terapeutiche e al livello della sua pericolosità sociale.

⁷⁰ MANACORDA A., *op.cit.*, pagg. 31 e seg. Rimandiamo ad ogni modo, per un maggiore approfondimento di queste tematiche, ai capitoli successivi, dedicati a uno studio più approfondito e specifico della relativa disciplina normativa vigente.

⁷¹GRISPIGNI F., *Corso di diritto penale secondo il nuovo codice*, Milano,1952,pag. 116. NUVOLONE P., *La parte generale del codice dopo cinquant'anni*, in *La questione criminale*,1981, pag. 39 e seg. FIANDACA G., *Il codice Rocco e la continuità istituzionale in materia penale*, in *Il Codice Rocco cinquant'anni dopo*, *op.cit.*, .pagg. 67 e seg. GALLO V.E., *Una politica per la riforma del codice penale*, in *Il codice Rocco cinquant'anni dopo*, *op. cit.*, pag. 55. PADOVANI T., *La sopravvivenza del codice Rocco nell'età della decodificazione*", in *Il codice Rocco cinquant'anni dopo*, *cit.*, pag. 91. SINISCALCO V.M., *I principi del sistema penale e la Costituzione*, in *Rivista italiana di diritto e procedura penale*, 1976, pagg. 1121 e seg.

1.5. I primi passi verso la riforma sanitaria e la legge n.431 del 18 marzo 1968 (c.d. Legge Mariotti)

Dopo l'entrata in vigore della Costituzione italiana e del conseguente periodo di assestamento, a partire dagli anni Sessanta, il principale obiettivo dei riformisti è stato, non solo quello di abolire l'iniqua legislazione manicomiale ancora vigente, ma anche quello di rifiutare qualsiasi legislazione psichiatrica speciale. Quest'ultima, secondo i fautori di tale ideologia, avrebbe segnato di per sé un vallo, una diversità normativa, e quasi inevitabilmente uno stigma nei confronti dei malati di mente, rispetto ai degenti di altro tipo. Tale traguardo divenne raggiungibile nella seconda metà degli anni Settanta per due concomitanti e rilevanti fattori.

Il primo, il più determinante, fu costituito dall'avvio del globale processo di riforma della sanità italiana, per cui il Parlamento, al fine di superare esclusioni, separazioni e disuguaglianze, pose mano all'elaborazione e alla definizione di un sistema globale e unitario, aperto in condizioni di eguaglianza a tutti i cittadini, che superasse la logica corporativa e assicurativa del mutualismo: il Servizio Sanitario Nazionale.⁷²

Il secondo evento, anch'esso peraltro rilevante, fu costituito dallo sviluppo e dal consolidamento di straordinari progressi nella terapia delle psicosi, i quali, rendendo meno severe le prognosi ed attenuando l'entità e la

⁷² *Atti del Convegno nazionale di studio per la riforma della legislazione sugli ospedali psichiatrici*, Milano, 1955, pag. 770, cit. da RABAGLITTI G., *Manicomi*, in *Novissimo Digesto*, vol. X, Torino, 1957, pagg. 180 e seg. Vedi anche UGOLOTTI F., *I vecchi manicomi italiani*, in *Note e Riv. Psichiat.*, N.76, 1977, pagg. 46 e seg.; del medesimo autore ID., *L'assistenza agli infermi di mente in Italia*, Pesaro, 1967, pagg. 76 e seg.

durata delle manifestazioni morbose più gravi, erano riusciti nell'arduo compito di smorzare le dinamiche di repulsione della pubblica opinione nei confronti dei malati di mente.⁷³

Ma tutto ciò probabilmente non sarebbe risultato comunque sufficiente a creare le basi per una vera riforma se la temperie culturale, sociale e politica di quegli anni non avesse favorito la convergenza di forze e di persone, di diversa provenienza ed estrazione, su comuni obiettivi di civile progresso.

Per quanto concerne il superamento dei manicomi, tale tendenza certamente contribuì a creare le condizioni per includere, sin dai primi mesi del 1977, nel testo del disegno di legge sull'istituzione del Servizio Sanitario Nazionale, l'abrogazione della legge manicomiale del 1904.⁷⁴

Negli anni Sessanta erano già nate le prime case famiglia e le comunità alloggio per gli ex-degenti; inoltre vi era già stato un tentativo di riforma con la legge 431 del 1968 varata dal Ministro Marotti, ma questa non aveva sostanzialmente intaccato l'impianto della legge 36 del 1904.⁷⁵

⁷³ MANACORDA A. - MONTELLA V., *La nuova psichiatria in Italia, esperienze e prospettive*, Milano, 1977, pag.143 e seg.

⁷⁴ FERRO F.M., *Note per una storia dei manicomi in Italia*, in *Giorn. Stor. Psicol.Dinam.*, 1978, pagg.161 e seg. Inoltre vedi DE BERNARDI A., *Malattia mentale e trasformazioni sociali*, in *Follia, psichiatria e società. Istituzioni manicomiali, scienza psichiatrica e classi sociali nell'Italia moderna e contemporanea*, Milano, 1982, pagg.11 e seg.; COSMANCINI G., *Medici nella storia d'Italia*, Roma - Bari,1996, pagg. 70 e seg.

⁷⁵VECCHIETTI A.M., *Salute mentale e riforma sanitaria*, Milano, 1983, pagg.25 e seg. Come sottolineato dall'autore in modo sintetico, ma al contempo esauriente, il principale merito di tale legge fu quello di restituire potenzialmente l'infermo di mente alla medicina, limitando la funzione custodiale del manicomio ed esaltandone al contrario il fine terapeutico.

Erano passati quasi sessant'anni da quest'ultima, anni in cui si erano fatti sempre più evidenti i limiti della normativa e della disciplina vigente rispetto alla realtà psichiatrica.⁷⁶ Forte delle potenzialità terapeutiche connesse con l'introduzione negli anni Cinquanta con gli psicofarmaci, la scienza psicopatologica intravedeva finalmente nuove possibilità di trattamento,

Ecco che, sulla scia di ciò, si prevede anche la creazione di centri e servizi di igiene mentale con funzioni preventive, specie nella fascia pediatrica della popolazione, e curative per tutti coloro che ne avessero bisogno e ne facessero richiesta volontaria. Si faceva lentamente strada l'idea di una cura territoriale del malato di mente con lo scopo di non allontanarlo dal suo ambiente sociale e di risparmiargli, per quanto possibile, il manicomio.

Il malato di mente si vedeva così riconosciuto il proprio diritto, costituzionalmente sancito dall'art. 32 Cost., ad essere curato da quella che smetteva di essere considerata un'infamia, per essere finalmente riconosciuta come una malattia. Si smise quindi di ritenere la pazzia come una disgrazia ineluttabile e assolutamente incurabile, e il malato come un potenziale criminale da isolare dalla comunità, e si iniziò a considerare la prima come una malattia da prevenire e da curare, e il secondo come persona di cui prendersi cura nel rispetto della sua dignità. Sintomatico del cambiamento di vedute fu anche l'abolizione dell'iscrizione dei ricoveri nel casellario giudiziario del malato.

Un aiuto a vedere le cose in questa maniera venne certamente dalla scoperta degli psicofarmaci, con la proprietà di ridurre l'eccitazione violenta dei pazienti, e dalle nuove teorie di psicoterapia individuale e di gruppo: da metodi di cura insomma che tendessero alla riabilitazione del soggetto e alla ricostruzione della sua personalità, a dispetto dell'elettroshock, della segregazione e di tutti quei trattamenti che, al contrario, distruggevano la personalità dell'individuo. La legge 431 non si espose in merito al problema della chiusura dei manicomi ed al loro superamento tramite forme di assistenza psichiatrica alternativa. In sostanza non ci fu una vera rivoluzione del sistema psichiatrico, ma non si può negare che tale legge fu l'inevitabile testa di ponte per la successiva legge 180: infatti, come commenta Vecchietti, *"la logica del rispetto della personalità, della libertà, e del diritto alla tutela della salute, fu affermata in modo irreversibile e segnò la via alle successive revisioni legislative"*.

⁷⁶ DE BERNARDI A., *Follia, psichiatria e società. Istituzioni manicomiali*, Milano, 1982, pagg. 167 e seg. e anche COSMACINI G., *Storia della medicina e della salute in Italia*, Bari, 1987, pag. 143 e seg.

proclamando finalmente il tramonto del concetto di ineluttabilità della malattia mentale.

Tale mini-riforma, rubricata “Provvidenze per l’assistenza psichiatrica”, mirava – pur introducendo solo parziali modifiche alla L.n.36/1904, e non globali e abroganti novità – a innovare l’organizzazione interna dei manicomi, i quali venivano così ad assumere la denominazione ufficiale di “Ospedali psichiatrici” in assimilazione a quella di “Ospedali civili”. La malattia mentale diventava così questione sanitaria, non più di ordine pubblico, con relativo luogo di cura ad essa adibito. Il malato riacquistava dignità e veniva equiparato alle altre categorie di malati e gli veniva altresì riconosciuta la capacità di esprimere un consenso valido alla cura.

Inoltre la c.d. Legge Marotti statuiva l’istituzione dei c.d. “Centri di Igiene Mentale”, tutt’ora presenti sul territorio, finalizzati ad offrire servizi di terapie ambulatoriali psichiatriche e psicoterapeutiche, alternativi alla struttura manicomiale.⁷⁷ L’intenzione era di creare centri che svolgessero

⁷⁷ F., *L’istituzione negata*, TORINO, 1968, *passim* .e anche CANCRINI M. G. - HARRISON L., *La trappola della follia*, Roma, 1983, pagg. 67 e seg. La legge del 1968 introduce la possibilità del ricovero volontario su richiesta del malato e favorisce, mediante l’istituzione dei Centri di Igiene Mentale il reinserimento sociale del malato mentale. Nell’art. 3 della legge 431 del 1968 si fa esplicita menzione ai C.I.M. considerati tuttavia servizi subordinati all’ospedale psichiatrico e aventi funzione di deospedalizzazione e di trattamento dei dimessi. La stessa composizione degli organici dei centri e dei servizi di igiene mentale denota la volontà del legislatore di creare una struttura idonea ad assicurare all’infermo di mente o al disturbato psichico un complesso di cure che possano agevolare il pieno reinserimento nel tessuto della società. Si tratta quindi di una struttura di sanità pubblica, affidata agli enti locali, sorta al fine di costituire una reale alternativa all’Ospedale Psichiatrico ma non destinata a contrapporsi frontalmente a quest’ultimo.

funzione preventiva e al contempo di recupero e reinserimento sociale degli ex-internati. A tale scopo l'organico doveva essere composto, oltre che da medici-psichiatri, anche da esperti in psichiatria infantile, psicologi, assistenti sociali, assistenti sanitari. Ma ovviamente si incontrarono delle enormi difficoltà a tradurre in realtà tale progetto legislativo.⁷⁸

Si prevedeva poi la possibilità di ricoveri volontari, indipendenti da alcuna segnalazione degli organi di polizia, e la trasformazione dei ricoveri coatti in volontari. Nel caso di ammissione volontaria, in particolare, l'innovazione più significativa risiedeva nel fatto che in tali casi *“non si applicavano le norme vigenti per le ammissioni, la degenza e le dimissioni dei*

⁷⁸ Alcuni esperti sottolineano comunque l'accezione positiva della riforma. Vedi ad es. su <http://www.psychiatryonline.it/>, il parere dello psichiatra Elidoro Novello il quale fa presente come l'istituzione dei Centri di Salute Mentale, pure affidati alle amministrazioni provinciali contribuisse, poi, decisamente a facilitare le dimissioni. Ma, al contempo, l'autore fa rilevare come l'applicazione di questa legge abbia trovato, purtroppo, interpretazioni differenziate a livello di amministrazioni provinciali ed una diversificazione dell'impegno da parte del personale medico anche in rapporto alla scelta del tempo pieno o del tempo definito nella prestazione istituzionale.

Comunque il cospicuo aumento della dotazione di personale medico, il suo maggior impegno nell'istituzione, la contemporanea istituzione di Cliniche Psichiatriche Universitarie autonome, sedi di specifica preparazione specialistica, oltre ad incrementare l'assistenza, favorì una netta crescita culturale fra i medici. Mentre per gli infermieri le resistenze di tipo sindacale non consentirono di avviare una idonea qualificazione attraverso l'aumento del livello di scolarità di base e una adeguata preparazione professionale specifica.

Laddove amministratori e psichiatri furono aperti e pronti nell'applicare i nuovi dettami legislativi si aprì, veramente, una nuova stagione per l'assistenza psichiatrica con riferimento sostanzialmente a due filoni culturali: quello che si richiama all'esperienza francese del "settore" psichiatrico e quello che si richiamava alle esperienze inglesi di Maxwell Jones di cui pioniere fu F. Basaglia, padre della successiva riforma. Per l'esperienza di settore furono luoghi di riferimento in particolare Varese, Padova e Firenze.

ricoverati di autorità".⁷⁹ In pratica un soggetto ammesso volontariamente al ricovero poteva in qualsiasi momento richiedere, sotto la propria responsabilità, di essere dimesso.⁸⁰

Veniva così riaffermato il diritto del malato di mente di tornare ad essere gestore della propria salute. D'altra parte si consolidava in questo modo, ancora una volta, l'esistenza di due distinte tipologie di persone, identificabili questa volta non più, o meglio non solo, sulla base del luogo di ricovero: chi rimaneva nell'ambito sanitario, per definizione legale, era "malato", chi ne restava fuori semplicemente "assistito". Quindi solo a proposito dei primi si parlava ancora legittimamente di cura.⁸¹

Tuttavia vi è da dire che, invero, il regime di ammissione volontaria veniva concepita non come misura sostitutiva, bensì come aggiuntiva, rispetto a quella che rimaneva la principale forma di inserimento nell'istituto, ovvero l'internamento obbligatorio.

L'art.11 abrogava anche la stigmatizzante annotazione dei provvedimenti di ricovero nel casellario giudiziario, così come era previsto dal

⁷⁹ Vedi art.4 della legge n.431 del 1968. La indicata normativa ha rappresentato dunque il primo serio tentativo di rompere il cordone ombelicale che fa da raccordo tra atto di ricovero e dimissioni dall'Ospedale psichiatrico ed intervento dell'autorità giudiziaria. Rispetto quindi alle finalità istituzionali dell'ospedale psichiatrico, cioè custodia e cura dell'infermo, si privilegia l'aspetto terapeutico: l'ammalato ha la possibilità di chiedere liberamente di essere ricoverato e il sanitario si libera delle responsabilità connesse con l'attività di custodia.

⁸⁰ DURANTE MARANGONI E. - FERRARI M., *L'evoluzione della legislazione psichiatrica*, Padova, 1983, pagg. 75 e seg.

⁸¹ VOLTERRA V. - DONNINI G., *Legislazione psichiatrica*, a cura di VOLTERRA V., in PANCHERI P. - CASSANO G.B., *Trattato italiano di psichiatria*, vol. III, Milano, 1993, pagg. 2808 e seg.

regime precedente dell'art. 604 c.p.p. Non si associava più il malato di mente al delinquente, rompendo così con la tradizionale concezione lombrosiana, rimasta per lungo tempo inveterata. Ma, anche qui, bisogna far presente che contemporaneamente a tale previsione, veniva introdotto il relativo obbligo di segnalazione all'autorità di pubblica sicurezza, rendendo così meno liberale e innovativa la nuova disciplina.⁸²

Sembrava, a onor del vero, l'alba di una rivoluzione, ma in realtà non successe nulla di eccezionalmente nuovo: l'impianto originario rimase il medesimo vigente in precedenza, come del resto stabiliva la legge stessa.

Tale normativa si coordinò in qualche modo con il successivo D.P.R. n.128 del 1969 titolato "Ordinamento interno dei servizi ospedalieri" con cui si era appunto disposto il rinnovamento interno e la ristrutturazione di queste.⁸³

Questi furono, a grandi linee, il quadro generale della situazione del manicomio civile e le nuove prospettive della psichiatria che andavano via via diffondendosi. Come del resto era già avvenuto in passato, le sorti di questo tipo di istituzione influenzarono certamente anche il destino del "confratello" manicomio giudiziario, che da lì a poco avrebbe mutato il proprio nome in "ospedale psichiatrico giudiziario", terminologia tutt'ora vigente.⁸⁴

⁸² MEZZINA R. - VIDONI D. - MICELI M., *Crisi psichiatrica e sistemi sanitari*, Torino, 2005, pag. 344 e seg. e assolutamente indispensabile per una conoscenza approfondita e appropriata di questi temi BASAGLIA F., *L'istituzione negata*, Torino, 1968, *passim.*; e sempre dell'illustre psichiatra BASAGLIA F., *Scritti*, Torino, 1981, *passim.*

⁸³ GIANCANELLI F., *Per una storia sociale della psichiatria italiana*, in *Il Pensiero Scientifico*, Roma, 1978, pagg. 67 e seg.

⁸⁴ BASILE T. - FASSONE E. - TUCCILLO G., *La riforma penitenziaria*, Napoli, 1987, pagg. 131 e seg. Inoltre DI GENNARO G., BONOMO M., BREDA R.,

1.6. La riforma dell'ordinamento penitenziario: la legge n. 354 del 26 luglio 1975

Agli inizi degli anni Settanta iniziarono a farsi sempre più accesi i dibattiti sulla natura improba e disumana dei manicomi giudiziari. Frattanto si erano susseguiti numerosi convegni e riunioni dei principali esperti in materia, i quali avevano messo in luce gli aspetti più critici delle misure di sicurezza psichiatriche, tentando nuove proposte e soluzioni alternative alla questione dei “rei folli”.⁸⁵

Ma la vera scossa all'opinione pubblica fu data dalla notizia della morte di Anna Maria Bernardini. All'ospedale di Pozzuoli, il decesso per ustioni della donna, fu riportato all'autocombustione del materasso sintetico

op.cit., pagg. 45 e seg., DI GIROLAMO F., *Osservazione e trattamento penitenziario*, in *Principi fondamentali di Medicina Penitenziaria*, n° 11, 1988, pagg. 90 e seg.; FRANZIA A., *L'assistenza psichiatrica come emergenza sanitaria. Stato attuale e prospettive di riforma*, in *Rassegna italiana di Criminologia*, 1992, pagg. 241 e seg.; LICCIARDELLO O., *Ruolo e possibilità operative dello psicologo all'interno del carcere*, in *Rassegna penitenziaria e criminologica*, 1989, pagg. 673. SICA G., CICCIONI P.M., *Funzioni sanitarie e trattamentali nell'ambito delle istituzioni penitenziarie*, in *Principi fondamentali di Medicina Penitenziaria*, n° 19, 1990, pagg. 36 e seg. SOLIVETTI L., *Società e risocializzazione: il ruolo degli esperti nelle attività di trattamento rieducativo*, in *Rassegna penitenziaria e criminologica*, 1983, pagg. 259 e seg.

⁸⁵ MANACORDA A., *op.cit.*, pagg. 132 e seg. L'autore offre anche una lunga bibliografia da consultare per avere un'idea più precisa e diretta dei dibattiti dell'epoca. Vedi ad esempio: CELENTANO P., *Ancora sulla cosiddetta fungibilità tra pene e misure di sicurezza*, *Atti del simposio sui problemi attuali del manicomio giudiziario di Castiglione delle Stiviere*, in *Riv. sper. freniatria*, 1972; CAPPELLI I., *Il problema del manicomio giudiziario*, *ivi*; MARGARA A., *Funzionamento del manicomio giudiziario*, *ivi*; DE MARCO L., *Il sistema penale del doppio binario*, *Relazione all'VII convegno nazionale dei Comitati d'azione per la giustizia*, in *Quale giustizia?*, 1971, pagg. 475 e seg.; SANNA E., *Inchiesta sulle carceri*, Bari, 1970.

su cui era stata legata, da almeno quattro giorni, dai medici curanti e dai custodi del manicomio giudiziario in cui risultava essere da tempo addietro ricoverata.⁸⁶

La vicenda fece affiorare tutti i soprusi, le ingiustizie, i metodi oppressivi e le condizioni disumane a cui venivano sottoposti tutti coloro che, per motivi più o meno rilevanti, finivano per essere rinchiusi in un manicomio giudiziario. Tutta l'opinione pubblica democratica e gli organi di stampa chiesero così ripetutamente che si arrivasse a superare il sistema dei manicomi giudiziari. Anche in Parlamento vi furono numerosi interrogazioni e interpellanze sul tema.⁸⁷

Si insediò pertanto una commissione che al termine dei lavori nella primavera inoltrata del 1974 formulò una prima proposta. In questa si proponeva un travaso di parte delle funzioni dei manicomi giudiziari a quelli civili. Ma tale idea risultava del tutto fuori luogo in un periodo, come quello che abbiamo descritto nel precedente paragrafo, che metteva in discussione la stessa presenza della istituzione manicomiale e della sua relativa valenza terapeutica. Inoltre tale progetto non stilava alcuna riforma della disciplina normativa della materia, il che complicava al posto di semplificare il quadro

⁸⁶ MANACORDA A., *op.cit.*, pagg.9 e seg.

⁸⁷ Numerosi furono gli articoli dedicati al caso dalle principali testate, vedi ad esempio: PAGLIA A., *Legata al letto muore bruciata nel manicomio di Pozzuoli*, in *Il mattino*, 5/1/1975. MUOJO A., *Il caso della donna arsa viva: accuse ai manicomi criminali*, in *La Stampa*, 8/1/1975. Dello stesso giornalista anche *La verità sul manicomio di Pozzuoli*, in *Avanti!*, 8/1/1975.

generale presente, limitandosi unicamente e irrealisticamente a sopprimere i manicomi giudiziari.⁸⁸

Del resto il governo nei primi mesi del 1975 non espresse alcun impegno per un superamento di tali strutture. Ciò a cui si mirava era, invece, un loro migliore funzionamento, senza ‘incidenti’ e disonorevoli ‘scandali’. In particolare, si era espresso in tale direzione, il Ministro di Grazia e Giustizia.⁸⁹

Per questo e altri motivi tale proposta fu archiviata e si preferì in qualche modo ricomprendere il problema irrisolto nella legge di riforma penitenziaria.

Prima di questa intervenne però la sentenza della Corte Costituzionale n.110 del 23/4/1974, che dichiarò illegittimo l’art.207 c.p. nella parte in cui riservava al guardasigilli la revoca anticipata della misura di sicurezza.⁹⁰ Si

⁸⁸ NEPPI MODONA G., *op.cit.*, 1976, n. 2-3, pag. 319.

⁸⁹ FASSONE E., *La pena detentiva in Italia dall'800 alla riforma penitenziaria*, Bologna, 1980, pag.158 e seg. e anche BREDA R., *Ordinamento penitenziario e misure alternative alla detenzione*, Milano, 1980, pagg. 33 e seg.

⁹⁰ ARATA R. - AZZARA' L. S. , in BANDINI T. - LAGAZZI M., *op.cit.*, pagg. 22 e seg. La Corte Costituzionale, più volte sollecitata a intervenire sulla legittimità delle presunzioni legali in tema di pericolosità, ne ha affermato per lungo tempo in linea di principio la costituzionalità, colpendo però le singole presunzioni fino ad erodere l'intero sistema. In particolare la sentenza n.110 del 1974 ha dichiarato illegittimo l'art.207 comma 2 e comma 3, attribuendo così al giudice di sorveglianza la facoltà di riesaminare la pericolosità sociale della persona sottoposta a misura di sicurezza e di revocare la misura stessa quale fosse il tempo trascorso dall'inizio dell'esecuzione. In realtà tale sentenza è stata oggetto di duplice interpretazione: in un primo senso si è ritenuto che autorizzasse il riesame e l'eventuale revoca prima che fosse decorso il periodo minimo di durata ma dopo l'effettivo inizio della sua esecuzione, c.d. revoca anticipata. Nel secondo, invece, si è ritenuto che la autorizzasse in qualunque momento e, quindi, anche prima che la misura avesse iniziato la sua concreta esecuzione, c.d. revoca previa. Tale visione in particolare quella supportata dalla

voleva così evitare di trattenere ancora in carcere quella percentuale della popolazione dei manicomi giudiziari che ormai aveva cessato di essere socialmente pericolosa. Fu infine attribuito al giudice di sorveglianza la facoltà di revocare la misura di sicurezza anche prima che fosse decorso il periodo minimo stabilito per legge.⁹¹

Come prevedibile, tale decisione rappresentò un enorme passo in avanti verso il superamento di quella che rimaneva ancora, sotto molti aspetti, un'istituzione totale. Ma degli interventi della corte parleremo in maniera più approfondita nel capitolo espressamente riservato a ciò.

Tutti questi eventi e il clima in generale influenzarono in maniera piuttosto determinante la tanto attesa riforma penitenziaria. La legge n.354 del 1975 e il successivo regolamento di esecuzione contenuto nel D.P.R. n.431, furono impregnate da tale carattere di denuncia, ancora più il secondo degli atti normativi rispetto al primo.⁹²

Cassazione, vedi la pronuncia del 22 marzo 1977 in *Foro it.*, Rep. 1978, voce Misura di sicurezza, n.31.

Ricordiamo, peraltro, che c'era già stato un primo intervento della Corte Costituzionale, in merito all'abolizione della presunzione di pericolosità. Esso concerneva in particolare il caso del minore non imputabile. Tale presunzione venne appunto tacciata di incostituzionalità e quindi cassata con sentenza della Corte il 20 gennaio del 1971 con sent. n.1. Vedi *Gur.cost.*,1971,1, con nota di VASSALLI G., *La pericolosità presunta del minore non imputabile*, *ivi*, 3.

⁹¹ Corte.cost., 23 aprile 1974 n.110, *Giur.cost.*, 1973, pag.779 e seg.

⁹² CANEPA G. - MERLO S., *Manuale di diritto penitenziario*, Milano, 1996, pag.103 e seg. e anche CASAROLI G., *Misure alternative alla detenzione*, in *Digesto Penale*, Torino, 1994, pag.786 e seg. FLORA G., *Le nuove norme sull'ordinamento penitenziario*, Milano, 1987, pagg.403 e seg. IOVINO F.S., *Osservazioni sulla recente riforma dell'ordinamento penitenziario*, in *Cassazione Penale*, 1993,pag.235 e seg.

Il manicomio giudiziario tramuta definitivamente il suo nome in “ospedale psichiatrico giudiziario”, come avevamo già anticipato. Si consente all’internato al possibilità di trascorrere parte del giorno fuori dall’istituto per partecipare ad attività lavorative, istruttive o comunque utili al reinserimento sociale: si introduce il cosiddetto regime di “semi-libertà” anche per gli internati, con meno limitazioni rispetto ai semplici condannati. Anche se in pratica tale previsione trovò scarso rilievo pratico, dal momento che non sempre l’internato si trovava in un OPG nelle vicinanze del suo luogo di residenza.⁹³

Altro aspetto di novità consistette nel fatto che ogni carcere, oltre a un servizio medico legale, contemplasse uno specialista in psichiatria⁹⁴. Ma in

⁹³ Vedi a tal proposito: GREVI V., *Magistratura di Sorveglianza e misure alternative alla detenzione nell’ordinamento penitenziario: profili processuali*, in BRICOLA F., *Il carcere riformato*, Bologna, 1977, pag. 265, nonché GREVI V., *Magistratura di Sorveglianza e misure alternative alla detenzione nell’ordinamento penitenziario: profili processuali*, in C.N.P.D.S, *Pene e misure alternative nell’attuale momento storico*, Bologna, 1978, pag. 103 e seg.

⁹⁴ DI GENNARO G. - BONOMO M. - BREDA R., *Ordinamento penitenziario e misure alternative alla detenzione*, Milano, 1980, pag.309 e seg. La norma in questione è stata autorevolmente commentata dagli autori nel seguente modo:

“E’ interessante ricordare che la previsione dell’ultima parte del primo comma, circa l’obbligatorietà che ogni istituto disponga di almeno un esperto in psichiatria, deriva direttamente dalle Regole minime – Reg. ONU, reg.21 Consiglio d’Europa - le quali presuppongono la presenza di anormali mentali anche in istituti ordinari. Rappresentanti di sistemi penitenziari considerati molto avanzati, quali gli svedesi, hanno contestato la validità della generalizzazione fatta dalle Regole minime. Viceversa il legislatore italiano ha voluto adeguarsi ad esse, indotto a ciò dalla considerazione che l’anormalità mentale può manifestarsi ovunque.”

Il commento è risultato però poco convincente. E’anzitutto interessante il richiamo alle *Regole minime per il trattamento dei detenuti* adottate dall’ ONU nel 1955. Bisogna far notare che in molti punti la legislazione italiana risulta meno avanzata

realtà lo psichiatra diveniva così, più che un tecnico al servizio del detenuto, un ulteriore e più raffinato ausilio alle esigenze di mantenere ordine e disciplina negli stabilimenti.

Questo era pressoché ciò che di nuovo prevedeva la legge penitenziaria, mentre il regolamento introduceva elementi di novità più interessanti. La norma più importante in particolare prevedeva che:

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

*Nei confronti dei detenuti e degli internati ricoverati presso gli ospedali psichiatrici civili, si applicano tutte le norme di legge e di regolamento, previste per le loro categorie giuridiche di appartenenza”.*⁹⁵

Si intendeva con tale norma la possibilità di avvicinare gli internati alle regioni di residenza, ma l’obbiettivo era soprattutto di alleggerire

delle regole ONU del 1955. Per fare un esempio, si noti che le Regole minime prevedono che “ogni detenuto possa usufruire delle cure di un dentista qualificato”. Di questa norma non vi è traccia nella legge italiana. E allora , perché lo psichiatra in ogni carcere, e non il dentista, o l’ortopedico, o qualche altro tipo di specialista? Si può invece concordare con Di Gennaro e collaboratori sulla più che ovvia “considerazione che l’anormalità mentale può manifestarsi ovunque”. Ma la vera finalità della norma è un’altra. Si è voluto evitare il ricorso indiscriminato all’invio in manicomio di detenuti per osservazione psichiatrica, così da sfoltire la popolazione del manicomio stesso, e da restituirlo in modo più funzionale alla sua destinazione e al luogo dove sono reclusi i prosciolti.

⁹⁵ Vedi art. 100 D.P.R. 29/4/1976 n.431

finalmente la gestione dei manicomi giudiziari, in modo che essi potessero operare meglio e in modo più incisivo.

I giuristi e in particolare i magistrati di sorveglianza vedevano in maniera molto positiva il passaggio dal manicomio giudiziario a quello civile, proprio in funzione della possibilità di svuotare i primi.⁹⁶

Di parere contrario risultò invece il mondo della psichiatria. Da un lato, perché riteneva che così i controlli dell'autorità giudiziaria avrebbero intralciato la gestione del manicomio civile comune, mentre dall'altro giudicava i "folli-rei" in qualche modo più pericolosi dei "folli civili". Inoltre una buona parte criticava in senso assoluto l'intero sistema manicomiale.⁹⁷

Ancora una volta mondo del diritto e psichiatria venivano a trovarsi in conflitto invece che in armonia. Ad ogni modo, risulta palese che il problema persisteva, anche se nel frattempo ha mutato nome, non più manicomio giudiziario bensì "ospedale psichiatrico giudiziario". Una sorta di anestetico

⁹⁶ Numerosa e ricca la bibliografia in materia, vedi: PADOVANI T., *L'ospedale psichiatrico giudiziario e la tutela acostituzionale della salute. Il Tommaso Natale*, Torino, 1978, pag. 865 e seg. e anche MARGARA A., *Magistratura di sorveglianza*, in VASSALLI G., *Dizionario di diritto e procedura penale, op. cit.*, pp. 608-609, nonché VASSALLI G., *Relazione. Parte prima. Considerazioni generali sulle attività degli uffici di sorveglianza*, in C.S.M., *Diritto penitenziario e misure alternative*, Roma, 1979, pag. 27, e *Il magistrato di sorveglianza quale garante di conformità alla legge dell'attività penitenziaria*, in GREVI V., *Alternative alla detenzione e riforma penitenziaria*, Bologna, 1982, pag. 204.

⁹⁷ Per conoscere differenti pareri e orientamenti sulla problematica vedi: MANTOVANI F., *Il problema della criminalità*, Padova, 1984, pag. 123. E seg. e anche DAGA L., *Ospedali psichiatrici giudiziari, sistema penale e sistema penitenziario: appunti sulla funzione dell' O.P.G.*, in *Rass. Penit. Criminol.*, 1985, pag. 12. G. RUSSO, *Il manicomio giudiziario come luogo di trattamento per detenuti difficili*, in *Riv. It. Med. Leg.*, 1982, pag. 928. ZATTI P., *Infermità di mente e diritti fondamentali della persona*, in *Politica del diritto*, a. XVII, n. 3, 1986, pag. 436.

per l'opinione pubblica senza un vera e propria soluzione. E a nulla valgono le proposte di legge e i successivi dibattiti parlamentari volti a sopprimere del tutto tali realtà ormai ritenute dalla maggioranza inaccettabili.⁹⁸

1.7. La legge n.180 del 13 maggio 1978 (c.d. Legge Basaglia) e la n.833 del 23 dicembre 1978 (istituzione del SSN)

Come abbiamo potuto appurare, il periodo precedente il varo della legge 180, è storicamente contrassegnato da un grande fermento nell'area culturale psichiatrica. Questa, scrollatasi di dosso la matrice organicista che l'aveva costantemente caratterizzata fin ad allora, affrontava finalmente il problema della malattia di mente sul piano dei rapporti sociali e politici, e si faceva forte sostenitrice della lotta anti-manicomialista.⁹⁹

⁹⁸Di tale visione: MOLINARI F., *Le misure di sicurezza psichiatriche vanno abolite: questa l'opinione unanime dei giudici di sorveglianza e degli psichiatri intervenuti al Congresso di Arezzo*, in *Riv. It. Dir. Proc. Pen.*, 1980, pag. 147. MANACORDA A., *Il manicomio giudiziario: alcune note per la comprensione dei problemi attuali*, in *Foro It.*, 1980, V. 67.

⁹⁹ BASAGLIA F., *op.cit.*, *passim*. Fin dagli inizi degli anni Sessanta il movimento culturale cosiddetto "antipsichiatrico" capeggiato da Franco Basaglia iniziò un percorso di rinnovamento che, passando per la costituzione di una prima comunità terapeutica, si pose l'obiettivo di scardinare l'istituzione psichiatrica, intesa come scienza medica, ma soprattutto come strumento di controllo sociale, e sfociò nella legge 180/1978. Sostanzialmente, partendo dalla contestazione radicale dell'ideologia del controllo sociale l'ideologia antipsichiatrica si basa sui seguenti principi:

1. abrogazione della legge psichiatrica del 1904 e disconoscimento della pericolosità quale connotato proprio della malattia mentale, equiparabile ad ogni altra malattia che possa colpire l'uomo;
2. abolizione degli ospedali psichiatrici esistenti e di ogni altra possibile istituzione psichiatrica di ricovero;

-
3. un concetto di cura connotato dai caratteri della volontarietà e della territorialità, con questo ultimo termine intendendo che la terapia deve essere instaurata nell'ambiente di origine del malato, senza ricovero ospedaliero;
 4. istituzione, ex leggi regionali, di dipartimenti di salute mentale, ove si svolgano le funzioni preventive, curative e riabilitative relative alla salute mentale;
 5. limitazione dei trattamenti sanitari obbligatori per malattia mentale in condizione di degenza ospedaliera;
 6. esecuzione dei trattamenti in Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura all'interno degli ospedali generali, dotati di un numero limitato di posti letto.

Per un eventuale approfondimento sulla tematica dell'anti-psichiatria, vedi in particolare i testi dei padri storici della anti-psichiatria, gli inglesi Roland Laing e David Cooper. I testi pionieri: LAING R., *L'io diviso*, Torino, 1959, *passim*. Inoltre LAING R., *L'io e gli altri*, Firenze, 1961, *passim*. COOPER D., *Psichiatria e anti-psichiatria*, Roma, 1967, *passim*.

Questi testi, che risalgono ai primi anni Sessanta, hanno il merito di rompere violentemente con la rigidità storica della psichiatria tradizionale. Criticano la distinzione fra normalità e anormalità, negando ogni significato al termine "malattia mentale" seguendo un approccio di studio soggettivistico e inter-relazionale.

Si resta comunque in qualche modo ancorati ad un aspetto terapeutico e scientifico, e il suffisso anti-, preposto a psichiatria indica prevalentemente il suggerimento di strutture alternative anti-istituzionali e autogestite.

Sia Laing che Cooper, indipendentemente l'uno dall'altro, misero in pratica a Londra tali strutture alternative ottenendo ottimi risultati, ma vennero allo stesso tempo osteggiati violentemente dalle autorità accademiche.

Sulla situazione italiana, invece, oltre a Franco Basaglia, fautore delle battaglie anti-istituzionali che hanno condotto poi sino alla legge 180 del 13 maggio 1978, vedi anche DE BERNARDI A., *Follia psichiatria e società. Istituzioni manicomiali, scienza psichiatrica e classi sociali nell'Italia contemporanea*, Milano, 1982. Un'altra ricerca specifica dello storico, sullo sviluppo storico dell'ideologia manicomiale in un particolare territorio è DE BERNARDI A., DE PERI F., PANZERI L., *Tempo e catene. Manicomio psichiatria e classi subalterne. Il caso milanese*, Milano, 1980.

Il 13 maggio del 1978, come già anticipato, è stata approvata, a larga maggioranza, la legge 180 denominata “Norme per gli accertamenti ed i trattamenti sanitari volontari e obbligatori”.¹⁰⁰

Premesso che nella norma in questione non vi è il benché minimo riferimento ai manicomi giudiziari – ormai OPG con la riforma dell’ordinamento penitenziario del 1975¹⁰¹ – tale normativa ha portato un radicale mutamento nell’ambito della cura delle malattie e dei disturbi mentali, perché ha spostato l’attenzione sulla malattia, sul malato, sulla risposta istituzionale messa in atto, cioè al servizio, alle sue risorse, al modo con cui si identifica la malattia.¹⁰²

¹⁰⁰ Per eventuali commenti più dettagliati sulla legge 180: AA. VV., *L'impatto della legge 180 nella cultura nazionale ed internazionale*, in CENDON P., *Un altro diritto per il malato di mente*, Napoli, 1988, pag. 52 e seg. Sempre inserito nello stesso testo anche ACCATTATIS V., *L'impatto della legge 180 nell'ordinamento italiano*, *op.cit.*, pag.32 e seg. BUSNELLI F.D., BRECCIA U., *Il diritto alla salute*, Zanichelli, Bologna, 1979, *passim*; CAPPARONI A., *Intervento alla tavola rotonda sul tema: "Evoluzione del concetto di malattia mentale e suoi risvolti in riferimento alla legge 180"*, in Atti e memorie dell'Accademia di Storia dell'arte sanitaria n° 38, 2, 1982,pag.73 e seg.; FORNARI U., *Il trattamento del malato di mente e la legge 180/78: aspetti psichiatrico-forensi e medico-legali*, in *Rivista Italiana di Medicina Legale* n.VI, 1984,pag.65 e seg.; VOLTERRA V., *Brevi considerazioni sulla legge n. 180 del 13 maggio 1978 sugli accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori*, in Note e Riviste di Psichiatria n. 71,1978, pag. 99 e seg.; VOLTERRA V., DONNINI G., *Legislazione psichiatrica*, in PANCHERI P. - CASSANO G.B., *Trattato italiano di psichiatria*, Vol. III, Masson, 1992, *passim*.

¹⁰¹ Vedi nota 82 a pag.64

¹⁰² MANNA A., *op.cit.*, pag. 87. L’autore, dopo aver messo in risalto il prevalere, nella concezione di riforma, di esigenze opposte a quelle legate alla tutela dell’ordine pubblico, in particolare la cura dei pazienti, e il rispetto della loro dignità e la libertà di autodeterminazione, si concentra sulla diversità di trattamento tra “*mentally ill*” e “*mentally ill offender*”, differenziazione che prima si rivelava meno accentuata. L’autore ipotizza che tale aspetto sia il frutto più di un mancato coordinamento fra la

L'accertamento e trattamento delle malattie mentali diventa di fatto volontario, in base a tale normativa. Soltanto in particolarissime situazioni, la persona può venire sottoposta a una procedura obbligatoria, e comunque, anche in tale eccezionale caso, "nel rispetto della persona e dei diritti civili e politici, compreso per quanto possibile il diritto alla libera scelta del medico e del luogo di cura".¹⁰³

Si tratta del cosiddetto procedimento del trattamento sanitario obbligatorio – in sigla TSO – il quale mette pienamente in luce i punti fondamentali della legge: questa infatti può essere adottata "solo se esistano

legge n.180 e le corrispondenti disposizioni del codice penale, che di una precisa volontà del legislatore. Da qui le perplessità di ordine costituzionale, per il mancato rispetto del principio di uguaglianza. In altri termini, secondo Manna, la legislazione improntata alle esigenze terapeutiche, se valeva per gli infermi di mente, non poteva non valere per coloro che, in tal stato, avessero commesso un reato, causato dalla malattia e non certo dalla capacità di autodeterminarsi.

¹⁰³ Vedi art.1 della Legge n.180 del 1978. In particolare per quanto concerne il TSO vedi GRECO O. - CATANESI R., *op.cit.*, pagg.17 e seg. Secondo gli autori la volontarietà del trattamento costituisce uno dei due cardini fondamentali della legge. Nello spirito di questo principio si ribadisce che anche in caso di trattamento sanitario obbligatorio, è compito dei sanitari mettere in atto ogni iniziativa rivolta ad assicurare il consenso e la partecipazione di chi vi è obbligato.

Cambiano sostanzialmente anche i presupposti necessari per attuare un trattamento obbligatorio in regime di degenza ospedaliera. Greco e Catanesi tracciano anche uno schema sintetico di quegli elementi che sostituiscono in concomitanza il principio di "pericolosità a sé e agli altri":

- 1- Presenza di alterazioni psichiche di entità tale da richiedere interventi terapeutici urgenti.
- 2- Rifiuto di accettarli da parte dell'infermo.
- 3- Impossibilità di poter adottare misure sanitarie egualmente idonee in ambito extra-ospedaliero.

Si riafferma, in definitiva, la priorità assoluta del fine terapeutico su qualsiasi istanza di controllo: un provvedimento limitante la libertà individuale potrà essere attuato solo nell'interesse dello stato di salute del paziente e non per prevenire eventuali reati. In tale ottica gli interventi sono disposti dal sindaco in qualità di autorità sanitaria e non di pubblica sicurezza.

alterazioni psichiche tali da richiedere urgenti interventi terapeutici, se gli stessi non vengano accettati dall'infermo e se non vi siano le condizioni e le circostanze che consentano di adottare tempestive ed idonee misure sanitarie extraospedaliere".¹⁰⁴

Tale carattere di eccezionalità risalta il ruolo centrale della malattia all'interno della visione della nuova normativa, o meglio l'attenzione alla malattia, e il dovere del medico di agire in senso terapeutico, facendosi carico della salute psichica della persona, invece che della difesa della società. E' palese il completo rovesciamento rispetto alla concezione del precedente codice Rocco. Trattasi invero di una "Rivoluzione Copernicana", che portava in grembo la capacità di demolire dalle fondamenta il paradigma dell'internamento, costruito sulla presunzione di pericolosità del malato mentale.¹⁰⁵

Si nega così una volta per tutte il pregiudizio anacronistico e invalidante della pericolosità implicita, e invariabilmente connessa alla

¹⁰⁴ Art.2 della legge 180/1978.

¹⁰⁵ ARATA R. - AZZARA' L.S., in BANDINI T. - LAGAZZI M., *op.cit.*, pag. 272 e seg., La legge 180 ha cambiato la definizione di folle, che non è più "chi è pericoloso a sé o agli altri o è di pubblico scandalo", come nella precedente legge del 1904, ma ora la definizione di disturbo psichico è una definizione solo di carattere medico, non più facente riferimento al concetto di pericolosità. Inoltre, la distinzione sostanziale tra le due leggi sta nel fatto che, mentre il legislatore del 1904 affidava all'internamento la funzione di colmare i bisogni di sussistenza degli infermi, sopprimendo peraltro i diritti dei suoi portatori, e difendere gli interessi della collettività sociale, occultando quelli delle sue fasce marginali, il legislatore della 180 affida ai servizi pubblici il compito di mediare tra tali necessità.

malattia mentale, difatti la parola stessa “pericolosità” scompare completamente dal testo di legge.¹⁰⁶

Inoltre non spetta affatto al magistrato o alle forze di polizia disporre una cura o un internamento; rimane di qualche autorità solamente la figura del giudice tutelare, al quale viene assegnato il compito di vigilare su eventuali abusi nell'applicazione della legge, a difesa della persona vigilata.¹⁰⁷

E' quindi possibile affermare che nel momento in cui il sindaco ordina il ricovero obbligatorio proposto dal medico, si forma una decisione concernente un dovere etico di cura e un obbligo giuridico di tutela della salute di un cittadino, ma non si pone affatto più una finalità di difesa sociale.

Ciò risulta ancora più evidente nel momento in cui diventa un dovere preminente del medico adottare tutte le iniziative opportune volte ad assicurare il consenso della persona, inizialmente soggetta ad un trattamento

¹⁰⁶ CANOSA R., *op.cit.*, pagg. 140 e seg. L'autore fa rilevare, in particolare, come la novità della legge s'incentri, soprattutto, sulla scomparsa del concetto giuridico di pericolosità del malato mentale, da cui si deduceva la necessità di custodirlo e quindi di violentarlo e reprimerlo. E in secondo luogo sul capovolgimento dell'ottica tradizionale della psichiatria, la quale si trova, per la prima volta, in condizione di affrontare colui che soffre di disturbi psichici, senza lo schermo della pericolosità e della custodia.

¹⁰⁷ Sulla figura del giudice tutelare e per un'analisi più dettagliata delle procedure: AA. VV., *Problemi attuali in materia di trattamento sanitario obbligatorio*, in CENDON P., *op.cit.*, Napoli, 1988, pagg. 45 e seg. Nella stessa raccolta anche GIANNICHECKDA M.G., *Il consenso del malato di mente al trattamento: Verso una riformulazione del contratto terapeutico*, in CENDON P., *op.cit.*, pagg. 34 e seg. Utile anche BUZZI F., *Questioni medico-legali e profili di responsabilità nel trattamento sanitario obbligatorio del malato di mente*, in *Archivio di Medicina legale e delle Assicurazioni*, 1985, pagg. 7 e seg. PIZZI A., *malattie mentali e trattamenti sanitari*, Milano, 1978, *passim*. REALDON A., *Problemi interpretativi, pratici e burocratici suscitati dalla legge sui trattamenti sanitari obbligatori dei malati di mente*, in *Rivista Italiana di Medicina Legale*, II, 1980, pagg. 55 e seg.

sanitario obbligatorio. La risposta del servizio psichiatrico interviene solo nel momento in cui non si è saputa o potuta organizzare una risposta differente, quando insomma le circostanze la rendevano ineludibile, rappresentando l'*extrema ratio*.

Altri importanti, nonché rivoluzionari, elementi introdotti dalla legge Basaglia sono il conferimento di numerosi e determinanti compiti alle Regioni, quali la creazione e organizzazione dei servizi territoriali alternativi all'ospedale psichiatrico, come ad esempio gli SPDC (i servizi psichiatrici di diagnosi e cura istituiti presso gli ospedali generali), ma per di più gli interventi di prevenzione, cura e riabilitazione sono attuati di norma dai servizi e presidi territoriali extra-ospedalieri.¹⁰⁸ Del resto la legge stabilisce

¹⁰⁸ DUCCI G. - ANTONUCCI A. - ZANI R., *Operare in equipe in spdc. Il ruolo specifico dello psicologo*, in *Psichiatria e Psicoterapia analitica*, Vol. XX n. 1, 2001, pagg.67 e seg. Secondo l'art.6 le Regioni individuano gli ospedali generali nei quali devono essere istituiti specifici servizi psichiatrici di diagnosi e cura - in sigla SPDC - servizi in cui si effettuano i Trattamenti sanitari obbligatori, che necessitano di degenza ospedaliera. Sennonché, prevedendo la stessa legge 180, all'art.8, 5° comma, che "...negli attuali ospedali psichiatrici possono essere ricoverati, sempre che ne facciano richiesta, esclusivamente coloro che vi sono stati ricoverati anteriormente alla data di entrata in vigore della presente legge e che necessitano di trattamento psichiatrico in condizioni di degenza ospedaliera.", si veniva a creare un grave vuoto assistenziale per quei soggetti che non erano mai stati ricoverati in ospedale psichiatrico, al momento dell'entrata in vigore della legge, e che necessitavano di Trattamento sanitario obbligatorio ospedaliero. Tutto ciò almeno fino a quando le Regioni non avessero provveduto alla istituzione dei servizi psichiatrici di diagnosi e cura.

Ora, alcune Regioni, procedettero tempestivamente alla creazione dei servizi psichiatrici ospedalieri. Altre, in deroga alla legge dello Stato, emisero disposizioni transitorie che permettevano questi ricoveri durante i sessanta giorni necessari all'istituzione del servizio psichiatrico di diagnosi e cura ospedaliero. Ma quelle che, in ritardo nella istituzione dei servizi ospedalieri, non seguirono tale strada - ad esempio la Regione Lazio - andarono incontro a situazioni di reale emergenza negli ospedali generali, rifiutando l'ospedale psichiatrico ogni ricovero d'urgenza. Più in generale possiamo affermare che le Regioni hanno assunto comportamenti difforni

espressamente che le unità sanitarie locali debbano operare per ridurre il ricorso ai suddetti trattamenti sviluppando iniziative di prevenzione e di educazione sanitaria e curare i rapporti organici tra servizi e comunità.¹⁰⁹

Si pone poi il divieto perentorio di costruire nuovi ospedali psichiatrici ed effettuare nuovi ricoveri dopo il 1 gennaio 1981.¹¹⁰

nell'applicazione della nuova normativa - in gran parte demandata alla loro responsabilità -, comportamenti legati in genere alle posizioni politiche delle diverse maggioranze di Governo regionali, come dimostra la quasi integrale applicazione della legge in Regioni quali la Toscana e l'Emilia Romagna.

¹⁰⁹ Art.33 comma 6 della legge Basaglia.

¹¹⁰ Questa netta cesura ricevette da una parte molti consensi ma dall'altra anche notevoli critiche. Come fa presente MANACORDA A., *op.cit.*,153 e seg. una delle conseguenze più temute della de istituzionalizzazione veniva rappresentata dal rischio che gli ospedali psichiatrici giudiziari, rimasti intoccati dalla riforma, assumessero, in aggiunta a quelle di custodia e contenimento che già avevano, le funzioni di controllo e di difesa prima attribuita agli ospedali psichiatrici. Ciò viste e considerate anche le difficoltà incontrate nell'attuazione della riforma psichiatrica ed i conseguenti vuoti assistenziali che inizialmente, soprattutto nel centro-sud, si sono creati e che possono aver trasformato nel frattempo alcuni malati in condizioni di abbandono in autori di reato. L'aumento dei suicidi e del ricorso agli OPG registrato a partire dalla seconda metà degli anni Settanta, è stato spesso - e a volte, almeno è parso, strumentalmente- collegato allo smantellamento del sistema manicomiale, sebbene non sia mai stata dimostrata alcuna correlazione tra questi due fatti.

Tuttavia, anche senza dare adito a queste ipotesi, il fatto che la 180 non abbia in alcun modo considerato il problema degli ospedali psichiatrici giudiziari ha sicuramente prodotto in tale ambito nuove e preoccupanti tendenze e situazioni.

In primo luogo, con la chiusura degli ospedali psichiatrici, si evidenzia maggiormente la contraddizione di una struttura come l'ospedale psichiatrico giudiziario, da sempre chiamata a coniugare restrizione e cura, terapia e controllo, ed oggi, ormai impossibilitata a divenire una realtà terapeutica, sempre più attratta nella galassia carceraria.

Inoltre, fino al maggio del 1978, la maggior parte delle revoche delle misure di sicurezza avveniva -ed era quindi resa possibile- con il contestuale ricovero in ospedale psichiatrico. Attraverso una serie di convenzioni con i manicomi civili, si realizzava un passaggio di competenza nella gestione degli ammalati. Con la chiusura degli ospedali psichiatrici questa "dimissione anticipata" dall'ospedale

La legge Basaglia verrà poi interamente inserita nel più ampio contesto della legge n.833 del 1978 istituente il Servizio Sanitario Nazionale. Questo meccanismo era in realtà volto ad appalesare l'intento del legislatore: egli voleva sancire, anche formalmente, che non vi era più necessità che l'assistenza psichiatrica fosse oggetto di una legge speciale, la malattia mentale doveva essere, definitivamente, considerata alla stregua delle altre malattie.¹¹¹

psichiatrico giudiziario non è stata più possibile, con le ovvie, deleterie, conseguenze.

¹¹¹ PIZZI A., *op.cit.*, pag.102 e seg. ma vedi anche VOLTERRA V., DONNINI G., *op.cit.*, pag.2005 e seg. CASTRONOVO C., *La legge 180, la Costituzione e il dopo*, in CENDON P., *Un altro diritto per il malato di mente*, Napoli, 1988, *passim*. Può essere interessante tenere conto anche del punto di vista di Pirella Agostino, ritenuto uno dei più stretti collaboratori di Basaglia. Vedi a proposito alcune sue riflessioni riportate nei siti specializzati, come <http://www.psichiatriademocratica.com/recensioni/poterieleggi.htm>.

Lo psichiatra ci teneva a sostenere le differenze tra la Legge Basaglia, e i contenuti della Legge di Riforma Sanitaria. In particolare egli affermava:

“...l'approvazione della legge 180 del 13 maggio 1978 ha rappresentato l'anticipazione della più generale legge istitutiva del servizio sanitario nazionale. L'anticipazione fu motivata con la scadenza del referendum abrogativo della legge manicomiale la cui approvazione avrebbe lasciato un vuoto legislativo assai grave. Ma è interessante notare come nei mesi che sono trascorsi dall'approvazione della legge 180 a quella della 833, e cioè dal maggio al dicembre, alcuni poteri si sono mossi per qualche modifica non del tutto innocente.”

Anzitutto l'autore richiama l'attenzione sul numero di posti letto nei servizi negli ospedali generali. Egli segnala in particolare nella seconda Legge la cancellazione del limite massimo di quindici letti, affidando ad un “piano sanitario regionale” il compito di fissare il numero dei posti letto. Mentre il limite di 15 rispondeva alle esigenze di non affollare eccessivamente un luogo che avrebbe dovuto restare in stretto collegamento con i servizi territoriali, l'esistenza in tutto il Paese di reparti psichiatrici e neuropsichiatrici con un numero di posti ben superiore avrebbe dovuto fare i conti con il divieto di superare i 15 posti e dunque ridimensionarsi. La legge prevedeva il modello dipartimentale: “ i posti letto...al fine di garantire la continuità dell'intervento sanitario a tutela della salute mentale sono organicamente e

Con essa si attribuivano funzioni determinanti ai DSM – i Dipartimenti di Salute Mentale – strumento di coordinamento e di integrazione di tutti i presidi per la salute mentale di ogni singola ASL, nonché condizione preliminare per evitare che l’agire di diversificati servizi e presidi pubblici si risolvesse in una frammentazione e diluizione operativa tale da compromettere la complessiva identità sanitaria.¹¹²

funzionalmente collegati, in forma dipartimentale, con gli altri servizi e presidi psichiatrici esistenti sul territorio”, art. 6, comma 4, legge 180/78.

Oltre alla cancellazione del limite massimo di 15 dei posti letto, la nuova formulazione della legge 833/78 sarebbe poi molto meno incisiva: “...servizi psichiatrici di diagnosi e cura all’interno delle strutture dipartimentali per la salute mentale comprendenti anche i presidi e i servizi extra-ospedalieri, al fine di garantire la continuità terapeutica”. La dizione “continuità terapeutica” in confronto alla più generale e comprensiva “continuità dell’intervento sanitario a tutela della salute mentale” ed il riferimento ben più incisivo alla “forma dipartimentale” cui i posti letto debbono essere “organicamente e funzionalmente collegati”. Si tende verso la separatezza dei servizi ospedalieri e la trascuratezza dell’importanza della forma dipartimentale, richiamando evidentemente gli elementi contenuti nel DM 8 novembre 1976 sugli “Orientamenti per l’attivazione delle strutture dipartimentali ecc.” che punta su metodi di lavoro collegiali, un comitato di dipartimento con un coordinatore eletto a turno, metodi ben lontani dalla intensa gerarchizzazione che si è imposta successivamente nelle regioni in cui il dipartimento di salute mentale si è costituito sull’esempio del paradigma manicomiale, autoritario e burocratico.

Un ultimo elemento di variazione tra le due leggi viene segnalato: il richiamo al dettato costituzionale. Appare evidente che il legislatore, nel momento in cui riconsegna al “malato mentale” o “infermo” un pieno diritto di cittadinanza, voglia rendere esplicito che tutte le norme costituzionali sui diritti valgano anche per questo soggetto che esce dai vincoli della legge manicomiale. Ed infatti ecco il richiamo, nella 180 art. 1, comma 2, ai “diritti civili e politici garantiti dalla costituzione”, mentre la legge 833 trova opportuno limitare il riferimento alla costituzione al solo art. 32, che viene espressamente citato assieme al “rispetto della dignità della persona e dei diritti civili e politici, compreso per quanto possibile il diritto alla libera scelta del medico e del luogo di cura”.

¹¹² VIANI G. - TIBERIO A., *Manuale di legislazione sanitaria*, Torino, 2002, pagg.121 e seg.

Bisogna comunque ricordare che si è dovuto aspettare il 1994 affinché il Parlamento si decidesse a dotare la legge 180, che era una legge quadro, di un piano sanitario che definisse strutture, personale e finanziamenti, attraverso l'approvazione del progetto obiettivo per la tutela della salute mentale, poi reiterato nel 1998-2000, e che inoltre, si è dovuto fissare di nuovo un termine ultimo per la chiusura definitiva di tutti gli ospedali psichiatrici, individuando nella data del 31 dicembre 1996, come indicato all'interno della legge 724, che accompagnava la legge finanziaria del 1995.¹¹³

¹¹³ PASTORE V., *La legge 180: un quadro generale*, in *Fogli di Informazione*, n° 179, 1999, pagg.52 e seg. Le difficoltà di applicazione di questo modello fecero sì che da subito si formarono associazioni di familiari duramente ostili alla riforma, mentre altre, favorevoli, sottolineavano con durezza le inadempienze e le conseguenze negative di esse. Circolò uno slogan suggestivo e pericoloso: "Una legge che ha grosse difficoltà di applicazione è una legge inapplicabile". Anziché rovesciare i termini della questione, e cioè: "*una legge che è nata sulla base di esperienze avanzate, positive e possibili deve essere applicata rendendosi necessaria*", si preferiva rischiare il ritorno alla condizione manicomiale ed alla riapertura del circuito repressivo. Di fatto ciò accadde in alcune regioni del Sud ma anche nella progressista Liguria. In Piemonte si faticò moltissimo a far passare le nuove norme mentre le case di cura e un OP privato, pur con una graduale diminuzione dei posti letto, tentarono di continuare a ricevere pazienti, in spregio alla legge.

Gradualmente si organizzò un fronte compatto a favore sia della legge che del nuovo stile di lavoro in psichiatria e del nuovo modello organizzativo basato sul servizio territoriale forte e diffuso. Il grave ritardo governativo nel coordinare il superamento degli OP e nello stimolare la creazione di adeguati ed efficaci servizi territoriali fu poi recuperato sia dalle iniziative regionali che dagli accordi a favore della legge tra PD e gli psichiatri della SIP - Società italiana di psichiatria - nel 1991. Nel 1994 fu finalmente approvato dal governo un Progetto obiettivo salute mentale, che dettava standard sui servizi territoriali. A questo successo portò un contributo essenziale Franca Ongaro Basaglia nella sua battaglia al Senato. Anche giornalisti, amministratori, associazioni per i diritti degli utenti, enti locali, partiti e sindacati si schierarono a favore di una legge che, scomparso Franco Basaglia nell'agosto del 1980, era esposta a molti rischi.

Ad ogni modo, ai fini della presente trattazione, è assolutamente necessario, ancora una volta, sottolineare che la legge 180 del 1978 omise del tutto ogni riferimento agli OPG, privando però, di fatto, tali strutture di una valvola di sfogo, quali erano gli ospedali psichiatrici, non consentendo più una dimissione sicura degli internati. E' accertato in effetti che all'epoca, fino al 1975, la maggior parte delle revoche a termine della misura di sicurezza avveniva con il contestuale ricovero in ospedale psichiatrico. Questo costituiva sicuramente il punto di riferimento normativo e organizzativo per gli OPG, ritenuti già allora strutture precarie ed obsolete oltreché di ambigua natura.¹¹⁴

1.8 Le sentenze della Corte Costituzionale e la legge n.663 del 10/10/1986 c.d. (Legge Gozzini)

Abbiamo visto come, con le ultime riforme sanitarie, si andasse delineando un nuovo tipo di risposta alle problematiche degli infermi psichici, in un sistema regionalizzato e deistituzionalizzato, contro ogni forma di internamento manicomiale, e con l'attenzione incentrata sulla figura del malato, i suoi bisogni e diritti. Questa la situazione a livello del diritto comune.

Bisogna ora analizzare la conseguente e paradossale questione del differente trattamento riservato al “*mentally ill*” rispetto al “*mentally ill*”

¹¹⁴ Di tale situazione parla MANCORDA A., *op.cit.*, alle pagg.153 e seg. L'autore sottolinea in particolare la problematica relativa a quegli infermi che commettendo fatti di lieve entità e scarso allarme sociale non venivano solitamente denunciati dalla Polizia alla magistratura, ma venivano sottoposti al ricovero coattivo d'urgenza in manicomio civile. Ora ciò risultava non più possibile, causando così un certo incremento di ingressi negli OPG di autori di fatti-reato particolarmente lievi.

offender”, determinata dalla staticità della disciplina penale, per nulla intaccata dalle riforme in ambito sanitario.¹¹⁵

Da un lato, la legge 833 superava il concetto di pericolosità e di pubblico scandalo, sopprimendo del tutto i manicomi e quasi completamente i ricoveri coattivi, dall'altro lato, il codice penale continuava a incentrarsi sui concetti di presunzione di pericolosità sociale del malato di mente commettente un fatto costituente reato e sul suo conseguente internamento obbligatorio in OPG, istituzione manicomiale e al contempo misura di sicurezza carceraria.¹¹⁶

¹¹⁵ MANNA A., *op. cit.*, pag.87. L'autore sottolinea come, prima della legge n.180 del 1978, la commissione di una fattispecie criminale non era tale da provocare, una reale e concreta diversità di trattamento tra le due categorie di malati mentali, giacché spesso i manicomi criminali venivano considerati una semplice “variante” del comune *genus*, ovverosia dei manicomi comuni. Con ciò Manna non vuole comunque affermare che il trattamento pregresso fosse da approvare, ma soltanto che la somiglianza, indubbiamente esistente peraltro, nel trattamento giuridico dei malati di mente e dei malati di mente autori di reato fosse dovuta al prevalere delle esigenze connesse all'ordine pubblico, su quelle più propriamente di carattere terapeutico. La messa in discussione di tale situazione, sul presupposto che i manicomi non sono adatti alla cura dei malati di mente, giacché forme di reclusori, in cui il soggetto è totalmente privato di ogni contatto esterno ha condotto, come noto, alla riforma attuata dalla legge Basaglia. Soltanto che, come Manna sottolinea egregiamente, tale riforma riguarda soltanto i malati di mente, che non abbiano commesso alcuna forma di reato, mentre, per gli altri, vige ancora il tradizionale trattamento manicomiale, verificandosi così una sorta di “diversificazione” che prima non sussisteva, o comunque, non sussisteva in tale misura, e che appare più il frutto di un mancato coordinamento tra la legge n.180 e le corrispondenti disposizioni del codice penale, che di una precisa volontà legislatore. Da cui sorgono anche perplessità di ordine costituzionale, almeno secondo parte della dottrina, per il mancato rispetto del principio di eguaglianza.

¹¹⁶ MANACORDA A., *Il Manicomio giudiziario: cultura psichiatrica e scienza giuridica*, Bari, 1988, pagg. 121 e seg. e anche MOLINARI F., *Le misure di sicurezza psichiatriche vanno abolite: questa l'opinione unanime dei giudici di*

Proprio il concetto di pericolosità sociale, sotto la spinta delle nuove teorie psichiatriche, le scoperte in ambito scientifico e dell'opinione pubblica ormai sensibilizzata su queste tematiche, era destinato a subire profonde modifiche fino a vedere definitivamente soppresso il sistema delle presunzioni. Ma tracciamo prima un breve quadro riepilogativo.

Nella disciplina introdotta con il Codice Rocco, abbiamo visto come nei confronti dei prosciolti per vizio di mente, vigesse la presunzione di pericolosità e, di conseguenza, l'assegnazione a un OPG, per un tempo predefinito nel minimo, ma non nel massimo, in funzione della gravità del reato e non della malattia.¹¹⁷

L'avvenuta guarigione prima dello scadere del termine della misura, così come la concreta e reale non pericolosità del soggetto, non avevano alcuna rilevanza, almeno fino alla sentenza n.110 del 1974 della Corte Costituzionale.¹¹⁸

Analogo regime vigeva per i seminfermi di mente, con l'ulteriore incongruenza che la misura si aggiungeva alla pena diminuita.

Il tutto traeva origine da una duplice presunzione:

sorveglianza e degli psichiatri intervenuti al Congresso di Arezzo, in Riv. It. Dir. Proc. Pen., 1980, pag. 70 e seg.

¹¹⁷ PADOVANI T., *op.cit.*, pag.45 e seg. e anche MERZAGORA A., PONTI G., *L'abolizione delle presunzioni di pericolosità*, in Riv. It. Med. Leg. 1987. DEGL'INNOCENTI F., *La funzione del Manicomio criminale in Italia*, in *Rivista Sperimentale di Freniatria*, vol. CXIII, n. 5, 1989, pag.56 e seg.

¹¹⁸ Vedi nota n.88 a pag.68

- a) in presenza di una accertata incapacità di intendere e di volere del soggetto conseguente ad una sua infermità psichica, veniva presunta dal legislatore la di lui pericolosità sociale;
- b) si presumeva pure che l' infermità cui era collegata la pericolosità, individuata rispetto al momento della commissione del fatto, perdurasse fino a quando non si procedeva all'applicazione della misura di sicurezza.¹¹⁹

La conseguenza di tale presunzione, del tutto inaccettabile sul piano costituzionale, era che poteva venire sottoposto a misura di sicurezza un soggetto che, nel lasso di tempo intercorso tra i due momenti predetti, fosse guarito dallo stato di alterazione mentale, senza che tuttavia tale circostanza valesse a differenziarlo sul piano giuridico da chi risultava ancora infermo.

Fu a questo punto che intervennero le due sentenze della Corte costituzionale, la n.139 del 27 luglio 1982¹²⁰ e quella dell'anno dopo, la n.249 del 28 luglio 1983¹²¹, che aprirono la strada alla successiva riforma operata con la legge n.663 del 1986 – detta legge Gozzini – abrogante tutte le

¹¹⁹ In materia di pericolosità sociale, sistema delle presunzioni, relative problematiche e questioni vedi l'ampia bibliografia richiamata in nota 4 a pag.4.

¹²⁰ Corte cost., 27 luglio 1982, n.139, in *Riv. It. dir. proc.pen.*, 1982, pagg.1585 e seg. con nota di MUSCO E., *Variazioni minime in tema di pericolosità presunta*, nonché di VASSALLI G., *L'abolizione della pericolosità presunta degli infermi di mente attraverso la cruna dell'ago*, in *Giur.cost.*, 1982, pagg.1202 e seg.

¹²¹ Corte cost., 28 luglio 1983, in *Riv. It. dir. proc. pen.*, 1984, pagg.460 e seg. con nota di GIURI D., *Infermità psichica e presunzione di pericolosità nel giudizio della Corte costituzionale*.

presunzioni di pericolosità previste dal codice penale, sia quelle di pericolosità qualificata, sia quelle connesse a certi tipi di reati, sia le presunzioni nei confronti dei portatori di vizio totale o parziale di mente. Da quel momento in avanti la pericolosità sociale diventerà una caratteristica eventuale del reo da accertarsi caso per caso.¹²² Ma procediamo con ordine.

Con la prima delle due decisioni, la Corte, investita da numerosissime eccezioni di incostituzionalità nel rinnovato clima culturale che aveva condotto alla riforma psichiatrica del 1978, decideva finalmente di intervenire sulla questione delle presunzioni.¹²³

Pur ribadendo la legittimità della presunzione legale di pericolosità nei confronti del prosciolto che, a causa di infermità psichica, avesse commesso un fatto costituente reato non colposo, per il quale la legge prevedesse una pena non inferiore ai due anni di reclusione, riteneva irragionevole, e quindi illegittima, l'ulteriore presunzione che l'infermità e la conseguente pericolosità perdurassero al di là del momento della commissione del reato ed,

¹²²MAISTO F., *Giurisprudenza dei tribunali e dei magistrati di sorveglianza. Questioni emerse dopo la legge Gozzini e col nuovo c.p.p. Effetti della sentenza 4.7.1989 della Corte Costituzionale*, in *Quaderni del C.S.M., La magistratura di sorveglianza e il nuovo codice di procedura penale*, Roma, 1991, pag.46 e seg. e anche FASSONE E., *Luci ed ombre della «legge Gozzini»*, in *Questione giustizia* n.3, 1987, pag.25 e seg. anche AMATO N., *La riforma penitenziaria in Italia*, in *Legislazione e Giustizia*, 1988, pag.34 e seg.

¹²³RUSSO G., *La pericolosità sociale dell' infermo di mente*, in *Riv. It. Med. Leg.*, 1983, pagg. 375 e seg. e *Infermità di mente e pericolosità sociale* in *Riv. It. Med. Leg.*, 1987, pagg. 736 e seg. L'autrice afferma come la Corte Costituzionale si è limitata a ritenere costituzionalmente illegittima la presunzione di persistenza dell' infermità, senza smantellare alla base la fattispecie presuntiva in base alla quale l' infermità psichica veniva considerata *iuris et de iure* come condizione produttiva di pericolosità sociale.

in particolare, sino al momento del giudizio di cognizione o del concreto inizio dell'esecuzione della misura.

La seconda sentenza è pressoché analoga, semplicemente contempla il caso del semi-infermo di mente. Essa dichiara illegittimo l'art.219, nella parte in cui non subordina il ricovero in una casa di cura o di custodia dell'imputato seminfermo di mente al previo accertamento, da parte del giudice, della persistente pericolosità sociale.¹²⁴

La dottrina aveva posto in evidenza come le sentenze della Corte Costituzionale n.139/1982 e n.249/1983, pur venendo ad incidere sulle singole presunzioni di pericolosità, non avessero in realtà incrinato la presunzione circa la corrispondenza tra infermità mentale e pericolosità sociale.¹²⁵

Tali pronunce, infatti, avevano dichiarato la incostituzionalità dell'automatica applicazione del provvedimento di ricovero in OPG, nei confronti del prosciolto per infermità totale o del condannato a pena diminuita

¹²⁴ RUSSO G., *op.cit.*, pag. 736. La sentenza del 1982 parla di "irragionevolezza della presunzione assoluta di persistenza della infermità psichica accertata rispetto all'epoca del fatto", presunzione implicita nell' art. 222 c.p. e che non poggia su dati di esperienza suscettibili di generalizzazione; la sentenza del 1983 richiama le stesse ragioni precisando che tale presunzione è ancora più irragionevole in base ad un "duplice ordine di considerazioni": da un lato perché la possibilità di una positiva evoluzione della malattia è presumibilmente maggiore nelle ipotesi di minore gravità della stessa, dall' altro lato perché nel caso di seminfermità mentale di solito trascorre un tempo maggiore tra il giudizio e l' esecuzione della misura essendo questa eseguita dopo la pena.

¹²⁵ CERQUETTI A., *Riflessioni sulla pericolosità sociale come presupposto delle misure di sicurezza nella Costituzione*, in Arch. Pen. 1983,pag. 490. BANDINI T. *La valutazione psichiatrico-forense della pericolosità*, in Rass. Criminologia. 1981,pag. 55 e seg. PONTI G. - MERZAGORA B., *L'abolizione delle presunzioni di pericolosità*, in Riv. It. Med. Leg. 1987, pag.17.

per vizio parziale di mente, senza porre l'obbligo per il giudice della cognizione e per quello della esecuzione di procedere "all'accertamento della persistente pericolosità sociale derivante dall'infermità medesima al tempo dell'applicazione della misura".

Secondo una siffatta interpretazione, la Corte aveva, in definitiva, eliminato solo la presunzione della persistenza della infermità mentale al momento dell'esecuzione della misura ma non aveva intaccato in alcun modo la presunzione in base alla quale l'infermità psichica era da considerarsi come condizione presuntiva, *iuris et de iure*, di pericolosità sociale.¹²⁶

Restava, quindi, inalterato l'erroneo convincimento per cui il malato di mente doveva ritenersi un soggetto che, a cagione del suo stato, è più incline del sano a commettere reati.

¹²⁶ GIANNINI I., *La pericolosità sociale degli infermi di mente ed il suo accertamento*, in *Il Nuovo diritto*, 2002, pag.45. Altra parte della dottrina riteneva poco fondata tale interpretazione restrittiva sulla base del rilievo che la portata abrogativa della sentenza aveva investito anche l'art. 204 c.p., la quale prevede l'accertamento della pericolosità senza fare riferimento all'infermità mentale.

Si riteneva, quindi, acquisita la comune opinione di escludere l'applicazione della misura non solo quando l'infermità fosse venuta meno o migliorata, ma anche quando, pur essendo questa immutata rispetto all'epoca della commissione dei fatti, risultasse comunque improbabile che il soggetto ponesse nuovamente in essere comportamenti lesivi degli interessi della collettività.

In altri termini anche la pericolosità sociale dell'infermo di mente andava accertata non soltanto sulla base di emergenze di natura medico-psichiatrica, ma sulla base dei criteri di valutazione di cui all'art.133 C.P. La conseguenza di tutto ciò era che il giudice doveva essere legittimato a prendere in esame qualsiasi elemento utile a detto accertamento, compreso l'ambiente in cui il soggetto liberato avrebbe dovuto vivere ed operare, e la presenza ed efficienza o meno di presidi territoriali socio-sanitari ai fini della continuità nell'assistenza psichiatrica.

La conseguenza di tale impostazione di metodo era che, nei confronti dell'autore di reato, prosciolti per vizio totale, anche gravissimo, che non fosse stato riconosciuto pericoloso, non era previsto nessun provvedimento ed egli sfuggiva a qualsiasi terapia o cura appropriata.

Tale erroneo presupposto risultava, non solo in contrasto con i principi di cui alle leggi 180 e 833 del 1978, ma veniva smentito anche dalle più recenti ricerche psichiatriche e criminologiche.

Invero, si sottolineava da più parti che tale correlazione non appariva giustificata né sul piano scientifico, né su quello normativo, se non con l'intento di mantenere come connotato essenziale della misura di sicurezza manicomiale una preminente funzione di difesa sociale, anche in contrasto con i principi affermati dalla riforma del 1978, recante l'affermazione della necessaria preminenza della finalità di cura con caratteristiche che non si connotano in modo differente rispetto ad altre patologie.¹²⁷

La legge 663/1986, abrogando ogni fattispecie di pericolosità presunta, è quindi intervenuta a risolvere definitivamente il problema del binomio pericolosità sociale-infermità mentale, *“consentendo così di considerare quest' ultima non più come una causa 'speciale' di pericolosità, ma come un qualsiasi fattore che, interagendo con gli altri, può esercitare un' efficacia criminogena”*¹²⁸

Tale attribuzione di competenza, confermata nel nuovo codice di rito, consegue alla necessità di adeguare le norme processuali ai principi sanciti dalla Corte Costituzionale in varie sentenze, mediante le quali la Corte aveva stabilito che ogni provvedimento di ricovero in OPG per infermità totale o

¹²⁷ LAGAZZI M., *Il contributo della psichiatria forense alla tutela dei diritti del sofferente psichico*, in *La Tutela Giuridica del Sofferente Psichico - stato attuale e prospettive di riforma*, Milano, 1993, pagg. 78 e seg.

¹²⁸ Vedi l' art. 21 della c.d. Legge Gozzini. La quale ha inoltre stabilito che l'applicazione della misura di sicurezza del ricovero in ospedale psichiatrico giudiziario rientra nella esclusiva competenza del Magistrato di Sorveglianza.

parziale di mente fosse subordinato all'accertamento della persistente pericolosità sociale del pervenuto, derivante dalla infermità medesima al tempo dell'applicazione della misura.

Il Legislatore, adeguandosi a tale principio, ha poi stabilito, con l'art. 31 della Legge, che *“tutte le misure di sicurezza personali sono ordinate previo accertamento che colui il quale ha commesso il fatto è persona socialmente pericolosa”* e che il Magistrato di Sorveglianza *“provveda all'applicazione, esecuzione, trasformazione o revoca, anche anticipata, delle misure di sicurezza nonché al riesame della pericolosità ai sensi del primo e secondo comma dell'art. 208 c.p.”*.¹²⁹

La legge Gozzini è intervenuta, quindi, in maniera decisa a disciplinare nuovamente la materia. Essa ha abolito la pericolosità sociale presunta, prevista dall'art. 204 c. p., disposto che le misure di sicurezza personali possano essere ordinate solo previo accertamento della pericolosità sociale, e ha infine attribuito al Magistrato di Sorveglianza la esclusiva competenza funzionale in ordine all'applicazione in concreto delle misure di sicurezza.¹³⁰

¹²⁹ CANEPA G., *Aspetti criminologici e medico-legali della pericolosità sociale*, in *Rass. Criminol.*, n.18, 1970, pag. 90 e seg.

¹³⁰ CANEPA G. - MERLO S., *Manuale di diritto penitenziario*, Milano, 1996, pagg. 348-353. e anche BASILE T., *Il ruolo della magistratura di sorveglianza nella riforma penitenziaria: qualche riflessione*, in *La Giustizia penale*, I, 1985, pagg.97 e seg.. La Legge Gozzini ha finito con l'anticipare la direttiva n. 96 della legge-delega al nuovo codice di procedura penale che, successivamente, ha introdotto anch'esso l'abolizione della presunzione legale di pericolosità sociale ed accentrato in capo al Magistrato di Sorveglianza ogni potere relativo alla gestione delle misure di sicurezza, alla loro modificazione o revoca.

Tale accentramento di tutte le competenze in materia di applicazione, esecuzione, trasformazione o revoca, anche anticipata, delle misure di sicurezza ha attribuito allo

stesso Magistrato, unitamente al potere di riesame, il mezzo tecnico per procedere all'accertamento della pericolosità del soggetto prima dell'inizio in concreto della esecuzione, secondo il principio affermato dalla Corte Costituzionale.

La stessa Corte di Cassazione ha, in seguito, sgombrato il campo da ogni altra interpretazione in senso restrittivo, collegando il termine esecuzione alla attribuzione al Magistrato di Sorveglianza della esecuzione amministrativa delle misure di sicurezza, come modifica implicita dell'art. 663, comma 3, c.p.p. e dell'intero sistema processuale del Codice Rocco e di quello attuale che vuole il P.M. organo della esecuzione.

Nel nuovo codice di rito è stato quindi introdotto il principio cardine secondo il quale «quando una misura di sicurezza è stata ordinata con sentenza o deve essere ordinata successivamente il magistrato di sorveglianza, su richiesta del P.M. o d'ufficio, accerta se l'interessato è persona socialmente pericolosa e adotta i provvedimenti consequenziali» art. 658 c.p.p.

La disposizione, nella sua indiscutibile chiarezza, stabilisce che l'esecuzione definitiva di una misura di sicurezza è sempre conseguenza di un provvedimento del Magistrato di Sorveglianza, e che allo stesso compete procedere al giudizio di pericolosità sia quando viene richiesto dal P.M. in ordine ad una sentenza di proscioglimento o di condanna, sia quando dispone autonomamente la misura di sicurezza.

La regola ammette una sola eccezione: la confisca che, per la sua natura patrimoniale, prescinde dalla pericolosità del soggetto.

La *ratio* della norma è chiarita nella Relazione al nuovo codice laddove si enuncia che, dalla giurisprudenza della Corte Costituzionale, si evince che la pericolosità sociale deve sussistere oltre che nel momento in cui la misura è ordinata anche in quello della concreta applicazione ed è per questo che è stato previsto che “il Magistrato di Sorveglianza accerti la pericolosità non soltanto quando ordina le misure, ma anche quando è investito, ai sensi dell'art. 658, della esecuzione di quelle ordinate in giudizio”.

Il sistema si completa con l'attribuzione al Giudice di Merito unicamente del potere di disporre, su richiesta del P.M., le misure di sicurezza in via provvisoria, in qualunque stato e grado del procedimento, sebbene anche in questo caso sia espressamente richiesto il giudizio di pericolosità ai fini della irrogazione della misura. art. 312 c.p.p..

Il principio che se ne ricava è che la esecuzione di una misura di sicurezza può essere disposta, in via definitiva, dal Magistrato di Sorveglianza mentre in via provvisoria dal giudice che procede sebbene in entrambi i casi sia necessario accertare in concreto che la persona da sottoporre alla misura sia socialmente pericolosa.

Con l'esame della legge Gozzini possiamo considerare conclusa l'analisi del quadro storico e normativo della problematica questione dell'infermo di mente committente fatto altrimenti costituente reato, almeno fino al passato a noi prossimo.¹³¹ Vedremo nei prossimi capitoli i successivi

¹³¹ Accenniamo brevemente al relativamente recente D.P.R. 230/2000 "Regolamento recante norme sull'ordinamento penitenziario e sulle misure privative e limitative della libertà", sinteticamente analizzato da FORNARI U., *Trattato di psichiatria forense*, Torino, 2004, pagg 75 e seg. Tale regolamento di attuazione dell'ordinamento penitenziario ha rappresentato un piccolo passo in avanti nell'integrazione tra mondo psichiatrico e giudiziario, alla ricerca di un punto di incontro e collegamento tra queste due realtà. Esso prevede, accanto alle già esistenti strutture psichiatriche giudiziarie, l'istituzione di Centri di riabilitazione giudiziaria, al fine di dare garantire una continuità nell'intervento socio-sanitario e socio-sanitario come assistenza e servizio per il malato autore di fatto-reato.

All'art.113 del D.P.R. n.230, 30/6/2000 si prevede la possibilità di operare delle convenzioni tra Amministrazione Penitenziaria e Servizi di Cura e di Riabilitazione a carattere regionale per organizzare strutture che, nella fase della cognizione e in quella della esecuzione, possano accogliere pazienti psichiatrici autori di reato e non socialmente pericolosi, al fine di mettere in atto tempestive misure terapeutiche e garantire quell'assistenza al dimettendo e al dimesso dall'OPG dalla struttura ospedaliera che non possieda risorse adeguate e sufficienti per proseguire il percorso riabilitativo intrapreso.

Si prevede in particolare un programma di intervento integrato in favore di autori di reato anche gravi:

- affetti da disturbi psicotici o da disturbi gravi della personalità e non da semplici disturbi della personalità.
- non socialmente pericolosi
- abbiano superato il periodo di disturbo acuto, non essendo il servizio abilitato a questo tipo di intervento.

Gli obiettivi di tale riforma sono quelli di:

- garantire al malato mentale il diritto alla salute, in maniera indifferenziata, indipendentemente dal fatto che egli sia o meno autore di reato.
- prevedere la sostituzione degli arresti domiciliari con altri tipi di provvedimento, quando non sia più necessario tale tipo di misura.

Fornari offre, inoltre, una sorta di schematizzazione complessiva dei servizi psichiatrici giudiziari per osservazione, cura e riabilitazione degli autori di reato affetti da disturbi psichici:

interventi della Corte Costituzionale, le pronunce in materia della Cassazione, i progetti di riforma presentati in Parlamento, l'odierna situazione degli OPG in Italia, i pareri della dottrina giuridica, della psichiatria e della criminologia in una prospettiva di collaborazione e miglioramento, innovazione e superamento dell'attuale sistema come sfociati nei recenti dettati normativi di cui all'Allegato C al DPCM 19 Marzo 2008 "Linee di indirizzo per gli interventi negli ospedali psichiatrici giudiziari (OPG) e nelle case di cura e custodia", dai conseguenti accordi sanciti dalla Conferenza unificata nelle sedute del 20 novembre 2008, 26 novembre 2009 e 13 ottobre 2011 e

SEZIONI GIUDIZIARIE PER OSSERVAZIONE E CURA (OPG)	COMUNITA' RIABILITATIVE GIUDIZIARIE (CRG)
Provvedimenti cautelari, ex art.73 c.p.p. (T.S.O. giudiziario)	Arresti domiciliari, (ex art. 284 c.p.p., osservazione, cura, riabilitazione)
Prosciolti, ex.art. 88 c.p., socialmente pericolosi	Trattamento del dimettendo nei sei mesi che precedono la dimissione dall'OPG (art.88, D.P.R. n.230/00)
Custodia cautelare in luogo di cura, ex art.286 c.p.p.	Internati dimessi (art. 84 D.P.R. 431/76, comma 6)
Infermi di mente, ex artt. 148 e 212 c.p. e art. 99 D.P.R. n. 431/1976	Licenze agli internati in O.P.G. (art. 53 legge n.354/75 e artt.88 e 102, D.P.R. n. 230/00)
Accertamento delle infermità psichiche, ex art.99 D.P.R. n. 431/1976	Semilibertà (art. 48, legge n.354/1975 e 54 D.P.R. n.230/00) Detenzione domiciliare (art. 47-ter, comma 2, legge 354/75)
INTERVENTO A FORTE CONNOTAZIONE CUSTODIALISTICA	INTERVENTO A FORTE CONNOTAZIONE RIABILITATIVA

Vedremo nell'apposito capitolo dedicato alla nostra visita all'OPG di Castiglione delle Stiviere come è stata attuato e applicato tale regolamento.

dall'art.3-*ter* della legge 9 del 17 febbraio 2012 e conseguenti recenti provvedimenti.

CAPITOLO SECONDO

OPG: UNA MISURA DI SICUREZZA

2. Il sistema italiano del “doppio binario”. Critiche.

Come abbiamo premesso nel capitolo precedente, l'introduzione delle misure di sicurezza costituì una delle più significative innovazioni del codice penale del 1930, tutt'ora in vigore.¹³² A un sistema prevalentemente retributivo-repressivo, nel Codice Rocco, veniva affiancata una struttura di carattere preventivo, volta principalmente al controllo e alla sorveglianza dei soggetti a rischio di ricaduta.¹³³

¹³² Per una recente posizione assunta dalla CEDU, vedi ROCCHI F., *La decisione della Corte di Strasburgo sulla misura di sicurezza detentiva tedesca della sicherungsverwahrung e i suoi riflessi sul sistema del "doppio binario" italiano*, in *Cass. pen.*, 2010, 9, pagg. 3276 e seg.

¹³³ MANACORDA A., *Il manicomio giudiziario*, pag. 23 e segg. In realtà bisogna effettuare una precisazione: nell'ordinamento giuridico attuale ci sono due modalità per realizzare le finalità di controllo e repressione delle persone potenzialmente nocive per la società. Una è appunto quella di cui si sta in questa sede disquisendo, ovvero le misure di sicurezza. La seconda invece è rappresentata dall'applicazione delle misure di prevenzione, regolate dalla legge n.1423 del 27 dicembre 1956. Esse vengono applicate alle persone che siano ritenute “pericolose per la sicurezza pubblica e per la pubblica moralità” e consistono in una gradazione che va dal semplice richiamo ad una vera e propria restrizione della libertà del movimento personale. Eccone un elenco:

- a) diffida da parte del questore;
- b) rimpatrio al proprio luogo di residenza con foglio di via obbligatorio
- c) sorveglianza speciale della Ps
- d) divieto di soggiorno in uno o più comuni o in una o più province
- e) obbligo di soggiorno in un determinato comune

Questo sistema sanzionatorio, altrimenti definito anche come “doppio binario”, ha fin da subito presentato un rilevante punto critico: il pericolo che, in alcuni casi, vi fosse a carico del condannato una sovrapposizione di pena e misura di sicurezza, entrambe sanzioni penali di natura detentiva.¹³⁴

Le misure di sicurezza possono, infatti, essere applicate anche a persone imputabili e parzialmente imputabili, oltretutto a soggetti non imputabili. Alle prime due categorie di persone tali misure si applicano cumulativamente alla pena principale, mentre ai soggetti non imputabili vengono applicate senza, o meglio in vece della pena.

In realtà, inizialmente, tale sistema accolse i favori di entrambe le principali scuole giuspenalistiche. Quella Positiva vedeva realizzata nel nuovo sistema sanzionatorio la fondamentale esigenza della prevenzione speciale e del controllo sociale¹³⁵, quella Classica riconosceva nella previsione della

Il dubbio sulla legittimità di tali misure è però assai forte, dal momento che sono applicate indipendentemente dalla commissione di qualsivoglia fatto costituente reato.

¹³⁴ Per una visione più completa della strutturazione e delle problematiche delle misure di sicurezza: BRICOLA F., *Il sistema sanzionatorio penale nel codice Rocco e nel progetto di riforma*, in *Scritti di diritto penale*, Milano, 1997, *passim*; CARACCIOLI I., *I problemi generali delle misure di sicurezza*, Milano, 1970, *passim*; DELITALA G., *Criteri direttivi del nuovo codice penale*, in *Rivista italiana di diritto penale*, Padova, 1935, pagg. 595 e seg.; FORNARI L., *Misure di sicurezza e doppio binario: un declino inarrestabile?*, in *Rivista italiana di diritto e procedura penale*, Milano, 1993, pagg. 78 e seg.; MUSCO E., *La misura di sicurezza detentiva*, cit., *passim*.; ID., *Le misure di sicurezza nel recente progetto di riforma del libro primo del codice penale: appunti critici e proposte alternative*, in *Ius*, 1974, pagg. 70 e seg. PELUSO C., *Misure di sicurezza (profili sostanziali)*, in *Digesto delle discipline penali*, Vol. XVIII, Torino, 1994, pagg. 764 e seg.

¹³⁵ JANNITTI PIROMALLO A., *Nuovi orientamenti delle pene e delle misure di sicurezza*, in *La Scuola Positiva*, Milano, 1949, pagg. 24 e seg.; e anche NUVOLONE

misura di sicurezza il merito di restituire alla pena il suo contenuto più originario, quello retributivo, soddisfacendo però al contempo le esigenze general-preventive dell'ordinamento.¹³⁶

Ma, con il passare degli anni, una volta che la realtà della prassi iniziava a mettere in evidenza i limiti e le contraddizioni del codice, le critiche non tardarono a giungere. E, una volta entrata in vigore la Costituzione, si è arrivati addirittura ad ipotizzare l'illegittimità e l'incompatibilità dell'intero sistema con i principii della Repubblica italiana.¹³⁷

Una parte della dottrina, in particolare, ha spinto per un superamento del sistema del doppio binario, a favore di un impianto unitario del codice penale, con una sola tipologia di sanzioni.¹³⁸

P., *Le sanzioni criminali nel pensiero di Enrico Ferri e nel momento storico attuale*, in *Rivista italiana di diritto penale*, Milano, 1957, pagg. 45 e seg.

¹³⁶ Vedi fra tutti GRISPIGNI F., *Diritto penale italiano*, Milano 1952, pagg.100 e seg., Grispigni in particolare ha messo in luce gli aspetti positivistici del codice.

¹³⁷ PADOVANI T., Profili di incostituzionalità nell'applicazione e nell'esecuzione delle misure di sicurezza, in *Indice pen.*, 1976, pagg.32 e seg. Vedi anche PETROCELLI B., *La pericolosità criminale e la sua posizione giuridica*, Milano, 1940, pagg. 9 e seg. volendo difendere l'unicità della sanzione comminata dall'ordinamento per i fatti costitutivi di reato, abbia cercato di negare natura di "illecito penale" ai fatti commessi dai non imputabili e natura di sanzione penale alle misure di sicurezza.

¹³⁸Vedi ANTOLISEI F., *Scritti di diritto penale*, Milano, 1955, pag. 224 e segg. Tra le prime più significative voci critiche del dualismo di pena e misura, quella di Antolisei, il quale si preoccupa di sottolineare il carattere di compromesso transitorio della soluzione adottata dal codice Rocco, e ne prevede il superamento in un sistema unitario, fondato su una sola sanzione che deve riunire in sé i caratteri essenziali così delle pene e delle m.d.s.. In particolare l'autore sottolinea la complicatezza del sistema attuale e l'identità di contenuto afflittivo dei due provvedimenti nella loro pratica realizzazione.

Si criticavano, inoltre, altri due aspetti delle misure di sicurezza: il primo concernente il principio di legalità, il secondo riguardante la posizione del fatto nella fattispecie incriminatrice.¹³⁹

Per un'altra serie di rilievi critici vedi il DELITALA G., *ult.op.cit.*, pag.595 e seg. e anche DE MARSICO A., *Diritto penale. Parte generale*, Napoli,1935, pag.478. entrambi cit. in. MUSCO E., *La misura di sicurezza detentiva, cit.*, pag.130 e seg. Delitala si rivolge in modo particolarmente penetrante contro la scissione temporale della valutazione relativa alla imputabilità e della valutazione relativa alla pericolosità. Se infatti il soggetto venisse ritenuto sia imputabile che socialmente pericoloso il trattamento ha da essere uno solo, ma tale che si adegui, in pari tempo, così alla colpa come alla pericolosità: egli ipotizza una pena-misura. In tal modo verrebbe superato il principio del doppio binario dando la massima espressione alla completa fusione dei due principi dell'imputabilità e della pericolosità.

L'opinione di De Marsico, invece, ha come suo presupposto la presa di coscienza del significato "rivoluzionario" dell'art.133 c.p., consistente nell'aver trasformato il significato stesso di sanzione. Egli ritiene inoltre concettualmente fallita la distinzione tra pena e misura di sicurezza, in quanto il tentativo di tenere separati questi due tipi di sanzione, a livello di legislazione, non è riuscito. Anch'egli suggerisce il superamento del sistema dualistico, lasciando, da un lato, al centro del sistema penale l'imputabilità e ponendole, accanto, la pericolosità sociale. Questi due assiomi non dovrebbero sommare ma bensì incastrare e graduare le diverse sanzioni a seconda delle personalità.

¹³⁹ Vedi a tal proposito NUVOLONE P., *Le Misure di prevenzione nel sistema delle garanzie sostanziali e processuali della libertà del cittadino*, in *Stato di diritto e misure di sicurezza*, Padova, 1962, pag.164 e anche BRICOLA F., *Fatto del non imputabile e pericolosità*, Milano, 1961, pag.124 e seg. Secondo questi autori, sotto il profilo sostanziale, la garanzia dell'art.199 c.p. era sostanzialmente illusoria, perché non prevedeva alcun limite alla configurabilità di tipi e specie di misure da parte del legislatore. Esso era ritenuto del tutto irrilevante e incapace di evitare la configurazione di un sistema, per così dire "terroristico" di misure.

Per quanto concerne invece la reale posizione del fatto reato nella fattispecie misura di sicurezza, la dottrina ha spesso sostenuto che la fattispecie sia di stampo complesso, costituita sia dall'elemento fatto, sia dall'elemento pericolosità. Ma la previsione di ipotesi di pericolosità presunta, rappresentava una potenziale aporia in tale impianto, dal momento che l'applicazione della m.d.s. si fondava in tali casi solo sul fatto preveduto dalla legge come reato, cioè su uno soltanto degli elementi della fattispecie di sicurezza, rivelando i connotati di rigidità e durezza del sistema, di cui si auspicava ancora una volta il superamento.

Da un punto di vista pratico, invece, frequenti si dimostrarono le disfunzioni e le anomalie. Prima fra tutte, la questione della strutturazione della sequenza temporale nella fase di esecuzione della pena e della misura di sicurezza.

Dal momento che si privilegiava la prima rispetto alla seconda, per gli internati era decisamente difficile sentire, e comprendere, le differenze di scopo tra le due sanzioni cui essi venivano sottoposti. Soprattutto dal momento che spesso non si avvertivano differenze nemmeno attraverso il trattamento, anche questo spesso identico, l'intero sistema veniva percepito come ingiusto e, sostanzialmente, repressivo.

Inoltre, tale linea-guida si rivelava decisamente deleteria e inadatta per soggetti semimputabili e minori imputabili, avendo questi soggetti bisogno immediato di un trattamento adeguato alle loro condizioni psichiche.¹⁴⁰

Un altro fattore di palese problematicità nella disciplina delle misure di sicurezza riguardava il criterio di determinazione della loro durata. Il criterio normalmente applicato è sempre stato quello proporzionale, basato sulla pena edittale massima, prevista in astratto dalla legge, per quel particolare fatto-reato. Più il reato era grave e più doveva durare la misura di sicurezza.

¹⁴⁰ In realtà all'art. 220 c.p. si è prevista la facoltà per il giudice di modificare la successione temporale di esecuzione dei due provvedimenti, ma la deroga è limitata a casi ristretti, tenuto conto delle particolari condizioni di infermità psichica del condannato. Ad ogni modo la deroga è risultata insufficiente a risolvere efficacemente gli inconvenienti lamentati; non è infatti escluso affatto che l'eventuale successo ottenuto con l'anticipo della esecuzione della misura di sicurezza possa essere di nuovo vanificato, durante la fase del successivo trattamento penitenziario. Vedi a tal proposito MUSCO E., *La misura di sicurezza detentiva*, *op.cit.*, pag.136 e seg.

L'omissione della valutazione in concreto della pericolosità, nella determinazione della durata della misura, e l'impiego, in luogo di questo elemento, del criterio della gravità del reato – quale indice sintomatico di pericolosità – erano riscontrabili, sia nella determinazione della durata minima del ricovero in casa di cura e custodia per soggetti diversi dagli abituali pericolosi e per tendenza, sia di quella in OPG e un tempo di quella nei riformatori giudiziari.¹⁴¹

Ma – come avremo modo di approfondire in uno dei prossimi paragrafi dedicato specificamente all'argomento – tale procedimento risultava fortemente fuorviante, e privo di ogni base sia, scientifica, sia empirica.

Dal punto di vista dell'esperienza clinica – ma fin dalle concezioni psichiatriche classiche ottocentesche – è sempre parso evidente come non vi sia alcun nesso automatico tra un determinato fatto commesso da una persona, e la previsione di un periodo di tempo più o meno lungo durante il quale è

¹⁴¹ Le norme che regolano questa corrispondenza sono contenute nell'art.222 c.p. Per una lettura integrale di tale articolo vedi la nota n.61 pag.46. Schematizzandone il contenuto, come proposto da MANARCORDA A., *Il manicomio giudiziario*, cit., pag.31:

Misura di sicurezza del ricovero in OPG In caso di proscioglimento per vizio di mente	
Pena edittale prevista:	Durata minima teorica della misura di sicurezza del ricovero in OPG
inferiore a 2 anni	-
tra i 2 e i 10 anni	2 anni
superiore a 10 anni	5 anni
Ergastolo	10 anni

possibile che questa commetterà altri fatti penalmente sanzionabili. Tanto meno vi è un tale nesso tra la gravità di tale reato e la possibilità di recidiva.¹⁴²

Ovviamente, la motivazione di una simile scelta, da parte del legislatore, è facilmente intuibile: il codice Rocco, fortemente autoritario e accentratore, era contraddistinto, fin dalla sua nascita, da un atteggiamento di generale diffidenza nei confronti dei giudici e del loro potere discrezionale, e mirava al mantenimento di un certo controllo e influenza del potere politico centrale sulla magistratura nella sua funzione giurisdizionale.¹⁴³

Del resto, sintomatico della medesima filosofia era pure il potere di revoca previsto all'art.207 c.p., attribuito al Ministro di Grazia e Giustizia invece che al giudice di sorveglianza, assumendo così le sembianze di un istituto parallelo alla grazia.

¹⁴² Vedi a proposito di tali teorie: BANDINI T., *La valutazione psichiatrico forense della pericolosità*, cit., pag.55.; e anche BENASSI P. - LUBERTO S., *Evoluzione del concetto di pericolosità sociale*, in *Riv. Sper. Di Fren. E Med. Leg.*, 1987, pagg. 1031 e seg.; CANEPA G., *Aspetti criminologici*, cit., pagg.7 e seg. Dello stesso autore anche ID., *L'esame psico-diagnostico in tema di accertamento e revisione della pericolosità sociale*, in SARACENI C. - COLAMONICO P., *La Diagnosi psicologica in psichiatria forense*, in *Atti del I Congr. Naz. Sirp.*, pag.99 e seg.; e infine CASTIGLIONI R., *Malattia mentale e pericolosità. Osservazioni sull'evoluzione del concetto di pericolosità. Premessa*, in *Riv.Sper.di Fren. E Med.Leg.*, 1984, pagg. 1280 e seg.

¹⁴³ Vedi BRICOLA F., *Il sistema sanzionatorio penale nel codice Rocco e nel progetto di riforma*, in *Giustizia penale e riforma carceraria in Italia*, Roma, 1974, pag.48. Ma si veda inoltre PACE A., *op.cit.*, pag. 191 e seg.

D'altra parte in questo modo si pone in evidenza la vera funzione delle misure di sicurezza. Lungi dall'assolvere a finalità di stampo rieducativo-terapeutico, esse risultano, da un punto di vista di durata temporale, metodologicamente ricalcate sulla concezione retributiva delle pene detentive.

Tutto ciò, senza peraltro rispettarne l'intera struttura concettuale, dal momento che per le misure di sicurezza era prevista una estensibilità temporale discrezionale.

Peraltro, abbiamo già accennato a come tale articolo sia stato poi tacciato di incostituzionalità e soggetto a una sentenza manipolativa della Corte Costituzionale.¹⁴⁴

Un'ultima anomalia è stata infine ricondotta, subito dopo la promulgazione del codice – in particolare dopo l'entrata in vigore della Costituzione e l'affermazione dei principii fondamentali da essa garantiti – alla doppia presunzione di pericolosità presente nell'articolo 222 c.p.: quello della pericolosità dell'infermo di mente autore di fatto-reato grave, e la persistenza di tale stato di pericolosità per un tempo corrispondente alla durata minima del ricovero imposta dalla legge.¹⁴⁵

E' stato ampiamente dimostrato in seconda luogo, che tale impostazione era totalmente errata, oltre che arbitraria, dal momento che *in primis* la semplice infermità non significa affatto pericolosità sociale, e, per quanto concerne la seconda presunzione, nel lasso di tempo intercorrente tra la commissione del fatto ed il momento del giudizio è ben possibile la guarigione dell'infermità psichica, ritenuta causa della pericolosità.¹⁴⁶

¹⁴⁴ Corte.cost., 23 aprile 1974 n.110, in *Giur.cost.*, 1974, pag.779 e seg.

¹⁴⁵ Vedi espressamente la *Relazione ministeriale al progetto definitivo di codice penale*, in *Lavori preparatori del codice penale e del codice di procedura penale*, Roma, 1929, di cui sono riportati parti salienti in MUSCO E., *ult. op.cit.*, pagg.100 e seg. “per quanto concerne le persone che abbiano commesso il fatto in stato di alienazione mentale, si impone la necessità di prescindere, nei casi più gravi, da accertamenti specifici riguardanti lo stato di pericolosità. Bastano la gravità dell'azione e la inerzia morbosa delle facoltà inibitrici, per ritenere senz'altro la grande pericolosità dell'agente. E' ammessa inoltre una presunzione di persistenza nella pericolosità per un tempo corrispondente alla durata del ricovero.”

¹⁴⁶ VERGANI E., *Appunti critici di uno psichiatra a proposito degli artt.222 e 220 del codice penale*, in *Temi*, 1963, pagg.1193 e seg.; e anche MINA F., *Proscioglimento per infermità mentale e ricovero in un manicomio giudiziario (art.88 e 222 c.p.)*, in

Abbiamo qui tracciato un quadro complessivo delle critiche teoriche e delle disfunzioni pratiche cui andarono incontro le misure di sicurezza e il sistema del doppio binario, dopo l'entrata in vigore del Codice Rocco.

Analizzeremo nei prossimi paragrafi, in maniera maggiormente dettagliata, le singole problematiche a cui esse diedero adito e come queste ultime vennero affrontate dalla dottrina e dalla giurisprudenza, particolarmente in relazione alla misura di sicurezza oggetto del nostro specifico interesse, ovvero l'ospedale psichiatrico giudiziario.

2.1 Le diverse tipologie di misure di sicurezza. Trattamento riservato ai minorenni e ai semimputabili.

Come abbiamo già premesso nel corso del precedente capitolo, l'OPG non rappresenta certamente l'unica forma di misura di sicurezza prevista dal codice.

Essa è da annoverarsi nella categoria delle misure di sicurezza detentive, della quale fanno parte anche la colonia agricola o casa di lavoro, la casa di cura e custodia, le comunità pubbliche o autorizzate per minori.¹⁴⁷

Riv. pen., 1966, pag. 707 e seg.; FERRACUTI F., WOLFANG M.E., *La Predizione del comportamento violento*, in *Quaderni di criminologia clinica*, 1964, pagg. 77 e seg.; FIORI A.- MARCHETTI M., *Infermità di mente e misure di sicurezza*, in *Riv. it. Med. Leg.*, 1984, pag. 193 e seg.; INTRONA F., *La prognosi di pericolosità sociale. Esperienze di rieducazione*, in *Riv.It.Med.Leg.*, 1984, pag.16.; CAVALIERE R. - BALOCCO V., *Ricerche sulla validità dei giudizi prognostici in tema di pericolosità sociale*, in *Riv.It.Med.Leg.*, 1984, pagg. 1092 e seg.; PANNAIN B. – PALMIERI L., *Notazioni in tema di imputabilità e pericolosità sociale dell'infermo di mente*, in *Quaderni Camerti di Med.Leg.*, 1983, pagg. 261 e seg.; VASSALLI G., *L'abolizione della presunzione*, *cit.*, pagg.1202 e seg.

¹⁴⁷ RIZ R., *op.cit.*, pagg.464 e seg. L'art. 223 c.p. prevedeva l'adozione nei confronti minori del ricovero in riformatorio giudiziario, nel caso in cui essi, al momento

La prima fra queste, ossia l'assegnazione a una colonia agricola o a una casa di lavoro, in realtà sembra non avere avuto, nella pratica, connotazioni particolarmente diverse dalle normali carceri.¹⁴⁸

dell'applicazione o dell'esecuzione della misura non avessero raggiunto la maggiore età, perché altrimenti la m.d.s veniva sostituita con la libertà vigilata, oppure, a discrezione del giudice, con l'assegnazione a una colonia agricola o a una casa lavoro. Ma tale articolo è stata poi abrogato, anche in seguito a vari interventi della Corte Costituzionale, dalla normativa contenuta nel D.P.R. n.448 del 22 settembre 1988.

In particolare la Corte aveva dichiarato l'illegittimità costituzionale del comma 2 dell'art.224 c.p. che prevedeva il ricovero obbligatorio e automatico, per i minori degli anni quattordici, per almeno tre anni, in riformatorio giudiziario, con la sentenza n.1 del 20 gennaio 1971. Tale sentenza occupa un posto molto importante nel superamento del sistema delle presunzioni di pericolosità sociale, in quanto ha rappresentato la prima presa di posizione forte della Corte in tal senso.

La riforma del 1988, invece che il ricovero nel riformatorio giudiziario, ha previsto che venisse eseguito, solo se necessario, il collocamento del minore in comunità pubblica o autorizzata. In caso opposto di regola si applica la libertà vigilata, considerato ormai generalmente il trattamento ordinario per i minori ritenuti pericolosi.

¹⁴⁸ Vedi per la disciplina normativa relativa alla colonia agricola e alla casa di lavoro gli artt. 216/218 c.p.:

Art.216 Sono assegnati ad una colonia agricola o ad una casa di lavoro:

- 1) coloro che sono stati dichiarati delinquenti abituali, professionali o per tendenza;
- 2) coloro che, essendo stati dichiarati delinquenti abituali, professionali o per tendenza, e non essendo più sottoposti a misura di sicurezza, commettono un nuovo delitto, non colposo, che sia nuova manifestazione della abitualità, della professionalità o della tendenza a delinquere;
- 3) le persone condannate o prosciolte, negli altri casi indicati espressamente nella legge.

Art.217 L'assegnazione a una colonia agricola o ad una casa di lavoro ha la durata minima di un anno. Per i delinquenti abituali, la durata minima e' di due anni, per i delinquenti professionali di tre anni, ed e' di quattro anni per i delinquenti per tendenza.

La seconda, ovvero l'assegnazione a una casa cura e custodia, è prevista per coloro che comunemente vengono inseriti nella tanto criticata categoria dei semi-imputabili¹⁴⁹ – perché nel momento della commissione del fatto soggetti a un vizio parziale di mente e reputati al contempo socialmente pericolosi – condannati a una pena diminuita e altresì sottoposti alla presente misura di sicurezza.¹⁵⁰

Art.218 Nelle colonie agricole e nelle case di lavoro i delinquenti abituali o professionali e quelli per tendenza sono assegnati a sezioni speciali. Il giudice stabilisce se la misura di sicurezza debba essere eseguita in una colonia agricola, ovvero in una casa di lavoro, tenuto conto delle condizioni e attitudini della persona a cui il provvedimento si riferisce. Il provvedimento può essere modificato nel corso della esecuzione.

Vedi per un'opinione sull'attuale situazione di questa m.d.s: ACCATTATIS V., *Il sistema carcerario italiano fra repressione e mistificazione*, in *Crimini di pace*, a cura di BASAGLIA F. e BASAGLIA ONGARO F., Torino, 1975, pagg. 18 e seg. Secondo l'autore anche la distinzione tra casa di lavoro e colonia agricola – operata in base alle mansioni svolte in ciascuna di esse – sembra non aver assunto risvolti pratici nella realtà dei fatti. Allo stesso modo è rimasto in gran parte inesaudito, a quanto pare, l'intento risocializzante assegnato a tale misura di sicurezza, dal momento che spesso non vi è “lavoro” per gli internati, dal momento che né le amministrazioni pubbliche né le imprese private ricorrono all'impiego di tale tipo di manodopera. In questo modo le mansioni svoltevi assumono gli stessi connotati del lavoro in carcere, privando così la struttura della sua finalità primaria, ovvero quella di rendere il lavoro presupposto fondamentale per il recupero sociale del delinquente abituale, professionale o per tendenza.

¹⁴⁹ Sul punto CALVI A.A., *op.cit.*, pagg.542 e seg.

¹⁵⁰ Vedi art.219 c.p. Assegnazione a una casa di cura e di custodia. Il condannato, per un delitto non colposo, a una pena diminuita per cagione di infermità psichica, o di cronica intossicazione da alcool o da sostanze stupefacenti, ovvero per cagione di sordomutismo, e' ricoverato in una casa di cura e di custodia per un tempo non inferiore a un anno, quando la pena stabilita dalla legge non e' inferiore nel minimo a cinque anni di reclusione (1) . Se per il delitto commesso e' stabilita dalla legge la pena di morte (2) o la pena dell'ergastolo, ovvero la reclusione non inferiore nel

Costoro vengono in genere internati dopo aver scontato la pena detentiva, cosa totalmente illogica peraltro, e solo in rari casi sovvertibile a discrezione del magistrato di sorveglianza.

minimo a dieci anni, la misura di sicurezza e' ordinata per un tempo non inferiore a tre anni (1). Se si tratta di un altro reato, per il quale la legge stabilisce la pena detentiva, e risulta che il condannato e' persona socialmente pericolosa, il ricovero in una casa di cura e di custodia e' ordinato per un tempo non inferiore a sei mesi; tuttavia il giudice può sostituire alla misura del ricovero quella della libertà vigilata. Tale sostituzione non ha luogo, qualora si tratti di condannati a pena diminuita per intossicazione cronica da alcool o da sostanze stupefacenti (3). Quando deve essere ordinato il ricovero in una casa di cura e di custodia, non si applica altra misura di sicurezza detentiva.

(1) La Corte costituzionale, con sentenza 28 luglio 1983, n. 249, ha dichiarato l'illegittimità costituzionale del primo comma nella parte in cui non subordina il provvedimento di ricovero in una casa di cura e di custodia dell'imputato condannato per delitto non colposo ad una pena diminuita per cagione di infermità psichica al previo accertamento da parte del giudice della persistente pericolosità sociale derivante dalla infermità medesima, al tempo dell'applicazione della misura di sicurezza, e ai sensi dell'art. 27 della legge 11 marzo 1953, n. 87, del secondo comma nella parte in cui non subordina il provvedimento di ricovero in una casa di cura e di custodia dell'imputato condannato ad una pena diminuita per cagione di infermità psichica per un delitto per il quale e' stabilita dalla legge la pena dell'ergastolo o della reclusione non inferiore nel minimo a dieci anni, al previo accertamento da parte del giudice della persistente pericolosità sociale derivante dalla infermità medesima, al tempo della applicazione della misura di sicurezza.

(2) La pena di morte e' stata soppressa e sostituita con l'ergastolo.

(3) La Corte costituzionale, con sentenza 13 dicembre 1988, n. 1102, ha dichiarato l'illegittimità costituzionale del presente comma nella parte in cui, per i casi ivi previsti, subordina il provvedimento di ricovero in una casa di cura e di custodia al previo accertamento della pericolosità sociale derivante dalla seminfermità di mente, soltanto nel momento in cui la misura di sicurezza viene disposta e non anche nel momento della sua esecuzione.

La casa di cura e di custodia – ipotizzata come una sorta di ibrido tra carcere e istituto di terapia, in una commistione di finalità – sembra non aver avuto in realtà una realizzazione autonoma.¹⁵¹

Allo stato dei fatti si concretizza in una sorta di sezione annessa all'ospedale psichiatrico giudiziario, senza una propria identità a sé stante, e in realtà bisogna dire che non è mai esistita come entità autonoma.¹⁵²

¹⁵¹ ARATA R. - SCORZA AZZARA' L., *op.cit.*, pagg. 343 e seg. Gli autori si soffermano sulla trattazione delle questioni inerenti alle misure di sicurezza c.d. "psichiatriche", categoria composta dagli OPG e dalle case di cura e custodia. Essi fanno rilevare come entrambi questi istituti, pur presentando una spiccata finalità terapeutica, non sempre siano in grado di raggiungere tale scopo.

In particolare la casa di cura e custodia presenterebbe un duplice ordine di problematiche: in primo luogo essa non si differenzerebbe affatto dall'OPG, costituendo, di fatto, una semplice sezione-reparto inserita nella struttura di quest'ultimo. Inoltre vi è da contemplare l'irragionevolezza del cumulo della pena detentiva con la misura di sicurezza. Tale incongruità è stata criticata sotto un duplice profilo: se infatti, la misura segue l'espiazione della pena detentiva, si omette di fornire al semi-imputabile un immediato trattamento curativo, rischiando di iniziarlo quando le sue condizioni psichiche sono state ulteriormente danneggiate dal regime carcerario; se invece la misura precede la sottoposizione a pena detentiva, i suoi eventuali benefici rischiano di essere vanificati dalla successiva carcerazione.

¹⁵² Vedi PAOLELLA C., *Manicomi giudiziari e case di cura e custodia. Analisi della popolazione secondo categorie psichiatriche e giuridiche*, Roma, 1972, pagg. 75 e seg.

Puntuale anche l'analisi di MANNA A., *L'imputabilità e i nuovi modelli di sanzione*, *cit.*, pagg.105 e seg. in particolare l'autore traccia un breve quadro storico, facendo rilevare come, in realtà, tale misura fosse stata in qualche modo già prevista ai tempi del Codice Zanardelli, come casa di custodia. Allora, però, il ricovero in tale tipo di istituto assumeva il semplice connotato di pena detentiva sostitutiva, senza incorrere nell'attuale sistema del doppio binario. Il semplice fatto che essa fosse semplicemente denominata casa di custodia, poneva inoltre l'accento sulle esigenze essenzialmente "custodialistiche", dando un'impostazione più chiara all'intera disciplina.

Non per questo, comunque, essa si sottraeva alla propria funzione preventiva, dovuta sia alle caratteristiche dei soggetti destinatari, che, per quanto concerne la natura del provvedimento, alla sua sostanziale assimilazione a quello che oggi è l'OPG.

Abbiamo brevemente accennato alla risposta prevista dall'ordinamento penale italiano, in relazione a un'altra categoria di soggetti non imputabili destinatari di misura di sicurezza: i minori pericolosi.¹⁵³

Il nuovo processo penale minorile ha operato le modifiche che l'ospedale psichiatrico giudiziario sta ancora attendendo. La disciplina in tale ambito ha rispettato e seguito le direttive della riforma del manicomio civile, adeguandosi alle linee da seguire nella cura della sofferenza mentale.

L'intero capo IV del D.P.R. N.448 del 22 settembre 1988 è dedicato al procedimento per l'applicazione delle misure di sicurezza nei confronti dei minorenni.

Innanzitutto il nuovo processo penale ha disposto che la misura di sicurezza prevista per i minori si possa applicare solamente quando si procede per alcuni reati gravissimi.¹⁵⁴

Manna pone inoltre l'accento sulle perplessità di ordine costituzionale che possono essere sollevate in relazione alla casa di cura e custodia, nonché le risultanze pratiche, poco confortanti, emerse dalla prassi. Egli sostiene che il trattamento previsto per il semi-infermo ha fundamentalmente rappresentato un totale fallimento, sia perché spesso invocata unicamente per la concessione della relativa attenuante da parte della difesa, sia perché la relativa disciplina è rimasta sostanzialmente lettera morta nella pratica, dal momento che esso si risolve sempre, in concreto, nel semplice ricovero in sezioni speciali dell'O.P.G.

Tale misura di sicurezza rappresenterebbe l'emblema della crisi dell'intero sistema del doppio binario, di cui, la disciplina relativa alla casa di cura e custodia rappresenta una delle espressioni più rilevanti.

¹⁵³ Vedi per una trattazione anche da un punto di vista storico della disciplina MANACORDA A., *Il manicomio giudiziario, cit.*, pagg. 74 e seg. Vedi sul punto anche CALVI A.A., *Tipo criminologico e tipo normativo d'autore*, Padova, 1967, pagg. 396 e seg.

¹⁵⁴ Vedi art.23 comma primo D.P.R. 448/88. Trattasi dei delitti non colposi per i quali la legge stabilisce la pena dell'ergastolo o della reclusione non inferiore nel

Inoltre occorre che vi sia il concreto pericolo che il minore commetta delitti con uso di armi o altri mezzi diretti alla violenza personale ovvero contro la sicurezza collettiva o l'ordine costituzionale, o in ultimo gravi delitti di criminalità organizzata.¹⁵⁵

L'individuazione tassativa e rigorosa dei delitti che possono giustificare l'applicazione della misura di sicurezza ai minori svolge un primo, fondamentale filtro per garantire la necessità del provvedimento, soprattutto se sarà svolta, con il dovuto rigore, l'indagine sugli elementi indicati dalla legge: le specifiche modalità e circostanze del fatto, e la personalità del minore.¹⁵⁶

Ma l'elemento centrale, che consente di affermare che con il nuovo processo penale minorile si è fatto un passo avanti, decisivo, nel far prevalere le esigenze educative su quelle di custodia e della tutela della collettività, va individuato nella previsione che la misura di sicurezza del riformatorio, pur sopravvivendo nella forma, debba essere eseguita in una comunità pubblica o autorizzata.¹⁵⁷

massimo a nove anni; i delitti di cui all'art.380 comma 2°, lett. e), f), g), e h) c.p.p.; il delitto di violenza carnale

¹⁵⁵ Vedi art.37 comma 2° D.P.R. 448/88.

¹⁵⁶ GRASSO G., *Art.223*, in *Commentario sistematico*, Milano, 2005, pagg.475 e seg.

¹⁵⁷ PALOMBA F., *Il Sistema del nuovo processo penale minorile*, Milano, 1991, pagg. 564 e 567. Sull'applicazione della comunità come misura cautelare per i minori, vedi TRAVERSO G.B. – MANNA P., *Note critiche a margine del nuovo codice di procedura penale a carico di imputati minorenni*, in *Giudici, psicologi e riforma penale minorile*, Milano, 1990, pag.169 e seg.; FORATO G., *Custodia cautelare e comunità*, *ivi*, pagg.257 e seg.

Il legislatore ha preso atto della difficoltà di conciliare istanze educative con modelli di segregazione sostanzialmente identici a quelli carcerari, ed ha fatto opportunamente prevalere le prima, in una prospettiva che mette al centro dell'intervento nei confronti del minore socialmente pericoloso il suo recupero sociale: la tutela della collettività passa oggi, pertanto, attraverso il processo educativo del minore, e non più ricorrendo alla sua esclusione dal tessuto sociale.¹⁵⁸

Anticipiamo inoltre che, a conferma di tale orientamento, la sentenza n.324 del 24 luglio 98 della Corte Costituzionale ha stabilito l'illegittimità dell'art.222 c.p., nella parte in cui prevedeva l'applicazione della misura di sicurezza del ricovero in O.P.G., e dell'art.206 c.p., nella misura in cui si ammetteva la possibilità di disporre l'internamento in via provvisoria, sempre in tale tipo di struttura, nei confronti dei minori non imputabili per vizio totale di mente e socialmente pericolosi.¹⁵⁹

¹⁵⁸ Per una bibliografia più completa sul procedimento minorile vedi ROLI E., *Le ambiguità del processo minorile tra educazione e punizione*, in *Quest.giustizia*, 1989, pagg. 889 e seg.; MESTITZ A., *L'amministrazione della giustizia minorile: linee di ricerca*, in *Nel segno del minore, psicologia e diritto nel nuovo processo minorile*, Padova, 1990, pagg. 180 e seg.; e anche GLAUCO G., *Il processo penale minorile : commento al D.P.R. 448/1988*, Milano, 2007, *passim.*; RICCIOTTI R., *La giustizia penale minorile*, Padova, 2007, *passim.*; LARIZZA S., *Il diritto penale dei minori : evoluzione e rischi di involuzione*, Padova, 2005, *passim.*; PENNISI A., *La giustizia penale minorile: formazione, devianza, diritto e processo*, Milano, 2004, *passim.*; GIAMBRUNO S., *Il processo penale minorile*, Padova, 2003, *passim.*; STELLA P., *Difesa sociale e rieducazione del minore*, Padova, 2001, *passim.*; PETRINI D., *op. cit.*, pagg.300 e seg.

¹⁵⁹ Vedi CRESPI A. - STELLA F. - ZUCCALA' G., *Commentario breve al codice penale*, Padova, 2001, pag. 822 e seg.; e anche ARCIDIACONO C. - FERRARI BRAVO G., *Significato attuale e alcuni sviluppi teorici della chiusura della sezione minorile dell'Opg di Aversam*, in *Esperienze di rieducazione*, IV, 1980. I due autori fanno notare come la previsione del codice significasse un trattamento praticamente

Passiamo ora, in maniera più specifica, alla misura di sicurezza di nostro immediato interesse, tema della presente trattazione, ovvero sia l'ospedale psichiatrico giudiziario.

2.2 Ospedale psichiatrico giudiziario: presupposti e funzione.

Abbiamo già tracciato nel capitolo precedente il quadro storico e normativo in cui si inserisce la disciplina dell'ospedale psichiatrico giudiziario, inizialmente denominato come manicomio giudiziario nel Codice Rocco.

Procediamo ora a qualche precisazione sulle modalità concrete dell'applicazione di tale misura e sui presupposti ad essa relativi.

L'art.85 c.p. stabilisce che “Nessuno può essere punito per un fatto preveduto dalla legge come reato, se, al momento in cui lo ha commesso, non era imputabile. È imputabile chi ha la capacità di intendere e di volere”.

Nell'ordinamento penale italiano vige una presunzione assoluta di non imputabilità nei confronti del minore di quattordici anni¹⁶⁰, e per quanto concerne gli infradiciottenni, ovvero coloro che hanno un'età compresa tra i

identico, per minori e adulti, quando alle due categorie di detenuto e minorenne andava ad aggiungersi quella, reale o presuntiva, di malato mentale, essendo quest'ultima in un certo senso, capace di superare ed annullare le altre due, sovra determinando il destino del soggetto in modo incomparabilmente più rigido e preciso di qualunque altra. Si assisteva così alla negazione, in via di fatto e di diritto, di qualunque ipotesi che facesse del minore un soggetto privilegiato nella tutela da parte del corpo sociale nel momento della malattia. Trattavasi invero di una misura di repressione preventiva, perfettamente inserita nella visione imperversante di difesa e controllo sociale all'epoca dell'emanazione del codice.

¹⁶⁰ Vedi Art. 97 c.p.

quattordici e i diciotto anni, il giudice è tenuto ad accertare caso per caso, l'effettiva capacità di intendere e volere.¹⁶¹

Specularmente, per tutti coloro che, invece, al momento della commissione del fatto-reato, hanno già raggiunto la maggiore età, si presume il sussistere dell'imputabilità.¹⁶²

Ricordiamo, per inciso, che la legge espressamente dispone, *ex art. 90 c.p.*, che gli stati emotivi e passionali non escludono né diminuiscono l'imputabilità.¹⁶³

Essa può essere esclusa solo nelle tassative ipotesi previste dalla legge penale, ovvero quando l'assenza di imputabilità è determinata da:

- a) Infermità, tale da determinare uno stato di mente da escludere la capacità di intendere o di volere, *ex art.88 c.p.*

¹⁶¹ Art.98 c.p. Anche nel caso in cui il minore venga reputato imputabile, egli gode peraltro di uno sconto di pena, poiché si ritiene che, giustamente, non abbia ancora raggiunto un pieno sviluppo della propria personalità e una completa maturità.

¹⁶² Schematizzando:

IMPUTABILITA'	
Età < 14 anni	Sempre esclusa per legge
14 anni < Età < 18 anni	Da valutare nel caso concreto
18 anni < Età	Presunzione relativa di sussistenza. Possibilità di dimostrarne l'esclusione nei casi previsti <i>ex lege</i> .

¹⁶³ Peraltro parte della dottrina ritiene tale disposizione del codice inutile e priva di alcun tipo di risvolti. Vedi a tal proposito RIZ R., *op.cit.*, pag.240, il quale fa rilevare come l'imputabilità venga esclusa solo in presenza di un qualche tipo di infermità, e, dal momento che tali stati passionali e emotivi non rappresentano delle infermità, si renda manifesta la sterilità e vacuità dell'art.90 c.p. Vedi anche CODA S., *Stati emotivi o passionali: un contributo clinico*, in *Riv. it .med. leg.*, 2000, pagg.169 e seg.

- b) Piena ubriachezza, derivata da caso fortuito o da forza maggiore, *ex art. 91 c.p.*
- c) Azione di sostanze stupefacenti, derivante da caso fortuito o da forza maggiore, *ex art. 93 c.p.*
- d) Cronica intossicazione da alcool o da sostanze stupefacenti, *ex art. 95 c.p.*
- e) Sordomutismo, *ex art. 96 c.p.*

Inoltre la legge prevede un'ipotesi, del tutto particolare, di cui abbiamo già ampiamente trattato nel corso del presente lavoro: quello dei semimputabili, la cui capacità di intendere o di volere risulta “scemata grandemente” ma non totalmente esclusa.¹⁶⁴ A tale categoria di soggetti viene applicata, come abbiamo già potuto appurare, una pena ridotta, e in aggiunta, nel caso essi siano ritenuti socialmente pericolosi, la misura di sicurezza del ricovero in una casa di cura e di custodia, *ex art.219 c.p.*

¹⁶⁴ La previsione normativa e il concetto stesso di seminfermità di mente è stata soggetta a moltissime critiche, da parte sia della categoria degli psichiatri sia di quella dei giuristi. Si è sostenuto, infatti, insostenibile e insensato graduare o quantificare la capacità di intendere e volere di una persona, ovvero la sua capacità di auto-determinarsi e la sua conseguente responsabilità penale. Vedi per una sommaria bibliografia BORTONE G. N., *Semimputabilità e sistema del doppio binario*, in *Ind. pen.*, 1999, pagg. 423 e seg.; MONTEVERDE L., *Sofferenza psichiatrica e sistema penale. Necessità di una svolta*, in *Questione giustizia*, 1998, pagg. 822 e seg.; TRAVERSO G.B. e CIAPPI S., *Disegno di legge di riforma del codice penale: note critiche a margine della nuova disciplina sull'imputabilità*, in *Riv. it. med. leg.*, 1997, pagg. 667 e seg.; BERTOLINO M., *Il nuovo volto dell'imputabilità penale. Dal modello positivisticco del contratto sociale a quello funzional-garantista*, in *Ind. pen.*, 1998, pagg. 367 e seg.

Ad ogni modo, nel caso in cui la persona autrice di un fatto-reato¹⁶⁵, risulti essere stata non imputabile al tempo – secondo il parere motivato del giudice, avvalso o meno dell’ausilio di una perizia psichiatrica – e venga ritenuta al contempo socialmente pericolosa¹⁶⁶, sarà generalmente¹⁶⁷, sottoposta alla misura di sicurezza dell’OPG.

¹⁶⁵ARATA R. - AZZARA’ SCORZA L., *op.cit.*, pag. 341. Il fatto penalmente rilevante può essere un reato o un “quasi-reato”, dove per quasi reato si intende la realizzazione di una condotta che, pur non configurando un fatto tipicamente previsto da una fattispecie criminosa, si manifesta in modo talmente prossimo al reato da permettere di riconoscere in essa un indizio sicuro di pericolosità sociale. In particolare due sono le ipotesi di “quasi-reato” contemplate dal codice: il reato impossibile *ex art.49 c.p.* e l’istigazione a commettere delitto, quando il delitto non sia commesso, *ex art. 115*.

¹⁶⁶Vedi CARACCIOLI I., *op.cit.*, pag. 198 e seg. Come è stato più volte fatto presente, inizialmente il legislatore del codice Rocco aveva stabilito una presunzione assoluta di pericolosità, a carico degli imputati prosciolti per infermità psichica che avessero commesso un delitto non colposo, per cui la legge avesse stabilito una pena superiore nel massimo a due anni. Mentre per i semimputabili tale presunzione richiedeva la commissione di un reato sanzionato con una pena superiore non a due, bensì a 5 anni. Ma nei confronti di tali soggetti, negli altri casi, di reati meno gravi, era possibile una verifica in concreto dell’eventuale pericolosità.

Ad ogni modo abbiamo visto come, le sentenze della Corte Costituzionale prima, e la Legge c.d. Gozzini poi, hanno spazzato via dal nostro attuale sistema qualsiasi tipo di presunzione di pericolosità. E’ rimasta peraltro problematica la determinazione, nella pratica, di un concetto vago come quello della pericolosità. Delle questioni ad essa inerenti tratteremo nei prossimi paragrafi.

¹⁶⁷ Si appunta “generalmente” perché, con la sentenza 253/2003, la Corte Costituzionale ha rimosso il rigido automatismo sanzionatorio che non permetteva l’applicazione della m.d.s. che, in concreto, meglio era in grado di soddisfare le esigenze di controllo della pericolosità del soggetto da sottoporvi, e al contempo rispettare le esigenze terapeutiche di questo. Vedi per il commento alla sentenza FAMIGLIETTI A., *op.cit.*, pag.2118.

Attraverso tale decisione la Consulta ha, infatti, dichiarato illegittimo l’art.222 c.p., nella parte in cui non consentiva al giudice, che avesse ravvisato l’inidoneità della misura del ricovero in ospedale psichiatrico, di adottare una diversa misura prevista dalla legge. In particolare la misura della libertà vigilata, *ex art. 228 c.p.*, nel caso in

Tale misura di sicurezza consiste, come più volte ripetuto, nel ricovero in uno stabilimento in cui gli internati vengono sottoposti a trattamento curativo per tentare di migliorarne le condizioni psicofisiche e consentirne, senza pericolo, il ritorno alla vita sociale.¹⁶⁸

La pretesa di perseguire la cura del malato attraverso la custodia in O.P.G. ha destato perplessità sia teoriche, anche alla luce del profondo mutamento delle concezioni psichiatriche e della nuova percezione della

cui fosse accompagnata da prescrizioni idonee ad evitare la commissione di nuovi reati.

La stessa linea è stata poi confermata anche in successive sentenze e ordinanze della Corte in materia, come la 367/2004, a indicare la necessità, ormai palese, di introdurre una certa flessibilità applicativa delle misure in questione da parte del giudice. Flessibilità non assoluta peraltro. Il giudice è, infatti, chiamato a scegliere una misura che sia comunque contemplata dalla legge, scongiurando il rischio attinente alla creazione, in sede giurisprudenziale, di misure di sicurezza non tipizzate dal legislatore. Da ultimo la sentenza 208/2009 ha dichiarato inammissibile la questione di legittimità costituzionale dell'art. 219 c.p. per violazione degli artt. 3 e 32 Cost., nella parte in cui tale articolo non consente al giudice di applicare la libertà vigilata a contenuto terapeutico, analogicamente a quanto già stabilito dalle sentenze 253/2003 e 367/2004: la Corte, nel dichiarare inammissibile la questione, ha affermato che *“risulta ormai presente nella disciplina sulle misure di sicurezza il principio secondo il quale si deve escludere l'automatismo che impone al giudice di disporre comunque la misura detentiva, anche quando una misura meno drastica, e in particolare una misura più elastica e non segregante come la libertà vigilata, accompagnata da prescrizioni stabilite dal giudice medesimo, si riveli capace, in concreto, di soddisfare contemporaneamente le esigenze di cura e tutela della persona interessata e di controllo della sua pericolosità sociale.”* Vedi quanto riportato da PELISSERO M., *Il definitivo superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari nel tempo della crisi*, in *Diritto penale e processo*, n.8, 2012, pagg. 1019-1020.

¹⁶⁸ Vedi RANIERI S., *Manuale di diritto penale*, Padova, 1968, pagg.664 e seg.

malattia mentale e del suo trattamento manifestatisi nella riforma del 1978, sia pratiche, considerata la drammatica realtà segregante degli O.P.G.¹⁶⁹

Alle perplessità avanzate in ordine sia all'effettiva utilità terapeutica del ricovero in O.P.G., sia alle difficoltà di adattare all'infermo il giudizio di pericolosità, data la scarsa attendibilità di un giudizio prognostico, si può collegare un interessante orientamento seguito nell'ultimo decennio dalla giurisprudenza di merito ed inteso ad elaborare nuove modalità di intervento terapeutiche-cautelari nei confronti degli infermi proscioglibili, siano o meno accompagnati da un *fumus* di pericolosità.

Esso si è concretizzato, oltre che nelle sentenze della Corte Costituzionale, nella concessione all'imputato, affetto da infermità mentale, della libertà vigilata, condizionata all'obbligo di avvalersi dei servizi psichiatrici territoriali, nonché degli arresti domiciliari, presso i Centri di Salute Mentale, nella prospettiva di stimolare il consenso del sofferente psichico ad eventuali trattamenti volontari e, contestualmente, di acquisire elementi più attendibili per formulare una valutazione dell'eventuale pericolosità.¹⁷⁰

Premesso che il giudizio nei confronti dell'istituzione dell'OPG è stato a tal punto negativo da convincere il legislatore a tentarne il superamento attraverso, dapprima, attraverso l'Allegato C al DPCM 19 Marzo 2008 e da

¹⁶⁹ Vedi MUSCO E., *La misura di sicurezza, cit.*, pag. 146 e seg.

¹⁷⁰ Vedi a tal proposito AGUGLIA E. - DE VANNA M. - MENCACCI C. - SCHIAVON M., *Ospedale Psichiatrico Giudiziario: continuità o superamento?*, in *Riv. Sper. Freniatr.*, vol. CXXV, 2001, pagg.230 e seg. IANNUCCI M., BRANDI G., ROSSI PRODI P., *Il trattamento del "reo-folle"*, in *Salute e territorio*, 2005, pagg. 370 e seg.

ultimo, l'art. 3-ter della legge 9 del 17 febbraio 2012, prevedendo la chiusura degli stessi entro 1 febbraio 2013, c'è da dire che, *de iure condendo* erano già state prospettate varie ipotesi di riforma, che non di rado coinvolgevano anche la permanenza stessa della categoria dell'imputabilità e il concetto di pericolosità sociale. Di tali aspetti ci occuperemo appunto nei prossimi paragrafi, mentre sui progetti di riforma ci soffermeremo attentamente nel corso dei capitoli finali.

2.3 Approfondimenti su questioni inerenti al concetto di imputabilità

Come abbiamo già avuto modo di constatare, il legislatore ha ancorato la nozione di imputabilità a due fattori: rispettivamente la capacità di intendere e quella di volere. Perché sussista l'imputabilità è quindi necessario che i suddetti due requisiti ricorrano entrambi e nel momento in cui l'agente ha tenuto il comportamento delittuoso.¹⁷¹

¹⁷¹ Per una breve rassegna bibliografica in materia: CENTONZE A., *L'imputabilità, la funzione sociale della pena e l'accertamento multifattoriale delle infermità psichiche*, in *Psichiatria, Psicologia e Diritto*, n.3, settembre 2010, pagg. 1-10; COLLICA M.T., *Il giudizio di imputabilità tra complessità fenomenica ed esigenze di rigore scientifico*, in *Riv. it. dir. e proc. pen.*, 2008, 03, pagg. 1170 e seg.; BERTOLINO M., *Le incertezze della scienza e le certezze del diritto a confronto sul tema della infermità mentale*, in *Riv. it. dir. e proc. pen.*, 2006, 02, pagg. 539 e seg.; GRASSI L. - NUNZIATA C., *Infermità di mente e disagio psichico nel sistema penale*, Padova, 2003, *passim.*; MANNA A., *Imputabilità e misure di sicurezza : verso un Codice penale modello per l'Europa*, Padova, 2002, *passim.*; VISINTINI G., *L'imputabilità e la colpa in rapporto agli altri criteri di imputazione della responsabilità*, Padova, 1998, *passim.*; CANEPA G., MARUGO M.I., *Imputabilità e trattamento del malato di mente*, cit., *passim.*; CERETTI A. - MERZAGORA I., *Questioni sulla imputabilità*, cit., *passim.*; BERTOLINO M., *L'imputabilità*, cit., *passim.*; VERRINA G.L., *L'imputabilità e il reato*, Rimini, 1984, *passim.*; PORTIGLIATTI BARBOS M. - MARINI G., *La capacità di intendere e di volere nel sistema penale italiano*, Milano, 1964, *passim.*; BRICOLA F., *Fatto del non imputabile e pericolosità*, Milano, 1961, *passim.*; SESSO R., *Imputabilità e*

La capacità di intendere è solitamente intesa come l'attitudine del soggetto a riconoscere la realtà esterna, e al contempo rendersi conto del valore sociale, positivo o negativo, di tali accadimenti e degli atti che compie, secondo una percezione non distorta della realtà e, quindi, come la capacità di discernere rettamente il significato ed il valore del proprio comportamento, nonché le conseguenze morali e giuridiche dello stesso. Ancora, può definirsi come la capacità di apprezzamento e di previsione della portata delle proprie azioni od omissioni, sia sul piano giuridico, sia su quello morale. Tale capacità non va confusa con l'adesione morale al fatto commesso: chi è privo di tale sentimento o dissente dai valori tutelati non è, per ciò solo, ritenuto incapace.¹⁷²

sistematica del reato, Milano, 1962, *passim.*; CERQUETTI G., *L'imputabilità nella sistematica del diritto penale*, Perugia, 1979, *passim.*

¹⁷² MANTOVANI, *op.cit.*, pagg.618. Sul tema vedi anche INTRONA F., *I diritti del malato di mente, ovvero il malato di mente nel diritto*, in: MASTRONARDI V., *Criminologia Psichiatria Forense e Psicologia Giudiziaria, Scritti in memoria di Franco Ferracuti*, Roma, 1996, pagg. 291-327. L'autore scrive: "[...] la capacità di intendere e quella di volere vanno intese come capacità di usare i propri strumenti intellettivi e volitivi in modo adeguato al fine. Ne deriva che la capacità di intendere è qualcosa di più e di diverso dalla intelligenza misurata in termini psicometrici in sede di diagnosi clinica. Si deve dunque porre mente alla intelligenza delle situazioni di condotta, nella quale confluiscono fattori emotivi, affettivi, istintivi, e di esperienza. Inoltre, i postulati della condotta intelligente sono tanti che la capacità di intendere non si può desumere solo dal quoziente di intelligenza, pur essendo questo un punto di partenza. Si devono infatti considerare: 1) la situazione emotivo-affettiva; 2) i rapporti esistenti fra il soggetto e la realtà in cui è inserito; 3) la realtà nei cui confronti il soggetto ha operato, opera, intende operare o presume che opererà; 4) le capacità ed energie operative di cui egli dispone al momento o ritiene di poter disporre in futuro, relativamente al piano ideativo della condotta che si prefigge; 5) le modificazioni che il suo operato ha indotto (o che egli crede che può o potrà indurre nella realtà o in lui stesso; 6) i fini che il soggetto si propone di perseguire; 7) le correlazioni fra tutti i numeri precedenti".

La capacità di volere rappresenta invece l'attitudine del soggetto a determinarsi in modo autonomo, intesa come potere di controllo dei propri stimoli e impulsi ad agire.¹⁷³

Dal punto di vista giuridico-penale la nozione di imputabilità si ricava, *a contrario*, dalla descrizione delle cause, a carattere tassativo, che la escludono o la diminuiscono. Tra queste appunto il vizio di mente *ex artt.88 e 89 c.p.*, come accennato nel precedente paragrafo.¹⁷⁴

¹⁷³ TRAMONTANO L., *Capacità di intendere e volere del soggetto agente*, Napoli, 2006, pag.35 e seg. Molti autori hanno sostenuto che le due tipologie di capacità sarebbero talmente e strettamente collegate tra loro, che sarebbe quasi inverosimile pensare, in concreto, a situazioni in cui possano sussistere l'una indipendentemente dall'altra. Di talché tale distinzione apparirebbe del tutto superflua e si risolverebbe in una pura velleità di perpetramento scolastico. Vedi anche l'opinione di LATTANZI G. - LUPO E., *Codice penale: rassegna di giurisprudenza e dottrina*, vol. 30, libro 10, Milano, 2000, pag. 2. che negano tale possibilità, in quanto "si tratterebbe di momenti coesenziali nella definizione della psiche umana", la quale andrebbe considerata nella sua unità sostanziale.

Ad ogni modo la norma ribadisce l'estraneità all'imputabilità di fattori che non attengono alla sfera intellettuale o volitiva del soggetto, ma a quella sentimentale o affettiva: emozioni o passioni per l'appunto.

Gli stati emotivi e passionali non sono di per sé un'infermità, ma possono essere sintomi, manifestazioni o prodotti di uno stato patologico che rileva autentica infermità – che compromette la capacità di intendere e di volere -, ad esempio: forma di gelosia ossessiva e delirante sfociata in psicopatologia grave; grave psicopatologia fobica.

¹⁷⁴ ANTOLISEI F., *Manuale di diritto penale - parte generale*, MILANO, 2003, pag. 608. La capacità d'intendere e di volere, secondo il concetto della legge, manca in due categorie di individui: in quelli che non hanno un sufficiente sviluppo intellettuale e in coloro che sono affetti da gravi anomalie psichiche. Il contenuto sostanziale dell'imputabilità, pertanto, va ravvisato nella maturità psichica e nella sanità mentale. Le cause di esclusione dell'imputabilità possono, più in generale, essere cause fisiologiche, dipendenti dalla minore età, o da cause patologiche, quali infermità e stati tossici acuti.

Secondo il primo dei due articoli, inerente al vizio totale di mente, è necessario che lo stato di alterazione mentale, tale da escludere la capacità di intendere o di volere, derivante da infermità.¹⁷⁵

Tale stato può essere determinato tanto da un vizio permanente, quanto da uno transitorio.¹⁷⁶

Subito dopo l'entrata in vigore del codice Rocco, si sono accese vivaci dispute dottrinali e controverse interpretazioni sulle connotazioni che il concetto di infermità doveva assumere, giacché nella prassi vigeva una notevole incertezza riguardo alla individuazione dei presupposti di fatto necessari per l'applicabilità delle citate norme.

E' infatti da rilevare che, ancora adesso, la stessa scienza psichiatrica fatica ad offrire una concezione univoca del vizio di mente, e gran parte della

¹⁷⁵Vedi la *Relazione del Ministro della Giustizia alla Camera e al Senato del Regno*, in LATTANZI G. - LUPO E., *op. cit.*, pag. 21. Vista la genericità del termine infermità, al suo interno va ricondotta non solo l'infermità mentale, ma anche quella fisica. Per infermità fisica si intende una disfunzione di origine fisica ed organica, ossia, un'infermità di carattere non mentale che momentaneamente turbi le funzioni psichiche. Si pensi a malattie come la poliomielite, la sclerosi multipla, il diabete e il tumore, le quali, quando siano di notevole gravità e in condizioni particolari, possono cagionare un vizio di mente – ad es. delirio febbrile, disturbi mentali organici dovuti a squilibri metabolici, ipoglicemia o vasculopatie.

¹⁷⁶FIANDACA G. - MUSCO E., *Diritto penale*, Bologna, 2006, pag. 298. Si ha il vizio permanente se tale stato dipende da un turbamento psichico protratto nel tempo in rapporto con la stabilità e la durezza dell'infermità che lo cagiona; si ha il vizio temporaneo se il disordine psichico è fugace, momentaneo, in questo caso, per escludere l'imputabilità, occorre stabilire se l'alterazione mentale era presente nel momento in cui il soggetto ha commesso il fatto.

ragione di tale situazione è insita nella profonda evoluzione che gli studi scientifici, in questi ambiti, continuano a vivere.¹⁷⁷

¹⁷⁷ Per cominciare, la definizione di imputabilità come capacità di intendere e di volere è stata considerata, fin dal suo apparire, "vaga". Vedi l'opinione di DELITALA G. riportata in CRESPI A., voce *Imputabilità*, in *Enciclopedia del Diritto*, vol. XX, Milano, 1970, pagg. 763 e seg.

Tutti hanno almeno concordato su un elemento: per esempio nel fatto che per infermità possa intendersi anche infermità fisica, ovviamente con riverberi sulle funzioni psichiche dell'intendere e del volere, e ciò sia perché lo suggeriscono la logica e la conoscenza di malattie fisiche che incidono sulla psiche – ad esempio fattori tossicoinfettivi, squilibri metabolici, ipoglicemie, disturbi circolatori, etc.- sia perché lo si ricava dalla differenza con la dizione usata dal codice Zanardelli – dove era appunto definita come "stato di infermità di mente". Vedi a tal proposito MANTOVANI F., *L'imputabilità sotto il profilo giuridico*, in: FERRACUTI F., *Trattato di Criminologia, Medicina Criminologica e Psichiatria Forense*, Vol. XIV, Milano, 1990, pag. 17.

Un altro punto di comune accordo vi è sul fatto che il concetto di infermità sia diverso da quello di malattia, talvolta più ampio e talvolta più circoscritto di questo. Per confrontare le diverse opinioni vedi: BANDINI T., *Riflessioni critiche sulla nozione di infermità in psichiatria forense*, in: DELL'OSSO L. - LOMI A., *Diagnosi psichiatrica e DSM-III-R*, Milano, 1989, pag. 171. E anche CANEPA G., TRAVERSO G.B., *Considerazioni sulla perizia psichiatrica in riferimento al D.D.L.177/83 del Senato della Repubblica*, in: TRAVERSO G.B., *Criminologia e Psichiatria Forense*, Milano, 1987, pag. 349 e seg.

D'altro canto le definizioni e le classificazioni delle malattie mentali sono state elaborate per fini di cura e di conoscenza, cioè per scopi diversi da quelli valutativi della responsabilità penale e della tripartizione - capace, seminfermo, totalmente incapace - propri invece dell'ambito giuridico, il che ha obbligato la psichiatria forense all'individuazione di regole e criteri di "traduzione" del sapere psichiatrico per le esigenze del sistema dell'imputabilità. Da qui è derivata la ricerca di concetti quali quello di "sofferenza dannosa" vedi SCHNEIDER K., *Psicopatologia clinica*, Firenze, 1966, pag.232 e seg., o della "norma responsiva" vedi FERRIO C., *Psichiatria clinica e forense*, Vol. II, Torino, 1959, pag.159 e seg.

Uno di questi criteri, probabilmente quello che s'è dimostrato il più vitale, è stato il "valore di malattia", concetto appunto psicopatologico forense che designa quelle situazioni che, indipendentemente dalla qualifica clinica, assumono "significato di malattia" - o, forse meglio, "significato di infermità" - e sono pertanto idonee ad incidere sulla capacità di intendere e di volere. Ma, lo si ripete per la sua importanza, non ogni malattia in senso clinico ha "valore di malattia" in senso forense, e,

In proposito, è possibile ricondurre a due principali scuole di pensiero le contrastanti opinioni in materia: quella c.d. medica e quella c.d. giuridica. La prima, in particolare, quella che orientò il legislatore del 1930, è stata, nel corso degli anni, messa profondamente in crisi dalla seconda.¹⁷⁸

Nel periodo di emanazione del codice, l'unico modello di infermità mentale riconosciuto dalla scienza era, infatti, rappresentato da quello fondato

viceversa, vi possono essere situazioni clinicamente non rilevanti o non classificate che in ambito forense assumono "valore di malattia".

Secondo INTRONA F., *I diritti del malato di mente*, cit., pag. 291 e seg. inoltre, non solo non vi è identità fra "malattia" e "infermità", ma il legislatore avrebbe scelto appositamente il termine "infermità" perché "al giudice non può interessare una eventuale diatriba nosografica tra esperti circa il nome da attribuire a questa o a quella malattia, bensì interessa solo sapere se e quali conseguenze ne siano derivate a carico della capacità di intendere e di volere al momento del fatto".

Il che peraltro non esclude che l'attuale incertezza, o forse noncuranza, da parte della scienza psichiatrica rispetto ad una precisa definizione-delimitazione del concetto di malattia abbia avuto riverberi anche sul concetto di "infermità" ai fini dell'incidenza sull'imputabilità. In altri termini: se anche la "infermità giuridica" non è la stessa cosa della malattia psichiatrica, il poter avere una chiara definizione di quest'ultima costituiva pure un parametro a cui far riferimento, parametro che adesso viene a mancare.

¹⁷⁸ Secondo un primo orientamento, articolato nelle sentenze Cassazione, 14 aprile del 2003 n.26614, in *Cass.Pen.*, II, 2004, pagg.104 e seg.; ID., I, 23 ottobre 1997 n.10422, in *Cass.Pen.*, I, 1998, pagg.42 e seg.; ID., I, 14 dicembre 1991 n.299, in *Cass.Pen.*, II,1992 pagg.278 e seg.; ID., I, 7 maggio 1990 n.13202, in *Cass.Pen.*, I,1991 pagg.141 e seg., le anomalie che possono essere in grado di influire negativamente sulla capacità di intendere o volere sono solo quelle che vengono definite come malattie mentali in senso stretto, ovvero aventi una base organica o biologica, che sia accertabile o documentabile mediante il ricorso alla nosografia ufficiale; di conseguenza sono da escludere le c.d. abnormità psichiche, quali le nevrosi o le psicopatie. Quest'ultime, in quanto caratteropatie, sono anomalie che influenzano il comportamento, ma non sono considerate capaci di incidere negativamente sulla sfera intellettuale e di alterare nel soggetto la capacità di rappresentazione o di autodeterminazione.

sul criterio clinico - nosografico. La malattia mentale era considerata tale ed in grado di escludere o diminuire la capacità di intendere o di volere, solo quando la stessa era inquadrabile e riconoscibile quale lesione del sistema nervoso centrale.

Essa tendeva ad identificare il termine giuridico “infermità” con quello “psichiatrico” di “malattia”, attribuendo così rilevanza ai soli disturbi mentali, inquadrabili entro gli schemi classificatori della nosografia psichiatrica. Questa metodologia era finalizzata ad offrire contenuti di certezza e di rigore al giudizio sull'imputabilità dell'attore.¹⁷⁹

Tale atteggiamento rigoristico è stato peraltro soggetto a qualche attenuazione, per cui qualche ramo minore dell'indirizzo accoglieva nella categoria anche altre anomalie psichiche, affini alle malattie mentali classificate, con manifestazioni lievemente diverse.¹⁸⁰

¹⁷⁹ FIORAVANTI L., *Le infermità psichiche nella giurisprudenza penale*, Padova, 1988, pag. 25 e seg., Seguendo la scansione in periodi proposta, si può dire che sino alla fine degli anni Cinquanta la giurisprudenza è prevalentemente informata ad un modello "medico", cioè a dire un modello univoco e univocamente teso ad escludere dalle ipotesi di non imputabilità quelle situazioni che non derivino da un disturbo inquadrabile entro un preciso schema classificatorio della nosografia psichiatrica. Posto che il riferimento era poi ad una nosografia che collocava le psicopatie e le nevrosi fra le anomalie piuttosto che fra le malattie, e più in generale ad una psichiatria di stampo organicista, ne seguiva che psicopatie, nevrosi, e quant'altro non rilevavano ai fini dell'imputabilità. Vedi anche di recente, PALUMBO F., *Il vizio di mente per infermità nelle prassi difensive e nelle prospettive di riforma*, in *Psichiatria, Psicologia e Diritto*, Anno 1, n.2, Dicembre 2009, pagg.12-16.

¹⁸⁰ Vedi le pronunce della Suprema Corte, ad esempio Corte Cass., sez. I, 23 ottobre 1978, in *Cass.pen.*, 1980, pagg.66 e seg. L'orientamento giurisprudenziale in questione si è mantenuto fedele ai canoni di certezza giuridica, che hanno portato ad istituire stretti collegamenti tra il dato normativo e gli schemi della psicopatologia ufficiale; inoltre sempre con l'obiettivo di contenere i casi di non imputabilità e soprattutto di semimputabilità, ha sviluppato progressivamente i criteri idonei a scongiurare una eccessiva estensione del concetto di infermità. Nel perseguire questa

Le conseguenze di tale visione vengono più che altro scontate dagli stadi intermedi, vale a dire le anomalie psichiche, situate al confine tra vera e propria malattia mentale e normalità.

A differenza dell'indirizzo medico, l'orientamento giurisprudenziale c.d. "giuridico", pur muovendo dai risultati della scienza psichiatrica, rivendica con forza l'autonomia del giudice nella definizione del concetto giuridico di infermità e nell'accertamento di essa.¹⁸¹

Secondo tale concezione, la valutazione della malattia mentale sullo schema degli elementi normativi extragiuridici della fattispecie, consente la

evoluzione alcune pronunce si sono rifatte alla corrente psichiatrica "organicista", che assegna rilevanza di malattia alle sole alterazioni mentali riferibili ad un substrato somatico noto o postulato. In quest'ottica si sono escluse dal concetto di infermità "le malattie del sistema nervoso che non hanno basi anatomiche e si manifestano con disturbi puramente funzionali, cioè privi di substrato organico e senza lesioni di organi".

Altre pronunce, vedi ad esempio Corte Cass., sez. I, 25 febbraio 1985, in *Giust. pen.*, 1986, pag. 93, ascrivibili al c.d. orientamento "nosografico", assegnano rilevanza di infermità alle sole alterazioni mentali di definita entità patologica, aventi cioè precisi caratteri nosografici clinici. Partendo da tale assunto l'indeterminatezza del disturbo mentale, conseguente all'impossibilità di classificarlo nosograficamente, ne segnalerebbe il carattere non patologico e quindi l'irrilevanza giuridica.

¹⁸¹ La giurisprudenza del secondo orientamento, ascrivibile alle sentenze Cassazione, I, 10 gennaio 1997 n. 967, in *Giust. Pen.*, 1998, pagg. 92 e seg.; ID., I, 14 ottobre 1997 n. 7845, in *Cass. Pen.*, II, 1998, pagg. 74 e seg.; ID., I, 20 marzo 2004 n. 10422, in *Cass. Pen.*, I, 2005, pagg. 188 e seg.; ID., I, 14 aprile 2005 n. 24255, in *Giust. Pen.*, 2006, pagg. 122 e seg.; ID., I, 23 ottobre 2003 n. 19532, in *Cass. Pen.*, 2004 pagg. 99 e seg., ha incluso la possibilità che gli stati emotivi o passionali possano incidere sulla capacità mentale del soggetto, purché siano accompagnati da un fattore determinante o in un vero e proprio stato patologico sia pure transeunte e non inquadrabile in una precisa classificazione nosografica; come anche sono prese in considerazione le anomalie del carattere e le c.d. personalità psicopatiche, quando per la loro gravità e intensità, creino un vero e proprio squilibrio mentale e correlabile direttamente con l'azione delittuosa.

possibilità di un adeguamento automatico delle norme al mutare del paradigma di riferimento e quindi al mutare dei tempi e della realtà sociale.¹⁸²

Essa inoltre riporta l'interpretazione degli artt. 88 e 89 c.p. sullo schema degli elementi normativi extragiuridici della fattispecie, nel senso di riconoscere una relativa autonomia, in sede giurisdizionale, sulla valutazione giuridico penale dell'infermità mentale, non tanto sulla classificazione da attribuire ad una data tipologia di infermità mentale, bensì sugli effetti che la medesima produce sulla capacità naturalistica dell'individuo valutando la presenza o meno, in capo a quest'ultimo, di una pur labile attitudine ad autodeterminarsi e ad effettuare scelte coscientemente orientate.

Ne consegue che, mentre l'indirizzo medico, identificando l'infermità con la malattia mentale, offre un criterio abbastanza chiaro per l'individuazione delle alterazioni rilevanti *ex artt.88 e 89 c.p.*, l'indirizzo giuridico tende, non tanto ad elaborare un concetto unitario di infermità, quanto a desumerlo volta per volta dall'esame congiunto della personalità e del comportamento dell'imputato, dando luogo in tal modo ad una vasta casistica di situazioni in cui è riconoscibile il vizio di mente.¹⁸³

¹⁸² si veda nota di FIDELBO G. alla sentenza della Corte Cass., SS.UU., 25 gennaio 2005, in *Foro it.*, II, 2005, pagg. 425 e seg.: *“E’ merito dell’indirizzo giuridico l’aver posto al centro della questione l’esigenza dell’accertamento, cioè di un’indagine più profonda del concreto caso giudicato, anche in considerazione del riconoscimento in capo al malato di mente della capacità di determinarsi responsabilmente: scopo dell’accertamento diventa la verifica di uno stato patologico nel momento della commissione del fatto, non più un’indagine diretta a trovare nel reo una patologia definibile in astratto alla stregua di una malattia psichiatrica in senso stretto”*.

¹⁸³ Vedi SVERZELLATI S. - SVERZELLATI G., *Il vizio di mente: genesi di un concetto*, in *Rivista Medica Italiana di Psicoterapia ed Ipnosi*, vol. I, 2006, pagg.12

Queste ultime tesi hanno, infatti, messo in dubbio la validità assoluta degli schemi tradizionali di classificazione delle malattie mentali ed hanno elaborato una metodologia di ricerca secondo cui lo studio dei disturbi psichici deve sempre correlarsi ad una più complessiva valutazione della persona dell'alienato, con la conseguenza che anche le alterazioni mentali atipiche possono considerarsi come infermità psichiche rilevanti *ex artt.* 88 e 89.¹⁸⁴

seg. I due autori tracciano un breve riassunto della storia e dell'evoluzione dei concetti d'infermità e di vizio di mente presenti nel Codice Rocco.

Questi ultimi, fondati sui principii accolti dalla scienza psichiatrica degli anni trenta, all'interno della quale dominava l'indirizzo medico, successivamente si sono sviluppati in nuovi paradigmi – psicologico e sociale – il cui obiettivo si sostanzia in una più completa comprensione del soggetto autore del reato, attraverso l'analisi della sua personalità, dei suoi trascorsi familiari e dei rapporti all'interno della società.

Tali paradigmi vengono accolti da una giurisprudenza minoritaria che, elaborando il c.d. indirizzo giuridico, va ad ampliare il concetto d'infermità rispetto a quello di malattia mentale. Anche i progetti di modifica degli artt. 85-89 c.p., inseriti nella riforma generale del codice penale, manifestano la preferenza per l'utilizzo di formule maggiormente aperte.

Così mentre la scienza psichiatrica sembra entrare in crisi, in quanto non è più in grado di fornire certezze, si apre il varco all'utilizzo del c.d. modello integrato, in grado di spiegare il disturbo psichico non solo sulla base di variabili psichiatriche, ma anche psicologiche e sociali.

È così che, secondo gli autori, la scienza psichiatrica riacquista valore: comprendendo i propri limiti, cercando risposte complete che tuttavia non abbiano la pretesa di ergersi a verità assolute, attraverso l'elaborazione di perizie individualizzate, che tengano conto del singolo caso concreto.

¹⁸⁴ FIORAVANTI L., *Le infermità psichiche nella giurisprudenza penale*, Padova, 1988, pag.25 e seg. Vedi da ultimo l'importante sentenza della Corte di cassazione in materia: Cassazione, SS.UU. penali, 8 marzo 2005 n. 9163, in *Cass.Pen.*, 2006, pagg. 275 e seg. Secondo tale decisione ai fini del riconoscimento del vizio totale o parziale di mente, rientrano nel concetto di "infermità" anche i "gravi disturbi della personalità", le psicopatie o anche dette anomalie del carattere, a condizione che il giudice ne accerti la gravità e l'intensità, tali da escludere o scemare grandemente la

Ci si è posti altresì il problema se l'incapacità di intendere e volere, dipendente dalla infermità, debba riguardare lo specifico fatto posto in essere dall'infermo psichico.

Inizialmente fu prevalente la tesi che riteneva sussistente il vizio di mente anche senza un collegamento eziologico tra infermità e fatto di reato, dal momento che l'art.85 rapporterebbe l'incapacità alla condizione del soggetto al momento del fatto ma non allo specifico fatto commesso. Tale concezione supportava il c.d. "criterio cronologico".¹⁸⁵

capacità di intendere o di volere, e il nesso eziologico con la specifica azione criminosa.

L'8 marzo 2005 la Corte di Cassazione a Sezioni Unite è stata chiamata ad affrontare la questione controversa sul tema dell'imputabilità. Essa si è pronunciata al riguardo dichiarando i disturbi di personalità idonei ad incidere sull'imputabilità, ma specificando che gli stessi debbano essere, a tal fine, dotati di consistenza, rilevanza, intensità e gravità. A questo proposito si riporta anche la massima della Cassazione, I, 3 maggio 2005 n. 16574, in *Cass.Pen.*, 2006, pagg.125 e seg:

"[...] anche ai disturbi della personalità può essere attribuita un'attitudine, scientificamente condivisa, a proporsi come causa idonea ad escludere o grandemente scemare la capacità di intendere e di volere del soggetto agente; principio che si pone in perfetta consonanza col disposto dell'articolo 85 Codice penale e coll'orientamento costituzionale. I disturbi della personalità devono però essere di consistenza, rilevanza e gravità tali da concretamente incidere sulla capacità di intendere e volere; essi, infatti, come in genere quelli da nevrosi e psicopatie, quand'anche non inquadrabili nelle figure tipiche della nosografia clinica iscrivibili al più ristretto novero delle malattie mentali possono costituire infermità anche transeunte, ai fini degli articoli 85 e 89 del Codice penale, ove determinino lo stesso risultato di pregiudicare totalmente o grandemente la capacità di intendere e volere".

Ma di tale pronuncia e di altre sentenze della Cassazione si disquisirà più approfonditamente nell'apposito capitolo dedicato a queste.

¹⁸⁵ CRESPI A., voce "Imputabilità", in *Enciclopedia del Diritto*, vol. XX, Milano, 1970, pagg.763 e seg.

Ma l'opinione a tutt'oggi prevalente nella prassi e nella dottrina psichiatrico-forense è incline nel rapportare l'esistenza dell'incapacità di intendere o di volere non solo ad un criterio cronologico, ma anche ad un criterio di relazione col fatto specifico, in un'ottica di criminogenesi e criminodinamica: non basta, cioè, la presenza di una qualsivoglia, ancorché grave, infermità, ma essa deve presentare caratteristiche tali da aver partecipato alla genesi ed alla dinamica di quel particolare reato.¹⁸⁶

Se, infatti, vi è necessità di un duplice accertamento, dell'infermità e della sua incidenza sulla capacità di intendere o di volere, è proprio perché occorre un'indagine che correli la patologia alla capacità relativamente ad uno specifico comportamento.¹⁸⁷

¹⁸⁶ In tal senso: BANDINI T., GATTI U., *Nuove tendenze in tema di valutazione clinica dell'imputabilità*, in: FERRACUTI F., *Trattato di Criminologia, Medicina Criminologica e Psichiatria Forense*, Vol. 13, Milano, 1990, pag. 151 e seg.; DE FAZIO F., LUBERTO S., *La prassi della perizia psichiatrica*, in CANEPA G., MARUGO M.I., *Imputabilità e trattamento del malato di mente autore di reato*, Padova, 1995, pag.107 e seg.; DE VINCENZIIS G. - CALLIERI B. - CASTELLANI A., *Trattato di psicopatologia e psichiatria forense*, Vol. II, Roma, 1972, pag.98 e seg.; e anche INTRONA F., *I diritti del malato di mente*, cit., pag.294 e seg.; CANEPA G., *I problemi diagnostici in rapporto ai quesiti della perizia psichiatrica*, in DELL'OSSO L. - LOMI A. (a cura di), *Diagnosi psichiatrica e DSM-III-R*, Milano, 1989, pag. 181. Vedi come interessante esempio di giurisprudenza in ambito la Sentenza in tema di vizio di mente resa dal Giudice dell'Udienza Preliminare presso il Tribunale di Catania, dott. Angelo Costanzo, il 30 dicembre 2008, n.1001, come riportata in *Psichiatria, Psicologia e Diritto*, Anno n.1, n.2, Dicembre 2009, pagg.54-67.

¹⁸⁷ Chiarisce a tal proposito FORNARI U., *Nozione di malattia, valore di malattia, vizio di mente e problemi nel trattamento dell'autore di reato*, in *Rivista sperimentale di freniatria e medicina legale delle alienazioni mentali*, Vol. CXI Fasc. V, pag. 1043, 1987: "La patologia di mente di cui il soggetto è portatore [...] si manifesta, oltre che nella sintomatologia psicopatologica (= valutazione clinica), anche nel suo particolare modo di intendere e di volere quel dato comportamento delittuoso (=

Per concludere, quindi, parafrasando alcuni fra i pareri meno estremistici sul tema, si può affermare che, allo stato attuale, il giudice può contare su una disorientante gamma di paradigmi per apprezzare i disturbi mentali, rilevanti ai fini dell'imputabilità.¹⁸⁸ Tale situazione ingenera notevoli dubbi e ovvie incertezze, dal momento che soggetti agenti in uno stato mentale analogo, vengono ritenuti ora imputabili, ora non imputabili. Il proscioglimento o la condanna dell'imputato dipendono, non di rado, dalla scuola seguita dal perito nominato dal giudice.¹⁸⁹

2.4 La pericolosità sociale del malato di mente

Abbiamo già parlato di come, con l'emanazione del Codice Rocco, le istanze positivistiche abbiano trovato proprio nel sistema originario delle presunzioni di pericolosità la propria affermazione. Lo stesso concetto della pericolosità sociale in sé, "elastico" e "indeterminato", era stato

valutazione normativa); ed è in questi casi che può mancare od essere gravemente carente ogni capacità di analisi, di critica, di possibilità di scelta, essendo patologicamente compromesse le funzioni autonome dell'Io, in riferimento a quello specifico fatto-reato (= valutazione forense)". Ed anche: "Ovviamente, qui si vuol far riferimento solo a quei casi in cui il reato può, a buona ragione, essere iscritto nella patologia di mente di cui il malato è portatore e del o dei relativi disturbi essere ritenuto sintomatico: in difetto o in assenza di detto rapporto di causalità (unilineare o circolare che sia), anche il malato di mente può essere ritenuto imputabile per il reato che gli viene addebitato o capace di dare un consenso valido".

¹⁸⁸ FIORAVANTI L, *op.cit.*, pag.131 e seg.

¹⁸⁹ BALBI G., *Infermità di mente ed imputabilità*, in *Rivista Italiana di Diritto e Procedura Penale*, n.3,1991, pag.844 e seg.

normativizzato per rispondere alle esigenze di difesa sociale propugnate tra la fine dell'Ottocento e l'inizio Novecento dalla Scuola Positiva.¹⁹⁰

Il fatto poi che il legislatore avocasse a sé stesso la prognosi criminale, lasciando praticamente un margine nullo a discrezionalità e ponderazione personale del giudice penale è – del resto se n'è già ampiamente dissertato nel precedente capitolo – sintomatico della visione imperversante all'epoca, per cui essere infermo di mente significava automaticamente essere pericoloso.¹⁹¹

¹⁹⁰ F. TAGLIARINI, voce *Pericolosità*, in *Enciclopedia del diritto*, vol. XXXIII, Milano, 1983, pag. 15. E anche CALABRIA A., voce *Pericolosità*, in *Digesto delle Discipline Penali*, vol. IX, Torino, 1995, p. 452. Invero la pericolosità sociale introdotta dal codice Rocco, fu simile ma non coincidente con la pericolosità propugnata dai positivisti, essendo a differenza di quest'ultima:

1. una caratteristica non necessaria ma eventuale dell'autore di reato;
2. un presupposto per l'applicazione delle misure di sicurezza e non della pena;
3. una caratteristica non permanente dell'autore di reato, essendo previsto il riesame della pericolosità, ex art.208 c.p.

¹⁹¹ MANNA A., voce *Trattamento medico chirurgico*, in *Enc. dir.*, vol. XLIV, 1992, pagg. 1280 e seg. La stessa visione è del resto rintracciabile anche nella legge del 1904 in cui si faceva ricorso al concetto di "pericolosità a sé e agli altri" del malato di mente. Essa era supportata, all'epoca, anche dalle tesi prevalenti nell'ambito delle scienze psichiatriche e psicologiche. Fu proprio questo il motivo per cui, con le successive scoperte ed evoluzioni in ambito medico-psichiatrico e la conseguente legge n.180 del 1978, la concezione tradizionale venne poi del tutto ribaltata. Il malato di mente non solo non era sempre reputato incapace di intendere e volere ma non era neppure più presunto pericoloso. Vedi a tal proposito anche CENDON P., *Il prezzo della follia*, Bologna, 1984, *passim.*; AA.VV., *Libertà e salute: la nuova legislazione psichiatria*, in *Quest.crim.*, 1979, pagg.384 e seg. Vedi anche GIANNICHEDDA M.G., *Salute, diritti, controllo sociale: modelli di psichiatria dopo la riforma*, in *Dei delitti e delle pene*, 1986, pagg.5 e seg.

Si è già visto come tale sistema di presunzioni sia stato poi scardinato, nel tempo, dalle pronunce della Corte Costituzionale¹⁹² e infine dalla legge fondamentale in materia, la c.d. Legge Gozzini.¹⁹³

Tuttavia, vi è da dire che l'effetto principale di tale "Rivoluzione normativa" – costituita dall'abolizione del sistema presuntivo della pericolosità – sussistette nel far emergere, in tutta la sua gravità, il problema della sostanziale indeterminatezza del concetto di pericolosità, affidato a criteri alquanto vaghi, come quelli della seconda parte dell'art.133 c.p.,

¹⁹²Offriamo qui un breve riassunto di tale iter: il primo intervento fu quello attinente alla presunzione di pericolosità del minore non imputabile Corte Cost., 20 gennaio 1971 n.1, *cit.*, pag.1 con nota di VASSALLI G., *La pericolosità presunta del minore*, *ivi*, pag.3. Tale indirizzo si affermò definitivamente poi con le pronunce 27 luglio 1982 n.139 e 15 luglio 1983 n.249, che hanno poi dichiarato la illegittimità degli artt. 222 e 219 comma 1 e 2 c.p., nella parte in cui essi non subordinavano il provvedimento di applicazione della misura di sicurezza del manicomio giudiziario e della casa di cura e custodia, "al previo accertamento da parte del giudice della persistente pericolosità sociale derivante dall'infermità (...), al tempo dell'applicazione della misura di sicurezza".Vedi Corte Cost., 27 luglio 1982 n.139, *cit.*, pagg 1585 e seg. con nota di MUSCO E., *Variazioni minime*, *cit.*, pag.1589 e seg.; nonché VASSALLI G., *L'abolizione della pericolosità*, *cit.*, pagg.1202 e seg. Corte Cost., 28 luglio 1983 n.249, *cit.*, pagg.460 e seg. con nota di GIURI D.,*Infermità psichica*, *cit.*, pag.465 e seg.

¹⁹³ Vedi gli appunti di MARINI G., *Lineamenti del sistema penale*, Torino, 1988, pagg. 972 e seg. L'abrogazione integrale dell'art. 204 c.p., si è avuta con la Legge 10 ottobre 1986 n. 663, intitolata "Modifiche alla legge sull'ordinamento penitenziario e sulla esecuzione delle misure privative e limitative della libertà", la quale, come abbiamo visto nel precedente capitolo, all'art. 31 ha abrogato *tout court* la fattispecie della pericolosità presunta. Tale è stato il rigore della decisione, che l'abrogazione si è rivolta indiscriminatamente all'intero complesso delle disposizioni contenute nell'art 204 c.p., ovvero anche al suo comma 1, il quale dettava la regola generale secondo cui "le misure di sicurezza sono ordinate, previo accertamento che colui il quale ha commesso il fatto è persona socialmente pericolosa". Quest'ultima disposizione è stata poi sostituita dal comma 2 dell'art. 31, L. 663/1986, statuyente: "tutte le misure di sicurezza personali sono ordinate previo accertamento che colui il quale ha commesso il fatto è persona socialmente pericolosa."

pensato in un'ottica positivistica di determinazione dei tipi di autore, oggi rivelatasi in buona parte superata.¹⁹⁴

Una volta scomparso dall'ordinamento tale sistema, divengono, infatti, particolarmente rilevanti i criteri applicati per l'accertamento della pericolosità da parte del giudice.¹⁹⁵

¹⁹⁴ MUSCO E., *La misura di sicurezza, cit.*, pagg. 193 e seg. CALVI A.A., *Tipo criminologico e tipo normativo d'autore*, Padova, 1967, *passim*. Sull'art.133 c.p. DOLCINI E., *La commisurazione della pena*, Padova, 1979, pag. 270 e seg. Dal momento che i problemi in ordine all'indeterminatezza dei criteri di commisurazione riguardano soprattutto la seconda parte dell'art.133 c.p., ovverosia l'ambigua nozione di capacità a delinquere, si è addirittura ipotizzato l'incostituzionalità dell'art.203 c.p. per contrasto con l'articolo 25 comma 3 della Costituzione, in quanto il giudizio prognostico non sarebbe sufficientemente rispettoso del principio della tassatività e della determinatezza.

¹⁹⁵ PADOVANI T., *La pericolosità sociale, cit.*, pagg. 313 e seg. Ricordiamo in questa sede, ai fini di una completa trattazione della materia, che le predette presunzioni riguardavano i seguenti soggetti, in seguito liberati da tale regime:

1. i prosciolti per infermità psichica, per intossicazione cronica da alcool o stupefacenti, per sordomutismo o per minore età, se trattavasi di delitto non colposo per il quale la legge comminava l'ergastolo o la reclusione superiore nel massimo edittale a due anni (art. 222 c.p.1930);
2. condannati, per delitto doloso o preterintenzionale, a pena diminuita per infermità psichica o per intossicazione da alcool o stupefacenti o per sordomutismo, quando la pena comminata dalla legge per il delitto non era inferiore nel minimo a cinque anni (art. 219, comma 1 c.p.1930);
3. condannati alla reclusione per delitto commesso in stato di ubriachezza abituale o di intossicazione abituale da stupefacenti (art. 221 c.p.1930);
4. condannati per reato di ubriachezza abituale o per reato commesso in stato di ubriachezza abituale, agli effetti del divieto di frequentare osterie;
5. minori imputabili condannati per delitto commesso durante l'esecuzione di una misura di sicurezza cui erano stati sottoposti perché non imputabili;
6. condannati alla pena della reclusione per almeno dieci anni;
7. condannati ammessi alla liberazione condizionale;
8. i delinquenti abituali presunti (art.102 c.p.1930).

Affinché sia possibile una prognosi di futura condotta criminale, il delitto si pone come condizione necessaria ai fini del giudizio di pericolosità, ma non sufficiente, dovendo la sua valutazione essere integrata con l'esame di tutti gli elementi attinenti alla personalità, all'ambiente ed al comportamento del reo.¹⁹⁶

L'art. 203, comma 2 c.p., stabilisce che "la qualità di persona socialmente pericolosa si desume dalle circostanze indicate nell'art. 133 c.p.". Di conseguenza, l'accertamento della pericolosità deve essere compiuto attraverso l'integrale ricognizione di tutti i fattori che riguardano non solo la gravità del reato, ma anche la capacità a delinquere del reo.

I criteri individuati dal legislatore sono dunque i medesimi previsti per la determinazione della pena, ma in questo caso rappresentano fattori-sintomo di probabile futura ricaduta.¹⁹⁷

In tutti i predetti casi, la fattispecie di pericolosità era costruita dal legislatore in via normativa, attraverso una presunzione *iuris et de iure*, che escludeva ogni facoltà di accertamento in concreto da parte del giudice.

¹⁹⁶ Sul punto CALVI A.A., *op.cit.*, pagg.418 e seg.

¹⁹⁷ CALABRIA A., *op.cit.*, pag.455 e seg. Molto interessante sui criteri dell'art.133 c.p. la visione di PADOVANI T., *La pericolosità sociale sotto il profilo giuridico*, in FERRACUTI F. (a cura di), *Trattato di Criminologia, Medicina criminologica e Psichiatria forense*, vol. XIII, Milano 1990, pagg. 313 e seg. Egli distingue tali criteri in elementi sintomatici reali ed elementi sintomatici personali.

I primi gravitano intorno al reato, o perché ne implicano la reiterazione - come si verifica nella abitualità o nella professionalità, artt. 102 e 105 c.p. - o perché ne suppongono una particolare gravità - in astratto, come accade nell'art. 222, comma 1 e 2 c.p., per il ricovero in ospedale psichiatrico giudiziario; o in concreto, come nelle ipotesi in cui viene richiamata l'entità della condotta inflitta: ad esempio nell'art. 229, comma 1 e nell'art. 230, comma 1 c.p., ai fini della sottoposizione alla libertà vigilata.

Gli elementi sintomatici personali sono invece connessi alle peculiarità del soggetto, considerato in rapporto a dati caratteriali - come ad esempio l'essere 'dedito al delitto'

Le problematiche inerenti al concetto della pericolosità sociale si sono manifestate, in modo assai più grave, proprio con riguardo alla categoria dei non imputabili, e dei malati di mente in particolare, in relazione ai rapporti tra giudice e perito.

Quest'ultimo è diventato spesso responsabile, oltretutto della già abbastanza problematica valutazione dell'infermità di mente e dei suoi riflessi sulla capacità di intendere o di volere del reo, anche dell'individuazione e della prognosi dell'eventuale pericolosità sociale dell'infermo.¹⁹⁸ Il che ha suscitato ulteriori polemiche e contrasti tra organo giudicante e perito, ma

ai fini della abitudine ritenuta dal giudice *ex art. 103 c.p.* - a condizioni incidenti sull'imputabilità, come ad esempio nelle ipotesi dell'*art. 222 c.p.*, per quanto riguarda l'infermità psichica, e dell'*art. 224 c.p.*, per quanto concerne l'età, o alla condotta di vita, come nel caso dell'ubriaco abituale o della persona dedita all'uso di sostanze stupefacenti, *art. 221 c.p.*

Nella valutazione criminologica dei fattori indiziari, il Padovani sostiene che gli elementi sintomatici reali assumano un peso dominante rispetto agli elementi sintomatici personali, e che spesso i fattori indiziari reali sono assunti in una dimensione fortemente astratta, connessa a valutazioni di mera gravità edittale del reato commesso -come ad esempio si verifica nelle ipotesi degli *artt. 219, 222, 224, comma 2 e 3 c.p.*- senza alcuna considerazione per il concreto atteggiarsi dell'episodio criminoso nella personalità del soggetto.

Basti pensare in proposito alla ipotesi del prosciolti per infermità psichica da una contravvenzione, da un delitto colposo o da un altro delitto punibile con la sola pena pecuniaria o con la reclusione non superiore nel massimo a due anni - vedi *art. 222 comma 1 c.p.*, per il quale è in pratica preclusa ogni forma di intervento preventivo, anche se il reato commesso, pur nella sua ridotta gravità legale, consenta di evidenziare in rapporto alla infermità che lo ha determinato, una pericolosità molto elevata.

¹⁹⁸ Vedi le interessanti teorie scientifiche del *Violence Prediction Scheme* e del *Violent Risk Appraisal Guide* riportate nell'articolo di RINAUDO L., *L'accertamento psicologico della pericolosità sociale*, in *Psichiatria, Psicologia e Diritto*, n. 3, Settembre 2010, pagg.46-54.

soprattutto ha determinato ulteriore incertezza ai fini dell'applicazione di misure di sicurezza "pesanti" come l'OPG e la casa di cura e di custodia.¹⁹⁹

In realtà, da più parti, nella dottrina psichiatrico-forense, si è posta sotto questione la stessa nozione di pericolosità.²⁰⁰

¹⁹⁹ Vedi ad esempio le opinioni di DELL'OSSO, *Capacità a delinquere e pericolosità sociale*, Milano, 1985, pagg.123 e seg. PISAPIA G.D., *La perizia criminologica in Psichiatria forense generale e penale*, in FERRACUTI F., *Trattato di criminologia*, cit., pagg.395 e seg.

²⁰⁰ TRAVERSO G B., *Il giudizio di pericolosità ed il suo accertamento*, in *Riv. It. Med. Leg.*, n.490, 1986, pag. 1042. L'Autore, sulla scorta di numerose ricerche empiriche, afferma l'impossibilità di predire la recidiva basandosi su caratteristiche della personalità del soggetto e ribadisce l'inadeguatezza della diagnosi psichiatrica nella previsione di futuri comportamenti violenti.

Secondo l'autore il concetto di pericolosità sociale è potuta germogliare e sopravvivere nel tempo in quanto assolve alcune fondamentali funzioni:

1. una 'funzione mitica', in riferimento alla formazione di stereotipi e miti, che concorrono a rendere trasparenti ed a rafforzare le insicurezze del gruppo sociale di fronte alla violenza manifesta di qualche individuo;

2. una 'funzione strumentale' di legittimazione, ad esempio, delle pratiche di internamento e segregazione di individui pericolosi nelle strutture totalizzanti, in risposta a comportamenti violenti che minacciano l'integrità del corpo sociale;

3. una 'funzione paradigmatica' in relazione al ruolo simbolico svolto dalla nozione di pericolosità nel campo del diritto penale; l'etichetta della pericolosità ha infatti la funzione, attraverso il processo di esclusione del soggetto, di restituire integrità al corpo sociale.

Interessanti anche le riflessioni di BANDINI T. - GATTI U., *Perizia psichiatrica e perizia criminologia: riflessioni sul ruolo del perito nell'ambito del processo penale*, in *Riv. it. med. leg.*, 1982, pagg. 322 e seg. Bandini e Gatti sottolineano i limiti della perizia psichiatrica, troppo spesso, a detta loro, influenzata nella valutazione della pericolosità sociale da parametri di natura prevalentemente giuridica, piuttosto che clinica ed afferma che questi ultimi troppo spesso sono risultati inattendibili.

In conclusione, tenendo presente l'estrema arbitrarietà del concetto di pericolosità sociale, concetto troppo legato a valutazioni soggettive e che poco si presterebbe a valutazioni di carattere scientifico, i due autori prospettano la revisione di tale misura.

Il concetto di pericolosità inteso come concetto medico, cioè “dipendente” dall'infermità di mente, è quello su cui maggiormente si sono appuntate le critiche degli autori di formazione criminologica e psichiatrico-forense.

Questo, dovuto sia alla scarsa correlazione riscontrata tra malattia mentale e pericolosità, sia perché si è dimostrato che il malato di mente pone in atto il più delle volte reati di modesto allarme sociale, e non delitti contro la persona, sia perché infine, statisticamente, la delittuosità dei malati di mente risulta non essere superiore a quella della rimanente parte della popolazione, definita “normale”.²⁰¹

²⁰¹ G. PONTI - MERZAGORA I., *La abolizione delle presunzioni di pericolosità sociale*, in *Riv. It. Med. Leg.*, IX, 1987, p. 24. Vedi anche di un'autorità in materia quale FORNARI U., *Psicopatologia e psichiatria forense*, Torino, 1997, pagg. 152 e seg. Fornari sostiene che dalle ricerche in tema di predizione della recidiva è emerso che:

1. non esistono rapporti di equivalenza tra malattia mentale e pericolosità sociale;
2. gli strumenti clinici finora utilizzati per predire il comportamento del malato di mente autore di reato si sono rivelati imprecisi ed inadeguati;
3. il perito specie nei casi di delitti efferati e gravi che suscitino una intensa riprovazione, deve affrontare, oltre al compito clinico e valutativo, il problema della richiesta di retribuzione da parte del contesto giudiziario e sociale. Può così rischiare di identificarsi ed allearsi con chi deve giudicare e reprimere;
4. spesso la predizione della recidiva si basa sulla considerazione delle sole caratteristiche psicopatologiche individuali. Non si tiene sufficientemente conto delle componenti sociali, ambientali, culturali e transazionali, che si trovano sempre alle radici di uno scompenso comportamentale;
5. spesso viene sottovalutato od ignorato l'aspetto dinamico evolutivo della patologia mentale, per privilegiarne caratteristiche di staticità e permanenza;
6. troppo poco si tiene conto delle modificazioni cui può andare incontro il quadro psicopatologico, se sullo stesso si interviene tempestivamente con tecniche adeguate;
7. sovente ci si pronuncia sulla pericolosità psichiatrica in base al comportamento attuato dal soggetto, trascurando la connessione con la malattia, formulando così un giudizio di competenza del magistrato, non dello psichiatra;
8. ultimo elemento che vanifica la prognosi di pericolosità sociale psichiatrica, è un dato che appartiene all'esperienza di molti psichiatri forensi: la possibilità di ottime remissioni di disturbi psichici anche gravi, durante il periodo della carcerazione

Molti autori ritengono, inoltre, che l'accertamento della pericolosità non possa essere un atto di pertinenza esclusivamente psichiatrica.²⁰²

preventiva o in un tempo relativamente breve, purché sia possibile mettere in atto interventi adeguati.

Allo stato dunque, secondo Fornari, è impossibile dare un contenuto scientifico alla risposta al quesito circa la pericolosità sociale psichiatrica, dato che la nozione stessa comporta una commistione di istanze "terapeutiche" e di "neutralizzazione" particolarmente infelice, che trova espressione concreta nella struttura dell'ospedale psichiatrico giudiziario.

Vedi anche MANACORDA A., *Psichiatria e controllo sociale. A proposito dell'affidamento coattivo del prosciolto per infermità psichica ai servizi di salute mentale*, in *Foro.it.*, I, 1986, pag.67. L'autore espressamente supporta la tesi per cui non vi sarebbe collegamento diretto ed automatico tra infermità psichica, intesa come sofferenza soggettiva, e probabilità di commettere reati.

²⁰²Vedi MANACORDA A., *Pericolosità sociale e determinazione della durata minima della misura di sicurezza del ricovero in ospedale psichiatrico giudiziario*, in *Foro it.*, 1987, vol.II, pagg.106 e seg. L'autore sostiene che il parere psichiatrico in ambito giuridico sia, ancor più del parere psichiatrico in ambito meramente clinico, oggettivamente sostanziato di opinioni più che di certezze. Queste opinioni promanerebbero dal campo culturale di riferimento dell'esperto, in medicina abbastanza differenziato, ed in psichiatria ampiamente variegato. Secondo Manacorda una stessa affermazione "vera" nel contesto culturale di riferimento, può risultare irrimediabilmente "falsa" nel contesto di un campo culturale diverso o anche "irrilevante" oppure "inammissibile". Il giudizio di pericolosità può avere al massimo dei livelli di ragionevolezza, di plausibilità, di probabilità.

Confronta tali affermazioni con quelle di PONTI G. - MERZAGORA I., *op.cit.*, pag.86. Secondo quanto affermato da Ponti, il concetto di pericolosità e la qualificazione di delinquente pericoloso sono principi quanto mai relativi, poiché sono accettati o rifiutati a seconda del grado di colpevolezza morale e di allarme, che nei vari momenti storici, viene attribuito a certe tipologie di delitti. Da ciò Ponti, sottolinea come l'identificazione di soggetti percepiti come pericolosi muti col mutare dell'etica pubblica e soprattutto col mutare della fenomenologia del crimine. Così, il concetto di pericolosità è stato definito nozione non scientifica, ma giudizio di valore che ha come scopo precipuo quello di rafforzare il controllo sociale, e come unico supporto, il sentimento di minaccia. Vedi inoltre in BERNHEIM J., *Études sur la responsabilité pénale e le traitement psychiatrique des délinquants malades mentaux*, VII *Colloquium Criminologicum, Council of Europe*, 1985, *passim.*; anche il parere dato da Bernheim. Egli distingue tra pericolosità e predizione clinica di pericolosità, affermando che quest'ultima può essere precisa se a breve termine, ed è

Attualmente è operante il principio per cui la decisione sullo svolgimento di una indagine peritale, d'ufficio o su richiesta delle parti processuali, è affidata al potere discrezionale del giudice di merito, il quale può pervenire ad una decisione negativa in relazione alla ritenuta irrilevanza, ai fini processuali, della circostanza sulla quale la perizia tende a far chiarezza

condizionata dagli antecedenti, dalla situazione personale, dallo stato mentale e dall'ambiente ben definito, nonché dalla possibilità e realizzazione di un trattamento e dalla collaborazione del paziente. Interessante inoltre il parere di BRUNO F., *La pericolosità sociale psichiatrica*, in FERRACUTI F. (a cura di), *Trattato di Criminologia*, cit., p. 349. e seg. Per lui si può affermare che il concetto di pericolosità sia costituito da almeno tre fattori: il primo è dato dalla probabilità che un determinato evento si verifichi, il secondo riguarda la gradazione di tale probabilità, che deve essere elevata, il terzo infine è dato dalla dannosità dell'evento, che pertanto sarà temuto, e che consiste nella realizzazione di un comportamento violento. Stando anche al fatto che le variabili del comportamento umano sono numerosissime e non tutte controllabili, si ridurrebbe in modo netto, la possibilità di valutarne la predizione applicando gli strumenti scientifici a disposizione.

In ambito forense, due sarebbero le operazioni che in fase di giudizio verrebbero effettuate ai fini della dichiarazione di pericolosità: la diagnosi di pericolosità, e la prognosi.

La diagnosi implica la valutazione delle probabilità che il soggetto metta in atto nuovi comportamenti violenti, ma non richiede il giudizio sul grado di tale probabilità, se non in termini fortemente grossolani. Tale diagnosi dunque presuppone già di per sé il fatto di cogliere nel soggetto una particolare attitudine, più o meno spiccata, a compiere atti violenti, non rintracciabile nella persona valutata normale. Tale operazione si pone allora, secondo Bruno, non come atto di natura medica, ma come atto normativo, il cui fine è rappresentato dalla salvaguardia della società. In tal caso, le misure che la società mette in opera sono misure di carattere preventivo generale e non interventi specifici e mirati, volti alla salvaguardia di un evento attuale.

La seconda operazione consiste nella prognosi di pericolosità, ovvero nella predizione specifica del grado effettivo di probabilità secondo il quale l'evento dannoso può prodursi. Un'operazione di questo genere implica una approfondita valutazione clinica del soggetto, ma soprattutto la valutazione e la misurazione di tutte le variabili rilevanti che possono influenzare positivamente o negativamente l'accadimento.

ovvero alla assoluta superfluità di "particolari cognizioni di determinate scienze o arti", per condurre l'indagine.²⁰³

Approfondiremo meglio le tematiche relative alla perizia e ai contributi della psichiatria nell'apposito capitolo a ciò dedicato.

Dopo aver tracciato, per sommi capi e in modo necessariamente sommario, le notevoli problematiche che un concetto, vago e indeterminato, come la pericolosità ha nel tempo evocato, concludiamo facendo presente che, dati anche i risultati delle indagini empiriche sulle prognosi criminali e i pareri del mondo giuridico e psichiatrico, si è da più parti suggerita l'abolizione stessa di tale concetto, inserita in una visione completamente

²⁰³ PANNAIN B. - PANNAIN M. - ALBINO M., *Aspetti deontologici in tema di perizia medico-legale sull'imputabilità*, in *XXX Congresso Nazionale della Società Italiana di Medicina Legale e delle Assicurazioni; XII Convegno di Criminologia e Psichiatria Forense*, Bari, 1989, pag.1093 e seg. Si impongono particolari cautele nell'utilizzazione ed esecuzione di tale accertamento tecnico.

Appaiono opportune le seguenti indicazioni:

- la perizia psichiatrica va disposta soltanto una volta che è stata accertata, anche se non ancora formalmente dichiarata, l'attribuzione del fatto all'imputato; questa indicazione è tanto più corretta perché in linea con la formulazione della normativa in questione: l'imputabilità è, infatti, nel codice penale riferita al reo, nel momento in cui ha commesso il fatto;

- quanto alla pericolosità sociale, va tenuto conto delle riserve espresse dalla dottrina sulla possibilità di predire la probabilità di ricaduta nel reato con criterio non statistico, cioè nel singolo caso;

- occorre evitare che venga delegato del tutto al tecnico, medico legale e psichiatra, il giudizio che spetta al giudice: non sia il perito a concludere sulla imputabilità ma si limiti a descrivere, per quanto possibile, la condizione psicopatologica presente al momento in cui il reato è stato commesso. Non sia quindi egli a concludere sulla pericolosità, ma si limiti a formulare una prognosi specificamente articolata, lasciando del tutto impregiudicate le conclusioni circa il giudizio sull'imputabilità e sulla pericolosità sociale.

riformata delle misure di sicurezza in generale.²⁰⁴ Vedremo nell'ultimo capitolo quali siano stati, di preciso, i progetti di riforma.

2.5 Le diverse categorie di soggetti ricoverati in OPG.

L'ospedale psichiatrico giudiziario va ad inserirsi, come abbiamo visto fin dai primi paragrafi del presente capitolo, nell'insieme delle misure di sicurezza personali detentive.

Categoria in cui si annoverano anche la colonia agricola, la casa di lavoro, la casa di cura e di custodia, nonché le comunità pubbliche o autorizzate per minori, misure di sicurezza cui abbiamo già accennato.

²⁰⁴In tal senso vedi MUSCO E., *La misura di sicurezza detentiva*, cit., pagg.275 e seg. ID., *Le misure di sicurezza nel recente progetto di riforma del libro primo del codice penale: appunti critici e proposte alternative*, in *Jus*, 1974, pagg. 557 e seg. E soprattutto ID., *Misure di sicurezza e pericolosità: profili di riforma*, Milano, 1982, pagg.173 e seg. BERTOLINO M., *L'imputabilità*, cit., pagg.483 e seg. e 679 e seg. dove si sostiene la scarsa compatibilità con i principi dettati dalla nostra Costituzione di una valutazione della pericolosità del malato di mente basata sul c.d. paradigma medico. Cfr con CANEPA G., *L'esame proto-diagnostico*, cit., pag.99 e seg. L'autore afferma che se il concetto di pericolosità è entrato in crisi ciò è dovuto al cattivo uso che se né fatto. Egli aggiunge che l'elemento prognostico è inscindibile dai concetti di diagnosi e di trattamento, e questo non solo in criminologia ma anche nella corrente pratica psichiatrica e medica in generale. In particolare ciò che rileva maggiormente è che né da parte di chi richiede l'accertamento tecnico né da parte di chi esegue la perizia ci si dimentichi che la perizia è un parere e rappresenta uno degli elementi di prova. Così operando si eviterà da un lato di valutare l'affidamento dell'incarico peritale come un comodo strumento di delega al c.d. "tecnico" e dall'altro di vivere la esecuzione della perizia in chiave di onniscienza ed onnipotenza.

Vedi anche l'ultimo scritto di MANACORDA A., *Le prospettive di riforma legislativa in tema di imputabilità, pericolosità sociale e misure di sicurezza*, in *Quaderni ISSP, Verso un OPG diverso o migliore*, n.2 del 2005, pagg. 91-92. L'autore ripercorre tutte le proposte di riforma parlamentari in tema di "pericolosità sociale" e suggerisce possibili ipotesi di modifica della struttura delle Misure di Sicurezza attualmente vigenti.

Disciplinato principalmente dall'art.222 c.p., è previsto per gli imputati prosciolti per infermità psichica, ovvero per intossicazione cronica da alcool o da sostanze stupefacenti, o infine per sordomutismo.

Trattasi quindi di soggetti che hanno commesso il fatto in uno stato di incapacità di intendere o di volere, grandemente o totalmente scemate, stato che deve essere accertato dalla perizia psichiatrica, come la possibile pericolosità sociale del soggetto.

Ma tali soggetti non sono gli unici ad essere sottoposti a internamento negli ospedali psichiatrici giudiziari.²⁰⁵

²⁰⁵ MANACORDA A., *Il manicomio giudiziario*, cit., pagg.50 e seg. L'autore dedica un intero capitolo alla classificazione della popolazione reclusa negli OPG, in base alle posizioni giuridiche che essi occupano nei confronti della normativa.

Tale elenco va ora rivisitato in base agli interventi più recenti della Corte Costituzionale e del Nuovo Regolamento Penitenziario n.230/00. Il sito web del ministero della Giustizia, http://www.giustizia.it/pcarcere/salute/o_p_g.htm, offre un preciso elenco dei soggetti ricoverati in tali strutture:

- * internati prosciolti per infermità mentale (art. 89 e segg. c.p.) sottoposti al ricovero in ospedale psichiatrico giudiziario (art. 222 c.p.),
- * detenuti assegnati alla casa di cura e custodia previo accertamento della pericolosità sociale (art. 219 c.p.)
- * persone sottoposte alla misura di sicurezza provvisoria in ospedale psichiatrico giudiziario (art. 206 c.p.)
- * detenuti minorati psichici (art. 111 D.P.R. 230/2000),
- * detenuti imputati soggetti a custodia preventiva sottoposti a perizia psichiatrica (art. 318 c.p.p.),
- * internati con infermità mentale sopravvenuta per i quali sia stato ordinato l'internamento in ospedale psichiatrico giudiziario o in casa di cura e custodia (art. 212 c.p.),
- * detenuti condannati con sopravvenuta infermità di mente (art. 148 c.p.)
- * detenuti cui deve essere accertata l'infermità psichica qualora non sia possibile sottoporli ad osservazione presso l'istituto penitenziario in cui si trovano od in altro istituto della medesima categoria (art. 112 c.2 D.P.R. 230/2000).

Volendo infatti stilare un elenco delle principali categorie giuridiche della popolazione presente nelle strutture, vi si deve inserire, innanzitutto, quella delle persone, già condannate per un reato a pena detentiva, nelle quali sia sorta una malattia mentale durante la presenza in carcere.²⁰⁶

Se si ritiene infatti che la malattia mentale sia tale da impedire l'ulteriore esecuzione della pena in struttura detentiva, il condannato viene inviato in un OPG o altra struttura idonea – nel caso in cui si tratti di un reato meno grave la norma prevederebbe infatti la possibilità di ricovero in un manicomio comune – *ex art.148 c.p.*, e *ivi* proseguirà lo sconto della pena a cui è stato in prima sede condannato.²⁰⁷

Il meccanismo di trasferimento è attivato dal sospetto dell'insorgenza di una malattia mentale ai danni del condannato, durante la fase esecutiva. Il

²⁰⁶ CONSO G., Voce *Capacità processuale penale*, in *Enciclopedia del diritto*, vol. VI, Milano, 1960, pagg.720 e seg. Le situazioni, in concreto, che rendevano necessario il ricorso all'art.148 c.p. erano in alcuni casi quelli di persone che avevano commesso il fatto reato già in qualche modo affetti da qualche forma di malattia mentale, non riconosciuta al tempo perché ancora in forma embrionale oppure a causa di una mancata indagine peritale. In altri casi invece la malattia insorgeva veramente nel corso della detenzione carceraria, per uno sconvolgimento degli equilibri interni del carcerato.

²⁰⁷ MARGARA A., *Manicomio a vita. Le situazioni giuridiche sospese*, in *Quale giustizia*, settembre, 1974, pagg.29 e seg. La *ratio* originaria di tale norma, prima che intervenisse la sentenza della Corte Costituzionale, era quella di non sottoporre a pena chi, infermo e quindi incapace, non fosse stato in grado di intendere il valore afflittivo e correttivo della pena, privando così tale sanzione delle sue funzioni fondamentali, sia di retribuzione sia di rieducazione. In realtà spesso e volentieri esso serviva da deterrente a quanti, insofferenti della "disciplina carceraria", o più spesso in cerca di far valere i propri diritti, denunciavano ingiustizie e maltrattamenti, mostrando così segni di ribellione causando problemi e scandali alla struttura carceraria. In questo modo la minaccia di un'eventuale internamento in OPG per tempo indeterminato serviva a sedare gli animi "riottosi".

giudice di sorveglianza ordina, quindi, dopo aver espletato le indagini e gli accertamenti che ritiene opportuni, che l'esecuzione della pena detentiva venga proseguito in OPG.

A questo punto, nei confronti del reo, mentre un tempo rimaneva sospeso il periodo da trascorrere ancora in carcere²⁰⁸, ora, dopo il provvidenziale intervento della Corte costituzionale con la sentenza 19 giugno 1975 n.146, il periodo consumato in tale struttura manicomiale viene puntualmente computato ai fini dell'esecuzione della pena.²⁰⁹

Una terza categoria internata in OPG comprende i soggetti sottoposti a misura di sicurezza provvisoria²¹⁰: sono persone detenute, in attesa di

²⁰⁸ SANNA E., *Inchiesta nelle carceri*, Bari, 1970, pagg.65 e seg. Il meccanismo della sospensione era stato introdotto, con il codice Rocco, per assolvere a una particolare finalità: quella di dissuadere eventuali simulatori, con l'intento di sottostare a un trattamento sanzionatorio meno duro, dal farsi ricoverare in un manicomio giudiziario, dato che al termine del ricovero sarebbero stati nuovamente sottoposti a detenzione in carcere fino allo sconto completo della pena.

²⁰⁹ Vedi per il testo completo della sentenza, Corte cost., sent. 19 giugno 1975 n.146, in *Riv.it. Dir. e proc.penal.*, XIX, 1976, pagg. 287 e seg. con relativo commento di ALESSANDRI A. La decisione in questione dichiara illegittima la parte dell'art.148 in cui disponeva che il tempo trascorso in manicomio non venisse computato ai fini dell'esecuzione della pena. Ciò in base all' art.3 della Costituzione, per il differente trattamento che si instaurava nei confronti del detenuto cui fosse sopraggiunto una infermità psichica, a seconda che egli fosse o meno condannato al tempo.

²¹⁰ MANACORDA A., *ult.op.cit.*, pagg.60 e seg. L'autore traccia un breve e interessante quadro storico della disciplina a cui venivano sottoposti i soggetti alla misura di sicurezza provvisoria. Prima del superamento del sistema delle presunzioni infatti l'applicazione di tale sorta di misura cautelare costituiva una sorta di "anticipazione di pericolosità sociale presunta".

Ovviamente, sia allora che adesso, tale periodo trascorso in regime di misura di sicurezza provvisoria veniva sempre computato ai fini di una successiva eventuale misura di sicurezza definitiva, così come di una pena detentiva. A volte tale fungibilità è stata in parte compromessa, nei casi in cui il soggetto veniva mandato in

processo, reputate socialmente pericolose, per le quali il giudice ritiene probabile un futuro proscioglimento per vizio totale oppure una condanna attenuata per vizio parziale di mente al momento della commissione del fatto, e nei cui confronti decide per conseguenza di applicare in via provvisoria la misura di sicurezza dell'OPG.²¹¹

In realtà, il giudice potrebbe decidere, in prima istanza, di inviare il detenuto in tale tipo di struttura, semplicemente in osservazione per accertamenti *ex art.112 DPR 230/00*²¹², e al termine di questa, essendo stata

OPG semplicemente per essere posto sotto osservazione, non potendo definirsi tale stato quale internamento vero e proprio.

Altro aspetto interessante inerente a tale categoria è la disciplina della procedura a cui essa veniva sottoposta. Infatti l'originario art.301 c.p.p prevedeva che il ricovero potesse venire ordinato anche prima dell'interrogatorio dell'imputato, senza facoltà di reclamo. Il decreto veniva inoltre immediatamente comunicato al pubblico ministero per l'esecuzione.

Tale decreto è stata poi sottoposto al vaglio della Cassazione, il 29 gennaio 68, dal momento che la Costituzione stabilisce che la Corte è sede di impugnazione delle sentenze e dei provvedimenti sulla libertà personale. Essa si è dichiarata incompetente a vagliare tali disposizioni di misura di sicurezza provvisoria, in quanto il provvedimento risulterebbe di natura provvisoria e non definitiva, quindi non deciderebbe sulla libertà personale. Tale pronuncia della Cassazione è stata ovviamente giudicata inaccettabile oltreché mirata a mantenere il regime autoritario vigente al tempo. Mentre la Corte costituzionale l'ha infine dichiarata parzialmente illegittima per violazione del diritto alla difesa. Vedi a tal proposito la sent. Corte cass., 6 giugno 1973 n.74, in *Giust.pen.*, LXXVIII, 1973, pagg.277 e seg.

²¹¹ Anticipiamo che una più recente sentenza della Corte costituzionale, vedi Corte cost., 29 novembre 2004 n.367, in *Riv.Pen.*, 2005, pagg.147 e seg. ha dichiarato incostituzionale l'art.206 c.p. nella parte in cui non consentiva al giudice, nella fase cautelare, di disporre, in luogo del ricovero in ospedale psichiatrico giudiziario, una misura di sicurezza non detentiva, prevista dalla legge, idonea ad assicurare alla persona inferma di mente cure adeguate ed a contenere la sua pericolosità sociale.

²¹² Vedi art.112 del DPR 230/00:

1. L'accertamento delle condizioni psichiche degli imputati, dei condannati e degli internati, ai fini dell'adozione dei provvedimenti previsti dagli articoli 148, 206,

emessa una apposita relazione medica convalidante o meno l'esistenza di un disturbo psichiatrico nel detenuto, inviare il soggetto in carcere o in OPG. Ovviamente, ciò vale anche per quanti siano già stati condannati, che vengano prima inviati in osservazione. Tali soggetti costituiscono la quarta tipologia normativa popolante gli istituti in disamina.²¹³

212, secondo comma, del codice penale, dagli articoli 70, 71 e 72 del codice di procedura penale e dal comma 4 dell'articolo 111 del presente regolamento, è disposto, su segnalazione della direzione dell'istituto o di propria iniziativa, nei confronti degli imputati, dall'autorità giudiziaria che procede, e, nei confronti dei condannati e degli internati, dal magistrato di sorveglianza. L'accertamento è espletato nel medesimo istituto in cui il soggetto si trova o, in caso di insufficienza di quel servizio diagnostico, in altro istituto della medesima categoria.

2. L'autorità giudiziaria che procede o il magistrato di sorveglianza possono, per particolari motivi, disporre che l'accertamento sia svolto presso un ospedale psichiatrico giudiziario, una casa di cura e custodia o in un istituto o sezione per infermi o minorati psichici, ovvero presso un ospedale psichiatrico civile. Il soggetto non può comunque permanere in osservazione per un periodo superiore a trenta giorni.

3. All'esito dell'accertamento, l'autorità giudiziaria che procede o il magistrato di sorveglianza, ove non dotti uno dei provvedimenti previsti dagli articoli 148, 206, 212, secondo comma, del codice penale o dagli articoli 70, 71, e 72 del codice di procedura penale e dal comma 4 dell'articolo 111 del presente regolamento, dispone il rientro nell'istituto di provenienza.

²¹³ INVERNIZZI I., *Il carcere come scuola di rivoluzione*, Torino, 1973, pagg.100 e seg. Nel testo vengono riportate delle testimonianze di detenuti, inviati in osservazione negli allora manicomi giudiziari, che dimostrano come spesso tale misura fosse spesso un semplice mezzo deterrente nei confronti dei detenuti ribelli. In particolare negli anni Settanta, quando più intenso era nelle carceri il fermento per la mancata riforma del codice penale e per la ritardata approvazione della riforma penitenziaria, dopo ogni rivolta, da ogni grosso carcere partivano decine di detenuti in direzione dei manicomi giudiziari.

Inoltre spesso erano gli stessi detenuti che cercavano il trasferimento nei manicomi giudiziari.

In qualche modo è stata la legge di riforma penitenziaria del 1975 a cercare di porre qualche tipo di margine a questo fenomeno, disponendo che le osservazioni debbano di norma effettuarsi nello stabilimento dove si trova il detenuto, e riservando a casi eccezionali l'osservazione in manicomio giudiziario.

La quinta categoria comprende invece i detenuti in esecuzione di accertamento, che, come già accennato, sono imputati di un reato, per i quali il giudice abbia disposto perizia psichiatrica. Normalmente in queste ipotesi vengono associati anche i casi di coloro il cui procedimento viene sospeso, in quanto non possono utilmente comparire in giudizio, non essendo in pieno possesso delle proprie facoltà mentali. Provengono dal carcere, e vi ritornano a seconda che la perizia si concluda con una relazione medica, negativa o convalidante l'esistenza del disturbo.

La sesta categoria comprende i seminfermi riconosciuti come tali in sentenza: trattasi di soggetti già condannati a una pena diminuita, poiché affetti da turbe psichiche d'entità minore. Vengono assegnati ad un OPG nel caso in cui risultino, oltre che seminfermi al momento della commissione del fatto-reato, socialmente pericolosi, e debbano quindi essere sottoposti a misura di sicurezza, anche se in realtà sostituita, o meglio "identificata" con la casa di cura e di custodia, oltre alla pena regolarmente scontata in ambito carcerario²¹⁴

²¹⁴ Secondo il vigente art.111 del DPR 230/2000 debbono essere ricoverati in OPG anche i c.d. "minorati psichici in sentenza", ovvero soggetti già condannati ad una pena diminuita, perché riconosciuti dalla sentenza come seminfermi di mente. Tali soggetti vengono assegnati in via amministrativa ad un OPG per espiare la loro pena detentiva invece che nel carcere ordinario.

Un tempo, ex art. 98, comma D.P.R. n.431/1975 vi era una settima categoria di soggetti ricoverati in OPG, in cui si comprendevano i cosiddetti minorati psichici amministrativi, ovvero coloro che dopo essere state condannati a pena detentiva, in quanto sani di mente e pienamente imputabili, durante la permanenza in carcere presentano turbe psichiche di entità inferiore a quelle che potrebbero provocare la sospensione della pena per infermità psichica sopravvenuta. Venivano quindi assegnati a un OPG dove continuavano a espiare la condanna e liberati al termine della pena. Spesso si trattava di detenuti anziani che scontavano pene detentive molto

Vi sarebbe anche una settima categoria da considerare, quella delle persone sottoposte a misura di sicurezza non detentiva, in cui sorge un'infermità psichica. A quel punto il giudice ne ordina il ricovero in un OPG, ovvero in una casa di cura e di custodia. Una volta cessata l'infermità, si procede a nuovo accertamento e si applica una misura di sicurezza personale non detentiva qualora la persona risulti ancora pericolosa.²¹⁵

lunghe, nei quali era insorta una patologia psichiatrica o neuropsichiatrica legata anche all'età. Ora nel nuovo DPR 230/00 non se ne fa menzione alcuna.

²¹⁵ Vedi art. 111 DPR 230/00 Ospedali psichiatrici giudiziari, case di cura e custodia, istituti e sezioni speciali per infermi e minorati fisici e psichici:

1. Alla direzione degli ospedali psichiatrici giudiziari, salvo quanto disposto dall'articolo 113, nonché delle case di cura e custodia e degli istituti o sezioni speciali per soggetti affetti da infermità o minorazioni fisiche o psichiche è preposto personale del ruolo tecnico-sanitario degli istituti di prevenzione e di pena, ed è assegnato, in particolare, il personale infermieristico necessario con riferimento alla funzione di cura e di riabilitazione degli stessi.

2. Gli operatori professionali e volontari che svolgono la loro attività nelle case di cura e custodia, negli ospedali psichiatrici giudiziari e negli istituti o nelle sezioni per infermi e minorati psichici sono selezionati e qualificati con particolare riferimento alle peculiari esigenze di trattamento dei soggetti ivi ospitati.

3. Agli ospedali psichiatrici giudiziari sono assegnati, oltre a coloro nei cui confronti è applicata, in via definitiva o provvisoria, la misura di sicurezza prevista dal n. 3) del secondo comma dell'articolo 215 del codice penale, anche gli imputati, i condannati e gli internati che vengono a trovarsi, rispettivamente, nelle condizioni previste dagli articoli 148, 206 e 212, secondo comma, del codice penale.

4. Alle case di cura e custodia sono assegnati, oltre a coloro nei cui confronti è applicata, in via definitiva o provvisoria, la misura di sicurezza prevista dal n. 2) del secondo comma dell'articolo 215 del codice penale, anche gli imputati e gli internati che vengono a trovarsi, rispettivamente, nelle condizioni previste dagli articoli 148, 206 e 212, secondo comma, del codice penale.

5. Gli imputati e i condannati, ai quali nel corso della misura detentiva sopravviene una infermità psichica che non comporti, rispettivamente, l'applicazione provvisoria della misura di sicurezza o l'ordine di ricovero in ospedale psichiatrico giudiziario o in casa di cura e custodia, sono assegnati a un istituto o sezione speciale per infermi e minorati psichici.

Da questa analisi si può notare quanto sia complessa una corretta indagine sulle posizioni giuridiche considerate dei reclusi in OPG, nati come istituzioni segreganti dei condannati impazziti, divenuti oggi ricettacolo di situazioni giuridiche e cliniche differenti e molteplici.²¹⁶

2.6 Segue: Problematiche relative ai soggetti abusanti di alcool e sostanze stupefacenti

Come avevamo più sopra accennato, oltre al caso di infermità mentale e al sordomutismo, le altre due ipotesi nei quali l'imputabilità viene esclusa o considerata fortemente scemata, si riferiscono alle ipotesi di assunzione di sostanza stupefacente o alcolica accidentale²¹⁷ – *ex art. 93 c.p.* richiama l'art.

6. La direzione dell'ospedale psichiatrico giudiziario o della casa di cura e custodia informa mensilmente le autorità giudiziarie competenti sulle condizioni psichiche dei soggetti ricoverati ai sensi degli articoli 148, 206 e 212, secondo comma, del codice penale.

7. I soggetti condannati a pena diminuita per vizio parziale di mente per l'esecuzione della pena possono essere assegnati agli istituti o sezioni per soggetti affetti da infermità o minorazioni psichiche quando le loro condizioni siano incompatibili con la permanenza negli istituti ordinari. Gli stessi, quando le situazioni patologiche risultino superate o migliorate in modo significativo, sono nuovamente assegnati agli istituti ordinari, previo eventuale periodo di prova nei medesimi.

²¹⁶ MANACORDA A., *Il manicomio giudiziario, cit.*, pag.73. L'autore schematizza in modo illuminante una situazione che altrimenti potrebbe presentare notevoli difficoltà di rappresentazione e comprensione.

Essa si configura come una struttura dalle maglie molto larghe, per non dire "dai tratti polipoidi", usando le parole di Manacorda. Il diagramma rende ancora più evidente la capacità dell'istituzione di inglobare comportamenti fattuali e fattispecie giuridiche tra loro molto diverse, alcune, per certi versi, discutibilmente discrezionali.

²¹⁷ Vedi PORTIGLIATTI BARBOS M., MARINI G., *La capacità di intendere e di volere nel sistema penale italiano*, Milano 1964, pag. 70 e seg. Dottrina e

91 c.p.– e all'intossicazione cronica, ex art. 95 c.p., mentre l'assunzione non accidentale, quella preordinata²¹⁸ ed infine quella abituale²¹⁹, rispettivamente

giurisprudenza insegnano che l'ubriachezza deriva da caso fortuito o forza maggiore quando è determinata da un fatto imprevedibile o incalcolabile, che interferisce di sorpresa nel comportamento del soggetto, in modo da provocare un evento che non si possa, con le ordinarie cautele evitare – c.d. caso fortuito, ad esempio quando si scambi per un errore scusabile, dell'alcool puro per una bevanda innocua – ovvero da una energia esterna, naturale od umana, inevitabile ed irresistibile, che soggioga la volontà e la resistenza del soggetto – forza maggiore, come nell'ipotesi dell'operaio addetto ad una distilleria che si è ubriacato per aver lavorato in un ambiente saturo di vapori alcolici in seguito ad un guasto dell'impianto, o del soggetto ubriacatosi per coazione o inganno altrui.

²¹⁸ Vedi a tal proposito G. FIANDACA, E. MUSCO, *Diritto penale. Parte generale*, Bologna 1989, pag. 285 e seg.

Secondo l'orientamento prevalente il comma in esame sarebbe direttamente collegabile all'art. 87 c.p., il quale dispone che "la disposizione della prima parte dell'art. 85 non si applica a chi si è messo in stato d'incapacità di intendere e di volere al fine di commettere il reato o di prepararsi una scusa". L'unica peculiarità dell'art. 92 comma 2, è data dal fatto che in tal caso, a differenza dell'art. 87 c.p., al reato commesso si applica un aumento di pena. Entrambe le disposizioni sarebbero poi riconducibili, secondo parte della dottrina, alla categoria dell'*actio libera in causa*.

Giuseppe Fiandaca ed Enzo Musco sostengono che secondo tale principio l'incapacità 'preordinata' deroga alla regola della coincidenza temporale tra imputabilità e commissione del fatto criminoso, senza disattendere il principio di colpevolezza. Infatti nell'ipotesi prevista al primo comma dell'art. 92 c.p., il soggetto in un primo momento si ubriaca –per il piacere di farlo o per causa involontaria– e successivamente commette il reato, non programmato in anticipo al momento di porsi in stato di ubriachezza. Nel caso dell'ubriachezza preordinata il soggetto si ubriaca allo scopo di commettere un reato: ciò perché lo stato di ubriachezza, esercitando una azione disinibente sul soggetto, facilita la commissione del proposito criminoso.

²¹⁹ Vedi MANZINI V., *Trattato di diritto penale italiano*, Torino 1981, pag.182 e seg. Secondo l'art. 94 : "[...] è considerato ubriaco abituale chi è dedito all'uso di bevande alcoliche ed in stato di frequente ubriachezza. L'aggravamento di pena previsto nella prima parte di questo articolo si applica anche quando il reato è commesso sotto l'azione di sostanze stupefacenti da chi è dedito all'uso di tali sostanze."

Ai fini dell'aggravamento di pena occorre quindi:

artt. 93 e 94 c.p., comportano non solo una presunzione di imputabilità, bensì un aggravamento della pena.²²⁰

- a) uno stato di intossicazione alcolica (o da sostanze stupefacenti) acuta volontaria o colposa;
- b) la commissione in tali condizioni di un reato;
- c) l'abitudine.

Perché possa configurarsi la figura giuridica della abitudine devono concorrere due requisiti, la dedizione all'uso di alcolici e il frequente stato di ubriachezza. La dedizione all'uso indica 'un vizio continuativo, una consuetudine viziosa di vita.

I singoli episodi di intossicazione infatti devono essere tali da dar luogo ad 'ubriachezza', ed inoltre devono essere frequenti e cioè tali da confermare la dedizione all'uso, e non la semplice proclività. In sostanza occorre che lo stato di ebbrezza nel quale viene commesso il reato, costituisca un episodio del sistema di vita dell'individuo. Fatti saltuari, o anche periodici di ubriachezza, non bastano a stabilire in concreto l'ubriachezza abituale.

Tali regole valgono anche per l'ebbrezza da stupefacenti. Si tenga conto però che ai sensi dell'ultimo comma dell'art 94 c.p., perché si abbia abitudine, non è richiesto il frequente stato di ebbrezza da stupefacenti, ma è sufficiente che il soggetto sia dedito all'uso di stupefacenti. Vincenzo Manzini sostiene che nel concetto di "dedito all'uso" è insito quello dello "stato frequente di alterazione psichica", "perché non si può essere dediti all'uso delle dette sostanze, senza subirne frequentemente l'azione intossicante acuta". La specificazione contenuta nel codice si spiega proprio perché "si può essere benissimo dediti all'uso di bevande alcoliche senza entrare mai o entrando raramente in stato di ubriachezza".

²²⁰ MANACORDA A., *Il manicomio giudiziario*, pag.39 e seg.39. Per quanto concerne l'uso di sostanze alcoliche e di quelle stupefacenti, è interessante notare che esse sono praticamente accomunate, per quanto riguarda la imputabilità e la punibilità, a seconda della condizione in cui si trovava la persona al momento della commissione del reato:

Le tossicodipendenze, l'imputabilità e le diverse sanzioni			
Condizione del soggetto		Giudizio	Sanzione
ubriachezza fortuita da forza maggiore	azione di stupefacenti fortuita o da forza maggiore	non imputabile	
ubriachezza volontaria	azione di stupefacenti assunti volontariamente	imputabile	

Nel momento in cui si riscontra un'effettiva intossicazione cronica da alcool o da stupefacenti²²¹, si procede col verificare che tale stato abbia di conseguenza portato a escludere, o scemato grandemente, le capacità di intendere e volere. Una volta effettuato tale esame, si accerta l'eventuale pericolosità sociale dell'individuo, che, se sarà ritenuto potenzialmente nocivo, darà il via alla sottoposizione alla misura di sicurezza dell'internamento in OPG o in casa di cura e di custodia ovvero le strutture territoriali che dovrebbero entro i primi mesi del 2013 sostituire l'OPG e le CCC.²²²

Ubbriachezza preordinata per commettere il reato	assunzione di stupefacenti preordinata per commettere il reato	imputabile	pena aumentata
ubriachezza abituale	uso abituale di stupefacenti	imputabile	pena aumentata
cronica intossicazione da alcool	cronica intossicazione da stupefacenti	non imputabile	misura di sicurezza dell'OPG

²²¹ Cfr CALVI A.A., *op.cit.*, pagg.410 e seg.

²²² Per un approfondimento sulla materia si offre qui una sommaria bibliografia: AMATO G., *Cronica intossicazione e imputabilità del tossicodipendente*, in *Cassazione Penale*, Milano, 1998, *passim.*; BARNI M., *Su abuso di tossici e imputabilità, un'autentica lezione di civiltà*, in *Rivista italiana di Medicina Legale*, Milano, 1998, *passim.*; BRUNO F., *Cronica intossicazione da alcool o stupefacenti*, in *Enciclopedia del diritto*, XI, Milano, 1962, *passim.*; GIUSTI G.V., SICA D., *Gli stupefacenti e le tossicomanie, aspetti medico-legali e giuridici*, Padova, 1979, *passim.*; INTRONA F., *Il tossicodipendente e gli artt. 94 e 95 c. p. nella sentenza 114/1998 della Corte Costituzionale*, in *Rivista italiana di Medicina Legale*, XX, Milano, 1998, *passim.*; LEGGERI G., *Tossicodipendenza e imputabilità*, in *Rassegna penitenziaria e criminologica*, Roma, 1983, *passim.*; LEONI M., MARCHETTI M., FATIGANTE G., *L'imputabilità del tossicodipendente*, Milano, 1992, *passim.*; MARINI A., *Intossicazione cronica da alcool o da sostanze stupefacenti*, in *Novissimo Digesto italiano*, Appendice, IV, Torino, 1983, *passim.*; PAVONE M.,

Ad ogni modo, indipendentemente dalla struttura di accoglienza, gli intossicati cronici vengono, in pratica, equiparati agli infermi di mente, indipendentemente dal fatto che essi siano dei tossicodipendenti o degli alcolizzati, in base a una precisa scelta politico-criminale del legislatore Rocco.²²³

L'imputabilità del tossicodipendente, in *Rassegna italiana di criminologia*, Milano, 2000, *passim.*; VASSALLI G., *L'imputabilità del tossicodipendente*, in *Indice penale*, Padova, 1986, *passim.*

²²³ Tale parificazione attuata dalla disciplina codicistica risponde, secondo molti, a una visione non corretta od incompleta dei due fenomeni e delle loro differenze. Vedi ad esempio DE FAZIO F., *L'imputabilità del tossicodipendente*, in *Uso di stupefacenti ed imputabilità*, Atti del XXVIII Congresso nazionale di Medicina legale e delle Assicurazioni, Parma, 3/7 ottobre 1983, pagg. 86 e seg. L'equiparazione tra assunzione di alcool e di sostanze stupefacenti nasce, secondo tale autore, non tanto da valutazioni biologiche e tossicologiche, quanto da un giudizio di valore che accomuna le due situazioni, nel senso che il ricorso all'alcool o agli stupefacenti ed il loro abuso rispondono sempre e comunque ad una scelta, ovvero, secondo la cultura, corrente all'epoca in cui fu approvato il codice, ad un vizio. In realtà alcolismo e dipendenza da stupefacenti si presenterebbero quali fenomeni differenziati, non solo sul piano delle motivazioni, ma anche e soprattutto su quello degli effetti e delle conseguenze dell'intossicazione.

Inoltre, mentre per l'alcolismo le conoscenze cliniche e biologiche consentirebbero di discriminare sul piano diagnostico l'intossicazione cronica dagli altri gradi di intossicazione, ciò non può dirsi per le intossicazioni da sostanze stupefacenti. In particolare mancherebbe in quest'ultima una patologia somatica o neurologica specifica, e soprattutto vi sarebbe diversità delle risposte individuali alle sostanze stupefacenti in relazione a caratteristiche e disturbi di personalità, a modalità, a momento psichico e setting di assunzione.

In merito alla assunzione protratta, la sintomatologia clinica sarebbe poco significativa, fatta eccezione per le crisi di astinenza, la cui tipologia varia in rapporto a fattori individuali oltre che in rapporto ai diversi tipi di sostanza.

Solo in rapporto alla intossicazione da alcool sarebbe possibile configurare una patologia di rilievo somatico, neurologico e psichiatrico che abbia caratteristiche di permanenza e che sia costantemente osservabile oltre la cessazione dell'abuso, dando luogo a parametri di rilievo nosografico.

Lo stesso non potrebbe dirsi per l'intossicazione da sostanze stupefacenti, la cui disciplina penalistica non trova validi supporti sul piano biologico.

Infatti, in molti sostengono, a tutt'oggi, che i due stati non siano affatto equivalenti, dal momento che l'alcool produrrebbe effetti organici e psichici sull'individuo talmente accentuati e acuti, da causare una permanente perdita delle capacità intellettive del tutto simile a quella di un malato mentale, mentre tali conseguenze non sarebbero rintracciabili nei tossicodipendenti, che soffrono di fenomeni in parte diversi, dovuti più alla dipendenza fisica e psichica, e come tali incidenti soprattutto sulla capacità di volere dei soggetti.

Un'ulteriore questione che si pone è quella relativa alla distinzione tra intossicazione abituale o cronica²²⁴.

Normalmente diviene decisiva al riguardo una perizia psichiatrica, sulle condizioni dell'assuntore, in grado di escludere che si tratti di intossicazione dovuta ad uso abituale, la quale si caratterizza per costituire un episodio della vita di un individuo, che, scomparso il perturbamento, torna alla sua normale personalità.²²⁵

²²⁴ Con specifico riguardo alla cronica intossicazione, la giurisprudenza costante ha sempre sostenuto che questa, per escludere o diminuire l'imputabilità, deve sostanziarsi in un'alterazione non transitoria dell'equilibrio biochimico del soggetto con conseguente alterazione patologica dei processi volitivi ed intellettivi irreversibile, cioè caratterizzato dalla impossibilità di guarigione. In altri termini l'esclusione o la diminuzione dell'imputabilità, in tale visione, presuppone, quale condizione essenziale, l'accertamento che il soggetto sia affetto da "un'infermità mentale permanente" incidente sulle capacità volitive ed intellettive, in modo totale o parziale a causa dell'assunzione di sostanze stupefacenti. Vedi a tal proposito le sentenze della Cassazione: Cass. Pen., I, 28 aprile 1982 n.24155, in *Riv.Pen.*, 1983, pagg.403 e seg. E Corte Cass., I, 20 ottobre 1987 n.14478, in *Giust.Pen.*, 1988, pagg.255 e seg.

²²⁵ L'ubriachezza abituale, con conseguente aggravamento di pena, come ipotesi autonoma contrapposta alla intossicazione cronica da alcool, o da sostanze stupefacenti, è stata criticata fin dalla sua introduzione. Valga ad esempio di ciò,

quanto scrive INTRONA F., *Il tossicodipendente, cit.*, pagg. 328 e seg. secondo il quale l'ipotesi autonoma di ubriachezza abituale è ritenuta discutibile e di non facile accertamento pratico, poiché difficilmente si concepisce un ubriaco abituale che non versi in situazione patologica di intossicazione perdurante e, inoltre, perché negli etilisti abituali si ha un graduale cedimento dei freni inibitori con una sempre minore capacità di resistenza al bisogno cogente di alcool.

La labilità della distinzione sarebbe inoltre dimostrata dal fatto che il codice, con evidente contraddizione, prevede all'art. 221 c.p. la casa di cura e custodia anche per gli abituali.

Cfr PORTIGLIATTI BARBOS M., MARINI G., *op. cit.*, p. 110. Tuttavia alla luce delle attuali conoscenze scientifiche altri ritengono che tale distinzione sia fondata. Si sostiene che l'ubriachezza, anche se abituale, è sempre una intossicazione acuta, uno stato transeunte che dà luogo ad una manifestazione episodica di perturbamento delle facoltà psichiche, ma che una volta cessata, lascia il soggetto in condizioni normali. Viceversa l'alcolismo cronico – al pari della stupefazione cronica – è un'intossicazione stabile, un'affezione cerebrale, che ingenera vere e proprie psicopatie che permangono anche indipendentemente dal rinnovarsi delle crisi alcoliche.

La definizione della situazione descritta nell'art. 95 c.p. come 'cronica intossicazione da alcool o da sostanze stupefacenti' è tuttora oggetto di controversia. Dalla relazione del ministro Rocco al codice penale risulta che il legislatore del 1930 aveva ben presente l'incertezza di confini riscontrabile tra intossicazione cronica e dedizione all'uso di stupefacenti che, dal punto di vista del sistema sanzionatorio veniva equiparata alla figura dell'ebbrezza abituale. Ma credette di poter cogliere la distinzione nel carattere pur sempre acuto, anche se abitualmente ripetentesi, dell'ebbrezza abituale, e nel carattere cronico della situazione di cui all'art. 95, sino al punto di descrivere la cronica intossicazione come "un processo patologico permanente, un'affezione cerebrale", tale da produrre "un progrediente e caratteristico abbruttimento del carattere e da dare origine a vere e proprie psicopatie".

Talvolta la Cassazione ha aggiunto il requisito della irreversibilità o ineliminabilità, cioè dell'impossibilità di guarigione, vedi ad esempio Cass. Sez. II 11 febbraio 1984, in *Riv.It Med.Leg.*, 490, 1985, pagg. 1330 e seg., in cui è possibile leggere:

“L'intossicazione che, a norma dell'art. 95 c.p. in relazione agli artt. 88 e 89 dello stesso codice, influisce sulla capacità di intendere e di volere è solo quella che, per il suo carattere ineliminabile e per la impossibilità di guarigione, provoca alterazioni patologiche permanenti, tali da far apparire indiscutibile che ci si trovi di fronte ad una vera e propria malattia psichica. Invece l'intossicazione temporanea, pur se altera la capacità di intendere e di volere, non influisce, tranne che derivi da caso fortuito o forza maggiore, sull'imputabilità e non è giuridicamente rilevante, anche

Negli ultimi decenni la dottrina medico-legale ha sollevato dubbi di legittimità incentrati sulla nozione di cronica intossicazione²²⁶ così come descritta dalla giurisprudenza sopra menzionata, dubbi pienamente recepiti dalla Corte Costituzionale, nella sentenza n.114 del 9 aprile 1998²²⁷.

La Corte Costituzionale, pur non condividendo i dubbi di legittimità del sistema vigente in materia di imputabilità del tossicodipendente, non accetta neppure acriticamente la costante interpretazione vigente, rilevando che la formula usata dalla legge, la quale si limita a stabilire che "si applicano le disposizioni contenute negli artt. 88, 89 c.p.", farebbe pensare più ad una assimilazione nel trattamento penale – non imputabilità con totale esclusione della punibilità o imputabilità diminuita con attenuazione della pena fino ad un terzo – che non ad una identificazione.

se si innesti in uno stato patologico preesistente che di per sé diminuisca senza escluderla la capacità intellettuale e volitiva del soggetto.”

²²⁶ Vedi MANNA A., *L'imputabilità del tossicodipendente: rilievi critici*, in *Rivista italiana di medicina legale*, Milano, 1986, pagg.1038 e seg. e *L'imputabilità del tossicodipendente*, in FERRACUTI F. (a cura di), *Trattato di Criminologia, Medicina Criminologica e Psichiatria Forense*, vol. XIII, Milano 1990, p. 116. Diversi autori sostengono che la distinzione tra “uso abituale” e “cronica intossicazione” non hanno praticamente fondamento.

²²⁷ Vedi la sentenza Corte cost., 16 aprile 1998 n.114, in *Foro it.*, 1999, I, pagg. 777 e seg. La Corte pur dichiarando infondata la questione di legittimità costituzionale degli artt. 94 e 95 del Codice Penale, sollevata con riferimento agli artt. 3 e 111 della Costituzione, ha confermato tuttavia che “*la disciplina legislativa vigente in materia non trova nella dottrina psichiatrica e medico-legale una base sicura, ancorché nella relazione ministeriale sul progetto del codice penale si legga di essa una diffusa motivazione, nella quale ci si riferisce proprio agli insegnamenti della scienza psichiatrica. Anche nella più recente dottrina penalistica la disciplina stessa è oggetto di dubbi, controversie e perfino di ferme condanne.*”

Si va dunque consolidando la tendenza a riconoscere autonomia alla cronica intossicazione da alcool o da sostanze stupefacenti, la quale non viene più identificata con l'infermità di mente, bensì parificata ad essa sotto il segno dell'assenza o della diminuzione dell'imputabilità, quindi della colpevolezza, ed in tale prospettiva viene quindi letto il richiamo agli artt. 88 e 89 c.p. contenuto nell'art. 95 c.p.²²⁸

Come anche la Corte fa presente, in questo settore la necessità di un'urgente riforma si fa sentire, in quanto la disciplina codicistica è ormai anacronistica, giacché non solo prevede ancora circostanze aggravanti ineffabili come l'ubriachezza e la stupefazione abituali, che potrebbero venire, semplicemente, unificate, assieme alle forme croniche, nella categoria dei "tossicodipendenti", ma soprattutto bisogna rilevare che l'intossicato non beneficia, come invece sarebbe auspicabile, di una misura *ad hoc*.

L'utilizzazione della misura di sicurezza dell'OPG per tale tipologia di individui è sempre stata impropria, dal momento che essa è stata pensata

²²⁸ Per un commento alla sentenza vedi INTRONA F., *Il tossicodipendente*, cit., pagg. 328 e seg. La più importante novità introdotta con la suddetta sentenza, appare attualmente il fatto di poter affermare che la cronica intossicazione si configura ogni qual volta si sia in presenza di una condizione soggettiva, determinata dall'assunzione di droga o alcool, tale da escludere che, nel momento della consumazione del reato contestato, il soggetto fosse capace di intenderlo e volerlo, indipendentemente dal fatto che la stessa consti in una vera e propria infermità irreversibile. Per contro l'assunzione abituale sussisterà qualora il tossicodipendente, nonostante le sue condizioni, abbia agito pur sempre colpevolmente ovvero con la piena consapevolezza del significato e degli effetti della propria condotta, legittimando quindi l'applicazione dell'aggravante di cui all'art. 94 comma terzo c.p. Vedi anche VIOLINI L., in *Giur. Cost.*, 1998, pagg. 965 e seg.; BARNI M., in *Riv. it. medicina legale*, 1998, pagg. 563 e seg.; AMATO G., in *Cass. pen.*, 1998, pagg. 1909 e seg.; e AMATO G. - UMANI RONCHI G., in *Guida al dir.*, 1998, fasc. 17, pagg. 54 e seg.

più che altro in relazione ad altri tipi di soggetti, ovverosia gli infermi di mente, e tale commistione non è mai risultata proficua né per gli uni né per gli altri.²²⁹

Ancora una volta tale struttura si è quindi rivelata una sorta di contenitore universale per soggetti problematici, soprattutto da un punto di vista di controllo della pericolosità sociale, non tenendo conto che, più di ogni altra categoria, i tossicodipendenti necessitano di riabilitazione e terapia, diversificata e mirata. Vedremo se col superamento degli OPG ai sensi dell'art. 3-ter della legge 9/2012 questa categoria di internati troverà una collocazione più adeguata. In realtà come abbiamo visto, occorrerebbe una rivisitazione dell'intero sistema delle misure di sicurezza, visibilmente in crisi, a cominciare dalle sue basi sistematiche e concettuali, passando per la ridefinizione di concetti vaghi e problematici come imputabilità, infermità mentale e pericolosità sociale, rispettando la prassi e l'esperienza degli ultimi decenni.²³⁰

²²⁹ MANNA A, *L'imputabilità, cit.*, pagg.110 e seg.

²³⁰ BERTOLINO M., *La crisi del concetto di imputabilità, cit.*, pagg.190 e seg. Della stessa autrice ID., *Nuove prospettive di riforma del trattamento penale del sofferente psichico. A proposito del recente schema di disegno di legge delega per l'emanazione del nuovo codice penale*, in BANDINI T., LAGAZZI M., VERDE A., *La tutela giuridica del sofferente psichico*, Milano 1993, pagg.384 e seg. Vedi anche SELMINI R., *L'origine, lo sviluppo e gli esiti del processo di responsabilizzazione dei malati di mente autori di reato*, in *Dei delitti e delle pene*, 1994, pagg. 29 e seg. PONTI G. *Il dibattito sull'imputabilità*, in CERETTI A., MERZAGORA BETSOS I., *Questioni sull'imputabilità*, Padova, 1994, pagg.16 e seg. E infine MANNA A., *Imputabilità, pericolosità e misure di sicurezza: verso quale riforma?*, in *Riv.it.dir.proc.pen.*, 1994, pagg. 1318 e segg.

CAPITOLO TERZO

INTERVENTI DELLA CORTE COSTITUZIONALE E

GIURISPRUDENZA DELLA CASSAZIONE

3. Entrata in vigore della Costituzione

Indubbiamente l'entrata in vigore della Costituzione ha portato a nuove riflessioni sul ruolo delle misure di sicurezza nella loro globalità, ma in particolare su quella istituzionale dell'ospedale psichiatrico giudiziario, espressione della filosofia, autoritaria e accentrante, prevalente al tempo dell'emanazione del Codice Rocco.²³¹

Abbiamo già in qualche modo illustrato nel primo capitolo, relativo alle evoluzioni normative, quale sia stato l'effetto propulsivo di tale riforma nell'ordinamento.²³² Ora ci soffermeremo su qualche aspetto più specifico di tale tematica.

²³¹ Solo per limitarci a una citazione, si veda a tal proposito PETROCELLI B., *La pericolosità*, cit., pagg. 315 e seg. Secondo l'autore il codice Rocco realizzava un sistema in grado di mantenere la pena nel suo significato tradizionale di castigo, in una funzione essenzialmente retributiva, e insieme faceva posto a un vasto e organico complesso di misure contro la pericolosità criminale, soddisfacendo nella maniera più larga alla duplice esigenza della repressione e della prevenzione. Cfr con la visione critica di BOSCARELLI M., *Appunti critici in tema di misure di sicurezza*, in *Riv.it.dir.proc.pen.*, 1964, pagg. 34 e seg.

²³² DELITALA G., *Sul progetto preliminare del primo libro del codice penale*, in *Riv.it.dir.pen.*, 1950, pagg.160 e seg. E anche VASSALLI G., *Sul trattamento penale e penitenziario del delinquente semi-infermo di mente e sulla necessità di una riforma del codice vigente*, in *Giust.pen.*, 1950, pagg. 140 e seg.; LEONE G., *Sulla*

In realtà, la Costituzione non ha in alcun modo inteso abrogare il sistema delle misure di sicurezza, anzi, si potrebbe ben dire – in relazione all'art. 25, comma terzo esplicante il principio di legalità – che essa ha inteso recepire e legittimare una volta per tutte il c.d. sistema del doppio binario.

In sostanza, l'art.25 Cost. avrebbe vincolato il legislatore alla distinta previsione delle due reazioni dell'ordinamento all'eventuale fatto-reato, cristallizzando la diversità di scopo e il contenuto dei due mezzi di lotta contro la delinquenza e costituzionalizzando, per così dire, l'assetto dualistico dato dalle pene e dalle misure di sicurezza.²³³

riforma del primo libro del codice penale, in Riv.it.Dir. Proc.Pen., 1950, pagg.182 e seg.; ANTOLISEI F., Il progetto preliminare del codice penale, in Scuol.pos., 1949, pagg.377 e seg.

²³³ Vedi ELIA L., *Le misure di prevenzione tra l'art. 13 e l'art. 25 della Costituzione*, in *Giur, cost*, 1964, pagg.66 e seg. E anche NUVOLONE P., *Misure di prevenzione e misure di sicurezza*, in *Enc. del dir.*,XIX, Milano, 1976, pagg.151 e seg.; TAORMINA C., *Tutela costituzionale della libertà personale in Giust. Pen.*, 1974, pagg.42 e seg. Vedi anche l'opinione di DOLCINI E. – MARINUCCI G., *art. 199*, in *Commentario al codice penale*, pagg.665 e seg. I. Testualmente :“L'articolo in esame, il 199 c.p., enuncia il principio di legalità in materia di misure di sicurezza, principio poi rafforzato nel suo significato e valore a seguito del suo recepimento all'interno della Costituzione all'art. 25 co. 3, norma-cardine dell'intera materia penale. Il principio di legalità è previsto per le misure di sicurezza, come per la pena, soprattutto a garanzia del bene della libertà individuale contro gli abusi del potere esecutivo e del potere giudiziario: tuttavia, se il fondamento del principio di legalità risponde dunque a comuni esigenze garantistiche proprie di uno Stato di diritto, l'ambito di applicazione è però diverso quanto alle pene e quanto alle misure di sicurezza, assumendo esso una portata meno rigorosa.

L'art. 25 co. 3 Cost. essendo norma meno analitica, non sembrerebbe prevedere la riserva di legge relativamente ai tipi di misura di sicurezza per cui potrebbe sembrare che, accertati i presupposti previsti dalla legge per l'applicazione della misura, il giudice possa applicare anche una misura di sicurezza la cui specie non sia determinata da una legge statale: così non è però. Occorre infatti ben tenere conto del fatto che l'art. 199, così come l'art. 1, fa parte della Costituzione materiale, riguardando la tutela dei diritti fondamentali dell'individuo da garantirsi nel modo più

Strettamente collegato al precedentemente citato principio di legalità vi è quello di tassatività, attraverso il quale viene espressa la necessità che l'ordinamento determini, in maniera puntuale e dettagliata, i casi nei quali tali misure devono essere applicate, nonché le tipologie di misure di sicurezza che possono trovare cittadinanza all'interno dello stesso.²³⁴

ampio, vedi sul tema anche BRICOLA F., art. 25 co. 2 e 3, in *Corte Cost.*, pagg. 227 e seg.; e pertanto deve considerarsi norma interpretativa del più sintetico art. 25 co. 3 Cost. e quindi, in quanto tale, senz'altro costituzionalizzata nel suo completo contenuto.

La riserva di legalità deve pertanto ritenersi comprensiva anche dei tipi di misura: una simile costituzionalizzazione, a detta di parte della dottrina, non significa però attribuire rilevanza costituzionale al sistema del doppio binario.

La norma contenuta nel terzo comma dell'art. 25 Cost. ha lo scopo esclusivo di garantire il principio di legalità anche per le misure di sicurezza. Ritenere che l'art. 25 co. 2 e 3 Cost. abbia vincolato ed obbligato il legislatore ordinario a prevedere, nel sistema sanzionatorio, la misura di sicurezza come sanzione diversa e aggiuntiva alla pena non pare risponda alla volontà del legislatore costituente. L'art. 25 Cost. distingue la pena e la misura di sicurezza solo riguardo al principio di legalità, senza attribuire carattere vincolante a tale distinzione: il legislatore ordinario deve dunque considerarsi libero di scegliere l'assetto dei rapporti tra i due strumenti sanzionatori, ovviamente nel rispetto degli altri principi costituzionali.

²³⁴ Vedi sul tema ANTOLISEI F., *ult.op.cit.*, pagg. 805 e seg.; CADOPPI A. - VENEZIANI P., *op.cit.*, pagg. 486; FIANDACA G. - MUSCO E., *ult.op.cit.*, pagg. 792 e seg.; PADOVANI T., *L'ospedale psichiatrico giudiziario*, cit., pagg. 447 e seg.; infine MARINUCCI G. - DOLCINI E., *ult. cit. op.*, pagg. 644 e seg. L'art. 199 esprime negli stessi termini dell'art. 1 il solo principio della riserva di legge, riaffermato in quegli stessi limiti dalla Costituzione. Il principio di legalità per le misure di sicurezza impone sicuramente il fatto che l'applicazione della misura trovi solo nella legge – ordinaria e statale – il suo fondamento, ovvero che sia la legge a fissare tassativamente i casi ed i presupposti in cui le misure di sicurezza possono essere adottate ed a determinare altresì la specie ed i contenuti delle misure applicabili dal giudice. Funzione primaria del principio è quella di sottrarre al legislatore la possibilità di regolamentare la materia delle misure di sicurezza attraverso fonti normative diverse dalla legge ordinaria e statale e/o conseguentemente di lasciare all'arbitrio del giudice le restrizioni ai diritti di libertà dell'individuo.

Attraverso tale principio, si impone al legislatore di predeterminare sia i presupposti, sia i tipi di misure di sicurezza, in modo che il giudice sia vincolato nell'applicazione delle misure previste dalla legge, ai casi espressamente contemplati.²³⁵

In qualche modo, lo stesso Codice Rocco aveva previsto “il principio di legalità” all'art.199 c.p., secondo il quale “nessuno può essere sottoposto a misure di sicurezza che non siano espressamente stabilite dalla legge e fuori dai casi dalla legge stessa preveduti”, ma bisogna dire, invero, che tale articolo era più che altro finalizzato a porre dei freni all'operato dei singoli magistrati e a potenziare il ruolo statale del legislatore, che non a rappresentare una garanzia per l'indiziato.²³⁶

La Corte Costituzionale si è trovata così, inizialmente con toni più smorzati e, per così dire, “conservatori”, poi in maniera più decisa, a esprimersi sulle problematiche poste con l'avvento della Costituzione repubblicana, dal momento che, pur non rinnegando *in toto* il sistema delle misure di sicurezza, la Carta Fondamentale ha sancito principi, come la finalità rieducativa della pena, il senso di umanità delle sanzioni – *ex art. 27 Cost.* – e il diritto alla salute – *ex art.32* – che non potevano essere rispettate in una normativa troppo illogicamente rigida, con vincoli talmente stringenti

In ogni caso, in materia di misure di sicurezza la riserva di legge si ritiene si svolga e si esprima in maniera meno rigida rispetto a quella dettata per le pene.

²³⁵ CARACCIOLI I., *I problemi generali delle misure di sicurezza*, Milano, 1970, pagg.43 e seg. E anche MUSCO E., *La misura di sicurezza detentiva : profili storici e costituzionali*, cit., pagg. 170 e seg.

²³⁶ ALIBRANDI L., *Il codice penale: commento articolo per articolo con la giurisprudenza*, Piacenza, 2000, pagg. 210 e seg..

da impedire un bilanciamento in concreto dei vari interessi in gioco, assolutamente necessario in uno Stato pluralista e liberale.²³⁷

Le decisioni della Corte, prevalentemente raccolte attorno a tre questioni – ovvero le presunzioni di pericolosità del reo, la durata / revoca anticipata / la controvertibilità del periodo di internamento con la pena e la previsione di misure alternative all’OPG – rendono particolarmente evidente l’incidenza sulla concezione del diritto e sulla legge, della Costituzione rigida, in cui la necessità di tener conto delle molteplici esigenze del pluralismo determina il passaggio da un “diritto per regole” a un “diritto per principi”, in una realtà giuridica fortemente esposta ai casi della vita, nella quale il ruolo del giudice viene ad essere, così, determinante.²³⁸

²³⁷ Sulla posizione della Corte costituzionale, circoscritta al problema impellente delle presunzioni di pericolosità: cfr AMATO G., *Misura di sicurezza e pericolosità sociale presunta*, in *Giur.cost.*, 1966, pagg.191 e seg.; VASSALLI G., *Le presunzioni di pericolosità sociale*, cit., pagg.742 e seg.; ID., *La pericolosità presunta del minore non imputabile*, in *Giur.cost.*, 1971, pagg.1 e seg.; ID., *Ancora sulla pericolosità sociale dell’infermo totale di mente*, *ivi*, 1972, pagg.1215 e seg.; ID., *L’abolizione della pericolosità presunta degli infermi di mente attraverso la cruna dell’ago*, cit., pag. 1191 e seg.; CARACCIOLI I., *Le presunzioni di pericolosità sociale tra Corte Costituzionale e progetto di riforma*, in *Riv.it.dir proc.pen.*, 1972, pagg.771 e seg.; PADOVANI T., *Presunzione di pericolosità e presunzione di infermità nell’art.22 c.p.*, in *Riv. it. dir. proc. pen.*, 1979, pagg. 744; MUSCO E., *Variazioni minime*, cit., pagg. 1584 e seg.; PONTI G., *Corte costituzionale e presunzione di pericolosità*, cit., pagg.467 e seg.; GIANNONE A., *La revoca della dichiarazione della pericolosità qualificata in un’ interpretazione ‘adeguatrice’ della Corte costituzionale*, in *Leg.pen.*, 1988, pagg.738 e seg.; FIANDACA G. – MUSCO E., *Diritto penale, parte generale*, cit., pagg.629 e seg.

²³⁸ Vedi per tutte FAMIGLIETTI A., *Verso il superamento della “pena manicomiale”*, in Corte Cost., n.253 del 18 luglio 2003, cit., pagg. 2116 commento alla sentenza con cui la Corte ha modificato la propria giurisprudenza ed ha agito in sostanziale supplenza dell’inerzia del legislatore.

Partendo dalla considerazione che l’infermo di mente è, come il minorenne, una persona bisognosa di protezione, essa ha riconosciuto la forza e la necessità di un

Veniamo ora ad analizzare il rapporto tra i singoli principi costituzionali e l'istituzione antesignana dell'OPG.

3.1 OPG e il principio di uguaglianza

Nel verificare la conformità alla Costituzione, molti studiosi hanno spesso rilevato un primo profilo di discrepanza nella previsione di due

equilibrio contestuale tra i due "poli" funzionali alla base delle misure di sicurezza per sofferenti psichici, cioè l'esigenza di misure a contenuto terapeutico che rispondano ai bisogni di cura dell'infermo di mente e l'esigenza di contenere la sua pericolosità sociale e tutelare la collettività da ulteriori conseguenze pregiudizievoli. La Corte ha così criticato il regime concreto dell'ospedale psichiatrico giudiziario, evidenziandone lo squilibrio nella sua disciplina e nella sua realtà esecutiva a favore del profilo della difesa sociale e della mera "neutralizzazione" – attraverso lo strumento custodiale – del malato, ed ha lamentato, per l'ennesima volta, l'inerzia del legislatore di fronte allo *iato* esistente tra le scelte normative del 1930 e le conoscenze psichiatriche allora note, concretizzatesi nella normativa codicistica, da un lato, e dall'altro lato i principi costituzionali e le moderne acquisizioni scientifiche in materia di psichiatria diretti a ridurre la necessità e l'opportunità di provvedimenti restrittivi della libertà in tale particolare ambito. Essa ha così censurato costituzionalmente – per violazione degli artt. 3 e 32 Cost. – l'automatismo della regola legale che impone al giudice di utilizzare quale unico strumento sanzionatorio nei confronti dei non imputabili socialmente pericolosi la sola misura di sicurezza detentiva dell'O.P.G. precludendo il ricorso ad altre misure di sicurezza non detentive, previste dalla legge, che si pongano come alternativa capace di modulare la risposta sanzionatoria in ragione delle caratteristiche del soggetto, delle sue esigenze terapeutiche e del suo livello di pericolosità sociale. La Corte, sulla scia della sua stessa passata giurisprudenza, dovendo rispettare comunque il principio di legalità – cfr. art. 199 – e non potendo di per sé creare giurisprudenzialmente nuove misure "*ad hoc*", ha così individuato nella "libertà vigilata" l'unico strumento normativo vigente capace di incarnare le esigenze di flessibilità e di trattamento del soggetto socialmente pericoloso. Il sistema di sicurezza per i non imputabili risulta così essere stato flessibilizzato ed armonizzato a quanto accadeva in altri ambiti – specificamente quello minorile – e tutto all'improvviso grazie alla Consulta – ed all'evoluzione dottrinale e giurisprudenziale sviluppatasi quanto meno dalla seconda metà degli anni '70 – ha ritrovato nuove potenzialità per dare una risposta sanzionatoria più adeguata e costituzionalmente orientata alle problematiche di bilanciamento tra bisogno di cura e tutela preventiva della società che simili situazioni comportano.

trattamenti diversi, dopo l'abolizione dei manicomi civili avvenuta ad opera della legge 180/1978 – c.d. Riforma Basaglia – per il malati di mente autori di fatto-reato e gli altri infermi, che avrebbe portato così a una violazione dell'art.3 della Costituzione, sancente il principio di eguaglianza.²³⁹

Parte della dottrina, come abbiamo già premesso in paragrafi precedenti, ha da sempre sostenuto l'irragionevolezza di tale disparità, poiché i malati mentali non rei verrebbero, secondo la disciplina vigente, sottoposti a terapia di tipo extraospedaliero e volontaria, e solo in casi particolari e decisamente estremi ne sarebbe possibile il ricovero coatto, ma, anche in questo caso, soltanto in sezioni speciali adibite espressamente a tale funzione. Mentre i c.d. "*mentally ill offender*" sono ad oggi ancora ricoverati, una volta verificata la gravità del reato e la concreta sussistenza della pericolosità –

²³⁹ MANNA A., *Trattamento medico chirurgico*, cit., pagg.1301 e seg. Da confrontarsi con MUSCO E., *Misure di sicurezza*, in *Enc.giur.*, XVI, 1990, pagg.4 e seg. A tal proposito vedi anche FORNARI L., *Misure di sicurezza e doppio binario: un declino inarrestabile?*, cit., pagg. 693 e seg. GRASSO G., *art. 222*, in *Comm. Sist. III*, pagg.459 e seg. PADOVANI T., *L'ospedale psichiatrico giudiziario e la tutela costituzionale della salute*, in *Tutela della salute e diritto privato*, Milano, 1978, pagg. 853 e seg. Infine MANCORDA A., *Infermità mentale, custodia e cura alla luce della recente giurisprudenza*, Firenze, 1983, pagg. 292 e seg.

L'autore parla di come la pretesa di poter perseguire la cura dell'incapace e la prevenzione della recidiva attraverso il ricovero in strutture di tipo para carcerario si sia ben presto rivelata assai difficoltosa, complice anche l'insufficiente attenzione della nuova legge penitenziaria del 1975 alle particolari esigenze curative dei destinatari di tale misura. Le perplessità sarebbero poi state accentuate dalle l. 180/1978 e 833/1978 che, ribaltando l'approccio alla malattia mentale, avrebbero espresso una concezione della patologia psichiatrica impostata sul principio per cui essa non necessariamente deve ritenersi correlata ad uno "status" di pericolosità, e per la cui cura si deve optare per il ricorso a servizi e presidi terapeutici strutturati in un'ottica anti-custodialistica, da adottarsi su base volontaria, riservando il momento coercitivo dei trattamenti sanitari obbligatori T.S.O. ad ipotesi estreme e residuali.

questo dopo l' entrata in vigore la c.d. legge Gozzini più volte citata – in strutture di tipo manicomiale e a carattere segregante.²⁴⁰

²⁴⁰ In realtà, secondo quanto stabilisce l'art. 3-ter della legge 9/2012 (Dispositivo per il definitivo superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari) le 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, dovrebbero essere individuate secondo, *inter alia*, i 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, da svolgere nel limite delle risorse umane, strumentali e finanziarie disponibili a legislazione vigente, 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. Si dovrebbe in qualche modo "parificare" quindi lo stato dell'infermo di mente e quello del *mentally ill offender*, con poche indispensabili misure di vigilanza aggiuntive per i secondi. Bisogna inoltre ammettere che già con gli ultimi interventi della Corte costituzionale, lo spettro di possibilità si era notevolmente ampliato, sebbene esso fosse comunque rimasto limitato nell'ambito degli altri tipi di misure di sicurezza previste dal codice. La prima espressione di tale impostazione è stata la sentenza della Corte Cost. n.324 del 1998, cit., pagg. 78 e seg., che ha dichiarato l'illegittimità del primo, secondo e quarto comma dell'art. 222 c.p. rispetto agli artt. 2, 3, 27 e 31 Cost., laddove stabilivano che la misura di sicurezza dell'O.P.G. poteva essere applicata nei confronti dei delinquenti minorenni, socialmente pericolosi, e totalmente incapaci di intendere e di volere per le cause di cui allo stesso articolo e diverse da quella di cui all'art. 224 c.p.. La Consulta ha infatti precisato che "una misura detentiva e segregante come il ricovero in O.P.G., prevista e disciplinata in modo uniforme per adulti e minori non può ritenersi conforme a tali principi e criteri" e come "l'assenza negli O.P.G. di strutture ad hoc per i minori [...] conferma la diffusa consapevolezza presso gli operatori e gli stessi giudici minorili dell'incompatibilità di siffatta misura con la condizione di minore": essa ha così notato come "il minore affetto da infermità psichica è prima di tutto un minore e come tale va trattato" e che "le esigenze di tutela della personalità del minore coinvolto nel circuito penale non consentono in alcun caso, nemmeno in quello di infermità psichica, di trascurare la condizione di minore del soggetto". In questo modo si è sancito al massimo livello ciò che di fatto era prassi dominante presso le corti inferiori, ovvero l'applicazione in capo ai minori ritenuti totalmente incapaci per le cause di cui all'art. 222 c.p. co. 1 delle misure del riformatorio giudiziario e della libertà vigilata, con tendenziale disapplicazione per essi delle misure di sicurezza di tipo psichiatrico. Fondamentale è stata invero la sentenza della Corte Cost. n.253 del 2003, la quale ha dichiarato costituzionalmente illegittimo l'art. 222 nella parte in cui non consente al giudice, nei casi ivi previsti, di

Ci si è quindi chiesto se la sola commissione di un fatto costituente altrimenti reato potesse, da un punto di vista costituzionale, giustificare un trattamento sotto diversi profili così differenziato, di soggetti che, per il resto, posseggono un fondamentale *status* comune, ovvero quello di soffrire di qualche patologia mentale.²⁴¹

Coloro che sostenevano tale ideologia, hanno portato come argomento a conforto delle proprie tesi la mancata analogia fra soggetti sani e non. Per i soggetti in grado di intendere e di volere, proprio la commissione di un reato consente la restrizione della libertà personale; il soggetto sano in effetti, se non commette alcuna violazione della norma penale, non risulta "disfunzionale" alle esigenze della pace sociale: il che però, spesso, non può affermarsi per il malato di mente non reo ma socialmente pericoloso.²⁴²

adottare, in luogo del ricovero in ospedale psichiatrico giudiziario, una diversa misura di sicurezza, prevista dalla legge, idonea ad assicurare adeguate cure dell'infermo di mente ed a far fronte alla sua pericolosità sociale.

²⁴¹ Sul principio di uguaglianza, in particolare, sulla necessità, da un punto di vista costituzionale, che la eventuale "diversificazione" giuridica di situazioni simili sia almeno supportata da una precisa *ratio legis*, sia consentito, anche per gli opportuni riferimenti bibliografici, il rinvio a MANNA A., *Sulla legittimità delle pene accessorie fisse*, in *Giur. Cost.*, 1980, pagg 914 e seg.

²⁴² A tal proposito potrebbero invero ipotizzarsi delle misure di sicurezza social preventive, ma molto probabilmente verrebbero tacciate di incostituzionalità, dato il carattere detentivo. Vedi DEGL'INNOCENTI L. - FALDI F., *Misure alternative alla detenzione e procedimento di sorveglianza*, Milano, 2005, pagg.144 e seg.; DI GENNARO G., BREDA R., LA GRECA G., *Ordinamento penitenziario e misure alternative alla detenzione*, Milano, 1997, pag. 202 e seg. MORRONE A., *Il trattamento penitenziario e le alternative alla detenzione*, Padova, 2003, pagg. 153 e seg. ANDREANO R., *Tutela della salute e organizzazione sanitaria nelle carceri: profili normativi e sociologici*, Milano, 2001.

Del resto, la tutela dell'ordine pubblico era alla base della legge del 1904, che aveva regolato proprio i manicomi comuni, per il ricovero nei quali era, non a caso, necessaria la prova che il soggetto fosse "pericoloso a sé o agli altri".²⁴³

Ad ogni modo, si constata come prima della legge 180 del 1978 non vi fosse nei fatti una reale e concreta diversità di trattamento tra i malati di mente, rei o meno, in quanto entrambe le categorie erano soggette a ricovero in varianti manicomiali. Ciò era anche espressione del prevalere di istanze di ordine pubblico e difesa sociale collettiva su quelle propriamente a carattere terapeutico.

In seguito invece, con la messa in discussione di tale situazione, sul presupposto che i manicomi non fossero luoghi adatti alla cura e al reinserimento successivo del malato nella società civile, si ebbe la definitiva soppressione di tali tipi di strutture, ma solo nella forma ordinaria, riservata ai malati di mente che non avessero ancora commesso alcun tipo di reato, mentre per gli altri rimaneva in vigore la disciplina precedente.²⁴⁴

²⁴³ CANEPA G. - MERLO S., *Manuale di diritto penitenziario*, Milano, 1996, pagg. 74 e seg.

²⁴⁴ Vedi MANACORDA A., *Il manicomio giudiziario: alcune note per la comprensione dei problemi attuali*, in *Foro It.*, 1980, pagg. 67 e seg. La legge 180 ha di fatto completamente modificato la situazione precedente riconoscendo il diritto alla libertà del cittadino nei confronti del trattamento sanitario quale deriva dall' art. 32 della Carta Costituzionale, sostituendo il concetto di "pericolosità" con quello di "tutela della salute pubblica" ai fini della legittimazione dell' obbligatorietà del trattamento stesso. La stessa legge tende inoltre alla progressiva eliminazione degli Ospedali Psichiatrici, indicati dalle nuove concezioni quali "luoghi di esclusione e sofferenza" di cui si denuncia la reale funzione di controllo sociale sotto la pretestuosa forma di cura della malattia, ove invece appare impensabile qualunque terapia all'interno di istituzioni totali. Restano, al contrario, in funzione, in quanto non vi si fa cenno nella legge e restano quindi soggetti alla normativa finora in

A questo punto, una parte della dottrina ha teorizzato che tale situazione fosse stata ingenerata da un mancato coordinamento fra la legge n.180 e le "corrispondenti" disposizioni del codice penale, che di una precisa volontà e ragionevole scelta del legislatore.

Da qui sono sorte le perplessità di ordine costituzionale per il presunto mancato rispetto del principio di eguaglianza, in quanto, a detta dei sostenitori di tale posizione, il solo fatto della commissione o meno di un fatto-reato non può giustificare, in particolare da un punto di vista costituzionale, il permanere di una siffatta diversità di trattamento.²⁴⁵

Il mancato coordinamento tra la legge n.180 e codice penale avrebbe quindi portato un primo *vulnus* alla Carta fondamentale, sotto l'aspetto del principio di uguaglianza, il che risultava essere tanto più grave, quanto più ampio risulta il periodo di tempo passato dal varo della 180, tutto ciò appalesando solamente una eventuale, se non evidente, inerzia, del legislatore,

vigore, gli OPG, regolati dalla legge di ordinamento penitenziario 354/1975 e dal nuovo regolamento di esecuzione emanato con D.P.R. 30 giugno 2000, n. 230.

²⁴⁵ Vedi MANNA A., *L'imputabilità*, cit., pagg.88 e seg. Come sottolinea Manna, tale situazione anomala è stata avvertita anche in sede di riforma, tant'è che da più parti si avverte la necessità di uniformare per quanto possibile il trattamento dei malati di mente. Il che, del resto, già avveniva, anche da noi, prima dell'avvento della legge n.180/1978, che pertanto ha provocato un'anomala disparità di trattamento, che difficilmente sembra avere riscontro nelle principali legislazioni europee. Vi è, infatti, chi, come Hirsch ha di recente proposto, sia pure mostrando al fondo una sfiducia nel sistema delle misure di sicurezza, di destinare anche ai malati di mente autori di reato alle normali istituzioni psichiatriche, e dunque non più ai manicomi criminali, previsti, come noto, anche nel sistema penale tedesco. HIRSCH, *Das Schuldprinzip und seine Funktion im Strafrecht*, in *ZstW*, 1994, pagg. 746 e seg, cit. in BERTOLINO M., *L'imputabilità*, cit., pagg.346 e seg.

che sta cercando di riscattarsi negli ultimissimi anni, promuovendo, almeno in linea teorica, il superamento degli OPG e delle CCC.²⁴⁶

²⁴⁶ Cfr MERZAGORA BETSOS I., *Imputabilità e Pericolosità Sociale: un punto di vista criminologico*, cit., pagg. 63 e seg. Secondo l'autrice, nel sistema di sicurezza per infermi psichici, risultante dalla "riformattazione delle norme codicistiche" da parte delle sentenze della Consulta, l'internamento in Ospedale Psichiatrico Giudiziario assumerebbe pertanto il carattere di risorsa estrema cui il giudice deve fare ricorso in presenza di situazioni concrete qualitative della pericolosità sociale che rendono necessario ed attuale un contenimento e un controllo forti – alla pari di ciò che accade per i minorenni col riformatorio giudiziario – e che comunque non dovrebbero mai sopravanzare un trattamento esecutivo orientato alle esigenze di cura, trattamento e di rispetto della dignità umana del sofferente psichico. Il problema è che l'evoluzione dottrinale, prima, e giurisprudenziale – costituzionale, di legittimità e di merito – poi, in tema di valutazione del fatto-reato nonché della personalità e della pericolosità del non imputabile, non hanno però visto un pari sviluppo in sede di trattamento esecutivo-penitenziario per quanto riguarda gli OPG. – e delle C.C.C. – la cui realtà è invece rimasta sostanzialmente immutata nei decenni: non si è riusciti a trasferire nel settore delle misure di sicurezza per i sofferenti psichici quei caratteri di "flessibilità" e di offerta mirata di spazi ed occasioni terapeutiche – mediche, psichiatriche e psicologiche – e di risocializzazione che risultano necessari in un diritto penale la cui risposta sanzionatoria risulti capace di tenere in debito conto la piena riferibilità del fatto all'autore e di "non accentuare la frattura fra individuo e collettività".

Il modello penitenziario è rimasto sostanzialmente quello dell'internamento in istituti che dell'ospedale hanno troppo spesso mantenuto solamente il nome ed in cui il fine essenziale si è rivelato unicamente quello della neutralizzazione, della custodia e della pura e semplice "raccolta" di tutti coloro che presentavano problemi psichiatrici, ivi comprese situazioni di mera marginalità sociale. Mere istituzioni totali che, al di là di rarissime eccezioni – l'Istituto di Castiglione delle Stiviere di cui parleremo più avanti –, e in generale degli sforzi provenienti dalla buona volontà e dalla fantasia dei direttori degli istituti e dagli operatori che si sono sforzati di colmare la mancanza di una responsabile politica criminale e penitenziaria in questo settore, non sono state capaci di differenziarsi dal carcere, annientando ogni differenziazione trattamentale e sopprimendo ogni velleità terapeutica, "culminando in situazioni di abbruttimento spirituale e disgregazione morale" come affermato da RUSSO G., *Il trattamento del malato di mente autore di reato*, *Riv.it.med.legale.*, 1989, pagg. 525 e seg. In ogni caso, pertanto, anche in presenza di un'eventuale introduzione di una nuova misura di sicurezza para-detentiva modellata sullo schema degli Istituti di terapia sociale, o comunque in prospettiva di una riforma radicale del codice penale – vedi ad esempio nei progetti Pagliaro, Grosso, Nordio di cui

Ma ora passiamo a vagliare gli altri profili di costituzionalità che sono stati in qualche modo posti.

3.2 OPG e il diritto alla salute

Per meglio individuare le questioni che riguardano tale problematica, è opportuno ripercorrere, sinteticamente, gli aspetti originari, dell'istituto già evidenziati nel corso del presente lavoro.

Sorti verso la fine dell'Ottocento²⁴⁷, i manicomi criminali si ponevano a metà strada tra il carcere e il manicomio comune, rispecchiando gli intenti positivistici di affiancare gli aspetti di carattere terapeutico a quelli di tipo custodiale. Si tentò invero di rafforzare proprio questi ultimi, non solamente

tratteremo ampiamente nell'ultimo capitolo – la figura dell'ospedale psichiatrico giudiziario permane comunque. Tale la misura dovrà essere ripensata dalle fondamenta anche nella propria realtà esecutiva più concreta e non solo sotto il profilo dei presupposti applicativi: dovrà rimanere misura di sicurezza "forte" dall'impronta necessariamente custodialistica ma in cui si cerchi di evitare la piatta omologazione a criteri di edilizia penitenziaria di tipo meramente carcerario nonché in cui il trattamento diventi più "attivo" se non meramente diretto ad un approccio contenitivo degli effetti acuti delle patologie psichiche attraverso la sola somministrazione di terapie farmacologiche. In questo senso si dovranno ripensare anche altri elementi, quali le dimensioni, il numero massimo di internati, il rapporto quantitativo e qualitativo tra operatori trattamentali e penitenziari che devono sovrintendere al funzionamento di ogni singolo ospedale, la sinergia continua con i servizi psichiatrici territoriali ed esterni all'istituto. Vedremo se le recenti disposizioni del decreto del ministero della salute assunto in concerto con il ministero della salute e l'art. 3-ter della c.d. Svuota Carceri avranno indicato la via corretta per l'attuale problema della disciplina degli OPG. Vedi anche DOLCINI E. – MARINUCCI G., art.222, cit., pagg.626 e seg.

²⁴⁷ Il più antico manicomio criminale italiano è, l'abbiamo già fatto presente, quello di Aversa, istituito nel 1867.

perché già presenti nei manicomi comuni, ma anche perché ritenuti in armonia con le vedute allora imperanti sugli scopi della pena.²⁴⁸

Il germe del contrasto costituzionale era in realtà già presente, alle origini di quella che può definirsi la "pena manicomiale", visibile anche sul piano architettonico, giacché i più antichi manicomi giudiziari non si differenziavano né all'esterno e né tanto meno all'interno da un normale carcere.²⁴⁹

Tali caratteri di similitudine si acuirono con l'affermarsi del regime fascista, l'avvento del sistema del c.d. doppio binario e il regolamento penitenziario del 1931, quest'ultimo estendendo implicitamente, anche alle misure di sicurezza, le numerose norme relative all'esecuzione delle pene e della custodia preventiva.²⁵⁰

Ma bisogna aggiungere che, in qualche modo, si fece un lieve tentativo di limitare tale estensione, in vista delle specifiche esigenze terapeutiche degli internati.

Si escluse, infatti, l'applicazione della disciplina carceraria ai manicomi giudiziari per quanto concerneva "l'orario di lavoro, la durata e le

²⁴⁸ Sono ormai famose, al proposito, le insistenze di LOMBROSO C., *L'uomo delinquente*, cit., pagg.441 e seg. per inviare "ai manicomi criminali, così paralleli ad un carcere", cioè di segregare con "la prigionia perpetua, sotto forma di manicomio" anche quegli elementi psichicamente tarati la cui speciale pericolosità può tramutarsi in danno esteso "all'intera nazione".

²⁴⁹ PADOVANI T., *L'ospedale psichiatrico giudiziario*, cit., pagg.234 e seg.

²⁵⁰ CARACCIOLI I., *I problemi generali delle misure di sicurezza*, cit., pagg. 137 e seg.

modalità del passeggio, la corrispondenza, i colloqui e i giuochi".²⁵¹ Tali elementi dovevano restar comunque disciplinati dai regolamenti interni.

Ma, in realtà, questi ultimi non furono quasi mai varati, per cui, nella prassi, si ebbe spesso e volentieri l'applicazione, anche in tali specifici settori, della normativa comune.²⁵²

Nel passaggio tra l'antica disciplina carceraria e la nuova – in seguito alla legge 26 luglio 1975 n.354 e al relativo regolamento di esecuzione, il D.P.R. 29 aprile 1976 n.431 – è poi intervenuta la Corte costituzionale, sollecitata dalla censura di illegittimità mossa proprio rispetto all'art.32 Cost., alla misura dell'internamento in manicomio giudiziario, segno evidente che la cultura garantista, e attenta soprattutto ai valori della persona, stava gradualmente prendendo piede.²⁵³

²⁵¹ BELLOMIA S., *Ordinamento penitenziario*, in *Enc. Dir.*, XXX, 1980, pagg. 920 e seg.; anche CANEPA M. - MERLO S., *Manuale di diritto penitenziario*, Milano, 1996, pagg.210 e seg.; DI GENNARO G. - BONOMO M. - BREDA R., *Ordinamento penitenziario e misure alternative alla detenzione*, Padova, 1976, pagg.124 e seg.; GREVI V., *Esecuzione penitenziaria e rieducazione del condannato nelle regole minime per il trattamento dei detenuti*, in *R. it. dir. proc. pen.*, 1974, p. 547; Vedi testualmente l' art. 268 del regolamento penitenziario del 18 giugno 1931, n. 787 .

²⁵² Vedi MANNA A., *L'imputabilità e i nuovi modelli di sanzione*, cit., pagg.90 e seg. Bisogna invero segnalare che, quantomeno anche per le punizioni, il regolamento penitenziario apportava, all' art.280, un'eccezione, in quanto stabiliva che "le punizioni sono regolate dalle direzione secondo esigenze tecnico-sanitarie". Ma in realtà tali finalità erano troppo spesso non bilanciate dalla eccessiva discrezionalità concessa alla direzione di tali istituti.

²⁵³ Sulla norma costituzionale richiamata vedi per tutti, MONTUSCHI L., *Art.32, primo comma*, in *Commentario della Costituzione*, a cura di BRANCA G., Bologna - Roma, 1976, pagg.146 e seg.; e anche VINCENZI AMATO D., *Art. 32, secondo comma*, in *ibid.*, pagg.179 e seg.

Ovviamente i tempi non erano ancora maturi affinché si accogliesse tale l'eccezione di illegittimità, ma non per questo la Consulta si esentò dal dichiarare espressamente la funzione curativa del manicomio giudiziario.²⁵⁴

In seguito all'entrata in vigore della nuova normativa rimasero comunque evidenti le discrepanze tra la legge e la Costituzione, sia per quanto concerne il primo, sia per il secondo comma dell'art.32. Tale conclusione emergeva considerando le modalità ed il contenuto del trattamento in OPG.

Innanzitutto la disciplina restava sostanzialmente la stessa per quanto riguarda il lavoro degli internati e dei carcerati.²⁵⁵

Ma è nell'ambito delle sanzioni disciplinari – vedi ad esempio l'impiego della "forza fisica" e "l'uso dei mezzi di coercizione" – che la normativa si discostava maggiormente dal perseguimento di vere e proprie finalità terapeutiche, per assumere, invece, funzioni puramente custodiali.²⁵⁶

²⁵⁴ Corte Cost., 9 giugno 1967 n.68, in *Giur.cost.*, 1967, pagg.752 e seg.

²⁵⁵ In argomento vedi DI GENNARO G. - BONOMO M. - BREDI R., *Ordinamento penitenziario e misure alternative alla detenzione*, Padova, 1976, *passim*. Infatti si prevede ancora la possibilità del "visto di controllo", sia pure per finalità diverse da quelle di "ordine" o di "sicurezza", ovvero per "esigenze terapeutiche". Ma in realtà ciò nasconde la tendenza ad adattare gli internati infermi di mente istituti concepiti per i detenuti comuni, senza porsi affatto il problema della loro eventuale o meno compatibilità. Stessa situazione analoga si propone in relazione alla concessione di permessi per i colloqui, *ex art.* 20, secondo comma del regolamento penitenziario del 1975.

²⁵⁶ Vedi FASSONE E., *La pena detentiva in Italia dall'800 alla riforma penitenziaria*, Bologna, 1980, pagg.215 e seg. Infatti, leggendo l'art.20 sesto comma del regolamento del 1975, si nota come le norme non si ispirino più ad esigenze "tecnico-sanitarie", bensì, dal momento che vengono applicate "solo quando, a giudizio del sanitario, esista la sufficiente capacità naturale che consenta loro coscienza dell'infrazione commessa ed adeguata percezione della sanzione conseguente" abbiano l'obiettivo primario di far sì che le sanzioni possano espletare

Seguendo già tali indizi si potrebbe constatare che non vi era e, e per certi versi non vi è ancora, soddisfacente corrispondenza tra il dettato dell'art.32 e la nuova normativa.

Quanto, poi, all'impiego della forza fisica, essa è ancora consentita persino "per vincere la resistenza, anche passiva, all'esecuzione degli ordini impartiti" – *ex art.41*, primo e secondo comma della legge sull'ordinamento penitenziario – a dimostrazione di come ormai le differenze con il normale regime carcerario si siano ormai assottigliate, fino quasi a scomparire.²⁵⁷

Da ultimo, i mezzi di coercizione, ancora in auge, mantengono il loro vigore tramite "fasce di contenzione ai polsi e alle caviglie", sia pure consentiti solamente "al fine di evitare danni a persone o cose o di garantire la incolumità dello stesso soggetto".²⁵⁸ Anche in questo caso, molto probabilmente, prevalgono le istanze finalizzate a mantenere l'ordine interno, giacché lo scopo di evitare atti di autolesionismo poteva, altrettanto efficacemente essere assolto attraverso il ricorso a mezzi più moderni, di carattere chimico-farmaceutico, e, come tali, maggiormente funzionali a esigenze di stampo terapeutico.²⁵⁹

la propria funzione di deterrenti sulla psiche dell'infermo, essenziali al mantenimento dell'ordine interno, ben lontano da qualsivoglia intento terapeutico.

²⁵⁷ Vedi PADOVANI T., *op.ult.cit.*, pagg. 254-255. E' stato previsto, in realtà, un controllo *a posteriori* del direttore dell'istituto, che tuttavia, nel caso degli internati in OPG, a causa della istituzionale inattendibilità dell'infermo, normalmente non si riduceva che ad una lustra.

²⁵⁸ Vedi art. 77 del regolamento penitenziario.

²⁵⁹ Su cui vedi ampiamente VINCENZI AMATO D., *op. loc. ult. cit.*, pagg.181 e seg.; sui profili penalistici e costituzionali del trattamento dei malati di mente, vedi anche ROMANO M. – STELLA F., *Ricoveri, dimissioni e trattamento terapeutico*

Queste e altre argomentazioni sono state addotte dalla dottrina per sostenere appunto la tesi dell' "anti-costituzionalità" *ex art. 32 Cost. primo comma*, in quanto l'istituzione OPG risulterebbe funzionale molto più a finalità custodialistiche che terapeutiche, rendendo tale trattamento nei suoi aspetti essenziali troppo simile a quello carcerario.

Si sono rilevati anche notevoli contrasti con il secondo comma dell'art.32 Cost. In particolare, forti dubbi esisterebbero in relazione al rispetto, nel trattamento dell'infermo di mente autore di fatto-reato, delle esigenze della persona umana, a favore di fini estranei alla terapia.

Un primo passo sarebbe comunque stato fatto con la tanto auspicata abolizione della pericolosità presunta, che ha così impedito che persone non più pericolose potessero continuare ad essere egualmente internate negli OPG.²⁶⁰

Tali istituti, tuttavia, restano ad oggi, come del resto abbiamo visto nella sezione precedente, un ricettacolo di tutta una serie – la più diversa e disparata – di soggetti, che comportano ancora l'utilizzazione degli stessi per il raggiungimento di fini estranei alla terapia vera e propria, assumendo a volte aspetti terribilmente tendenti a quella di "sanzione psichiatrica" o misura temporanea per diverse categorie di soggetti, per i quali meglio si sarebbe atteggiato il ricovero in un comune ospedale psichiatrico e che oggi, dopo la

dei malati di mente: aspetti penalistici e costituzionali, in *Riv .it. dir. proc. pen.*, 1975, pagg.388 e seg.

²⁶⁰ Come riflette PADOVANI T., *ult. op. cit.*, pagg. 260 e seg. "È necessario dimostrare soprattutto se il trattamento in OPG corrisponda esclusivamente ed in ogni sua fase alle necessità terapeutiche, e non persegua quindi scopi surrettiziamente diversi dalla cura, che degraderebbero la persona a mezzo per il raggiungimento di fini estranei alla terapia".

legge n.180 del 1978, restano senza patria in una situazione, per così dire, insoluta.²⁶¹ Bisognerà vedere se, in seguito alla riforma iniziata con l’emanazione dell’Allegato C al DPCM 19 Marzo 2008 “Linee di indirizzo per gli interventi negli ospedali psichiatrici giudiziari (OPG) e nelle case di cura e custodia”, e proseguita dall’art. 3-ter della legge 9 del 17 febbraio 2012, la situazione cambierà radicalmente, convertendo la precedente misura di sicurezza dell’OPG in un trattamento terapeutico-riabilitativo a carattere prettamente sanitario e quindi in linea con il dettato dell’art. 32 Cost., oppure l’intervento si tramuterà in una modifica di pura cosmesi mantenendo così la natura repressivo-protettiva dell’antecedente misura.

È evidente che fino ad oggi l’OPG ha assunto anche una funzione repressiva, rischiando, pertanto, di essere usato come una tradizionale sanzione penale²⁶², come del resto è stato anche fatto rilevare di fronte alla Corte costituzionale²⁶³, eccezione, anche questa, poi respinta.²⁶⁴

²⁶¹ Vedi tra gli altri MOLINARI F., *Le misure di sicurezza psichiatriche vanno abolite: questa l’opinione unanime dei giudici di sorveglianza e degli psichiatri intervenuti al Congresso di Arezzo*, in *Riv. It. Dir. Proc. Pen.*, 1980, pagg. 79 e seg. RUSSO G., *Il manicomio giudiziario come luogo di trattamento per detenuti difficili*, in *Riv. It. Med. Leg.*, 1982, pagg.44 e seg. ZATTI P., *Infermità di mente e diritti fondamentali della persona*, in *Politica del diritto*, n. 3,1986, pagg. 112 e seg.

²⁶² Per delle note critiche in materia vedi NUVOLONE P., *L’accertamento della pericolosità nel processo ordinario di cognizione*, in AA.VV., *Pene e misure di sicurezza – modificabilità e suoi limiti*, Milano, 1962, pagg. 15 e seg.; VASSALLI G., *Le presunzioni di pericolosità sociale*, cit., 746 e seg.; MUSCO E., *Le misure di sicurezza nel recente progetto di riforma*, cit., pagg.560 e seg.; BRICOLA F., *Il sistema sanzionatorio penale nel Codice Rocco e nel progetto di riforma*, in AA. VV., *Giustizia penale e riforma carceraria in Italia*, Roma, 1974, pagg.48 e seg.

²⁶³La sentenza della Corte Costituzionale è la n.106 del 1972, su cui vedi MUSCO E., *Misure di sicurezza*, in *Enc. Giur.*, 1990, pagg.5 e seg.

Introduciamo così l'argomento principale del prossimo paragrafo, ovvero la presunta illegittimità costituzionale dell' istituto del manicomio giudiziario a causa dei contrasti della disciplina di questo con quello dell'art.

²⁶⁴ In realtà vi è in materia un ulteriore appunto, sostenuto dalla dottrina minoritaria, vedi ad esempio, nella letteratura penalistica, AA.VV., *libertà e salute: la nuova legislazione psichiatrica*, in *Quest. Crim.*, 1979, pagg. 347 e seg. ,che ipotizza anche una possibile incongruenza con il secondo comma dell'art.32, ovverosia con la necessità che i trattamenti sanitari obbligatoria siano disposti solamente in base alla legge.

Argomento questo da ricavare attraverso il raffronto con il dettato della legge n.180 del 1978 e la disciplina del TSO in particolare, che ha stabilito invero che il trattamento sanitario del malato di mente fosse di regola volontario, e soltanto come eccezione,obbligatorio, con ricovero nelle sezioni speciali degli ospedali psichiatrici. Inoltre, facendo riferimento al dato costituzionale, l'interpretazione data dalla giurisprudenza all'espressa esigenza che sia comunque una legge a disporre i trattamenti sanitari obbligatori, sarebbe, come spesso si è affermato, riferita esclusivamente alle c.d. malattie diffuse, tipo il vaiolo o il colera, che proprio a causa delle loro capacità di contagio, giustificano trattamenti coattivi, come le vaccinazioni. Tanto ciò è vero, che in ipotesi diverse, ove non sussiste tale possibilità di contagio, o almeno non nel senso predetto, si dubita da tempo della legittimità costituzionale di trattamenti sanitari obbligatori, come nel caso delle tossicodipendenze. A tal proposito VINCENZI AMATO D., *op.loc.ult.cit.*,pagg.179 e seg.

Così pure per le infermità mentali, da assimilare alle tossicodipendenze. Ma forse questo argomento non è sufficientemente forte per supportare una presunta illegittimità costituzionale dell'istituzione OPG. Per una disamina di questi problemi, alla luce del referendum abrogativo, sia consentito il rinvio a MANNA A., *Gli effetti del referendum abrogativo sulla legislazione in materia di stupefacenti*, in *Dei delitti e delle pene*, 1993, pagg.41 e seg.

In realtà è molto più forte il precedente ragionamento, bastato sulla c.d. Legge Basaglia, nella convinzione che il malato di mente posseda anche "quote di responsabilità", a dimostrazione del fatto che anche per il legislatore, il modello più adatto di terapia non è il manicomio nella sua forma tradizionale. Su tutti GIANNICHECKA M.G., *Salute, diritti, controllo sociale : modelli di psichiatria dopo la riforma*, in *Dei delitti e delle pene*, 1986, pagg. 5 e seg. e MANACORDA A., *Lineamenti per una riflessione sulla responsabilità penale dell'operatore di salute mentale*, in AA. VV., *Tutela della salute mentale e responsabilità degli operatori*, Perugia, 1989, pagg. 7 e seg.

27 della Costituzione italiana, ovvero il principio essenziale di funzione rieducativa della pena.

3.3 OPG e principio rieducativo della pena

Prima di riflettere sulle possibili perplessità di ordine costituzionale riguardanti il contrasto con l'art.27 comma terzo, dobbiamo trattare della questione inerente alla possibile estensione o meno di esso alle misure di sicurezza, dal momento che diversa parte della dottrina, ma soprattutto – e ciò è, se vogliamo, ancora più eclatante – la stessa Corte Costituzionale è costante nell'orientamento che esclude dalla sfera di applicazione dell'art.27, terzo comma, le misure di sicurezza.²⁶⁵

La motivazione addotta dalla Corte è l'appartenenza in sé e per sé del concetto di rieducatività alle misure di sicurezza, senza bisogno di ulteriore riconoscimento a livello costituzionale, elemento assolutamente necessario, invece, per quanto concerne le pene, come appunto testimoniato dalla presenza dell' art.27 comma terzo.²⁶⁶

²⁶⁵ E ciò a partire dalla sentenza n.68 del 1967, in *Giur.cost.*, 1967, pagg.742 e seg., con nota di VASSALLI G., *Le presunzioni di pericolosità sociale di fronte alla Costituzione*; e proseguendo con la n.1 del 1971, in *ibid.*, 1971, pagg.3 e seg. Con un 'ulteriore osservazione di VASSALLI G., *La pericolosità presunta del minore non imputabile*; la n.106 del 1972, *ibid.*, 1972, pagg.1203 e seg.; la n.168 del 1972, in *Sentenze della Corte Costituzionale sugli art. 25, secondo e terzo comma, e 27 primo e terzo comma*, a cura di DASSANO F. - MACCAGNO C. - RONCO A., Torino, 1976, pagg.644 e seg.; e la n.19 del 1974, in *ibid.*, pagg. 442 e seg., per non citare che le più rilevanti. In dottrina seguono codesta impostazione, sia pure con motivazioni e sfumature diverse, ad esempio CARACCIOLI I., *I problemi generali delle misure di sicurezza*, cit., pagg. 87-99; e già SPASARI M., *Diritto penale e Costituzione*, Milano, 1966, pagg.165 e seg.

²⁶⁶ Per una visione estremizzata vedi CARACCIOLI I. , *I problemi generali delle misure di sicurezza*, cit., pagg.98 e seg. Seguendo il ragionamento bastato sul dato

Tale impostazione è stata fortemente criticata, perché basata su un dato esclusivamente letterale e ha, inoltre, portato come conseguenza diretta che, pur avendo luogo, in un secondo tempo, l'accettazione da parte della Corte di eventuali eccezioni di legittimità costituzionale, esse venivano basate su criteri diversi rispetto all'art. 27 comma terzo.²⁶⁷

Altra parte della dottrina ha giustificato l'esclusione di ogni riferimento da parte dell'art.27 comma terzo alle m.d.s., con la convinzione che "la finalità di favorire l'emenda del reo rappresenta un limite ideologico estrinseco alla disciplina della pena retributiva e perciò attiene evidentemente alla sfera del diritto "penale repressivo"²⁶⁸.

meramente letterale della Costituzione, parte della dottrina ha perfino ipotizzato la configurazione legittima di misure di sicurezza dalle quali "esuli ogni profilo di riadattamento sociale", contraddicendo così in realtà l'assunto iniziale della Corte, in base al quale l'art.27, terzo comma, si riferisce solo alle pene perché la funzione rieducativa sarebbe insita *ex se* nelle m.d.s.

²⁶⁷ Vedi le sentenze della Corte cost, sent. del 19 giugno 1975 n.146, in *Riv.it.dir.proc.pen.*, 1976, pagg.277 e seguenti con nota di ALESSANDRI A., *Pena e infermità mentale*. E anche la sent.n.1 del 1971, cit., pagg. 3 e seg.

²⁶⁸ In tal senso SPASARI M., *Diritto penale e Costituzione*, cit., pagg.165 e seg. Bisogna poi aggiungere che altri autori, come MANNA A., *L'imputabilità e i nuovi modelli di sanzione*, cit., pagg.101 e seg. hanno sostenuto che le misure di sicurezza possono a buon diritto essere classificate tra le sanzioni penali, e ciò non solo perché è il giudice penale incaricato di applicarle, ma anche perché ciò accade in un procedimento penale, per cui non avrebbe più senso classificarle fra le misure di tipo amministrativo. Inoltre Manna fa riferimento a quella che lui stesso definisce quale opinione dominante per cui la privazione della libertà personale sarebbe possibile solo attraverso le sanzioni penali. Indi essendo le m.s.d. da considerare come sanzioni penali a tutti gli effetti , non può non estendersi ad esse la disciplina costituzionale dettata per le pene e richiamata espressamente soltanto per quanto concerne il principio di legalità dall'art.25, terzo comma Cost.

Ma anche quest' ultima affermazione è stata, in parte, disapprovata, in quanto essa muoverebbe da un presupposto discutibile, ovverosia che la pena abbia un'essenza esclusivamente retributiva.²⁶⁹

In senso contrario si è sostenuto che vincolando le misure di sicurezza dal quadro costituzionale di riferimento in materia di sanzioni penali, si finirebbe per non tenere nel dovuto conto importanti “nessi” tra le stesse norme costituzionali, quali ad esempio quello tra l'art. 13, quarto comma, che assai opportunamente, oltreché giustamente, punisce “ogni violenza fisica e morale sulle persone comunque sottoposte a restrizioni di libertà”, e proprio l'art.27 terzo comma, ove stabilisce che le “pene non possono consistere in trattamenti contrari al senso di umanità”.²⁷⁰

Inoltre, sempre seguendo tale dottrina, solo nell'ambito costituzionale di riferimento per le sanzioni penali, può apprezzarsi in tutta la sua potenzialità il principio rieducativo, in un'interpretazione del dato costituzionale che privilegi il carattere sistematico, che assurge, come è stato

²⁶⁹ Cfr. a tal proposito l'approfondita analisi di MONACO L., *Prospettive dell'idea dello “scopo” nella teoria della pena*, Napoli, 1984, *passim*. Nell'ottica di una salutare distinzione tra diritto e morale, l'autore ha analizzato la pena stessa e, conseguentemente, anche il diritto penale come “orientati allo scopo”.

²⁷⁰ Vi sono contrasti di opinioni anche su questo punto, confronta a tale proposito CARACCIOLI I., *op.ult.cit.*, pagg.88 e seg. il quale ritiene che il divieto di trattamenti inumani per le misure di sicurezza derivi soltanto dall'art. 13 quarto comma, proprio perché esclude che l'art.27 terzo comma si applichi ad esse, mentre MANNA A., *op.ult.cit.*, pag.102 contro tale impostazione, sostiene che la correlazione che lega le due norme sia indubbia, tanto che, in una interpretazione non esclusivamente letterale, bensì anche di carattere sistematico, ben può affermarsi come la seconda non sia altro che una specificazione, a livello di sanzioni penali della prima.

spesso affermato, ad “elemento essenziale di tutto il sistema giuridico e non soltanto penale”.²⁷¹

Seguendo, invece, l'impostazione data da altra parte della dottrina, e fatta propria *in primis* dalla Corte Costituzionale, si giunge all'inaccettabile risultato di sottrarre al vaglio costituzionale, *ex art.27*, terzo comma, le misure di sicurezza, il che è tanto più inammissibile, quanto più ci si renda conto di come – citiamo a tale proposito Vassalli – “qualche volta la misura di sicurezza, anche per effetto della sua illimitatezza temporale, assolve ad una funzione segregativa od eliminativa; od ospita finalità di mera assicurazione sociale contro il riprodursi del reato”. Proprio per questo, prosegue l'insigne autore, “essa meriterebbe che si approfondisse la sua compatibilità con supremi principi costituzionali, dei quali la funzione rieducativa della pena, di cui all'art.27, potrebbe non essere che una parziale od incompiuta espressione...”²⁷²

²⁷¹ Così, testualmente, VASSALLI G., *La pericolosità presunta del minore non imputabile*, cit., pag.9. Ciò tanto più varrebbe, se si tenesse conto del fatto che tale affermazione proviene da uno dei fautori, negli anni Sessanta, della c.d. concezione polifunzionale della pena, attraverso la quale si iniziava a riconoscerne gl'importanti scopi general- e special- preventivi, senza tuttavia negarne la tradizionale essenza retributiva: cfr VASSALLI G., *Funzioni e insufficienze della pena*, cit., pagg. 296 e seg. Inoltre nello stesso senso anche NUVOLONE P., *Le misure di prevenzione nel sistema delle garanzie sostanziali e processuali della libertà del cittadino*, in AA.VV., *Stato di diritto e misure di sicurezza, Convegno di diritto penale*, Bressanone, Padova, 1961, pagg.174. E anche BRICOLA F., *La discrezionalità nel diritto penale*, I, *Nozione e aspetti costituzionali*, Milano, 1965, pagg.403 e seg. Per una critica a tale impostazione, che a ragione non può non definirsi come “compromissoria” vedi FIANDACA G., *Art. 27 III e IV comma*, in *Commentario della Costituzione fond. Da Branca e cont. Da Pizzorusso, Rapporti etico-sociali*, Bologna-Roma, 1991, pagg.237 e seg.

²⁷² VASSALLI G., *Ancora sulla pericolosità sociale presunta dell'infermo totale di mente*, cit., pagg.1215-1216.

Facendo poi riferimento a ciò su cui abbiamo riflettuto nel precedente paragrafo, a proposito del rapporto tra la normativa disciplinante il trattamento dell'infermo di mente autore di fatto-reato e l'art. 32, e alla difficoltà per le strutture in essere di assolvere spesso alla propria finalità di cura, gli stessi autori che hanno esteso la finalità rieducativa dell'art.27 comma terzo al manicomio giudiziario, ne affermano l'impossibilità di perseguimento, dal momento che la cura costituirebbe un *prius* logico rispetto alla successiva funzione risocializzante. E se risulta improbabile la prima, diventa praticamente impossibile la seconda.²⁷³

In conclusione, abbiamo così offerto una prima panoramica sugli aspetti di possibile contrasto, ad oggi ancora in essere tra OPG e Carta fondamentale, all'entrata in vigore di questa come evidenziate dalla dottrina.

Passiamo ora a vagliare le singole pronunce della Corte Costituzionale, che probabilmente avrebbero dovuto trovare un completo e definitivo riscontro già nella "mini-riforma" penitenziaria del 1986, attuata dalla c.d. legge Gozzini.

Questa, pur accogliendo in parte le istanze di illegittimità concernenti le presunzioni di pericolosità, non si è occupata, peraltro, del fondamentale problema del trattamento degli infermi di mente autori di fatto-reato, facendo

²⁷³ Ciò a maggior ragione vale, se si tiene conto che la stessa Corte Costituzionale, in una ormai famosa sentenza sulla pena patteggiata – vedi Corte cost., sent, 2 luglio 1990 n.313, in *Foro it.*, 1990, pagg.2385 e seg. con nota di FIANDACA G. , *Pena patteggiata e principio rieducativo: un arduo compromesso tra logica di parte e controllo giudiziale* – ha, per così dire, "restaurato" il principio di rieducazione, con il riconoscere che la funzione rieducativa è una funzione primaria della pena, valida, però, non solo, come in precedenza affermato, nel campo dell'esecuzione – vedi sentenze della Corte cost. n. 1 del 1971, cit.; ID,n.146 del 1975, cit.;ID, n.68 del 1967, cit. – ma altresì in quelli dell'applicazione giudiziaria e della previsione legislativa.

sì che ancora una volta l'OPG fosse lasciato nel dimenticatoio, nonostante i problemi, di ordine costituzionale, a cui ci auguriamo possa essere fornita soluzione da un'applicazione ragionata della recente riforma prevista dalla legge 9/2012.²⁷⁴

3.4 Il problema della pericolosità presunta

È stato messo in evidenza come, nell'originaria impostazione del codice, il sistema delle presunzioni di pericolosità costituisse il pilastro su cui si reggeva la concreta applicazione delle misure, anche per lo scarso spazio concesso al concreto accertamento della pericolosità da parte del giudice.

La dottrina più sensibile ha da sempre criticato il sistema presuntivo su cui si reggevano le misure di sicurezza, ritenendolo in contrasto con i principi dello Stato di diritto e, soprattutto, con quelli costituzionali²⁷⁵. È stato così evidenziato non solo il contrasto con l'articolo 3 della Costituzione, per

²⁷⁴ CANEPA G. - MARCHESELLI A. - MERLO S., *Lezioni di diritto penitenziario*, Milano, 2002, p.45. E AMATO N., *La riforma penitenziaria in Italia*, in *Legislazione e Giustizia*, 1988, pagg.84 e seg. Dello stesso fautore della legge del 1986 vedi GOZZINI M., *Bilancio della riforma penitenziaria*, in *Legislazione e Giustizia*, 1988, pagg.34 e seg.

²⁷⁵ PACE A., *Misure di sicurezza e pericolosità sociale presunta*, in *Giur.Cost.* 1966, pagg. 191 e seg.; e GIURI D., *Infermità psichica e presunzione di pericolosità nel giudizio della Corte Costituzionale*, in *Riv. It. Dir. Proc. Pen.*, 1984, pagg.214 e seg.; CANEPA G., *Accertamento e revisione della pericolosità sociale: la diagnosi psicologica*, in GULOTTA G., *Trattato di psicologia giudiziaria nel sistema penale*, Milano, 1987, pagg.146 e seg.; CHINNICI G., *La predizione della pericolosità sociale*, in *Criminologia e psicopatologia forense*, Palermo, 1986, pagg.27 e seg.; DE CATALDO NEUBURGER L., *Il carattere, i motivi, la condotta e l'ambiente come indizi di personalità, di capacità a delinquere e di pericolosità*, in GULOTTA G., *op.cit.*, pagg.56 e seg.; DELL'OSSO G., *Capacità a delinquere e pericolosità sociale*, Milano, 1985, *passim*.

l'irragionevole equiparazione di situazioni diverse²⁷⁶, ma anche con l'art. 25 commi 2 e 3 Cost. e con l'art. 27, comma 1 Cost. ritenuto riferibile anche alle misure di sicurezza, consentendo una loro applicazione solo in presenza di una concreta situazione di pericolosità criminale.

Si è pure messa in risalto l'irragionevolezza del sistema in tutti i casi in cui la misura fosse applicata, in aggiunta alla pena, a soggetti imputabili – o semimputabili – in relazione alla gravità del reato, o per meglio dire della pena, e in mancanza di accertamento concreto della pericolosità: in tali ipotesi si verificava una vera e propria “frode delle etichette”, essendo solo apparente la finalizzazione ad uno scopo curativo od educativo, rappresentando invece la m.d.s. uno strumento di repressione più efficace, perché svincolato da talune garanzie che in uno Stato di diritto si collegano alla pena.²⁷⁷

Meno deciso è stato il percorso della Corte Costituzionale, secondo cui la presunzione di pericolosità poteva ritenersi giustificata in presenza di condizioni le quali consentissero di far ritenere, sulla base di valutazioni obiettive ed uniformi desunte sulla base della comune esperienza, la

²⁷⁶ VASSALLI G., *La pericolosità presunta del minore non imputabile*, in *Giur.Cost.* 1971, pagg. 7 e seg.

²⁷⁷ Vedi MANACORDA A., *Applicazione ed esecuzione delle misure di sicurezza: due momenti distinti per l'accertamento della pericolosità sociale*, in *Il Foro it.*, 1987, pagg. 72 e seg.; ANDREOLI V., *La criminalità nel soggetto "normale"*, cit., 1293 e seg.; BALBI G., *Infermità di mente e imputabilità*, in *Riv. it. dir. proc. pen.*, 1991, pagg. 844 e seg.; DE LEONARDIS O., *Statuto e figure della pericolosità sociale tra psichiatria riformata e sistema penale: note sociologiche*, in *Dei delitti e delle pene*, 1985, pagg. 323 e seg.; GIROLAMI P. - PALAGI U., *Imputabilità e pericolosità sociale tra essere e dover essere. Notazioni medico giuridiche*, in *Giust. pen.*, 1999, pagg. 146 e seg.

probabilità di un futuro comportamento criminoso da parte di chi avesse commesso un reato in condizioni che ne avessero escluso l'imputabilità²⁷⁸.

In altre decisioni la Corte ha ribadito la legittimità in linea generale delle presunzioni di pericolosità, sostenendo che la restrizione della libertà personale fosse in linea con il precetto dell'art.13 Cost.²⁷⁹ ed escludendo che le presunzioni previste dall'art.204 fossero in contrasto con gli artt. 27 e 32 Cost.²⁸⁰

In particolare, in relazione all'art.13 si è sostenuto che anche nei casi di pericolosità sociale presunta la restrizione della libertà personale è disposta con atto dell'autorità giudiziaria sulla base di condizioni fissate dalla legge, e il giudice, nell'accertare le condizioni previste dalla legge per detta pericolosità presunta, accerta appunto anche la pericolosità; la necessità di un accertamento più concreto è propria dei casi più difficili, che sfuggono ad una tipizzazione, ma non dei casi che rappresentano "l'utilizzazione (da parte del legislatore) di comuni esperienze" e che quindi finiscono anche col realizzare "un'uguaglianza di trattamento".²⁸¹

A queste considerazioni, già svolte nella sentenza n.19 del 1966, la decisione n.68 del 1967 ha aggiunto che la pericolosità sociale presunta non esclude la possibilità per il giudice di emettere provvedimenti motivati, la

²⁷⁸ Corte Cost., 15 giugno 1972 n.106, *Giur.cost.*, 1972, pagg.1203 e seg. con note di FALZONE E., *Brevi note in tema di legittimità costituzionale della pericolosità presunta*, in *Giur. Cost.* 1972, pag. 1205

²⁷⁹ Corte Cost., 10 marzo 1966 n.19, *Giur.cost.*,1966, pagg.189 e seg.

²⁸⁰ Corte Cost., 12 giugno 1967 n.68, *Giur.cost.*, 1967, pagg.740 e seg.

²⁸¹ Corte Cost., 10 marzo 1966 n.19, *Giur.cost.*,1966, pagg.189 e seg.

motivazione consistendo appunto nell'enunciazione della sussistenza delle condizioni volute dalla legge; che “non può formare materia del giudizio di legittimità costituzionale il controllo della discrezionalità usata dal codice nel dare regolamento preventivo e generale delle situazioni di cui si discute” e, inoltre, che la certezza di pericolo effettivo non può ottenersi nemmeno quando la valutazione di pericolosità è fatta dal giudice; che la legge – all'art.207 – prevede la revoca della misura prima del decorso del periodo minimo fissato per legge, anche se ad opera del Ministro della Giustizia.²⁸²

Quanto all'articolo 27, comma 3, la sentenza annotata ha osservato che esso si riferirebbe solo alle pene, e comunque non sarebbe violato dai casi di pericolosità presunta. Mentre, in fatto di diritto di difesa giudiziaria, di cui all'art.24 Cost., tale diritto avrebbe potuto, e dovuto, invero esplicitarsi solo nell'ambito sostanziale.

D'altronde, ha proseguito la Consulta, la difesa sarebbe pienamente assicurata “ai fini della verifica giurisdizionale delle condizioni alla cui sussistenza la legge affida la giustificazione dell'irrogazione della misura”. L'art.32 Cost. infine non avrebbe connessione con l'argomento perché l'internamento non potrebbe essere ritenuto né in antitesi con l'esigenza dello stato di salute del soggetto né in antitesi col rispetto dovuto alla persona umana.²⁸³

Un primo passo verso il superamento del sistema presuntivo si è avuto quando la Corte ha ritenuto priva di fondamento la presunzione di pericolosità

²⁸² Corte Cost., 12 giugno 1967 n.68, *Giur.cost.*, 1967, pagg.740 e seg.

²⁸³ Vedi anche quanto riportato in VASSALLI G., *Scritti giuridici*, Milano ,1997, pag. 1506.

nelle ipotesi di non imputabilità del minore di anni quattordici, sostenendo l'irragionevolezza di tale presunzione perché non fondata su criteri di comune esperienza: essa ha così osservato che nei casi di giovanissima età del soggetto la pericolosità rappresenta l'eccezione ma non la regola, ritenendo ingiustificato l'obbligatorio ed automatico ricovero del minore infraquattordicenne in un riformatorio giudiziario.²⁸⁴

Dopo questa decisione, però, la Corte ha continuato a offrire interpretazioni giustificazioniste delle presunzioni di pericolosità.

La svolta avviene nel 1982, quando viene dichiarata l'illegittimità costituzionale degli artt.204 c.p., 205 c.p., comma 2 e 221 c.p., comma 1 nella parte in cui non subordinano il provvedimento di ricovero in ospedale psichiatrico giudiziario dell'imputato prosciolto per infermità psichica al preventivo accertamento, da parte del giudice della cognizione e dell'esecuzione, della persistente pericolosità sociale derivante dalla infermità al tempo dell'applicazione della misura.²⁸⁵

²⁸⁴ Corte Cost., 21 gennaio 1971, n.1, *Foro it.*1971, I, pag. 322 e seg. Vedi in bibliografia DE LEO G., *Devianza minorile. Il dibattito teorico, le ricerche, i nuovi modelli di trattamento*, Roma, 1997, pagg. 46 e seg.; BANDINI T., GATTI U., *Delinquenza giovanile. Analisi di un processo di stigmatizzazione e di esclusione*, Milano, 1987, pagg.187 e seg.; ID., *Dinamica familiare e delinquenza giovanile*, Milano, 1979, pagg.104 e seg.; MORELLO M., *L'imputabilità del minore*, in BARBARITO G., *Risposte giudiziarie alla criminalità minorile*, Milano, 1982, pagg.41 e seg.; AAVV, *I minorenni e la giustizia*, in *Magistratura Democratica*, n° 1, Roma, 1980, pagg.70 e seg.; VENTURATI P., *Appunti in tema di pericolosità sociale presunta*, in ANDREANI F., CESA-BIANCHI M., *Il discontrollo omicida*, Milano, 1981, pagg.204 e seg.

²⁸⁵ Corte Cost., 27 luglio 1982, n.139, *Cass.pen.* 1982, pagg.1699 e seg. Vedi anche GIURI D., *Infermità psichica e presunzione di pericolosità nel giudizio della Corte Costituzionale*, nota a Corte Cost. 249/1983, in *Riv. It. Dir. Proc. Pen.*, 1984, pagg. 460 e seg. che giudica tale sentenza come una sorta di 'dovere d' ufficio' conseguente alla emanazione della precedente C. Cost. 139/1982, di cui in commento. Vedi anche

In questo modo, si veniva ad escludere la legittimità costituzionale della presunzione di pericolosità nei casi in cui la presunzione non avesse fondamento nell'*id quod plerumque accidit*, in quanto ne conseguiva la indiscriminata applicazione della misura di sicurezza.

Tale sentenza però non aveva affrontato il problema della legittimità delle presunzioni di pericolosità in generale, essendosi limitata ad introdurre il requisito della attualizzazione del giudizio di infermità psichica e della conseguente pericolosità al momento della concreta applicazione della misura, mettendo in rilievo la possibilità che nel lasso di tempo intercorrente tra la pronuncia della sentenza di condanna e l'esecuzione della misura vengano meno le cause della malattia e, quindi, anche la pericolosità.²⁸⁶

Parte della dottrina ha sostenuto che con tale sentenza la Corte Costituzionale non avrebbe eliminato la presunzione di pericolosità – collegata all'infermità psichica, in presenza di talune condizioni – ma solo la presunzione di persistenza dell'infermità – e quindi della pericolosità – al momento della esecuzione della misura, lasciando così inalterata la

MUSCO E. *Variazioni minime in tema di pericolosità presunta* in *Riv. It. Dir. Proc. Pen.* 1982, pagg. 1584 e seg. ; FERRARI V., *Il cielo dei concetti e le diaboliche applicazioni* in *Riv. It. Dir. Proc. Pen.*, 1983, pagg. 169 e seg.; VASSALLI G., *L'abolizione della pericolosità presunta degli infermi di mente attraverso la cruna dell'ago*, in *Giur. Cost.*, 1982, pagg. 1202 e seg. RUSSO G., *Infermità di mente e pericolosità sociale*, in *Riv. It. Med. Leg.*, 1987, pagg.736 e seg.;

²⁸⁶ Vedi CERQUETTI A., *Riflessioni sulla pericolosità sociale come presupposto delle misure di sicurezza nella Costituzione*, in *Arch. Pen.*, 1983, pagg. 490 e seg.; PONTI G. – MERZAGORA BETSOS I. , *L'abolizione delle presunzioni di pericolosità*, in *Riv. It. Med. Leg.* , 1987, pagg.17 e seg.; GIANNINI I., *La pericolosità sociale degli infermi di mente ed il suo accertamento*, cit., pagg.22 e seg.

presunzione circa la corrispondenza tra infermità mentale e pericolosità sociale²⁸⁷.

Tale pronuncia aveva infatti dichiarato l'incostituzionalità dell'automatica applicazione del provvedimento di ricovero in OPG nei confronti del prosciolto per infermità totale senza porre l'obbligo per il giudice della cognizione e per quello dell'esecuzione di procedere "all'accertamento della persistente pericolosità sociale derivante dall'infermità medesima al tempo dell'applicazione della misura".²⁸⁸

Secondo siffatta interpretazione, la Corte aveva, in definitiva, eliminato solo la presunzione della persistenza dell'infermità mentale, ma non aveva intaccato in alcun modo la presunzione in base alla quale l'infermità psichica era da considerarsi come condizione presuntiva di pericolosità sociale.²⁸⁹

²⁸⁷ MANACORDA A., *Infermità mentale, custodia e cura alla luce della recente giurisprudenza*, in *Foro it.*, 1983, pagg.292 e seg. Anche PONTI G., *Corte costituzionale e presunzione di pericolosità*, in *Riv. It. dir. e proc.pen.*, 1986, pag. 467 e seg.

²⁸⁸ Corte Cost., 27 luglio 1982, n.139, *Cass.pen.* 1982, pagg.1699 e seg.

²⁸⁹ Come abbiamo visto era stato precedentemente predisposto un rigido meccanismo presuntivo che non lasciava molto spazio alla discrezionalità del giudice, rimesso concretamente in discussione solamente negli anni '80, prima con la sentenza 139/1982 della Corte costituzionale e poi con l'art. 31 l. 663/1986 che, quasi esito obbligato per una rilettura della misura di sicurezza alla luce dei principi costituzionali e di moderna civiltà, ha definitivamente cancellato dal nostro sistema penale le presunzioni di pericolosità. Vedi a tal proposito FORNARI L., *Misure di sicurezza e doppio binario: un declino inarrestabile?*, cit., pagg.569 e seg. Ma, come riportato da BERTOLINO M., *L'imputabilità e il vizio di mente nel sistema penale*, cit., pagg.490 e seg., il superamento di questo sistema è intervenuto, tuttavia, proprio nel momento in cui il concetto stesso di pericolosità sociale raggiungeva la sua massima crisi, e si riaccendeva il dibattito in merito al suo rapporto con la malattia mentale. Numerose ricerche criminologiche hanno infatti

Per la Consulta risultava infatti “privo di base scientifica, ipotizzare uno stato di salute che si mantenga costante come regola generale valida per qualsiasi caso di infermità”, atteso che la presunzione che lega la pericolosità all’infermità mentale risultava fondata su “dati di comune esperienza”.

Restava quindi inalterato l’erroneo convincimento per cui il malato di mente doveva ritenersi un soggetto che, a cagione del suo stato, è più incline del sano a commettere reati.

Tale erroneo presupposto risultava quindi, secondo gli appartenenti a tale corrente di pensiero in contrasto con i principi di cui alle leggi 180 e 833 del 1978, serbando l’intento di mantenere come connotato essenziale della misura di sicurezza manicomiale una preminente funzione di difesa sociale, anziché di cura.

evidenziato come non sussista alcuna diretta correlazione tra malattia mentale e delinquenza, né alcuna particolare propensione alla recidiva da parte dei soggetti non imputabili; ciò sia dal punto di vista quantitativo, cioè dell’incidenza, sul totale, della percentuale dei reati commessi da soggetti non imputabili, sia da quello qualitativo, soprattutto con riferimento ai delitti più violenti e/o di maggiore allarme sociale, vedi la bibliografia che abbia già citato in precedenza e che qui richiamiamo BANDINI T. – GATTI U., *Perizia psichiatrica e perizia criminologica: riflessioni sul ruolo del perito nell’ambito del processo penale*, cit.,pagg. 322 e seg.; DE LEONARDIS, *Statuto e figure della pericolosità sociale tra psichiatria riformata e sistema penale: note sociologiche*, *Diritto proc. pen.* 1985,pagg. 325 e seg.; LUBERTO S., *Le misure di sicurezza per l’autore di reato infermo di mente*, in *Diritto Procedura Penale*, 1995, pagg.768 e seg.

Al di là delle differenti interpretazioni che possono essere date e che emergono delle risultanze di alcune di tali ricerche, vedi anche MERZAGORA BETSOS I., *Imputabilità e Pericolosità Sociale: un punto di vista criminologico*, in MANNA A., *Imputabilità e Misure di Sicurezza*, pagg. 63 e seg. per cui esiste una diretta proporzionalità tra frequenza ed intensità dei disturbi psichici e gravità e persistenza della condotta criminale, sembra essere ormai un postulato comune alla scienza giuridica ed a quella psichiatrica l’accertata rottura del principio della stretta consequenzialità fra malattia mentale e pericolosità sociale.

Altri invece hanno sostenuto che tale sentenza avrebbe sancito definitivamente la scomparsa della pericolosità presunta dell'infermo di mente dal nostro sistema giuridico.²⁹⁰

In particolare, alcuni hanno ritenuto che la decisione della Corte ribaltasse del tutto l'orientamento medico-legale e giuridico utilizzato sino a tale data, facendo sì che l'internamento in ospedale psichiatrico giudiziario rappresentasse il provvedimento da utilizzare unicamente nel caso in cui venisse constatata la persistente pericolosità sociale derivante dalla infermità psichica al momento dell'applicazione della misura.²⁹¹

Ad ogni modo la questione della pericolosità presunta ha trovato, come si è accennato sopra, una soluzione con l'art.31 della L.663 del 1986, la cosiddetta legge Gozzini, che, nel disporre l'abrogazione dell'art.204, ha previsto che "tutte le misure di sicurezza personali sono ordinate previo accertamento che colui che ha commesso il fatto è persona socialmente pericolosa".

3.5 Durata e revoca anticipata delle misure di sicurezza

L'art.207 c.p. fissa il principio dell'applicazione a tempo indeterminato delle misure di sicurezza, stabilendo che esse non possono essere revocate se non sia cessata la pericolosità delle persone nei cui confronti sono applicate.

²⁹⁰ VASSALLI G., *L'abolizione della pericolosità presunta degli infermi di mente attraverso la cruna dell'ago*, in *Giur.cost.*1982, pag.1202.

²⁹¹ Vedi le tesi di MASTRONARDI V., *Manuale per operatori criminologici e psicopatologi forensi*, Milano, 1996, pag.398 e seg.

L'impostazione era perfettamente in linea con la natura dell'istituto: non era possibile alcuna predeterminazione del termine, in quanto l'esecuzione della misura, che era collegata alla pericolosità del reo, doveva proseguire finché tale pericolosità persistesse. Originariamente l'art. 207 comma 2 vietava la revoca della misura qualora non fosse decorso un tempo corrispondente alla durata minima della medesima, ponendo una presunzione assoluta di durata della pericolosità, corrispondente al periodo minimo della misura di sicurezza. Inoltre, il terzo comma dello stesso articolo attribuiva solo al Ministro di grazia e Giustizia il potere di revocare la misura prima che fosse decorso il corrispondente periodo minimo.²⁹²

Il panorama dell'istituto è mutato profondamente con l'intervento della Corte Costituzionale che ha dichiarato la parziale illegittimità dell'art.207 comma 2 con riferimento al divieto di revoca della misura di sicurezza prima che sia decorso il periodo minimo di durata della misura di sicurezza e del comma 3 dello stesso articolo nella parte in cui attribuiva al Ministro della Giustizia, anziché al giudice di sorveglianza, il potere di revocare le misure di sicurezza. Secondo la Corte, il potere del ministro

²⁹² La disciplina originariamente configurata dal legislatore del 1930 – ovvero all'insegna della presunzione di pericolosità dell'incapace, durata dell'internamento strettamente correlata alla gravità del fatto commesso – risultava, tuttavia, al di là di dichiarazioni ufficiali tanto formali quanto generiche, decisamente orientata a privilegiare le esigenze di difesa sociale "sottraendo situazioni di alta pericolosità alla concreta valutazione del giudice" come detto da CARACCIOLI I., *I problemi generali delle misure di sicurezza*, cit., pagg. 197 e seg., a tal punto che si è parlato di una vera e propria "pena manicomiale", ancora più temuta ed afflittiva del carcere e svincolata dalle garanzie proprie della pena in ragione delle "superiori esigenze" special-preventive. La misura è stata così criticata sotto un duplice profilo: uno relativo all'opportunità di mantenere l'O.P.G. come unica risposta alla delinquenza degli incapaci pericolosi, e l'altro relativo alle reali condizioni esecutive della misura.

contrastava con l'articolo 13 Cost. – per l'attribuzione di un organo non giurisdizionale di un potere di incidere sulla libertà personale – e con l'art.102 Cost. per l'interferenza del potere del Ministro con la funzione giurisdizionale; con tale sentenza la Corte ha dichiarato in via consequenziale anche l'illegittimità dell'art.207, comma 2, che poneva un divieto di revoca della misura prima del decorso del periodo minimo di durata²⁹³. A seguito di questa decisione, il potere di revoca anticipata della misura è stato attribuito al magistrato di sorveglianza. In questo modo, la Corte determina la mutazione della presunzione che da assoluta diventa relativa. Il riconoscimento di un potere di revoca anticipata della misura ha comportato una profonda modifica del sistema, in quanto il rigido automatismo delle presunzioni di pericolosità è stato profondamente intaccato dalla possibilità di una revoca anticipata.²⁹⁴

3.6 Le misure alternative all'OPG

Come sopraccennato, la Corte Costituzionale dopo avere per molti anni respinto tutte le numerose eccezioni, sollevate in riferimento alla presunzione di pericolosità contenuta nell'art.222 c.p., dichiarò costituzionalmente illegittimi, per contrasto con l'art.3 Cost., gli art.222, comma 1 c.p. , 204, comma 2 c.p. e 205, comma 2 n.2 c.p., nella parte in cui non subordinavano il ricovero del prosciolto per infermità psichica in OPG, al previo accertamento da parte del giudice – della cognizione o dell' esecuzione – della persistente pericolosità sociale del malato.

²⁹³ Corte cost., 23 aprile 1974, n.110, *Giur.cost.*, 1974, pag. 779 e seg.

²⁹⁴MUSCO E., *Variazioni minime in tema di pericolosità presunta*, cit., pagg. 1589 e seg.

Non fondate vennero invece ritenute le successive questioni di costituzionalità sollevate, in relazione agli artt. 204, comma 1 c.p. e 222, comma 1 c.p., dal Trib. Velletri²⁹⁵, dal G.I. Trib. Torino²⁹⁶ e dal Trib. Brindisi²⁹⁷.

I giudici remittenti avevano denunciato, all'interno delle norme, la presunzione assoluta di pericolosità sociale degli imputati prosciolti per infermità psichica al momento del fatto, dal momento che esse imponevano l'obbligatorio ricovero in OPG, anche ove gli infermi non fossero da ritenere, al momento del giudizio, socialmente pericolosi.

Presunzione che, secondo i giudici *a quo*, contrastava con l'art.3, comma 1 Cost. nonché con l'art. 32, comma 1 Cost, rispettivamente in quanto, impedendo l'accertamento in concreto, e caso per caso, della pericolosità, parificava situazioni sotto tale profilo diverse, contestando, inoltre, il differenziato trattamento rispetto a quello previsto per gli infermi di mente non imputati, disciplinato nella normativa relativa ai TSO – da cui risultava che il ricovero obbligatorio era concepito come eccezionale, fondato solo sulla necessità di interventi terapeutici e non anche sulla pericolosità dell'infermo – oltretutto il ritenuto carattere afflittivo, e non curativo, della m.d.s.²⁹⁸

²⁹⁵ Corte Cost., Ord. 27 marzo 1982, in *Giur.cost.*, 1982, II, pag 1492.

²⁹⁶ Corte Cost., Ord. 24 febbraio 1983, in *Giur.cost.*, 1982, II, pagg. 1493 e seg.

²⁹⁷ Corte Cost., Ord. 6 aprile 1982, in *Giur.Cost.*, 1982, II, pagg. 1497 e seg.

²⁹⁸ Vedi RUSSO G., *Infermità di mente e pericolosità sociale*, cit., pagg. 736 e seg. Si apriva così, dopo la sentenza 139/1982, un periodo di contrasti giurisprudenziali di cui un esempio è dato dalla sentenza della Pretura di Legnano del 21 maggio 1983, in *Foro It.*, 1983, II pagg. 293 e seg. la quale revocava la misura

La Corte ha adottato, in risposta alle tre istanze, una declaratoria di manifesta infondatezza, poiché tutte le questioni risultavano essere già state decise dalla sentenza n.139 del 1982, con la quale venivano, tra l'altro, dichiarate infondate quelle sollevate in riferimento agli artt.27 e 32 comma 1 Cost., manifestamente infondate quelle relative all'art. 24 Cost., ed era stato per altro verso, in riferimento all'art.3, comma 1 Cost., dichiarata la

provvisoriamente disposta dell' O.P.G. sulla base dell' assenza di una pericolosità sociale intesa in una accezione innovativa, e cioè come "probabilità che vengano commessi nuovi reati che pongano in pericolo le esigenze di sicurezza della collettività" e non che causino soltanto un fastidio alla collettività, limitando quindi il riconoscimento di tale qualità ai comportamenti di "aggressività pericolosa" ed escludendo quei comportamenti devianti o disturbanti che dopo l'entrata in vigore della legge 180/1978 avevano causato l'internamento in O.P.G. di tutta una serie di autori di reati modestissimi.

Solo la legge 663/1986, abrogando ogni fattispecie di pericolosità presunta ha risolto definitivamente il problema del binomio pericolosità sociale - infermità mentale, "consentendo così di considerare quest' ultima non più come una causa 'speciale' di pericolosità, ma come un qualsiasi fattore che, interagendo con gli altri, può esercitare un' efficacia criminogena"; si può quindi escludere l' applicazione della misura non solo quando l' infermità è venuta meno o è migliorata, ma anche quando, pur essendo questa immutata rispetto all' epoca della commissione dei fatti, risulti comunque improbabile che il soggetto ponga nuovamente in essere comportamenti lesivi degli interessi della collettività: in altri termini si può affermare che anche la pericolosità sociale dell'infermo di mente deve accertarsi non soltanto sulla base di emergenze di natura medico-psichiatrica, ma sulla base di tutti quei criteri di valutazione di cui all' art. 133 c.p.; quindi il giudice è legittimato a prendere in esame qualsiasi elemento utile a detto accertamento, compreso l' ambiente in cui il soggetto liberato verrebbe a vivere ed operare e la presenza ed efficienza o meno di presidi territoriali socio-sanitari ai fini della continuità nell'assistenza psichiatrica; da ciò consegue che detto accertamento è compito esclusivo del giudice, che non può abdicarvi a favore di altri soggetti, quali il perito, né rinunciarvi, pur dovendo tener conto dei dati relativi alle condizioni mentali e comportamentali in cui si trova il soggetto interessato, eventualmente indicati dal perito.

La conseguenza dell'attuale disciplina è che, nei confronti dell'autore di reato, anche gravissimo, che sia stato prosciolto per vizio totale e che non venga riconosciuto pericoloso, non è previsto nessun provvedimento ed egli sfugge a qualsiasi terapia o cura appropriata.

illegittimità costituzionale degli art. 222 comma 1 c.p., 204 c.p. e 205 c.p. n.2²⁹⁹.

Con un ulteriore sentenza³⁰⁰, la Corte, nel ritenere manifestamente infondate altre questioni sollevate nei confronti degli artt.204, comma 2 c.p., 215 c.p., comma 3 e 222 c.p., ha dichiarato altrettanto manifestamente infondata, in riferimento agli artt.3, comma 1 e 32 Cost., la questione sollevata dal G.I. Trib. Bolzano nei confronti degli artt.215 c.p. e 222 c.p., in quanto tali norme assoggetterebbero alla misura di sicurezza del ricovero in ospedale psichiatrico giudiziario anche l'infermo che, già noto come "caso problematico" alle autorità sanitarie competenti, abbia commesso reati a causa di omissioni di cure, di custodia e di vigilanza imputabili alle medesime: realizzando così, a parere del giudice *a quo*, una violazione del principio di eguaglianza per la disparità di trattamento tra malati di mente non commettenti reato, solo grazie al fatto di essere stati adeguatamente custoditi e protetti dai propri atti inconsulti derivanti dalla malattia, e quelli non sottoposti a TSO.³⁰¹

²⁹⁹ Ord.24 gennaio 1983, n.2, *Giur.cost.*1983, I, pagg.12 e seg.

³⁰⁰ Corte cost., 1 febbraio 1983, n.17, *Giur.cost.*1983, I,64

³⁰¹ Vedi sui differenti rilievi MARINUCCI G. - DOLCINI E., *ult. op. cit.*, pagg.702 e seg. La Corte però - anche dopo l'importante sentenza del 1982 - resisteva alle pressioni derivanti dalle continue eccezioni di legittimità proposte dai più diversi organi ritenendo come l'art. 222 non limitasse, né violasse, il diritto alla salute *ex art.* 32 co. 1 Cost., laddove non prevede, per il soggetto pericoloso e totalmente incapace, misure diverse dall'internamento in O.P.G. e più idonee a garantirne il recupero psichico: pur prendendo più volte aperta posizione critica verso lo stato concreto ed esecutivo degli O.P.G., le eccezioni venivano regolarmente respinte sulla scorta della considerazione per cui le questioni, così come proposte, avrebbero imposto alla Corte di "rimodellare" in via giurisprudenziale le caratteristiche-base del sistema di

Nel rigettare la questione la Corte ha ritenuto che l'eventuale responsabilità per omesso adempimento di doveri professionali astrattamente configurabili nei confronti di preposti all'attuazione dei trattamenti sanitari obbligatori, oltre ad essere nella specie del tutto ipotetica, non sarebbe comunque idonea, alla stregua dei principi generali di diritto penale in tema di rapporto di causalità e di concorso di persone, ad escludere l'attribuibilità del fatto-reato all'infermo di mente che lo ha commesso, ed il conseguente suo assoggettamento, sussistendone i presupposti, alla misura di sicurezza in questione.

Ulteriori questioni, sollevate nei confronti degli artt. 204 comma 2 e 222 comma 1 c.p. dal G.I. Trib. Velletri sono state dichiarate manifestamente infondate dalla Corte perché già decise e riproposte senza argomenti nuovi.³⁰²

Con Ordinanza del 30 gennaio 1985 n.24³⁰³ la Corte ha poi dichiarata la manifesta inammissibilità della questione di legittimità costituzionale degli artt. 215, commi 2 e 3 c.p. e 222, comma 1 c.p. sollevata, dal G.I. Trib. Torino, dal momento che tali norme non prevedrebbero, per il prosciolto infermo di mente, misure alternative all'OPG, che dovrebbero consistere in adeguate forme di affidamento coattivo del soggetto ai servizi generali.

sicurezza creando di fatto nuove misure con una sostanziale intromissione della Corte stessa nell'ambito delle prerogative del potere legislativo.

³⁰² Corte cost., 18 aprile 1983, n.93, *Giur.cost.* 1983, I, pagg. 412 e seg.

³⁰³ Corte Cost., Ord. 30 gennaio 1985 n.24, in *Giur.cost.*, 1985, I, pagg. 80 e seg.

In merito, la Corte ha ritenuto che il giudice rimettente richiedeva, in realtà, ad essa stessa, di apprestare una nuova disciplina di legge, determinando il tipo e le caratteristiche delle misure alternative.³⁰⁴

Mentre, ovviamente, interventi di innovazione normativa, non costituzionalmente necessari e implicanti l'esercizio di scelte discrezionali, esulavano del tutto dai poteri della corte ed appartengono all'esclusiva competenza del legislatore.

Peraltro poi, analoga questione di legittimità costituzionale della norma in oggetto è stata sollevata dal Tribunale di Caltanissetta³⁰⁵, in riferimento alla previsione normativa di applicazione del ricovero obbligatorio in OPG nel caso di imputato prosciolto per infermità psichica, e alla mancanza di misure diverse idonee a garantire il recupero psichico del soggetto e, nel contempo, adeguate alle esigenze di tutela della collettività,

³⁰⁴ Vedi CANEPA M. – MERLO S., *Problemi applicativi della legge 663/1986*, in *Quaderni del CSM*, 1987, pagg. 128 e seg. La mancanza di alternative intermedie tra l'internamento in istituto e la remissione in libertà senza possibilità di imporre alcuna forma di controllo o di aiuto agli infermi di mente ha investito di una grossa responsabilità il giudice e lo psichiatra forense, chiamato a esprimere un giudizio di pericolosità che si traduce o in una profonda limitazione della libertà personale o in una totale rinuncia alla difesa sociale. Unica soluzione intermedia che può aprirsi per il malato di mente giudicato socialmente pericoloso è la possibilità che, in sede di accertamento della pericolosità prima dell'esecuzione in concreto della misura o successivamente in sede di riesame della pericolosità, il magistrato di sorveglianza dichiari non venuta meno, ma attenuata la sua pericolosità sociale e disponga la conversione della misura manicomiale in quella della libertà vigilata, meno lesiva della libertà personale.

³⁰⁵ Corte Cost., Ord.7 luglio 1999, in *G.U.I., Serie spec.*, 17 novembre 1999, n.46, pagg.32 e seg.

con conseguente violazione del principio della finalità rieducativa della pena ed incidenza sul diritto alla salute dell'individuo, garantito dall'art.32 Cost.³⁰⁶

Analogamente, il Tribunale di Cagliari³⁰⁷ ha sollevato questione di legittimità costituzionale dell'art 222 c.p., in riferimento agli artt. 3 e 32 Cost.

Secondo il giudice rimettente, la disciplina normativa, comportando l'applicazione indifferenziata del ricovero in ospedale psichiatrico giudiziario nei confronti dell'imputato prosciolti per infermità psichica, a prescindere dalla natura e dal tipo dell'infermità, nonché la mancata previsione dell'applicazione della misura nei soli casi di pericolosità sociale accompagnata da un accertato atteggiamento di rifiuto dell'infermo di

³⁰⁶Vedi MERZAGORA BETSOS I., *Imputabilità e Pericolosità Sociale: un punto di vista criminologico*, cit., pagg.63 e seg. Spesso la Corte è stata investita di questioni di legittimità costituzionale volte a censurare l'inadeguatezza della disciplina che la legge penale prevede nel caso degli infermi di mente che commettono fatti costituenti oggettivamente reato.

Inoltre, sono state ripetutamente sottoposte alla Corte questioni tendenti a mettere in dubbio la legittimità sul piano costituzionale della previsione della misura "obbligatoria" del ricovero in ospedale psichiatrico giudiziario, spesso facendo leva anche sulla legislazione che, a partire dalla legge 13 maggio 1978, n. 180, ha cercato di far fronte al problema dell'assistenza ai malati di mente superando l'antica prassi del ricovero in strutture segreganti come erano i manicomi: infatti gli OPG sono rimaste le ultime strutture "chiuse" per la cura di infermi psichiatrici. La specificità di questa misura di sicurezza sta, ovviamente, nella circostanza che essa è prevista nei confronti di persone che, per essere gravemente infermi di mente, non sono in alcun modo penalmente responsabili, e dunque non possono essere destinatari di misure aventi un contenuto anche solo parzialmente punitivo. La loro qualità di infermi richiede misure a contenuto terapeutico, non diverse da quelle che in generale si ritengono adeguate alla cura degli infermi psichici. D'altra parte la pericolosità sociale di tali persone, manifestatasi nel compimento di fatti costituenti oggettivamente reato richiede ragionevolmente misure atte a contenere tale pericolosità e a tutelare la collettività dalle sue ulteriori possibili manifestazioni pregiudizievoli.

³⁰⁷ Corte Cost., Ord. 27 giugno 2000 n.108, in *G.U.*, I Serie spec, 2000, n.12, pagg.56 e seg.

sottoporsi ad ogni terapia, discriminerebbe i malati di mente socialmente pericolosi rispetto a quelli non socialmente pericolosi, ledendo inoltre il diritto alla salute.

Ma, come in precedenza, entrambe le questioni sollevate sono state ritenute dalla Corte viziata da manifesta inammissibilità.

Facendo un passo indietro, la Corte Costituzionale ha, con un importante sentenza³⁰⁸, dichiarato l'illegittimità costituzionale degli artt. 222, primo e secondo comma c.p., nella parte in cui questa norma prevedeva l'applicazione anche ai minori della misura di sicurezza del ricovero in OPG, dell'art.222, quarto comma c.p. e 206, primo comma c.p., nella parte in cui si ammetteva la possibilità di disporre il ricovero provvisorio in un OPG anche di minori.³⁰⁹

³⁰⁸Corte cost., 24 luglio 1998, n.324, *Cass.pen* 1998, pagg 321 e seg.

³⁰⁹ Vedi BARBERO AVANZINI B., *Criminologia - Infanzia, adolescenza - Sociologia giuridica e della devianza*, Milano, 2006, pagg.187 e seg. La Corte è tornata ad incidere significativamente in tema solamente anni dopo, dichiarando l'illegittimità del primo, secondo e quarto comma dell'art. 222 rispetto agli artt. 2, 3, 27 e 31 Cost. laddove stabilivano che la misura di sicurezza dell'O.P.G. poteva essere applicata nei confronti dei delinquenti minorenni, socialmente pericolosi, e totalmente incapaci di intendere e di volere per le cause di cui allo stesso articolo e diverse da quella di cui all'art. 224. La Consulta ha infatti precisato che "una misura detentiva e segregante come il ricovero in O.P.G., prevista e disciplinata in modo uniforme per adulti e minori non può ritenersi conforme a tali principi e criteri" e come "l'assenza negli O.P.G. di strutture ad hoc per i minori [...] conferma la diffusa consapevolezza presso gli operatori e gli stessi giudici minorili dell'incompatibilità di siffatta misura con la condizione di minore": essa ha così notato come "il minore affetto da infermità psichica è prima di tutto un minore e come tale va trattato" e che "le esigenze di tutela della personalità del minore coinvolto nel circuito penale non consentono in alcun caso, nemmeno in quello di infermità psichica, di trascurare la condizione di minore del soggetto". In questo modo si è sancito al massimo livello ciò che di fatto era prassi dominante presso le Corti inferiori, ovvero l'applicazione in

La Corte ha, infatti, osservato che una misura detentiva e segregante come il ricovero in OPG, prevista e disciplinata in modo uniforme per adulti e minori, non può ritenersi conforme ai principi derivanti dagli artt. 2, 3, 27 e 31 Cost., in forza dei quali il trattamento penale dei minori deve essere improntato, sia per quanto riguarda le misure adottabili, sia per quanto riguarda la fase esecutiva alle specifiche esigenze proprie dell'età minorile.

Risulta, quindi, ormai espunta dall'ordinamento la misura di ricovero dell'OPG in relazione ai minori d'età, non imputabili in quanto totalmente incapaci di intendere e di volere per vizio di mente e tuttavia socialmente pericolosi.

In motivazione, la Corte ha peraltro espressamente invitato il legislatore a “colmare con previsioni adeguate, anche in ordine all'apprestamento delle conseguenti misure organizzative e strutturali, il vuoto normativo che si viene a creare con l'eliminazione, relativamente ai minori, della misura di sicurezza oggi specificamente diretta a far fronte alla situazione di persone, che abbiano commesso fatti di reato ma siano affette da infermità psichica che le rende non imputabili”.³¹⁰

Con sentenza n.11 del 1999³¹¹ la Corte Costituzionale nel ritenere infondata una questione di legittimità sollevata in relazione agli artt. 206 c.p. e 222, comma 1 c.p. e agli artt. 312 e 313 c.p.p., in quanto basata su un errato presupposto interpretativo, con riferimento agli artt. 3 e 13 Cost., nella parte

capo ai minori ritenuti totalmente incapaci per le cause di cui all'art. 222, comma 1 c.p., delle misure del riformatorio giudiziario e della libertà vigilata, con tendenziale disapplicazione per essi delle misure di sicurezza di tipo psichiatrico.

³¹⁰ Vedi CRESPI A. - STELLA F. - ZUCCALÀ G., *Commentario breve al codice penale*, Padova, 2001, pagg. 822

³¹¹ Corte Cost., 11 giugno 1999, n.328, in *Cass.pen.*, 1999, pagg. 308 e seg.

in cui tali norme prevedono – in caso di accertata infermità di mente dell'imputato che sia anche socialmente pericoloso – l'applicazione provvisoria della misura di sicurezza del ricovero in OPG su richiesta del p.m., ha tuttavia rilevato l'urgenza di un'attenta revisione legislativa, sia per i dubbi che investono l'istituto stesso dell'ospedale psichiatrico giudiziario, sia in relazione ai mutamenti introdotti con le l. 13 maggio 1978 , n.180 e 23 dicembre 1978, n.833 nel trattamento dei soggetti totalmente infermi di mente.

3.6 Ultime pronunce della Corte Costituzionale in materia

Infine, recentemente sono intervenute due pronunce: la prima, rivoluzionaria, è stata la sentenza n.253 del 2003³¹², in linea con la ormai affermata tendenza della Corte a liberare i giudici da preclusioni e vincoli, la seconda, susseguente alla prima, fu invece la pronuncia del 29 novembre 2004 n.367.³¹³

Analizziamo innanzitutto la prima: tale statuizione si segnala per due principali aspetti.³¹⁴

³¹² Corte Cost., 18 luglio 2003 n.253, in *Giur.Cost.*, 2003, pagg. 2116 e seg. con commento di FAMIGLIETTI A., *Verso il superamento della "pena manicomiale"*, *ibidem*.

³¹³ Corte Cost., 29 novembre 2004 n.367, in *Giur.Cost.*, 2005, pagg.742 e seg.

³¹⁴ Secondo GROPPI T., *La sentenza n.253 del 2003: la Corte e il "diritto mite"*, in www.giurcost.org, 29 luglio 2003, tale pronuncia di accoglimento si segnala perché mette in discussione "il mito rivoluzionario ed ottocentesco" della legge generale e astratta, uguale per tutti, ed evidenzia il ruolo determinante del giudice nell'evoluzione di "un diritto per regole", che diviene sempre più "un diritto per principi" fortemente esposto ai "casi" della vita.

Da un lato perché, in passato, questioni aventi ad oggetto l'art.222 c.p. – che, si ricorda, ancora una volta, imponeva nei riguardi del soggetto prosciolto per infermità psichica, giudicato socialmente pericoloso, l'adozione obbligatoria della misura del ricovero in OPG – erano state già, a più riprese, dichiarate infondate o inammissibili dalla Corte, che aveva ritenuto di non disporre degli strumenti necessari per intervenire.³¹⁵

Essa aveva rifiutato, come si è fatto rilevare previamente nel corso della presente trattazione, di operare tanto un intervento meramente caducatorio – che avrebbe condotto ad un vuoto di tutela – quanto un intervento additivo, non ancorato a contenuti normativi già esistenti, pur richiamando, in tal sede, il legislatore ad intervenire. Soltanto nel campo del

³¹⁵ NIRO M., *Relazione all'incontro di studio del 14 marzo 2008 "Malattia mentale, imputabilità e pericolosità sociale"*, Firenze, 2008, pagg.21 e seg.

In conseguenza di tale pronuncia al giudice di cognizione non spetta più soltanto stabilire "se" una misura di sicurezza debba applicarsi nei confronti dell'infermo di mente autore di reato, ma anche "quale" misura di sicurezza eventualmente applicare : al riguardo, però, rispetto all'alternativa chiaramente delineata dalla sentenza n. 253/2003 – misura detentiva come il ricovero in O.P.G., da un lato, e misura non detentiva come la libertà vigilata, dall'altro– nelle prassi applicative si devono registrare alcune timidezze ed incongruenze dei giudici di merito, in particolare l'applicazione della misura detentiva di cui all'art. 219 c.p. – ricovero in casa di cura e di custodia – in luogo del ricovero in O.P.G. di cui all'art. 222 c.p. Questa scelta viene talvolta giustificata come scelta di una misura "gradata", intermedia tra il ricovero in O.P.G. e la libertà vigilata : ma in effetti così non è, dal punto di vista pratico, in quanto le modalità esecutive delle due misure della casa di cura e custodia e dell'ospedale psichiatrico giudiziario sono sostanzialmente coincidenti, non esistendo di fatto autonomi istituti denominati case di cura e custodia, ma soltanto sezioni di casa di cura e custodia presso gli O.P.G.

Peraltro, queste incertezze applicative della giurisprudenza sono in parte naturali e comprensibili, alla luce della dirompente novità apportata in materia dalla sentenza n. 253 del 2003, del periodo piuttosto limitato trascorso dalla stessa sentenza e dell'obiettiva difficoltà di stabilire in concreto, sia pure con l'ausilio di una perizia o di accertamenti sulle condizioni psichiche dell'imputato, quale sia la misura di sicurezza più adeguata al caso.

diritto minorile, con la sentenza n.324 del 1998, la Corte si era spinta a dichiarare la incostituzionalità del ricovero in ospedale psichiatrico giudiziario, appoggiandosi alla necessità costituzionale di un trattamento differenziato per i minorenni.³¹⁶

Nel caso di specie, invece, la Corte giunge ad una decisione di accoglimento anche al di fuori del diritto dei minori: essa giustifica questo diverso atteggiamento sulla base del *petitum* del giudice *a quo*, che aveva denunciato il rigido automatismo della regola legale, cogliendo in tal modo uno spazio nuovo che la Corte stessa aveva aperto.³¹⁷

³¹⁶ Circa la risposta differenziata che l'ordinamento penitenziario deve adeguare alle esigenze dei minori, v. Corte Cost., 1 dicembre 1999 n.436, che ha dichiarato l'illegittimità costituzionale dell'art.58 *quater* L.n.354 del 1975 "nella parte in cui si riferisce ai minorenni" in *Giur.Cost.*, 1999, pagg. 3829 e seg. Sull'automatismo applicativo di alcune norme di ordinamento penitenziario cfr. Corte Cost., 80 dicembre 1997 n.445, *ivi*, 1997, pagg.3934 e seg. con osservazione di FIORIO C., *Brevi note sull'ennesimo vaglio di costituzionalità dell'art 4 bis ord.penitenziario*; Corte Cost., 14 dicembre 1995 n.504, *ivi*, 1995, pagg. 4272 e seg.; ID., 8 luglio 1993 n.306, *ivi*, 1993, pagg.2466 e seg. con osservazioni di FIORIO C., *Sempre nuove questioni di diritto penitenziario: la "collaborazione" come presupposto per i benefici* e di MARGARITELLI M., *I limiti applicativi della liberazione anticipata all'esame della Corte Costituzionale*, *ibidem*.

³¹⁷SERRA C., *Nuove Proposte di Criminologia Applicata*, Milano, 2005, pagg.145 e seg. Alcuni sostengono che, in senso relativo e tendenziale, per effetto della sentenza n. 253/2003 della Corte costituzionale, il nostro sistema si diriga verso il superamento degli O.P.G., ossia - per dirla con la stessa sentenza - delle "ultime strutture chiuse per la cura di infermi psichiatrici".

Nel senso che "superare l'O.P.G., almeno parzialmente, significa evitare il più possibile di farvi ricorso, e le sentenze n. 253 / 03 e n. 367 / 04 della Corte Costituzionale oggi lo rendono possibile "e "significa poi che il periodo di ricovero deve essere il più breve possibile : è ampiamente adoperato oggi il sistema di dimissione con licenza finale – esperimento, o altri strumenti che rendono flessibile il termine della misura stessa, che consentono di far uscire dall'O.P.G. il paziente con affidamento a un programma di cura nei servizi territoriali ".

Oggetto di esame da parte della Corte è stato innanzitutto, come già premesso, l'art.222 c.p., ritenuto incostituzionale dal giudice rimettente, nella parte in cui nei riguardi del soggetto prosciolto per infermità psichica, giudicato socialmente pericoloso, si disponeva "d'ufficio" la misura dell'OPG, senza consentire – come invece previsto per il minore non imputabile dagli art. 224 c.p. e 232 primo e secondo comma c.p. – di adottare altre misure, e in specie quella della libertà vigilata con eventuali prescrizioni.

Questione di legittimità era stata sollevata, inoltre, per quanto riguardava l'art. 219 c.p. In particolare nella parte in cui, nel prevedere che il condannato per delitto non colposo ad una pena diminuita per vizio parziale di mente sia ricoverato in una casa di cura e di custodia, con possibilità di sostituire a detta misura a certe condizioni quella della libertà vigilata, non contempla le stesse possibilità nei riguardi del soggetto prosciolto per totale incapacità di intendere e di volere a causa di infermità psichica, la cui pericolosità sociale non sia tale da richiedere la misura del ricovero in OPG.

La Corte, nel motivare la propria innovativa decisione, ha sancito che la specificità della misura di sicurezza prevista dall'art.222 c.p. sta, ovviamente, nella circostanza per cui essa è prevista nei confronti di persone che, per essere gravemente inferme di mente, non sono in alcun modo penalmente responsabili, e non possono quindi divenire destinatarie, in alcun modo, di misure aventi un contenuto anche solo parzialmente punitivo. La

Va in questa direzione l'esperienza delle "licenze finali di esperimento", concesse dal magistrato di sorveglianza ai sensi dell'art. 53, 1° comma, ord. pen., su richiesta dell'internato o proposta dell' O.P.G., sulla base di un preciso e individualizzato programma terapeutico-riabilitativo di reinserimento esterno, che preveda l'inserimento dell'internato in una comunità o struttura protetta, ovvero sul territorio con affidamento ai servizi psichiatrici competenti.

loro qualità di infermi rende perciò necessaria l'adozione di misure a contenuto terapeutico, non diverse da quelle che in generale si ritengono adeguate alla cura degli infermi psichici.³¹⁸

D'altra parte la pericolosità sociale di tali persone, manifestatasi nel compimento di fatti costituenti oggettivamente reato, e valutata prognosticamente in occasione e in vista delle decisioni giudiziarie conseguenti, richiede misure alternative atte a contenere tale pericolosità e a tutelare la collettività dalle sue ulteriori possibili manifestazioni pregiudizievoli.

In base a tale orientamento della Corte, le misure di sicurezza nei riguardi degli infermi di mente totalmente incapaci debbono muoversi inevitabilmente fra queste due polarità, e in tanto esse trovano giustificazione, in un ordinamento ispirato al principio della personalità – vedi l'art.2 della Costituzione – in quanto esse rispondano contemporaneamente ad entrambe le finalità, collegate e non scindibili, di cura e tutela dell'infermo e di contenimento della sua pericolosità sociale. Un sistema che risponda ad una sola di queste finalità – e così a quella di controllo dell'infermo “pericoloso” – ma non all'altra, non potrebbe ritenersi costituzionalmente ammissibile.

³¹⁸ FORNARI L., *Misure di sicurezza e doppio binario: un declino inarrestabile?*, cit., pagg. 587 e seg. Le sentenze della Corte intervenute sugli automatismi che consentivano l'internamento in OPG di un paziente autore di reato dichiarandoli in parte illegittimi hanno aperto spazi importanti di lavoro ai Dipartimenti di salute mentale in ordine alla scelta dei luoghi e dei trattamenti del paziente autore di reato. Nelle singole situazioni, in accordo con la Magistratura di sorveglianza, i servizi di salute mentale dovrebbero contrattare e condurre progetti personalizzati di salute realistici e praticabili. Non la separazione quindi, ma le sinergie fra apparati di giustizia, controllo sociale e cura per il trattamento efficace delle situazioni complesse e difficili.

Inoltre le esigenze di tutela della collettività non potrebbero mai giustificare misure tali da recare danno, anziché vantaggio, alla salute del paziente. Di conseguenza, ove la misura coercitiva del ricovero in OPG si rivelasse tale da arrecare presumibilmente un danno alla salute psichica dell'infermo essa non apparirebbe giustificata nemmeno in nome di tali esigenze.

Ricorda poi la Corte, nella pregevole sentenza, che non è la prima volta che essa è stata investita dell'esame di questioni di legittimità costituzionale in relazione alla inadeguatezza della disciplina che la legge penale prevede nel caso di infermi di mente che commettono fatti costituenti oggettivamente reato. Una volta risolto il problema, inizialmente assai dibattuto, della necessaria "attualizzazione" della valutazione della pericolosità sociale, la sentenza rammenta che sono state ripetutamente sottoposte alla Corte questioni tendenti a mettere in dubbio la legittimità sul piano costituzionale della previsione della misura "obbligatoria" del ricovero in OPG, spesso facendo leva anche sulla legislazione che, a partire dalla legge 13 maggio 1978 n.180, ha cercato di far fronte al problema dell'assistenza ai malati di mente superando l'antica prassi del ricovero in strutture segreganti come i manicomi.³¹⁹

Gli OPG sono oggi rimaste le ultime strutture "chiuse" per la cura di infermi psichiatrici. Tuttavia la Corte si è sempre trovata di fronte a questioni volte ad un intento meramente caducatorio, il cui accoglimento avrebbe condotto ad un vuoto di tutela, o più spesso alla inammissibilità, vuoi perché la Corte non disponeva degli strumenti necessari per intervenire nel senso

³¹⁹ FAMIGLIETTI A., *ult.op.cit.*, pagg.2116 e seg.

indicato, vuoi perché le questioni prospettavano profili di inadeguatezza delle strutture di ricovero molto più delle previsioni normative.

È tuttavia significativo sottolineare come in numerose occasioni la Corte abbia avvertito l'esigenza di indicare, là dove era possibile, soluzioni pratiche adeguate, e soprattutto di esprimere la propria valutazione circa il "non soddisfacente trattamento riservato all'infermità psichica grave[...] specie quando è incompatibile con l'unico tipo di struttura custodiale oggi prevista", nonché circa l'opportunità di una "attenta revisione" dell'intera disciplina in questione, "sia alla stregua dei dubbi avanzati intorno all'istituto stesso dell'OPG, sia alla stregua di una valutazione relativa all'adeguatezza di tale istituzione in relazione ai mutamenti introdotti sin dalle leggi 13 maggio 1978, n.180 e 23 dicembre 1978, n.833 per il trattamento dei soggetti totalmente infermi di mente".³²⁰

Solo nei confronti dei minori infermi di mente la Corte è potuta giungere alla caducazione della normativa che anche nei loro confronti prevedeva il ricovero in OPG, pur facendo leva sulla necessità costituzionale di un trattamento differenziato dei soggetti minorenni.

La situazione dell'infermo di mente, che sia divenuto responsabile di atti costituenti oggettivamente reato, sebbene non lo sia penalmente in forza appunto della sua infermità, è stata quindi ritenuta dalla Corte, nella sentenza in commento, per molti versi assimilabile a quella di una persona bisognosa di specifica protezione come il minore.

La Corte ha, quindi, ritenuto ammissibile il ricorso sottoposto al suo esame poiché esso denuncia il rigido "automatismo" della regola legale che impone al giudice, in caso di proscioglimento per l'infermità mentale per un

³²⁰ Corte Cost., 11 giugno 1999, n.328, in *Cass.pen.*, 1999, pagg. 308 e seg.

delitto che comporti una pena edittale superiore nel massimo a due anni, di ordinare il ricovero dell'imputato in OPG per un periodo minimo di due anni, o per un periodo più lungo in relazione all'entità della pena edittale prevista, senza consentirgli di disporre, in alternativa, misure diverse, pur quando in concreto tale prima misura non appaia adeguata alle caratteristiche del soggetto, alle sue esigenze terapeutiche e al livello della sua pericolosità sociale.

E questo a differenza di quanto avviene sia nel caso del seminfermo di mente, sia nel caso del minore non imputabile per il quale l'art.224 del c.p. contempla la possibilità di disporre la libertà vigilata in alternativa al ricovero in riformatorio giudiziario.³²¹

In definitiva, la Corte Costituzionale pur denunciando che solo il legislatore – la cui inerzia in questo campo, caratterizzato da scelte assai risalenti nel tempo e mai riviste alla luce dei principi costituzionali e delle acquisizioni scientifiche, risultava ormai intollerabile e inammissibile – poteva intraprendere la strada di un ripensamento del sistema delle misure di sicurezza, con particolare riguardo a quelle previste per gli infermi di mente

³²¹ GROPPI T., *ult.op.cit.*. In sostanza la Consulta ha ritenuto che deve essere ritenuto incostituzionale il vincolo rigido imposto al Giudice di disporre comunque la misura detentiva – tale è il ricovero in OPG ai sensi dell'art.215 primo comma n.3 c.p. – anche quando una misura meno drastica, e in particolare una misura più elastica e non segregante come la libertà vigilata, che è accompagnata da prescrizioni imposte dal giudice, di contenuto non tipizzato – e quindi anche con valenza terapeutica – “idonee ad evitare le occasioni di nuovi reati” *ex art.228 comma 2 c.p.*, sia capace in concreto di soddisfare contemporaneamente le esigenze di cura e tutela della persona interessata e di controllo della sua pericolosità sociale.

Pertanto, secondo la Corte, anche per l'infermo di mente l'automatismo di una misura segregante e “totale”, come il ricovero in OPG, imposta pur quando essa appaia in concreto inadatta, infrange l'equilibrio costituzionalmente necessario e viola esigenze essenziali di protezione dei diritti della persona, nella specie del diritto alla salute di cui all'art.32 Cost.

autori di fatti di reato e ancor più di una riorganizzazione delle strutture e di un potenziamento delle risorse, ha ritenuto di non potersi sottrarre al più limitato compito di eliminare l'accennato automatismo, consentendo che, pur nell'ambito dell'attuale sistema, il giudice potesse adottare, fra le misure che l'ordinamento prevede, quella che in concreto appaia idonea a soddisfare le esigenze di cura e di tutela della persona, da un lato, di controllo e contenimento della sua pericolosità sociale dall'altro lato.

In base a tali considerazioni, la Corte ha quindi ritenuto costituzionalmente illegittimo l'art.222 del c.p. nella parte in cui precludeva al giudice, che in concreto ravvisi l'idoneità della misura del ricovero in OPG a rispondere alle predette esigenze, di adottare un'altra fra le misure previste dalla legge, e in specie la misura della libertà vigilata accompagnata, ai sensi dell'art.228 comma 2 c.p., da prescrizioni idonee nella specie ad evitare le occasioni di nuovi reati.³²²

Lo stesso ragionamento è stato applicato, praticamente in via analogica, nella pronuncia n.397 del 2004, che ha proceduto a sancire

³²² GRASSI L. - NUNZIATA C., *Infermità di mente e disagio psichico nel sistema penale*, Padova, 2003, pagg.121 e seg. La Consulta ha con la presente sentenza cercato di far fronte al problema dell'assistenza ai malati di mente superando l'antica prassi del ricovero in strutture segreganti come erano i manicomi: infatti gli OPG sono rimaste le ultime strutture "chiuse" per la cura di infermi psichiatrici. La specificità di questa misura di sicurezza sta, ovviamente, nella circostanza che essa è prevista nei confronti di persone che, per essere gravemente infermi di mente, non sono in alcun modo penalmente responsabili, e dunque non possono essere destinatari di misure aventi un contenuto anche solo parzialmente punitivo. La loro qualità di infermi richiede misure a contenuto terapeutico, non diverse da quelle che in generale si ritengono adeguate alla cura degli infermi psichici. D'altra parte la pericolosità sociale di tali persone, manifestatasi nel compimento di fatti costituenti oggettivamente reato richiede ragionevolmente misure atte a contenere tale pericolosità e a tutelare la collettività dalle sue ulteriori possibili manifestazioni pregiudizievoli.

l'incostituzionalità dell'art.206 c.p., nella parte in cui non consentiva al giudice, nella fase cautelare, di disporre, in luogo del ricovero in ospedale psichiatrico giudiziario, una misura di sicurezza non detentiva, prevista dalla legge, idonea ad assicurare alla persona inferma di mente cure adeguate a contenere la sua pericolosità sociale.

La sentenza ha così voluto, seppure in un'altra fase del procedimento penale, affermare il principio di flessibilità applicativa delle misure di sicurezza, rispettando, nel criterio di scelta da parte del giudice, l'idoneità di queste ad assicurare adeguate cure all'infermo e nel contempo a far fronte alla sua pericolosità, pur limitando tale discrezionalità al ventaglio di misure previste dalla legge, in attinenza al principio di legalità, sancito dal terzo comma dell'art. 25 Cost. e dall'art.199 c.p.³²³

Tale ultimo rilievo è assai importante, perché i giudici si sono poi spinti, da ultimo, fino al punto di chiedere alla Corte di sancire l'ulteriore possibilità di sottoporre l'infermo a trattamenti alternativi, non solo agli OPG, ma anche alle altre misure di sicurezza tassativamente previste.

In particolare si è suggerita l'opportunità di fronteggiare la pericolosità sociale del soggetto, privilegiandone i bisogni di cura e terapia, in adeguate strutture psichiatriche di tipo contenitivo, invece che in OPG.³²⁴

³²³ AMISANO M., *Incapacità per vizio totale di mente ed elemento psicologico del fatto*, Torino, 2005, pagg.194 e seg.; vedi anche FERRANDO G., VISINTI G., *Follia e diritto*, Torino, 2004, pagg.138 e seg.

³²⁴ Del resto tale posizione non è del tutto nuova, perché era già stata perorata da parte della dottrina e presentata in alcuni progetti di riforma, vedi in particolare la proposta di Antonio Pagliaro, in PEDRAZZI C., *Relazione di sintesi, al XIX Convegno del CNPDS su "Prospettive di riforma del codice penale e valori costituzionali"*, St.Vincent, 6-8 maggio 1994, Milano, 1996, pagg.293 e seg. il cui disegno prevedeva l'apparato delle misure di sicurezza, ormai limitato ai soggetti non

Ma, come prevedibile, in entrambe le ordinanze del 1 luglio 2005 n.254 e del 16 marzo 2007 n.83, la Corte ha dichiarato che esula dai propri poteri (in quanto rientrante nell'esclusiva competenza del legislatore) quello di intervenire con provvedimenti di carattere sostanzialmente innovativo, in quanto volto ad ampliare la tipologia delle misure di sicurezza applicabili all'imputato prosciolto per infermità psichica.

Essa ha quindi affermato la manifesta inammissibilità, dedotta con riferimento agli art. 2, 3 e 32 Cost., della questione di costituzionalità degli art. 205, secondo comma, n. 2 e 222, primo comma, c.p., nella parte in cui impongono al giudice di disporre, nei riguardi dell'imputato socialmente pericoloso prosciolto per totale infermità di mente – per il quale non sia possibile applicare la libertà vigilata, come ora consentito dalla sentenza n. 253 del 2003 – la misura di sicurezza del ricovero in ospedale psichiatrico

imputabili ex art. 36, organizzato in funzione delle esigenze terapeutiche sollecitate dalla causa di inimputabilità (art. 48 lett. a). Inoltre l'applicazione delle misure doveva secondo tale linea sistematica essere strettamente correlata al persistere della pericolosità sociale, ispirata ad un criterio di *ultima ratio*. In particolare all'art.48, primo comma, lett.a) dello Schema di delega, prevede ,per gli infermi di mente, il ricovero in una struttura psichiatrica, oppure il trattamento psichiatrico in libertà controllata. Per un'autorevole esposizione delle ragioni che hanno indotto i componenti della Commissione Pagliaro a mantenere il riferimento anche agli OPG, a condizione però, che fosse assicurata la fungibilità con le strutture psichiatriche civili, vedi di MANTOVANI F., *Problemi di fungibilità, accertamento e trattamento della pericolosità sociale*, in ARIATTI R. - LO RUSSO L. - MELEGA V., *I problemi giuridici dell'assistenza psichiatrica dopo. la legge 180*, Bologna, 1991, pagg.114 e seg.

Anche recente dottrina penalistica, del resto, non sembra del tutto aliena, *de iure condendo*, da un'utilizzazione, sia pure come *extrema ratio*, ed adeguatamente "riformati", degli OPG, con previsione intranea di correttivi, quali i trattamenti ambulatoriali, od i c.d. *day-hospitals*.; FIORAVANTI L., *Le infermità*, cit., pagg. 139 e seg. e BANDINI T., *Prospettive di riforma in tema di imputabilità e trattamento del malato di mente*, cit., pagg.223 e seg.

giudiziario, senza consentire allo stesso giudice di fronteggiare la pericolosità predetta anche mediante il ricovero in una struttura terapeutica psichiatrica di tipo contenitivo.³²⁵

Evidentemente, e forse anche correttamente, i tempi non erano ancora maturi per innovazioni così evidenti e definitive e, d'altra parte, non spettava in effetti alla Corte – le cui ultime pronunce erano già state sufficientemente rivoluzionarie – stabilire ulteriormente ciò di cui, invece, si sarebbe dovuto occupare, ormai da molto tempo, il legislatore.

Nelle ultime sue pronunce, entrambe del 2009 (sentenza n.208 del 9 luglio 2009 e l'ordinanza n.287 del 6 novembre 2009), la Corte ha portato alle estreme conseguenze i principi enunciati con le sentenze n.253 del 2003 e n.367 del 2004.

Con la sentenza n.208 del 9 luglio 2009, la Corte Costituzionale, chiamata a pronunciarsi dal G.U.P. del Tribunale di Trapani, in riferimento agli articoli 3 e 32 della Costituzione, sulla legittimità costituzionale dell'art. 219 del codice penale, “nella parte in cui non consente al giudice, nei casi ivi previsti, di adottare, in luogo del ricovero in casa di cura e custodia, una diversa misura di sicurezza, prevista dalla legge, idonea ad assicurare adeguate cure

³²⁵ D'altronde sia per un problema di sicurezza collettiva, che di “legittimità” di misure evidentemente di carattere amministrativo che generalmente non possono spingersi fino al punto di limitare la libertà personale, gran parte della dottrina, vedi per tutti BERTOLINO M., *L'imputabilità*, cit., pagg. 679 e seg. è arrivata a concludere che è necessario operare una distinzione tra *mentally ill* e *mentally ill offenders* per la semplice, ma decisiva ragione, che solo i secondi hanno commesso un reato, e, a causa di ciò, non possono non entrare, anche per evidenti motivi di sicurezza, nell'ambito di competenza del diritto penale.

In secondo luogo altra ragione che rende scettici sulla praticabilità, in Italia, del ricovero anche degli infermi di mente, autori di reato, nelle strutture sanitarie civili, è la ben nota crisi che affligge tutt'ora tali strutture.

all'infermo di mente ed a far fronte alla sua pericolosità sociale”, ha dichiarato la questione inammissibile. La Corte ha giustificato tale pronuncia facendo riferimento a quanto già stabilito con sentenza n. 253 del 2003, censurando “il vincolo rigido imposto al giudice di disporre comunque la misura detentiva (tale è il ricovero in ospedale psichiatrico giudiziario: art.215, primo comma, n. 3, cod. pen.) anche quando una misura meno drastica, e in particolare una misura più elastica e non segregante come la libertà vigilata, che è accompagnata da prescrizioni imposte dal giudice di contenuto non tipizzato (e quindi anche con valenza terapeutica), "idonee ad evitare le occasioni di nuovi reati" (art. 228, secondo comma, cod. pen.), appaia capace, in concreto, di soddisfare contemporaneamente le esigenze di cura e tutela della persona interessata e di controllo della sua pericolosità sociale” e con sentenza n. 367 del 2004, che ha dichiarato l'illegittimità costituzionale dell'art.206 cod. pen. (Applicazione provvisoria delle misure di sicurezza), “nella parte in cui non consente al giudice di disporre, in luogo del ricovero in ospedale psichiatrico giudiziario, una misura di sicurezza non detentiva, prevista dalla legge, idonea ad assicurare alla persona inferma di mente cure adeguate ed a contenere la sua pericolosità sociale”. La Corte ha esplicitato che per effetto delle due menzionate decisioni, risulterebbe ormai presente nella disciplina sulle misure di sicurezza il principio secondo il quale “si deve escludere l'automatismo che impone al giudice di disporre comunque la misura detentiva, anche quando una misura meno drastica, e in particolare una misura più elastica e non segregante come la libertà vigilata, accompagnata da prescrizioni stabilite dal giudice medesimo, si riveli capace, in concreto, di soddisfare

contemporaneamente le esigenze di cura e tutela della persona interessata e di controllo della sua pericolosità sociale”.³²⁶

In pratica il giudice di merito ha ora l’obbligo di tentare nella propria valutazione di giungere ad una soluzione interpretativa costituzionalmente orientata e tale da determinare il superamento dei dubbi di costituzionalità.

³²⁶ Vedi in Corte Cost., 9 luglio 2009, n.208, in *Giust. pen.*, 2009, I, pagg. 225 e seg. In particolare vedi nota di AMELIA M., *La «incerta» legittimità costituzionale dell’«automatismo» previsto all’art. 219 c.p.*, in *Giur. merito* 2009, 9, pagg. 2229 e seg. all’ordinanza del Tribunale di Trapani e note di MODUGNO F., *cit.*, pagg. 2405 e seg. e RESCIGNO G.U., *cit.*, pagg. 2412 e seg. alla sentenza della Corte Costituzionale. Amelia ha commentato l’ordinanza del Tribunale di Trapani, prima che essa ricevesse risposta dalla Corte Costituzionale, sottolineando che sebbene solo il legislatore potesse intraprendere la strada di un ripensamento del sistema delle misure di sicurezza, con particolare riguardo a quelle previste per gli infermi di mente autori di fatti di reato, l’ordinanza di rimessione in esame avrebbe potuto permettere alla Consulta, pur nel vigente sistema, di cancellare l’ultimo baluardo dell’automatismo nell’ambito delle misure di sicurezza, mettendo il giudice di merito nella condizione di adottare tra le misure di sicurezza quella che in concreto sia idonea a soddisfare, da un lato, le esigenze di cura e di tutela della persona e, dall’altro lato, di controllo e di contenimento della sua pericolosità sociale. Modugno e Rescigno, commentando la sentenza della Corte ne mettono in evidenza l’illogicità, sottolineando come il nuovo principio coniato, sviluppo logico ma inaccettabile della c.d interpretazione adeguatrice, mostri la pericolosità e infondatezza di questa tecnica di decisione. In particolare Rescigno sostiene che *“La Corte in questo modo introduce nel nostro ordinamento un tipo di controllo diffuso di costituzionalità, che diventa accentrato solo quando è impossibile manipolare i testi del legislatore e dunque non resta che demolirli. Tutti i giudici, secondo questa sentenza della Corte, non solo possono ma debbono ricavare dalle sentenze della Corte (anche soltanto una) principi costituzionali ed in nome di questi principi possono e debbono scavalcare le parole del legislatore, togliendo o aggiungendo parole e frasi, in modo che il testo originario, con questa manipolazione, dica quanto è conforme al principio individuato.”* Tale principio contrasterebbe in particolare con la l. n. 87/1953 il cui art. 27 prevede che spetta alla Corte dichiarare la illegittimità di «altre disposizioni legislative la cui illegittimità deriva come conseguenza della decisione adottata».

Con l'ordinanza n. 287 del 6 novembre 2009, la Corte ha dichiarato la manifesta inammissibilità della questione di legittimità costituzionale degli artt. 206, 208 e 222 del codice penale, sollevata, in riferimento agli articoli 3, 13 e 32 della Costituzione, dal Magistrato di sorveglianza di Reggio Emilia, per più motivi concorrenti. In particolare la Corte ha addotto, tra le varie ragioni, che il giudice rimettente non ha considerato la possibilità di interpretare le disposizioni in modo costituzionalmente orientato, in riferimento al parametro di cui all'art. 32 Cost., in quanto, in materia di misure di sicurezza, è indirizzo ormai consolidato quello che esclude ogni automatismo nell'applicazione delle misure a carattere detentivo, “anche quando una misura meno drastica, e in particolare una misura più elastica e non segregante come la libertà vigilata, accompagnata da prescrizioni stabilite dal giudice medesimo, si riveli capace, in concreto, di soddisfare contemporaneamente le esigenze di cura e tutela della persona interessata” e ha di contro prospettato soluzioni non costituzionalmente obbligate, suggerendo modifiche alla disciplina dell'applicazione provvisoria della misura di sicurezza del ricovero in ospedale psichiatrico giudiziario, ambito afferente alla discrezionalità del legislatore, cui resta riservata.

Ne risulta quindi un nuovo principio (generale) di formazione giurisprudenziale in materia di disciplina delle misure di sicurezza con riferimento all'infermo di mente socialmente pericoloso: un principio che impone la necessaria fungibilità tra le misure detentive e le (altre) misure non detentive previste nell'ordinamento. La Corte Costituzionale non poteva in effetti fare molto di più in questa materia che, come più volte sottolineato dal giudice costituzionale, spetta al legislatore riformare, una volta per tutte.

3.7 Pronunce della Corte di Cassazione

La Cassazione ha pressoché seguito i passi della Corte Costituzionale nell'orientamento delle proprie pronunce, prevalentemente raccolte attorno alle tre principali problematiche della valutazione della pericolosità, durata / potere di revoca della misura di sicurezza, e infine, possibilità di stabilire trattamenti alternativi all'OPG per il reo autore di fatto-reato.

Invero, la Suprema Corte, spesso si è focalizzata anche su un altro aspetto attinente alla pericolosità sociale, ovvero la responsabilità, spettante al giudice, di valutare lo stato patologico del soggetto e stabilirne la pericolosità, senza abdicare *in toto* tale potere in favore del perito.³²⁷

Adirittura, in una recente sentenza del 2005³²⁸, le Sezioni Unite penali si sono spinte sino a definire quali siano le malattie, o per meglio dire

³²⁷ Vedi MANACORDA A., *La mancanza, insufficienza o contraddittorietà della prova circa l'imputabilità, nel nuovo codice di procedura penale*, in *Questioni sull'imputabilità*, cit., pagg. 179 e seg. Abbiamo già accennato a come vi fosse in passato una sorta di iniziale connubio tra psichiatria e diritto, un affidamento totale di quest'ultima ad una psichiatria che sembrava fornire certezze e risposte in ordine ai quesiti posti dal magistrato. Per anni si è assistito ad un appiattimento della giurisprudenza di merito rispetto alle rilevazioni peritali, e ciò sia perché è mancata una preparazione universitaria e professionale dei magistrati sulle tematiche psichiatriche e psicopatologiche, sia perché da sempre i magistrati hanno preferito ricorrere ad un'ampia delega a favore dei periti chiamati a esprimere i loro pareri nelle varie fasi del processo penale e nella fase di cognizione e nella fase esecutiva. Manacorda ha rilevato che dopo anni di proscioglimenti indiscriminati per difetto di imputabilità, la tendenza ad emettere sentenze sommarie ha rallentato, ma non perché siano state apprese le moderne acquisizioni sulla malattia mentale ed il disturbo psichico, ma per esigenze di opportunità, per fronteggiare una criminalità organizzata crescente, che vedeva gli imputati, presunti promotori di strutture criminali, allegare disturbi psichici per ottenere il riconoscimento della non imputabilità e conseguente destinazione, prima automaticamente ora previo accertamento della pericolosità, ad un trattamento – la misura di sicurezza O.P.G. – più vantaggioso che non la pena ordinaria.

³²⁸ Cass. Pen., SS.UU., Sentenza 8 marzo 2005 n. 9163, in *Cass.pen.*, 2006, pagg. 658 e seg. Vedi un interessante commento di uno dei consiglieri della Suprema Corte

le diagnosi, che possono rientrare nel concetto di infermità, ai fini di una valutazione di un vizio totale o parziale di mente.³²⁹

Prima della sentenza del 1974 n.110, statuente in via definitiva l'illegittimità del divieto di revoca anticipata della misura e l'attribuzione eccezionale di tale potere al Ministro di Grazia e Giustizia, la Cassazione si è

MARZANO F., *Il vizio di mente per infermità nell'elaborazione della giurisprudenza della Suprema Corte*, in *Psichiatria, Psicologia e Diritto*, Anno 1, n. 2, Dicembre 2009, pagg.17-26.

³²⁹ Per un commento critico della sentenza alla luce delle teorie che indicano l'imputabilità come capacità di colpevolezza o presupposto della stessa vedi PAVAN G., *L'imputabilità è presupposto della colpevolezza: considerazioni in ordine al rapporto tra la scelta dogmatica operata da SS.UU. 25.1.2005 n.9163 e l'estensione dell'infermità ai gravi disturbi di personalità*, in *Indice penale*, Padova, 2008, pagg.307 e seg. In particolare l'autore focalizza la propria attenzione sulla motivazione offerta dalla Cassazione in merito alla propria innovativa decisione, principalmente imperniata sulla disciplina dell'imputabilità e la posizione sistematica di questa nel diritto penale sostanziale.

Sottolineando il ruolo dell'imputabilità, ora concepita – alla luce della sentenza in esame – non solo come condizione soggettiva di riferibilità della conseguenza del reato, data dalla pena, ma piuttosto come condizione che rende possibile la rimproverabilità del fatto, Pavan ripercorre il dibattito negli anni relativo “all'inquadramento sistematico dell'imputabilità, intesa, volta a volta, come capacità di agire, presupposto della colpevolezza, capacità di pena, capacità giuridica penale”. Egli riconduce tale disputa sostanzialmente a due principali impostazioni: la prima riconducendo l'imputabilità alla sfera della colpevolezza, la seconda alla teoria del reo, quale semplice condizione personale di sottoposizione alla pena.

Ponendo infine l'accento sul legame tra la sentenza della Suprema Corte e il filone interpretativo inaugurato dalla Consulta nella propria decisione n.364 del 1988, egli sostiene il definitivo ingresso nell'ordinamento italiano della concezione normativa della colpevolezza, e della riprovevolezza in concreto, quale presupposto della responsabilità penale e della pena in genere

Per una lettura più “tradizionale” della sentenza delle SS UU vedi MANNA A., *Le sanzioni per i non imputabili, tra comparazione e riforma*, *ivi*, pagg.163 e seg. Manna si sofferma maggiormente sugli aspetti comparatistica della tematica, concentrandosi più che sul concetto di imputabilità, su quello dell'infermità e delle diverse concezioni della malattia mentale.

trovata più volte a pronunciare sulla determinazione della durata nell'esecuzione della misura di sicurezza dell'OPG, tra previsioni legislative, poteri del giudice di cognizione e poteri del magistrato di sorveglianza.

In particolare, si era posto per la Corte l'annoso problema se il giudice di cognizione nell'applicare una misura di sicurezza fosse vincolato alla durata minima prevista *ex lege* ovvero potesse stabilirla anche in misura superiore al minimo.³³⁰

Ovviamente è stato il primo orientamento a prevalere, sia per ragioni sistematiche sia per il tenore letterale del primo comma dell'art. 208 c.p.³³¹

Del resto, la rilevanza di tale dibattito divenne minima dopo che la Corte Costituzionale prevede addirittura il potere di revocare anticipatamente la m.d.s. – attribuendolo al magistrato di sorveglianza – qualora non ve ne fosse più la necessità.³³²

³³⁰ Corte Cass., sez. V, 20 marzo 1970, in *Cass. Pen.*, 1971, pagg. 245 e seg. nel primo senso, nel secondo invece Cass. Sez., I, 27 aprile 1973, in *Cass. Pen.*, 1974, pagg. 356 e seg. Ciò a testimoniare come, oltre a non porsi affatto il problema della revoca anticipata – la questione era infatti quella del possibile aggravio ulteriore della disciplina normativa pendente – la giurisprudenza e la dottrina in genere preferissero usare la misura dell'OPG come una forma di controllo e di segregazione.

³³¹ BOSCHI L., *Le alternative alla detenzione nell'applicazione giurisprudenziale della Corte di Cassazione*, in C.S.M., *Problemi attuali della magistratura di sorveglianza*, Roma, 1983, pagg. 78 e seg. Seguendo tale linea interpretativa, qualora il giudice di cognizione avesse applicato “erroneamente” una misura di sicurezza per un periodo superiore a quello minimo previsto specificatamente dalla legge, detto errore poteva essere corretto dal magistrato di sorveglianza in sede di esecuzione della misura, sostituendo alla durata stabilita dal giudice quella inferiore prevista dalla legge.

³³² Vedi da ultime Corte Cass., sez. V, 25 gennaio 2008, n. 9739 e Corte Cass., sez. I, 3 febbraio 2010, n. 9419. Quest'ultima ha ribadito come a seguito degli interventi della Corte Costituzionale debba riconoscersi che spetta al giudice di sorveglianza il potere di revoca della misura di sicurezza - ove sia accertata la cessazione dello stato di pericolosità - anche prima che sia decorso il tempo corrispondente alla durata

Per quanto concerne il tema della pericolosità, anche qui la Cassazione si è trovata ad adeguarsi nel tempo alle direttive della Corte Costituzionale.

Prima della sentenza di quest'ultima – del 7 luglio 1982, n. 139 – la Suprema Corte aveva stabilito con decisione del 16 febbraio 1982 che, nel caso di pericolosità sociale presunta dalla legge, non rilevava affatto il fatto che il perito, dopo aver ritenuto il soggetto incapace d'intendere e di volere, ne avesse escluso l'attuale pericolosità sociale.³³³ Ovvero si riteneva legittimo il ricovero in un ospedale psichiatrico giudiziario, adottato dal giudice *ex art.* 222 comma primo c.p., di un soggetto prosciolto perché non imputabile al tempo del fatto compiutosi, seppure se la sua allora presente pericolosità sociale non fosse più, al tempo dell'applicazione della misura, persistente.

minima stabilita dalla legge, e che, ai fini del riesame della pericolosità, quando vi sia ragione di ritenere che il pericolo sia cessato, il giudice può, in ogni tempo, procedere a nuovi accertamenti (*ex art.* 208 c.p., comma 2).

³³³ Vedi in particolare, per quanto concerne il rapporto tra perizia e giudice, e su come tale sentenza possa essere ritenuta sintomatica del prevalente orientamento, che vede il perito come una sorta di "ausiliario non necessario" vedi FORNARI U., *Trattato di Psichiatria Forense*, Torino, 2004, pagg.114 e seg.; BANDINI T., LAGAZZI M., *Lezioni di psicologia e psichiatria forense*, cit., pagg.154 e seg.; AIMONETTO M.G., *L'incapacità dell'imputato per infermità di mente*, Milano, 1992, pagg.301 e seg.; ARIATTI R., *La responsabilità dello psichiatra operante nel servizio sanitario nazionale*, in V. VOLTERRA, *Psichiatria Forense, Criminologia ed Etica psichiatrica* Vol. III del *Trattato Italiano di Psichiatria*, Milano, 2006, pagg. 467-498.; BERTOLINO M., *Dall'infermità di mente ai disturbi della personalità: evoluzione e/o involuzione della prassi giurisprudenziale in tema di vizio di mente*, in *Rivista Italiana di Medicina Legale*, 2004, pagg. 508 e seg.; CARRIERI F. - CATANESI R., *La perizia psichiatrica sull'autore di reato: evoluzione storica e problemi attuali*, in *Rivista Italiana di Medicina Legale*, 2001, pagg.15 e seg.

D'altronde vigeva ancora il sistema di presunzione assoluta di pericolosità del non imputabile, per vizio totale di mente, con un tempo minimo stabilito dalla legge da scontare.

Dopo che, invece, il sistema delle presunzioni risultò attaccato, alla base, dalla sentenza della Corte Costituzionale precedentemente citata, la Cassazione deliberò che il giudice della cognizione o dell'esecuzione "è vincolato nel disporre il ricovero in ospedale psichiatrico giudiziario alla persistenza dello stato di pericolosità del soggetto; a tal fine però non deve necessariamente adeguarsi alle conclusioni del perito, giacché, richiedendo l'accertamento relativo un apprezzamento di merito, il giudice può dissentire da tali conclusioni e quindi ritenere la sussistenza della pericolosità, purché dia ragione del suo convincimento con argomentazioni corrette sia sotto il profilo giuridico, che scientifico".³³⁴

Essa ha affrontato così – oltre alla ormai necessaria verifica della persistenza di questa, poi resa generalizzata dalla c.d. legge Gozzini del 10 ottobre del medesimo anno – il tema del rapporto tra perito e giudice nella valutazione della pericolosità.

In realtà la Cassazione aveva già accennato al problema e aveva manifestato la propria posizione in merito con sentenza del 22 ottobre 1982.³³⁵

³³⁴ Corte Cass., *Sez.Pen.*, sent. 7 luglio 1986 n.7014, in *Cass.Pen.*, 1987, pagg.687 e seg.

³³⁵ Corte Cass., *Sez.Pen.*, sent. 22 ottobre 1982 n.5226, in *Cass.Pen.*, 1983, pagg.412 e seg. Vedi per un'analisi più precisa CATANESI R. - GRECO O., *La responsabilità professionale dello psichiatra*, in CASSANO G.B, *Trattato Italiano di Psichiatria*, Milano, 1999, III vol., pagg. 3995-4011; CATANESI R. - CARABELLESE F., *L'accertamento peritale fra esigenze di cura e pericolosità*

Infatti essa aveva dichiarato che in sede di riesame della pericolosità, ai sensi degli art. 208 c.p. e 647 c.p.p., il giudice di sorveglianza, ove si trattasse di internamento in ospedale psichiatrico giudiziario o in casa di cura e custodia, non sarebbe stato tenuto a prendere in considerazione esclusivamente i dati di natura medico-psichiatrica, ma, al contrario, avrebbe potuto attribuire rilievo a qualsiasi altro elemento dal quale possa essere desunta – o nel quale possa trovare conferma – una prognosi di pericolosità; a tal fine potevano venire in considerazione i precedenti dell'imputato, la natura e la gravità dei fatti che hanno determinato l'applicazione della misura di sicurezza, il contegno tenuto nel corso dell'internamento e le concrete possibilità di adeguato reinserimento sociale.

Tale orientamento della Suprema Corte, ispirato all'indirizzo c.d. giuridico, trattato ampiamente nel precedente capitolo, ha trovato riscontro in molte altre delibere, quale ad esempio quella della Sez. I del 20 settembre 1996³³⁶, che ha ancora una volta ribadito che, ai fini della applicabilità delle misure di sicurezza personali, la pericolosità sociale - stante la sua correlazione con le circostanze indicate nell'art. 133 c.p. - non può essere confusa con la pericolosità valutata esclusivamente sul piano psichiatrico in riferimento alla natura ed alla evoluzione dello stato patologico del soggetto,

sociale, in *Rassegna Italiana di Criminologia*, n. 3, Milano, 2005, pagg.214 e seg. FARINOSI P. - MARTINELLI F. - MERZAGORA BETSOS I., *La capacità di partecipare coscientemente al processo: quadro giuridico, soluzioni forensi, suggerimenti operativi*, in *Rivista Italiana di Medicina Legale*, 2004, pagg. 1051 e seg.; MASPERO M., *Una discutibile sentenza della Cassazione sulla responsabilità penale del medico psichiatra*, in *Rivista Italiana di Medicina Legale*, 2004, pagg. 1246 e seg.

³³⁶ Corte Cassaz., Sez. I, 20 settembre 1996 n.3221, in *Cass.Pen.*, 1997, pagg.674 e seg.

sicché la valutazione indicata dall'art. 203 c.p. costituirebbe compito esclusivo del giudice, il quale non può abdicarvi in favore di altri soggetti né rinunciarvi, pur dovendo tener conto dei dati relativi alle condizioni mentali dell'imputato ed alle implicazioni comportamentali eventualmente indicate dal perito. Orientamento confermato anche in sentenze più recenti della Suprema Corte, quale quella dell' 11 gennaio 2007, n. 9847 - la cui massima ha affermato che in materia di misure di sicurezza personale, il giudice, nell'effettuare la prognosi di pericolosità sociale sotto il profilo penale, non può limitarsi a far proprio il giudizio espresso nella relazione criminologica, ma deve verificare se sussistono o meno le condizioni che individuano una persistenza della personalità dell'imputato a commettere in futuro altri reati, basandosi sull'esame della personalità, sugli effettivi problemi psichiatrici e sui fatti gravi commessi³³⁷ – e quella del 7 gennaio 2010 n. 4094 che ha statuito, ai fini dell'applicazione della misura di sicurezza del ricovero in ospedale psichiatrico giudiziario, la necessità che venga emessa una prognosi di pericolosità sociale, la quale non può limitarsi ad esaminare le sole emergenze di natura medico-psichiatriche, ma deve procedere ad una verifica globale delle circostanze indicate dall'art. 133 c.p., espressamente richiamate dall'art. 203 c.p., fra cui la gravità dei reati commessi e la personalità del

³³⁷ Vedi Corte di Cass., sez. I, 11 gennaio 2007, n. 9847, in CED Cass. Pen. 2007, enunciata nel contesto di una fattispecie in cui la perizia psichiatrica aveva escluso la pericolosità sociale rilevando che, essendo il detenuto ricoverato in una struttura sanitaria protetta, non vi era pericolo che commettesse altri reati, e il tribunale di sorveglianza aveva ritenuto tale giudizio non idoneo ad escludere la pericolosità sociale sotto il profilo penale, non essendovi alcuna garanzia che, al di fuori della struttura penitenziaria, il soggetto fosse in grado di astenersi dal commettere altri reati.

soggetto, “sì da approdare ad un giudizio di pericolosità che dev'essere quanto più possibile esaustivo e completo”³³⁸.

La Cassazione cerca di mettere il punto sulla questione impedendo per quanto possibile che i giudici deneghino la propria responsabilità di fronte a una decisione così importante per la sorte del processo e del reo-folle stesso.

Adirittura si arriva a definire quali siano le patologie rilevanti, ai fini di una esclusione della capacità di intendere e volere legati a infermità, con la ormai famosa sentenza n. 9163 del 8 marzo 2005, nella quale si afferma il principio di diritto per cui "ai fini del riconoscimento del vizio totale o parziale di mente, rientrano nel concetto di infermità anche i "gravi disturbi della personalità", a condizione che il giudice ne accerti la gravità e l'intensità, tali da escludere o scemare grandemente la capacità di intendere o di volere, e il nesso eziologico con la specifica azione criminosa".³³⁹ Tale indirizzo risulta

³³⁸ Vedi Corte di Cass., sez. I, 7 gennaio 2010, n. 4094, in CED Cass. pen. 2010 e anche quanto riporta incidentalmente la Cass. Pen., sez. I, 4 febbraio 2011, n. 9088, in CED Cass. Pen. 2011.

³³⁹ Per i dovuti riferimenti bibliografici vedi BERTOLINO M., *Il commento*, in *Diritto penale e processo*, 2005, pagg. 853 e seg.; COLLICA M.T., *Anche i disturbi di personalità sono infermità mentale*, in *Riv.it. dir.proc.pen.*, 2005 pagg.420 e seg.; CENTONZE F., *L'imputabilità, il vizio di mente e i disturbi della personalità*, *ivi*, pagg. 247 e seg.; MERZAGORA BETSOS I., *I nomi e le cose*, in *Riv.it.Med.Leg.*, 2005, pagg. 373 e seg.; FORNARI U., *I disturbi gravi della personalità rientrano nel concetto di infermità*, in *Cass.Pen.*, 2006, pagg. 274 e seg.; COLLICA M.T., *Vizio di mente: nozione, accertamento e prospettive*, Torino, 2007, *passim*. Sul tema dei disturbi della personalità vedi anche RONCO M., *Coscienza morale e colpevolezza giuridica*, in AA.VV., *Dalla geometria legale-statualistica alla riscoperta del diritto e della politica. Studi in onore di Francesco Gentile*, Madrid, 2006, pagg.359-371. Nella stessa fondamentale sentenza le Sezioni Unite si soffermano anche sulle impressionanti diagnosi che portano spesso a divergenti ed opposte conclusioni sullo stesso caso: patologia di tipo organico, malformazione artero-venosa cerebrale, crisi psicotica paranoidea, vissuti persecutori, ecc. Inoltre si porta l'attenzione sulla crisi della psichiatria, del concetto di malattia mentale e delle ricadute sulla relazione tra

ormai consolidato nella giurisprudenza della Suprema Corte. Si veda ad esempio la sentenza del 3 febbraio 2010, n. 5771 con la quale la Corte ha ribadito come i disturbi della personalità, o ogni altro disturbo mentale, siano in grado di interferire sulla capacità di intendere e volere solo quando intervengono con un nesso eziologico nella condotta criminosa, per effetto dei quali il reato viene ritenuto causalmente determinato proprio dal disturbo mentale; “si deve trattare cioè di turbe mentali di tale consistenza e gravità da determinare una situazione psichica che impedisca al soggetto di gestire le proprie azioni e faccia sì che non ne percepisca il disvalore; oppure di impulsi all'azione, pur riconosciuta come riprovevole, che siano tali da vanificare la capacità di apprezzarne le conseguenze”.

Per quanto riguarda, infine, l'ultima questione di nostro interesse, ovvero la possibilità o meno di applicare altri tipi di misure di sicurezza, oltre a quella dell'ospedale psichiatrico giudiziario, al prosciolto per infermità mentale socialmente pericoloso, ritroviamo anche qui un forte legame tra le pronunce della Corte Costituzionale e quelle della Cassazione, in cui la seconda segue passo passo le indicazioni della prima, attribuendovi così quasi maggiore autorità grazie all'applicazione di esse nel vivo diritto.

sapere scientifico e sapere giuridico-giudiziario. Si traccia la storia dei paradigmi interpretativi anche con riferimento alla antipsichiatria ed alla psichiatria alternativa, come sviluppo del paradigma sociologico e si sintetizzano le massime della Cassazione con riferimento alle singole diagnosi: abnormità psichiche, nevrosi, insufficienza mentale, reazioni a corto circuito, ecc.

C'è da segnalare che per la prima volta si fa un riferimento esplicito alle recenti legislazioni di altri Paesi per sostenere le cd. formule aperte e si cerca di dare qualche suggerimento de iure condendo.

Del resto la Cassazione si trova, come del resto la Corte Costituzionale, ad arrogarsi compiti risolutivi e responsabilità che, in verità, spetterebbero al legislatore.

Prima della dichiarata incostituzionalità, con sentenza del 18 luglio 2003 n.253, dell'art. 222 c.p., nella parte in cui precludeva al giudice di adottare un'altra fra le misure di sicurezza previste dalla legge allorché in concreto egli ravvisasse l'inidoneità della misura del ricovero in ospedale psichiatrico giudiziario a rispondere alle esigenze di tutela sociale e di cura dell'infermo di mente prosciolto, la Cassazione stabiliva espressamente³⁴⁰ che, in tema di misure di sicurezza personali, in caso di proscioglimento per infermità psichica, non era possibile disporre, in luogo del ricovero in manicomio giudiziario, l'assegnazione ad una casa di cura e custodia, trattandosi di misure non fungibili, fondate su presupposti diversi.

Naturalmente dopo la stessa ha dovuto rivedere di centottanta gradi la propria posizione, e, nella sentenza del 21 ottobre 2004³⁴¹, richiamando espressamente la sentenza del 2003 n.253, dichiarare – su un caso concernente la sostituzione, da parte del Tribunale di Sorveglianza, adito su appello dell'imputato avverso il capo della sentenza relativo alla misura di sicurezza, del ricovero per tre anni e sei mesi in ospedale psichiatrico giudiziario con la libertà vigilata, da eseguire in struttura protetta, per la durata di un anno – la non obbligatorietà dell'internamento in OPG del folle-reo e la possibilità effettiva di sostituire il predetto ricovero con l'inserimento in un'altra struttura, essendo consentita qualsiasi alternativa misura, anche non detentiva, prevista dalla legge e per una durata non necessariamente uguale a quella minima stabilita per il ricovero.

³⁴⁰ Corte Cassaz., sez I, sentenza 31 gennaio 2003 n.4215, in *Cass.Pen.*, 2004, pagg. 704 e seg.

³⁴¹ Corte Cassaz., sez I, sentenza 21 ottobre 2004 n.3148, in *Cass.Pen.*, 2005, pagg.258 e seg.

Ovviamente essa non ha potuto spingersi oltre l'apertura manifestata dalla Corte, in quanto l'alternativa all'OPG deve rappresentare comunque una scelta limitata alle misure previste dalla legge, escludendo a priori di ricorrere alla costruzione di figure atipiche, non rimesse dal nostro ordinamento in alcun modo alla discrezionalità dell'organo giurisdizionale, riservate invece semmai a una precisa scelta legislativa. D'altronde abbiamo già chiarito come la tematica richiami la violazione di principi costituzionali quali la legalità e la tassatività delle misure di sicurezza, contenuti all'interno dell'art.25 Cost.³⁴²

Attraverso tali principi si impone al legislatore di predeterminare sia i presupposti sia i tipi di misure di sicurezza, in modo che il giudice sia vincolato nell'applicazione delle misure previste dalla legge e ai soli casi da essa contemplati.

Del resto si era già pronunciata espressamente in tal verso la Corte Costituzionale *in primis*, con le ordinanze che abbiamo già provveduto ad analizzare nel precedente paragrafo e a cui in questa sede rimandiamo.

Così la sent. del 30 maggio 2006 n. 19119 della prima sez. penale della Cassazione³⁴³ ha affermato che il provvedimento adottato dal Gip – a cui era stata presentata richiesta dal p.m. di applicare provvisoriamente la m.d.s. del ricovero in OPG, a cui egli aveva replicato disponendo, al posto della misura in questione, quella del ricovero in una casa di cura non dipendente dall'amministrazione penitenziaria – contravveniva al principio di legalità e di tassatività in materia di misure di sicurezza, in quanto disponeva il ricovero

³⁴² Vedi nota 3 per un approfondimento sull'argomento.

³⁴³ Corte Cassaz., sez. I, sentenza del 30 maggio 2006, n.19119, in *Cass.Pen.*, 2007, pagg.872 e seg.

coatto del colpevole in un luogo di cura del tutto estraneo alla misura tipica della casa di cura e di custodia la quale, per espressa previsione contenuta dall'art. 213, comma primo, c.p., dovrebbe svolgersi “negli stabilimenti a ciò destinati”, che siano “dipendenti dell'amministrazione penitenziaria” – art. 59, n. 3 legge 354/75 – e gestiti da “personale dal ruolo tecnico-sanitario degli istituti di prevenzione e di pena” con l'assistenza di “operatori professionali e volontari selezionati e qualificati con particolare riferimento alle peculiari esigenze di trattamento dei soggetti ivi ospitati”.³⁴⁴ Indirizzo confermato

³⁴⁴ Vedi art. 111, n. 2, DPR 230/00. Nel settembre del 2000, è stato emanato il testo del nuovo regolamento di esecuzione dell'Ordinamento Penitenziario (DPR 230/2000): si è ritenuto necessario procedere ad una completa revisione delle norme di esecuzione della legge 26 luglio 1975, n. 354 e le successive modificazioni, vista l'evoluzione delle strutture e delle disponibilità della pubblica amministrazione, nonché delle mutate esigenze trattamentali nell'ambito di un diverso quadro legislativo di riferimento.

Per quanto riguarda il ruolo del magistrato di sorveglianza, l'art. 5 del decreto stabilisce che costui, nell'esercizio delle sue funzioni di vigilanza, assume, a mezzo di visite e di colloqui e, quando occorre, di visione di documenti, dirette informazioni sullo svolgimento dei vari servizi dell'istituto e sul trattamento dei detenuti e degli internati. Nell'ambito di strutture come quelle degli OPG, il programma trattamentale individuale previsto per gli internati deve essere attuato secondo le direttive del magistrato di sorveglianza e con l'ausilio degli operatori interni e del servizio sociale. Il centro di servizio sociale riferisce al magistrato di sorveglianza le notizie relative al comportamento del soggetto, anche fuori dalla struttura, nelle licenze o nei periodi di applicazione delle misure alternative; il magistrato di sorveglianza può, in ogni tempo, convocare il soggetto e chiedere informazioni all'assistente sociale; egli, tenuto anche conto delle informazioni del centro di servizio sociale, provvede, se necessario, alla modifica delle prescrizioni, con decreto motivato, dandone notizia al tribunale di sorveglianza ed al centro di servizio sociale.

In tale programma di trattamento sono dettate le prescrizioni che il condannato o l'internato si deve impegnare, per scritto, ad osservare durante il tempo da trascorrere fuori dell'istituto, anche in ordine ai rapporti con la famiglia e con il servizio sociale, nonché quelle relative all'orario di uscita e di rientro. Al fine di accompagnare l'inserimento esterno per la specifica attività per cui vi è ammissione alla semilibertà con la integrazione della persona nell'ambiente familiare e sociale, sono indicati i rapporti che la persona potrà mantenere all'esterno negli ambienti indicati, rapporti

che risultino utili al processo di reinserimento sociale, secondo le indicazioni provenienti dalla attività di osservazione e in particolare dagli aggiornamenti sulla situazione esterna da parte del centro servizio sociale. La responsabilità del trattamento resta affidata al direttore, che si avvale del centro di servizio sociale per la vigilanza e l'assistenza del soggetto nell'ambiente libero e che deve comunque tenere aggiornato il magistrato di sorveglianza sulla condotta del soggetto per tutto il tempo dell'esecuzione della misura. Dei poteri del magistrato di sorveglianza e della procedura con cui viene individuato e attuato il progetto trattamentale si dirà approfonditamente nel terzo capitolo.

Nonostante l'evoluzione legislativa, per quanto riguarda la disciplina sostanziale del sistema degli ospedali psichiatrici giudiziari, il codice è rimasto del tutto invariato negli anni, mentre i gravi problemi di gestione di queste strutture hanno subito progressivamente una notevole accentuazione. A questo proposito, occorre chiarire che, nonostante la storia contribuisca a mantenere l'immagine degli OPG come qualcosa di orribile, negli ultimi anni si sta assistendo a un progressivo rinnovamento interno che ha contribuito a rafforzare lo scopo primario di tali strutture: quello della cura e della riabilitazione dal disagio psichico e conseguentemente sociale.

La quasi totale immobilità legislativa non ha impedito che a partire dagli anni '70 si realizzasse una lenta ma costante evoluzione delle strutture e delle attività consentite all'interno degli istituti, con lo specifico compito di occupare il tempo degli internati e di consentire progressivamente il loro recupero e reinserimento in società; contemporaneamente all'introduzione di poco incisive modifiche normative, si è attuato il cosiddetto processo di "sanitarizzazione", che ha avuto come modello l'OPG di Castiglione delle Stiviere, benché gli altri cinque OPG abbiano continuato ad essere dipendenti dall'Amministrazione Penitenziaria.

In sostanza, pur tenendo ferma l'istanza di sicurezza, si è inteso limitare l'aspetto custodiale – e dunque più propriamente carcerario – dell'istituzione dell'OPG, in favore di un potenziamento del versante sanitario.

Ciò ha avuto alcune conseguenze importanti: in particolare, a livello amministrativo in quasi tutti gli OPG sono state organizzate attività svolte all'interno dei singoli reparti, dal personale sanitario, che consistono in colloqui psichiatrici e visite periodiche settimanali dei singoli internati al fine di un iniziale inquadramento diagnostico; individuazione del trattamento psicofarmacologico più indicato per il singolo internato; una più stretta osservazione psichiatrica, interventi psicofarmacologici d'urgenza e/o contenzione fisica, non più concepiti come provvedimenti disciplinare, ma come aspetti particolari del trattamento curativo, applicati soltanto nei casi di indispensabilità; gestione delle emergenze e dei vari problemi medici mediante interventi di guardia medica ed anche specialistici con l'ausilio delle strutture dell'Unità Sanitaria. Attraverso tali informazioni sulle condizioni di salute degli internati è possibile, l'avvio di un progetto trattamentale risocializzante e riabilitativo interno all'istituto, tramite l'inserimento dei singoli

anche in recentissime sentenze, quale ad esempio quelle emanate dalla sez. V e dalla sez. II della Cassazione, rispettivamente nelle date del 8 gennaio 2010 e del 17 giugno 2010, pronunce n. 9656³⁴⁵ e n. 34453. In particolare l'ultima sentenza - enunciata nel contesto di una fattispecie in cui il giudice aveva disposto, nei confronti del prosciolto per infermità di mente, l'assegnazione a

internati, a seconda delle loro caratteristiche e quando, comunque, il quadro psicopatologico ha raggiunto un sufficiente miglioramento, in corsi di formazione professionale, corsi di scuola elementare e media, attività da svolgere in gruppo – disegno, pittura, teatro, attività fisica, fotografia, ecc. –, gruppi di auto aiuto per pazienti psichiatrici ed alcolisti ed in varie attività lavorative.

Numerose sono oggi le attività trattamentali e socioriabilitative svolte all'interno degli OPG, come altrettanto numerose sono le figure professionali che, giorni dopo giorno, operano con efficacia ed elevata motivazione di recupero delle affievolite abilità psichiche del malato. Tale processo di "sanitarizzazione" ha operato non soltanto una trasformazione interna in senso curativo e riabilitativo, ma anche di incentivo all'apertura verso l'esterno, verso il dialogo, verso il confronto sociale, anche se questo non significa un superamento totale delle difficoltà di gestione di tali strutture e di immobilità legislativa in materia. Tali attività condotte all'interno degli istituti sono concepite per essere successivamente coltivate anche all'esterno delle strutture, grazie a un progetto trattamentale esterno, al fine di favorire i primi contatti con i servizi psichiatrici territoriali, che dovranno a loro volta seguire il paziente al momento della sua dimissione, al fine di ipotizzare, eventualmente, programmi di futuro reinserimento all'esterno del paziente.

Su questi aspetti legati al reinserimento degli internati si tornerà comunque nel seguito della presente tesi, facendo particolare riferimento all'OPG di Castiglione delle Stiviere.

³⁴⁵ Vedi la massima della sentenza Cass. Pen., sez. V, 8 gennaio 2010, n. 9656, in CED Cass. Pen.2010, che ha annullato con rinvio la sentenza del Tribunale di Lecce del 4 settembre 2009: *“È illegittimo il provvedimento con cui il tribunale del riesame sostituisca la misura di sicurezza provvisoria del ricovero presso una casa di cura psichiatrica interna al dipartimento dell'amministrazione penitenziaria con altra misura di sicurezza provvisoria presso una struttura comunitaria psichiatrico-residenziale da individuarsi a cura del locale centro di salute mentale, poiché è precluso al giudice applicare misure di sicurezza diverse da quelle previste dalla legge, pena la violazione del principio di legalità, di cui all'art. 25, comma 3, cost., che sottende una stretta riserva di legge.”*

una casa di cura e di custodia fissando la durata in due anni, tipica della misura del ricovero in ospedale psichiatrico giudiziario - ha stabilito che il giudice che in concreto ritenga adeguata una misura di sicurezza diversa dal ricovero in un OPG deve “necessariamente fare riferimento alle misure di sicurezza sì come previste e disciplinate dalla legge, e non può sottoporre il prosciolto a una misura il cui contenuto attuativo sia difforme dalla previsione legale”.³⁴⁶

Si è così cercato, grazie all'intervento congiunto di Corte Costituzionale e Cassazione, di prevenire, anche in futuro, il rischio di un operato giurisprudenziale tendente a fuoriuscire dalla disciplina settoriale, evitando così la degenerazione della flessibilità e discrezionalità applicativa ora prevista, in una sorta di arbitrarietà assoluta, che darebbe luogo a una differenziazione intollerabile di pronunce a seconda delle preferenze e delle scelte personali di ciascun giudice, cercando così di offrire precise garanzie e certezze agli eventuali giudicandi.

Anche per quanto concerne i minori, la Cassazione ha seguito l'impostazione “personalizzante” e “diversificante” della sentenza della Corte

³⁴⁶ Vedi sentenza Cass. pen., sez. II, 17 giugno 2010, n. 34453 in CED Cass. pen. 2010. Vedi anche quanto richiamato incidentalmente dalla sentenza Cass. Pen., sez. I, 14 dicembre 2011, n. 29 in CED Cass. Pen. 2011. Interessante appare anche quanto enunciato dalla Cass. Pen., sez. I, 23 febbraio 2011, n. 18314 che riprende le decisioni della Corte Costituzionale, in particolare la sentenza n. 208 del 9 luglio 2009, per affermare la presenza nella disciplina sulle misure di sicurezza del principio secondo il quale si deve escludere l'automatismo che impone al giudice di disporre comunque la misura detentiva, anche quando una misura meno drastica, e in particolare una misura più elastica e non segregante come la libertà vigilata, accompagnata da prescrizioni stabilite dal giudice medesimo, si riveli capace, in concreto, di soddisfare contemporaneamente le esigenze di cura e tutela della persona interessata e di controllo della sua pericolosità sociale.

Costituzionale n. 324 del 1998, la quale ha dichiarato l'illegittimità Costituzionale dell'art. 222 c.p. nella parte in cui prevedeva l'applicazione anche ai minori della misura di sicurezza del ricovero in ospedale psichiatrico giudiziario, stabilendo che deve ritenersi conforme al principio di legalità applicare nei confronti del minore non imputabile per vizio totale di mente e socialmente pericoloso, la misura del riformatorio giudiziario, da applicare nelle forme del collocamento in comunità a norma dell'art. 36, 2° comma, d.p.r. n. 448 del 1988, trattandosi di situazione analoga a quella disciplinata dall'art. 98 c.p., cui fa rinvio l'art. 224, 3° comma, stesso codice; dichiarando inoltre che in tal caso, la durata minima della misura non potrà essere quella prevista dall'art. 222, 2° comma, c.p., essendo divenuta tale norma inapplicabile ai minori a seguito della richiamata sentenza della Consulta, ma sarà quella prevista dall'art. 224, 2° comma, per il riformatorio giudiziario.³⁴⁷

Dopo queste dettagliate analisi possiamo concludere osservando come la giurisprudenza, sia Costituzionale, sia di rimando quella della Suprema Corte, si siano mosse in modo decisivo nel percorso di innovazione in ambito di applicazione delle m.d.s., in particolare il ricovero in OPG, adeguando la disciplina alla prassi e alle più recenti scoperte scientifiche, regolando i rapporti tra periti e giudici, dando delle precise indicazioni per scelte più responsabili ma al contempo più adatte ai singoli casi, senza per questo infrangere principi fondamentali del nostro ordinamento, quali quello di legalità e tassatività.

³⁴⁷ Corte Cassaz., sez.I, sentenza 19 maggio 1999 n.4152, in *Cass.Pen.*, 2000, pagg.647 e seg. Vedi per un commento SCARDOCCIA G. , *Il minore autore e vittima di reato*, Milano, 2007, pagg.241 e seg.; e anche RIGOLDI G., *Il male minore*, Milano, 2007, pagg.184 e seg.; AA.VV., *Diritto penale*, in PALERMO FABRIS E. - PRESUTTI A. *Diritto e procedura penale minori/e*, a cura di, volume quinto del *Trattato di Diritto di famiglia*, Milano, 2002, pagg. 3-41 e 107-302.

Tutto ciò in attesa di un intervento globale del legislatore, ridisciplinante l'intera materia che, da anni, necessita di una ristrutturazione sistematica e risposte esaurienti a tutte le questioni che si sono via via poste nel corso degli anni, lungo il vivo cammino percorso della prassi. Vedremo, nel frattempo, quale impatto avrà la recente legge n. 9/2012, avente ad oggetto il superamento degli OPG e delle CCC, che sembra in qualche modo aver fatto sue alcune delle indicazioni della giurisprudenza su una possibile rivisitazione del sistema delle misure di sicurezza vigente nell'ordinamento giuridico italiano (quale ad esempio la necessità di applicare misure alternative all'OPG che possano realizzare al meglio le necessità di terapia e di riabilitazione senza per questo dimenticare le esigenze di contenimento della pericolosità dei soggetti internati). Ricordiamo peraltro che tale riforma non tocca in alcun modo i presupposti per l'applicazione delle misure di sicurezza detentive, ovvero la mancanza di imputabilità e la ritenuta pericolosità sociale del folle reo.

CAPITOLO QUARTO

GLI OPG IN UNA PROSPETTIVA DI DIRITTO COMPARATO

4. Premessa

Nel corso della presente trattazione, abbiamo finora approfondito le problematiche attinenti la disciplina normativa e le evoluzioni giurisprudenziali relative al trattamento dell'infermo di mente autore di fatto altrimenti costituente reato e all'istituzione stessa degli ospedali psichiatrici giudiziari. Tutto questo in una prospettiva nazionale, in particolare quella italiana.

Bisogna però dire che la riflessione su tali argomenti ha da tempo superato i confini dei singoli Stati, evidenziando la necessità di affrontare il dibattito su queste tematiche in un'ottica globale che, comparando le esperienze ed i problemi del singolo Paese, favorisca la identificazione di modelli di intervento maggiormente discutibili – per non dire obsoleti – permettendo così al contempo di individuare i possibili percorsi da sperimentare per superare le distorsioni e le questioni della disciplina del trattamento dell'infermo di mente autore di fatto-reato.

Ci occuperemo innanzitutto dei riferimenti in materia, presenti all'interno della Convenzione Europea per la salvaguardia dei diritti dell'uomo e delle libertà fondamentali, ovverosia il trattato internazionale elaborato dal Consiglio d'Europa e firmato a Roma il 4 novembre 1950 ed entrato in vigore il 3 settembre 1953, a cui l'Italia ha aderito nel 1955. La stessa ha al contempo istituito la Corte Europea dei diritti dell'uomo, le cui

pronunce, nell'ambito di nostro interesse, hanno permesso un'interpretazione del testo della Convenzione più chiara e adeguata alla prassi, come avremo modo di appurare in seguito.

Indi ci concentreremo sui più recenti rapporti del Commissario per i Diritti Umani e del Comitato Europeo per la Prevenzione della Tortura e dei Trattamenti o Pene Disumane o Degredanti (*European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment*), entrambi organismi in seno al Consiglio d'Europa, e sullo stato degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari Italiani, in particolare quello di Aversa.

Infine, per verificare la realtà e le prospettive inerenti al malato di mente-reo, abbiamo ritenuto interessante osservare brevemente la normativa e le principali fattispecie di legge, nei vari Stati Europei, inerenti a questa fattispecie giuridica, e confrontare la stessa con le indicazioni, e le critiche, elaborate dalla dottrina psichiatrico-forense e dalla ricerca criminologica in ambito internazionale.

Questo dal momento che la differenziazione di opinioni nella dottrina e i discordanti pareri della psichiatria forense italiana e straniera hanno trovato pieno riscontro nella diversificazione di normative europee e non, che regolano le procedure giudiziarie e le misure di trattamento da irrogare nei confronti del sofferente psichico autore di fatto-reato.

4.1 Convenzione Europea dei diritti umani (C.E.D.U.) e Corte Europea dei Diritti dell'Uomo

La lettera e) del paragrafo 1 dell'articolo 5 C.E.D.U. – rubricato “Detenzione delle persone contagiose, alienati, alcolizzati, tossicomani e vagabondi” – ha per destinatari quei soggetti la cui detenzione avrebbe lo

scopo di “difesa sociale”, considerati perciò in qualche modo pericolosi per la collettività.³⁴⁸

Proprio questo rilievo ci spiega il perché si siano introdotte delle precise garanzie, più volte implementate dalla Corte tramite interpretazioni

³⁴⁸ Articolo n. 5 CEDU: diritto alla libertà e alla sicurezza

“1. Ogni persona ha diritto alla libertà e alla sicurezza. Nessuno può essere privato della libertà, salvo che nei casi seguenti e nei modi prescritti dalla legge:

a. se è detenuto regolarmente in seguito a condanna da parte di un tribunale competente;

b. se è in regolare stato di arresto o di detenzione per violazione di un provvedimento emesso, conformemente alla legge, da un tribunale o per garantire l'esecuzione di un obbligo prescritto dalla legge;

c. se è stato arrestato o detenuto per essere tradotto dinanzi all'autorità giudiziaria competente, quando vi sono ragioni plausibili per sospettare che egli abbia commesso un reato o vi sono motivi fondati per ritenere che sia necessario impedirgli di commettere un reato o di fuggire dopo averlo commesso;

d. se si tratta della detenzione regolare di un minore decisa allo scopo di sorvegliare la sua educazione oppure della sua detenzione regolare al fine di tradurlo dinanzi all'autorità competente;

e. se si tratta della detenzione regolare di una persona suscettibile di propagare una malattia contagiosa, di un alienato, di un alcolizzato, di un tossicomane o di un vagabondo;

f. se si tratta dell'arresto o della detenzione regolari di una persona per impedirle di entrare illegalmente nel territorio, oppure di una persona contro la quale è in corso un procedimento d'espulsione o d'estradizione.

2. Ogni persona arrestata deve essere informata, al più presto e in una lingua a lei comprensibile, dei motivi dell'arresto e di ogni accusa formulata a suo carico.

3. Ogni persona arrestata o detenuta, conformemente alle condizioni previste dal paragrafo 1.c del presente articolo, deve essere tradotta al più presto dinanzi ad un giudice o ad un altro magistrato autorizzato dalla legge ad esercitare funzioni giudiziarie e ha diritto di essere giudicata entro un termine ragionevole o di essere messa in libertà durante la procedura. La scarcerazione può essere subordinata a garanzie che assicurino la comparizione dell'interessato all'udienza.

4. Ogni persona privata della libertà mediante arresto o detenzione ha il diritto di presentare un ricorso ad un tribunale, affinché decida entro breve termine sulla legittimità della sua detenzione e ne ordini la scarcerazione se la detenzione è illegittima.

5. Ogni persona vittima di arresto o di detenzione in violazione di una delle disposizioni del presente articolo ha diritto ad una riparazione.”

evolutive: in generale, qualsiasi privazione di libertà *ante delictum* deve essere strettamente necessaria e agganciata a fini superiori.

Così introdotto lo scopo della norma, si deve sottolineare come nella pratica esso sia necessariamente e inscindibilmente collegato alla definizione di volta in volta accettata, sia essa di “alienato”, “infermo di mente”, “alcolizzato”, e più in generale di soggetto “socialmente emarginato”. La Corte con la fondamentale sentenza sul caso Winterwerp³⁴⁹ ha precisato che il termine “alienato” deve essere messo in relazione “con il progresso della ricerca psichiatrica e la crescente *souplesse* del trattamento e del cambiamento di attitudine della comunità verso i malati mentali, soprattutto nella misura in cui si diffonde una più grande comprensione dei problemi dei pazienti”.

Da qui, attraverso un’operazione di astrazione, si è fatto derivare che “non si può ritenere che l’alinea e) dell’articolo 5.1 autorizzi a detenere qualcuno per il solo fatto che le sue idee o il suo comportamento si discostino dalle norme prevalenti in una determinata società. L’opinione contraria non si concilierebbe con la formulazione dell’articolo 5.1 [...]. Non coinciderebbe nemmeno con lo scopo e l’oggetto di tale disposizione: assicurare che nessuno sia arbitrariamente privato della sua libertà [...]”³⁵⁰.

Nella decisione si introducevano quindi tre condizioni minime, il cui concorso, solo, giustificava le misure di privazione della libertà: l’accertamento dello stato di alienazione da parte dell’autorità giudiziaria competente – accertamento che nei casi di urgenza poteva essere posticipato – attraverso perizia medica obiettiva; la gravità del turbamento mentale, e

³⁴⁹ Winterwerp c. Paesi Bassi, sentenza 24.10.1979, Serie A n. 33

³⁵⁰ *Ibidem*.

l'adeguamento ad essa della misura dell'internamento; la verifica della permanenza del nesso causale tra turbamento e internamento stesso. In poche parole, viene richiesta la regolarità dell'adozione della misura.³⁵¹

Con altra sentenza la Corte faceva un passo ulteriore, laddove affermava: “oltre ai vagabondi, l'alea e) riguarda gli infermi di mente, gli alcolizzati, e i tossicomani. Ora se la Convenzione permette di privare della loro libertà tali persone, tutte socialmente emarginate, non è per l'unico motivo che talora occorre considerarle pericolose per la pubblica sicurezza, ma anche perché il loro stesso interesse può rendere necessario il loro internamento. Dalla circostanza che l'articolo 5 autorizza a detenere i vagabondi, non si può dedurre che gli stessi motivi, o perfino più gravi, si applichino a chiunque possa essere considerato ancora più pericoloso”.³⁵² Altrimenti si accetterebbe l'applicazione del c.d. diritto penale del reo, in cui si punisce un soggetto sulla base della sua pericolosità intrinseca, a prescindere dal modo in cui la esterni.

³⁵¹ Vedi la sentenza della Corte sul caso Quinn c. Francia, 22 marzo 1995, Serie A n. 311. Le autorità nazionali devono in particolare rispettare anche le modalità esecutive, puntualmente individuate tramite legge. Ciò che si evince dalla ripetizione del riferimento alla “regolarità” nelle singole fattispecie (si ritiene abitualmente che l'eccezione della lettera c) sia casuale, e dovuta ad un errore materiale, una mera dimenticanza). Unica eccezione generale è costituita dalla disciplina militare: afferma la Corte che “i limiti che l'articolo 5 (...) impone di non oltrepassare non sono uguali per i militari e per i civili. Una sanzione o una misura disciplinare che si sostanzierebbe incontestabilmente in una privazione di libertà se fosse applicata ad un privato cittadino può non averne il carattere se irrogata ad un militare”. D'altro canto, “non si sottrae tuttavia all'articolo 5 se si traduce in limitazioni che si scostano nettamente dalle normali condizioni di vita in seno all'esercito degli Stati contraenti”.

³⁵² Corte, caso Guzzardi c. Italia, cit.

In un momento logicamente – ma non cronologicamente – seguente rispetto alla verifica della regolarità intesa come conformità al diritto interno e avente ad oggetto anche l'adozione del provvedimento, il Giudice di Strasburgo si è dedicato all'indagine sull'esecuzione della misura di privazione della libertà; “in una società democratica che aderisce alla preminenza del diritto [...], una detenzione arbitraria non potrà mai essere considerata regolare”³⁵³.

Da cui si è giunti a richiedere necessariamente l'esistenza di “un certo legame tra [...] il motivo indicato per la privazione di libertà autorizzata e [...] il luogo e il regime della detenzione. In linea di principio la detenzione di un individuo come infermo di mente sarà regolare sotto il profilo dell'alinea e) del paragrafo 1 solo se è effettuata in un ospedale, in una clinica o in un altro istituto idoneo a ciò abilitato”.³⁵⁴ Motivo per cui venne dichiarata la violazione del diritto di un soggetto internato per sette mesi nel reparto psichiatrico di un carcere, non idoneo alla detenzione così presentata.

Circa la compatibilità della misura di sicurezza in questione con i principi tratti dalla C.E.D.U., la Corte ha ritenuto che la statuizione della Convenzione europea per la salvaguardia dei diritti dell'uomo e delle libertà fondamentali, concernente l'eccezione ai diritti stessi in caso di detenuto in forza di condanna, non può applicarsi all'assoluzione per infermità di mente e al conseguente ordine di internamento in OPG.

In ogni modo, tale internamento, previsto espressamente nella stessa norma ma in un altro inciso, deve aver luogo secondo le vie legali, essere

³⁵³ Corte Europea dei Diritti dell'Uomo, caso Winterwerp c. Paesi Bassi, cit.

³⁵⁴ Corte Europea dei Diritti dell'Uomo, caso Ashingdane c. Regno Unito, sentenza 28.5.1985, Serie A n. 93.

regolare e riguardare un alienato. Deve quindi riconoscersi alle autorità nazionali una certa libertà di giudizio nella valutazione delle prove, mentre compito della Corte è il relativo controllo dal punto di vista della Convenzione. In proposito occorrono le tre condizioni della prova dell'infermità, della legittimazione all'internamento per il carattere o l'ampiezza del disturbo e del prolungamento della misura soltanto in caso di persistenza dell'infermità: in ipotesi di guarigione, occorre disporre rapidamente la liberazione.

Quando la decisione privativa della libertà sia stata presa da un organo amministrativo, l'interessato ha il diritto di farne controllare la legittimità dall'autorità giudiziaria, non così qualora tale decisione sia stata presa dallo stesso giudice con la dovuta procedura, poiché il controllo trovasi già incorporato nella decisione giudiziaria. In caso di internamento di un infermo di mente, tuttavia, deve farsi luogo a ulteriori controlli, a ragionevoli intervalli, per constatare lo stato della malattia. Sussiste peraltro violazione della C.E.D.U. quando la decisione in proposito non viene presa a breve termine: un lasso di tempo di oltre un anno e mezzo integra violazione, anche tenendo conto di incidenti di competenza e impugnazioni.³⁵⁵

³⁵⁵ Vedi anche Corte Europea dei Diritti dell'Uomo, caso *Luberti c Italia*, ricorso 9019/80, in serie A. n.75. La sentenza del 23 febbraio 1984 ha statuito che non può dirsi rispettato l'art. 5 par. 4 della Convenzione europea dei diritti dell'uomo, che riconosce al soggetto privato della libertà personale il diritto ad un esame in breve termine sulla legalità della detenzione, nel caso in cui la procedura per la revoca anticipata della misura di sicurezza dell'internamento in ospedale psichiatrico giudiziario sia durata più di un anno e mezzo, concludendosi con una mera declaratoria di incompetenza, anche se parte della perdita di tempo non è imputabile alle autorità giudiziarie. Nella specie: il ricorrente aveva adito la sezione di sorveglianza di Roma, che, a seguito della pendenza del ricorso in cassazione proposto contro la sentenza d'appello, si era ritenuta incompetente; successivamente, contro tale ordinanza aveva proposto ricorso per cassazione, ma la suprema corte

Tali problematiche sono state, inoltre, discusse in occasione del VII Colloquio Criminologico organizzato dal Consiglio d'Europa³⁵⁶ a conclusione del quale Bernheim ha proposto alcune “osservazioni” e “raccomandazioni”, che sono state fatte proprie dal rapporto finale sul seminario.

Esse sono state così sintetizzate: “conclusioni:[...]5) La predizione clinica della pericolosità, come probabilità di recidiva, si basa su fondamenti scientifici fragili. Questa predizione rientra nei compiti del tribunale, che tiene conto delle informazioni acquisite dalle differenti fonti, ivi comprese le valutazioni diagnostiche e prognostiche del perito. 6) Il delinquente malato mentale, internato in ospedale psichiatrico giudiziario, deve essere sottoposto alle stesse norme e statuti che regolano la situazione dei pazienti ordinari. Raccomandazioni: 1) E' auspicabile che i quesiti posti agli esperti psichiatri si riferiscano, nella prospettiva di una armonizzazione delle leggi penali degli Stati membri, a valutazioni diagnostiche e prognostiche, legate ad un programma di trattamento. 2) Dopo la sentenza, questo programma dovrà essere realizzato in una prospettiva di continuità terapeutica, in funzione di bisogni individuali...”. Il consiglio ha quindi sancito l'inutilità e la negatività di ogni forma di trattamento connotato da fini di “controllo sociale”.³⁵⁷

aveva ritenuto competente a conoscere detto ricorso la corte d'appello di Roma, che infine confermò la ricordata ordinanza della sezione di sorveglianza.

³⁵⁶ Strasburgo, 25-27 novembre 1985.

³⁵⁷ CANEPA G., *Imputabilità e trattamento del malato di mente autore di reato*, cit., pagg.2 e seg. Il tema del colloquio di Strasburgo è stato affrontato mediante l'analisi comparativa dei seguenti punti centrali:

1-La definizione del concetto di imputabilità e di responsabilità, in campo penale, e dei fattori psicopatologici che possono escluderla o attenuarla.

2-I problemi posti dalla valutazione, per mezzo della perizia psichiatrica, della esclusione o della attenuazione della imputabilità, e della responsabilità penale.

3-L'influenza della valutazione dell'imputabilità, e della responsabilità penale, sulla valutazione delle decisioni del magistrato e sul trattamento dei delinquenti malati di mente.

In relazione al primo punto, relativo alla capacità di discernimento e di autodeterminazione, l'autore non può essere punito se non è capace di rispondere ai suoi atti. La maggior parte dei sistemi penali, e particolarmente quelli vigenti in Europa, si basa su tale concetto – con poche eccezioni, che vedremo in seguito – considerato come elemento fondamentale. In genere si è constatato che, in tali ordinamenti, per i soggetti adulti vi è presunzione di responsabilità a partire da determinate età limite. Inoltre, la legge penale si arroga il compito di precisare i casi specifici in cui l'autore di reato risulta esonerato da qualsiasi responsabilità per motivi riguardanti la sua persona – e in particolare le sue condizioni psichiche –, ovvero le circostanze dell'azione.

In particolare in base alla tesi di Shreiber, nella sua relazione al colloquio criminologico di Strasburgo, la valutazione della responsabilità penale è realizzata per mezzo di tre metodi, che risultano rispettivamente quello psicopatologico-normativo, quello puramente psicopatologico, e, infine, quello puramente normativo. Per quanto concerne, invece, il secondo punto, concernente il contributo della perizia psichiatrica alla valutazione della responsabilità penale, Dalgard ha sottolineato che lo studio comparativo dei criteri valutativi ed operativi utilizzati in pratica per la valutazione, dimostra quanto segue:

- 1- al fine di definire lo stato psicopatologico, i diversi sistemi fanno riferimento alle seguenti alterazioni mentali:
 - alienazione mentale o psicosi;
 - anomalia mentale grave;
 - disordine o anomalia mentale;
 - deficienza mentale grave

- 2- al fine di valutare i rapporti fra lo stato psicopatologico ed il comportamento criminale, si fa riferimento ai seguenti criteri:
 - criterio puramente psichiatrico
 - criterio di causalità
 - criterio psicologico-filosofico

Infine, dibattendo sulla terza questione, si è concluso che l'influenza sulla programmazione del trattamento dei delinquenti malati di mente da parte della perizia psichiatrica è piuttosto scarsa. Al riguardo si deve sottolineare il fatto che al perito vengono formulati quesiti che, in genere, non rientrano nell'ambito della sua competenza psichiatrica, ossia problemi di ordine puramente giuridico e morale; ovvero problemi concernenti la pericolosità sociale, considerata come possibilità di

4.2 Le relazioni sugli OPG nell'ambito del Consiglio d'Europa

Come si è più sopra accennato, l'Italia ha ratificato la Convenzione europea dei diritti dell'uomo (CEDU) nel 1955, ed è parte contraente della Carta sociale europea e dei suoi Protocolli aggiuntivi e della Convenzione per la prevenzione della tortura.

In relazione a quest'ultima, il Comitato europeo per la prevenzione della tortura e delle pene o trattamenti disumani o degradanti (CPT) – i cui membri sono eletti dal Comitato dei Ministri del Consiglio d'Europa e il cui Segretariato fa parte della “Direzione generale dei diritti umani e degli affari giuridici” del Consiglio d'Europa - ha più volte visitato gli OPG in Italia. Rispettivamente: nel 1992 e 1996 quello di San Eframio a Napoli, nel 2000 quello di Montelupo Fiorentino, nel 2005 (visita effettuata dal Commissario

recidiva del comportamento delittuoso, e quindi un giudizio di predizione del tutto aleatorio e caratterizzato da ben scarsa attendibilità. Molto raramente è posto al perito il quesito del trattamento, ossia di una programmazione che certamente rientra nell'ambito di sua competenza.

Fondamentalmente si è concluso che le legislazioni penali vigenti nei diversi paesi d'Europa presentano una notevole e diversificata varietà per quanto attiene alla terminologia ed alle definizioni concernenti la nozione di responsabilità penale.

Nel campo della perizia psichiatrica si è osservato che spesso è presente la tendenza a porre al perito dei quesiti riguardanti, ad un tempo, sia l'aspetto psico-patologico sia l'aspetto giuridico-normativo. Ma i meriti, in base all'esperienza acquisita nel corso della loro attività valutativa realizzata a livello dei casi individuali, hanno dimostrato la tendenza a considerare che la valutazione della responsabilità non rientra nell'ambito delle loro competenze.

Di conseguenza è risultato auspicabile che, in futuro, i quesiti posti al perito psichiatra si riferiscano a valutazioni diagnostiche e prognostiche riguardanti la programmazione del trattamento, in una prospettiva di continuità terapeutica ed in funzione delle esigenze individuali.

In tale prospettiva è stata auspicata, per il futuro, una più diretta collaborazione degli esperti nella elaborazione di programmi individuali di prevenzione e di trattamento.

per i Diritti Umani del Consiglio d'Europa Alvaro Gil-Robles³⁵⁸) ed infine nel 2008, quello di Aversa.³⁵⁹

Le ultime relazioni stilate hanno posto in evidenza come le strutture visitate apparissero vetuste e sovraffollate (anche e specialmente a causa della pratica di prolungare gli internamenti per mancanza di strutture adatte all'esterno), offrendo così agli internati condizioni di vita ai limiti della decenza. Il Commissario Alvaro Gil-Robles, nel suo rapporto del 2005, ha sottolineato come gli OPG risultassero, più che dei centri di terapia e riabilitazione, dei centri penitenziari gestiti dall'amministrazione giudiziaria, in cui i malati risultavano destinati a restare ben oltre il tempo necessario, perché la loro pericolosità sociale veniva valutata anche in base alla mancanza di strutture esterne e famiglie disposte e capaci ad accogliere i potenziali "dimessi", decretandone così "l'assenza di possibilità di reinserimento in società"³⁶⁰.

Nel rapporto pubblicato il 20 aprile 2010 ai sensi dell'art. 10, comma 1 della Convenzione per la prevenzione della tortura, il CPT ha analizzato in modo ancora più approfondito e dettagliato le condizioni dell'OPG di Aversa, mettendo in evidenza le scadenti condizioni della struttura, le pessime

³⁵⁸ Vedi *Rapporto di Alvaro Gil-Robles, Commissario per i Diritti Umani, sulla sua visita in Italia, 10-17 giugno 2005 e diretta all'attenzione del Comitato dei Ministri e dell'Assemblea Parlamentare*, Strasburgo, 2005, pagg. 29 e seg., disponibile anche su http://www.coe.int/t/commissioner/Activities/countryreports_en.asp.

³⁵⁹ Vedi *Report to the Italian Government on the visit to Italy carried out by the CPT from 14 to 26 September 2008*, pag. 52 e seg., pubblicato a Strasburgo il 20 aprile 2010 e disponibile sul sito della CPT alla pagina web <http://www.cpt.coe.int/documents/ita/2010-12-inf-eng.htm>.

³⁶⁰ GIL-ROBLES A., *cit.*, pag. 32.

condizioni igieniche e la necessità di migliorare il regime quotidiano di degenza dei pazienti, aumentando il numero e la varietà delle attività trattamentali quotidiane loro garantite.

La delegazione ha ancora una volta riscontrato che alcuni pazienti erano stati trattenuti nell'OPG più a lungo di quanto non lo richiedessero le loro condizioni e che altri erano trattenuti nell'ospedale anche oltre lo scadere del termine previsto dall'ordine di internamento.³⁶¹

Inoltre, i membri del CPT in visita in Italia hanno accusato l'eccessivo uso della forza e dei particolari letti di contenzione – su cui i pazienti seminudi, restavano legati anche per dieci giorni consecutivi – a fronte della mancanza pressoché totale di trattamenti terapeutici, come sottolineato anche dall'insufficiente e superficiale situazione delle cartelle cliniche degli internati, visto anche l'esiguo numero degli psichiatri e dalle molteplici funzioni di questi, spesso dedicati a svolgere compiti più “para-giudiziari” che sanitari.

Anche il trasferimento del Centro sotto la supervisione del Ministero della Salute avvenuto in concomitanza con la visita del CPT, si legge nel rapporto, appare “mal programmato” e orientato al rafforzamento dell'aspetto carcerario piuttosto che sanitario.

³⁶¹ Vedi comunicato stampa del CPT relativamente al suo rapporto sull'Italia pubblicato sul sito <http://www.cpt.coe.int/documents/ita/2010-04-20-ita.htm>. La delegazione ha anche sottolineato come la genericità e l'ineffabilità di un concetto come la pericolosità sociale si presti ad interpretazioni altrettanto ampie e vaghe, oltre che soggettive, causando così lunghi periodi di permanenza degli internati negli OPG, ben oltre la durata “terapeuticamente necessaria”, fino alle estreme conseguenze del c.d. ergastolo bianco.

Al contrario, la delegazione del CPT ha potuto notare, in merito al Servizio psichiatrico di diagnosi e cura (SPDC) presso l’Ospedale San Giovanni Bosco di Napoli, come le condizioni dei pazienti fossero buone, i trattamenti a questi riservati molteplici e individualizzati e il personale medico numeroso e dotato di *skills* variegate, offrendo così condizioni di vita soddisfacenti e rispecchianti il carattere “terapeutico-riabilitativo” della struttura.³⁶²

Contestualmente alla pubblicazione del Rapporto del CPT nel 2010, sono state peraltro rese note anche le risposte del Governo italiano alle critiche sollevate dalla delegazione del Consiglio d’Europa.³⁶³ In tale documento, il Governo ha cercato di ridimensionare i giudizi resi dai membri del CTP, facendo presente il passaggio di consegne tra amministrazione penitenziaria e Ministero della Salute in seguito all’entrata in vigore dell’Allegato C al DPCM del 2008 e all’implementazione di meccanismi di collaborazione tra le strutture penitenziarie e le strutture sanitarie locali (in particolare i protocolli firmati dalle Regioni) finalizzati a trovare soluzioni esterne per un reinserimento sociale di quegli internati la cui pericolosità sociale fosse rientrata. Inoltre, il Governo ha fatto presente come l’utilizzo di mezzi di contenzione sia stato ridotto ai casi di assoluta necessità e che in

³⁶² Vedi *Report to the Italian Government on the visit to Italy carried out by the CPT from 14 to 26 September 2008, cit.*, pagg. 64 e seg. Seppure il giudizio sul SPDC di San Giovanni sia stato nel complesso positivo, il CPT ha comunque suggerito l’apporto di alcuni miglioramenti, come ad esempio la necessità di richiedere la collaborazione presso il centro anche di uno psicologo e di un assistente sociale e, quello più generale e di carattere sistematico, di rinforzare la fase giudiziaria della procedura relativa al trattamento sanitario obbligatorio.

³⁶³ Vedi *Response of the Italian Government to the report of the European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (CPT) on its visit to Italy*, Strasburgo, 20 aprile 2010, pagg. 34 e seg.

particolare i letti di contenzione precedentemente usati siano stati sostituiti da altri strumenti in linea con quelli utilizzati dalle strutture sanitarie extra penitenziarie.

Le autorità italiane hanno poi fatto rilevare come il dibattito in merito a temi come “pericolosità sociale” e “trattamento dei folli-rei” sia vivo sia in seno alla giurisprudenza che alla dottrina penalistica, sia nell’ambito sanitario-psichiatrico che in quello criminologico-peritale. Nel documento vengono menzionate anche le recenti pronunce della Corte Costituzionale che hanno reso il sistema di applicazione delle misure di sicurezza flessibile e *tailor made* per ogni singolo caso, dando un ruolo particolarmente attivo all’autorità giudiziaria ed, in particolare, al magistrato di sorveglianza.

Nella propria risposta il Governo ha segnalato anche l’inizio dei lavori di ristrutturazione dell’OPG di Aversa e il potenziamento del personale sia medico sia para-sanitario, finalizzato a garantire agli internati un ambiente terapeuticamente ed igienicamente idoneo.

Peraltro in modo indiretto il Governo ha sottolineato come, in buona parte, sia il quadro normativo generale (e.g. durata potenzialmente indeterminata delle misure di sicurezza, applicazione dell’OPG a tipologie differenti di soggetti accomunati solo dal compimento di reati e dalla presenza di problematiche psichiatriche peraltro spesso molto diversificate) ad implicare la disfunzionalità dell’istituto visitato dai membri del CPT.

In realtà, come avremo modo di vedere in uno dei prossimi capitoli, la Commissione Parlamentare d’Inchiesta sull’efficacia e l’efficienza del Servizio Sanitario Nazionale, istituita con deliberazione del Senato del 30 luglio 2008, citata nello stesso *Response* del 20 aprile 2010 dal Governo

Italiano, ha appurato come le condizioni degli OPG non siano ad oggi molto diversi da quanto riportato nel Report del CPT del 2008.³⁶⁴

Passiamo ora da quanto riportato dalle istituzioni europee sulle strutture e normativa italiana, a quanto nel resto dell'Europa risulta diverso o simile alla realtà italiana.

4.3 Realtà europea contemporanea

Negli ultimi anni il dibattito sulle presenti tematiche evidenzia una peculiare contrapposizione di orientamenti, in quanto registra l'affermazione di differenti tesi circa la priorità da attribuire alle esigenze di "controllo" o a quelle di "trattamento" del reo, e circa la stessa identificazione delle misure terapeutiche da attuarsi. Tale differenziazione di opinioni trova pieno riscontro nella diversificazione delle normative che, nei singoli Paesi, regolano le procedure giudiziarie e le misure di trattamento da irrogare nei confronti del sofferente psichico autore di reato. Perciò è certamente utile tracciare un quadro, complessivo ed estremamente sintetico, delle differenti realtà vigenti in alcuni Paesi dell'Europa occidentale:

4.3 a) I Paesi del Nord Europa

Nel Codice penale norvegese, il malato di mente autore di reato viene solitamente inserito nell'ambito di specifiche "misure di sicurezza", da effettuarsi in strutture psichiatriche "chiuse". Pur essendo teoricamente

³⁶⁴ Vedi *Relazione sulle condizioni di vita e di cura all'interno degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari* approvata dalla Commissione nella seduta n.125 del 20 luglio 2011, disponibile su: http://www.senato.it/documenti/repository/commissioni/servizio_sanitario16/Relazione_OOPPGG_doc_XXII-bis_4.pdf

indeterminata, la durata di questo tipo di ricovero è stata recentemente oggetto di un ampio dibattito giuridico, ed oggi viene solitamente riferita a limiti di tempo prestabiliti.³⁶⁵

In Finlandia, analogamente a quanto avviene in Norvegia, per i soggetti ritenuti non imputabili e “pericolosi” è previsto l’internamento in ospedale psichiatrico.³⁶⁶

³⁶⁵BERTOLINO M., *L'imputabilità e il vizio di mente nel sistema penale*, cit., pagg.151 e seg. Nel codice penale norvegese, all’insegna del metodo psicopatologico o biologico puro, ciò che acquista maggiormente rilievo è la c.d. diagnosi di malattia. E’ infatti sufficiente l’accertamento di uno stato psicopatologico di una certa gravità, sussistente al momento del fatto, per escludere automaticamente la responsabilità penale. Manca cioè la valutazione giuridica dell’incidenza di siffatto disturbo sulle capacità intellettive e volitive dell’individuo. Individuata per lo più secondo le classificazioni offerte dalla nosografia psichiatrica tradizionale, il giudizio circa l’incidenza del disturbo psichico sulla mente del soggetto include le psicosi, l’incoscienza, la deficienza mentale grave. Secondo il paragrafo 44 del codice penale norvegese non può essere punito “chi al momento del fatto era affetto da un disturbo morboso dell’attività psichica o la sua coscienza era ottenebrata”. In realtà da più parti si è proposta la riforma di tale paragrafo, ampliandone gli spazi di non punibilità, in particolare si intenderebbe riconoscere non imputabile anche il soggetto che abbia commesso il fatto in uno stato di grave perturbamento della coscienza o in un altro stato di profonda anormalità psichica. Ciò permetterebbe l’inclusione nella casistica anche di situazioni in cui la coscienza, pur disturbata non è del tutto offuscata o al caso in cui il disturbo psichico, pur risultando alterato, non assurge a disturbo patologico dell’attività psichica.

Ci avvaliamo a tal proposito della bibliografia riportata dall’autrice, ovvero: BJERKE S., *Zielsetzung un stand der strafrechtsreform in Norwegen*, in *Neuer Tendenzen der Kriminalpolitik*, Freiburg, 1987, pagg.124 e seg. e anche ANCEL M.-STRAHL I., *Le droit pénal des pays scandinaves*, Paris, 1969, pagg.51 e seg. in BERTOLINO M., *ult.op.cit.*, pagg.543 e seg. VINCIGUERRA S., *Il Codice penale norvegese*, Padova, 1998, pagg.41 e seg.

³⁶⁶ LAHTI R., *Criminal sanctions in Finland: a system in translation*, in *AAVV, Scandinavian Studies in law*, 1977, pagg.119 e seg. Il paragrafo 3 del codice penale finlandese prevede in particolare che “non è punibile il fatto commesso da una persona malata di mente da una persona mentalmente deficiente a causa dell’età o per altra simile causa”. Inoltre lo stesso paragrafo dichiara non imputabile chi ha

In Danimarca la sezione XVI del codice penale prevede differenti possibilità di trattamento dell'autore di reato prosciolti perché infermi di mente. Nel caso il Tribunale ritenga necessario prevenire la reiterazione, possono infatti essere applicate diverse misure, consistenti nell'affidamento del soggetto a un servizio psichiatrico ambulatoriale, all'inserimento dello stesso in una struttura ospedaliera "civile", o, in casi particolari, alla sua restrizione in una struttura di massima sicurezza. Tali misure hanno una durata teoricamente illimitata, pur potendo essere revocate non appena il Tribunale lo ritenga opportuno.³⁶⁷

commesso il fatto in un momento di temporaneo discontrollo. La questione attiene ad un tema da tempo al centro di un ampio e acceso dibattito anche in Italia, attinente al rilievo scusante da riconoscere a quel tipo di disturbo psichico che va sotto il nome di "discontrollo episodico".

Il par. 2 contempla invece l'ipotesi della semi-imputabilità, che anche per il diritto finlandese comporta una diminuzione di pena. Vedi anche BACKMAN E.-KOSKINEN P. – LAHTI R. – LEHTIMAJA L., *Finnish Criminal Policy in Transition.*, Helsinki, 1979, *passim*.

³⁶⁷ MANNA A., *L'imputabilità e i nuovi modelli di sanzione*, cit., pagg. 117 e seg. La Danimarca risulta essere stata lo stato antesignano in termini introduttivi degli istituti di terapia sociale. Nel codice penale del 1933 i parr. 16 e 17 prevedevano il ricovero in particolari istituti di custodia per determinati gruppi di delinquenti. Il par. 17 disponeva in particolare, che, se l'autore del reato, al momento del fatto, dimostrava un insufficiente sviluppo, una debolezza mentale, oppure un disturbo delle sue facoltà mentali, comprese le anomalie sessuali, il tribunale potesse, con l'aiuto di un perito, e valutate tutte le altre circostanze, verificare se risultava che la pena potesse comunque comportare un qualche effetto. In caso contrario, con riferimento ai parr. 70 e 72, era possibile l'applicazione o di misure di sicurezza non detentive, quali il divieto di soggiorno in determinati luoghi, oppure, se ciò non era sufficiente a salvaguardare le esigenze di sicurezza, il ricovero in manicomio, oppure in istituti per deboli di mente, oppure, ancora, in istituti per alcolisti, oppure, infine, in particolari istituti di custodia.

Lo stato danese di è invero segnalato per il carattere innovativo della disciplina, non solo per quanto riguarda la disciplina relativa all'imputabilità, con una classificazione delle infermità di mente non più soltanto a base organica, ma anche a

In Olanda, il problema della pericolosità del sofferente psichico-reo è affrontato da una specifica normativa elaborata nel 1928 e riformata nel 1986, che prevede, per i soggetti affetti da un qualsiasi disturbo psichiatrico ed autori di reato la possibilità di sostituire la pena con una misura di ospedalizzazione psichiatrica, da attuarsi qualora “ragioni di sicurezza per le persone e per le cose” lo motivino.³⁶⁸

livello di misure di sicurezza. Era, infatti, aperta la strada per gli istituti di terapia sociale.

Il trattamento in tali istituti era definito come “terapia di crescita integrata ed individualizzata”, ovverosia tendente a rinforzare, pure verso l'esterno, la struttura della personalità dei detenuti, giacchè il reato era considerato come conseguenza anche della distorta dinamica dei rapporti interpersonali. Veniva, infatti, utilizzata a preferenza la terapia di gruppo, mentre solo di rado si ricorreva agli psico-farmaci. Negli anni Settanta però, anche tali tipi di strutture iniziarono ad entrare in crisi, con un ritrorno verso posizioni neo-classiche nell'ambito delle teorie della pena che involse sia i Paesi Scandinavi, che quelli continentali e anglosassoni verso la fine di tale decennio. Vedi a proposito della crisi dell'idea rieducativa, che solo recentemente sembra riprendersi, sia pure a stento e con opinioni contrastanti PALMER T., *The Re-emergence of Correctional Intervention*, Newbury Park-London-New Dehli, 1992; e anche ANDREWS D. A.-ZINGER I.- HOGE R. D. – BONTA J.- GENDREAU P. - CULLEN, F. T. , *Does correctional treatment work?*, in *Criminology*, 1990, pagg.369 e seg.

³⁶⁸ MAUCH G., *Trattamento psicoterapico del delinquente in Olanda*, in *Quaderni di criminologia clinica*, 1966, pagg.37 e seg. e JESSEN J.L., ROOSENBURG A.M., *Treatment results at the Dr Henri van der Hoeven Clinic*, in *Proceedings of the Fifth World Congress of Psychiatry*, Mexico D.F., 25 november-4 December 1971, Part I, Amsterdam, 1971, pagg.723 e seg. La situazione olandese presenta molte analogie con quella riportata in Danimarca. All'inizio degli anni Venti fu varata una c.d. legge sugli psicopatici, in base alla quale determinati tipi di delinquenti affetti da tali disturbi dovevano essere “posti a disposizione dell'amministrazione”, dopo l'espiazione della pena, ed a questo scopo inviati nei c.d. istituti per psicopatici. Dal 1928 questa m.d.s. fu applicata, in un primo tempo nella forma di una esecuzione custodiale più adatta alle esigenze dell'assistenza sociale, rispetto a quella offerta nelle normali carceri, e con l'etichetta di “terapia di lavoro”. Ma tale metodo in un secondo momento fallì, fu così che nel 1949 fu allestita la clinica per l'osservazione,

In Svezia, pur essendo prevista l'affermazione della aprioristica responsabilità di tutti i sofferenti psichici autori di reato, la normativa vigente contempla la possibilità che questo tipo di pazienti sia affidato ad istituti psichiatrici specializzati. Le modalità di trattamento da esperirsi sono comunque le stesse previste per i pazienti non autori di reato, ed è possibile che il soggetto sia ammesso anche ad una terapia di tipo ambulatoriale.³⁶⁹

4.3 b) Paesi Anglosassoni

nel 1951 si aprì il centro di selezione e , nel 1954, il primo istituto di terapia sociale, e cioè la "Van der Hoeven Klinik".

E' interessante descrivere il procedimento di ricovero. Qual'ora nel corso dell'istruttoria penale l'indagato mostri disturbi delle facoltà mentali, il giudice nomina un perito per stabilire se sia necessaria una particolare osservazione psichiatrica. In caso affermativo si ricovera il soggetto nel centro di osservazione, e, se dopo tale periodo, risulta che il soggetto non è affetto da psicosi, che lo rende non imputabile, bensì da una psicopatia, il Tribunale ordina dopo la pena, il ricovero in un istituto per psicopatici.

Anche qui si assiste quindi all'adozione del sistema del doppio binario quindi, evidentemente dovuta anche al fatto che le psicopatie non sono considerate cause di esclusione della pena.

Bisogna comunque aggiungere che il legislatore olandese sta tuttavia preparando una profonda riforma del sistema delle misure di sicurezza, che include decisive trasformazioni degli istituti di terapia sociale, analogamente a come avvenne in precedenza con la revisione del c.p. danese.

³⁶⁹ REISNER R.- SEMMEL H., *Abolishing the Insanity Defense: A Look at the Proposed Federal Criminal Code Reform Act in Light of the Swedish Experience*, in *62 California Review*, 1974, pagg.760 e seg. I due autori sottolineano come l'eliminazione della distinzione fra soggetto responsabile e soggetto irresponsabile rispondesse agli scopi di deterrenza e di riabilitazione riconosciuti al fine in via esclusiva alla pena, risultando così completamente superata l'idea retributiva. Inoltre, l'eliminazione di siffatta distinzione sembrava meglio rispondere all'esigenza di un sistema penale più adeguato e vicino alla realtà sociale e psichiatrica. Ad ogni modo sul sistema abolizionistico svedese dedicheremo un apposito paragrafo.

In Inghilterra, dopo un verdetto di proscioglimento per infermità mentale, il tribunale può ricorrere a differenti provvedimenti: l'invio del soggetto, per un periodo di tempo nei fatti indefinito, ad un ospedale psichiatrico giudiziario di massima sicurezza, oppure l'emissione di un "ordine di ospedalizzazione" rinnovabile, della durata di sei mesi, o infine ancora la sostituzione della sanzione con l'affidamento al servizio sanitario pubblico, ai fini dell'inserimento di una struttura psichiatrica "civile", o della messa in atto di un trattamento ambulatoriale.³⁷⁰ Approfondiremo in un apposito paragrafo del presente capitolo la disciplina normativa, la situazione delle strutture atte ad ospitare e i dati disponibili sui c.d. *mentally disordered offenders*.

In Irlanda, il riconoscimento del vizio totale di mente è invocato dalla difesa del reo solamente nei casi di omicidio, e determina l'inserimento del soggetto in una struttura psichiatrica "chiusa" e centralizzata – il *Central Mental Hospital* – per un ricovero che ha una durata indeterminata, ed è revocabile solamente dallo stesso Tribunale che ha emesso la sentenza. I

³⁷⁰ WALKER N., *Crime and Insanity in England*, Edinburgh, 1968, *passim*; e anche SMITH JC - HOGAN B., *Criminal Law*, London, 1988, pagg.186 e seg. Come sottolineato dagli autori, un punto di riferimento nell'ordinamento inglese è da sempre rappresentato dalle Mc Naughten Rules, nate da un caso pratico su cui si era pronunciata al tempo la Camera dei Lords. Pur riconosciute ormai obsolete, e applicate in rari casi, offrono la seguente regola tutt'ora fondamentale nel giudizio di responsabilità: "*to establish a defense on the ground of insanity, it must be clearly proved that, at the time of the committing of the act, the party accused was laboring under such defect of reason, from disease of mind, as not to know the nature and quality of the act he was doing, or if he did know it, that did not know he was doing what was wrong*". Il metodo accolto in tale formula risulta essere quello misto, con la conseguenza che alla diagnosi di malattia deve seguire il giudizio circa l'incidenza di quest'ultima sulla capacità del soggetto di conoscere la natura e la qualità dell'atto o, in caso abbia questa facoltà, l'incidenza sulla sua capacità di comprendere che sta compiendo qualcosa di illecito.

sofferenti psichici autori di reati di minore gravità sono invece ricoverati negli ospedali psichiatrici “civili” del loro territorio di residenza.³⁷¹

4.3 c) I Paesi dell’area tedesca

In Germania, in caso di esclusione dell’imputabilità il sofferente psichico autore di fatto-reato viene prosciolto, mentre in caso di “vizio parziale” di mente è possibile irrogare una pena inferiore.³⁷²

In entrambi i casi, il reo può essere inserito in un ospedale psichiatrico, se si ritiene probabile che in futuro possa compiere ulteriori e gravi reati. Tale ospedalizzazione, teoricamente diretta ad integrare le esigenze di tutela della collettività con quelle di trattamento del reo, può avere una durata indeterminata, ma deve essere verificata ogni anno, ed è computata ai fini dell’eventuale espiazione del periodo residuo della sanzione.³⁷³ Inoltre, con la

³⁷¹ CHARLETON P., *Irish Criminal Law: Student Edition*, Dublin, 1999, pagg.102 e seg. e BALESTRIERI D., *Introduzione allo studio del diritto penale irlandese : i principi*, Padova, 2000, pagg.47 e segg.

³⁷² Il Codice Penale prevede, infatti la misura dell’internamento in ospedale psichiatrico se: “chi ha commesso un fatto antiggiuridico in stato di incapacità o di incapacità diminuita..se la valutazione complessiva dell’autore e del fatto commesso fa ritenere che siano da attendersi a causa del suo stato rilevanti fatti antiggiuridici e che per questo sia pericoloso per la collettività”. Vedi in particolare per un traduzione puntuale del codice penale tedesco VINCIGUERRA S., *Il codice penale tedesco*, Padova, 2003.

³⁷³ FORNASARI G., *I principi del diritto penale tedesco*, Padova, 1993, pagg.324 e seg. Bisogna premettere che in Germania l’imputabilità è trattata tra i fondamenti della punibilità, dal momento che essa è concepita come un presupposto necessario della colpevolezza, in mancanza del quale il fatto illecito non può divenire un reato perché nemmeno si pone il problema dell’elevazione del rimprovero. Essa, infatti, non a caso è definita come *Shuldfahigkeit* . La disciplina riguardante l’imputabilità contenuta nel codice tedesco si limita a tre norme che regolano rispettivamente l’incapacità di colpevolezza del minore, quella dovuta a disturbi psichici e la capacità

riforma del 28 luglio 2004, l'ordinamento giuridico penale tedesco ha previsto la possibilità per il giudice di applicare all'internato dimissibile due nuove misure penali: la prima consistente nella libertà vigilata accompagnata da prescrizioni terapeutiche e di controllo (se tali misure vengono ritenute sufficienti di per sé a prevenire e contenere la pericolosità attenuata del soggetto), la seconda rappresentata dalla custodia di sicurezza nel caso in cui “dalla valutazione complessiva del soggetto, dai fatti ed altresì dall'esecuzione della misura risulti che l'internato commetterà con alta

di colpevolezza diminuita, mancando invece una regolamentazione specifica degli stati di ubriachezza e di intossicazione da stupefacenti, del sordomutismo e dell'*actio libera in causa*.

La questione più controversa in materia è senz'altro legata al trattamento dei soggetti affetti da disturbi psichici. Le cause di incapacità di comprendere l'illiceità del fatto o di agire secondo tale consapevolezza, possono essere imputate a un disturbo psichico patologico, un profondo disturbo di coscienza, una deficienza mentale o un'altra grave anomalia psichica. Quest'ultimo fattore aggiunto in seguito alla riforma del 1975.

Per quanto concerne invece il profilo sanzionatorio, occorre notare che il diritto tedesco riformato ha mantenuto, almeno in linea di principio, il c.d. sistema del doppio binario, prevedendo al par.63 dello StGB il ricovero in ospedale psichiatrico del soggetto non imputabile o semi-imputabile. Vedi a tal proposito BERTOLINO M., *L'imputabilità*, cit., pagg.317 e seg. presupposto per il ricovero rimane pur sempre la pericolosità del soggetto in concreto accertata, rispettando sempre i principi di proporzionalità. L'internamento può essere a tempo indeterminato, e inizialmente sostituibile con quello in un istituto di terapia sociale, previsto dal par.65 del codice. Ma dopo molte incertezze tale paragrafo fu espunto dallo StGB, e tale misura alternativa fu relegata a pura modalità di esecuzione della pena in base al par. 9 StVollG. Ma la linea di riforma orientata alla risocializzazione sembra tuttavia essere stata rispettata almeno per quanto attiene al principio della vicarietà tra pena e misura di sicurezza detentiva.

Si è infatti riconosciuta la priorità dell'esecuzione della misura rispetto all'esecuzione della pena e con la possibilità di scomputo del tempo trascorso in esecuzione della misura sulla durata della pena inflitta. E' prevista infine un'eventuale sospensione condizionale della pena ancora da scontare, una volta eseguita la misura di sicurezza, qualora gli scopi di risocializzazione e di difesa sociale che avevano motivato quest'ultima risultino soddisfatti.

probabilità fatti di reato rilevanti con grave pregiudizio mentale o fisico della vittima”.³⁷⁴

In Austria , il sofferente psichico autore di reato viene internato in strutture psichiatriche “chiuse” se presenta una condizione psicopatologica di particolare gravità, se ha commesso un reato di rilievo, e se il Tribunale lo ritiene pericoloso per la collettività, in ragione della “alta probabilità” che lo stesso, “se non sottoposto a trattamento commetta un altro grave reato sotto l’influenza della anomalia psichica di cui soffre”. In questi casi, non viene predeterminata la durata del trattamento da attuarsi.³⁷⁵

³⁷⁴ Vedi art. 66 Codice penale tedesco come tradotto da VINCIGUERRA S., *op.cit.*, pag. 31 e per una ricostruzione della disciplina tedesca PELISSERO M., *op.cit.*, pagg. 1020 e seg.

³⁷⁵ VINCIGUERRA S., *Codice penale universale austriaco*, Padova, 2001, pagg.39 e seg. Con problemi del tutto analoghi sembrano scontrarsi la teoria e la prassi austriache, alle prese con una norma, il par.11 StGB, che, definisce non colpevole colui che a causa di un disturbo psichico riconducibile a quelli tipizzati nella norma stessa manca della capacità di comprendere e di controllare il proprio comportamento al momento del fatto. Anche qui si utilizza una normativa,che, come quella tedesca, impiega il metodo misto e che, come quest’ ultima, ha subito nel 1975 un’importante modifica. Con il nuovo par.11, non solo si è passati infatti dal metodo puramente psicologico a quello misto, ma è stata introdotta una clausola generale, secondo la quale accanto alla malattia mentale, alla debolezza mentale e al disturbo profondo della coscienza, altri gravi disturbi psichici, purché equivalenti ad uno degli stati psichici appena indicati, possono escludere l’imputabilità, sempreché, come per gli altri disturbi, abbiano reso il soggetto incapace di capire l’illiceità del proprio comportamento o di comportarsi secondo questa comprensione. Da un punto di vista sanzionatorio il codice penale austriaco prevede il ricovero in un istituto per “autori di reato psichicamente anormali” al par.21, il che equivarrebbe, grosso modo, alla tradizionale disciplina degli ospedali psichiatrici giudiziari, se no fosse per la disposizione del secondo comma. In quest’ultimo si prevede che il ricovero venga disposto anche nei confronti di chi, pur non essendo giudicato imputabile, abbia tuttavia commesso il fatto, punito astrattamente con una pena superiore ad un anno di reclusione, sotto il flusso di un’”anormalità psichica” di notevole entità. In tale caso il ricovero equivale, in pieno sistema vicariale, all’aver

In Svizzera, a partire dal 1971, il ricovero coattivo in una struttura psichiatrica “chiusa” può essere disposto, sulla base di esigenze di trattamento e di sicurezza della collettività, anche nei confronti dei sofferenti psichici imputabili, e di quelli che, in generale, necessitano di un trattamento in condizioni “di cura e di custodia”. La durata di questo tipo di provvedimento è teoricamente indeterminata, ed in alcuni casi è possibile che le misure di tipo segregativo siano sostituite da un trattamento di tipo ambulatoriale.³⁷⁶

scontato la pena. In tale ultima prospettiva pertanto, la disciplina relativa agli istituti per autori di reato psichicamente abnormi sembra avvicinarsi non poco a quella tipica degli istituti di terapia sociale.

³⁷⁶ Vedi il codice penale svizzero del 21 dicembre 1937 e successive modifiche, Berna, 1996, pagg.62 e seg. Per quanto concerne il sistema sanzionatorio riservato al soggetto infermo di mente e l’orientamento del legislatore svizzero a riguardo, occorre riconoscere in primo luogo che lo stato di non imputabilità o di diminuita imputabilità non costituisce più un presupposto fondamentale per l’irrogazione della misura di sicurezza. Ad sso è stato preferito quello della necessità e opportunità di trattamento medico del soggetto, in ragione del suo stato mentale. Si tratta di una svolta decisiva che il legislatore ha attuato nel 1971 e che, data la sua originalità, merita particolare attenzione. Abbandonando la tradizionale impostazione, l’art.43, intitolato misure di sicurezza per abnormi psichici, prevede la possibilità di applicare nei confronti di soggetti mentalmente abnormi, quindi anche di quelli riconosciuti pienamente imputabili, la misura di sicurezza dell’internamento in un istituto specializzato o in un istituto di cura e di custodia, sempreché ragioni rispettivamente di “sicurezza sociale” o di “bisogno di trattamento” lo richiedano. In quest’ultimo caso, proprio perché manca la pericolosità del soggetto, la misura di sicurezza può consistere anche nel c.d. trattamento ambulatoriale.

L’applicazione di tali misure dunque risulta essere del tutto indipendente dal risultato del giudizio sull’imputabilità e piuttosto condizionata, oltre che dall’aver commesso un reato, per il quale è comminata la pena detentiva, dalla pericolosità del reo ovvero dal suo bisogno di trattamento psichico. Da ciò consegue che l’internamento, quale misura di sicurezza per ‘infermo di mente secondo le due diverse modalità indicate all’art.43, potrà affiancarsi alla pena non solo nel tipico caso di soggetto riconosciuto semi-imputabile.

4.3 d) I Paesi francofoni

In Francia l'inserimento del malato di mente autore di fatto-reato in una struttura psichiatrica ospedaliera, fino alla recente riforma del 2008, non era di competenza del magistrato di merito, ma veniva disposto dall'autorità amministrativo-sanitaria, sulla base della richiesta di un congiunto, dell'interessato o di quella del prefetto, e si esperiva nell'ambito di una comune struttura per pazienti psichiatrici.³⁷⁷

Con la legge n.174 del 25 febbraio 2008 il legislatore francese ha attribuito al giudice penale la competenza a decidere sul trattamento della malattia mentale ed, in particolare, il potere di disporre l'internamento in

³⁷⁷ Per una visione dell'ordinamento giuridico francese ante-riforma vedi GALANTINI N., *Profili della giustizia penale francese*, Torino, 1995, pagg.78 e seg. All'art. 64 del codice penale francese si parla genericamente di "demenza", nel senso di forma di alienazione mentale caratterizzata dall'abolizione delle facoltà intellettive. In altre parole, in base all'art.64 rientrano nel concetto di demenza tutti i disordini di natura patologica grave, che, anche se ciò non risulta espressamente dal codice, abbiano eliminato la facoltà di discernimento e controllo. Pur inteso in questi termini, il concetto di demenza rimane tuttavia vago e impreciso, che – a detta degli stessi psichiatri forensi – si presta a ricomprendere tutti i tipi di disturbo mentale e, in quanto tale, risulta privo di qualsiasi significato clinico.

Nei confronti del soggetto riconosciuto totalmente infermo di mente, il codice penale francese non prevedeva alcuna misura di internamento di competenza del giudice penale nel giudizio di cognizione. La decisione infatti circa l'internamento in un ospedale psichiatrico spetta all'autorità amministrativo-sanitaria, una volta che il giudizio si sia chiuso con il proscioglimento del soggetto riconosciuto non imputabile. Particolare attenzione merita comunque la precedente esperienza francese, in quanto si vedrà come le proposte di riforma della normativa prevista dal codice penale italiano in tema di imputabilità sia da annoverare anche quella che ha indicato nell'affidamento del delinquente malato di mente al servizio sanitario civile la soluzione migliore in alternativa all'ospedale psichiatrico giudiziario, rivelatosi nella realtà istituto custodialistico repressivo anziché luogo di cura e di reinserimento sociale. Tutto ciò in assoluta controtendenza rispetto all'ordinamento francese che con la recente riforma del 2008 ha adottato un regime maggiormente ispirato ad istanze di difesa sociale special-preventive, piuttosto che terapeutico-amministrative.

ospedale psichiatrico nel caso in cui il prosciolto per infermità presenti disturbi mentali che richiedano cure e compromettano la sicurezza delle persone o l'ordine pubblico.³⁷⁸

In Belgio, il codice penale non prevede alcuna misura di sicurezza per il soggetto prosciolto per infermità mentale. Per concretizzare le istanze di sanzione e di segregazione espresse dalla collettività, già a partire dal 1930 è stata tuttavia promulgata una specifica “Legge di difesa sociale”, che prevede la istitutizzazione psichiatrica di ampie categorie di sofferenti psichici e, di conseguenza, anche di quelli autori di reato.³⁷⁹

³⁷⁸ Per una più ampia illustrazione vedi PELISSERO M., *Pericolosità sociale e doppio binario. Vecchi e nuovi modelli di incapacitazione*, Torino, 2008, pagg. 162 e seg.

³⁷⁹ DOUCET J P, *Précis de droit pénal général*, Liège, 1976, pagg. 199 e seg. , cit. in BERTOLINO M., cit., pagg. 198 e seg. L'art.71 del codice penale belga sancisce “che non c'è reato allorché il soggetto si trova in uno stato di demenza al momento del fatto o allorché ha commesso il fatto spinto da un impulso a cui no ha potuto resistere”. A proposito del concetto di demenza si precisa che esso non andrebbe inteso in senso strettamente medico, ma in termini generali e comuni. Infatti non esisterebbe uan definizione legale di demenza. In tale ottica, si considerano stati di demenza tutte le malattie della mente che inibiscono il controllo delle facoltà mentali. Sotto il profilo del trattamento, come in Francia, per il soggetto prosciolto per infermità mentale il codice penale non prevede alcuna misura di sicurezza.

Per ovviare a questo stato di cose, ed in particolare allo scopo di attuare una concreta difesa nei confronti di soggetti di tal genere, nel 1930 è stata introdotta la c.d. legge di difesa sociale, modificata nel 1964 e tuttora in vigore, che prevede un regime speciale per i soggetti prosciolti perché dementi, nonché per i delinquenti c.s. anormali, cioè per i soggetti che, pur essendo mentalmente disturbati, non potrebbero essere considerati dementi ai sensi dell'art.71 c.p.

Questo singolare connubio legislativo appare di particolare rilievo, perché la legge di difesa sociale, senza abrogare o modificare l'art.71 del codice penale, attua, di fatto, un'estensione degli spazi di non punibilità, prendendo in considerazione anche stati psichici semplicemente anormali.

In base ad essa quindi, non solo i delinquenti che soffrono di un disturbo psichico inquadabile nel concetto di demenza, l'unico fatto proprio dal codice penale,

4.3 e) I Paesi dell'area mediterranea

Per quanto concerne la nozione della “pericolosità” dell'autore di reato espressa in Grecia, è possibile rilevare che il soggetto considerato non imputabile deve essere affidato ad una “istituzione terapeutica statale” solamente se il reato commesso è punibile con una pena superiore ai sei mesi, e se il tribunale lo qualifica come “pericoloso per la sicurezza pubblica”.³⁸⁰

In Spagna, gli autori di reato ritenuti non imputabili in quanto “alienati” fino a poco tempo fa erano automaticamente inseriti in strutture psichiatriche giudiziarie, mentre oggi, in alcuni casi, possono usufruire di un trattamento extra manicomiale, eventualmente attuabile in sede ambulatoriale.³⁸¹

possono non essere assoggettati a pena, ma anche quei soggetti che si trovano in uno stato di grave squilibrio mentale o di debolezza mentale, che li rende incapaci di controllare le proprie azioni.

³⁸⁰ KODAXES A. K. , *The Greek Penal Code (Poinikos Kodikas)*, in *The International and Comparative Law Quarterly*, Vol. 35, No. 1, Cambridge, 1986 pagg.221 e seg. In Grecia il metodo puramente psichiatrico sembra trovare applicazione esclusivamente sul piano della prassi e solo in alcune ipotesi particolari, come nel caso di schizofrenia o di psicosi maniaco depressive. Negli altri casi invece la responsabilità è esclusa in base ai requisiti richiesti dal metodo c.d. misto, secondo quanto disposto dagli artt. 34 e 36 del codice penale. In particolare secondo l'art.34 non è imputabile chi “al momento del fatto, a causa di un disturbo morboso dell'attività mentale o della coscienza, non era in grado di comprendere il carattere illecito del proprio atto o di comportarsi secondo questa consapevolezza. L'art 36 prevede poi, con riferimento alla imputabilità c.d. diminuita, un'attenuazione della pena.

³⁸¹ Vedi a tal proposito OLIVARES Q., *La reforma penal de 1983*, Barcelona, 1983, pagg.71 e seg.; e anche CARBONELL MATEU JC , *Enfermedad mental y delito : aspectos psiquiátricos, penales y procesales*, Valencia, 1987, pagg.169 e seg. Il legislatore spagnolo si è mantenuto fedele al metodo psicopatologico nella disciplina delle cause di esclusione dell'imputabilità. La formula usata risulta essere generica e

In Portogallo, quando un fatto previsto dalla legge come reato sia stato commesso da un individuo considerato non imputabile, il tribunale fa internare il reo in uno “stabilimento di cura, trattamento e sicurezza” solamente nel caso in cui, in dipendenza della “anomalia psichica” riscontrata e della gravità del fatto-reato commesso, si ponga il motivato dubbio che il soggetto commetta nuovi e gravi fatti specifici.³⁸²

facente leva sul concetto di “alienazione” e di “turbamento mentale transitorio” , senza richiedere una concreta verifica della loro incidenza sulla capacità di comprendere e di agire secondo tale comprensione da parte del soggetto riconosciuto affetto da un disturbo mentale di tal genere al momento del fatto. A contenere la sfera di operatività della disposizione in questione, la cui applicazione in termini generali avrebbe certamente minato la tenuta preventiva del sistema penale, si è adoperata in seguito la dottrina e la giurisprudenza.

Con la riforma del 1983 si è posto mano al comma tre del medesimo art.8 che ha modificato il profilo delle conseguenze sanzionatorie relative al soggetto riconosciuto totalmente o parzialmente infermo di mente. In particolare al Tribunale è stata riconosciuta la possibilità, qualora lo ritenga opportuno, di sostituire l’internamento, anche se già iniziato, con altre misure di sicurezza tassativamente elencate nello stesso articolo e, fra queste, con il “trattamento ambulatoriale”. Conseguentemente, l’internamento diventa una delle possibili misure di sicurezza da applicare al soggetto riconosciuto infermo di mente. Quello dell’internamento potrebbe essere quindi definito un ruolo residuale, riservato cioè, secondo la dottrina, a quei soggetti infermi di mente pericolosi. In altre parole, il tribunale dovrebbe ritenere non necessario l’internamento nei confronti dei soggetti scarsamente o tutt’affatto pericolosi.

La riforma ha inoltre allargato la portata della riforma del 1983 riconoscendo l’esimente in generale applicabile anche ai soggetti “che soffrono di alterazioni nella percezione congenite o dall’infanzia, sempreché risulti gravemente alterata la coscienza della realtà”.

³⁸² LEAL HENRIQUES M. – SIMAS SANTOS M., *O código penal de 1982*, Lisboa, 1986, pagg.162 e seg. Col nuovo codice penale portoghese il legislatore ha abbandonato il metodo psicopatologico per accogliere infine quello misto. In base all’art.20 infatti , no è imputabile chi al momento del fatto, a causa di un’anomalia psichica era incapace di intendere l’illiceità del fatto o di determinarsi secondo questa comprensione.

4.3 La Svezia: un caso esemplare

Il codice penale svedese, emanato nel 1964, entra in vigore nel 1965, dopo una serie di riforme, già intervenute nell'ordinamento pre-esistente che avevano modificato in qualche modo il panorama del diritto criminale.

Ma il nuovo legislatore introdusse una novità, a dir poco eclatante e dalla grande portata riformista: l'abbandono della distinzione tra soggetti imputabili e non imputabili, provocando così il superamento definitivo di quel sistema, a tutt'oggi prevalente negli ordinamenti europei, Italia inclusa, del c.d. doppio binario.³⁸³

Del tutto originale appare la tecnica di redazione della fattispecie della semi-imputabilità e la relativa disciplina. L'originalità è data dal fatto che secondo il codice penale portoghese, a differenza di tutti gli altri codici, ad una capacità psichica semplicemente diminuita e in quanto tal accertata, non consegue tuttavia la correlativa dichiarazione di in imputabilità parziale, quanto quella di totale in imputabilità. Ecco la disciplina in proposito dettata dall'art.20, n.2: "può esser dichiarato non imputabile il soggetto, al cui capacità di valutazione dell'illiceità del fatto o di determinarsi secondo tale consapevolezza era al momento del fatto sensibilmente diminuita a causa di un'anomalia psichica grave, non accidentale e non dominabile e quindi esente da censura".

Per quanto concerne il trattamento sanzionatorio si prevede l'applicazione della misura di sicurezza dell'"internamento in un istituto di cura, di trattamento o di sicurezza" nei confronti dei soggetti comunque dichiarati non imputabili sempreché siano pericolosi. Inoltre all'art.103 c.p. si prevede che il soggetto, pur dichiarato imputabile, qualora presenti un'anomalia psichica, possa scontare il tempo della pena in un istituto destinato ai soggetti in imputabili, nel caso risulti che l'esecuzione della pena secondo il regime ordinario sia pregiudizievole alla sua salute psichica.

³⁸³ STRAHAL A., *Introduction to the penal code of Sweden, Stockholm, 1965*, pagg. 5 e seg., cit. in BERTOLINO M., *ult.op.cit.*, pagg.267 e seg. Il codice del 1864, uscito nel 1865, ha risentito fortemente dell'influenza del codice francese.

Per la verità, un tentativo "abolizionista" in tal senso è già da reperirsi nell'opera del filosofo italiano SPIRITO U., *Storia del diritto penale italiano da Cesare Beccaria ai nostri giorni*, Firenze, 1925, *passim*. Sulla terza edizione di quest'opera del 1974,

La filosofia sottesa a tale riforma era senz'altro permeata da finalità preventive dei reati, in particolare attraverso la risocializzazione del reo, e in generale da una maggiore attenzione rivolta verso l'autore che verso il fatto reato in sé.³⁸⁴

Si tentò, in particolare, di creare un sistema sanzionatorio più elastico, in grado cioè di assicurare gli strumenti più adatti nel caso concreto alla realizzazione degli scopi preventivi, pur nel rispetto della dignità e della libertà dell'uomo.³⁸⁵

A tale obiettivo non corrispondeva appunto la differenza fin allora persistente tra il regime sanzionatorio a cui erano soggetti gli imputabili, e i non imputabili: ovvero le pene e le misure di sicurezza.³⁸⁶

si vedano le riflessioni di CALVI A.A., *Ugo Spirito criminalista*, in *Quaderni Fiorentini*, 1974-5, pagg.801 e seg, in spec. Pagg.834 e seg.

³⁸⁴ Vedi a tal proposito: REISNER R.- SEMMEL H., *Abolishing the Insanity Defense: A Look at the Proposed Federal Criminal Code Reform Act in Light of the Swedish Experience*, in *California Law Review*, 1974, pagg.760 e seg., I quali sottolineano come l'eliminazione della distinzione fra soggetto responsabile e soggetto irresponsabile rispondesse agli scopi di deterrenza e di riabilitazione riconosciuti al fine in via esclusiva alla pena, risultando così completamente superata l'idea retributiva. Inoltre, l'eliminazione di siffatta distinzione sembrava meglio rispondere all'esigenza di un sistema penale più adeguato e vicino alla realtà sociale e psichiatrica.

³⁸⁵ SIMSON M.D., *Sanctions against law breakers in the New Swedish Criminal Code*, in *J. of Offender Therapy*, 1967, pagg.33 e seg. Il capitolo I, sez.7 afferma che "nella scelta della sanzione la corte, tenuta presente l'esigenza di mantenere il rispetto generale della legge, deve considerare che la sanzione serve per realizzare la riabilitazione del condannato nella società", da qui l'esigenza di un sistema sanzionatorio particolarmente differenziato, onde consentire l'applicazione di sanzioni il più possibile individualizzate, idonee cioè alle esigenze del caso concreto.

³⁸⁶ ANTILLA I., *Conservative and radical criminal policy in the Nordic countries*, in *Scandinavian Stud in Crimin.*, 1971 pagg. 9 e seg. Tale differenza si fonderebbe su

Tutto ciò, ovviamente, non ha portato a cancellare dal codice penale la categoria del delinquente malato di mente. Essa risulta ancor oggi determinante ai fini dell'individuazione del tipo di provvedimento che il giudice deve adottare nel caso concreto nei confronti di un soggetto considerato pienamente responsabile.

In altri termini, la sanzione da applicare deve essere quella che con riferimento alla particolarità del caso in esame risulta più conforme allo scopo per cui è disposta, alla luce delle finalità di special-prevenzione e risocializzazione dell'infermo.

Al capitolo 33 sez. I del codice penale vengono determinate le tre categorie di anomalie psichiche rilevanti ai fini della scelta della sanzione da applicare, caratteristico del metodo psico-patologico o biologico: “nei confronti di un soggetto che ha commesso il fatto in uno stato di malattia mentale, di debolezza mentale o di altra anormalità mentale così grave da risultare equivalente a una malattia mentale, non può essere applicata altra sanzione che quella dell'affidamento in istituti specializzati o, nei casi previsti, quella della multa o infine la *probation*”.³⁸⁷

una diversità empiricamente difficile da accertare, ovvero la capacità o meno di responsabilità dell'agente concreto. Inoltre, non esisterebbe a detta dell'autore un concetto di anormalità distinguibile da quello di normalità in base a criteri empirici. Anche il settore minorile ha subito una riforma analoga, poiché il legislatore ha rinunciato a fissare un limite di età al di sotto del quale il minore non sarebbe responsabile.

³⁸⁷ Vedi a tal proposito THE NATIONAL SWEDISH COUNCIL FOR CRIME PREVENTION, *A new Penal System. Ideas and proposals, Report n.5*, Stockholm, 1978, pagg.11 e seg. Per quanto concerne le probation, essa implica un trattamento correzionale, non istituzionale, con controllo costante per un periodo di tre anni. L'affidamento a istituti specializzati può consistere in un trattamento ambulatoriale o nell'internamento in ospedale psichiatrico. Le modalità di trattamento sono comunque quelle previste per i malati mentali non criminali e viene ordianto in

Per quanto riguarda i primi due tipi di anomalie i criteri di individuazione sarebbero abbastanza certi. Il primo, in particolare verrebbe sotteso a una diagnosi di malattia, mentre il secondo conseguirebbe a un c.d. test di intelligenza.

Sono le c.d. gravi anomalie di mente a suscitare i maggiori dibattiti, dal momento che la psichiatria non offre criteri precisi di definizione del disturbo psichico in tale formula vaga, capace di ricomprendere anche i disturbi psicopatologici.³⁸⁸

Per quanto attiene alla scelta della sanzione da applicare, come dicevamo, essa andrebbe attuata in base ai criteri offerti dallo scopo, sia general- che special- , preventivo della pena.

Di talché è possibile che il delinquente psichicamente disturbato, pur giudicato responsabile per il comportamento tenuto, vada esente da pena, dal momento che nessuna delle sanzioni previste sia adatta al caso in esame e non appaia necessaria sotto il profilo della prevenzione.³⁸⁹

seguito a una perizia medico-psichiatrica che lo dichiara necessario. Le sanzioni indicate in quel capitolo 33 Sez.1 possono comunque essere applicate in tutti i casi in cui si rivela necessario un trattamento psichiatrico anche se no si realizza una delle ipotesi ivi indicate.

³⁸⁸ Vedi sul punto STRAHAL A., *op.cit.*, pagg. 15 e seg. Tale categoria comprenderebbe appunto gli psicopatici. Sui conetti di “malattia mentale”, “ritardo mentale” e “stato equivalente alla malattia mentale” utilizzato dal codice del '65, e per una critica ad essi vedi REISNER R.- SEMMEL H., *op.cit.*, pagg. 777 e seg.. Gli autori sottolineano come, anche se nell'ultima classe di disturbi vengono ricompresi anche quelli di natura psicopatica, si riconosce che per avere rilievo essi devono comunque avere origine congenita o organica. Nella prassi tuttavia siffatta categoria ha trovato più ampia applicazione fino a ricomprendere i disturbi della personalità.

³⁸⁹ STRAHAL A., *op.cit.*, pagg. 154 e seg. sarebbe infatti inumano, a detta dell'autore, applicare una pena al solo fine di deterrenza, quando essa non risulti necessaria nel caso concreto ai fini della prevenzione speciale.

La previsione di sanzioni, quali la multa e la *probation*, risponde all'idea che anche il soggetto mentalmente disturbato possa essere motivato attraverso l'inflizione di una pena.³⁹⁰

Così l'intero sistema sembra ispirarsi a finalità pratiche umanitarie: la diagnosi di una malattia mentale rientra nei compiti del perito psichiatra, al quale quindi è data la possibilità di destreggiarsi sì entro le tre categorie sopra citate, ma dai margini talmente ineffabili da essere in grado di ricomprendere qualsiasi anomalia, in un'ottica non più finalizzata al giudizio di responsabilità o irresponsabilità del soggetto, bensì alla decisione circa il tipo di provvedimento da applicare.³⁹¹

Tutto questo alla luce di quei profili umanitari volti all'eliminazione della categoria degli irresponsabili, in quanto malati mentali, categoria dai contorni stigmatizzanti e dal carattere spesso emarginante

Dati i dichiarati scopi special-preventivi, le misure risultano poi essere a durata indeterminata. Del resto, se lo scopo dell'internamento risulta essere quelli di cura e riabilitazione, esso non può essere delimitato

³⁹⁰ STRAHAL A., *op.cit.*, pag. 151. La motivazione attraverso la pena avverrebbe in primo luogo grazie al riconoscimento di quell'individuo quale individuo pienamente responsabile, equiparato ai "normali", e, in secondo luogo, prevedendo un numero ristretto di sanzioni riservate al delinquente psichicamente anormale in ragione del suo stato psichico particolare.

³⁹¹ Ciò non significa ovviamente l'eliminazione totale delle difficoltà di accertamento pratico di siffatti disturbi e del nesso eziologico con il fatto, che continua a mantenere una certa rilevanza anche all'interno della nuova disciplina. Vedi sul punto SIMSON M.D., *op.cit.*, pag.432 e seg., cit. in BERTOLINO M., *L'imputabilità*, pagg.532 e seg.

temporalmente, e dovrà, bensì, giungere a termine solo nel momento in cui tali scopi verranno realizzati.³⁹²

La disciplina del codice penale svedese del 1965, inizialmente accolta come un'importante e definitiva soluzione del problema del trattamento del delinquente infermo di mente, alla lunga si è rivelata anch'essa, in realtà, inadeguata. Di fronte a questa situazione, influenzata da una politica criminale oscillante fra esigenze di segno opposto, il legislatore penale svedese appare oggi fortemente in crisi, privo del consenso generale che aveva inizialmente riscosso.³⁹³

³⁹² Tale prospettiva è stata oggetto di numerose critiche, in particolare da parte di quell'orientamento neo-classico che anche nei paesi scandinavi si è andato affermando, vedi in generale EUSEBI L., *La nuova retribuzione. Pena retributiva e teoria preventiva*, in *Rivista Italiana Diritto e Procedura Penale*, 1983, pagg.914 e seg. E' noto, infatti, come quest'ultimo indirizzo faccia appello ai principi cardine di legittimità del sistema penale, di conformità allo scopo general-preventivo e di proporzionalità, se non infine di "giusta retribuzione" della pena con particolare riferimento alla sua commisurazione. Altrettanto noto sarebbe il modo in cui gli stessi principi rischiano di essere violati proprio dalle sanzioni di natura indeterminata.

³⁹³ VON HIRSCH A., *Guiding principles for sentencing: the proposed Swedish law*, in *Criminal Law Review*, pagg. 746 e seg. Le proposte di riforma formulate dalla Commissione incaricata dal Ministero degli Affari Sociali che nel 1984 ha infine preparato un progetto di riforma del codice penale, hanno suscitato vivaci reazioni critiche. Ciò che la Commissione proponeva era una più ampia applicazione del regime sanzionatorio ordinario, quello previsto per il delinquente sano di mente, nei confronti dei soggetti riconosciuti infermi di mente, purché non in forma grave, con riferimento sia ai tipi di sanzione sia alle modalità di esecuzione di esse. A sostegno di questa proposta la Commissione osservava che la soluzione in vigore, e cioè l'invio a tempo indeterminato in un istituto specializzato, non rispondeva né alle esigenze di giustizia, né a quelle di certezza del diritto. Siffatta disciplina si sarebbe infatti rivelata inadeguata a soddisfare entrambe quelle esigenze per due ordini di considerazioni. In primo luogo essa consentirebbe di rimettere in libertà anche dopo un breve periodo quei soggetti che, pur avendo commesso rati gravi, risultano non aver bisogno di un trattamento prolungato ai fini terapeutici. In secondo luogo, la

Tutto ciò costituisce un'esperienza di notevole interesse, della quale occorre tener conto soprattutto alla luce delle ultime proposte, formulate anche in Italia, di riforma della disciplina dell'imputabilità penale secondo il modello abolizionista.³⁹⁴

4.4 Il trattamento dei c.d. *mentally disordered offenders* nell'ordinamento giuridico dell'Inghilterra e del Galles

L'Inghilterra e il Galles, come l'Italia, hanno a lungo privilegiato nei loro ordinamenti le tendenze custodiali anziché terapeutiche nel trattamento dei così detti *mentally ill offenders*. Le *Vagrancy Acts* del 1714 e 1744 autorizzavano la reclusione di coloro che risultassero '*furiuosly mad and dangerous*' al fine di proteggere la comunità e assicurare la pubblica incolumità.³⁹⁵

In realtà, con il progresso in ambito psicoterapeutico, psichiatrico e psicologico del XX secolo, anche l'ordinamento giuridico inglese ha introdotto delle rilevanti modifiche atte a trasferire la popolazione affetta da

stessa disciplina consentirebbe, al contrario, l'internamento anche prolungato di un soggetto che risulta sì bisognoso di assistenza psichiatrica, ma pur sempre responsabile di un reato di natura bagatellare.

Tale proposta ad ogni modo non ha incontrato molto favore ed è stata per ora archiviata, anche se fonte di riflessioni e ripensamenti della materia.

³⁹⁴ Vedi il disegno di legge n.177, presentato il 29/7/83, vedi sul punto *postea* nel capitolo conclusivo; in senso favorevole MOLINARI F., *Verso l'abolizione della psichiatria forense di vecchio stampo*, in *Dei delitti e delle pene*, 1987, pagg.315 e seg.

³⁹⁵ VAUGHAN P. e BADGER D., *Working with the Mentally Disordered Offender in the Community: Therapy in evidence*, Londra, 1995, pagg. 22 e seg.

disturbi psichiatrici dalle prigioni agli ospedali civili con l'emanazione del *Mental Deficiency Act* del 1913.³⁹⁶

Nel 1959 ad ulteriore affermazione del movimento umanitarista-terapeutico summenzionato, entrò in vigore il *Mental Health Act*, uno dei cui pilastri era sempre la necessità del 'diversion' dei *mentally ill offenders* dalle carceri agli ospedali. L'articolo 65 in particolare prevedeva la possibilità per le corti inglesi di applicare ai folli rei pericolosi (*dangerous mental offenders*) la misura del ricovero in ospedale unitamente a un ordine di restrizione (*restriction order*), facendo dipendere il successivo rilascio dell'internato dal consenso del *Home Office*.³⁹⁷

Un altro profondo cambiamento ideologico introdotto dal *Mental Health Act* del 1959 era relativo alla concezione della terapia somministrata ai pazienti, che da misura imperativa imposta dalle istituzioni si trasformava in mezzo curativo da effettuare in comunità. A tal fine nel 1961 veniva ordinata la chiusura dei più vecchi ospedali psichiatrici e introdotta la c.d. 'open-door' policy. In realtà, anche se non ci fu una completa attuazione di tale programma, quantomeno si assistette a una modifica rivoluzionaria nel modo di pensare e concepire il trattamento del folle reo.³⁹⁸

Nel 1983 venne quindi emanato il nuovo *Mental Health Act*, frutto del consolidamento del precedente *Mental Health Act* rivisto e modificato con il

³⁹⁶ KNIGHT L.- STEPHENS M., *Mentally disordered offenders in prison: a tale of neglect?*, www.internetjournalofcriminology.com, pagg. 2 e seg.

³⁹⁷ HARDING C. – HINES B.- IRELAND R.- RAWLINGS P., *Imprisonment in England and Wales – A Concise History*, London, 1985, pagg. 12 e seg.

³⁹⁸ VAUGHAN P – BADGER D., *op.cit.*, pagg. 25 e seg.

Bill del 1982 che ne aveva già in parte modificato il contenuto. Il nuovo atto normativo dava ancora più spazio all'internato visto come paziente, il cui consenso ai fini dei trattamenti risultava fondamentale, quindi derogabile solo in eccezionali casi tassativi e determinati dalla legge stessa, e di cui era importante definire anche il percorso una volta uscito dall'obbligatorietà delle strutture ospedaliere.³⁹⁹

Negli anni '90 si assistette a una nuova ventata di riforme, iniziata con la promulgazione del *Home Office Circular 66/99* e il successivo *Reed Report*. Tali atti sottolineavano la necessità di vedere la terapia come una cura e non un mezzo di punizione e a tal fine suggerivano un coordinamento multidisciplinare tra le autorità sanitarie, i servizi sociali e il sistema giudiziario.⁴⁰⁰ Anche qui il vero ostacolo all'evoluzione auspicata fu la mancanza di fondi, che non permettendo di dedicare ai folli-rei sufficienti risorse economiche, rendeva tali linee-guida direttive poco efficaci. Negli stessi anni, per la precisione nel 1995, furono apportate ulteriori modifiche al Mental Health Act, che attualmente vige nell'ultima versione del 2007.

Il Mental Health Act, avente ad oggetto sia il trattamento dei malati mentali rei che non, regola la disciplina che interessa i c.d. *mentally ill offenders* nella sua terza parte, rubricata *Patients Concerned in Criminal*

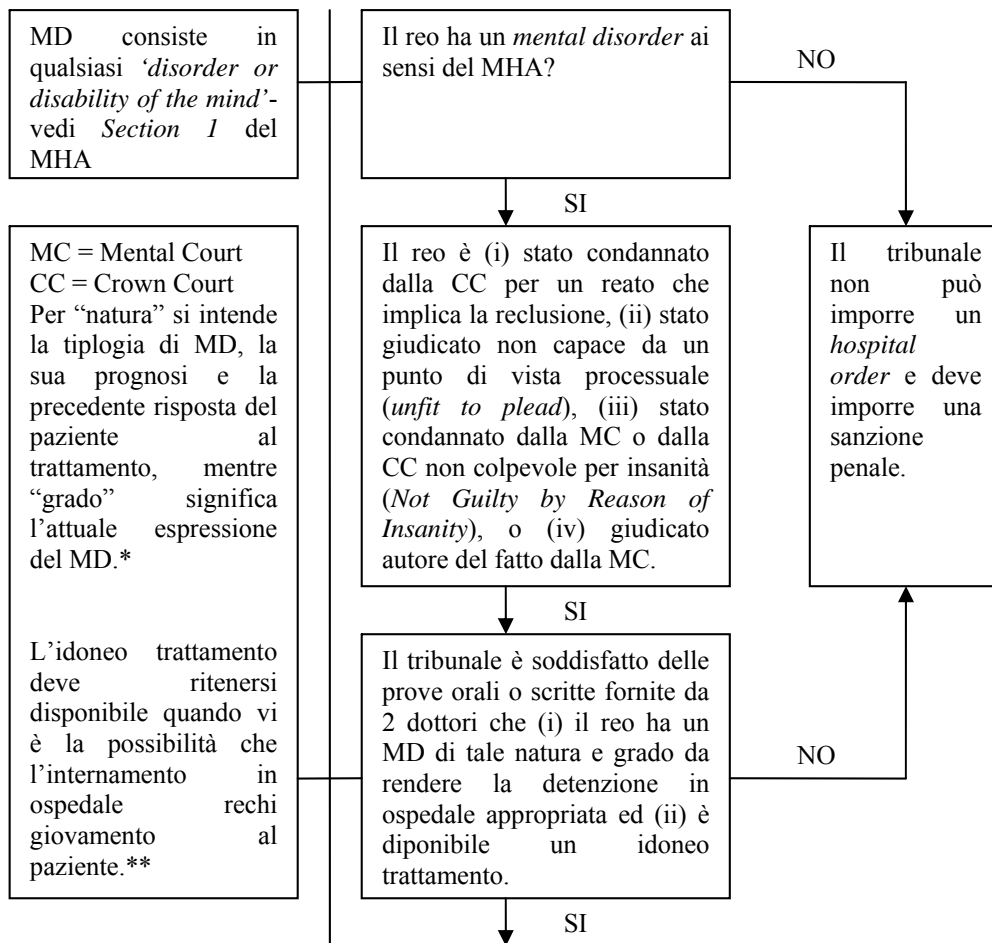
³⁹⁹ HILTON C., *Changes between the 1959 and the 1983 Mental Health Acts (England and Wales), with particular reference to consent to treatment for electroconvulsive therapy*, in *History of Psychiatry*, London, 2007, pagg. 217-229.

⁴⁰⁰ Vedi l'interessante articolo di GREEN R., *The treatment of mentally disordered offenders within the criminal justice system*, www.internetjournalofcriminology.com, pagg. 7 e seg. Come riporta l'autrice si sensi della circolare 66/90 del Home Office '*under no circumstances should an individual be remanded in prison simply to receive medical treatment or assessment*' sottolineando così l'importanza di prevedere misure alternative a quelle del sistema carcerario per curare soggetti che in realtà abbisognano di cure più che di essere punite.

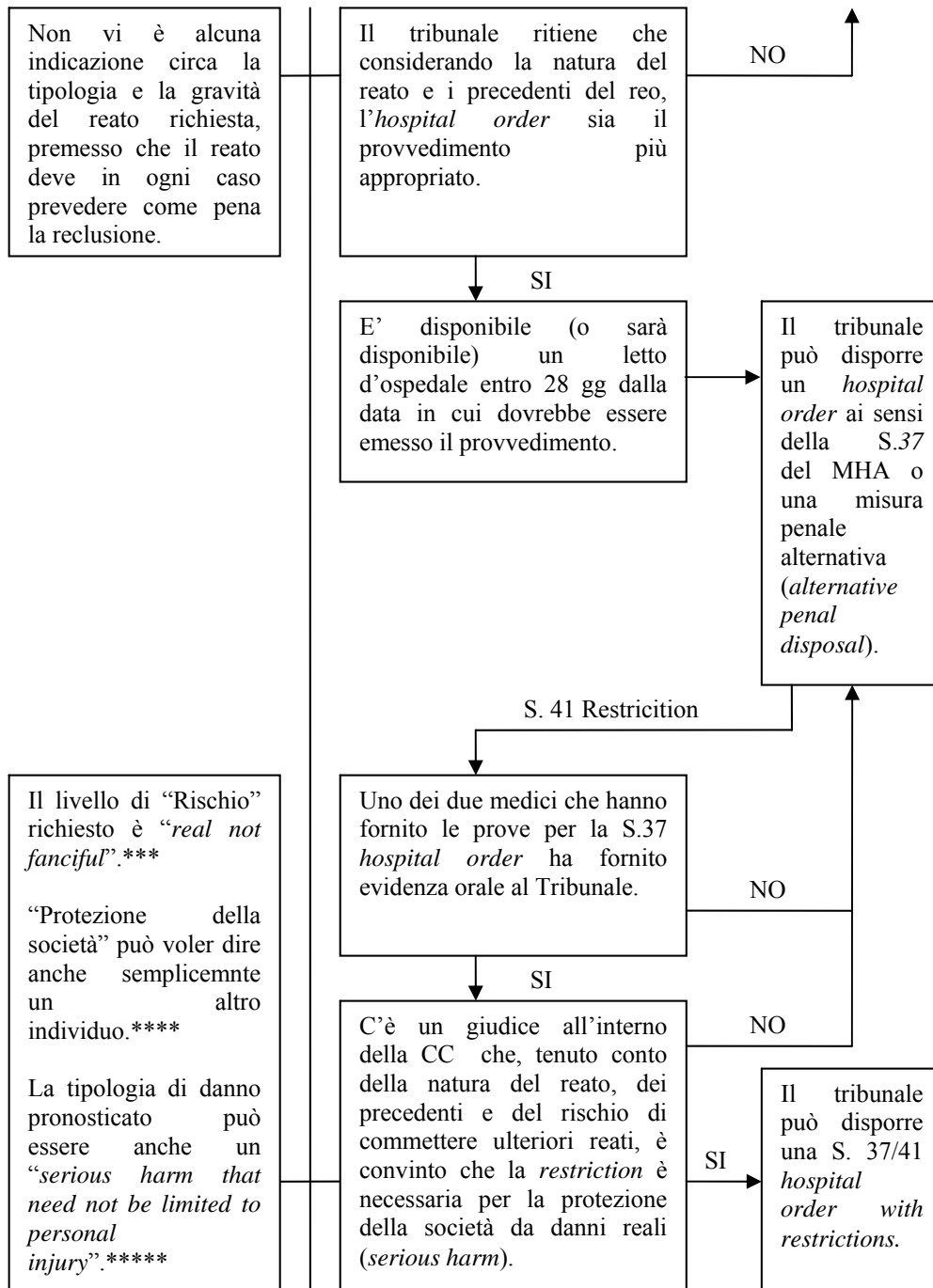
Proceedings or Under Sentence. Di seguito riportiamo uno schema riassuntivo dell'applicazione della misura di sicurezza del ricovero in ospedale ai c.d. *mentally disordered offenders*.⁴⁰¹

⁴⁰¹ Vedi SAYNOR R., *The Dangers Of Diversion: Advising Mentally Disordered Offenders On The Practical Effect Of Compulsory Detention Under The Mental Health Act 1983*, in www.mondaq.com, 2012. CC è la Crown Court (giudice collegiale), MC è la Magistrate Court (giudice monocratico), MD sono i Mental Disorder, MHA è il Mental Health Act. Per quanto riguarda la c.d. *Restriction Order*, questo è un ordine aggiuntivo che può imporre la Crown Court ai sensi della S. 41 del MHA, quando un soggetto è stato condannato per un reato grave. Tale *Restriction Order* ha l'effetto di togliere allo psichiatra che si occupa del trattamento del malato il potere di dimettere il paziente dall'ospedale. Infatti il rilascio viene stabilito dal Segretario di Stato o dal *Mental Health Review Tribunal*. Non c'è a tal fine un piano "tariffario" che stabilisca l'ordine di restrizione in modo proporzionale alla gravità del reato commesso. Infatti è necessario che la misura sia necessaria per proteggere la comunità da danni reali, tale valutazione è quindi basata principalmente sulla prognosi della pericolosità sociale dell'individuo.

L'imposizione di un *Restriction Order* ha due ulteriori conseguenze. La prima che impedisce allo psichiatra di concedere al paziente una licenza in comunità senza il consenso del Segretario di Stato. Seconda conseguenza è che il paziente viene in ogni caso dimesso condizionatamente, ovvero l'internato dovrà osservare una serie di condizioni imposte dal *Mental Health Appeal Tribunal*. Il mancato rispetto di tali parametri porta naturalmente a una revoca del rilascio in comunità qualora le condizioni psichiatriche del paziente si siano ulteriormente aggravate. Le misure più comunemente imposte sono quelle di recarsi con frequenza stabilita presso cliniche psichiatriche e sottoporsi a terapie. Queste restrizioni permettono quindi ai medici curanti di prevedere in qualche modo un percorso post-internamento che altrimenti il paziente difficilmente sarebbe portato a osservare.



⁴⁰² * V. in MACLEAN A., *Briefcase on Medical Law*, London, 2004, pagg. 120 e seg. MHRT for the South Thames ex p Smith (1999) 47 BMLR 104. ** V. *Md v Nottinghamshire Health Care NHS Trust* (2010) UKHT 59 (ACC) in <http://www.mentalhealthlaw.co.uk/>. *** V. *R v Cox (Lee Michael)* (1999) EWCA Crim 848 in <http://www.mentalhealthlaw.co.uk/>. **** V. *R v Macarow* (2004) EWCA Crim 1159 in <http://www.mentalhealthlaw.co.uk/>. ***** V. *R v Melbourne (Paul Anthony)* (2000) EWCA Crim 3537 in <http://www.mentalhealthlaw.co.uk/>



Per quanto riguarda i trattamenti, i *mentally disordered offenders* vengono sottoposti a cure che rientrano totalmente nella sfera di competenza del *National Health Service* o in ospedali privati comunque pagati dal NHS.

Ci sono tre livelli di sicurezza per quanto riguarda il trattamento dei pazienti psichiatrici, siano essi civili ovvero autori di reato (anche all'interno dello stesso ospedale si può notare tale mescolanza).⁴⁰³

Il primo livello di sicurezza è dato dagli ospedali psichiatrici generici (*generic psychiatric hospital*), consistenti un tempo in edifici molto ampi, ora quasi interamente sostituiti da piccole unità psichiatriche, spesso connesse all'unità ospedaliera generale. Queste unità sono dotate sia di reparti aperti che reparti chiusi (*local secure wards* dove le porte sono chiuse a chiave). In queste unità vengono ricoverati gli internati meno pericolosi, ovvero quelli che dopo aver passato un periodo iniziale in unità più sicure vengono trasferite in un'unità dal livello di sicurezza inferiore.

Il terzo livello di sicurezza è quello dei c.d. *high security hospitals*, gli ospedali di elevata sicurezza, che sono ad oggi Ashworth, Broadmoor e Rampton. Questa tipologia di istituto è dotata sia di sicurezza interna che di muri perimetrali. I pazienti ivi ricoverati sono pazienti che richiedono un trattamento in condizioni di elevata sicurezza a causa della loro attitudine

⁴⁰³ DAVID J., *England & Wales*, in *Placement and Treatment of Mentally Ill Offenders – Legislation and Practice in EU Member States, Final Report*, Mannheim, 2005, pagg. 128 e seg. Trattasi di un interessantissimo studio sovvenzionato dalla Commissione Europea al fine di realizzare una ricerca comparativa tra 15 nazioni dell'Unione Europea condotta da esperti che hanno compilato il medesimo questionario in modo da permettere un veloce e pratico riscontro tra le discipline dei vari Paesi nell'ambito del trattamento dei *mentally ill offenders* e fotografarne lo stato dell'arte a livello pratico, evidenziando le problematiche e le sfide nei diversi ordinamenti.

pericolosa, violenta o criminale.⁴⁰⁴ In generale i pazienti ricoverati in queste strutture sono omicidi, ma in ogni caso negli ultimi anni il tentativo è stato di limitare i casi di internamenti ai pazienti più pericolosi e gravi in modo da ridurre il più possibile il numero degli internati. La durata media di internamento è tendenzialmente compreso tra i sette e gli otto anni.⁴⁰⁵

Fino agli anni ottanta, non c'erano altri istituti intermedi tra gli ospedali generici e gli *High Security Hospitals*. In quegli anni cominciarono a sorgere i c.d. *medium secure facilities*. Questo tipo di strutture pur avendo un personale di alto livello sia per numero che per preparazione e chiusure interne per impedire il movimento libero, non sono dotate di muri perimetrali. Questa tipologia di ospedale è destinata ad accogliere i rei autori di fatti gravi ovvero i pazienti civili che non possono essere sufficientemente controllati negli ospedali generici. La durata media di internamento è circa due o tre anni. Il numero massimo di pazienti raccomandato per ogni psichiatra dovrebbe essere compreso tra i dodici e i quattordici. Ogni consulente lavora in un team costituito da uno psicologo, un assistente sociale, un terapeuta

⁴⁰⁴ Come riportato dal *Report of the Review of the Security at the High Security Hospitals* realizzato dall'*England & Wales' Department of Health* nel febbraio 2000, la *Section 4* del *National Health Service Act 1977*, come modificato dalla *Section 41* del *Health Act 1999*, descrive gli *High Security Hospitals* come strutture atte ad accogliere soggetti "*liable to be detained under the Mental Health Act 1983 and...require treatment under conditions of high security on account of their dangerous, violent or criminal propensities*". Lo studio, commissionato nel 2000 da Sir Alan Langlands, è stato realizzato in risposta alla *Recommendation 7* del *Report of the Committee of Inquiry into the Personality Disorder Unit, Ashworth Special Hospital*. La Raccomandazione richiedeva una ricerca indipendente che analizzasse tutti gli aspetti della sicurezza all'ospedale di Ashworth e che fosse ripetuta ad intervalli regolari. Ad oggi peraltro non risulta che tale analisi sia stata in seguito ripetuta.

⁴⁰⁵ V. JAMES D., *op.cit.*, pagg. 128 e seg.

occupazionale e uno o due giovani dottori. Gli ospedali di media ed elevata sicurezza sono in linea di massima dotati di personale medico-legale altamente specializzato detto “*forensic psychiatrist*”.

Volendo infine vedere qualche statistica sul trattamento dei MDO in Inghilterra e Galles, in base all’*Offender Management Caseload Statistics del 2009*, pubblicato nel 22 luglio 2010 all’interno della collana *National Statistics* prodotto dal Ministero della Giustizia dell’Inghilterra e del Galles, risultava che nel 2009 erano quasi 4.300 i *restricted patients* ricoverati negli ospedali psichiatrici, un aumento del quasi 8% rispetto al precedente anno (v. TAB 1).

Per quanto riguarda il sesso, gli uomini erano circa 3.700 ovvero l’87% dell’intera popolazione dei *restricted patients*, mentre le donne erano 550 equivalente al 13% del totale (più del doppio della proporzione delle donne ricoverate nelle carceri ordinarie) (v. sempre TAB 1).

L’età media della popolazione ricoverata risultava superiore a quella reclusa in prigione. Considerando infatti che in carcere il 12% della popolazione risultava avere un’età inferiore o uguale a 20 anni, l’84% aveva un’età compresa tra i 21 e i 59 anni e il 3% 60 o più, si può notare dalla tabella che negli ospedali psichiatrici i *restricted patients* avevano per il 4% un’età inferiore o uguale a 20 anni, 89% un’età compresa tra i 21 e i 59 anni e l’8% si collocava nell’ultima fascia (v. TAB 3).

Nel 2009 risultava che circa 1000 *restricted patients* erano stati trasferiti negli ospedali dalla prigione, un aumento di quasi il 9% rispetto ai pressochè 940 del 2008. Inoltre, il numero dei trasferiti dal carcere all’ospedale psichiatrico è aumentato lievemente nel 2009 rispetto al 2008. Così pure quello degli ammessi sotto un *restricted hospital order* (v. TAB 2).

Nel 2009, 200 *restricted patients* venivano richiamati in ospedale dopo un rilascio condizionale, un aumento del quasi 6% rispetto ai 190 del 2008.⁴⁰⁶

A fronte di tali numeri vagamente allarmanti, il numero delle dimissioni dei *restricted patients* è stato di 1.300 pazienti, 2% in più rispetto all'anno precedente, come evidenziato dai dati riportati nella Tabella 5.

TAB 1

<i>Restricted patients in Inghilterra e Galles al 31 dicembre 2009 distinti in base al sesso</i>											
Anno	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
M	2.515	2.536	2.636	2.631	2.720	2.886	2.984	3.159	3.448	3.460	3.705
F	327	322	333	358	398	396	411	442	458	477	553
Tot	2.842	2.858	2.969	2.989	3.118	3.282	3.395	3.601	3.906	3.937	4.258

TAB 2

<i>Restricted patients in Inghilterra e Galles distinti in base alla categoria legale di provenienza</i>											
Categoria legale	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Tot trasferiti dal carcere	536	537	562	551	663	694	779	802	968	937	1.023
pre-sentenza	327	322	333	358	398	396	411	442	458	477	553
post-sentenza	385	386	402	410	489	505	561	627	684	703	796
Tutte le categorie	2.842	2.858	2.969	2.989	3.118	3.282	3.395	3.601	3.906	3.937	4.258
<i>Hospital order con Restriction order</i>	1.852	1.860	1.910	1.939	1.909	1.978	2.344	2.492	2.624	2.678	2.889
Ricoverati nuovamente dopo il rilascio	287	285	287	270	308	351	*	*	*	*	*

⁴⁰⁶ Vedi la Tabella 10.5 *Restricted patients admitted to hospital by admission type in MINISTRY of JUSTICE, Offender Management Caseload Statistics 2009*, luglio 2010, pagg. 160 e seg.

condizionale											
<i>Unfit to plead</i>	120	124	152	170	180	205	212	234	244	255	268
<i>Not guilty by reason of insanity</i>	23	28	34	39	37	35	42	51	46	47	54
<i>Hospital e limitation direction</i>	5	7	10	9	11	10	11	14	16	13	16
<i>Altri</i>	16	14	11	8	7	6	5	5	0	0	2

* Prima del 2005, questi dati si riferivano, indistintamente, ai pazienti ricoverati ai sensi del S. 37 e 41 del MHA, la c.d. *Domestic, Violence, Crime and Victims Act 2004* ovvero la *Criminal Procedure (insanity) Act 1964* che venivano condizionatamente rilasciati ma successivamente richiamati dal Segretario di Stato. Dal 2005 questi pazienti vengono classificati ciascuno all'interno della propria categoria legale.

TAB 3

<i>Restricted patients in Inghilterra e Galles al 31 dicembre 2009 distinti in base al sesso e all'età</i>					
	≤20	21-39	40-59	≥60	Tutte le età
M	130	1.787	1.482	306	3.705
F	327	322	333	358	553
Tot	2.842	2.858	2.969	2.989	4.258

TAB 4

<i>Restricted patients ammessi in ospedale in Inghilterra e Galles distinti in base alla tipologia di ospedale e al sesso</i>												
Tipologia dell'ospedale	Sesso	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
<i>High Secure hospitals</i>	M	98	80	78	71	90	123	104	107	81	109	119
	F	19	14	10	6	11	7	8	4	3	1	5
	Tot	117	94	88	77	101	130	112	111	84	110	124
Altri ospedali	M	909	800	821	823	858	1.095	1.109	1.172	1.215	1.212	1.212
	F	93	78	88	106	127	104	129	157	159	179	203
	Tot	1.002	878	909	929	985	1.199	1.238	1.329	1.364	1.391	1.415

TAB 5

Dimissioni e Provvedimenti dei Restricted patients in Inghilterra e Galles distinti in base alla tipologia											
<i>Tipologia dimissione</i>	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005*	2006	2007	2008	2009
Tutte le dimissioni in comunità**	325	340	334	378	397	417	469	472	462	499	514
Dimissioni condizionate con garanzia ordinate dal Segretario di Stato	34	23	27	24	32	43	77	51	80	74	78
Dimissioni condizionate ordinate dal tribunale	162	212	196	223	263	259	280	309	288	333	351
Dimissioni incondizionate	9	7	13	22	22	15	5	9	6	14	6
Dimissioni del tribunale ai sensi della S. 48 (2) (a) e (b)	100	83	84	95	64	87	80	85	68	61	50
Altri tipi dimissioni in comunità	20	15	14	14	16	13	27	18	20	17	29
Tutti provvedimenti (eccetto le dimissioni)**	666	509	494	536	498	643	664	794	774	756	765
Rimasti in Hospital me senza essere più sogg. a restrizioni	129	112	94	94	81	141	164	202	203	186	227
Ritornati sotto custodia per emissione sentenza	130	100	84	100	96	135	113	164	154	167	148
Remissione dei reclusi senza sentenza	40	32	40	55	54	54	47	58	60	66	53
Disposizione del	337	234	247	256	241	284	309	334	291	296	283

tribunale ai sensi della S.48 (2) (a) e (b) non in comunità											
Decessi	29	27	24	23	23	25	26	25	49	34	42
Altri	1	4	5	8	3	4	5	11	17	7	12

* I dati relativi al 2005 sono stati ricavati tramite una procedura manuale dopo che erano state riscontrate delle anomalie, in ogni caso i dati non differiscono molto da quelli degli anni precedenti quindi possono comunque essere presi in considerazione.

** Il termine dimissioni (*discharge*) si riferisce al rilascio in comunità, con o senza ulteriori restrizioni.

Infine, per quanto riguarda le problematiche riscontrabili all'interno dell'ordinamento giuridico inglese nel trattamento dei *Mentally Disordered Offenders*, si può constatare che, nonostante il quadro generale appaia più confortante rispetto alla realtà italiana, soprattutto per l'essere l'intero iter dei provvedimenti rientrante nella competenza del Servizio Sanitario Nazionale, anche in Inghilterra e nel Galles si assiste a un fenomeno di sovraffollamento delle strutture. Soprattutto negli ospedali generici e quelli di media sicurezza si assiste a una mancanza di posti-letto generalizzata. Tale situazione è in parte dovuta al tentativo del governo inglese di ridurre la popolazione degli *High Security Hospitals*: per il principio dei vasi comunicanti i dimessi dagli ospedali più sicuri devono essere accolti in quelli con un grado di sicurezza meno elevato. Un'eccessiva riduzione dei posti-letto negli HSH provoca quindi un sovraffollamento nelle altre tipologie di ospedali. Quindi, paradossalmente, i detenuti in strutture di *low security* trovano condizioni di vita e livello di personale peggiori rispetto a quelli di *high security*.

Inoltre, in linea generale, il sistema anglosassone, come quello statunitense, privilegia nella loro legislazione l'aspetto retributivo della sanzione penale portando così a un sovraffollamento delle carceri in generale

e quindi anche di individui che dopo un primo periodo passato in prigione devono essere trasferiti agli ospedali per la mancanza di un sufficiente livello di cura della salute (in particolare quella mentale) in prigione. Il sovraffollamento porta sicuramente con sé un abbassamento dei livelli trattamentali dei pazienti, per i quali viene spesso denunciata la mancata previsione di sufficienti attività terapeutiche e lavorative volte al reinserimento sociale dell'individuo.

Un altro problema è sicuramente rappresentato dal comunque basso livello di preparazione degli psichiatri coinvolti in genere nella cura dei pazienti. Mentre le strutture vengono in qualche modo migliorate, spesso non ci sono persone adatte all'uso dei mezzi messi a disposizione degli ospedali.

Non è inoltre ancora veramente in auge un sistema che favorisca l'avvicinamento alle zone d'origine dei pazienti ricoverati, in modo da facilitarne i rapporti familiari e la possibilità di ottenerne il supporto e il riaccoglimento.

Mancano poi tribunali specializzati che, dotati di un elevato livello di preparazione più attagliato al *know how* necessario, possano giudicare in modo corretto casi particolari come quelli dei *Mentally Disordered Offenders*. C'è da dire che anche in Inghilterra si prospettano all'orizzonte riforme tese a risolvere, per quanto possibile, le problematiche di cui abbiamo avuto modo di parlare nel presente paragrafo.

4.6 Riepilogo del quadro europeo

Come si è potuto notare, alcuni Paesi non contemplano alcuna forma di prevenzione della recidiva e di irrogazione delle “misure di sicurezza”, ma accompagnano alla norma penale l'applicazione di leggi di “difesa sociale”, che di fatto integrano la legge penale, e talvolta vanificano l'intento

innovativo del legislatore. Altre nazioni, invece, attribuiscono all'internamento psichiatrico un fine terapeutico e altre ancora in modo del tutto opposto, ravvisano in tale ospedalizzazione un esplicito momento di "controllo sociale" del reo.

Talvolta, la risposta della collettività al fatto di reato irrogata si identifica nell'internamento in ospedali psichiatrici "civili" o giudiziari, mentre in altri casi il malato di mente-reo può usufruire di trattamenti ambulatoriali o del completo proscioglimento da ogni misura custodiale, o, all'opposto, anche il sofferente psichico che non abbia commesso alcun reato potrebbe essere inserito in un circuito di segregazione e di istitutizzazione. Tutto ciò denota un quadro connotato da numerose storture, da soggettività interpretative ed applicative, e da una globale sovrapposizione tra le istanze di tipo terapeutico e quelle ben più forti, e condivise, di tipo sanzionatorio e segregativo.

Indipendentemente dalle soluzioni adottate nei singoli Paesi, è comunque possibile notare che in ogni nazione i ricercatori, i giuristi, e la stessa opinione pubblica hanno contestato le norme vigenti richiedendo, a seconda dei casi, la adozione di indirizzi incentrati sulla "difesa" della collettività, o, all'opposto, sulla tutela del soggetto a fruire di una terapia liberamente scelta.

4.7 Una realtà del Medio Oriente a confronto: Iran

Vogliamo ora arricchire la presente trattazione con una prospettiva su un ordinamento giuridico, per certi versi, molto lontano da quella della realtà Europea, prevalentemente laica e con l'attenzione per lo più rivolta verso i dibattiti della giurisprudenza e della dottrina, sempre protesa ad adeguarsi alla realtà viva contemporanea.

Alleghiamo, al termine di questo capitolo dedicato ad un'analisi comparata del trattamento dell'infermo di mente autore di fatto-reato, la disciplina vigente nella Repubblica Islamica dell'Iran.⁴⁰⁷

Bisogna anticipare che essendo il Codice il risultato, per così dire, eclettico, tra leggi religiose, regole consuetudinarie e precedenti visioni laiche, vi sono delle effettive difficoltà a tracciarne un quadro, per così dire, coerente.

Per quanto concerne l'oggetto di nostro interesse, ovvero il trattamento dell'infermo di mente all'interno del sistema penale, anticipiamo che egli viene ritenuto ad ogni effetto privo di responsabilità e associato ai "non ancora mentalmente maturi", ovvero i minori. Il lessico utilizzato a definire lo *status* del malato mentale è piuttosto vario, a volte, infatti, compare sotto forma di "*divaneh*", ovvero pazzo, altre volte viene definito come "demente", e infine come "Majnun", ossia "infermo".⁴⁰⁸ E' d'altronde riconosciuta anche

⁴⁰⁷ Vedi anche www.britannica.co.uk oltre a SALEH VALYDEI M., *Istituzioni di diritto penale generale*, Tehran, 2004, pagg.109 e seg. Il codice penale islamico è stato approvato dal Parlamento iraniano, organismo unicamerale, il 30 Luglio del 1991 e ratificato, in data 28 Novembre 1991, dall'Assemblea di consiglio per l'opportunità –*āīāŪ ÊŌĪŪŌ āŌāĪÊ āŪÇā* – organo consultivo del capo del governo con potere di giudizio ultimo sulle diatribe tra Parlamento e Consiglio dei guardiani, i quali sono scelti dal Leader Supremo tra coloro che rappresentano i religiosi e le figure politiche di spicco. Tale assemblea è stata ideata appositamente per procedere alla revisione della Costituzione della Repubblica islamica dell'Iran, risalente al 6 Febbraio del 1988.

⁴⁰⁸ Vedi ad esempio in SALEH VALYDEI M., *op.cit.*, pagg.112 e seg. un confronto tra l'art.211 c.p. in cui si stabilisce che pur non essendo il matto o il minorenne responsabile per il fatto commesso, saranno i genitori o i tutori o chi per essi a risarcire la vittima o i suoi eredi dei danni occorsigli. Al secondo comma dello stesso 211 c.p. si parla invece dell "infermo di mente" che non verrebbe colpevolizzato qualora commettesse un reato su istigazione. All'art. 233 si parla del pazzo – correlato al minorenne, l'ubriaco o il costretto con la violenza – per togliere validità a

la figura, peraltro discussa, del “parzialmente-infermo”, corrispondente al nostro semimputabile.

Analizzando le norme nello specifico deputate a definire le sorti di tale tipologia criminale, si ravvisa nell’articolo 36 a) e b) il fondamento della materia, rispettivamente dedicate al vizio totale e al vizio parziale di mente.

La norma alla prima lettera stabilisce che “se è ritenuto per certo che l’autore del fatto-reato al momento della commissione è dalla nascita, o in seguito ad altri eventi, totalmente incapace o presenta dei disturbi mentali che hanno portato all’annullamento delle sue capacità cognitive, non verrà ritenuto responsabile perché non ritenuto in grado di esprimere volontà. Nel caso poi in cui si accerti che il soggetto è pericoloso, su richiesta del p.m., finché tale stato perduri, egli dovrà venire ricoverato in luogo appropriato. Tale internamento dovrà perdurare finché il pm non ne richieda la revoca. E’ possibile peraltro per gli interessati e i parenti impugnare tal provvedimento di fronte a una Corte del medesimo grado e livello di quella giudicante sul fatto principale. Il giudice a quel punto presterà audizione sia all’imputato, sia al pm e al perito appositamente consultato. Indi il magistrato provvederà a decidere sul reclamo. Tale sentenza ha carattere definitivo e non sarà oltremodo impugnabile. Ciò non toglie che a intervalli di sei mesi sarà possibile riproporre la questione.”⁴⁰⁹

Non è chiaro se il malato sia considerato non imputabile a tutti i sensi di legge, perché, seppure la formula dell’art.36 sembri essere abbastanza

un eventuale confessione di reato, in quanto non vi sarebbero le condizioni necessarie per “l’aghl” ovvero l’intelletto/l’intenzione.

⁴⁰⁹ Vedi art. 36 a) c.p. IRI riportato anche nel teso in lingua originale, da noi qui tradotto SAYID NIAH M.R., *Raccolta completa di Leggi e normativa relativa agli infanti e minori*, Tehran, 1984, pagg.122 e seg. In cui viene anche allegato un valido commento critico alle norme con rimandi ad altre parti del codice per argomento.

chiara sul punto, vi sono altri articoli sparsi nel codice che lasciano intendere che il reato viene altresì imputato all'infermo. Egli però non soggiace alla normale disciplina sanzionatoria prevista per il soggetto "normale", in quanto non biasimabile, a causa di una sorta di "cancellazione di colpa".

Ma ciò che è certo sono gli elementi ricorrenti come quello della "pericolosità", l'incapacità di intendere – che sembrerebbe però essere vincolata a quella di volere come un legame presuntivo indissolubile, per cui se manca a percezione del reale manca di conseguenza anche quella della intenzionalità – o di volere, la disposizione di una misura di sicurezza non ben identificata, lasciata quindi un po' alla discrezionalità del giudice e alle consuetudini proprie, la possibilità di richiederne la revoca, la durata altrimenti illimitata di questa, la presenza del perito, il cui parere appare però non essere comunque vincolante per il giudice.

Gli elementi più atipici sono rappresentati più che altro dal ruolo incisivo assegnato al pm, l'eventuale intervento di famigliari o eventuali interessati e la possibilità di reclamo, proponibile ogni sei mesi, quasi a scandire il tempo e evitare internamenti a vita ingiustificati, dettati dall'inerzia e dalla disattenzione.

Per quanto riguarda la normativa relativa alla seminfermità, come avevamo anticipato, essa è contenuta nella lettera b) del medesimo art. 36, quasi a dettare una specificazione della disciplina.⁴¹⁰

Si ritiene l'autore del fatto parzialmente infermo qualora la sua situazione sia inquadrabile in una delle seguenti tre casistiche:

- Parziale capacità di intendere
- Parziale capacità di percezione

⁴¹⁰ SAYID NIAH M.R., *op.cit.*, pagg.124 e seg.

- Parziale capacità di volere

In tal caso, ad ogni modo, al soggetto verrà ascritta una colpevolezza attenuata e sanzionata con una pena di un grado o due inferiori, nel caso abbia commesso omicidio, ma mai inferiore al minimo edittale. Nel caso invece in cui vi sia stato un reato di lesione, allora egli potrebbe invero essere assoggettato a una mera pena pecuniaria.⁴¹¹

Semberebbe quasi che per altri tipi di reato il soggetto totalmente o parzialmente infermo non debba subire alcun tipo di sanzione.

Del resto, a quanto pare non vi è un sistema simile al doppio binario, perché già nel caso del semimputabile viene unicamente concessa una pena diminuita ma non si richiama la prima lettera relativa all'internamento in

⁴¹¹Vedi AYATOLLAH AMID ZANJANI A., *Introduction of Comparative Law*, Tehran, 2003, pagg.160 e seg. Vi sono cinque tipi di sanzioni: a) *haad*; b) *ghesas*; c) *diyat*; d) *ta'azirat* e) deterrenti.

In particolare, all'art.14: "*Ghesas* è una punizione uguale al crimine commesso". Essa è praticamente l'applicazione del c.d. principio del taglione.

L'Art. 15 invece: "*Diye* rappresenta una sanzione pecuniaria – I c.d. Prezzo del sangue – il cui ammontare viene stabilito dal giudice. Mentre l'art.16: "*Ta'azir* è una sanzione la cui gravità e tipo non risultano specificati dalla Shari'a e risultano quindi a discrezione del giudice. *Ta'azir* può assumere diverse forme tra cui anche il fustigamento ma ad ogni modo deve essere una punizione più lieve del *haad*".

L'art. 17 sancisce: "Le sanzioni deterrent rappresentano una punizione imposta dal Governo per mantenere l'ordine pubblico. Può, in tal senso, assumere varie forme, tra cui la carcerazione e la fustigazione. Ma anche queste devono essere comunque più lievi del *haad*".

Non tutte le leggi devono essere scritte nel Codice Penale iraniano sottoforma di leggi. In quanto la Costituzione non sostituisce la *sharia*. L'articolo 167 dello Statuto di diritto per Magistratura recita in parte: "Il giudice è tenuto a tentare di giudicare caso per caso sulla base della legge codificata. In caso di assenza di tale diritto, egli deve consegnare il suo giudizio sulla base di fonti autorevoli islamica e fede-fatwa". Pertanto, la *sharia* deve essere utilizzato dal clero islamico, ove necessario.

“luoghi appropriati”. E nemmeno negli articoli relativi a autori di reato imputabili, ma ciò non di meno pericolosi, se ne fa menzione alcuna.

Semberebbe altresì che non vi sia un sistema definito di misure di sicurezza, ma sia il giudice a disporre a sua discrezione cosa fare del “*divaneh*”, sempre restando nei limiti della opportunità.⁴¹²

Bisogna dire che l’ordinamento iraniano sembra tentare di offrire qualche tipo di garanzia a tali soggetti, protetti dai meccanismi di reclamo e revisione scandita, e anche togliendo a essi qualsiasi possibile rimprovero a causa della condizione, di per sé già degradante, di “minorato”. Ci si preoccupa più di provvedere al relativo risarcimento del danno da riservare ai parenti della vittima.

⁴¹² AYATOLLAH AMID ZANJANI A., *op.cit.*, pagg.163 e seg. I Paesi a maggioranza islamica hanno adottato diversi sistemi legali. Quelli che una volta erano colonie inglesi – ad esempio Pakistan, Bangladesh, Jordan e qualcuno degli Stati del Golfo – hanno per lo più adottato il diritto e la procedura penale Inglese, mentre invece quelli sottomessi all’autorità Francese – come gli Stati del *Maghrib* e del Nord Africa, inclusi Egitto, Siria e Iraq – si sono generalmente ispirati al sistema di *civil law*, ovvero il diritto continentale. Un terzo gruppo comprende quelli che hanno da sempre o in seguito adottato il Diritto Islamico – detto *Shariah* —con alcune riforme e rimaneggiamenti – come Arabia Saudita e l’Iran per l’appunto. L’ultimo *Shah* di Persia ha introdotto moltissime riforme, costruite sulle precedenti normative coloniali, ma sono state praticamente soppresse con l’avvento della Rivoluzione islamica del 1979. L’ordinamento Islamico è un sistema teocratico che si crede derive direttamente da Dio – ovvero *Allah*– attraverso gli insegnamenti di Muhammad che sono stati riportati nel Corano. Per l’Islam fondamentalista il diritto deriva anche dai precetti di Muhammad non riportati nel testo sacro. Il Diritto non trae origini da fonti laiche, come ad esempio regnanti o legislature.

CAPITOLO QUINTO

LA PERIZIA PSICHIATRICA

1. Rapporto tra psichiatria e diritto

Una disamina dell'influenza esercitata dalla perizia psichiatrica sulla decisione del giudice, non può prescindere dall'analisi del rapporto, storicamente mutevole, tra psichiatria e diritto. Possiamo prender le mosse, per poi cogliere l'evoluzione e i mutamenti di questo rapporto, dal 1930 e quindi dall'emanazione del codice penale.

In passato, come abbiamo già avuto modo di rilevare, esisteva un vero e proprio connubio fra psichiatria e diritto. Le due discipline si muovevano secondo prospettive comuni di difesa sociale⁴¹³, in un sistema di controllo

1 Vedi anche GATTI U., *L'accertamento dell'imputabilità e della pericolosità sociale*, cit., pagg.55 e seg. e CARRIERI F.-GRECO O.-CATANESI R., *Malattia mentale, imputabilità e pericolosità sociale*, cit., pagg.67 e seg. I tre autori ricordano come fosse stato per primo Garofalo nel 1878 ad esprimere l'idea che la pena dovesse commisurarsi non alla gravità del delitto ma alla temibilità del delinquente. Idea che venne poi portata avanti nell'ambito della Scuola Positiva anche se il Rocco ne corresse l'espressione, a suo dire poco felice, "in quanto la temibilità di un individuo è piuttosto conseguenza di quella che la sua pericolosità".

Si ricorda inoltre come il Codice Rocco degli anni 30 abbia scelto la via del "compromesso" recependo le istanze del Ferri circa la pericolosità sociale, ma mantenendo fermo e imm modificabile il principio di imputabilità.

Per quanto concerne l'introduzione dello strumento della perizia criminologica del Codice di Procedura Penale, si fa presente come esso sia stato oggetto di riserve e ciò sia per radicate remore derivanti da principi garantisti, sia per la preoccupazione che essa potesse essere usata come strumento di delega ai periti per scomode e pericolose decisioni.

rigido e statalista. La perizia aveva luogo solo in caso di palese anormalità, e il vizio di mente veniva riconosciuto solo in caso di accertamento di una delle malattie nosograficamente definite.⁴¹⁴

La perizia non veniva in genere richiesta dall'imputato dato l'insuperabile automatismo tra infermità mentale e internamento nel manicomio criminale, secondo un meccanismo presuntivo formalizzato nel codice penale Rocco. Al perito veniva quindi richiesto di svolgere unicamente un etichettamento del periziando, coadiuvando il giudice quando si supposeva il ricorso di un'infermità, senza alcuna influenza di carattere terapeutico e criminologico.⁴¹⁵

⁴¹⁴ Vedi GRECO O. - CATANESI R., *Malattia mentale e giustizia penale*, cit., pagg.5 e seg. parlando della cultura e della legislazione psichiatrica in Italia mostrano come tra la fine del 800 e l'inizio del 900 l'indirizzo medico avesse sottratto la follia alla sfera magico-religiosa agganciandola all'ambito di competenza sanitaria che, all'epoca si ispirava ad un rigoroso organicismo deterministico.

In tale ottica gli sforzi degli studiosi si concentrarono sull'organizzazione dei sintomi in sindromi, nella loro classificazione e nella ricerca di una specifica causa patologica in grado di giustificare il quadro clinico.

Dal modello medico scaturì una peculiare concezione oggettivizzante del malato il quale venne declassato al rango di un organismo che funzionava male. Le prospettive terapeutiche erano legate alla conoscenza delle cause; se queste restavano sconosciute, o non erano concretamente ipotizzabili, la prognosi era, conseguentemente, considerata sfavorevole e la malattia sostanzialmente e fatalmente incurabile.

Nel corso del Novecento peraltro la legislazione psichiatrica ha subito una notevole evoluzione in rapporto con il modificarsi della concezione stessa della malattia mentale, della sua eziopatogenesi, delle possibilità terapeutiche e della sua stessa prognosi. L'evoluzione della legislazione e della prassi psichiatrica può essere vista come causa/effetto del mutamento del clima sociale, politico e culturale e quindi della stessa cultura psichiatrica.

⁴¹⁵ GIANCANELLI F., *Per una storia sociale della psichiatria italiana*, in *Storia della Sanità in Italia*, in *Il pensiero scientifico*, Roma, 1978, pagg.78 e seg.

Ciò era ovviamente dovuto all'unanime visione della malattia mentale, dall'impronta positivista e organicista della medesima e fatta propria dal legislatore del 1930.⁴¹⁶

La causa del disturbo mentale doveva ricercarsi in un'alterazione organica, e quindi del cervello. La malattia mentale era considerata alla pari di ogni altra malattia organica e, per quanto atteneva alla strategia terapeutica, il malato di mente veniva collocato in un manicomio dove doveva rimanere fino a che non fosse guarito, comportando perciò spesso, a causa della scarsa efficacia degli interventi curativi, una degenza a vita.⁴¹⁷

Il sistema normativo si appiattiva sulle concezioni della psichiatria; il folle era ritenuto incapace di intendere o di volere, quindi lo si proscioglieva e

⁴¹⁶ Abbiamo già approfondito nei capitoli precedenti quali erano le idee profuse dalla Scuola Positiva, quindi in questa sede ci limitiamo a richiamarne brevemente i concetti principali. Vedi a tal proposito MANACORDA A., *Psichiatria e controllo sociale. A proposito dell'affidamento coattivo del prosciolto per infermità psichica ai servizi di salute mentale*, in *Foro Italiano*, 1986, pagg.64 e seg; PONTI G., *Responsabilità e psichiatria. Il ruolo del psichiatria nel processo penale*, in *Rass.Crim.*, XV/I, 1984, pagg.177 e seg. CASTIGLIONI R., *Malattia mentale e pericolosità. Osservazioni sull'evoluzione del concetto di pericolosità*, in *Riv.Sper. di Fren. E Med. Leg.*, vol.108, 1984, pagg.1280 e seg. La Scuola Positiva affondava le sue radici nel determinismo biologico, concentrando la propria attenzione sull'autore più che sul reato. Viene così rinnegato totalmente il libero arbitrio sottolineando invece l'importanza che una pluralità di fattori possono avere nel ridurre sensibilmente la libertà di agire. Si delinea così la figura del delinquente malato, geneticamente predisposto dalle proprie anomalie psico-fisiche a compiere reato, che non è altro che il manifestarsi di un sintomo della sua malattia.

⁴¹⁷ BENASSI P. – LUBERTO S., *Evoluzione del concetto di pericolosità sociale*, in *Riv.Sper. di Fren. E Med. Leg.*, CXI,1987, pagg.1031 e seg. I malati di mente erano considerati soggetti affetti da una malattia organica particolare, cosiddetta follia o pazzia e pertanto dovevano essere curati, ma soprattutto custoditi e allontanati dalla società perché ritenuti pericolosi.

inviava al manicomio criminale dove veniva talora dimenticato anche fino alla fine dei suoi giorni.⁴¹⁸

Vi era quindi pressoché armonia tra sapere psichiatrico e giustizia, equilibrio che sembra oggi a tratti vacillare.

Oggi, l'alleanza, fondata sulla condivisione di taluni concetti fondamentali sulla malattia mentale, ormai non esiste più nei termini, quantomeno non nei termini in cui si era sviluppata. Oggi tale sintonia sembra infranta, ciò dovuto anche al fatto che i paradigmi su cui si fondava tale connubio non sussistono più, in particolare quello di malattia mentale.⁴¹⁹

La psichiatria, con il tempo, ha preso coscienza della crisi in cui versava per mancanza di punti di riferimento e di certezze, le stesse che, fornite al diritto in età positivista, erano state il cemento della costruzione diritto-psichiatria. Oggi che rifiuta quella visione della malattia mentale e i vecchi sillogismi positivistici, la psichiatria avverte il disagio culturale di vivere nelle maglie strette e statiche della legge; è come se il diritto e la

⁴¹⁸ SCARTABELLATI A., *L'umanità inutile*, cit., pagg.23 e seg. Come riporta l'insigne autore erano gli anni del c.d. sistema di Krepelin, che affermava la pre-costituzione della malattia mentale nell'individuo: malattia incurabile per cui ogni tipo di intervento medico si sarebbe di volta in volta rivelato inutile. Tale pessimismo psichiatrico equivaleva nella passiva accettazione della parziale curabilità e non guaribilità del maggior numero dei pazienti. La follia veniva così intesa come epifenomeno di una degenerazione innata nell'individuo, e per questo immodificabile. Era la stagione in cui prevalevano l'osservazione e la classificazione dei sintomi, a sostanziale discapito della terapia e della cura.

⁴¹⁹ PONTI G.- MERZAGORA I., *Psichiatria e giustizia*, cit., pagg.24 e seg. Ciò che stupisce è che mentre in altri settori della medicina legale permane una reciproca comprensibilità dei rispettivi ambiti semantici ed una sintonia di cognizioni, questa è venuta meno nel rapporto tra psichiatria e mondo del diritto.

psichiatria abbiano marciato per anni alla stessa velocità e poi la psichiatria abbia allungato il passo lasciando il diritto dietro di sé.⁴²⁰

C'è da considerare che è emersa una tendenza decisamente evolutiva, anche se l'elaborazione dottrinale giuridica sembrerebbe ancorata a concezioni non molto distanti da quelle coeve al dibattito che approdò alla redazione del codice penale nel 1930. Questo grazie agli interventi della magistratura, come abbiamo già potuto appurare.

Già dagli anni Settanta si assistette ad una rottura rispetto ai summenzionati sillogismi e stereotipi; il malato di mente era sì un malato, ma non più considerato *alienus*. Ora invece era parte del mondo, considerato una persona umana. Finiva così il parallelismo malato di mente-incapace di intendere e di volere.⁴²¹

Mutata la percezione della malattia mentale, anche il tema dell'imputabilità del malato di mente veniva affrontato in una nuova prospettiva, come abbiamo visto nell'apposito paragrafo del capitolo secondo.

⁴²⁰ Abbiamo già dibattuto sul diffondersi dell'anti-psichiatria e sulle nuove concezioni psichiatriche nei capitoli precedenti, quindi qui ci limitiamo a citare alcune delle fonti utili, come ad esempio FOUCALT M., *L'ordine del discorso*, Torino, 1970, *passim*; GOFFMAN E., *Asylum*, Torino, 1968, *passim*; SZASZ T., *Il mito della psicoterapia*, Milano, 1981, *passim*; BUCALO G., *Dizionario Antipsichiatrico. Esplorazioni e viaggi per fare a meno della psichiatria*, Roma, *passim*; AMMANITI M., *Fra terapia e controllo*, Torino, 1978, *passim*.

⁴²¹ PANTOZZI G., *Storia delle idee e delle leggi psichiatriche*, Trento, 1994, pagg.74 e seg. L'uomo è avvertito come un *unicum*, la persona è caratterizzata dalla sua unicità irripetibile come lo è il suo modo di vivere il rapporto tra sé ed il mondo. "Non è da ritenersi sufficiente nemmeno la diagnosi di psicosi al fine di escludere la capacità [...] necessita accertare se il fatto illecito, considerato dal punto di vista della sua motivazione, risulta intimamente connesso con la malattia ed in ultima analisi con il campo fenomenico e diafenomenico da essa alterato".

Gli apriorismi che avevano caratterizzato la psichiatria di un tempo, non risultavano più accettabili. Addirittura si manifestava un approdo antitetico a quello positivista: la c.d. antipsichiatria, che negava l'esistenza stessa della malattia mentale e ritiene lo psicotico sempre imputabile.⁴²² Oggi, in un'ottica responsabilizzatrice, la psichiatria sembra aver raggiunto un approdo: la necessarietà della valutazione della maggiore o minor conservazione dell'integrità dell'Io. Qualora sia possibile ravvisare la non globale destrutturazione della personalità, si può ammettere che residui uno spazio sufficiente per una scelta volontaria e consapevole.⁴²³

⁴²² SZASZ T., *I manipolatori della pazzia. Studio comparato dell'inquisizione e del movimento per la salute mentale in America.*, Milano, 1981, pagg.104 e seg. Szasz, nel 1970, scriveva che non si devono ritenere non imputabili gli autori di reato sulla base dell'infermità mentale e si rifiutava di considerare la malattia mentale "come causa di certi comportamenti". Gli psicotici, per Szasz, non sono individui caratterizzati da condizioni chiamate malattie mentali che li spingono a commettere delle azioni criminali, e per questo dovrebbero essere trattati dalla legge come qualsiasi altro soggetto, non essere mandati in manicomio in quanto irresponsabili, ma scontare la pena. Ora c'è da dire che queste impostazioni sono comprensibili in quei paesi in cui la valutazione della non imputabilità è fondata su un criterio puramente psicopatologico consistente nell'accertamento di una malattia mentale al momento del fatto, cui segue, automaticamente, la pronuncia di non imputabilità. Dove vige un metodo psicopatologico-normativo, come in Italia, è richiesto non solo il riconoscimento dell'infermità, ma anche l'apprezzamento di come questa interagisca psicologicamente, nel compromettere, in misura più o meno cogente, la capacità di intendere e di volere.

⁴²³ SZASZ T., *Ibidem.* Se l'Io non è del tutto destrutturato, se su questa parte integra si punta per favorire la guarigione, questa stessa parte integra può comprendere il significato illegittimo dell'atto commesso, e può consentire la scelta fra le varie possibilità di agire, ma anche la percezione della pena nei suoi molteplici significati e specialmente quello retributivo ed intimidatorio.

A questo punto, se si ammette che uno psicotico può comprendere il significato della pena ed il valore deterrente della stessa, perché dovrebbe essere assegnato al manicomio giudiziario come incapace? Se le funzioni dell'Io non sono completamente compromesse, appare più corretto che paghi con il carcere per quel

Si pone quindi il problema di valutare il rapporto fra lo stato psicopatologico ed il comportamento criminale cui corrisponde un criterio o metodo di accertamento della responsabilità.⁴²⁴

che ha fatto. Non è un aprioristico riconoscimento d'imputabilità del malato di mente, come quello dell'antipsichiatria, ma si tratta di meglio osservare il soggetto, per evitare che la pronuncia di non imputabilità peggiori una situazione recuperabile.

⁴²⁴ Vedi SHREIBER H.L., *Définition de la responsabilité pénale et des facteurs psychologiques et pathologiques qui peuvent atténuer ou exclure cette responsabilité, Septieme Colloque Criminologique: Etudes sur la responsabilité pénale et le traitement psychiatrique des délinquants malades mentaux*, Conseil de l'Europe, Strasbourg, 1985, cit. in MERZAGORA BETSOS I., *Il Folle, il Mostro, l'Esperto*, cit., pagg.78 e seg.

Come abbiamo già visto Schreiber ha individuato tre diversi metodi di valutazione della responsabilità penale:

1. Il metodo psicologico normativo che consiste nel valutare l'esistenza di malattie o disturbi psichici e valutarne l'incidenza sulla capacità di intendere e di volere. Circa i fattori psicopatologici, non sempre la legge li definisce e si limita a far riferimento a concetti molto generali, che poi sono interpretati estensivamente. Per quanto attiene le due capacità di intendere e volere, nella maggior parte dei sistemi penali che seguono tale metodo valutativo – e sono quello danese, francese, olandese, austriaco, irlandese portoghese, svizzero, tedesco, greco ed il nostro – è sufficiente che manchi anche solo una di esse perché il soggetto non sia considerato punibile. Come rileva Pulitanò, il primo metodo, quello "misto", è fatto proprio dal nostro codice penale. In base a tale metodo quindi non occorre solo individuare lo stato patologico, ma anche la verifica normativo giurisprudenziale della rispondenza di tale stato ad una condizione di infermità tale da escludere o scemare grandemente la capacità di intendere o di volere o entrambe;

2. Il metodo puramente psicopatologico – Norvegia e Svezia seguono questo metodo – considera non punibili i soggetti affetti da determinate malattie mentali, senza valutarne l'incidenza sulla capacità di intendere e di volere. Ne consegue, ed è l'esempio svedese, che il malato mentale venuto a contatto con la giustizia penale, non può essere sottoposto a sanzioni penali punitive, ma deve essere sottoposto a misure di trattamento psichiatrico;

3. Il metodo puramente normativo non considera i problemi psicopatologici, ma valuta solo se al momento del fatto sussisteva la capacità di intendere e di volere. Tale metodo non è seguito in nessuno dei paesi europei (almeno di quelli membri dell'U.E.) e fa capolino solo in quelli in cui l'elemento psicopatologico interpretato in

Occorre anche chiarire che esiste un legame tra il criterio utilizzato per definire il disturbo psichico e il criterio per rilevare il rapporto tra disturbo e imputabilità: quanto più è allargato il criterio diagnostico, più è vincolante il rapporto tra malattia mentale e comportamento.

Nonostante il maggiore sforzo critico della magistratura, ancora oggi la visione che vede forte il legame tra disturbo psichico e comportamento criminoso, soprattutto per quanto attiene i reati di violenza resta in piedi.

Anche se non esiste più il meccanicismo per il quale il malato di mente è solo per questo prosciolti, ancora adesso una parte della psichiatria e della dottrina penalistica, cercano il nesso di causalità tra lo stato patologico e l'atto criminoso, sostenendo che quest'ultimo rappresenterebbe sintomo della malattia, del disturbo o, essa specularmente, ne sarebbe la causa.⁴²⁵

modo estensivo conduce ad effetti distortivi e ad abusi contrari al "senso di giustizia".

⁴²⁵ MANACORDA A., *Malattia mentale, imputabilità e pericolosità sociale*, cit., pagg.93 e seg. In realtà, a volte non sembra che si possa affermare che il reato sia sintomo della malattia e ciò anche nei casi più gravi ed efferati. Un soggetto che sia convinto a causa di una tematica delirante tecnicamente ben individuabile e rafforzata da fenomeni dispercettivi, che il coniuge lo tradisca; supponiamo che commetta uxoricidio. In tal caso l'uxoricidio non può dirsi sintomo del disturbo psichico "delirio di gelosia", né è sintomo della infermità psichica che comporta il delirio e le allucinazioni, questi si sintomi della malattia. Il delirio è una strada, è un mezzo attraverso il quale il soggetto viene a conoscenza di un fatto, il tradimento del coniuge, anche se in tal caso non è reale. Non è diversa la situazione di chi, magari con i propri occhi, scopre di essere tradito. A quel punto entrambi hanno di fronte una certezza, il tradimento. Il comportamento successivo sarà frutto di una serie di variabili culturali, personali, relazionali, sociali, ma non del modo in cui sono venuti a conoscenza del fatto di essere traditi. Pertanto potranno vendicarsi di pari grado, separarsi, ferire il coniuge o ucciderlo, ma lo potranno fare entrambi non solo il delirante. Anche il delirante uxoricida, sa e vuole in modo non dissimile dall'uxoricida per gelosia non delirante che cede agli stati emotivi e passionali, e che

Altra parte invece, in modo diametralmente opposto rispetto a tali considerazioni, ritiene doversi distinguere in ambito psichiatrico e con riguardo alla infermità psichica, la sofferenza psichica dalla violenza eventualmente concomitante.⁴²⁶

La valutazione dei problemi connessi con l'imputabilità e la responsabilità penale a livello dei casi individuali, nel campo delle scienze di tipo clinico come la psichiatria, hanno evidenziato, secondo alcuni autori, come i periti non siano scientificamente qualificati per fornire pareri, per non parlare di veri e propri giudizi, in merito a tali questioni.⁴²⁷

Il ruolo della psichiatria nel processo penale può essere concepito secondo molte prospettive; infatti, al di là del ruolo istituzionale di

a norma del nostro codice penale, non escludono e non diminuiscono l'imputabilità. Ciò non toglie che vi siano anche coloro che ritengono che all'origine dell'uxoricidio vi sia un'informazione sbagliata, prescindente dalla realtà, e che ciò comprometterebbe la libertà di scelta rispetto agli altri, ma non solo non è facile da dimostrare, ma rischia anche di riportare in auge l'antico dilemma morale e filosofico libero arbitrio-servo arbitrio, determinismo o libertà.

⁴²⁶ SARACENI C.-MONTESARCHIO G, *Introduzione alla psicodiagnostica*, Roma,1988, pagg.134 e seg. È essenziale tale distinzione anche per evitare che lo psichiatra divenga controllore dei comportamenti del periziando in funzione sociale anziché interprete o cointerprete di problemi del soggetto. Il controllo sociale spetta ad altre competenze ed "agenzie sociali" non allo psichiatra perché tale azione è terapeutica anche se l'aspetto terapeutico è assente nella perizia.

⁴²⁷ CANEPA G., *I problemi diagnostici in rapporto ai quesiti della perizia psichiatrica*, in: DELL'OSSO L., LOMI A. (a cura di), *Diagnosi psichiatrica e DSM-III-R*, Milano, 1989, pagg. 181 e seg. Canepa fa notare che il parere del perito è trasformato dal magistrato in un giudizio morale sulla responsabilità e quindi sulla libertà del soggetto che deve essere giudicato, ma il perito non ha la competenza per esprimersi sulla responsabilità e sull'imputabilità da qui, la richiesta di revisione di tali concetti in seno al codice penale. Per Canepa il perito dovrebbe limitarsi alla comprensione clinico-fenomenologica dell'atto criminoso ed elaborare un programma di trattamento finalizzato alla risocializzazione.

identificare nell'autore di un reato l'eventuale presenza di una malattia mentale, e della eventuale pericolosità sociale, all'esperto psichiatra – psichiatra forense – è chiesto di fornire suggerimenti sul trattamento riabilitativo a cui sottoporre il malato, di occuparsi della risocializzazione dei condannati, oltre che naturalmente di contribuire, unitamente al giudice, alla ricerca della verità, rivestendo il ruolo di colui che trasferisce, divulga nel mondo del diritto e dell'amministrazione della giustizia, i contenuti della psichiatria moderna.⁴²⁸

Vedremo ora cosa si intende invero per perizia psichiatrica, e in che modo essa si svolge.

5.1 La perizia psichiatria nel processo penale: nozione giuridica

Tracciare i confini entro cui la perizia psichiatrica si colloca nel nostro procedimento penale presuppone la conoscenza della natura giuridica e delle finalità della perizia nella sua accezione più ampia.

La perizia ha la duplice natura di mezzo di prova e di mezzo di valutazione della prova. Essa si impone quando è necessario svolgere una valutazione che richiede competenze tecniche, scientifiche o artistiche. La perizia adempie a tre funzioni che richiedono, per essere esercitate, specifiche conoscenze:

-svolgere indagini per acquisire dati probatori;

⁴²⁸ BINI L.-BAZZI T., *Psicologia medica*, Milano, 1971, pag.121 e seg. Secondo alcuni addirittura spetterebbe alla psichiatria tracciare la linea tra sanità ed insanità, senza però che lo psichiatra divenga arbitro del processo di attribuzione della responsabilità. Ricordiamo però che la perizia non è obbligatoria ed in sede di legittimità non è sindacabile il motivato convincimento del giudice di merito che abbia ritenuto superflua la perizia nell'accertamento delle prove e su cui la difesa abbia chiesto un accertamento peritale. Cassazione Penale 7/6/1976..

-acquisire gli stessi dati, selezionandoli e interpretandoli;

-acquisire valutazioni sui dati assunti (art. 220 1° c.p.p.);

L'art. 220 c.p.p. dice che la perizia è ammessa quando “occorre svolgere indagini o acquisire dati o valutazioni che richiedono specifiche competenze tecniche, scientifiche, artistiche”. La dottrina ha interpretato tale espressione - tra l'altro diversa da quella dell'art. 314 c.p.p. abrogato che parlava di "necessarietà della perizia" limitandone quindi l'ammissibilità - nel senso che il giudice sia obbligato ad ammettere e a disporre anche d'ufficio la perizia (art. 224 1° c.p.p.), se si trova nelle condizioni di non poter svolgere indagini o accertamenti sulla base delle sole sue competenze.⁴²⁹

La giurisprudenza, da parte sua, ha sempre affermato la discrezionalità della perizia come mezzo di prova, per cui, anche a fronte di pareri tecnici e di documenti adottati dalla difesa, la scelta del giudice di merito di disporre indagine specifica è discrezionale, sia che essa conduca ad un parere, sia che sia diretta alla costituzione di una certezza.⁴³⁰

Tornando alla natura giuridica della perizia, il codice la colloca tra mezzi di prova, insieme alla testimonianza, l'esame delle parti nel dibattimento, i confronti, le ricognizioni, gli esperimenti giudiziali e i documenti; la perizia, quindi, fornisce elementi direttamente utilizzabili a fondamento della decisione. I mezzi di ricerca della prova, le ispezioni, le perquisizioni, e le intercettazioni telefoniche, sono finalizzati ad acquisire cose, tracce, documenti, ed elementi che hanno attitudine probatoria. La

⁴²⁹ FORNARI U., *ult.op.cit.*, pagg.82 e seg.

⁴³⁰ BANDINI T.- GATTI U., *Perizia psichiatrica e perizia criminologica: riflessioni sul ruolo del perito nell'ambito del processo penale*, in *Rivista Italiana di Medicina Legale*, 2, 1982. pagg. 321.

perizia non è tanto una prova, quanto elemento della stessa per la componente valutativa che la contraddistingue. Attraverso la perizia il perito fornisce al giudice le competenze tecniche che gli mancano, porgendogli un giudizio sui dati e gli elementi già acquisiti.⁴³¹

⁴³¹ CANEPA G., *Questioni medico-legali in tema di perizia sulla personalità, in rapporto al nuovo codice di procedura penale*, in *Rass. It. Crim.*, I, 1990, pagg. 173 e seg.. L'art. 221 c.p.p. preoccupandosi in particolar modo della competenza e qualificazione del perito cui la perizia è affidata, ha operato la scelta per il criterio della nomina di un professionista iscritto ad un albo professionale, individuando nell'iscrizione una garanzia di professionalità. Tuttavia è ammessa, in via sussidiaria, il ricorso a "esperti di particolare competenza" e "se le valutazioni risultano di notevole complessità o richiedono distinte conoscenze in differenti discipline, il giudice può disporre perizia collegiale".

Infine, se la perizia è nulla, l'art. 221 c.p.p. dispone che se è possibile, "l'incarico deve essere affidato ad altro perito".

L'incarico è conferito tramite ordinanza, questa fissa il giorno per il conferimento dell'incarico peritale e l'espletamento di alcune formalità rituali. L'incarico è conferito in presenza del P.M. e dei difensori di parte. Il perito declina le proprie generalità ed il giudice verifica l'assenza di cause di incompatibilità o di incapacità dello stesso, quindi lo avverte degli obblighi e delle responsabilità previste dalla legge penale, ed il perito a questo punto è chiamato a rendere la dichiarazione sostitutiva del giuramento di cui all'art. 326 c.p.p. abrogato. Gli articoli 222 e 223 c.p.p. stabiliscono le cause di incapacità, incompatibilità del perito e quelle di astensione e ricasazione; si tratta di cause previste a pena di nullità della perizia.

Il giudice formula i quesiti peritali sentiti il P.M., i difensori ed il perito ovviamente, al fine di una valutazione collegiale e comparativa dell'utilità che l'atto assume in ordine all'acquisizione delle prove. Circa la risposta ai quesiti, l'art. 227 1° e 2° comma del c.p.p. prevede che il perito risponda in forma orale mediante parere raccolto nel verbale, salvo la possibilità che il giudice lo autorizzi a presentare una relazione scritta necessaria ad integrare – e non quindi a sostituire – il parere.

La risposta al quesito è immediata ma ove occorra, al perito può essere concesso un termine non superiore a 90 giorni entro il quale dovrà fornire detto parere. Nelle fasi delle indagini preliminari, il G.I.P. può concedere una proroga sino ad un massimo di 6 mesi se gli accertamenti sono di particolare complessità e se disposti in dibattimento condurrebbero ad una sospensione superiore a 60 giorni. Quindi l'oralità dell'esposizione del perito è la regola e l'eccezione è la relazione scritta. La possibilità di lettura sussiste solo dopo l'esame orale del perito, ma questa è la lettera della legge ed in realtà, e i giudici e i P.M., chiedono ai periti di fornire risposte per

Veniamo ora ad analizzare natura e finalità della perizia psichiatrica. Anche in questo caso abbiamo uno strumento di accertamento tecnico che mira a fornire al perito psichiatra gli elementi per pronunciare un "giudizio", un parere diagnostico, valutativo o prognostico. È chiaro che il ruolo istituzionale della perizia psichiatrica nel processo penale, e quindi della psichiatria forense, è l'accertamento delle condizioni di mente del periziando.⁴³²

L'indagine è commissionata allo psichiatra o dal giudice, e si tratta della perizia propriamente detta o tecnicamente definita tale dal codice, disposta dal G.I.P. durante le indagini preliminari, dal G.U.P. o dal giudice del dibattimento durante lo stesso, o dal P.M. o dai difensori di parte dell'imputato o della vittima ed in tal caso si parla di consulenza tecnica di parte.⁴³³

Non sarebbe possibile collocare cronologicamente e logicamente nel processo penale la perizia psichiatrica senza una considerazione delle finalità a cui è rivolta. La perizia può essere disposta ai seguenti fini:

1. l'accertamento della capacità processuale dell'imputato ovvero di partecipare coscientemente al processo;

iscritto. Sia i periti che i consulenti tecnici, sono ascoltati nel processo penale come testimoni e quindi in contraddittorio, con l'avviso di cui all'art. 497 c.p.p. e devono inoltre prestare giuramento di verità pena la nullità dell'esame. A differenza dei testimoni, periti e consulenti, si possono avvalere di testi, memorie, pubblicazioni, anche altrui, che saranno acquisite al fascicolo dibattimentale.

⁴³² CORSARO D.- PIRRONE V., *L'indagine della personalità nel nuovo processo penale*, in *Rass. penit. crim.*, II, 1980, pagg.67 e seg.

⁴³³ PONTI G.L., *Il contributo della criminologia al nuovo processo penale*, in DE FAZIO F., BEDUSCHI G. (a cura di), *La medicina legale ed il nuovo codice di procedura penale*, Milano, 1989, pagg.64 e seg.

2. l'accertamento, di 6 mesi in 6 mesi, in caso di sospensione del processo per incapacità dell'imputato;
3. l'accertamento per disporre le misure cautelari di cui agli articoli 73, 284-286 c.p.p.;
4. l'accertamento per stabilire l'esistenza del vizio di mente totale o parziale al momento del fatto, in quanto attuale e l'eventuale pericolosità sociale.

A questo punto possiamo vedere le fasi in cui la perizia si inserisce.⁴³⁴

⁴³⁴ ANGELINI ROTA M. - MERLO S., *La perizia psichiatrica: aspetti procedurali e deontologici*, in FERRACUTI F. (a cura di), *Psichiatria forense generale e penale*, Vol. XIII., Milano, 1990, pagg.134 e seg. Per concludere il discorso sul concetto della perizia citiamo alcuni pareri in materia. La perizia è atto particolare in quanto si inserisce nel processo penale e condotta sull'indagato o imputato, è in realtà un pregiudizio di chi è estraneo alla pratica della perizia psichiatrica forense. La perizia psichiatrica, è un atto medico che viene ad avere una finalità particolare nel processo penale; un atto medico cui sono connesse conseguenze particolari, ci si comporta da clinici nel corso della perizia psichiatrica.

Tuttavia occorre anche chiarire che si tratta comunque di un atto che è svolto in un contesto peculiare, da cui derivano conseguenze discriminanti la perizia psichiatrica dal colloquio psichiatrico nel contesto clinico.

La perizia non ha e non potrebbe avere scopo terapeutico ed è questa un'impostazione generalmente condivisa. In un suo saggio Verde, si chiede se sia possibile svolgere un'attività diagnostica in un contesto peritale penale.

Egli sottolinea come la situazione peritale non è terapeutica, ma piuttosto un'attività che risponde a regole ed esigenze peculiari, più proprie alla esigenze contingenti e alla politica del diritto prevalente in un determinato periodo storico, che alla scienza psichiatrica in se. Ma quali sono queste peculiarità della situazione peritale rispetto alla situazione clinica:

1. non si tratta di un'attività terapeutica rivolta all'individuo; il cliente che si rivolge al perito psichiatra è il giudice;
2. la valutazione psichiatrica del paziente deve riguardare sia il passato – ovvero il momento del fatto –, che il presente, e sfociare in una prognosi –giudizio di pericolosità – riguardante il futuro;
3. la valutazione è collocata in un contesto in cui si discute della pena e se un'azione sia imputabile ad un determinato soggetto: al perito è chiesto di calarsi in un contesto di controllo disciplinare;

4. tale contesto può influenzare l'assetto mentale del perito, si può costituire cioè un *setting* profondamente divergente dal setting dell'intervista psichiatrica: il *setting* dell'intervista psichiatrica origina e deve tornare ad una situazione processuale sottoforma di relazione scritta o orale in cui il perito concentra le sue conclusioni motivandole. Le regole di questo setting non dipendono dal perito e non sono manipolabili dallo stesso perché tracciate dalla norma legale e dalla giurisprudenza;

5. il quesito è poi formulato in termini giuridici, come giuridico e non "naturale" è il concetto di imputabilità, come quelli di infermità, vizio totale e vizio parziale, che pongono un problema di interpretazione e di raccordo tra diritto e psichiatria che è poi la quintessenza dell'attività medico legale..

Da ciò si ricava l'impressione che anche la diagnosi sia formulata in termini giuridici o con riferimento prevalente al problema giuridico di cui il perito è stato investito.

Non tutti dipingono la perizia con toni foschi; BANDINI T., *Perizia psichiatrica e perizia criminologica*, cit., pagg.114 e seg. Bandini afferma che la perizia psichiatrica, anche se solo circoscritta all'esame della imputabilità, è uno strumento insostituibile, in quanto presenta garanzie che non sono possedute da altri strumenti di indagine, è chiara nelle sue finalità, non è contaminata dalle ambiguità che presentano le attività cliniche che prevedono contemporaneamente aspetti valutativi ed aspetti terapeutici. È indispensabile, comunque, che la perizia psichiatrica, come ogni altro atto medico, sia svolto in modo da rispettare al massimo i diritti dell'uomo ed in particolare dell'uomo malato. Il perito dovrebbe operare allora mantenendo il massimo della riservatezza, senza svelare aspetti della vita intima del periziando, non pertinenti all'accertamento dell'imputabilità.

Al perito non deve essere chiesto di prendere posizione sulla consistenza dei fatti, né deve essere chiesta una descrizione caratterologica che permetta di attribuire il reato all'imputato, *ex art. 220 2° c.p.p.* A tal fine Canepa e Fornari, hanno sostenuto l'utilità della nomina non di un perito ma di un collegio peritale costituito da esperti dei diversi settori, quello della psichiatria forense e medico legale, auspicando un approccio interdisciplinare che permetta un contatto con l'imputato corretto per una valutazione più rigorosa della realtà osservata. È inoltre suggerito di non affidare la perizia ai sanitari che si occupano, o si dovranno occupare, in futuro del trattamento. Questo sarebbe consigliabile per evitare che il clinico cui spetta il trattamento, possa svolgere atti di tipo valutativo che potrebbero condurre a benefici rispetto alla pena. Il rapporto terapeutico, infatti, può essere fortemente inquinato, compromesso da attività di tipo valutativo richieste dal magistrato e che privano tale rapporto di libertà e spontaneità. Ciò non toglie che il perito non possa tenere un atteggiamento terapeutico, di empatia, di comprensione e di coerenza. È auspicabile che il clinico che svolge attività di perito non sia coinvolto in modo prioritario in attività di trattamento del periziando, in quanto la duplicità dei ruoli può condurre a difficoltà ed errori facilmente comprensibili.

5.2 Svolgimento della perizia

Dalla peculiare natura e finalità della perizia psichiatrica e sulla base delle raccomandazioni più comuni rivolte agli psichiatri, deriva una procedura, un sorta di metodo che caratterizza il colloquio psichiatrico. Merzagora distingue due momenti dell'attività del criminologo clinico⁴³⁵:

1. quello trattamentale e terapeutico, consistente nel fornire un servizio, su richiesta del reo per soddisfare suoi bisogni di aiuto terapeutico, di chiarificazione interiore, di programmazione, di consiglio e revisione di progetti di vita, per svolgere anche attività in ambito carcerario;
2. il ruolo di osservazione, valutazione e prognosi su mandato dell'autorità giudiziaria, o carceraria, corrispondente in pratica al ruolo istituzionale.

Il momento che a noi interessa è il secondo ma le indicazioni che seguono sembrano applicabili ad entrambi in momenti se pur con talune sfumature.⁴³⁶

⁴³⁵ MERZAGORA I., *Il colloquio criminologico*, Milano, 1987, pagg.79 e seg..

⁴³⁶ CANEPA G., *ult.op.cit.*, pagg.54 e seg. Per quanto concerne la strutturazione a livello tecnico-cronologico della perizia ricordiamo che si distingue innanzitutto tra la fase cognitiva e quella esecutiva. Nel corso della prima, il codice di rito ammette tre tipi di accertamenti:

1. la consulenza tecnica di parte del P.M. articoli 359-360 c.p.p.;
2. la perizia disposta dal G.I.P. articoli 392-398 c.p.p.;
3. la perizia dibattimentale articolo 508 c.p.p..

Nella fase esecutiva è il magistrato di sorveglianza a ordinare la perizia volta a stabilire:

1. la presenza o persistenza di pericolosità sociale psichiatrica al momento dell'applicazione della misura dell'O.P.G.;

In primo luogo il colloquio nel caso della perizia psichiatrica è una forma, una tecnica di comunicazione, che si svolge in una situazione istituzionale, che ha come antecedente il fatto che l'intervistato abbia commesso – o meglio, potrebbe aver commesso – un fatto-reato, e che ha come scopo fornire ad altri che hanno su di lui autorità, informazioni sulla sua personalità in relazione alla genesi e alla dinamica del reato, in caso di colloquio criminologico, sulla sua sanità mentale, riferita al momento del fatto, in caso di perizia sull'imputabilità.⁴³⁷

2. condizioni di mente dell'internato o condannato ai fini dell'esecuzione o prosecuzione della pena o di una misura di sicurezza diversa da quella psichiatrica (O.P.G.),

3. condizioni di mente del condannato o internato in vista della concessione di misure alternative all'internamento.

Ai fini di questa esposizione rileva la fase cognitiva. Il primo momento processuale, in cui può emergere la necessità di svolgere una perizia psichiatrica, è quello delle indagini preliminari. Durante questa fase il P.M. può, articolo 359 c.p.p., nominare e avvalersi di consulenti tecnici che non possono rifiutare la loro opera.

Il codice di rito parla di necessità di procedere ad accertamenti, rilievi segnaletici, fotografici o descrittivi e ogni operazione tecnica per cui siano necessarie specifiche competenze. Anche le parti, articolo 233 c.p.p., possono nominare in numero non superiore a due, i consulenti tecnici i quali potranno esprimere il loro parere anche attraverso la presentazione di memorie (articolo 121 c.p.p.). È possibile che la perizia sia disposta dal G.I.P. su richiesta di parte. L'articolo 392 c.p.p. prevede alla lettera F che il P.M. e la persona sottoposta a indagini, possono chiedere al G.I.P. che si proceda con incidente probatorio, alla perizia o esperimento giudiziale se la prova attiene persone, cose o luoghi il cui stato è soggetto a modificazione o al 3° comma quando la perizia se disposta i dibattimento potrebbe comportare una sospensione superiore ai 60 giorni. Anche in dibattimento la perizia può essere disposta dal giudice o d'ufficio o su richiesta di parte (articolo 508 1° comma). La regola sarebbe quella per cui il perito deve essere chiamato immediatamente ad esporre il parere, ma se ciò non è possibile, il giudice dispone la sospensione del dibattimento e fissa la data dell'udienza nel termine di 60 giorni.

⁴³⁷ MERZAGORA I., *ult.op.cit.*, pagg.85 e seg.

La comunicazione avviene in primo luogo a voce ed a due; se nel caso del colloquio clinico terapeutico lo psichiatra e l'infermo si incontrano volontariamente nell'ambito di un rapporto clinico-paziente, nel caso della perizia psichiatrica manca l'elemento della volontarietà ed il suddetto rapporto.⁴³⁸

Trattasi ora di vedere quale tipo di rapporto può instaurarsi fra perito e periziando, se pur nell'arco di poche sedute – solitamente tre o quattro – in cui si articola la perizia.

Essa risulta essere il momento di confronto fra due persone e fra due morali che possono essere diverse. I rischi del moralismo sono di non obiettività, di discriminare in negativo l'autore del reato o di trattarlo con benevolenza, in base alle diverse convinzioni.⁴³⁹

Vi possono anche essere atteggiamenti opposti al moralismo, il rischio di comportamenti collusivi o seduttivi del periziando è che il soggetto, ansioso di parlare e di sfogarsi, confonda il perito con un terapeuta e riferisca fatti o avvenimenti che non sono a conoscenza del giudice, non presenti in atti e che lo possono pregiudicare.

⁴³⁸ *Id.*, pagg.102 e seg. Merzagora ha anche precisato la differenza tra intervista e colloquio. Sono entrambe forme di comunicazione ma il colloquio è caratterizzato dalla maggiore profondità del rapporto interpersonale mentre la seconda sarebbe caratterizzata dalla finalità di ricercare informazioni senza un rapporto stretto o profondo tra intervistatore ed intervistato.

⁴³⁹ MERZAGORA I., *ult.op.cit.*, pagg.97 e seg. Non ci sono ricette per evitare il moralismo se non, come suggerisce Merzagora, esser vigili e consapevoli che la persona non è ciò che fa, una cosa è il comportamento altra cosa la personalità. La persona può anche aver commesso un reato ma non è detto che questo invada tutta la sua persona e che sia qualitativamente diversa dalle altre.

Di Tullio suggerisce, fermo restando il criterio della obbiettività, di usare tutta l'abilità per guadagnarsi la stima e la simpatia del soggetto e ciò per eliminare le resistenze che, in ogni criminale, si riscontrano come naturale tendenza a nascondere ciò che può aggravare la situazione di reo.⁴⁴⁰

La tecnica di conduzione della perizia muta inoltre a seconda del reato per cui si procede, ovvero il fatto-reato per cui si procede è certamente rilevante ai fini peritali.⁴⁴¹

Molte precauzioni dovranno, inoltre, essere assunte nella somministrazione dei test che esplorano in profondità la personalità del soggetto. Ciò non toglie che il perito non debba accettare supinamente ciò che il periziando esprime anche perché esiste un problema nella perizia che è estraneo all'ambito clinico terapeutico, e precisamente la simulazione.⁴⁴²

⁴⁴⁰ DI TULLIO B, *Principi di criminologia generale e clinica e psicopatologia sociale*, Roma, 1971, pagg. 187 e seg. Circa l'atteggiamento più corretto da seguire fra i due indicati, basterebbe ricordare che il perito è un medico e non un giudice e non deve pertanto indurre a confessioni anche se opera su mandato dell'autorità giudiziaria. Inoltre è tecnicamente consigliato di individuare dei confini entro cui muoversi nel corso del colloquio ovvero gli argomenti da trattare senza sconfinamenti. Mentre MERZAGORA I., *ibidem* sconsiglia di affrontare gli argomenti più intimi, ansiogeni e non funzionali a rispondere ai quesiti peritali, ciò non toglie, che in alcuni casi taluni di questi argomenti siano proprio a ciò funzionali.

⁴⁴¹ Vedi anche PONTI G., *Responsabilità e psichiatria.*, cit., pagg. 177 e seg. In punto di tecniche da seguirsi, Ponti ha sottolineato che se è da apprezzarsi una preparazione e sensibilità psicoanalitica, è da sconsigliare l'impiego di tecniche e di interpretazioni di tale stampo nel corso di una perizia perché non idonei alle finalità della stessa. Ma allo stesso modo è precluso al perito la possibilità di far ricorso alla narcoanalisi o a tecniche che facciano leva solo sul conscio e ciò anche perché lesive della libertà personale, quando, come nella perizia, coattivamente applicate. Anche se vi fosse il consenso dell'interessato violerebbero la sua libertà, il suo diritto di difendersi e anche di mentire.

⁴⁴² Vedi per un approfondimento in materia FORNARI U., *Trattato di psichiatria forense*, cit., pagg. 167 e seg. In particolare il prof. Fornari si concentra sulla

Comunque, tutte queste precauzioni sono dettate dalla volontà di tutelare chi è indagato o imputato da un'eccessiva violazione della sua persona partendo dal presupposto che già la perizia, essendo ordinata anche senza il consenso del periziando, è una forma di intromissione nella sua vita⁴⁴³.

Evidentemente le differenze che sussistono tra colloquio terapeutico e perizia, sul piano del ruolo dell'operatore e delle aspettative dell'utente, le

cosiddetta sindrome di *Ganser*, definito quale "lo stato crepuscolare isterico, durante il quale il detenuto cerca di recitare, più o meno consapevolmente, la parte del malato di mente, in conformità a quello che egli ha imparato o ritiene essere la sua malattia mentale" distinto rispetto alla simulazione vera e propria, che sarebbe, invece, caratterizzata da coscienza e volontarietà di riprodurre sintomi fisici e psichici esasperati, al fine di richiamare l'attenzione su di sé e ottenere specifici benefici. I principali comportamenti adottati da tali tipi di soggetti simulatori sarebbero, sempre a detta del prof. Fornari:

- riproduzione di sintomi e comportamenti singoli e isolati, non inseriti in un coerente quadro di patologia;
- elencazione spontanea e immediata dei disturbi patologici
- non riproduce distanze emotive col perito;
- denuncia stati crepuscolari di coscienza di pseudo demenza isterica inesistenti;
- descrizione precisa e definita di deliri e allucinazioni;
- tenta di amplificare il valore della malattia
- rifiuta le terapie farmacologiche ovvero, nel momento in cui l'assunzione viene accettata, i risultati sono contrastanti con quelli previsti;
- l'atteggiamento è a più riprese, dal punto di vista gestuale e mimico, di intenso sforzo mentale, finalizzato a richiamare insistentemente l'attenzione dell'esaminatore.
- il simulatore molto spesso si ammala e guarisce a ritmi variabili, in correlazione con l'andamento del procedimento penale.

⁴⁴³ Da qui la proposta di Bandini per una perizia disposta solo se vi è richiesta della difesa, vedi BANDINI T., *Lezioni di psicologia e psichiatria forense*, Milano, 2000, pagg.121 e seg. È chiaro che se le finalità della perizia si riflettono sul modo di porsi del perito, anche il periziando deve essere cosciente di questo e non nutrire aspettative che sarebbero destinate a rimanere insoddisfatte. Chi conduce il colloquio non deve alimentare illusioni scegliendo quindi la linea dell'onestà e della limpidezza ma il periziando, dall'altro lato, non può chiedere o contrabbandare la sua "collaborazione" in cambio di vantaggi o promesse che il perito non può fare.

modalità con cui concretamente procedere, non sono molto diverse; si tratta solo di adattamento di quelle seguite in ambito clinico all'ambito peritale. Il periziando non accede, infatti, volontariamente al colloquio ed inoltre è persona accusata di aver commesso un fatto previsto dalla legge come reato.

Il perito inizia solitamente con il raccogliere le informazioni sulla vita del soggetto dedicandosi quindi ad argomenti meno coinvolgenti.⁴⁴⁴

Da parte del periziando, plurimi possono rivelarsi gli atteggiamenti opposti al perito: è possibile che il soggetto esaminando cerchi di trarre dal perito ogni beneficio possibile ed utilità immediata, adottando il c.d. “atteggiamento di sfruttamento” a volte accompagnato anche da atti intimidatori, al contrario potrebbe anche tenere un atteggiamento accomodante ed ipocrita di chi collabora, ma non fino in fondo. Infine ci sarebbe anche la variante dispersiva, cioè l'atteggiamento di chi è loquace ma parla di tutto eludendo quanto richiesto, inducendo in tal caso il perito a chiudere il periziando sui temi specifici del colloquio.

Gli atteggiamenti più comuni e conosciuti sarebbero ad ogni modo il silenzio, la menzogna e la simulazione.⁴⁴⁵

⁴⁴⁴ Vedi MERZAGORA I., *ult.op.cit.*, pagg.205 e seg. Per quanto attiene gli argomenti quelli più scottanti non sono affrontati subito e viene stornata l'attenzione da quelli più ansiogeni. Tra gli atteggiamenti da evitare vi sarebbe la falsa ingenuità: per esempio, di fronte alle menzogne dar a vedere "di bere" quanto riferito. Per tentare una schematizzazione, il rapporto tra perito e periziando dovrebbe essere impostato sul rispetto reciproco, sulla consapevolezza di non essere diverso dall'interlocutore, senza che per questo vi sia confusione di ruoli.

⁴⁴⁵ MERZAGORA I., *Il colloquio criminologico*, cit., pagg.204 e seg. Circa il silenzio e la simulazione, è d'obbligo indagare sulla natura criminale o patologica degli stessi. Esiste, infatti, il silenzio schizofrenico e per la simulazione si pongono i problemi della sindrome di Ganser, ma in genere la simulazione è simulazione di malattia mentale. La reazione al silenzio, che può anche essere dettata da motivi di

Mentre è certamente impensabile che possano essere raccolti tutti i fatti e tutti i dati relativi al reato e all'autore dello stesso, è comunque necessario che il perito ancori ai fatti le proprie conclusioni avendo ben presente che non si può trasformare il possibile nel certo ed il probabile nel sicuro ma per lo più si dovrà giungere a fornire un parere probabilistico.⁴⁴⁶

riservatezza, e alla simulazione, deve essere possibilmente di invito a rispondere per il bene del soggetto stesso.

Di fronte alla menzogna è più difficile mantenere un aplomb pacata, soprattutto se si tratta di menzogne grossolane, ma la permalosità è da evitarsi. Meglio, dice Merzagora, un atteggiamento deciso e chiaro che riporti il colloquio sul piano del reciproco rispetto. Non è facile per l'esperto riconoscere la simulazione tenendo conto che non può usare *lye detector*, sieri della verità *et similia*. Alcuni sostengono che sullo sfondo, come possibilità concreta, il perito sa che esiste il pericolo di simulazione, mentre Merzagora, sostiene che non sarebbe poi così frequente come si crede, ma che l'esperto ha i mezzi per scoprirla e smascherarla.

Da un lato vi è chi dice che è facile smascherare la simulazione, dall'altro vi è chi afferma, per esempio, che non solo è difficile smascherarla ma che non sarebbe poi così frequente.

Circa la menzogna bisogna dire che il perito non è il giudice, non ha un ruolo inquisitorio, non deve emettere giudizi di colpevolezza. Ma il perito non si presenta come *tabula rasa* di fronte al periziando; ha letto gli atti del processo, i verbali delle forze dell'ordine, le dichiarazioni rese al maresciallo o altri al momento dell'arresto e almeno su questi fatti sa quando il soggetto mente. Si tratta di non indispettirsi perché la menzogna è nelle regole del giuoco, è un diritto del soggetto quindi evitare, dice Merzagora, di interrompere il colloquio scandalizzati dall'atteggiamento menzognero.

Per il silenzio esiste la possibilità di aggirarlo senza arrendersi ad esso. Può essere il potere ansiogeno di una domanda ad ingenerarlo ed è consigliato allora un approccio indiretto, più conveniente per soggetti che, non stabilmente inseriti in culture – ovvero sottoculture – criminali, hanno commesso un reato, ma che riveste il carattere di eccezionalità in un percorso di vita. Per favorire la comunicazione e "rompere" il silenzio, si può cercare di restringere per gradi le tematiche per arrivare per approssimazione successiva, al centro del problema.

⁴⁴⁶ SULLIVAN S., *Il colloquio psichiatrico*, Milano, 1967, pagg.158 e seg. Viene quindi il momento di affrontare il tema del reato. Sullivan parla di passaggi d'argomento e li suddivide in graduale, l'atteggiamento consigliato, il passaggio

Il perito solitamente legge i verbali, gli atti, ed è informato sul reato e sulle circostanze dello stesso, è importante infatti che il perito sappia la definizione giuridica del reato, quando, dove è stato commesso, l'età dell'autore al momento del fatto, quella della vittima, il tipo di rapporto esistente con la vittima, le aggravanti e le attenuanti, le reazioni del periziando al momento dell'arresto, dell'istruttoria, al processo, in carcere, e le reazioni nell'ambiente familiare. Deve conoscere, infine, la posizione giuridica del reo, se ha precedenti penali, se è un recidivo, insomma il *curriculum* criminoso.⁴⁴⁷

La perizia comprende anche esami di laboratorio e non ci si deve aspettare che, in un'ottica positivista e lombrosiana, le funzioni cerebrali o semplicemente, la capacità di intendere e di volere, siano necessariamente alterate nel soggetto peritato in quanto criminale.⁴⁴⁸

La personalità delinquenziale per i più non esiste, anche perché il delinquere è concetto giuridico non omogeneo a quello biologico di personalità e di malattia.⁴⁴⁹

accentuato, apprezzabile in alcuni casi, ed il passaggio brusco, accettabile solo per evitare di affrontare i temi più ansiogeni.

⁴⁴⁷ CARNEVALE A.- MENNA R.- COLAGRECO A., *La perizia criminologica nel processo penale: dal codice del '30 ai nostri giorni.*, in *Riv. It. Med. Leg.* XVII, 1995, pagg.371 e seg.

⁴⁴⁸ DI TULLIO B, *op.cit.*, pagg. 192 e seg. Di Tullio al contrario ritiene che "*i comuni delinquenti sono in generale fortemente predisposti ai turbamenti relativi al grado di estensione e lucidità della coscienza, specie sotto l'influenza di stati emozionali intensi ... la capacità di giudizio è nei comuni delinquenti inferiore alla media ... in base alla nostra esperienza, nei delinquenti l'atto volitivo viene ad essere spesso irregolare, per il fatto che gli stimoli endogeni sono più intensi e più prepotenti, l'apprezzamento difettoso e la capacità di inibizione più o meno limitata*".

⁴⁴⁹ BISIO B., *Psicologia criminale*, Roma, 1975, pagg.114 e seg. Bisio suggerisce di affrontare il tema reato secondo questo schema:

1. indagare come il soggetto ha ceduto ai motivi che su di lui hanno agito;

Non esiste un catalogo standardizzato di domande e soprattutto non sono concepite sulla dicotomia sano-malato. Resta l'avvertimento di non indagare o sopravvalutare le dinamiche profonde dell'inconscio che hanno condotto il reo al reato, perché mancano di requisiti di verificabilità ed oggettività delle dinamiche inconse.

A completamento di un'indagine che ha il suo fulcro nel colloquio, è possibile la somministrazione di test di personalità.⁴⁵⁰

Concluse queste fasi il perito si costruisce generalmente un'idea sulle condizioni mentali del periziando e sulla risposta da dare ai quesiti. Al perito, viene infatti generalmente chiesto di accertare tre diverse situazioni: capacità processuale, imputabilità, pericolosità. Ora, escludendo la prima, ci concentreremo sulle altre due.

5.3 Valutazione della infermità mentale e pericolosità sociale

2. determinare perché quelli antagonistici non lo hanno inibito;
3. come il soggetto ha concepito l'azione sociale dalla quale si è ripromesso un interesse;
4. la preparazione e l'esecuzione del reato;
5. passare allo studio del comportamento per verificare come la personalità reagisce agli stimoli nelle varie condizioni.

⁴⁵⁰ GULOTTA G., *Psicologia e processo: lineamenti generali*, in GULOTTA G. (a cura di), *Trattato di psicologia giudiziaria nel sistema penale*, Milano, 1987, pagg.215 e seg. I test hanno un valore molto relativo, in genere, ma alcuni sono validati su campioni di popolazione molto ampia. Tra i più noti ed utilizzati vi è quello di Rorschach e il Minnesota M.M.P.I.: il primo è quello delle macchie, il secondo consiste in una serie di 500 domande vero falso. Certo ve ne sono molti altri il Koch, il Machover, il W.A.I.S. ma i più noti sono questi, e sono test di interpretazione della personalità, proiettivi, e sono solo un aiuto eventuale essendo il colloquio, il parlare, il capire, l'approfondire, il momento centrale tutto il resto, è un accessorio altrimenti somministreremmo solo test. Esistono test che per quanto standardizzati possono fornire conclusioni peritali.

Al perito è solitamente chiesto di pronunciarsi su tre quesiti: "dica il perito, esaminati gli atti di causa, visitato (nome e cognome), eseguiti tutti gli accertamenti clinici e di laboratorio che ritiene necessari ed opportuni, quali fossero le condizioni di mente (di nome e cognome) al momento del fatto per cui si procede; in specie se la capacità di intendere o di volere fosse per infermità, esclusa o grandemente scemata".⁴⁵¹

Il secondo quesito attiene l'accertamento della pericolosità sociale: "in caso di accertato vizio di mente dica altresì il perito se (nome e cognome) sia persona socialmente pericolosa". Il terzo quesito attiene la capacità processuale: " dica il perito, esaminati gli atti, visitato (nome e cognome), eseguiti tutti i rilievi clinici e di laboratorio che ritiene opportuni e necessari quali siano le attuali condizioni di mente di (nome e cognome) e, in particolare, se sia o meno in grado di partecipare coscientemente al processo".⁴⁵²

Esiste un percorso logico che lega questi quesiti, al secondo il perito risponderà solo se ha risposto positivamente al primo e abbia accertato vizio totale o parziale di mente. Circa il terzo quesito l'articolo 70 c.p.p. dice che: "quando non deve essere pronunciato sentenza di proscioglimento o non luogo a procedere e vi è ragione di ritenere che per infermità mentale l'imputato non è in grado di partecipare coscientemente al processo, il giudice, se occorre, dispone anche di ufficio perizia".

⁴⁵¹ FORNARI U., *ult.op.cit.*, pagg.136 e seg.

⁴⁵² *Ibidem.*

Per quanto concerne il primo quesito le problematiche maggiori sono connesse – come del resto avevamo già anticipato nel corso dei precedenti capitoli – al concetto di infermità.

Esistono ancora molteplici perplessità in merito al significato da attribuire a tale termine, sia nell'ambito della psichiatria forense, sia in quello del diritto e della criminologia. Varie teorie, biologiche, psicologiche, sociologiche, si sono avvicinate nel tentativo di spiegare in modo preciso e certo l'idea di infermità, senza peraltro riuscire nell'intento.⁴⁵³

Alcuni includono sia le nevrosi sia le psicosi nel gruppo unitario delle malattie mentali, altri solo le seconde, distinguendo fra quelle a matrice

⁴⁵³Vedi ad esempio, fra le tante, quella supportata da DE FAZIO F- LUBERTO S., *La prassi della perizia psichiatrica*, cit., pagg.111 Rimandiamo al paragrafo precedentemente dedicato al dibattito sull'infermità per un approfondimento e la relativa bibliografia.

Gli autori sostengono che un'interpretazione molto restrittiva del criterio diagnostico, come quello medico-nosografico, renderebbe meno problematica l'applicazione del criterio valutativo, perché i margini di discrezionalità del magistrato e del perito risultano in tal caso estremamente ridotti, perché limitati a al riscontro di quadri morbosi predeterminati.

Un' impostazione così "statica" della perizia potrebbe forse soddisfare esigenze di certezza, ma risulterebbe comunque riduttiva e poco aderente alla complessa realtà della patologia mentale e della stessa valutazione richiesta.

Mentre un'interpretazione estensiva del criterio clinico-diagnostico, tale da includere anche quadri psicopatologicamente indefiniti, fino ad aspetti sintomatici di grave anomalie personologiche, conferirà al criterio valutativo, propriamente psichiatrico-forense, rilevanza primaria, perché la validità della valutazione peritale sarà affidata prevalentemente alla sua corretta applicazione secondo i rigorosi canoni della criteriologia medico-legale.

Sembrerebbe quindi opportuno che la combinazione dei due criteri venga operata in modo incrociato, onde evitare possibili rischi di una applicazione disordinata ed arbitraria nell'indagine peritale ove si adottassero entrambi i criteri nella forma più estensiva.

biologica apprezzabile e dimostrata – c.d. psicosi esogene – e quelle con basi supposte ma non ancora accertate, dette endogene.⁴⁵⁴

Anche il concetto di malattia risulta essere notevolmente discusso, diviso tra due diversi tipi di approcci. Il primo tendente a identificare il termine di malattia mentale con il solo gruppo delle psicosi, mentre l'altro vi include inoltre le nevrosi, le psicopatie, le demenze e le oligofrenie.

Prima della sentenza della Cassazione SS.UU. del 2005 risultava ad ogni modo fondamentale la distinzione tra psicosi o malattie mentali e disturbi di personalità. Nello specifico, le prime erano considerate una sindrome categoriale e dimensionale:

- a causalità multipla e circolare;
- che comporta una compromissione psichica e somatica;
- di cui è proprio un carattere dinamico-evolutivo;
- che implica una seria compromissione di preesistenti abilità sociali;
- che si configura in quadri di stato e in momenti di temporanea compromissione delle funzioni psichiche;
- che richiede interventi socio-sanitari e socio-terapeutici.⁴⁵⁵

⁴⁵⁴ Si sono poi distinte le infermità – definite come quadri di stato – dalle malattie – intese come quadri dinamici, con inizio, decorso, esito.

⁴⁵⁵ DE FAZIO F- LUBERTO S., *ult.op.cit.*, pagg. 114 e seg. Secondo un' impostazione in cui non si considera la Psichiatria come una scienza a base esclusivamente medica, ma prospetta un relativismo che contrasta con l'immagine tecnica della scienza medica, vi ha più aderenza alla realtà del problema. In tal senso risulta evidente la possibilità di un'estensione delle cause di non imputabilità anche a quadri psico-patologici non classificabili tra le vere e proprie malattie mentali, purchè ci si riservi in un secondo momento la valutazione della loro effettiva interferenza con il comportamento criminoso espresso dall'imputato. Questo succede esattamente nel caso dei disturbi della personalità, che non possono essere ammessi o esclusi, in linea di principio, tra le cause di non imputabilità, e che

Ovviamente, l'utilità di tale netta distinzione tra malattie e disturbi della personalità – intendendo per disturbo grave della personalità quei quadri il cui funzionamento è sostanzialmente di tipo psicotico, ma la cui sintomatologia è mascherata da strutture difensive nevrotiche o psicopatiche – è venuta a mancare con la recente pronuncia della Cassazione che ha incluso i secondi nelle cause di esclusione dell'imputabilità.

Ad ogni modo, ciò che rileva è che la malattia mentale, comunque intesa, abbia compromesso in maniera evidente il senso dell'identità dell'individuo – intesa come mancanza di autostima, di coerenza interna, della soddisfazione e della gioia di vivere – dell'esame di realtà – portando così a deliri, allucinazioni, incapacità di distinguere il Sé dal Non Sé e dell'uso di meccanismi di difesa.⁴⁵⁶

Una volta realizzato l'inquadramento diagnostico attraverso i manuali statistici D.S.M. –IV O I.C.D.-10 si passa alla fase finalizzata a una comprensione più approfondita del periziando, nei suoi comportamenti, e funzionamenti.

Bisogna, in pratica, realizzare in quale modo un disturbo psichiatrico, ampiamente o restrittivamente inteso, possa generare una compromissione delle capacità di intendere e di volere; la difficoltà maggiore risalta

ripropongono le complesse questioni poste in passato dalle personalità psicopatiche. Non si tratterebbe tanto di definire la criteriologia diagnostica clinica di tali forme, perché è chiaro che tali forme dovranno essere mutuare dall'ambito clinico, tenendo conto dei relativi e ben noti aspetti problematici al riguardo, quanto di individuare il più correttamente possibile i criteri valutativi ed interpretativi della specifica condotta criminosa espressa dal soggetto portatore di un disturbo borderline, che può naturalmente aver diversamente interferito con e sue motivazioni ad agire in rapporto a fattori diversi, anche di ordine contingente.

⁴⁵⁶ FORNARI U., *ult.op.cit.*, pagg.120 e seg.

naturalmente in tale frangente, al momento di far coincidere a categorie psicopatologiche categorie giuridiche.⁴⁵⁷

Una volta che il perito ha ravvisato nel periziando un quadro di patologia mentale tale da costruire vizio totale o parziale, egli viene chiamato

⁴⁵⁷ DE CATALDO NEUBURGER L., *La ricerca psicologica e la sua rilevanza in ambito giudiziario*, in DE CATALDO NEUBURGER L. (a cura di), *La giustizia penale e la fluidità del sapere: ragionamento sul metodo*, Padova, 1988, pagg.77 e seg. Ovviamente, non nel caso in cui il reato venga commesso durante un episodio delirante o confusionale acuto, in tali stadi lo stato di coscienza del soggetto è più o meno gravemente compromesso, inducendo a automatismi sganciati da ogni possibilità di riflessione, progettazione e organizzazione e il cui finalismo, è al di fuori di ogni possibilità di analisi e di controllo. Nei casi dubbi, invece, il criterio maggiormente applicato si basa sul fatto che il vizio di mente esista in quei casi in cui il reato può essere iscritto nella patologia mentale di cui il soggetto è portatore e del o dei relativi disturbi psicopatologici essere ritenuto sintomatico.

Vedi anche FORNARI U., *ult.op.cit.*, IBIDEM. Come afferma, del resto, l'esimio Prof. Fornari: "in difetto o in assenza di detto rapporto, anche il malato di mente può essere ritenuto imputabile per il reato che gli viene addebitato, nel senso che, pur essendo egli affetto da disturbi psichici, questi non incidono sul suo comportamento criminale che si colloca – per convenzione – in spazi funzionali (anche se funzionali) di "libertà", "autonomia" e "capacità"."

Fornari inoltre suggerisce di ancorare la nozione di infermità ad un tipo di classificazione fondata su criteri clinici circoscritti e delimitati, riconoscendo valore di malattia solo a quei delitti sintomatici di disturbi psicopatologici che rientrano in una nosografia con caratteristiche evolutive e di acuzie, incompatibili con un funzionamento dell'Io stabile nel tempo, adottando così una concezione restrittiva piuttosto che estensiva del vizio di mente.

Tutto ciò finalizzato a consentire al perito di motivare in maniera sufficientemente convincente l'esistenza del vizio di mente e dimostrarlo, svolgendo un discorso clinico comprensibile, documentato e controllabile. Dal momento, infatti, che la formulazione del giudizio peritale risulta spesso determinante nella decisione finale del magistrato, sia per quanto concerne l'imputabilità sia nella valutazione della pericolosità sociale, il perito deve sforzarsi di assumere una metodologia il più possibile chiara e intellegibile anche da un non tecnico.

L'autore suggerisce infine, in una prospettiva di riforma, la sostituzione della nozione di imputabilità, per certi versi equivoca e incerta, con quella di responsabilità individuale, da distinguere tra libera e condizionata, a seconda dell'assenza o della presenza di determinati disturbi psicopatologici inficianti l'autonomia individuale.

a pronunciarsi sull'eventuale pericolosità sociale persistente, derivata e correlata all'infermità mentale.

Anche in questo caso la vacuità e il carattere ineffabile del concetto giuridico, è stata fonte di contrasti e dibattiti tra i tecnici aventi il compito di valutare la presenza e persistenza di pericolosità sociale psichiatrica.⁴⁵⁸

⁴⁵⁸ FORNARI U., *ibidem*. In particolare i motivi di critica sarebbero i seguenti:

- 1) La patologia di mente è percentualmente poco rappresentata tra gli autori di reato. Per lo meno, i malati di mente non delinquono in misura superiore al resto della popolazione;
- 2) Non esistono rapporti di equivalenza tra malattia mentale e pericolosità sociale
- 3) La maggior parte dei soggetti socialmente pericolosi appartengono, nella criminalità individuale, alle categorie delle c.d. "varianti abnormi dell'essere psichico"
- 4) Gli strumenti clinici finora utilizzati per predire il comportamento del malato di mente autore di reato si sono rivelati imprecisi e inadeguati;
- 5) Anche i metodi longitudinale, comparativo e sperimentale (oltre al già citato clinico) si sono dimostrati fallaci. Dall'irripetibilità ed unicità del comportamento umano, discende l'impossibilità di prevedere condotte future con criteri di probabilità e tanto meno di certezza;
- 6) Il perito, specie in casi di delitti efferati e gravi che suscitino un'intensa riprovazione, deve affrontare, oltre al compito clinico e valutativo, il problema della richiesta di retribuzione da parte del contesto giudiziario e sociale. Può così rischiare di allearsi e identificarsi, più o meno consapevolmente, con chi deve giudicare e reprimere;
- 7) Frequentemente la predizione della recidiva si basa sulla considerazione delle sole caratteristiche psicopatologiche individuali. Non si tiene sufficientemente conto delle componenti sociali, ambientali, culturali e, soprattutto, transazionali che si trovano sempre alle radici di uno scompenso comportamentale;
- 8) Spesso viene sottovalutato o ignorato l'aspetto dinamico-evolutivo della patologia mentale, per privilegiarne caratteristiche di staticità e permanenza;
- 9) Troppo poco si tiene conto delle modificazioni cui può andare incontro il quadro psicopatologico, se sullo stesso si interviene tempestivamente con tecniche adeguate;
- 10) Sovente ci si pronuncia sulla pericolosità psichiatrica in base al comportamento emesso, trascurando la connessione con la malattia. Quindi,

Generalmente i criteri indicatori utilizzati sono i seguenti con eventuali varianti:

- presenza e persistenza di una sintomatologia psicotica florida e riccamente partecipata a livello emotivo, alla luce della quale il reato ha assunto “valore di malattia”;
- assente consapevolezza di malattia
- non accettazione delle terapie prescritte;
- mancata o inadeguata risposta a quelle praticate;
- presenza di segni di disorganizzazione cognitiva e impoverimento ideomotorio e psico-motorio – sensibile compromissione delle abilità sociali e delle risorse pre-morbose – che impediscano un compenso in tempi ragionevoli.
- caratteristiche dell’ambiente familiare e sociale di appartenenza;
- esistenza ed adeguatezza dei servizi psichiatrici di zona, disponibilità e capacità di formulare progetti terapeutici da parte degli stessi;
- possibilità di reinserimento lavorativo o di soluzioni alternative;
- tipo, livello e grado di accettazione del rientro del soggetto nell’ambiente in cui viveva prima del fatto-reato;

in ultima analisi, si formula un giudizio di pericolosità di competenza del magistrato, non dello psichiatra.

- 11) Ulteriore elemento che vanifica la prognosi di pericolosità sociale psichiatrica è un dato che appartiene all’esperienza di molti psichiatri forensi: la possibilità di ottime remissioni di disturbi psichici anche gravi durante il periodo della carcerazione preventiva o in un tempo relativamente breve, purché sia possibile mettere in atto interventi adeguati.
- 12)

-opportunità alternative di sistemazione logistica.⁴⁵⁹

Naturalmente i vari fattori dovranno essere presi in considerazione in maniera globale, in una visione che tenga conto di tutti gli aspetti che possono in qualche modo contribuire a una valutazione prognostica maggiormente plausibile.

Anche in relazione alla tematica della pericolosità sociale sono stati espressi diversi suggerimenti da parte del mondo della psichiatria, per un connubio più soddisfacente e armonico col mondo del diritto.⁴⁶⁰

⁴⁵⁹ Vedi GRECO.O - CATANESI R., *Malattia mentale e giustizia penale*, cit., pagg.73 e seg. Gli autori sottolineano come siano molteplici le ricerche svolte da autori diversi nel tentativo di analizzare la eventuale correlazione esistente tra malattia mentale e criminalità, e in caso positivo, identificare quei fattori che possano assumere valore prognostico e che siano quindi utilizzabili quale elemento di previsionedi recidiva. Ad esempio riportano le casistiche studiate da Hafner H. e Boker W., i quali hanno esaminato le caratteristiche di tutti i casi di omicidio commessi nell'arco di 10 anni nella Germania Federale evidenziando che gli infermi di mente responsabili di reati ammontavano a 3% e che tale percentuale risultava equivalente alla stima dei malati mentali sul campione della popolazione totale. Teplin L.A. giunse ad analoghe conclusioni dopo aver esaminato i dati relativi a 1072 soggetti arrestati dalla polizia di Chicago. La percentuale di soggetti con disturbi mentali non risultò infatti sproporzionata rispetto all'incidenza di malati mentali sulla popolazione generale.

In Italia invece viene riportato l'esempio di Traverso che, attraverso l'analisi delle cartelle cliniche di 320 soggetti dimessi dall'O.P. di Genova, escluse l'esistenza di una relazione diretta tra malattia mentale e criminalità, rilevando ocm eil comportamento criminale si manifestasse più frequentemente in pazienti con disturbi psicopatologici minori che più probabilmente sono l'espressione di problemi sociali piuttosto che di un reale disturbo psichiatrico.

⁴⁶⁰ FORNARI U., *ult.op.cit.*, pagg.140 e seg. In particolare, alcuni hanno proposto di tradurre la nozione di pericolosità sociale psichiatrica in quella di necessità di cure e di assistenza specialistica in regime di coazione o di libertà vigilata, operando in particolare una diversificazione degli ambiti prevalenti di competenza: socio-sanitaria nel caso delle psicosi e dei disturbi gravi della personalità, socio-terapeutica nel caso dei disturbi di personalità non complicati.

Passiamo ora ad analizzare in quale modo il parere del perito può riverberarsi su quello del magistrato nel momento in cui, dopo aver stabilito la non imputabilità dell'infermo, il giudice addiviene a stabilire il percorso riabilitativo del periziato e la risposta dell'ordinamento alle problematiche analizzate nelle fasi precedenti.

5.4 L'influenza della perizia psichiatrica sulle decisioni del magistrato e sui programmi di trattamento

Si possono distinguere due diversi ambiti di influenza della perizia psichiatrica:

1. le decisioni del giudice
2. il trattamento del reo malato di mente.

Circa le decisioni del giudice si è già parlato in questa sede del connubio tra psichiatria e diritto. Si è potuto notare come vi fosse un affidamento totale del diritto ad una psichiatria che sembrava fornire certezze e risposte certe in ordine ai quesiti posti dal magistrato.

Per anni si è assistito ad un appiattimento della giurisprudenza di merito rispetto alle rilevazioni peritali. E ciò, sia perché è mancata e manca una preparazione universitaria e professionale dei magistrati sulle tematiche psichiatriche e psicopatologiche, sia perché da sempre i magistrati hanno preferito ricorrere ad un'ampia delega a favore dei periti chiamati a esprimere

Infatti sarebbe assolutamente necessario lavorare sul superamento del concetto di pericolosità sociale, ponendo l'accento sulla malattia, privilegiando la necessità di cure e di assistenza, rendendo così il controllo sociale obbiettivo preminente della magistratura e non della perizia.

i loro pareri nelle varie fasi del processo penale sia nella fase di cognizione sia nella fase esecutiva.⁴⁶¹

Veniamo ora alle conseguenze della pronuncia di non imputabilità, accompagnata da pericolosità sociale.⁴⁶² Abbiamo visto che i quesiti posti al

⁴⁶¹ In questo senso MANCORDA A., *ult.op.cit.,ibidem*. Manacorda ha rilevato che dopo anni di proscioglimenti indiscriminati per difetto di imputabilità, la tendenza ad emettere sentenze sommarie è stata in qualche modo rallentata, ma non perché siano state apprese le moderne acquisizioni sulla malattia mentale ed il disturbo psichico, ma per esigenze di opportunità, per fronteggiare una criminalità organizzata crescente, che vedeva gli imputati, presunti promotori di strutture criminali, allegare disturbi psichici per ottenere il riconoscimento della non imputabilità e conseguente destinazione, prima automaticamente ora previo accertamento della pericolosità, ad un trattamento – la misura di sicurezza O.P.G. – più vantaggioso che non la pena ordinaria. La normativa della misura di sicurezza per come è stata concepita, è, infatti, più vantaggiosa per gli autori dei reati gravi che per quelli di reati di minore entità.

⁴⁶² CANEPA G., *Questioni medico-legali in tema di perizia sulla personalità, in rapporto al nuovo codice di procedura penale*, cit., pagg.302 e seg. Nel dettaglio il codice di rito prevede che il difetto di imputabilità, genericamente inteso e pertanto dovuto ad una qualsiasi delle cause previste dalla legge, in un soggetto appartenente ad una qualsiasi delle fasce di età all'uopo considerate dal codice penale – minore di anni 14, minore di anni 18 e maggiore di 14 e maggiore di 18 – possa essere riconosciuto dal giudice tanto nella fase dell'udienza preliminare, quanto nel corso del dibattimento. Se riconosciuto dal giudice dell'udienza preliminare, il difetto di imputabilità conduce ad "una sentenza di non luogo a procedere" ex art. 425 c.p.p.

Se il difetto di imputabilità sarà invece riconosciuto nel corso del dibattimento, esso condurrà ad una sentenza di assoluzione ex art. 530 c.p.p. . Se l'imputato è di età inferiore ai 14 anni sappiamo che opera la presunzione assoluta di non imputabilità. Nel dubbio sull'età dell'imputato ovvero, se l'imputato avesse o meno compiuto i quattordici anni al momento del fatto, opera una presunzione relativa, e quindi vincibile dalla prova contraria, di minore età da cui la presunzione assoluta di non imputabilità.

Se il soggetto ha un età compresa tra i 14 e i 18 anni vi è presunzione relativa di difetto di imputabilità. Nel caso di dubbio sull'età e il dubbio permanga anche dopo che il giudice abbia disposto perizia, vige la presunzione relativa anzidetta.

Circa il soggetto maggiorenne prosciolti in udienza preliminare, è necessario che il difetto di imputabilità sia evidente al punto che è presumibile, al di là di ogni ragionevole dubbio, che un eventuale successivo giudizio non sia in grado di far

perito sono tre, e che al secondo, sulla pericolosità, il perito risponde se e in quanto abbia risposto positivamente al primo, cioè se vi è vizio di mente.

Nel nostro sistema penale, ma anche in quelli della maggior parte dei Paesi Europei, le conclusioni dei periti esercitano una minima influenza sulla programmazione del trattamento dei malati di mente. In effetti un quesito relativo al programma di trattamento non è nemmeno posto al perito nel nostro ordinamento. Allo psichiatra si chiede di pronunciarsi su questioni che sono prettamente giuridiche, ovverosia l'imputabilità e la pericolosità sociale.⁴⁶³

maggior luce sul punto o di concludersi in maniera diversa. In presenza di questa evidente risultanza di difetto di imputabilità, prevale il principio di economia processuale ed il procedimento può concludersi all'udienza preliminare. Circa l'assoluzione in dibattimento, l'art. 530 c.p.p. estende alla prova della imputabilità il principio dell'assoluzione in caso di insufficienza di prove sull'imputabilità ovvero, art. 530, comma secondo c.p.p., "quando manca o è insufficiente la prova che il reato è stato commesso da persona imputabile".

⁴⁶³ CERETTI A.-MERZAGORA I., *Questioni sull'imputabilità*, cit., pagg.80 e seg. Del resto, in base alle ricerche empiriche a cui abbiamo in una nota precedente accennato, in molti hanno sostenuto che non è più possibile per il perito rispondere al quesito sulla pericolosità del malato di ente utore di reato, così come non è più possibile che il perito elabori pareri prognostici circa il comportamento del periziando, al di fuori di motivi puramente terapeutici. D'altra parte al, nel campo della valutazione della pericolosità da parte del giudice, il clinico potrà concretamente aiutare il magistrato, fornendo il suo parere circa il fatto che i disturbi psicopatologici eventualmente presenti al momento del reato siano ancora presenti, o meno al momento dell'indagine peritale, e circa la prognosi di malattia relativamente alla necessità ed alle possibilità terapeutiche del caso.

In tale contesto, l'unico quesito peritale al quale il clinico potrà motivatamente rispondere dopo aver conosciuto il programma di trattamento proposto dai competenti servizi psichiatrici civili, sembra pertanto poter essere così sintetizzato:

-quale prognosi possa essere formulata relativamente allo sviluppo dei disturbi psicopatologici, sulla base delle possibilità e delle necessità terapeutiche del caso.

“Ciò” – pensano gli autori – non deve apparire come una limitazione o come un vero e proprio rifiuto di collaborazione del clinico su questo importante problema,

Questo scollamento tra fase della perizia e successiva fase trattamentale comporta che il trattamento venga realizzato senza che vi sia l'apporto del perito, su base di automatismi fondati sulla considerazione della gravità del fatto illecito sulla pericolosità, ma non sulle condizioni psicopatologiche e cliniche del soggetto.⁴⁶⁴

Al perito non è richiesto di operare un trattamento ma ciò non toglie che effetti positivi e terapeutici possono manifestarsi nel corso della perizia.

Comunque, al di là del fatto che al perito non è richiesto direttamente di occuparsi del trattamento ma di altro, ovvero rispondere ai quesiti posti dal giudice, ciò che costituisce un impedimento allo svolgersi dello stesso è sia la situazione socio-ambientale in cui il soggetto si trova, sia l'ignoranza delle condizioni in cui il trattamento suggerito si svolgerà.

Nell'ottica trattamentale il presupposto è dato dalla comprensione clinico-fenomenologica del reato. Anche il fatto di reato più grave può essere

mentre può rappresentare un nuovo caso di concreta utilizzazione del parere del tecnico nel difficile settore della pericolosità.

⁴⁶⁴ INTRONA F.-TANTALO M., *Pareri peritali e trattamento del malato di mente autore di reato*, in CANEPA G.-MARUGO M.I., *Imputabilità e trattamento del malato di mente autore di reato*, Padova, 1995, pagg.165 e seg. come riportano gli insigni autori quando si parla di trattamento in psichiatria forense ed in criminologia clinica ci si deve chiedere in quali circostanze esso è necessario esso è necessario, quale deve essere il luogo dove eseguirlo, quali debbano essere la durata ed i contenuti. Con riguardo al caso in cui il perito abbia accertato il vizio di mente all'epoca del fatto-reato la proposta peritale sul trattamento scaturisce dal parere tecnico il tema della pericolosità essendo il trattamento necessario in caso affermativo e non necessario in caso negativo. Inoltre, nel primo caso, le innovazioni consentono di evitare che il trattamento sia costituito solo dal ricovero in OPG o dall'internamento in casa di cura e di custodia.

compreso secondo una criteriologia che non dovrebbe discriminare l' insanità mentale dalla normalità.⁴⁶⁵

In quest'ottica, allora, la perizia non è più limitata alle cause psicopatologiche, ma alla comprensione dell'atto nel suo complesso e all'elaborazione di un programma di trattamento.

A conclusione di questo capitolo possiamo valutare ciò che sembra caratterizzare la psichiatria di oggi, applicata al diritto penale.

Abbiamo visto come esistano due posizioni ideologiche antitetiche: da un lato chi vorrebbe un maggior coinvolgimento delle scienze umane nel processo penale ed una trasformazione della pena in un percorso di cura e rieducazione, dall'altro lato, la tendenza opposta che vorrebbe incentrare il processo penale sul reato con minor considerazione del reo.⁴⁶⁶

In termini di proposte, le tendenze ideologiche opposte si traducono da un lato, nella richiesta di una generalizzazione della perizia "criminologica",

⁴⁶⁵ INTRONA F.-TANTALO M., *op.cit.*,pagg.165 e seg. Nella valutazione relativa alla pericolosità sociale del soggetto, il perito deve fare una diagnosi ed una prognosi. In tale ottica il perito non può astenersi dal proporre, in via indicativa, un trattamento che è contemporaneamente terapia e prevenzione. Su questo punto, abbiamo visto come siano intervenute le sentenze della Corte Costituzionale che hanno di fatto allargato l'area di intervento del perito il quale, essendo venuto meno l'automatismo per l'adozione delle misure di sicurezza possono eventualmente suggerire altre possibilità di trattamento.

⁴⁶⁶ MANACORDA A., *Pericolosità sociale e determinazione della durata minima della misura di sicurezza del ricovero in ospedale psichiatrico giudiziario*, in *Foro it.*,II, 1987, pagg.106 e seg. Alcuni autori sostengono che ormai è impossibile negare l'irreversibile crisi della perizia, a cuasa anche della difficoltà di prognosi della pericolosità. Di conseguenza, secondo tale ragionamento sin che nel nostro sistema penale si manterrà l'attuale disciplina della incapacità di intendere e di volere, si dovrà comunque continuare a chiedere alla psichiatria ed alla psicopatologia di fornire dei giudizi sulla probabilità che il reo, prosciolto perché malato di mente, torni a delinquere.

dall'altro, nell'abolizione della perizia e della imputabilità, considerando sempre imputabili i rei affetti da malattia mentale.⁴⁶⁷

In realtà ora, le finalità di terapia, e di vera cura per gli infermi, richiederebbero la costruzione di un nuovo rapporto tra psichiatria e giustizia. In passato esisteva un legame forte tra diritto e psichiatria che si reggeva su una visione organicistica della malattia mentale: il malato di mente era, in ogni caso, incapace e pericoloso. Sono state le acquisizioni della psicoanalisi e la scoperta delle dinamiche sociali, che sottendono la definizione ed il trattamento delle malattie mentali, che hanno permesso di considerare la malattia mentale come una realtà complessa e articolata, accompagnata da gradi di comprensione e libertà anche rispetto agli illeciti penali.⁴⁶⁸

⁴⁶⁷ BANDINI T.-GATTI U., *Prospettive di riforma in tema di imputabilità e trattamento del malato di mente*, cit., pagg.177 e seg. A tal proposito in data 29\11\1983 era stata presentata alla Presidenza del Senato, una proposta di legge (D.D.L. 177), che all'articolo 1 sanciva il principio per cui la malattia mentale non esclude né diminuisce l'imputabilità con conseguente rifiuto della valutazione psichiatrica nel processo penale. In tale prospettiva, l'accertamento psichiatrico è solo spostato al momento dell'esecuzione della pena senza garanzie e con il rischio di una psichiatrizzazione del mondo penitenziario.

Non sarebbero solo esigenze di giustizia a spingere per l'esclusione della non imputabilità dei malati di mente, ma anche considerazioni cliniche: la moderna psichiatria ritiene sia necessario recuperare spazi di libertà al malato di mente e che l'acquisizione della responsabilità faciliti il successivo intervento terapeutico superando gli effetti negativi della stigmatizzazione derivante dall'attribuzione di incapacità.

Tuttavia, non sembra possibile raggiungere finalità di responsabilizzazione, di terapia, di conferimento di dignità al malato di mente solo attraverso un'artificiosa e rigida affermazione della capacità di intendere e volere dei portatori di disturbi psichici.

⁴⁶⁸ Vedi sul punto PONTI G. – MERZAGORA I., *Psichiatria e giustizia. Testi studi e ricerche di scienze giuridiche*; Milano, 1993, pagg.142 e seg. Dice Ponti: "Superato il pregiudizio che considerava il malato di mente sempre incapace, bisogna evitare quello opposto di considerarlo sempre capace di intendere e di autodeterminarsi perché ciò contrasterebbe con la realtà clinica". Per Ponti, è impensabile la proposta

La proposta di abolire lo spartiacque dell'imputabilità e di spostare la valutazione psichiatrica al momento esecutivo della pena per ridurre eventualmente il peso della sanzione, può, tra l'altro, condurre a rischi di enfattizzazione e simulazione dei disturbi psichici.⁴⁶⁹

Altri sarebbero d'accordo con la proposta di abolire l'imputabilità, se poi il trattamento fosse adeguato e condotto in strutture apposite e la terapia fosse reale, risultando così preferibile all'internamento in O.P.G., che a volte sembrerebbe avere solo un valore di contenzione e non di cura e trattamento, ma si riconosce al contempo che l'ordinamento penitenziario non è allo stato dei fatti in grado di assolvere alla funzione di cura.⁴⁷⁰

di abolire le norme relative alla imputabilità e senza accogliere il sillogismo malato di mente-incapace, ritiene si debbano offrire soluzioni concrete a situazioni le quali pur non essendo riconducibili alla malattia mentale, possono presentarsi in alcuni casi e nel singolo caso, per tempi più o meno lunghi.

⁴⁶⁹ PONTI G., *Responsabilità e psichiatria. Il ruolo del psichiatra nel processo penale*, cit., pagg.201 e seg. Vedi sempre Ponti secondo il quale occorre contestualizzare, dal momento che ora come ora negli istituti di pena ordinari è troppo difficile fornire al malato socialmente pericoloso un'assistenza congrua. Bisogna prevedere speciali istituti di cura per costoro e allora la perizia potrebbe essere il luogo dove si decide se colui che ha commesso il reato era tanto infermo di mente e pericoloso da necessitare questa cura; quindi in linea di principio egli si pone contro tutte le forzature e contro l'atteggiamento manifestatosi già negli anni '60 ai tempi della proposta di legge Vinci Grossi che poi è tornata in auge alcuni anni fa quando l'onorevole Corleone era sottosegretario alla giustizia, con la finalità di abolire l'istituto della perizia psichiatrica, e di abolire l'art. 88-89 del c.p. così anche il malato di mente autore di reato avrebbe iniziato a rispondere penalmente del reato, il magistrato avrebbe applicato le varie attenuanti però nell'esecuzione penale gli si sarebbe fornito una cura. Ma una cura in queste condizioni, non è possibile, non sarebbe affatto possibile.

⁴⁷⁰ SAPONARO A., *L'esame della personalità del reo nel processo penale, evoluzione, involuzione, modelli alternativi, prospettive*, Bari, 1997, pagg.118 e seg. A questo punto la ragione per mantenere le norme sull'imputabilità sarebbe costituito

Non sembrerebbe, alla luce di queste considerazioni operate, che la psichiatria possa continuare ad operare nel sistema penale nell'impostazione attuale.⁴⁷¹

Ma al di là delle incomprensioni esistenti tra psichiatria e giustizia resta in ogni modo il fatto che il parere chiesto al perito è una valutazione non assoluta, ma probabilistica, nel senso che la certezza assoluta non esiste in merito a quanto all'esperto è richiesto dal giudice.⁴⁷² La perizia appare un passaggio importante e di contributo sostanziale, infatti essa non è un atto dovuto e quindi formale. Si dovrebbe quindi dire che la psichiatria forense è destinata a cambiare radicalmente ma non certo a scomparire.⁴⁷³

dalla finalità di queste norme di proteggere chi non era al momento del fatto, pienamente o totalmente responsabile dei propri atti.

⁴⁷¹ PONTI G. – MERZAGORA I., *ult.op.cit.*, pagg.166 e seg. Esercitare la psichiatria, dicono Merzagora e Ponti, è svolgere un'attività falsa e falsificante, si affermano cose cui nessuno crede più adeguandosi a richieste incompatibili con l'attuale sapere psichiatrico.

⁴⁷² WOOTTON B., *Social science and social pathology*, London,1959,cit. in DE LEO G.-PATRIZI P., *La spiegazione del crimine*, Bologna, 1992, pagg.212 e seg. Sembrano più che mai attuali le parole di Wootton per cui: " né la medicina, né qualsiasi altra scienza potrà mai sperare di raggiungere la prova che una persona non sia in grado di resistere ai propri impulsi perché non può o perché non vuole. Le proposizioni della scienza sono soggette a verifica empirica: ma poiché non è possibile mettersi nei panni di un altro uomo, non è concepibile un criterio oggettivo che possa distinguere il non ha resistito da il non ha potuto resistere. Si deve allora affermare che non è possibile fissare un misura esatta della responsabilità, nel senso di capacità del soggetto ad agire diversamente da come in realtà ha agito".

⁴⁷³ BANDINI T.- LAGAZZI M., *Lezioni di psicologia e psichiatria forense*, Milano, 2000, pagg.230 e seg. Gli autori hanno formulato questa proposta di riforma dei quesiti peritali che sintetizza il diverso ruolo che dovrebbe rivestire la perizia:

Ad essa spetterà il compito di comprendere la natura del disturbo ed il ruolo che esso ha avuto nel delitto, di trasferire al giudice queste conoscenze acquisite, di prevedere e programmare tempi e modi della terapia.⁴⁷⁴

1. dica il perito se al momento dei fatti per cui è imputato, il periziando abbia manifestato disturbi psicopatologici e, in caso affermativo, di quale tipo e quale gravità;

2. dica se questi disturbi psicopatologici abbiano inciso sulle capacità del soggetto al punto di comprendere il comportamento delinquenziale secondo schemi abituali di pensiero ed in quale misura;

3. dica se tali disturbi persistano al momento dell'indagine peritale.

⁴⁷⁴ Vedi per una lettura critica e *iure condendo* COLLICA M.T., *op.cit.*, pagg.1180 e seg. Secondo l'autrice, resta il dubbio se il giudice, appositamente istruito per simili processi, dopo aver accuratamente controllato che l'indagine degli esperti sia stata metodologicamente corretta pure in relazione ai quesiti concernenti il secondo piano di giudizio dell'imputabilità, debba mantenere o meno una competenza anche sulla decisione finale. In particolare, in relazione alla diagnosi del disturbo il compito del giudice dovrebbe limitarsi al controllo della correttezza del metodo, rimanendo subordinato al parere del perito, o meglio della perizia collegiale se correttamente svolta, mentre in merito al secondo piano del giudizio d'imputabilità l'accertamento qui prospettato presuppone, in vero, una piena collaborazione tra giudice ed esperto. Ciò, sempre secondo l'autrice, varrebbe in particolare per la ricostruzione criminodinamica del delitto, come pure per l'esame del ruolo che il disturbo mentale diagnosticato ha avuto nella genesi del delitto (c.d. studio criminogenetico. Queste fasi, pertanto, costituirebbero l'anello di congiunzione tra l'aspetto psicopatologico e quello normativo del giudizio di imputabilità. In questo modo si realizza un collegamento tra i due momenti del giudizio medesimo, che consente di superare la tesi, già criticata, che vuole, al contrario, nettamente separati il ruolo del perito e del giudice, diagnostico-cognitivo il primo e normo-valutativo il secondo.

Così procedendo, la funzione dello psichiatra forense si impregna di una componente valutativa su questioni comunque aderenti alle sue conoscenze e giammai su tematiche sconfinanti nella metafisica. Si tratta certamente della parte più delicata della perizia, e più soggetta ad eventuali errori, se non supportata da una rigorosa procedura metodologica. Indispensabile diventa pertanto il confronto tra i dati clinici ricavati dal perito e gli elementi contenuti negli atti processuali, quali acquisizioni documentali e testimoniali, "alla ricerca di punti di coerenza che consentano di validare le ipotesi diagnostiche effettuate", per cui la perizia assume un significato criminologico. Tra l'altro, si rispetta quel processo di verifica-falsificazione che si è posto a fondamento dell'ammissibilità delle prove scientifiche in ambito forense ed indispensabile per restituire validità alla ricostruzione del perito.

Si tratta di un ruolo diverso, più vicino a quello della psichiatria clinica, e dunque di terapeuta e non di giudice, quale oggi lo psichiatra forense, di fatto, ricopre. Per ora ciò che sembra generalmente riconosciuto è che non sembra accettabile che dall'aleatorio giudizio del perito dipenda la libertà o la pena per il peritato, in base ad un giudizio che è emesso sulla base di una criteriologia psichiatrica che si traduce in una giustizia troppo spesso discrezionale, priva di certezza del diritto.⁴⁷⁵

Il giudice, da parte sua, potrà godere di una base empirica per la decisione finale, non senza aver prima rinunciato, da un lato, a guidare l'operato dello psichiatra fornendogli le nozioni giuridiche necessarie per l'individuazione dell'oggetto dell'indagine, dall'altro, a ricondurre l'incapacità accertata all'istituto penalistico che viene di volta in volta in gioco, ed ancora a controllare il rigore metodologico e argomentativo del procedimento da costui utilizzato. Di conseguenza, anche il secondo piano di giudizio di imputabilità, che si ritiene tradizionalmente di tipo normo-valutativo, si arricchisce di componenti di tipo empirico-psicologico caratterizzanti tradizionalmente solo il primo piano del giudizio medesimo.

Non meno importante sarà poi pretendere che lo psichiatra forense sia tenuto ad orientare il suo operato anche verso una prospettiva di cura, suggerendo al giudice le strategie terapeutiche da seguire. La perizia deve, infatti, rispondere a problemi diagnostici, prognostici e fornire indicazioni circa il trattamento criminologico più utile ai fini della cura e della risocializzazione del soggetto, secondo un preciso percorso metodologico che consenta una raccolta di dati di varia tipologia per arrivare a tracciare un quadro completo dell'imputato.

Nel caso, infine, in cui dovesse permanere il dubbio circa l'incidenza del disturbo nel caso concreto, ovvero il grado di affidabilità scientifica della spiegazione psicopatologica fornitagli dall'esperto spinga ad una conclusione che non raggiunga l'elevata credibilità razionale, il giudice dovrà concludere per l'assoluzione di cui all'art. 530 c.p.p.

⁴⁷⁵ Vedi a tal proposito l'autorevole opinione di DE FAZIO F.-LUBERTO S., *op.cit.*, pagg.108 e seg. Come riportano gli studiosi gli aspetti più complessi rapporto tra Psichiatria e Diritto hanno così trovato, proprio nella perizia psichiatrica, in terreno di scontro tra opposte esigenze di interpretazione, controllo, di gestione della devianza, rivendicando ognuna delle due scene il riferimento esclusivo alle proprie prospettive di analisi e di intervento. Si è pertanto sviluppato un vivo dibattito intorno alla natura, possibilità e limiti e conseguenze negative della perizia psichiatrica, fino a metterne in dubbio la sua stessa ragione d'essere. In particolare, è

stata denunciata la scarsa affidabilità sul terreno della documentazione della prova, i rischi di strumentalizzazione e degenerazione, oltre all'aumentata discrezionalità dei giudizi peritali.

Tali problemi si sono assomati a quelli di cui è notoriamente gravata la perizia psichiatrica, quali ad esempio quelli relativi al rapporto del perito con il periziando, all'ambiguità del suo ruolo ecc. Tutto ciò crea disagi nella prassi peritale e suggerisce serie riflessioni in ordine al destino di tale strumento d'indagine, benché non si siano ancora delineate serie ipotesi alternative in ordine all'utilizzazione della Psichiatria nel Sistema penale.

CAPITOLO SESTO

RITRATTO DEGLI OPG IN ITALIA: DATI E STATISTICHE

6. Premessa

Ai fini del presente progetto di ricerca si è ritenuto opportuno approfondire non solo gli aspetti, per così dire, “teorici”, relativi al trattamento dell’infermo di mente autore di fatto-reato, ma anche quelli “pratici”, fornendo una fotografia, a grandi linee, della situazione attuale degli OPG in Italia. In particolare, al fine di redigere il presente capitolo ci siamo soffermati ad analizzare i dati concernenti i sei OPG ancor’oggi presenti sul territorio italiano e la relativa popolazione ivi ricoverata.

I dati qui riportati sono basati, *inter alia*, sull’elaborazione di quelli diffusi al 31 gennaio 2012 dal Dipartimento dell’Amministrazione Penitenziaria, Ufficio per lo sviluppo e la gestione del Sistema Informativo Automatizzato, Sezione Statistica⁴⁷⁶, quelli forniti dal Dottor Straticò dell’OPG di Castiglione delle Stiviere nel mese di novembre 2012, quelli pubblicati nel proprio rapporto on line dalla onlus Antigone per i diritti e le garanzie nel sistema penale⁴⁷⁷ oltre alle informazioni pubblicate nello studio

⁴⁷⁶<http://www.osservatorioantigone.it/upload/RAPPORTO%20MENSILE%20SULLA%20POPOLAZIONE%20DETENUTA%20Indagine%20al%2031%20gennaio%202012.pdf>

⁴⁷⁷ Da consultare sul sito dell’associazione Antigone: <http://www.associazioneantigone.it/osservatorio/rapportoonline/rapportoon.htm>

“Anatomia degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari Italiani” a cura di Vittorino Andreoli⁴⁷⁸ e nella ricerca pubblicata dall’Istituto Superiore di Studi Penitenziari intitolata “Verso un OPG diverso o migliore?”⁴⁷⁹.

Nella prima parte analizzeremo i dati relativi alla popolazione ricoverata in OPG negli ultimi anni, soffermandoci in particolare sul numero di soggetti ivi ricoverati negli ultimi anni, l’età e il sesso degli stessi, il grado di scolarità, l’area geografica di provenienza, lo stato coniugale e l’eventuale numero di figli, la durata della permanenza, la tipologia di reato commessa e la malattia psichica sofferta. Inoltre cercheremo di ricostruire alcune informazioni anche sul personale operante negli OPG.

Nella seconda parte, invece, cercheremmo di fornire un breve quadro descrittivo di ciascuno dei sei OPG presenti sul territorio nazionale.

6.1 La popolazione internata: età, sesso, provenienza geografica, grado di educazione scolastica

Al 31 gennaio 2012, negli OPG di Aversa, Barcellona Pozzo di Gotto, Castiglione delle Stiviere, Montelupo Fiorentino, Napoli Sant’Eframo e Reggio Emilia risultavano internate in totale 1.264 persone., di cui 86 donne e 1.178 uomini.

Per poter osservare l’andamento demografico della popolazione internata, abbiamo riassunto nella Tab. 1 i dati inerenti ai ricoveri in OGP negli ultimi sessant’anni.⁴⁸⁰

⁴⁷⁸ Vedi ANDREOLI V., *Anatomia degli Ospedali psichiatrici giudiziari italiani*, Dipartimento Amministrazione Penitenziari-Ufficio studi e ricerche, Roma, 2002.

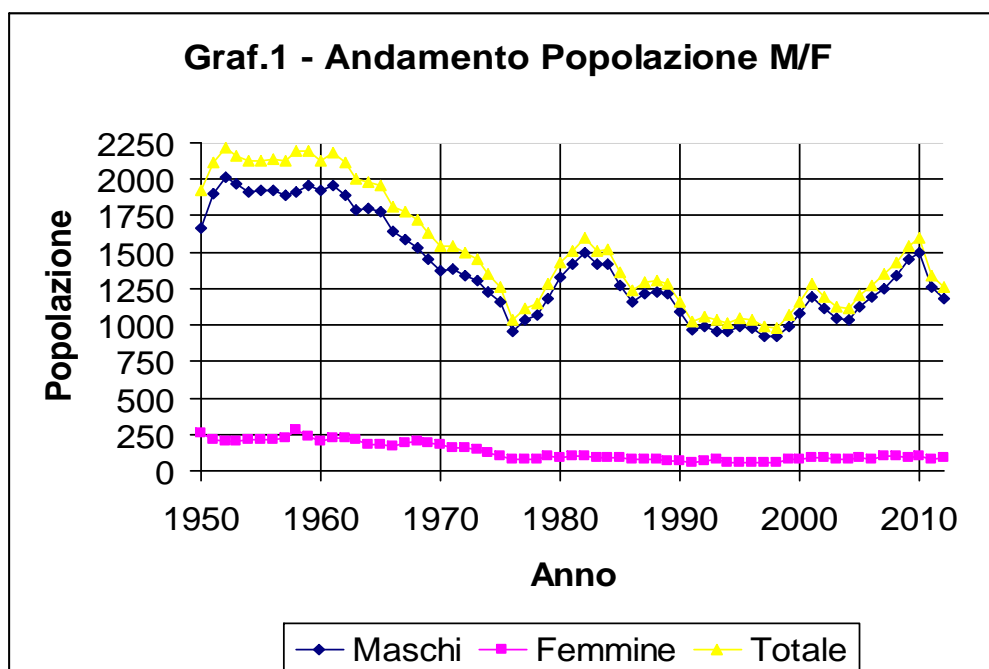
⁴⁷⁹ Progetto RENAV - Rinnovare esperienze rivalutando attività negate, *Verso un O.P.G. diverso e migliore?*, Quaderni ISSP n.2/2005.

Tab. 1 - 60 anni di OPG in Italia – L'andamento della popolazione

ANNO	M	F	TOT
1950	1665	260	1925
1951	1901	211	2112
1952	2011	206	2217
1953	1964	198	2162
1954	1917	213	2130
1955	1919	212	2131
1956	1921	211	2132
1957	1894	228	2122
1958	1914	276	2190
1959	1961	232	2193
1960	1924	203	2127
1961	1960	222	2182
1962	1885	225	2110
1963	1788	211	1999
1964	1798	183	1981
1965	1781	177	1958
1966	1648	165	1813
1967	1586	188	1774
1968	1526	200	1726
1969	1448	188	1636
1970	1367	175	1542
1971	1379	159	1538
1972	1341	155	1496
1973	1303	150	1453
1974	1230	124	1354
1975	1158	98	1256
1976	960	75	1035
1977	1037	79	1116
1978	1068	81	1149
1979	1180	100	1280
1980	1332	92	1424
1981	1415	97	1512
1982	1499	101	1600
1983	1418	95	1513
1984	1421	93	1514
1985	1270	91	1361
1986	1155	83	1238
1987	1214	79	1293
1988	1227	80	1307
1989	1215	72	1287
1990	1090	64	1154
1991	966	56	1022
1992	988	73	1061
1993	958	75	1033

⁴⁸⁰ Elaborazione personale dei dati riportati da ANDREOLI V., *op.cit.*, pag 17 e dal Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria, Ufficio per lo sviluppo e la gestione del Sistema Informativo Automatizzato, Sezione Statistica vedi nota 475.

1994	953	58	1011
1995	989	55	1044
1996	979	60	1039
1997	927	59	986
1998	924	53	977
1999	993	76	1069
2000	1077	79	1156
2001	1195	87	1282
2002	1109	85	1194
2003	1045	82	1127
2004	1037	81	1118
2005	1120	86	1206
2006	1191	83	1274
2007	1250	98	1348
2008	1335	99	1434
2009	1446	95	1541
2010	1497	103	1600
2011	1260	77	1337
2012	1178	86	1264



Come si può evincere dal Grafico n.1, la popolazione internata negli OPG, ha subito una forte decrescita tra gli anni 50 e 80, a testimonianza del fatto che

l'istituto mal si conciliava con esigenze terapeutiche che al tempo venivano generalmente prevenute con il ricovero negli ospedali psichiatrici civili. Secondo la medesima logica, con la chiusura di questi a seguito dell'entrata in vigore della legge Basaglia, possiamo notare come il grafico abbia assunto nuovamente un andamento crescente, mettendo in evidenza come gli OPG siano diventati i contenitori secondari di molti dei pazienti dimessi dagli ospedali psichiatrici civili. Il grafico mostra inoltre come, per assurdo, dal 2004 al 2010 si sia verificato un ulteriore aumento della popolazione internata, nonostante le pronunce della Corte Costituzionale degli anni 2003/2004 volte a permettere un trattamento differenziato degli autori di fatto-reato ed, in qualche modo, a decongestionare il numero dei pazienti ricoverati in OPG. Solo negli ultimi due anni il numero dei pazienti degli OPG è nuovamente tornato a diminuire, probabilmente grazie all'implementazione dell'Allegato C al DPCM 2008 che ha promosso un programma di reinserimento dei ricoverati nella società civile attraverso la presa in carico dei DSM locali.

Interessante è peraltro notare come l'incidenza sul numero totale della popolazione internata sia decisamente poco legata a quella dei pazienti di sesso femminile che, oltre ad essere scarsamente rilevante per il numero contenuto di donne sottoposte alla misura di sicurezza dell'OPG, si è mantenuta pressochè costante nel tempo, salvo una lieve e positiva tendenza all'ulteriore diminuzione.

Vediamo ora come tale popolazione si sia distribuita sul territorio italiano nelle sei strutture presenti.⁴⁸¹

⁴⁸¹ Relazione sui dati forniti da Regioni e Province Autonome, Ministero della Salute e Ministero della Giustizia, relativamente alle rispettive azioni, in attuazione

Tab. 2 - Soggetti maschi internati negli OPG per Regione di Provenienza

Provenienza	Castiglione delle Stiviere	Reggio Emilia	Montelupo Fiorentino	Napoli S.Eframo	Aversa	Barcellona Pozzo di Gotto	Totale in OPG
Piemonte	54	4	0	0	1	5	64
Valle d'Aosta	3	1	0	0	0	0	4
Lombardia	167	41	4	1	4	7	224
Trentino	1	8	0	0	0	0	9
Veneto	6	44	4	0	1	2	57
Friuli V.G.	0	7	0	0	0	0	7
Liguria	2	10	25	1	1	0	39
Emilia Romagna	4	56	0	0	1	1	62
Toscana	0	1	47	0	1	1	50
Umbria	0	0	7	0	0	0	7
Marche	0	11	0	0	1	0	12
Lazio	1	0	4	22	70	2	99
Abruzzo	1	0	0	9	17	0	27
Molise	0	0	0	0	3	0	3
Campania	2	4	1	59	111	4	181
Puglia	0	1	1	2	3	43	50
Basilicata	0	0	0	1	0	1	2
Calabria	1	0	0	1	0	38	40
Sicilia	1	2	0	2	2	140	147
Sardegna	1	1	26	0	1	0	29
S.F.D. (senza fissa dimora)	1	5	3	2	2	7	20
TOTALE	245	196	122	100	219	251	1.133

dell'Accordo in Conferenza Unificata, del 26 novembre 2009, concernente la definizione di specifiche aree di collaborazione e gli indirizzi di carattere prioritario sugli interventi negli Ospedali Psichiatrici Giudiziari (OPG) e nelle Case di Cura e Custodia (CCC) su www.regione.veneto.it

Nella tabella che segue si documenta l'aggregazione degli internati delle Regioni negli OPG, in base ai bacini di appartenenza. Come si può vedere, i residenti del bacino oscillano tra il novanta e l'ottanta per cento, con l'eccezione di Reggio Emilia che ospita ancora un buon numero di soggetti lombardi. Le pazienti donne, come già detto, sono ricoverate nell'OPG di Castiglione delle Stiviere e nella Casa di cura e custodia di Sollicciano (FI).

Tab. 3 - Soggetti maschi con misura di sicurezza: distribuzione % in base ai bacini di appartenenza

Regioni di provenienza	Castiglione Stiviere	%	Reggio Emilia	%	Monte-lupo F.	%	Napoli/Aversa	%	Barcellona P.G.	%	TOT	%
Soggetti delle Regioni del bacino	224	91.4	126	64.3	105	86.1	291	91.2	239	95.2	985	86.9
Soggetti delle Regioni fuori bacino	21	8.6	70	35.7	17	13.9	28	8.8	12	4.8	148	13.1
Totale	245		196		122		319		251		1133	

Per quanto concerne la nazionalità dei detenuti c'è da dire che, al contrario dell'incidenza sulla popolazione detenuta nelle carceri dove la percentuale di stranieri raggiunge la soglia del 36.18%, negli OPG il numero degli internati

in possesso di cittadinanza diversa da quella italiana è piuttosto bassa come si evince dalla tabella sottoriportata.⁴⁸²

Tab. 4 - Internati stranieri nei sei OPG

OPG	F	M	TOT	F STRANIERE	M STRANIERI	TOT STRANIERI	% DETENUTI STRANIERI
Aversa	0	191	191	0	17	17	8.90
Napoli	0	113	113	0	19	19	16.81
Reggio Emilia	0	225	225	0	57	57	25.33
Castiglione Stiviere	86	236	322	19	15	34	10.56
Barcellona P.G.	0	291	291	0	28	28	9.62
Montelupo Fiorentino	0	122	122	0	15	15	12.30

Realizzando invece un'indagine sull'età degli internati si nota come la maggior parte dei soggetti abbia un'età compresa tra i 25 e i 54 anni. Infatti solo il 4.5% dei maschi e il 2.3% delle femmine ha un'età compresa tra i 18 e i 24 anni, mentre solo il 3.8% dei maschi e il 3.4% delle femmine ha un'età compresa tra i 65 e i 74 anni. Ad ogni modo, l'età media si assesta attorno ai 40 anni.⁴⁸³

Tab. 5 - Internati per classi di età

⁴⁸² Vedi MINISTERO DELLA GIUSTIZIA, DAP, UFFICIO PER LO SVILUPPO E LA GESTIONE DEL SISTEMA INFORMATIVO AUTOMATIZZATO, SEZ. STATISTICA, *Rapporto mensile sulla popolazione detenuta, Indagine al 31 gennaio 2012*, pagg. 15 e seg.

⁴⁸³ Rielaborazione dei dati DAP in ANDREOLI V., *Op. cit.*, pag. 35 e seg.

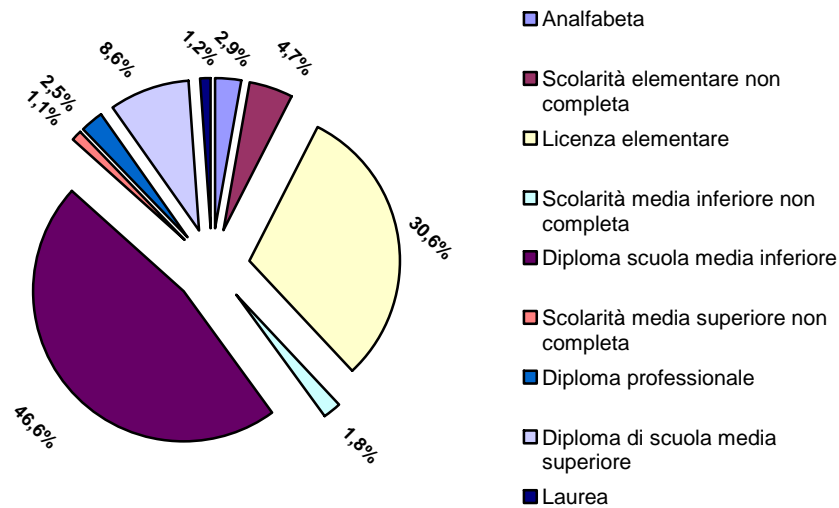
CLASSI DI ETA'	M%	F%
18-24	4.5	2.3
25-34	27.9	24.1
35-44	33.6	33.3
45-54	20.6	26.4
55-64	9.1	10.3
65-74	3.8	3.4
75-84	0.3	-
Non indicata	0.2	-
TOT	100	100

Tab. 6 - Et  in anni – indici statistici

INDICI	AVERSA	BARCELLONA P.G.	CASTIGLIONE STIVIERE	MONTELUPO FIORENTINO	NAPOLI	REGGIO EMILIA	TOT
Min	20	21	19	22	19	20	19
Max	77	73	74	74	78	82	82
Media	40.6	42.8	42.8	43.7	39.3	40.2	40.99

Interessante   poi analizzare i dati relativi alla scolarit  degli internati, che si rivela essere, nemmeno troppo a sorpresa, estremamente bassa e poco qualificata. Il 2.9%   analfabeta, il 30.5%   in possesso della sola licenza elementare, mentre solo il 13.5%, l'8.6% e il 1.2% hanno ottenuto, rispettivamente, il diploma di scuola media inferiore, il diploma di scuola media superiore e la laurea.

Graf.2 - Internati secondo il grado di scolarità



Dando poi un'occhiata ai dati per singoli OPG, risulta chiaro come nel meridione il livello di educazione scolastica risulti altresì più bassa rispetto al nord Italia.

In ogni caso, la bassa scolarità degli internati negli OPG è sicuramente associata sia a comportamenti contro la legge che a difficoltà che possono essersi manifestate durante la fase della crescita come premessa di patologie psichiche successivamente manifestate con evidenza.⁴⁸⁴

Tab. 7 - Scolarità per singolo OPG

SCOLARITA' (dati in)	AVERSA	BARCELLONA P.G.	MONTELUPO FIORENTINO	NAPOLI	REGGIO EMILIA	CASTIGLIONE STIVIERE

⁴⁸⁴ Vedi quanto affermato da ANDREOLI V., *Op. cit.*, pag. 49.

percentuale)						
Analfabeta	2.3	5.3	4.0	3.4	1.0	1.5
Scolarità elementare non completa	2.3	11.6	3.5	5.0	2.0	4.0
Licenza elementare	47.1	30.0	24.5	38.0	22.0	24.7
Scolarità media inferiore non completa	0.6	2.6	2.0	3.9	2.0	-
Diploma scuola media inferiore	36.8	39.5	50.0	39.7	54.6	56.1
Scolarità media superiore non completa	2.9	0.5	1.5	1.1	1.0	-
Diploma professionale	0.6	0.5	5.0	0.6	7.8	-
Diploma di scuola media superiore	5.7	9.5	7.5	7.8	7.8	13.1
Laurea	1.7	0.5	2.0	0.6	2.0	0.5

Diamo infine un'occhiata ai dati relativi alla precedente occupazione degli internati che evidenzia come la maggior parte dei pazienti prima di essere ricoverata in un OPG risultava disoccupato o nullafacente. Tale correlazione evidenzia come a un basso livello di scolarità venga associato un alto livello di disoccupazione e di ricoveri in OPG. Quasi a significare che i soggetti che hanno ricevuto un basso livello di educazione scolastica – probabilmente perché già segnati da qualche forma di malattia psichica o a causa della bassa estrazione sociale – avendo avuto meno possibilità di

accedere al mondo del lavoro, si sono integrati meno nella società e hanno accentuato la propria pericolosità arrivando, come sintomo finale della propria sofferenza, a commettere reati molto spesso gravi.

Tab. 8 - Internati e precedente occupazione

OCCUPAZIONE ANTECEDENTE L'INTERNAMENTO	PERCENTUALE
Nullafacente	24.1
Disoccupato	11.1
Pensionato	9.2
Operaio	8.9
Agricoltore	4.4
Manovale	3.1
Casalinga	2.3
Muratore	2.3
Impiegato	1.7
Commerciante	1.3
Invalido	1.2
Autista	1.0
Falegname	0.9
Meccanico	0.9
Cameriere	0.8
Elettricista	0.8
Operatore ecologico	0.7
Studente	0.6
Altro assimilabile operai, impiegati, commercianti, artigiani ecc.	11.6
Altra assimilabile professionisti, imprenditore, insegnanti ecc.	2.7
Non indicata	10.2

6.2 Reati commessi e disturbi psichiatrici rilevati

Focalizzando ora la nostra attenzione sulle tipologie di reato commesse dagli internati, si può notare come in base ai dati rilevati ci sia una netta prevalenza di reati commessi contro la persona (ben 75%) e tra questi, in particolare, l'omicidio volontario consumato, seguito dalle lesioni personali reato di lesioni volontarie e dai maltrattamenti in famiglia. Tra i reati contro il patrimonio più spesso commessi spiccano, invece, la rapina e il furto.⁴⁸⁵

Analizzando quindi tali dati risulta evidente come la maggior parte dei reati commessi dalla popolazione internata sia caratterizzata da un forte elemento di violenza anche se non mancano casi singolari come gli autori di fatti-reato quali la falsa testimonianza, l'ingiuria, la calunnia, la mendicizia e la prostituzione. Reati che in sé e per sé difficilmente farebbero pensare a una reale pericolosità sociale da tenere sotto controllo con l'adozione di una misura drastica come quella dell'OPG.

Tab. 9 - Fatti-reato commessi dagli internati

FATTO-REATO COMMESSO	PERCENTUALE RILEVATA
Omicidio volontario consumato (art.575)	45.7
Lesioni personali volontarie (art. 582)	8.5
Maltrattamenti in famiglia (art. 572)	5.3
Estorsione (art. 629)	3.6
Violenza sessuale (art. 609 bis)	2.2
Resistenza a un pubblico ufficiale (art. 337)	2.0
Violenza carnale (art. 519)	1.2
Sequestro di persona (art. 605)	0.9
Violenza privata (art. 610)	0.9
Omicidio preterintenzionale (art. 584)	0.8

⁴⁸⁵ Elaborazione tratta dai dati DAP riportati da ANDREOLI V., *Op. cit.*, pagg. 66 e seg.

Lesioni personali colpose (art. 590)	0.7
Violenza o minaccia a un pubblico ufficiale (art. 336)	0.6
Perquisizioni e ispezioni personali arbitrarie (art. 609)	0.5
Atti di libidine violenti (art. 521)	0.4
Minaccia (art. 612)	0.4
Strage (art. 422)	0.3
Sequestro di persona a scopo di rapina o estorsione (art. 630)	0.3
Atti sessuali con minorenne (art. 609 quater)	0.3
Omicidio colposo (art. 589)	0.2
Corruzione di minorenni (art. 530)	0.1
Percosse (art. 581)	0.1
Violenza o minaccia per costringere a commettere un delitto (art. 611)	0.1
TOTALE REATI CONTRO LA PERSONA	75.0
Rapina (art. 628)	7.8
Furto (artt. 624, 625)	4.3
Danneggiamento (art. 635)	1.2
Ricettazione (art. 648)	0.6
TOTALE REATI CONTRO LA PROPRIETA'	13.9
Produzione o commercio di stupefacenti (L.1990 n.309 art. 73)	2.3
Incendio (art. 423)	2.3
Detenzione armi (L. 1975 n.111 art. 4)	0.6
Trasgressione obblighi imposti (art. 231)	0.5
Atti osceni (art. 527)	0.5
Infermi di mente in stato di libertà vigilata (art. 232)	0.5
Violazione di domicilio (art. 614)	0.4
Danneggiamento seguito da incendio (art. 424)	0.3
Crollo di costruzioni o altri disastri dolosi (art. 434)	0.3
Associazione finalizzata al traffico di stupefacenti (L. 1990 n.309 art. 74)	0.2
Evasione (art. 385)	0.2
Associazione per delinquere (art. 416)	0.2
Prostituzione (L.1985 n.75 art.3)	0.2
Detenzione armi (L. 1974 n.497 art. 10)	0.2
Spaccio stupefacenti (L. 1975 n.685 art. 71)	0.2
Calunnia (art. 368)	0.2

Ingiuria (art. 594)	0.2
Detenzione armi (L. 1974 n.497 art. 14)	0.1
Detenzione modica quantità stupefacenti (L.1990 n.309 art. 75)	0.1
Sospensione o trasformazione misure di sicurezza (art. 212)	0.1
Peculato (art. 314)	0.1
Falsa testimonianza (art. 372)	0.1
Falsificazione di monete (art. 453)	0.1
Misura di sicurezza (art. 538)	0.1
Art. 619	0.1
Mendicità (art. 670)	0.1
Collocamento pericoloso di cose (art. 675)	0.1
TOTALE PER REATI CONTRO LA PROPRIETA' ED ALTRI REATI	24.1
Non indicato	0.9

Prendiamo ora in considerazione le diagnosi realizzate in relazione ai disturbi psichici sofferti dagli internati in OPG. Come si può osservare dalle due tabelle riportate qui di seguito, seppure la gamma delle patologie rilevate sia abbastanza variegata, è evidente come la maggior parte dei pazienti soffra di patologie molto gravi che sono intrinsecamente legate a un elevato indice di pericolosità sociale. Prevalgono infatti, *in primis*, i disturbi schizofrenici (in particolare quello di tipo paranoide) e psicotici (NAS e delirante) e quelli di personalità (NAS, antisociale e *borderline*). Seguono, con incidenza decisamente inferiore, i ritardi mentali e i disturbi dell'umore.⁴⁸⁶

Assolutamente sorprendente risulta il dato relativo ai casi in cui la diagnosi è risultata non rilevabile o comunque non riportata sulla cartella clinica oppure non riferibile a una vera e propria patologia psichica, quasi a testimoniare che spesso gli internati non rappresentano nemmeno veri e propri

⁴⁸⁶ ANDREOLI V., *Op. cit.*, pagg. 87 e seg.

casi “psichiatrici” ma sono più probabilmente soggetti che sono stati semplicemente giudicati pericolosi seppure la loro non imputabilità al momento della commissione del fatto-reato non fosse da ricondurre a una patologia psichiatrica. Ancora una volta risulta evidente come gli OPG siano stati spesso utilizzati come “recipiente” atto ad accogliere pazienti sotto molti profili assolutamente diversi. Certo la netta maggioranza è risultata aver commesso reati gravi probabilmente indotta da patologie altrettanto gravi, ma vi è anche una buona percentuale di pazienti con disturbi lievi o quasi irrilevanti autrice di reati c.d. bagatellari.

Tab. 10 - Internati secondo le diagnosi patologiche

DIAGNOSI	PERCENTUALE
Schizofrenia	11.00
Schizofrenia tipo paranoide	16.15
Schizofrenia tipo residuo	3.51
Schizofrenia tipo disorganizzato	2.26
Schizofrenia tipo indifferenziato	0.78
Disturbo di personalità NAS	4.29
Disturbo antisociale di personalità	3.12
Disturbo borderline di personalità	4.60
Disturbo dipendente di personalità	0.23
Disturbo impulsivo di personalità	0.08
Disturbo narcisistico di personalità	0.08
Disturbo ossessivo-compulsivo di personalità	0.08
Disturbo paranoide di personalità	1.40
Disturbo schizoide di personalità	0.55
Disturbo schizotipo di personalità	0.31
Demenza NAS	0.31
Disturbo correlato all'alcool NAS	1.64
Dipendenza da più sostanze	0.70
Disturbo cognitivo	0.16
Disturbo delirante	11.23
Disturbo dell'adattamento	0.23

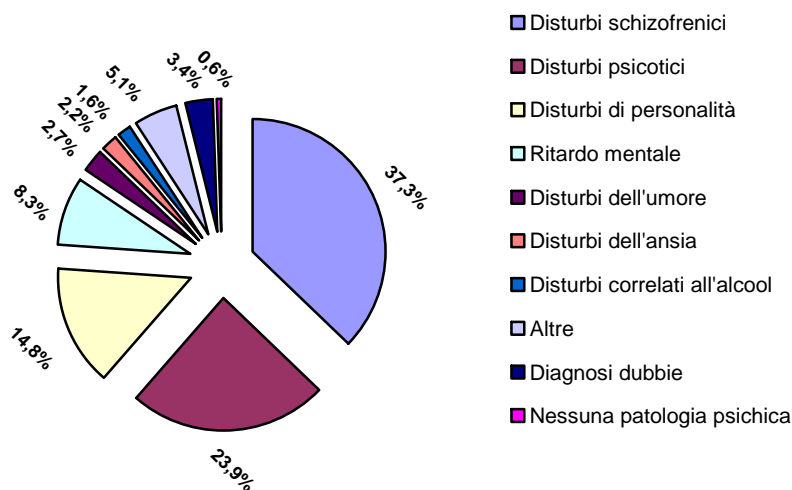
Disturbo dell'adattamento con ansia e umore depresso misti	0.08
Disturbo dissociativo NAS	0.70
Disturbo fittizio NAS	0.08
Disturbo fittizio con segni e sintomi psichici predominanti	0.08
Disturbo mentale NAS	1.25
Disturbo post-traumatico da stress	0.16
Disturbo psicotico NAS	12.56
Disturbo psicotico breve	0.16
Disturbo schizoaffettivo	3.51
Disturbo schizofreniforme	0.08
Ipocondria	0.08
Parafilia NAS	0.16
Ritardo mentale, gravità non specificato	5.77
Ritardo mentale lieve	1.17
Ritardo mentale moderato	1.09
Ritardo mentale grave	0.31
Disturbo d'ansia NAS	0.70
Disturbo d'ansia generalizzato	0.08
Disturbo di panico senza agorafobia	0.08
Disturbo ossessivo-compulsivo	0.08
Disturbo mentale dovuto a cond. medica non classif.	0.08
Disturbo dell'umore NAS	1.01
Disturbo ciclotimico	0.16
Disturbo bipolare NAS	1.25
Disturbo bipolare, più recente episodio ipomaniacale	0.08
Disturbo depressivo NAS	1.87
Disturbo depressivo maggiore	0.31
Disturbo distimico	0.31
Diagnosi non rilevabile	0.86
Nessuna diagnosi rilevata in cartella	2.57
Nessuna patologia psichiatrica	0.62

Tab.11 - Internati per singole categorie diagnostiche

CATEGORIE DIAGNOSTICHE	PERCENTUALE
Disturbi schizofrenici	37.3

Disturbi psicotici	23.9
Disturbi di personalità	14.8
Ritardo mentale	8.3
TOT I	84.4
Disturbi dell'umore	2.7
Disturbi dell'ansia	2.2
Disturbi correlati all'alcool	1.6
TOT II	6.4
Altre	5.1
Diagnosi dubbie	3.4
Nessuna patologia psichiatrica	0.6

Graf. 3 - Internati secondo categorie diagnostiche



6.3 Rapporti familiari e dati sulla permanenza negli istituti

I soggetti con diagnosi psichiatriche che sono soggetti alla misura di sicurezza dell'ospedale psichiatrico giudiziario sembrano essere principalmente colpiti da due fattori: (i) la presenza di una sintomatologia

psichiatrica, nella maggior parte dei casi, di una certa rilevanza e (ii) l'essere internati in una struttura di sicurezza come l'OPG.⁴⁸⁷ Nella vita di questi individui continuano però ad essere importanti anche altre questioni che, potenzialmente, potrebbero sortire effetti positivi e di riabilitazione sullo stato degli internati, primi fra tutti le relazioni familiari e la genitorialità.⁴⁸⁸

Vediamo quindi quali sono i dati rilevati in relazione allo stato civile dei pazienti internati e dell'eventuale presenza di figli.

La stragrande maggioranza degli internati risulta essere celibe o nubile e di conseguenza non avere figli. Solo la piccola minoranza ancora coniugata è ancora inserita in una famiglia e ha prole. E sicuramente tale minoranza consiste per lo più in donne, mentre gli uomini sembrano per lo più partire da una situazione svantaggiata.

Naturalmente questo dato merita un'attenzione particolare, perché è evidente che la tutela dei legami esistenti permette un più veloce reinserimento sociale degli individui internati in OPG. Ciò comporta che una valutazione e decisione rapida nei confronti di questi pazienti, almeno da un

⁴⁸⁷ SENON J.L. – MANZANERA C., *Reflexion sur les fondaments du débat et des critiques actuels sur l'expertise psychiatrique pénale. Annales Médico Psychologiques*, 2008, pagg. 818 e seg.

⁴⁸⁸ MIANO P. – CALVO R., *La dimensione della genitorialità in un ospedale psichiatrico giudiziario*, in *Psichiatria, Psicologia e Diritto*, n. 6 2012, pagg. 6 e seg. L'indagine dei due autori si focalizza su quattro padri internati in OPG, di cui si sono analizzate le competenze genitoriali e le rappresentazioni della genitorialità. I dati raccolti hanno permesso di evidenziare punteggi medio-bassi alle scale dell'AAPI-2 e una tendenza alla rinuncia rispetto al ruolo genitoriale. In pratica gli internati sono risultati escludere o spostare in avanti fino al momento della fine della detenzione il proprio ruolo di padri. L'ospedale psichiatrico giudiziario si è quindi rivelata essere una struttura che influenza negativamente la dimensione genitoriale, sia in conseguenza della separazione che comporta, sia relativamente alla progressiva perdita delle capacità genitoriale dei pazienti.

punto di vista meramente clinico, potrebbe comportare una ricaduta significativa sulla famiglia e sui pazienti stessi, evitando una permanenza protratta nell'OPG che comporterebbe, sul lungo periodo, sicuramente, un effetto pesantemente disgregante.⁴⁸⁹

L'essere recluso in OPG consiste *in primis* nella limitazione della libertà e ciò comporta l'allontanamento dalla famiglia e dalle dinamiche che si sviluppano al suo interno. Gli orari e i luoghi per poter incontrare i familiari sono limitati e privi di spazi di intimità. I colloqui comunque non sempre hanno luogo o avvengono di rado perché la distanza che intercorre tra OPG e il luogo di residenza della famiglia impedisce questi normali contatti ed il recluso finisce per accusare il peso di un isolamento totale dai suoi affetti.⁴⁹⁰ Tutto ciò non sortisce certo effetti positivi sul possibile reinserimento sociale dell'individuo e sulla sua motivazione ad impegnarsi per un percorso terapeutico e di piena riabilitazione.

Stato civile ed eventuale prole degli internati secondo il sesso

STATO CIVILE	PERCENTUALE (M / F)	PERCENTUALE CON FIGLI SECONDO STATO CIVILE
CELIBE O NUBILE	75.3	5.8
	51.7	25.6
CONIUGATO/A	10.5	48.7
	26.4	44.2
VEDOVO/A	3.0	16.7
	12.6	16.3
SEPARATO/A	4.8	17.3
	4.6	4.7
GIA' CONIUGATO/A O	2.6	8.3

⁴⁸⁹ ANDREOLI V., *Op. cit.*, pagg. 52 e seg.

⁴⁹⁰ MIANO P. – CALVO R., *Op. cit.*, pagg. 14 e 15.

DIVORZIATO	3.4	7.0
CONVIVENTE	0.4	1.3
	1.1	2.3
NON INDICATO	3.3	1.9
	0.0	0.0

Trattando per ultimo il tema della durata della permanenza degli internati negli OPG, bisogna tenere conto dei mutamenti sul piano normativo e le sentenze pronunciate in tema di revoca anticipata⁴⁹¹ che, grazie anche al mutato contesto socio-politico, hanno fatto sì che la cessazione della misura di sicurezza prima della scadenza del termine minimo sia divenuto una ipotesi più facilmente praticabile.⁴⁹²

Fino a poco tempo fa la durata della permanenza media nelle strutture era di circa 36,33 mesi, con il 23,2% ricoverata da meno di sei mesi, il 57%

⁴⁹¹ Vedi quanto ampiamente riportato al paragrafo 3.5 del presente lavoro “*Durata e revoca anticipata delle misure di sicurezza*”

⁴⁹² Vedi l’interessante ricerca svolta da CALVANESE E. – BIANCHETTI R., *L’internamento in ospedale psichiatrico giudiziario: le revoche della misura nelle ordinanze del magistrato di sorveglianza di Mantova (Anni 1992 – 2002)*, Relazione presentata al XVII Congresso Nazionale della Società Italiana di Criminologia, 9-11 ottobre 2003, pagg. 28 e seg. I due autori si sono occupati dei giudizi di revoca, a termine e anticipata, della misura dell’OPG. A questo scopo sono stati esaminati, per gli anni 1992-2002, tutti i fascicoli relativi alle istanze di revoca anticipata e ai giudizi di revoca a termine riguardanti gli internati presso l’OPG di Castiglione delle Stiviere. Dai dati scaturiti si è evidenziato un andamento sorprendentemente discendente, mentre per quanto alla criteriologia adottata, è emersa la particolare rilevanza conferita, in sede di valutazione della pericolosità sociale, alla situazione clinica, all’accertamento della condizione socio-familiare e, soprattutto, alla concreta possibilità di reinserimento nella realtà extraistituzionale.

da meno di due anni, mentre i casi totali superanti i dieci anni erano il 6,6%.⁴⁹³

Concentriamoci invece sui dati emersi dalla relazione del settembre 2011 come forniti da Regioni e Province Autonome, Ministero della Salute e Ministero della Giustizia, relativamente alle rispettive azioni, in attuazione dell'Accordo in Conferenza Unificata, del 26 novembre 2009, concernente la definizione di specifiche aree di collaborazione e gli indirizzi di carattere prioritario sugli interventi negli Ospedali Psichiatrici Giudiziari (OPG) e nelle Case di Cura e Custodia (CCC).⁴⁹⁴

Trattasi in ogni caso di una ricerca parziale in quanto le Regioni che hanno trasmesso le schede sono state undici: Lombardia, Veneto, Friuli V. Giulia, Liguria, Emilia Romagna, Toscana, Umbria, Marche, Abruzzo, Campania e Calabria.

I dati pervenuti sono stati riassunti in due tabelle: la prima concernente il numero totale degli internati valutati dall'equipe regionale responsabile, nel periodo indicato, suddivisi per tipologia di ricovero, numero dei dimessi, numero dei non dimessi, numero degli eventuali decessi, la seconda avente ad oggetto il numero dei dimessi, suddivisi per tipologia di ricovero, di anni di permanenza in OPG, modalità di dimissione, numero di soggetti a cui era stata applicata proroga della misura di sicurezza.

Nel periodo di riferimento – ovvero dal 1 gennaio 2010 al 31 maggio 2011 – sono stati 543 i ricoverati considerati; di questi sono stati dimessi 217, con differente tipologia di ricovero; la media dei soggetti dimessi è risultata

⁴⁹³ Vedi i dati tratti da ANDREOLI V., *Op. cit.*, pagg. 47 e seg.

⁴⁹⁴ Il documento è reperibile, tra l'altro, sul sito www.regione.veneto.it

essere pari a circa il 40% del totale dei soggetti valutati, con un minimo di 5% della Calabria, a un massimo di 94 % della Lombardia.

Nella seconda tabella che segue sono stati forniti alcuni dettagli concernenti le dimissioni, evidenziando la durata della permanenza in OPG e la tipologia di dimissione.

Soggetti residenti oggetto di valutazione nel periodo 01/01/2010 - 31/05/2011

REGIONI	NUMERO TOTALE SOGGETTI VALUTATI	DISTRIBUZIONE PER TIPOLOGIA DI RICOVERO DEI SOGGETTI VALUTATI DIMISSIONI								DIMISSIONI	
		(1) M.DI S. ART. 222	(2) M.DI S. ART. 212	(3) M.DI S. ART. 206	(4) M.DI S. ART. 219 CCC	(5) M.DI S. ART. 219 PSICHICI	MINORATI	DETENUTI ART.148 (6)	(7) OSSERVAZIONE	ALTRO	N. SOGGETTI DIMISSIONI
LOMBARDIA	48	18	0	15	12	0	0	3	0	45	93,75
VENETO	77	35	1	16	7		1		17	10	12,95
FRIULI V. GIULIA	16	6	1	6	3						37,50
LIGURIA	43	12		2	1	1			27	10	23,26

EMILIA ROMAGNA	20	13	2	1	4	0	0			18	90,00
TOSCANA	57	29	0	16	7	0	1	4		39	68,42
UMBRIA	15	8	0	4	1	0			2	7	46,67
MARCHE	25	8		6	2		1		8	7	28,00
ABBRUZZO	49	8	0	27	6	0	0	1	7	14	28,57
CAMPANIA	162	73		36	35	2	4	2	9	65	40,12
CALABRIA	56	12	0	23	11	4	2	4		3	5,36
TOTALE	543	214	4	146	87	7	8	10	66	217	39,96

Soggetti residenti oggetto di valutazione nel periodo 01/01/2010 - 31/05/2011

REGIONI	NUMERO DIMESSI	DISTRIBUZIONE PER DURATA PERMANENZA						DISTRIBUZIONE PER TIPOLOGIA DIMISSIONE			
		< 1 ANNO	TRA 1 E 2 ANNI	TRA 2 E 5 ANNI	TRA 5 E 10 ANNI	> 10 ANNI	NON RILEVABILE	REVOCA MISURA DI SICUREZZA	LICENZA FINALE ESPERIMENTO	LIBERTÀ VIGILATA	ALTRO
LOMBARDIA	45	18	10	12	4	1	0	1	14	21	7
VENETO	10	1	5				4		5	3	2
FRUIA V. GIULIA	6	3	2	1						5	1
LIGURIA	10		1	3			6		1	5	4
EMILIA ROMAGNA	18	1	5	6	1		5	2	8	8	
TOSCANA	39	19	10	8	2			6	18	15	
UMBRIA	7	1		3		1	2	1	4	2	

MARCHE	7	1		1			5	1		4	2
ABBRUZZO	14	8	3	3				6		3	5
CAMPANIA	65	14	10	24	8	5	4	2	35	19	9
CALABRIA	3	1		1	1					2	1
TOTALE	217	66	46	61	16	7	21	18	85	83	29

6.4 Gli OPG: strutture, staff, attività, internati, problematiche

Come più volte rappresentato nel corso del presente lavoro, gli Ospedali Psichiatrici Giudiziari in Italia sono i seguenti sei: Castiglione delle Stiviere, Montelupo Fiorentino, Reggio Emilia, Napoli S. Eframo, Aversa, Barcellona Pozzo di Gotto, di cui cinque (Reggio Emilia, Montelupo Fiorentino, Aversa, Napoli, Barcellona Pozzo di Gotto) a diretta gestione dell'Amministrazione Penitenziaria mentre uno, quello di Castiglione delle Stiviere, è gestito sulla base di una convenzione tra Ministero della Giustizia e azienda ospedaliera ed è dotata di un assetto esclusivamente sanitario che vede l'assenza totale della Polizia Penitenziaria. L'OPG di Castiglione è l'unico dedicato all'esecuzione delle misure di sicurezza detentive delle donne, anche se la Conferenza Unificata del 26 novembre 2009 aveva

stabilito che le donne del centro-sud avrebbero dovuto essere assegnate ad un apposita sezione, da istituire, nell'OPG di Barcellona Pozzo di Gotto.⁴⁹⁵

L'organizzazione strutturale dei sei istituti è piuttosto eterogenea: mentre Reggio Emilia e Castiglione delle Stiviere sono di recente costruzione, gli altri istituti sono stati ricavati dal riadattamento di edifici antichi, storicamente nati per altre funzioni. Solo Barcellona Pozzo di Gotto è stato edificato come manicomio giudiziario ma nel 1925.⁴⁹⁶

Oltre a sensibili diversità sul piano dell'organizzazione strutturale, i sei istituti divergono sul piano dell'organizzazione funzionale. Gli istituti a gestione diretta del Ministero della Giustizia sono condotti, con larga prevalenza, da personale della polizia penitenziaria, mentre l'istituto di

⁴⁹⁵ Vedi quanto riportato dall'osservatorio Antigone sul proprio sito <http://www.antigonelombardia.it/osservatorio/istituti/castiglione.html> dopo le ultime due visite effettuate, rispettivamente, il 16 giugno 2011 e il 4 dicembre 2009.

⁴⁹⁶ Nell'ambito dello studio realizzato dal RENAV, *Op.cit.*, pag. 10 si pone in evidenza come le strutture adibite agli OPG siano istituti che inizialmente erano stati adibiti a destinazioni non ospedaliere, come ad esempio conventi, caserme, carceri. Sicuramente ciò ha creato problemi non irrilevanti nella gestione di tali strutture.

Di seguito riportiamo lo schema esplicativo inserito in tale studio.

STRUTTURE						
	Napoli	Reggio Emilia	Barcellona P.G.	Montelupo Fiorentino	Aversa	Castiglione delle Stiviere
Data di costruzione	Anno 1500	Anni '80 inizio OPG 1991	Anno 1925	XVI secolo	Epoca Medioevo	Anno 1955-60
Precedente destinazione	Convento			Fino al 1800 residenza famiglia Medici. Dal 1856 Istituto di pena e dal 1886 manicomio criminale	Castello aragonese e convento, caserma, carcere ed infine OPG	

Castiglione delle Stiviere è caratterizzato dalla esclusiva presenza di personale sanitario, come sopra accennato.

Nell'approfondire alcuni aspetti che caratterizzano questa tipologia di istituti va detto che la strutturazione interna attuale degli stessi è, essenzialmente, caratterizzata da una suddivisione in reparti ai quali vengono assegnati le persone ricoverate, in base a criteri di natura giuridica e/o sanitaria. I criteri di natura giuridica sono rappresentati dalla posizione giuridica dell'internato che può essere provvisoria, o per meglio dire dovuta al fatto che l'internato non ha ancora concluso per intero l'iter giuridico e gli viene, quindi, assegnata una misura di sicurezza provvisoria; oppure definitiva, dovuta al fatto, per contro, che tutti i procedimenti processuali si sono conclusi e che la misura è stata definitivamente emessa. In altre parole, si parla, generalmente, di internati "provvisori" o "definitivi". I criteri di natura sanitaria riguardano la presenza o meno di uno stato di acuzie del quadro psicopatologico o di peculiari problemi internistici e/o disabilità fisiche.⁴⁹⁷

L' inattuata chiusura degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari, ventilata per anni negli scorsi decenni, ha sostenuto una perdurante mancanza di politica manutentiva degli Istituti, alcuni dei quali ormai vetusti; tutto ciò ha causato un lento ma inesorabile degrado delle strutture che, nel tempo, ha comportato una progressiva chiusura di alcuni reparti a discapito della capienza e dell'abitabilità. Molti reparti sono, infatti, chiusi perché inagibili

⁴⁹⁷ Vedi lo speciale su salute mentale in carcere del Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria presso il Ministero della Giustizia su www.giustizia.it.

(Aversa, Napoli) o in via di ristrutturazione (Montelupo F., Barcellona P.G.).⁴⁹⁸

Gli O.P.G. soffrono della generale carenza di organico che affligge l'Amministrazione Penitenziaria, anche se negli ultimi anni è stato fatto qualche tentativo per aumentare il personale sanitario nella gestione degli ospiti degli O.P.G., intrapreso dalle direzioni degli istituti.

Allo stesso modo, c'è stato qualche sforzo per migliorare e variegare le attività trattamentali (istruzione scolastica, formazione professionale, attività sportive e ricreative) e riabilitative (attività espressive, gruppi di auto aiuto, attività lavorative). In linea generale, le attività possono essere così riassunte: a) colloqui psichiatrici e visite internistiche periodiche dei singoli internati al fine di un iniziale inquadramento diagnostico; b) individuazione del trattamento psicofarmacologico ed internistico più indicato per il singolo internato; c) gestione degli episodi di riacutizzazione del quadro

⁴⁹⁸ Vedi la ricerca/intervento sugli Ospedali Psichiatrici Giudiziari e sui bisogni formativi degli operatori realizzata dal Progetto RENAV-Rinnovare esperienze rivalutando attività negate, *Verso un O.P.G. diverso e migliore?*, Quaderni ISSP n.2/2005. Il progetto, che ha preso avvio dalle riflessioni scaturite durante il convegno realizzato presso l'OPG di Aversa il 12 e il 13 ottobre 2001 sul tema "polizia penitenziaria ed ospedale psichiatrico giudiziario", si concentrava attorno a sei microobiettivi: (i) identificare i bisogni del contesto dell'OPG secondo un approccio globale che tenesse conto delle peculiarità organizzative, gestionali e formative di ciascun istituto, (ii) pervenire ad un progetto di formazione permanente per il personale ed al suo inserimento nel piano annuale della formazione dell'amministrazione penitenziaria, (iii) mettere in rete esperienze e problematiche per favorire lo scambio di esperienze, prassi, saperi, nella logica della comunità di prassi, (iv) pervenire alla definizione di modelli operativi comuni e condivisi adeguati alla specificità del contesto e definire linee guida comuni, soprattutto per quanto poteva concernere gli aspetti terapeutici/trattamentali, (v) collegare gli OPG con il mondo accademico e scientifico per stimolare le attività di studio e ricerca scientifica e (vi) favorire il confronto con realtà estere similari.

psicopatologico mediante più stretta osservazione psichiatrica, interventi psicofarmacologici d'urgenza e/o contenzione fisica; d) gestione delle emergenze e dei vari problemi medici mediante interventi di guardia medica ed anche specialistici con l'ausilio della strutture dell'Unità Sanitaria Locale territorialmente competente; e) avvio di progetti trattamentali risocializzanti e riabilitativi, mediante l'inserimento dei singoli internati, a seconda delle caratteristiche personologiche e quando il quadro psicopatologico ha raggiunto una fase di sufficiente compenso, in corsi di formazione professionale (es. giardinaggio, ceramica, falegnameria, legatoria), corsi di scuola elementare e media, corsi di risocializzazione ed attività espressive (disegno, pittura, musicoterapica, teatro, attività motoria, fotografia, cineforum ed attività audiovisiva, tennis), gruppi di auto aiuto per pazienti psichiatrici ed alcolisti ed in varie attività lavorative interne (scopino, spesino, conti correnti, muratore, lavanderia, magazzino, officina). Quando la posizione giuridica è definitiva, avviati i contatti con i servizi psichiatrici territoriali che dovrebbero esitare in programmi di futuro reinserimento all'esterno del paziente, è possibile l'avvio di un intervento di riabilitazione più approfondito ed articolato. Oltre alle attività più sopra descritte, è possibile avviare un concreto programma di "sperimentazione esterna", caratterizzato da uscite dall'O.P.G. per lo più articolate in licenze orarie con volontari e con personale sanitario per stemperare da un lato la crescente tensione emotiva derivante dal lungo internamento e dall'altro il progressivo riadattamento comportamentale del paziente alla vita esterna, dando così inizio ad un vero e proprio processo di riabilitazione.

Allo stesso modo le uscite possono essere programmate per partecipare a gruppi di riabilitazione esterni, per l'inserimento in lavori socialmente utili o in future esperienze di cooperative di lavoro.

C'è da dire che tutti questi progetti sono in realtà molto diversificati a seconda dei diversi istituti e del diverso contesto socio ambientali in cui gli O.P.G. si trovano. Risulta importante quindi la partecipazione del volontariato e degli Enti locali.

Passiamo ora ad esaminare la situazione in base ai dati rilevati in relazione a ciascun OPG, ad esclusione di quello di Castiglione delle Stiviere, al quale è dedicato uno specifico capitolo nel corso del presente lavoro, frutto anche di più visite effettuate dall'autrice e dall'originario relatore della tesi.⁴⁹⁹

A) AVERSA

DATI E RIFERIMENTI
<p>Ospedale psichiatrico giudiziario di AVERSA via San Francesco, 81031 Aversa (CE) tel. 0818155111 Maschile Dislocazione urbana Tribunale di Sorveglianza: Napoli Ufficio di Sorveglianza: Santa Maria Capua Vetere CSSA: Santa Maria Capua Vetere</p>
STRUTTURA
<p>Il complesso si articola attraverso vari corpi, separati ed uniti da corridoi o cortili e si sviluppano in lunghezza. Vi è inoltre uno spazio verde ben curato e ospitante diverse specie animali.</p>

⁴⁹⁹ Vedi dati resi disponibili nel Primo Rapporto On line dall'osservatorio Antigone, sul proprio sito www.associazioneantigone.it Le informazioni rilevate sono state diffuse nel VII Rapporto sulle condizioni di detenzione nel mese di ottobre 2010. Vedi inoltre i dati resi disponibili dal Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria al 31 gennaio 2012.

L'istituto ha complessivamente:

10 celle singole

30 doppie

18 celle da 3 a 6 detenuti

Gli spazi comuni interni sono quelli standard.

È diviso in reparti:

(i) *Reparto di osservazione*

È il reparto trasferito al carcere di Secondigliano.

(ii) *Reparti ordinari*

In questi reparti le celle sono aperte, i detenuti si muovono nei corridoi, dialogano, sembrano presenti e capaci di sostenere un dialogo. Alcuni appaiono sotto l'effetto di psicofarmaci, ma nel complesso le loro reazioni sono nella norma. Il Direttore e il personale penitenziario sembrano avere un rapporto amichevole con gli internati.

Lo stato delle celle complessivamente risulta sufficiente, per igiene e capienza.

(iii) *La sezione "staccata"*

Nella sezione staccata sono presenti gli internati "più pericolosi" che possono essere costretti ai letti di contenzione.

Un'ala è chiusa per lavori di ristrutturazione. Al 13/5/2005 risultano internati in tale area 41 persone

INTERNATI

n. internati presenti: 191 al 31 gennaio 2012

capienza regolamentare: 259

<p>Confronto presenze degli internati con misura di sicurezza negli OPG 2008/2011: - 17%</p>
<p>STAFF E PERSONALE SANITARIO</p>
<p>(i) <i>Staff</i> Direttore: 1 + 2 vice Polizia penitenziaria: 120 Educatori: 2</p> <p>(ii) <i>Personale sanitario</i> 5 medici incaricati (pagati a visita), 6 consulenti psichiatrici (390 ore totali di assistenza), 8 medici di guardia, 40 dipendenti paramedici, 2 psicologi (37 ore al mese). 14 specialisti prestano servizio di consulenza, con rapporto convenzionale.</p> <p>Come si può notare dai dati sopra riportati, non esistono medici dipendenti dell'amministrazione e gli psichiatri sono a convenzione, per un totale mensile di 390 ore di assistenza. Oltre queste ore non vi è alcun tipo di assistenza terapeutica. In pratica la disponibilità risulta di circa 13 ore al giorno (due turni di 6 ore e ½) per circa 190 reclusi che hanno diritto a 20 minuti a testa di assistenza terapeutica al giorno. L'assistenza è concentrata la mattina, per cui dalle ore 14.00 in poi non c'è assistenza psichiatrica ma solo la guardia medica per le emergenze. Stesso discorso vale per gli psicologi.</p>
<p>VOLONTARI</p>
<p>Caritas, WWF, una compagnia teatrale. La Caritas ha messo a disposizione degli internati in permesso e dei loro familiari un locale ubicato nelle vicinanze dell' OPG. Il WWF contribuisce alla manutenzione di un'area</p>

<p>verde presente nel complesso. La compagnia teatrale permette ad alcuni ristretti di partecipare alla preparazione di una rappresentazione.</p>
<p>CONDIZIONI MATERIALI</p>
<p>Le celle contengono sino a sei persone. Gli orari sono: sveglia 7-7.30; ora d'aria 9-11, 11.30 pranzo, 17.30 cena.</p>
<p>CONTATTI CON L'ESTERNO</p>
<p>È previsto un colloquio a settimana</p>
<p>SANITA' E ATTREZZATURE</p>
<p>Nell'infermeria è presente un gabinetto odontoiatrico attrezzato, strumenti per ecocardiografie, ecografie, radiografie.</p> <p>E' assicurata la guardia medica 24 ore.</p>
<p>ATTIVITA' , FORMAZIONE PROFESSIONALE E ISTRUZIONE</p>
<p>Le attività di formazione sono quelle standard, con la difficoltà di condurre in porto i corsi e con una enorme ripetitività. Trattasi per lo più di corsi di falegname, giardiniere, computer.</p> <p>Inoltre poiché la popolazione internata è “stabile”, i detenuti più “affidabili”, in grado per la loro patologia di arrivare fino alla fine di un corso, nel corso degli anni, seguono più corsi e accade anche che seguano corsi per i quali hanno già ottenuto la qualifica.</p> <p>Ci sono solo lavori domestici gestiti dall'amministrazione ma non ci sono lavori finalizzati al reinserimento esterno.</p> <p>Sono garantiti corsi di scuole elementari e medie.</p>
<p>NODI IDENTIFICATIVI E PROBLEMATICI</p>
<p>Il 40% degli internati è in regime di proroga. Il 60% di questi è in tale status soltanto a causa della difficoltà di trovare strutture che siano disposti ad accoglierli una volta dimessi (famiglia, ASL, associazioni di volontariato).</p>

I medici sono solo a convenzione e l'assistenza specifica è limitata solo a poche ore della giornata. Gli educatori di ruolo sono solamente due.

Il complesso necessita di varie ristrutturazioni non effettuate a causa della mancanza di fondi.

A partire dal 2001, la Direzione dell'OPG ha cercato di coinvolgere le ASL di pertinenza nell'assistenza degli internati sia durante l'esecuzione della misura di sicurezza, sia in occasione del reinserimento del mondo libero. Questo nuovo approccio ha permesso di invertire la tendenza del rapporto tra internamenti e dimissioni: a partire dal 2001, infatti, il numero delle dimissioni è divenuto superiore al numero degli internamenti.

Nel dicembre del 2003 il reparto di Osservazione è stato di fatto trasferito nel carcere ordinario di Secondigliano, dove è stato creato, non senza critiche, un reparto ad hoc.

Di recente è stato creato un tavolo tra gli OPG campani, il Ministero della Sanità, il Ministero di Giustizia, la regione Campania e alcune ASL (solo 4 sulle 13 esistenti in Campania) al fine discutere le problematiche connesse all'internamento in OPG.

B) BARCELLONA POZZO DI GOTTO

DATI E RIFERIMENTI

Ospedale Psichiatrico Giudiziario BARCELLONA POZZO DI GOTTO

tel. 090 970931

Maschile

Indirizzo: via Vittorio Madia, 31 – 98051 Barcellona Pozzo di Gotto (Me)

Tribunale e Ufficio di Sorveglianza: Napoli

CSSA: Napoli

STRUTTURA

La grande struttura, in stile liberty, risale al 1925, ed è nata già con l'attuale destinazione. I padiglioni detentivi che compongono l'istituto sono disposti attorno ad un grande cortile centrale, alberato ed in parte coperto.

Nel suo complesso l'OPG è costituito da 8 padiglioni detentivi, ciascuno di due piani, ai quali va aggiunto la struttura a custodia attenuata di Oreto, una villetta per civile abitazione situata nella periferia di Barcellona, che alla data della visita ospitava 12 persone.

È in funzione anche vecchia struttura dell'istituto attigua a questo ma con accesso dall'esterno, dove grazie all'intervento di una cooperativa sociale di tipo B vengono realizzate lavorazioni di falegnameria e del ferro con commesse anche esterne e dove prestano il loro lavoro internati in art. 21 e semiliberi. Questa struttura ospita anche il parco fotovoltaico del progetto "Luce e libertà", un canile e un paio di cavalli per il corso di formazione per operatore equestre.

All'interno dell'istituto, sono attualmente in funzione solo il terzo, il quinto, l'ottavo padiglione, ed il solo piano terra del sesto. Il settimo padiglione, l'unico ad un solo piano, è stato ristrutturato recentemente, in teoria per accogliere le donne di Calabria, Puglia e Sicilia, attualmente internate altrove. In effetti questa destinazione non è chiara, anche perché, in base alla legge n. 9 del 2012, gli OPG dovrebbero chiudere entro il 31 marzo 2013. Attualmente questo padiglione è usato come spazio per le attività scolastiche.

Il piano terra del 2° padiglione è in ristrutturazione, mentre al primo piano sono ospitati i 21 lavoranti, provenienti da altri istituti, che svolgono la

<p>quasi totalità delle attività lavorative dell'OPG.</p> <p>Il primo padiglione, il quarto ed il primo piano del sesto sono attualmente chiusi ed in attesa di ristrutturazione. Il quarto con fondi del ministero, gli altri con fondi della Cassa delle Ammende.</p> <p>I padiglioni ristrutturati sono in discrete condizioni, fatta eccezione per il piano terra del sesto, che pur essendo stato recentemente ristrutturato, presenta numerose infiltrazioni. L'istituto ha fatto causa alla ditta appaltatrice, ed avendo vinto la causa si procederà, a spese della ditta, ad una ristrutturazione non appena il piano verrà sgomberato.</p> <p>L'istituto ospitava anche i minorati psichici, che per carenza di spazi sono da un anno al Pagliarelli di Palermo.</p> <p>L'istituto ospita anche 17 semiliberi provenienti da Messina, dove la sezione di semilibertà aveva bisogno di una radicale ristrutturazione, ma dovrebbero a breve tornare a Messina.</p>
<p>INTERNATI</p>
<p>N. internati presenti: 291 al 31 gennaio 2012</p> <p>Capienza regolamentare: 452</p> <p>Confronto presenze degli internati con misura di sicurezza negli OPG</p> <p>2008/2011: - 14,1%</p>
<p>STAFF E PERSONALE SANITARIO</p>
<p><i>STAFF</i></p> <p>1 Direttore (Dott. Nunziante Rosania). In passato era previsto un vicedirettore per ogni reparto, ma la figura non è più presente da tempo.</p> <p>L'area educativa è composta da 1 Capo area e da 4 educatori tutti con incarichi temporanei.</p>

La pianta organica del personale di polizia, determinata dalla direzione in accordo con le OOSS in 172 unità, è stata fissata dal PRAP in 129, ma la forza effettivamente presente è inferiore alle 100.

2 psicologi (5h al mese ciascuno)

10 psichiatri (40h al mese ciascuno)

1 medico incaricato in ogni reparto

20 infermieri di ruolo e 20 infermieri liberi professionisti

Il Sert territoriale interviene con una convenzione con l'istituto

Indice della carenza di personale è il fatto che la notte in tutto l'istituto restano 8 agenti e 3 infermieri.

PERSONALE SANITARIO

VOLONTARI

Massiccia è la presenza di volontari che entrano nell'Istituto, 75 tra art. 17 e 78. Tale numero è cresciuto in questo modo negli ultimi 10-15 anni grazie ad un profondo lavoro di sensibilizzazione del territorio e sottolinea quanto la popolazione esterna partecipi alla vita dell'OPG.

CONDIZIONI MATERIALI

Le celle sono sempre aperte dalle ore 8 alle ore 22.30. Gli internati, a seconda dei casi, possono muoversi all'interno delle sezioni o andare all'esterno. Ogni padiglione ha il suo refettorio dove i ristretti consumano i pasti.

CONTATTI CON L'ESTERNO

In istituto si effettua un numero piuttosto basso di colloqui, circa 30 alla settimana, indicativo degli scarsi legami familiari degli internati. I colloqui vengono effettuati in una sala con bancone divisorio e sgabelli in marmo.

ATTIVITA' , FORMAZIONE PROFESSIONALE E ISTRUZIONE

Scolastiche: corsi di scuola elementare la mattina, medie e commerciale per geometri la sera, 4 corsi professionali con enti esterni dalle ore 13.30 alle ore 18.00

Culturali: si è organizzata, con l'intervento di alcuni volontari, art. 17 O.P., una raccolta di poesie poi portate presso le scuole esterne

Ricreative: si sono organizzati, e si continuerà a farlo, spettacoli musicali, utilizzando gli stessi ricoverati con l'apporto di alcuni volontari esterni; specialmente nel periodo estivo vengono organizzate tante manifestazioni offerte gratuitamente da varie compagnie teatrali e musicali nonché tornei di calcetto con squadre interne (di ricoverati e di operatori) e squadre esterne

Altro: è stato formato un gruppo denominato N.A.T. della Polizia penitenziaria, composto da 10 unità, il quale collabora con l'area trattamentale e con l'Associazione ARCI "Papillon" interna all'istituto (il cui Presidente è il Direttore). La socialità serale dalle ore 18.00 alle ore 21.00 giornaliera, avviene sotto i portici davanti ai reparti dove si organizzano varie attività ricreative.

FORMAZIONE PROFESSIONALE

Sono attivi vari corsi di formazione professionale: il Cefop ne ha organizzati nel 2012 per rosticcere e per operatore equestre; l'Enaip nel 2011 per elettricista, falegname, giardinaggio, computer; l'Anfe ceramica, computer e

fotografia. Ogni corso è seguito in media da 8 internati. A breve ripartiranno i corsi dell'Enaip che hanno subito dei ritardi a causa della mancanza di fondi.

ISTRUZIONE

È attivo un corso di scuola elementare per 12 internati e un corso di scuola media sempre per 12 internati che utilizzano metodologie adeguate alla tipologia dei destinatari.

NODI IDENTIFICATIVI E PROBLEMATICI

Il maggior problema dell'Istituto è il suo affollamento, quanto meno in rapporto alle risorse su cui può fare affidamento. Per il DAP la capienza regolamentare dell'istituto è di 452 persone, come se tutti i reparti dell'istituto fossero in funzione. In effetti allo stato attuale molti di questi sono chiusi e la capienza regolamentare, allo stato attuale, è di 210 persone. Le presenze non avevano mai superato le 160-170 unità fino al 2007, quando hanno iniziato a crescere fino ad oltre 400, anche a causa dei lavori di ristrutturazione a Montelupo Fiorentino e ad Aversa. Da allora sono nuovamente scese, ma l'istituto resta, a detta degli operatori, troppo affollato per poter garantire condizioni ed interventi adeguati. A ciò si aggiunga che, a detta della direzione, le condizioni di salute degli internati sono sempre più deteriorate. Molti, più che bisognosi di cure poiché in fase di acuzie, hanno in effetti bisogno di un intervento di accompagnamento, quasi di badantato, verosimilmente per molto tempo, che i DSM non sono in grado di fornire. Anche a causa di ciò, delle 117 persone in esecuzione di misura di sicurezza definitiva, 90 sono quelle attualmente in proroga (internati la cui misura di sicurezza viene "prorogata" periodicamente dal

magistrato di sorveglianza, spesso anche per mancanza di strutture di accoglienza all'esterno).

A sottolineare l'incertezza del futuro dell'OPG un altro dato davvero sorprendente: il settimo padiglione dell'istituto, l'unico ad un solo piano, è stato ristrutturato recentemente, in teoria per accogliere le donne di Calabria, Puglia e Sicilia (attualmente solo l'OPG di Castiglione delle Stiviere accoglie donne internate), destinazione però assai poco chiara dal momento che tra meno di un anno, in base alla già citata L. 9/2012, l'intero istituto dovrebbe essere chiuso.

C) MONTELUPO FIORENTINO

DATI E RIFERIMENTI
Ospedale psichiatrico giudiziario di MONTELUPO FIORENTINO Viale Umberto I 64 (50056 – Montelupo Fiorentino) Tel. 0571 913098 fax 0571 913315 E.mail: op.montelupoflorentino@giustizia.it Maschile Dislocazione: urbana Tribunale ed Ufficio di Sorveglianza: Firenze UEPE: Firenze
STRUTTURA
Il complesso dell'OPG di Montelupo Fiorentino è costituito da una maestosa villa medicea di fine '500, posta in località Ambrogiana, a forma quadrata e con quattro torrioni agli angoli, comprendente anche una vasta area adibita originariamente a giardini.

È raggiungibile con autobus di linea o con i treni della linea Empoli-Firenze; la stazione ferroviaria è a ca. 500 metri.

Generalmente si procede con interventi di manutenzione ordinaria, ma il degrado dell'edificio ha reso indifferibile la ristrutturazione, iniziata già nel 1999. Dal febbraio 2003, poi, è cominciata la ristrutturazione della III sezione, dove la metà circa della sezione è stata in gran parte rinnovata, anche se non ancora aperta. Il degrado nella restante parte della sezione, non ancora ristrutturata, è avvertibile a vista, a cominciare dalle condizioni di pareti ed intonaci. Sono ancora presenti wc separati dalla restante parte della cella soltanto da un muretto alto un metro e mezzo.

La palazzina della villa medicea è adibita ad uffici e locali per il personale, mensa e residenze, ed alla caserma agenti.

Le zone destinate ai reclusi sono separate dall'edificio centrale della villa; si trovano, infatti, nelle aree dei porticati e nelle ex scuderie. Le aree detentive sono così distribuite:

(i) I Sezione (in un lato del porticato): ci sono solo locali di servizio e 2 celle di transito.

(ii) II Sezione, detta "Ambrogiana" (in un altro settore del porticato):

-Piano terra: 21 celle singole più una cella da 3, refettorio-sala polivalente, 3 docce. Il passeggio è circondato da una rete e dal verde.

-Primo piano: 19 celle singole. Non ci sono docce. Vi è una lavanderia autonoma anche per indumenti personali ed una sala colloqui psichiatrici.

(iii) III Sezione, collocata presso le ex scuderie (attualmente in ristrutturazione e divisa verticalmente in 2 zone: una chiusa per lavori, l'altra dove si dovranno eseguire, attualmente aperta). La sezione è divisa in 3 piani:

-Piano terra "PESA": vi è un camerone di ca. 35 mq per 8 persone (osservazione); vi si svolgono poi le attività ed i corsi. Vi è la biblioteca, un laboratorio, la palestra e l'ambulatorio psichiatrico;

-Primo piano "ARNO": prevalentemente destinato a coloro che hanno una pena definitiva (sezione più aperta). Le celle sono di 12 mq. ed i cameroni di 30 mq. Vi è una sala polivalente per socialità e l'infermeria.

-Secondo piano "TORRE": prevalentemente ci sono i reclusi provvisori. La sezione "Ambrogiana" ed il reparto "Arno" sono i reparti prevalentemente con reclusi a pena definitiva.

Ogni reparto ha una saletta comune polivalente, docce comuni ed un cortile, un'infermeria (senza posti per degenza) finalizzata alle visite del medico di guardia ed alla riabilitazione.

Le due sezioni dispongono anche di ambulatori per esami radiografici, odontoiatrici, EEG.

All'esterno vi è un'area verde per colloqui. Vi è, inoltre, un'area sportiva dove si trovano un campo di calcio a 5 in cemento ed un campo a prato. Internamente vi è una palestra.

I passeggi sono in cemento. Presso la II sezione i passeggi sono in cemento o verdi.

Vi è poi un altro campo esterno a disposizione degli agenti.

INTERNATI

N. internati presenti: 122 al 31 gennaio 2012

Capienza regolamentare: 201

Confronto presenze degli internati con misura di sicurezza negli OPG
2008/2011: - 29,5%

STAFF E PERSONALE SANITARIO

<p>Dirigente: 1</p> <p>Direttori: 2 (C3)</p> <p>Polizia penitenziaria prevista: 103</p> <p>-forza amministrata: 87 (83 uomini e 4 donne)</p> <p>-forza operante: 82</p> <p>Contabili: 4 (1 C3, 3 C2)</p> <p>Collaboratori: 2 (1 B3, 1 B2)</p> <p>Altro personale: 3 (1 B3, 1 B2, 1 ausiliare)</p> <p>Educatori: 2 (2 C2)</p> <p>Psicologi: 2 (per l'osservazione)</p> <p>Personale sanitario:</p> <p>-medici incaricati: 4</p> <p>-medici di guardia: 6</p> <p>-medici specialisti: 16</p> <p>-infermieri di ruolo: 10</p> <p>-infermieri a convenzione: 16</p> <p>In istituto operano anche tre tecnici della riabilitazione psichiatrica in regime convenzionale.</p>
<p>VOLONTARI</p>
<p>I volontari che fanno ingresso in istituto in via continuativa autorizzati sono 13.</p> <p>Tra le associazioni che collaborano con l'istituto vi sono: l'ARCI di Empoli, l'Associazione Volontariato Penitenziario di Firenze, la Pubblica Assistenza di Montelupo F.no, ecc. alle quali appartengono una parte dei volontari autorizzati all'ingresso.</p>
<p>CONDIZIONI MATERIALI</p>

Orari di apertura delle sezioni:

- (i) Sezione II “Ambrosiana”: le celle sono aperte dalle 8 alle 21, con possibilità per gli internati di spostarsi anche fuori dalla sezione;
- (ii) III sezione “Pesa” e “Torre”: le celle sono aperte dalle 8,30 alle 11,00 (in estate anche dalle 13,00 alle 15,30);
- (iii) III sezione “Arno”: utilizzano gli stessi passeggi degli altri reparti, ma le celle sono aperte dalle 8,00 alle 18,00.

Servizio cucine e sopravvitto

C'è una Commissione cucina; si preparano le diete speciali, al bisogno.

I generi offerti dal sopravvitto coprono le necessità interne, i prezzi sono controllati.

Il riscaldamento è in funzione mediamente 14 ore al giorno. In alcuni reparti ci sono lavatrici.

Dimissioni e trasferimenti: avvengono solo se definite dal percorso stabilito. Quanto ai progetti di reinserimento, per chi è prossimo alla scarcerazione ci si raccorda con le strutture del territorio di appartenenza; generalmente c'è un'ottima collaborazione con gli EE.LL. e con il Ser.T che fa da ponte con i Ser.T di residenza del recluso.

L'organo specifico che coordina gli interventi è il GIS, che si occupa:

- (i) del programma di riabilitazione interno;
- (ii) del progetto educativo-riabilitativo individualizzato;
- (iii) della relazione educativo-riabilitativa;
- (iv) dell'attività educativo-riabilitativa individuale e di gruppo;
- (v) dell'équipe multidisciplinare per il progetto terapeutico individualizzato.

I percorsi di riabilitazione in misura di sicurezza che partono dall'OPG sono sempre coordinati dal Gruppo Integrato Sociosanitario e si realizzano a vari livelli:

(i) Intraistituzionale: psicofarmacoterapia, terapia di gruppo, socializzazione, riabilitazione interna, orientamento al lavoro, formazione professionale.

(ii) Extraistituzionale: gruppi di riabilitazione, inserimenti sociolavorativi in cooperativa, gruppi di uscita esterna, attività sportiva, centro diurno di socializzazione.

CONTATTI CON L'ESTERNO

I colloqui si svolgono martedì, giovedì, sabato dalle 8,30 alle 15,30, con l'interruzione di un'ora. Si svolgono in sala colloqui con bancone divisorio (anche se non separati da vetro), oppure all'area verde per chi ha bambini o ha diritto a concessioni premiali.

Quanto ai pacchi provenienti dai familiari, vengono ammessi cibi cotti controllati.

Le telefonate sono nel numero consentito.

Il servizio postale si svolge in modo regolare.

SANITA' E ATTREZZATURE

Tra le attrezzature di cui dispone l'istituto vi sono: strumenti di anestesia e rianimazione (bombole di ossigeno e pallone ambu, defibrillatore); strumenti per angiologia (apparecchio per chirurgia vascolare), per cardiologia (RX cardiologico, fonendoscopio), per piccola chirurgia (aerosol, aspiratore chirurgico, autoclave, lampade, termosigillatrice e termosaldatrice), per dermatologia (eletrobisturi, diadermobisturi), per

fisiokinesiterapia, per gastroenterologia (colonfibroscopio), riunito odontoiatrico, elettroencefalogramma.

Da registrare una buona collaborazione tra istituto, ASL e Ser.T. In istituto, laddove necessario, è praticata terapia metadonica a regime scalare..

ATTIVITA' , FORMAZIONE PROFESSIONALE E ISTRUZIONE

ATTIVITA'

Tra le attività di riabilitazione, culturali, ricreative e sportive possiamo annoverare le seguenti:

(i) la rivista bimestrale “Spiragli” redatta dagli internati con il supporto di un operatore volontario. La rivista, nata nel 1998, si è progressivamente rinnovata: oggi dispone di una veste editoriale più moderna e viene stampata in una tipografia esterna. L’iniziativa è finanziata dall’amministrazione penitenziaria;

(ii) il progetto biblioteca, tendente a consolidare l’attività interna con nuovi acquisti, catalogazione e distribuzione dei testi, ma anche a creare uno scambio forte con la biblioteca del territorio; anche in questo caso l’attività è finanziata dall’amministrazione;

(iii) il corso di educazione musicale, attuato dall’Associazione ARTERP, al quale hanno preso parte 10-12 internati;

(iv) il laboratorio di arti figurative, attuato dall’Associazione “Arte, lingua e cultura - Studio Giambo”, al quale hanno partecipato 15-20 internati;

(v) il gruppo di riabilitazione esterno “I Ritrovati”, gestito dall’ARCI empolese-valdelsa. Si tratta di un gruppo di internati, accompagnato da un operatore specializzato e da operatori del servizio civile, che svolgono uscite presso una struttura esterna messa a disposizione dal Comune. Le uscite sono strutturate e programmate in gruppo e rappresentano una

“finestra” sul territorio esterno, finalizzate alla progressiva ri-appropriazione da parte degli internati coinvolti dei contesti sociali e di una piena cittadinanza. Il progetto è attivo dal 1995;

(vi) il Centro esterno “La casa del drago”. Attraverso questo progetto vengono consolidati i percorsi di riabilitazione psichiatrica degli internati in condizione di accedere a licenze esterne o programmi di semilibertà avviati già da diversi anni. Nel Centro confluiscono specifici programmi di riabilitazione psichiatrica e quei progetti che prevedono uscite, compresa l’attività de “I Ritrovati” che qui realizza un laboratorio di “recupero e restyling” di materiali dimessi. La struttura costituisce anche un punto di appoggio per la cooperativa “Intrecci” e per i volontari che accompagnano all’esterno gli internati. La struttura è stata allestita grazie ad un contributo del Cesvot ottenuto nel 2003 sui “Percorsi di innovazione”. L’ARCI è gestore del progetto. Alle attività del Centro partecipa una ventina di internati;

(vii) il laboratorio teatrale che prevede l’attivazione di due gruppi di 8-10 internati; è gestito dall’ARCI, mediante un paio di operatori esperti ed un operatore del servizio civile;

(viii) l’attività sportiva, gestita in larga parte dall’Associazione “I lupi del monte”, fondata all’interno dell’istituto, con la finalità di promuovere e realizzare attività ludico-sportive rivolte agli internati ed alla cittadinanza. Dal 2005 l’associazione collabora anche con la UISP e l’ARCI.

Molte di queste attività vengono realizzate grazie alla collaborazione degli EE.LL. e delle associazioni del territorio, trovando parte dei necessari finanziamenti nei piani di zona.

In derivazione del Progetto regionale “Porto Franco”, l’OPG ha avviato un progetto specifico intitolato “Muro/Fiume” volto a creare, tra le altre cose, occasioni di scambio con il territorio. Varie sono le azioni attivate:

- (i) progetto “Il folletto”. Si tratta di un intervento di educazione all’igiene personale e degli ambienti dell’istituto;
- (ii) progetto “Abbassa l’ostacolo”, volto a costruire uno spazio di riabilitazione specifico per gli internati più deficitari a livello cognitivo;
- (iii) progetto “i colori del drago”: si tratta di un progetto che punta a vitalizzare e consolidare la rete sociale che collega istituto e territorio e ha quale target privilegiato gli studenti delle scuole;
- (iv) progetto “Muro/Fiume teatro” finalizzato a creare laboratori teatrali che favoriscano l’attività creativa e le competenze degli internati. I laboratori costruiscono l’evento teatrale da presentare pubblicamente.

Attraverso il Progetto “Reintegrare”, inoltre, l’Istituto ha beneficiato anche di un intervento di supporto al disagio psichico, finalizzato in particolare al sostegno delle situazioni di maggiore rischio. L’attività è svolta da psicologi e per il 2005 ha previsto circa 520 ore di intervento.

LAVORO

I lavoranti alle dipendenze dell’amministrazione penitenziaria, alla fine del 2005, risultavano 42, 38 dei quali impiegati in lavori domestici.

Per gli inserimenti lavorativi esterni, che riguardano detenuti in semilibertà, l’istituto si appoggia, anche se non in maniera esclusiva, alla Cooperativa sociale Intrecci, nata nel 1999 nell’ambito di un progetto partito grazie al Fondo Sociale Europeo, Asse Horizon, che ha visto tra i soci fondatori un

gruppo di internati dell'istituto, operatori e soci del territorio. Al progetto hanno partecipato l'ARCI di Empoli, il Comune di Montelupo F.no e l'Ospedale Psichiatrico Giudiziario. La cooperativa è impegnata nella manutenzione del verde presso il Comune di Montelupo ed i comuni limitrofi e conta una decina di soci lavoratori, di cui generalmente 3-4 internati, a seconda delle commesse che riesce ad ottenere.

Gli internati percepiscono uno stipendio regolare, secondo i contratti di lavoro delle cooperative, e sono autonomi nei movimenti sul territorio. La Cooperativa ha anche reso possibile l'effettuazione di tirocini di lavoro assistito per altri pazienti.

Sono una quindicina gli internati che, a partire dalla costituzione della cooperativa, sono stati inseriti lavorativamente. Alla metà del 2005 un internato risultava assunto dalla cooperativa ed altri due vi lavoravano mediante borsa lavoro.

Da evidenziare anche la presenza in Istituto dell'azienda agricola gestita dall'Associazione "Agricoltura Biodinamica" che ha visto l'inserimento lavorativo di 5 internati.

In Istituto c'è un'attività di orientamento professionale. Il progetto è finanziato nell'ambito del Fondo Sociale Europeo.

FORMAZIONE PROFESSIONALE

L'istituto ha attivato vari corsi professionali:

Con il Progetto "Fuori Luogo" (in continuità con il precedente progetto "Drago verde") ha avviato un corso di orticoltura e floricoltura di 200 ore (i partecipanti sono stati 5 ed il corso si è svolto interamente all'interno dell'istituto), un corso di aiuto cuoco di 100 ore (i partecipanti sono stati 10

ed il corso si è svolto parte dentro l'istituto e parte fuori presso la "Casa del Drago") e un corso di falegnameria e riciclaggio materiali di 200 ore (5 partecipanti, corso svoltosi interamente presso la "Casa del Drago").

ISTRUZIONE

L'istituto collabora con il Centro Territoriale Permanente (CTP) della Scuola media inferiore "Busoni-Vanghetti" di Empoli per la realizzazione della scuola media per adulti. Gli insegnanti coinvolti sono tre e per l'anno 2005/2006 gli studenti coinvolti sono stati una quindicina.

Attraverso una convenzione tra OPG, CTP, due scuole medie superiori di Empoli e l'Associazione Volontariato Penitenziario di Firenze gli internati che ne hanno titolo possono iscriversi anche alla scuola superiore, venendo seguiti dagli insegnanti del CTP e da un docente delle superiori che entra periodicamente per azioni di orientamento e preparazione degli studenti.

NODI IDENTIFICATIVI E PROBLEMATICI

L'Ospedale Psichiatrico Giudiziario di Montelupo fa riferimento al Progetto Obiettivo Tutela della Salute Mentale che attribuisce ai Dipartimenti di Salute Mentale il compito di adottare forme di "collaborazione con gli Ospedali Psichiatrici Giudiziari e con le Case di Cura e Custodia esistenti nel territorio", nell'ottica del superamento di ogni istituzionalizzazione.

È in questo quadro che si attua una "definizione di protocolli e modalità di collaborazione fra operatori del Dipartimento di Salute Mentale ed operatori dell'Amministrazione Penitenziaria nel trattamento dei soggetti internati negli Ospedali Psichiatrici Giudiziari ed in altre strutture psichiatriche penitenziarie, tramite un apposito accordo tra il Ministero della Sanità ed il Ministero della Giustizia, le Regioni, le Province autonome e i Comuni".

Nei reparti aperti viene realizzato un modello di gestione e di organizzazione della vita quotidiana (assemblee e riunioni di reparto tra operatori ed utenti) che punta a facilitare la partecipazione attiva e la realizzazione delle aspettative degli utenti, nei limiti del rispetto delle prescrizioni e delle regole dettate dal regime di sicurezza penitenziario.

Gli organismi dell'OPG addetti a seguire il complesso percorso dei reclusi anche attraverso un collegamento con i servizi ASL di residenza, i Ser.T. ed i servizi di salute mentale territoriali sono:

(i) il Gruppo di Osservazione e Trattamento (GOT), composto dal direttore, dall'educatore, dall'assistente sociale, dall'esperto ex art. 80 OP, dalla polizia penitenziaria e da coloro che contribuiscono fattivamente al percorso trattamentale della persona. Il gruppo, oltre ad elaborare valutazioni sulla personalità del detenuto, delinea anche il programma di trattamento individualizzato, sostenendo, per mezzo di relazioni di sintesi, le decisioni del Magistrato e del Tribunale di Sorveglianza;

(ii) il Gruppo Integrato Sociosanitario (GIS), composto dal medico di ruolo psichiatra, dall'educatore, dal consulente psichiatra, dallo psicologo ex art. 80 OP, dal tecnico della riabilitazione, dall'infermiere professionale, dal medico di reparto, dalla polizia penitenziaria. Elabora programmi di trattamento e di riabilitazione socio-psichiatrica finalizzati alla revoca della misura di sicurezza. Si tratta di un gruppo che agisce come interfaccia tecnica con i servizi psichiatrici territoriali per concordare e realizzare il programma individuale da sottoporre alla Sorveglianza per l'accertamento della pericolosità sociale;

(iii) l'équipe di reparto, composta da medici, infermieri e tecnico della riabilitazione psicosociale; realizza i programmi di riabilitazione individuali

elaborati dal GIS avvalendosi delle attività e dei luoghi della riabilitazione interna e di operatori volontari (servizio civile volontario, associazioni, ecc.).

La gestione del trattamento risente della carenza di personale, oggi maggiormente adeguata poiché l'Istituto è stato sfollato, ma comunque ai limiti della sostenibilità. Risultano, quindi, pesanti le condizioni di lavoro per gli operatori (sotto organico) e la situazione generale della struttura, poiché una buona metà dei locali (quelli non ancora ristrutturati) mostrano segni di forte degrado. Si tratta di quegli stessi spazi dove sono ancora alloggiati gli internati presenti, in attesa che la parte ristrutturata venga definitivamente aperta

D) NAPOLI SANT'EFRAMO

DATI E RIFERIMENTI

Ospedale Psichiatrico Giudiziario NAPOLI - SANT'EFRAMO

via M.R. Imbriani, 218, 80136 Napoli

tel. 0815493459

Maschile

dislocazione urbana: centro città

Tribunale e Ufficio di Sorveglianza: Napoli

CSSA: Napoli

STRUTTURA

L'edificio è stato costruito nel 1898.

Il carcere è ricavato da una vecchia struttura conventuale che, anche se è parzialmente riadattata, mostra chiari limiti.

Le celle sono di dimensioni differenti, ospitando comunque più internati con

<p>letti uno a fianco all'altro. Le condizioni igieniche appaiono precarie, c'è un piccolo giardino, ma gli spazi di socialità sono inesistenti.</p> <p>Comprende complessivamente:</p> <p>28 celle singole</p> <p>7 doppie</p> <p>21 da 3 a 6 detenuti</p> <p>1 da 6 detenuti</p>
INTERNATI
<p>N. internati presenti: 113 al 31 gennaio 2012</p> <p>Capienza regolamentare: 113</p> <p>Confronto presenze degli internati con misura di sicurezza negli OPG</p> <p>2008/2011: - 2,9%</p>
STAFF E PERSONALE SANITARIO
<p><i>STAFF</i></p> <p>direttore: 1 + 4 vicedirettori</p> <p>polizia penitenziaria: 100</p> <p>educatori: 4</p> <p><i>PERSONALE SANITARIO</i></p> <p>4 medici</p> <p>15 infermieri non di ruolo</p>
VOLONTARI
Pio Monte della Misericordia
CONDIZIONI MATERIALI
<p>Orari:</p> <p>sveglia 7.30</p>

<p>aria 9-11, 13-15</p> <p>cena 18.00</p> <p>I reclusi sono massimo 8 per cella.</p> <p>Ci sono alcune celle riservate a casi “difficili”.</p> <p>Le celle di isolamento sono in condizioni igieniche pessime.</p>
<p>CONTATTI CON L’ESTERNO</p>
<p>Di fatto pochi internati hanno contatti con l’esterno, che generalmente consiste in un colloquio settimanale, in genere il sabato.</p>
<p>SANITA’ E ATTREZZATURE</p>
<p>Guardia medica h 24</p> <p>Ci sono convenzioni con i seguenti specialisti: cardiologo, dermatologo, fisioterapista, infettivologo, neurologo, oculista, odontoiatra, ortopedico, otorinolaringoiatra, psichiatra, psicologo, radiologo, urologo.</p> <p>Attrezzature gabinetto fisioterapico e per ecografie, radiografie.</p>
<p>ATTIVITA’ , FORMAZIONE PROFESSIONALE E ISTRUZIONE</p>
<p><i>ATTIVITA’</i></p> <p>scarse e poco strutturate.</p> <p><i>LAVORO</i></p> <p>Ci sono solo lavori domestici, gestiti solo dall’amministrazione. Mancano interventi esterni.</p> <p>Non ci sono lavori finalizzati al reinserimento esterno.</p> <p><i>FORMAZIONE PROFESSIONALE</i></p> <p>Ci sono solo corsi di formazione proposti e gestiti dalla Regione:</p>

pasticciere, tipografo, computer.

ISTRUZIONE

Ci sono i corsi di Scuola Elementare e Media.

NODI IDENTIFICATIVI E PROBLEMATICI

Nel settembre 2004 la Commissione parlamentare sulle carceri ha visitato l'istituto rimanendo negativamente impressionata. La ASL competente ha ritenuto non idonea la struttura.

Le pressioni hanno convinto l'amministrazione ad avviare un programma di ristrutturazione. Anche se ci sono interventi, le condizioni generali esterne e interne rimangono comunque complessivamente inadeguate alla tipologia dell'istituto.

Manca un contatto con le strutture territoriali esterne ed in particolare con le ASL. Non c'è nessun programma di reinserimento. L'assistenza terapeutica è meramente formale, con forte uso di psicofarmaci. E va tenuto conto che la spesa sanitaria annua è di 3.495 euro pro capite per l'Ospedale Psichiatrico Giudiziario e, rispettivamente, 1.888 euro e 1.277 per Secondigliano e Poggioreale: la spesa per un internato "costa" cioè il triplo che per un detenuto comune.

E) REGGIO EMILIA

DATI E RIFERIMENTI

Ospedale Psichiatrico Giudiziario DI REGGIO EMILIA

Indirizzo: via settembrini 8, 42100, Reggio Emilia; telefono 0522/332070.

Dislocazione extraurbana nell'estrema periferia.

Tribunale e Ufficio di Sorveglianza di riferimento: Bologna.

UEPE di riferimento Reggio Emilia (distaccamento di Bologna).
STRUTTURA
<p>Anno di costruzione 1991 e di consegna 1994.</p> <p>La struttura è composta da 7 sezioni dotate di celle concepite per una, massimo due persone, ma che in molti casi finiscono per ospitare anche 3 persone. Gli ospiti dell'OPG sono così divisi: sez. "Fenice" che ospita 53 detenuti/internati; sez. "Pegaso" che ospita 52 detenuti/internati; sez. "Centaurò" che ospita 57 detenuti/internati; sez. "Andromeda" che ospita 55 detenuti/internati; sez. "Antares" che ospita 60 detenuti/internati; sezione "Orione" che ospita 16 detenuti/internati di cui 1 in art. 21 e gli altri tutti impegnati in attività lavorative all'interno dell'OPG. Ciascuna sezione è dotata di un'infermeria, di una saletta di socialità, di una lavanderia, dove gli ospiti possono lavare i propri indumenti, di un locale doccia provvisto di quattro piattì doccia.</p> <p>Vi è infine la sez. educativo-trattamentale "Cassiopea". Quest'ultima ospita le strutture dove si svolgono attività ludiche, educative e trattamentali. È dotata di una biblioteca, affidata alle cure di un detenuto e all'apparenza ben fornita e ordinata; di un'ampia sala "polivalente" con bar, televisione, tavoli, sedie e panchine; delle aule scolastiche; di un laboratorio di falegnameria e di una piccola cucina dove si svolge il corso di formazione per ristoratori. Sempre attraverso questa sezione si accede al cortile del passeggio, dove i soggetti senza particolari problematiche possono, negli orari previsti, recarsi liberamente. Esiste, in un'altra ala dell'OPG, un cortile cui accedono gli ospiti particolarmente problematici.</p> <p>Le sale colloquio all'interno si trovano in una zona che l'OPG condivide con la CC e che questa ultima utilizza come magazzino, ciò rende senza</p>

dubbio l'area attraverso cui si accede alle sale particolarmente sporca. La sala colloqui vera e propria è una grande stanza spoglia, arredata solo con piccoli tavoli e sedie di plastica molto vicini gli uni agli altri, sorvegliata a vista dagli agenti penitenziari che si trovano dietro la parete di vetro che occupa un lato della stanza. Ben tenuta e arredata di recente con mobili donati da un anonimo benefattore è invece la sala per i colloqui con i bambini, recentemente ridipinta e decorata dai detenuti stessi. In una zona attigua sempre condivisa con la CC sono ubicati gli ambulatori odontoiatrico e radiologico. Anche in questo caso gli ambienti appaiono squallidi e poco curati.

L'OPG ha infine a disposizione un'area verde all'interno della cinta muraria dove effettuare i colloqui con i familiari. L'area si presenta piuttosto ampia, ben tenuta, ombreggiata dagli alberi e dotata di numerose panchine. Sempre all'esterno si trovano una "area gigliate", dotata di forno, barbecue, tavoli e panchine, un campo di calcio e un'area verde dedicata alla "pet-therapy".

INTERNATI

N. internati presenti: 132 al 31 gennaio 2012

Capienza regolamentare: 225

Confronto presenze degli internati con misura di sicurezza negli OPG

2008/2011: - 28,5%

STAFF E PERSONALE SANITARIO

STAFF

1 Direttore

1 Capo polizia penitenziaria

Secondo la pianta organica, dipendono dall'OPG 121 agenti (117 uomini), di cui 95 unità stabilmente assegnate (vi sono 9 agenti assegnati al NT e 5

distacchi presso altre strutture). Gli agenti effettivamente in servizio sono attualmente 81. Tutto il personale di polizia penitenziaria ha sempre lavorato presso l'OPG, è dunque personale che ha una certa esperienza a trattare con il tipo di soggetto ospitato dalla struttura. Tuttavia la forte carenza di organico riduce notevolmente la possibilità di offrire un servizio migliore agli internati/detenuti.

Sono attualmente in servizio 3 educatori (di cui 2 vicini alla pensione).

Presso la struttura operano infine circa una trentina di volontari che fanno capo prevalentemente alla parrocchia e alla Caritas e sono spesso impegnati nelle traduzioni all'esterno e nell'attività di fornitura di biancheria. Opera anche la UISP che gestisce il laboratorio teatrale.

PERSONALE SANITARIO

Personale medico: 1 dirigente sanitario; 6 psichiatri; 3 medici incaricati; medici di guardia (che fanno guardie di 24h.); 32 infermieri (che garantiscono un servizio 24h.); 20 operatori socio-sanitari (OSS); la AUSL è in procinto di assumere 5 unità di personale addetto alla riabilitazione.

VOLONTARI

Presso la struttura operano infine circa una trentina di volontari che fanno capo prevalentemente alla parrocchia e alla Caritas e sono spesso impegnati nelle traduzioni all'esterno e nell'attività di fornitura di biancheria. Opera anche la UISP che gestisce il laboratorio teatrale.

CONDIZIONI MATERIALI

Nei reparti "aperti" le celle restano aperte tra le 08:00 e le 20:00. Tutti gli ospiti della struttura hanno possibilità di accedere all'area aperta di passeggio in due fasce orarie: 09:00/11:00 e 13:00/15:30. La socialità si

svolge invece nelle apposite salette di sezione tra le 16:30/17:20 e le 20:00/22:00. Le docce possono essere effettuate tra le 08:30 e le 12:00 e le 18:00 e le 19:00. Tra le 08:30 e le 11:30, nonché le 13:00 e le 15:15 è aperto il reparto “Cassiopea” e gli ospiti possono liberamente accedervi.

Pacchi dei familiari: non sono segnalate particolari restrizioni

CONTATTI CON L'ESTERNO

I colloqui con i familiari si tengono dalle 9 alle 14 il mercoledì il venerdì e il sabato per un massimo di due ore a colloquio. Gli avvocati possono accedere al colloquio con detenuti dal lunedì al sabato dalle 9 alle 15.

SANITA' E ATTREZZATURE

Vi è una sala ambulatoriale per la degenza. Ogni piano ha la sua infermeria. La Guardia medica opera per 24h al giorno. Ogni reparto ha la sua infermeria attrezzata con letti per degenza. All'interno dell'OPG opera un SERT in cui operano un medico, una psichiatra e un'infermiera.

ATTIVITA' , FORMAZIONE PROFESSIONALE E ISTRUZIONE

ATTIVITA'

Si segnala la cronica mancanza di educatori così come in tutti i penitenziari (da circa 15 anni non vengono assunti educatori).

All'interno dell'istituto si fanno attività terapeutico riabilitative (musicoterapia; pet-therapy; ginnastico-terapia). Vi sono alcuni corsi di formazione professionale ENAIP (provincia), che rilasciano un attestato ufficiale: corso di ristorazione 11/12 partecipanti; corso di riparazione biciclette 11/12 partecipanti. Nonché attività educative: scuola elementare con 4 frequentanti assidui (quest'anno); scuola media con 5 frequentanti assidui (quest'anno); scuola superiore con 10 frequentanti assidui (quest'anno). Vi sono infine altri corsi che non rilasciano attestati di tipo

professionale, come quello di falegnameria (mastro Geppetto), d'informatica e varie attività ludico-espressive.

Alcuni internati, sostanzialmente quelli ospitati nella sez. "Orione", si occupano dei lavori domestici (tra cui è prevista la collaborazione con il personale OSS che si occupa della cura personale dei soggetti più problematici).

Sono circa 90/100 gli ospiti che quotidianamente frequentano la sezione "Cassiopea" (calcolando anche chiaramente i detenuti/gli internati che vanno al passeggio, che devono passare da questo reparto per accedere al cortile passeggio).

NODI IDENTIFICATIVI E PROBLEMATICI

Al pari dell'attiguo carcere, l'OPG di Reggio Emilia si presenta in condizioni strutturali fortemente condizionate dalla scarsa qualità dei materiali con cui è costruito (infiltrazioni e segni di umidità ricorrenti in numerose aree dell'edificio). Le celle appaiono piuttosto anguste, interamente occupate dal mobilio e dagli effetti personali degli ospiti, sovente sporche. I bagni all'interno appaiono vecchi, angusti, e in cattivo stato di manutenzione, dotati solo di lavabo wc e lava piedi, con sola acqua fredda. A causa del sovraffollamento alcune celle arrivano ad ospitare fino a tre detenuti, due dei quali su dei letti a castello, soluzione questa non esattamente idonea al tipo di utenza della struttura. Pessime anche le condizioni dei locali doccia: le ceramiche che rivestono le pareti appaiono sudice, il pavimento e le pareti costantemente bagnate a causa dei forti problemi di condensa, dovuti alla totale mancanza di areazione, ed in cattivo stato di manutenzione generale.

La struttura opera a partire dal 2007 anche come casa di cura e custodia.

Negli ultimi anni sono fortemente in aumento gli internati tossicodipendenti in CCC ed è sempre più raro il ricorso alla misura non detentiva della libertà vigilata.

L'OPG di Reggio Emilia si segnala per un meritorio esperimento di apertura delle celle durante gli orari diurni. La sezione "Antares" è stata la prima in cui si è avviato l'esperimento, seguita nell'ottobre 2009 anche dalla sezione "Fenice". L'esperimento si è rivelato positivo e l'amministrazione ha in programma l'apertura anche della sezione Andromeda, ma non della sezione "Centauro", dove vengono ospitati anche i detenuti in osservazione psichiatrica provenienti da altri istituti penitenziari. I reparti restano comunque chiusi rispetto all'esterno e gli agenti di polizia penitenziaria si occupano solo della "sicurezza perimetrale". All'interno delle sezioni aperte operano solo il personale infermieristico e gli OSS.

Altro elemento positivo da segnalare è sicuramente l'assunzione di personale medico-psichiatrico. All'interno della struttura operano adesso degli psichiatri di ruolo, assunti dalla AUSL locale, mentre in precedenza operavano solo 1 psichiatra interno e 2 psichiatri esterni a convenzione (6 h. settimanali) che non potevano assicurare una presenza costante all'interno dell'istituto. La circostanza ha sicuramente migliorato il livello delle prestazioni mediche che la struttura è in grado di erogare, garantendo la presenza stabile di uno psichiatra per ciascuna sezione. Ciò rende possibile, in particolare, una procedura di accettazione dei nuovi giunti che prevede una visita psichiatrica immediata, mentre in precedenza era prevista entro le 24 ore, oltre che continui controlli ed un monitoraggio costante sullo stato di salute degli internati.

CAPITOLO SETTIMO

L'OPG DI CASTIGLIONE DELLE STIVIERE

7. Premessa

Dal momento che il diritto ha da sempre rappresentato la risposta dell'ordinamento alle esigenze della realtà, esso non può mai venire scisso da una riflessione concreta su quest'ultimo.

Partendo da tale presupposto, in accordo con il relatore originario di questa tesi, abbiamo concluso che la validità della presente ricerca non poteva prescindere da un'esperienza fattuale, concretantesi in una presa di visione diretta dell'istituzione OPG.

In particolare, abbiamo scelto di visitare l'istituto di Castiglione delle Stiviere, sia per motivi di dislocazione, essendo preposto ad accogliere principalmente i pazienti residenti nel Nord Italia – ovviamente tale considerazione non vale nei confronti della popolazione femminile dal momento che Castiglione è l'unico OPG d'Italia predisposto a tale accoglienza, infatti gli altri cinque ospitano unicamente malati di sesso maschile – sia per le caratteristiche fortemente innovative e l'impronta terapeutico-sanitaria della sua struttura.

Dopo una prima sortita nel 2005, abbiamo effettuato altre tre visite – la prima nel 2008, la seconda nel 2009 e l'ultima nel novembre 2012 – visite svoltesi sempre nell'arco della giornata, ma rivelatesi comunque significative, grazie anche alla collaborazione e alla presenza di colleghi specializzandi in Medicina Legale dell'Università degli Studi di Padova e, nel corso della nostra ultima visita, con i rappresentanti delle Camere Penali di Milano, con i

quali abbiamo potuto confrontarci e condividere i nostri diversi punti di vista. Inoltre, ci è stata offerta la possibilità nel corso di due delle visite da noi effettuate all'OPG di Castiglione, oltreché di osservare e in qualche modo “vivere” questa complessa comunità grazie alla esperta guida del Dott. Ettore Straticò – al tempo primario dell'area maschile, ora direttore della struttura stessa – anche di assistere a una delle periodiche udienze del magistrato di sorveglianza, la Dott.ssa Marina Azzini del tribunale di Mantova, competente a giudicare della possibile revoca anticipata in caso di cessazione di pericolosità sociale degli internati, necessità di proroga delle misure di sicurezza in caso di persistenza della stessa, concessione di permessi premio o licenze esperimento.

Complesso originariamente utilizzato come ospedale psichiatrico civile, costituito da una serie di padiglioni all'interno di un parco in collina, fuori dal paese di Castiglione in località Ghisiola, l'OPG di Castiglione delle Stiviere svolge dal 1939 le sue funzioni a favore del Dipartimento della Amministrazione Penitenziaria del Ministero della Giustizia, sulla base di accordi in convenzione tra quest'ultima e gli enti sanitari, attualmente l'Azienda Ospedaliera 'Carlo Poma', di cui l'OPG è stato parte secondo l'evoluzione delle leggi nazionali e regionali.

La struttura ha un'organizzazione esclusivamente sanitaria, in analogia con i Dipartimenti di Salute Mentale del Territorio, senza agenti di polizia penitenziaria. Rappresenta l'unico OPG in Italia ad ospitare anche la sezione femminile. L'istituto è costruito in modo da permettere una funzionale

distribuzione degli spazi, secondo una concezione che richiama l'Ospedale Psichiatrico di Basilea in Svizzera.⁵⁰⁰

Ma procediamo per gradi e illustriamo anzitutto la variegata realtà degli ospiti di Castiglione delle Stiviere.

7.1 La popolazione dell'OPG di Castiglione delle Stiviere

Riportiamo di seguito i dati fornitici nelle nostre ultime tre visite all'istituto in ordine cronologicamente inverso, ovvero iniziando dai dati di fine 2012 per poi proseguire con i dati di fine 2009 e 2008.

Tab. 1 Pazienti uomini del bacino (Lombardia, Piemonte, Valle D'Aosta) presenti in tutti gli OPG al 21 ottobre 2012

21 ottobre 2012	OPG Barcellona	OPG Napoli	OPG Aversa	OPG Montelupo	OPG Reggio Emila	OPG Castiglione	Totale
Lombardia	2	0	2	1	29	155	190
Piemonte	1	0	2	0		44	
Valle D'Aosta	0	0	0	0		1	

Tab.2 Pazienti donne presenti OPG Castiglione delle Stiviere al 21 ottobre 2012

Donne presenti	Calabria	Campania	Emilia Romagna	Venezia	Friuli	Lazio	Liguria	Lombardia	Molise	Piemonte	Puglia	Sardegna	Sicilia	Umbria	Veneto
OPG Castiglione al 21	1	4	5	2	12	5	24	2	5	1	2	6	1	11	

⁵⁰⁰ <http://www.ospedalimantova.it/ospedpsicgiud.htm>

Totale pazienti Lombardi: **213** (189 uomini – 24 donne)

Pazienti totali presenti: **290** (209 uomini - 81 donne)

PROVENIENZA UOMINI **209** così suddivisi: Bacino 201 persone –
EXTRA BACINO 8 persone

- **BACINO: 200** – Lombardia 155, Piemonte 44, Valle d’Aosta 1.
- **EXTRA BACINO: 9** – Veneto 3, Lazio 2, Campania 1, Marche 1, Calabria 1, Estero 1.

PRESENZA DONNE **81** (ancora tutte in carico all’OPG di Castiglione delle Stiviere):

- **Centro-Nord**: **(55 persone)** - 24 Lombardia, 5 Piemonte, 11 Veneto, 5 Liguria, 5 Emilia Romagna; 2 Friuli V.G., 1 Umbria, 2 Sardegna.
- **Centro-Sud**: **(26 persone)** - 2 Molise, 12 Lazio, 4 Campania, 1 Calabria, 1 Puglia, 6 Sicilia.

Flussi: ammissioni e dimissioni tra il 1 gennaio al 21 ottobre 2012

AMMISSIONI - 134 (94M – 40F)

Regione di provenienza UOMINI: 27 Piemonte, 65 Lombardia, 1 Lazio, 1 Estero.

Luogo di Provenienza UOMINI: 37 dal Carcere, 7 Comunità, 14 Domicilio, 6 altri OPG (1 Barcellona, 1 Napoli, 4 R.E.), 26 SPDC, 4 Rientro da allontanamento arbitrario.

Tipologia giuridica UOMINI: 56 Misura di Sicurezza Provvisoria, 28 art. 219 C.P., 9 art. 222 C.P., 1 art. 148 C.P.

Regione di provenienza DONNE: 1 Abruzzo, 3 Piemonte, 9 Lombardia, 4 Veneto, 2 Liguria, 1 Emilia Romagna, 2 Toscana, 1 Marche, 6 Lazio, 1 Puglia, 3 Campania, 1 Calabria, 5 Sicilia, 1 Sardegna.

Luogo di Provenienza DONNE: 32 dal Carcere, 1 Comunità, 5 Domicilio, 2 SPDC.

Tipologia giuridica DONNE: 1 art. 148 C.P., 8 art. 112 O.P., 27 Misura di Sicurezza Provvisoria, 3 art. 219 C.P., 1 Minorata Psicica art. 111 Ord. Penit.

DIMMISSIONI senza Licenza esperimento - 129 (83M – 46F)

Tipologia dimissione UOMINI: 53 Libertà Vigilata, 4 Revoca Misura di Sicurezza, 1 Revoca Anticipata MdS, 9 Trasferimenti (5 in Carcere, 4 in altri OPG di cui 3 per allontanamento arbitrario), 3 Revoca MdS Provvisoria, 2 Collocamento in Comunità, 2 Liberazione, 1 Differimento provvisorio esecuzione, 3 Decessi, 2 Mancato Rientro, 3 Allontanamento Arbitrario.

Regione di dimissione UOMINI: 53 Lombardia, 25 Piemonte, 1 Val D’Aosta, 1 Trentino A.A., 1 Veneto, 1 Abruzzo, 1 Campania.

Tipologia dimissione DONNE: 19 Libertà Vigilata, 4 Revoca MdS, 3 Revoca MdS Provvisoria, 1 Arresti Domiciliari, 1 Decesso, 10 Trasferimenti, 8 Traduzioni.

Regione di dimissione DONNE: 8 Lombardia, 9 Piemonte, 1 Friuli V.G., 1 Veneto, 2 Emilia Romagna, 3 Liguria, 3 Toscana, 1 Marche, 1 Abruzzo, 5 Lazio, 5 Campania, 1 Basilicata, 6 Sicilia.

Tabella 3 Comparazione flussi 2011 e 2012

FLUSSO 2011		FLUSSO 2012 (1 GENNAIO – 21 OTTOBRE)	
AMMESSI	DIMESSI (SONO PRESENTI I DATI DELLE	AMMESSI	DIMESSI (MANCANO LE LICENZE ESPERIMENTO

	LICENZE ESPERIMENTO)		CHE INCIDONO TRA IL 20 ED IL 30 %)
208	223	134	129

In proiezione si è verificato un calo sia di ammissioni (circa il - 23%) sia delle dimissioni (-19%). In ogni caso, come rappresentatoci dal Direttore dell'OPG di Castiglione delle Stiviere, negli ultimi 3 anni, anche a valle del DPCM del 1 aprile 2008 c'è stato un *turn over* del quasi 93% della popolazione internata presso la struttura. Questo grazie anche alla grande collaborazione dei servizi territoriali.

Tab. 4 Tipologie giuridiche al settembre 2009 (su 210 pazienti, di cui 118 Uomini e 92 Donne)

Tipologie giuridiche	U	D	Totale
Prosciolti (Art. 222 CP)	62	40	102
Assegnazione a casa di cura e custodia (Art. 219 CP)	28	12	40
Applicazione provvisoria misura di sicurezza (Art. 206 CP - 312, 313 CPP)	25	29	54
Accertamento infermità psichica imputato (Art. 112 DPR 230/2000 O.P.)	0	1	1
Accertamento infermità psichica condannato (Art. 112 DPR 230/2000 O.P.)	0	8	8
Infermità psichica sopravvenuta condannato (Art. 148 C.P.)	1	2	3
Minorati psichici (Art. 111 DPR 230/2000 O.P.)	0	0	0
Custodia cautelare in luogo di cura (Art. 286 CPP)	2	0	2
Totale	118	92	210

Tab. 5 Tipologia reato (settembre 2009)

	Uomini	Donne	Totale		
Omicidio	10%	15%	25%	60%	Reati contro la
Tentato omicidio	6%	7%	13%		

Lesioni personali	6%	2%	8%		persona
Maltrattamenti	10%	2%	12%		
Reati sessuali	1%	0	1%		
Sequestro e violenza privata	0	1%	1%		
Patrimonio	11%	5%	16%	40%	Reati contro patrimonio e altro
Altro	15%	9%	24%		

L'età media risultava di 43,2 anni per gli uomini e 45,6 per le donne. I pazienti internati al settembre 2009 risultavano: 68% definitivi; 26% provvisori; 4% osservazioni; 1% art. 148 CP; 1% art. 286 CPP. In linea quindi con i dati rilevati a livello nazionale (v. capitolo precedente).

Tab. 6 Tipologie diagnostiche (settembre 2009)

Patologia psichiatrica	Percentuale popolazione al settembre 2009
Psicosi Indotte	1%
Disturbi Nevrotici	1%
Psicosi Organiche	4%
Psicosi Indotte	4%
Disturbi Affettivi	6%
Disturbi della personalità	31%
Schizofrenie	53%

Prevalgono nettamente le *schizofrenie*, mentre seguono al secondo posto i gravi *disturbi di personalità* (questa categoria, a detta del direttore della struttura, Dott. Ettore Straticò, anche a valle della sentenza delle Cassazioni Sezioni Unite n.9163/2005. Decisamente minore l'incidenza dei *disturbi affettivi* e dei *ritardi mentali*, questi ultimi a prevalenza maschile).

Gli Eventi critici relativi al 2009 risultavano: 2 tentati suicidi; 1 decesso per cause naturali; 3 (2 uomini + 1 donna) aggressioni con ferimenti tra pazienti;

2 episodi di aggressione nei confronti del personale 1 allontanamento dall'Istituto.

Secondo i dati fornitici nella nostra precedente visita effettuata nel 2008, le tipologie giuridiche dei pazienti di ambo i sessi internati al 30 giugno 2007 rivelavano che la categoria preponderante risultava essere quella dei prosciolti per vizio totale di mente, *ex art.222 c.p.*⁵⁰¹ Risultavano, in ogni caso, in crescita anche quella dei sottoposti a misura di sicurezza provvisoria e i casi di condannati a Casa di Cura e di Custodia. Infatti l'OPG di Castiglione, come gli altri cinque OPG, funge anche da struttura di ricovero per i diagnosticati c.d. semi-infermi al momento del compimento dei fatti di reato. Questo a testimoniare, ancora una volta, come, nella pratica, le misure di sicurezza previste per gli infermi e gli affetti da vizio parziale di mente non siano affatto distinte per quanto concerne la struttura ospitante e anche per il programma terapeutico, la differenziazione non sia che una nota effimera.

Tab. 7 Tipologia reato (settembre 2009)

Tipologia giuridica (30 giugno 2007)	M	F	Totale
Prosciolti per totale infermità psichiatrica (art.222c.p.)	91	57	148
Seminfermi sottoposti alla misura di sicurezza della casa di cura e custodia (art.219 c.p.)	37	9	46
Imputati per cui si sia disposto in via provvisoria il ricovero in OPG (art.206 c.p. e 312 c.p.p)	20	22	42
Minorati psichici (art.111 DPR 230/2000)	0	0	0

⁵⁰¹ Vedi tab.n.1

Condannati per cui sia stato disposto in via provvisoria il ricovero in OPG ai sensi dell'articolo 148 c.p. (infermità psichica sopravvenuta)	0	6	6
Accertamento infermità psichica del condannato (articolo 112 DPR 230/2000)	0	0	0
Accertamento infermità psichica dell'imputato (art.112 DPR 230/2000)	0	0	0
TOTALE	148	94	242

Da entrambe le nostre visite, risultava che pur nel rispetto degli elementi strutturali imposti, derivanti dalle diverse tipologie giuridiche, l'istituto organizza le risposte trattamentali in rapporto alla valutazione dei bisogni di una popolazione che presenta variabili patologiche del tutto particolari.

Inoltre, bisogna ricordare che Castiglione ospita soggetti di ambo i sessi, il che pur rappresentando un ovvio vincolo all'organizzazione sanitaria dell'istituto, sotto il profilo della distribuzione logistica degli spazi – i reparti di degenza devono essere, infatti, separati in base al sesso – ha da sempre comportato un elemento arricchente a livello terapeutico. Infatti, nell'area trattamentale i pazienti condividono tutte le attività, come in una realtà quotidiana “normale”.⁵⁰²

Oltre che in base al sesso, abbiamo rilevato come le sezioni vengano anche ripartite in base allo stato di acuzie e/o di primo ingresso oppure allo

⁵⁰² Vedi Tab n.2

specifico fine di accogliere soggetti che debbano essere sottoposti a osservazione psichiatrica.

Altro fattore interessante da rilevare è stata la provenienza dei malati dalle diverse regioni, il che probabilmente significava il maggiore o minore potenziamento della rete psichiatrica ordinaria che interveniva in modo più o meno soddisfacente a risolvere i problemi prima che si aggravassero e portassero a conseguenze irrimediabili, oltre al numero di mesi di proroga della m.d.s.⁵⁰³

Come si può facilmente notare, in base ai dati fornitici, le proroghe costituivano - prima dell'entrata in vigore del DPCM del 1 aprile 2008 e delle recenti implementazioni normative - la regola più che l'eccezione, e venivano applicate senza particolari problemi, tanto da raggiungere il picco di 9 anni di sottoposizione a OPG per i pazienti provenienti dal Friuli, poco numerosi, ma destinati a rimanervi fino a 4 anni in più del periodo base, e ciò, anche se tale stima poteva apparire per certi versi ottimistica.

Tab n.8 Provenienza geografica pazienti e media anni proroga

OPG - Castiglione delle Stiviere - pazienti presenti al 25 agosto 2006				
Area Nord	Numero pazienti	Durata teorica	Anni effettivi	Proroghe in anni
Lombardia	71	2.2	6.1	3.9
Veneto	25	3.6	5.8	4.2
Piemonte	14	1.8	6.8	3
Liguria	12	1.3	4	2.7

⁵⁰³ Vedi Tab.3

Trentino	9	5.6	7	4.4
Friuli	3	5.7	8.8	3.1

Anche i dati relativi alla provenienza possono fornire elementi piuttosto significativi, dal momento che risultava esserci una netta preminenza nella popolazione lombarda e veneta. Il dato dimostrava come si stesse, in forma preliminare ed embrionale, compiendo progressivamente il processo di "regionalizzazione", da tempo auspicato, formalizzato con l'entrata in vigore del D.P.C.M. del 1 aprile 2008, attraverso il quale si è cercato di favorire il mantenimento dei legami tra internato e luogo di provenienza, in particolar modo sollecitando la piena integrazione e la piena presa in carico della persona da parte degli Enti locali e offrendo alle famiglie la possibilità di seguire da vicino il percorso trattamentale dell'internato.

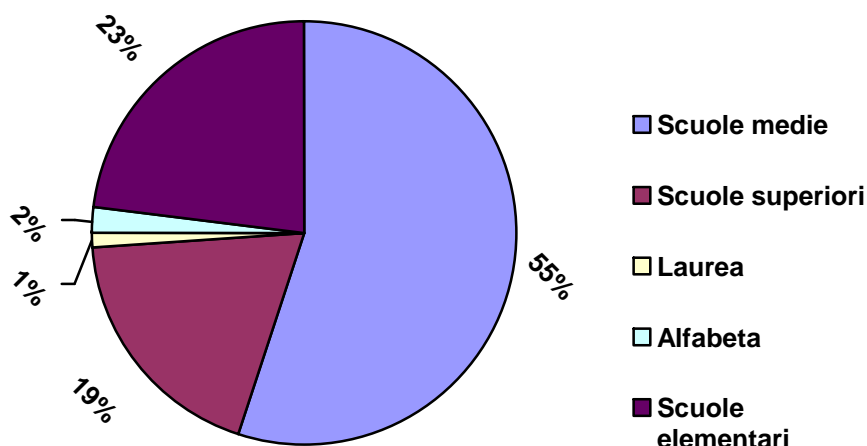
Da una ricerca condotta su 88 internati residenti in Lombardia, effettuato dal personale dell'OPG in collaborazione con l'Università di Brescia, è poi risultato che il 75 % dei pazienti ha presentato i primi sintomi psichici prima dei 26 anni, il 64 % – un dato altissimo – era già in trattamento da almeno 7 anni presso i DSM, prima di entrare in OPG. Ciò potrebbe significare che le cure e i controlli non sono sufficienti, che anzi spesso tali strutture non riescono o non possono sopperire, a causa della scarsità di fondi e personale altamente specializzato, alle esigenze di terapia e di controllo che si manifestano ancora prima che siano stati commessi fatti-reato in persone che presentano già disturbi evidenti.

Spesso trattasi di individui con precedenti penali – quasi 1/3 del totale dei ricoverati – anche se magari non di eccessiva gravità, oppure che presentano un passato con problemi di alcolismo e/o tossicodipendenza.

Sempre in base ai dati fornitici, risultava che solo il 26% della popolazione era, o era stata in passato, impegnata in una relazione affettiva, mentre la stragrande maggioranza risultava celibe o nubile, in maniera più accentuata per quanto riguarda poi la fetta maschile degli internati, circa l'88% essendo celibe. Tale dato rappresenta un segnale di maggiore difficoltà di reinserimento sociale.

Anche per quanto concerneva, poi, il grado di istruzione si registrava un certo disagio. Solo la metà degli internati risultava aver portato a termine l'obbligo di studi, mentre la percentuale sia di laureati sia di analfabeti era del tutto esigua. Un quinto risultava aver conseguito il diploma superiore.⁵⁰⁴

Graf. 1 - Livello d'istruzione popolazione internata



Dalla lettura dei dati risultava poi che la popolazione di Castiglione aveva un'età media di 45 anni – più vecchia rispetto al recente passato dove si

⁵⁰⁴ Vedi graf. 1

registrava una media di 40 anni – e comunque le fasce di età si spostavano tra i 31 ed i 50 anni nel 75 % dei casi.

Ma il dato che probabilmente che risaltava di più era quello riguardante i reati commessi dagli internati. Quelli contro la persona risultavano, come del resto nel 2009, nettamente superiori rispetto a quelli contro il patrimonio, dato che dovrebbe essere, a detta del Dott. Straticò, confermato a tutt'oggi nel 2012. In particolar modo, molti internati risultavano autori di omicidio volontario consumato o di lesioni personali volontarie; considerevoli sono anche i casi di maltrattamenti in famiglia o verso minori; per quanto riguarda i reati contro il patrimonio, quelli più comuni sono l'estorsione, la rapina e il furto. Il dato relativo al tipo di reato commesso deve, naturalmente, essere letto congiuntamente a quello relativo alla durata della permanenza in istituto.

Passiamo ora ad analizzare ciò che abbiamo rilevato relativamente all'organizzazione strutturale dell'ospedale psichiatrico giudiziario.

7.2 La struttura e l'organizzazione interna dell'OPG di Castiglione

Costruita tra la fine degli anni Cinquanta e l'inizio dei Sessanta, inserita in mezzo a grande parco collinare, è organizzata in quattro palazzine autonome – due maschili, l'Aquarius e il Virgilio, e due femminili, l'Arcobaleno e il Morelli – di due piani, con uno spazio giorno dotato di locali comuni per la socialità – area pranzo, sale lettura, stanze per la televisione e proiezione film – ed un piano notte, ad eccezione di quelle del reparto Arcobaleno, essendo il primo ad essere costruito questo è a un solo piano.

Le camere hanno 2 o 3 letti, alcune con doccia; sono camere e non celle, hanno le inferriate, ma per il resto sono come stanze di una moderna

clinica, per gli arredi e la possibilità di poterle personalizzare. Ogni reparto ha una propria struttura di medicazione e di infermeria.

All'interno dell'area ci sono altre costruzioni per le attività, come ad esempio l'*atelier* di pittura e l'aula destinata alle lezioni scolastiche, e inoltre una palestra, un campo da calcio, uno polivalente per pallavolo e tennis, uno di bocce, una piscina – d'inverno aperta solo a gruppi selezionati, d'estate anche alle "osservande" – e tre fabbricati per laboratorio restauro mobili, falegnameria e magazzino. Ad Arcobaleno c'è anche una lavanderia.

Aquarius e Virgilio sono i due reparti maschili. Hanno la struttura su due piani: il piano superiore è adibito a degenza. Le stanze sono per la maggior parte a 2 e 3 posti letto, qualcuna a 4, con bagno e doccia in camera.

Nel reparto maschile Virgilio ci sono al massimo 55 posti letto con 27 bagni-docce. Al piano terra: studi medici, sala da pranzo, cucina pazienti, cucina infermieri, sala giochi, mentre al primo piano vi sono camere da letto, sala TV, sala fumo.

Nel reparto Aquarius si sperimenta una relativa apertura. Come reparto di degenza invia pazienti, quelli idonei, nell'area della formazione e verso altri progetti riabilitativi attivati in OPG. Ci sono al massimo 70 posti letto, 27 bagni-docce e al piano Terra: studi medici e locali per le attività ricreative al primo piano ci sono tre zone: 20 camere per ogni zona, 2 posti letto per stanza con bagno, sala fumo dove si va anche di notte se è urgente lo stimolo a fumare.

Il Morelli, che è un reparto femminile, è prettamente adibito all'Osservazione; è più chiuso, più simile a un carcere vero e proprio. La struttura è su due piani, il piano superiore è adibito a degenza. Ci sono al massimo 37 posti letto e le stanze sono una di 6 posti letto, le altre di 1/2/4 posti letto; 13 con bagno e doccia in camera, le altre li hanno vicine alle

stanze di degenza. Ci sono due stanzette di isolamento , ovvero con 1 posto letto per stanza, e un sottopiano con il salone fumo.

Nel reparto femminile Arcobaleno in maggioranza ci sono le “prosciolte”. Ha un solo piano con aree di degenza. Le stanze sono a 2-3 letti, 18 con bagni-doccia, sono al massimo 60 posti letto.

È diviso in 2 zone: Mimosa e Rosa, Edera e Fiordaliso, dove ci sono le persone che sono a uno stadio più evoluto della terapia. È il reparto più curato dalle stesse recluse.

Non bisogna inoltre dimenticare la struttura adibita a mensa e la struttura a 4 piani in cui è dislocata la direzione e l’area amministrativa dell’OPG, includente portineria con annessa sala d’attesa, sala per parlatorio, la direzione per l’appunto, gli uffici amministrativi, la sala udienze per il magistrato di sorveglianza, la biblioteca, il poliambulatorio specialistico e l’ambulatorio medico competente ex DL 626/94.

La struttura risulta così provvista, grazie alla dotazione esclusiva di personale sanitario, l’intervento esterno di enti di formazione scolastica e professionale, anche attraverso l’integrazione con il volontariato onlus, di tutte le caratteristiche necessarie a rispettare gli standard della qualità della vita previste dalle linee guida della Tutela della Salute Mentale (OMS), i principi direttivi, le modalità di trattamento ed i criteri igienico abitativi ribaditi nel rinnovato ordinamento penitenziario.

7.3 Il personale sanitario

Al fine di svolgere le attività terapeutiche e assolvere le necessarie funzioni di vigilanza, assistenza e riabilitazione psichiatrica è necessario il lavoro di cinque équipe multidisciplinari, una per ciascuno dei reparti, generalmente composta da psichiatra, psicologo, educatore, assistente sociale

e personale del comparto. L'assistenza infermieristica e la vigilanza vengono offerti da operatori del comparto sanitario, infermieri professionali, operatori tecnici addetti all'assistenza, ausiliari specializzati, sui quali grava anche la tenuta igienico sanitaria dei locali di degenza. Ricordiamo ancora una volta la peculiarità di Castiglione, consistente nel non annoverare in ruolo personale dell'Amministrazione penitenziaria.

Riportiamo la tabella della distribuzione dei profili professionali in servizio secondo i dati fornitici dall'istituto e relativi alla data del 31 ottobre 2012.

<u>REPARTI</u>	Coordinatore	Educatore Professionale	Infermieri	Personale di supporto / tecnico
ARCOBALENO	1	1	13	27
MORELLI	0	1	8	16
VIRGILIO	1	1	11	22
AQUARIUS	1	1	13	25
COMUNITA'	1	2	7	17
AREA TRATTAMENTO	0	0	2	15
PARLATORIO-POLIAMBULATORIO-ARCHIVIO	0	0	0	5
PORTINERIA	0	0	0	9
AUTISTI	0	0	0	5
<u>TOTALE</u>	4	6	54	151

Inoltre vi è anche da tener presente che all'interno dell'OPG operano anche volontari di cooperative, di due ONLUS – “La Luna” che offre

supporto per il restauro di mobili e la falegnameria e “Alce in Rosso” per l’Atelier di Pittura – della Croce Rossa e di comunità religiose locali.⁵⁰⁵

Eventualmente i pazienti possono beneficiare, in caso di stretto bisogno, di un pool di specialisti ambulatoriali esterni all’OPG, nel presidio ospedaliero cittadino di Castiglione delle Stiviere e/o presso l’ospedale civile di Mantova.

Il presidio dell’OPG è ripartito in tre grandi centri di responsabilità e risulta suddiviso in tre strutture complesse – rispettivamente la Direzione OPG, quella adibita alla giudiziaria femminile, quella viceversa dedicata alla giudiziaria maschile – tre strutture semplici ed un’alta professionalità.

Compito della direzione è coordinare l’attività clinico, assistenziale, riabilitativa e psichiatrico forense dell’intero istituto, oltre che rappresentare il

⁵⁰⁵ Norma dell’art. 68 del suddetto Regolamento:

* La direzione dell’istituto esamina con i privati e con gli appartenenti alle istituzioni o associazioni le iniziative da realizzare all’interno dell’istituto e trasmette proposte al magistrato di sorveglianza, con il suo parere, anche in ordine ai compiti da svolgere e alle modalità della loro esecuzione.

* Il magistrato di sorveglianza, nell’autorizzare gli ingressi in istituto, stabilisce le condizioni che devono essere rispettate nello svolgimento dei compiti.

* La direzione dell’istituto cura che le iniziative indicate ai commi precedenti siano svolte in piena integrazione con gli operatori penitenziari. A tal fine, le persone autorizzate hanno accesso agli istituti secondo le modalità e i tempi previsti per le attività alle quali collaborano.

* In caso di inosservanza delle condizioni o di comportamento pregiudizievole all’ordine e alla sicurezza dell’istituto, il direttore comunica al magistrato di sorveglianza il venir meno del proprio parere favorevole, per i provvedimenti conseguenti, disponendo eventualmente, con provvedimento motivato, la sospensione dell’efficacia del provvedimento autorizzativo.

* Al fine di sollecitare la disponibilità di persone ed enti idonei e per programmarne periodicamente la collaborazione, la direzione dell’istituto e quella del centro servizio sociale, di concerto fra loro, curano la partecipazione della comunità al reinserimento sociale dei condannati e degli internati e le possibili forme di essa

presidio nei suoi rapporti con il Ministero della Giustizia e la Direzione Generale dell'azienda ospedaliera "Carlo Poma" di Mantova. Infine, attraverso la struttura semplice di coordinamento "area integrata del trattamento", garantisce le finalità dei programmi tratta mentali previste dal DPR 30 giugno 2000, n.230, recepite dalla Convenzione con Castiglione.

In generale già da qualche anno, ovvero prima dell'entrata in vigore del D.P.C.M. del 1 aprile 2008, anche per quanto concerne gli altri cinque istituti presenti sul piano nazionale, congiuntamente, le varie Direzioni degli OPG e i D.S.M. valutano il decorso clinico del paziente ristretto per attivare progetti di reinserimento sostenibili allorché l'internato sia, di fatto, in condizioni di tornare in libertà, favoriranno forme d'organizzazione e d'utilizzazione degli spazi e delle attività interne per la cura e socializzazione degli internati. La responsabilità della gestione dei trattamenti è condivisa all'interno dei due gruppi di lavoro complessivamente.

Il D.S.M. costituisce inoltre una sede d'incontro, di scambio e di confronto con le famiglie, con il volontariato, con gli operatori coinvolti nel trattamento intramurali e territoriale degli internati con patologia psichiatrica, con chiunque fosse interessato a fornire il proprio contributo alla soluzione dei gravi problemi dell'internamento giudiziario.

Alla luce di tali considerazioni, vista la necessità di sperimentare nuove modalità operative per il trattamento di persone affette da patologie psichiatriche sottoposte a misure di sicurezza ed internate negli OPG, e visto che il principio della "continuità terapeutica" è riconosciuto come elemento prioritario per la realizzazione di validi programmi di cura, riabilitazione e reinserimento dei pazienti psichiatrici, in qualsiasi contesto essi siano trattati, si ritiene indispensabile individuare e codificare modalità chiare ed efficaci secondo le quali indirizzare e declinare i piani di collaborazione tra i D.S.M.

del Servizio Sanitario Nazionale e gli OPG e gli Istituti Penitenziari di competenza del Ministero della Giustizia. Fondamentale per le attività trattamentali si è rivelato il D.S.M., che s'impegna costantemente, in collegamento con le proprie Unità Operative di Salute Mentale, a collaborare attivamente per i programmi di trattamento delle persone recluse in OPG e residenti nel proprio territorio di competenza, a collaborare con l'equipe dell'OPG nella stesura dei programmi di trattamento, compresa la concessione dei benefici affiancandosi ai terapeuti con funzione consultiva e propositiva.

Per avere un quadro maggiormente specifico di come sia in effetti organizzato l'OPG, e il personale sanitario, schematizziamo sinteticamente, qui di seguito, la struttura delle quattro sub-strutture giudiziarie.

REPARTO	TIPOLOGIA	FUNZIONI SVOLTE
AQUARIUS (maschile)	Struttura semplice. Per dimissioni a MEDIO TERMINE.	-processi funzionali di accettazione di nuovi ingressi; -valutazione delle condizioni generali di salute; -valutazione del grado di disabilità psicosociale e abilità residue; -progettazione del percorso riabilitativo tratta mentale e psicosociale; -In generale questo reparto cura i pazienti con una storia giudiziaria con recidiva di

		reato, soggetti con inadeguato sostegno della rete familiare, grave disabilità sociale, soggetti con età superiore ai 45 anni, portatori di handicap e/o gravi patologie organiche.
VIRGILIO (maschile)	Struttura semplice. Per dimissioni a BREVE TERMINE	-riabilitazione psico-sociale intensiva per una dimissione a breve termine; -si rivolge a pazienti giovani di età 25<x<40anni, con elevate abilità psico-sociali e lavorative, buona rete di relazioni familiari, discreto compenso clinico; -diretto per lo più a rafforzare l'autonomia e diminuire la pericolosità sociale fino a ottenere dimissione al proprio domicilio.
ARCOBALENO (femminile)	Struttura semplice. Per dimissioni a BREVE TERMINE	-accettazione nuovi ingressi; -valutazione condizioni generali di salute, grado di abilità psicosociale; -progettazione percorso di cura e trattamento;

		-la sezione Edera accoglie in prevalenza donne che hanno compiuto reati nel nucleo familiare.
MORELLI (femminile)	Stabile. Unità di osservazione.	-fornisce le prestazioni sanitarie in urgenza, oltre a quelle richieste dalle carceri. -espleta la funzione di accertamento dell'infermità psichica del condannato/imputato.

A questo punto, è facile notare che l'organizzazione a carattere esclusivamente sanitario, la diversificazione delle risposte della struttura a seconda del bisogno e della situazione del paziente, l'alta specializzazione degli operatori e il tentativo di personalizzare i diversi percorsi terapeutici innalzano le possibilità di realizzare effettivamente nella pratica ciò che dovrebbe essere la finalità dell'OPG: cancellare, o fin dove possibile migliorare, la sintomatologia clinica del paziente, per permettergli di acquisire, o riacquisire a seconda, abilità sociali, competenze professionali e lavorative, per arrivare, idealmente, a farlo accogliere nella rete delle agenzie territoriali della salute mentale e della comunità sociale di provenienza.

Per quanto la situazione dell'OPG sia quasi ideale rispetto agli altri OPG, sia per l'organizzazione totalmente sanitaria, sia per tutte le peculiarità che abbiamo in precedenza sottolineato, vi sono anche qui delle note stonate, in particolare le proroghe improprie, a cui vengono soggetti tutti quei soggetti

che restano in OPG per mancanza di progetti socio-sanitari e indisponibilità della presa in carico da parte dei DSM di appartenenza territoriale. Mancano infatti le risorse economiche regionali destinate allo scopo di prosecuzione delle cure sul territorio e le disposizioni legislative, che stabiliscano i diversi livelli di responsabilità da porre in capo alle istituzioni nazionali e regionali.

7.4 Il trattamento e le diverse attività

Come già accennato, per i malati di mente che non delinquono, il nostro sistema prevede un regime di trattamento terapeutico pressoché incompatibile con quello, dal carattere spiccatamente carcerario, dell'internamento in OPG, dato che il trattamento sanitario del malato di mente, dopo la soppressione degli ospedali psichiatrici civili (legge 180 /1978 e legge 833/1978), esclude il ricorso, come strumenti terapeutici, alla segregazione ed alla custodia. Invece, per il malato di mente che delinque il codice penale a tutt'oggi prevede il ricovero in strutture psichiatriche penitenziarie, custodialistiche e segreganti, mentre avrebbe, senza dubbio, maggior bisogno di aiuto psichiatrico- terapeutico un soggetto che si è trovato a delinquere per la sua condizione di disagio psichico, acuita dalla reclusione.

Nel descrivere il modello organizzativo di un OPG, sono già state prese in considerazione le sue principali componenti rappresentate, da un lato, dall'aspetto sanitario, tendente al trattamento ed al recupero, e dall'altro, dall'aspetto penitenziario della custodia e della protezione sociale. Si è già detto che spesso tali componenti entrano in conflitto tra loro, in quanto difficilmente compatibili: curare ed, al tempo stesso, limitare la libertà personale, al fine di offrire idonea protezione sociale, risulta molto difficile, soprattutto quando la cura, come nel caso degli OPG, presuppone un intervento trattamentale variamente articolato, che può consistere nella

somministrazione di psicofarmaci, ma anche nell'adozione di strumenti psicoterapeutici alternativi, quali sono le varie attività socio-riabilitative. L'aspetto custodiale, ancora oggi fortemente presente nella struttura e nell'organizzazione interna dell'OPG, ostacola non poco il tentativo di recuperare e di ripristinare le alterate capacità psicofisiche e comportamentali dei soggetti ricoverati. Il lavoro complessivo degli operatori di un OPG, cioè l'insieme dell'agire psichiatrico e terapeutico, non può limitarsi solo a prescrivere e far assumere farmaci psicotropi, infatti con il termine terapia intendendosi un insieme di attività quali:

- trattamenti psicoterapeutici individuali e di gruppo;
- interventi di riabilitazione psicosociale, sia in laboratori che in attività lavorative;
- orientamento al lavoro e formazione professionale;
- attività sportiva.

L'integrazione professionale tra i vari operatori, la collaborazione con gli operatori del territorio, la supervisione dell'attività terapeutica hanno contribuito a valorizzare e a migliorare progressivamente le possibilità di intervento terapeutico.

In realtà, il nuovo Regolamento di attuazione dell'Ordinamento Penitenziario – il DPR 230/2000, all'art.1 – ha ribadito che il trattamento dei soggetti sottoposti a misure privative della libertà deve consistere nell'offerta di interventi diretti a sostenere gli interessi umani, culturali e professionali e che il trattamento rieducativo dei condannati e degli internati deve essere finalizzato a promuovere un processo di modificazione delle condizioni e

degli atteggiamenti personali, nonché delle relazioni familiari e sociali che sono di ostacolo a una costruttiva partecipazione sociale.

A proposito degli interventi che un OPG deve attuare per favorire la partecipazione alla attività trattamentali, occorre analizzare il contenuto dell'art. 20, comma 1, del Regolamento di esecuzione penitenziaria:

“Nei confronti dei detenuti e degli internati infermi o seminfermi di mente [...] devono essere attuati interventi che favoriscano la loro partecipazione a tutte le attività trattamentali e in particolare a quelle che consentano, in quanto possibile, di mantenere, migliorare o ristabilire le loro relazioni con la famiglia e l'ambiente sociale, anche attraverso lo svolgimento di colloqui fuori dei limiti stabiliti dall'articolo 37. Il servizio sanitario pubblico, territorialmente competente, accede all'istituto per rilevare le condizioni e le esigenze degli interessati e concordare con gli operatori penitenziari l'individuazione delle risorse esterne utili per la loro presa in carico da parte del servizio pubblico e per il loro successivo reinserimento sociale”.

A norma dell'art. 4 del suddetto regolamento, alle attività di trattamento svolte negli istituti e dai centri di servizio sociale devono partecipare tutti gli operatori penitenziari, secondo le rispettive competenze. Gli interventi di ciascun operatore professionale o volontario devono contribuire alla realizzazione di una positiva atmosfera di relazioni umane e svolgersi in una prospettiva di integrazione e collaborazione: a tal fine, gli istituti penitenziari e i centri di servizio sociale, dislocati in ciascun ambito regionale, devono costituire un complesso operativo unitario, i cui programmi devono essere organizzati e svolti con riferimento alle risorse della comunità locale. Il Dipartimento dell'amministrazione penitenziaria ed i provveditori regionali devono adottare le opportune iniziative per promuovere il coordinamento operativo rispettivamente a livello nazionale e regionale.

Si è già detto, nel capitolo precedente, che la strutturazione interna degli OPG è essenzialmente caratterizzata da una suddivisione in vari reparti ai quali vengono assegnati i soggetti ricoverati nell'istituto in base a criteri di natura giuridica e sanitaria. Si è anche detto che i criteri di natura giuridica sono rappresentati dalla posizione giuridica dell'internato, che può essere provvisoria, oppure definitiva.

Innanzitutto, occorre ribadire che ci sono attività che il personale sanitario svolge indistintamente per tutti gli internati, come colloqui psichiatrici e visite internistiche periodiche settimanali al fine di un iniziale inquadramento diagnostico, individuazione del trattamento psicofarmacologico ed internistico più indicato per il singolo internato.

Per tutti gli internati è possibile l'avvio di un progetto trattamentale risocializzante e riabilitativo interno all'istituto, quando, comunque, il quadro psicopatologico ha raggiunto una fase di sufficienti risultati, tale progetto trattamentale può consistere in corsi di formazione professionale in vari settori, ad esempio quello del giardinaggio, della ceramica, della falegnameria, della legatoria; oppure può consistere in corsi di scuola elementare o media; e ancora, in corsi di risocializzazione attraverso il disegno, la pittura, la musicoterapia, il teatro, l'attività motoria, la fotografia, il cineforum, l'attività audiovisiva, gli sport come il tennis, il calcetto, ecc. Di solito, vi sono inoltre locali adibiti alle attività comuni: la scuola, la biblioteca, una sala per il cinema ed una palestra. La scuola elementare tende anche alla ralfabetizzazione di chi ha subito la perdita di tale capacità.

A Castiglione, in ogni reparto ci sono attività di psicoeducazione tese a una riappropriazione della cura di sé e del proprio ambiente.

Un ruolo importante nel percorso di riabilitazione è rivestito dal SCR = Servizio Continuità Riabilitativa: è una struttura di riabilitazione, una

“comunità diurna”. Vi si realizza un progetto, in corso da qualche anno, per 18 pazienti, uomini e donne, che cucinano autonomamente e mangiano insieme in un’apposita sala mensa. Vi si svolgono anche varie attività: informatica – nella sala computer dell’ENAIP – cucina, grafica, sartoria, tipografia, gestite dall’associazione La Luna.

Il Comune di Castiglione delle Stiviere – dove sono presenti aziende rilevanti a livello nazionale come Barilla e Golden Lady – sostiene gli interventi trattamentali dell’OPG con varie forme di collaborazione. È ad esempio impegnato a fornire un salone in zona industriale di Castiglione per collocarvi un laboratorio di restauro, falegnameria – gestita con donazioni – e rilegatoria, gestita da un volontario attivo tutto l’anno, e sede di corsi.

Le attività di formazione professionale sono gestite e finanziate dall’ENAIP, centro di formazione professionale di Mantova, e si realizzano prevalentemente presso il SCR. Ma si fanno anche inviando i pazienti presso Strutture Formative prevalentemente di Castiglione delle Stiviere.

I pazienti, uomini e donne, inseriti nella formazione professionale percepiscono un compenso economico che va da 41 euro a 513 euro – in relazione al numero dei corsi a cui partecipano ai giorni ed alle ore effettivamente di presenze –, è calcolato in circa 22 euro lordi per ora. Non si tratta di una vera forma di pagamento, considerando che si tratta di formazione; serve ad incentivare i pazienti a progetti impegnativi per la crescita personale.

Ci sono laboratori di informatica, di falegnameria e restauro, di legatoria e stampa, di sartoria. E in particolare: - *Atelier* di pittura, gestita dall’Associazione “Alce in rosso”, seguita da un’insegnante, Silvana Crescini. Con la collaborazione della quale sono state realizzate esposizioni a Losanna e a Bruxelles.

- Corsi di comunicazione, in specifico di poesia, che Giuliano Parenti svolge per l'Enaip di Mantova.
- Giornalino autogestito "Surge et ambula" con l'attività scolastica gestita dalla prof.ssa Rosa Perosi del Provveditorato Studi di Mantova.
- Biblioteca, dislocata al secondo piano dello stabile della sede Amministrativa, dentro l'OPG, ma è in corso un progetto di ristrutturazione per sistemarla al centro dell'OPG e renderla più accessibile a tutti senza accompagnamento. Saranno attivati collegamenti con le Biblioteche Comunali vicine, compresa quella di Castiglione.⁵⁰⁶

⁵⁰⁶ Al fine di favorire la partecipazione alle attività culturali, le direzioni degli istituti devono organizzarsi per ottemperare alla prescrizione contenuta nell'art. 21 del nuovo Regolamento, il quale dispone:

1. La direzione dell'istituto deve curare che i detenuti e gli internati abbiano agevole accesso alle pubblicazioni della biblioteca dell'istituto, nonché la possibilità, a mezzo di opportune intese, di usufruire della lettura di pubblicazioni esistenti in biblioteche e centri di lettura pubblici, funzionanti nel luogo in cui è situato l'istituto stesso.
2. Nella scelta dei libri e dei periodici si deve realizzare una equilibrata rappresentazione del pluralismo culturale esistente nella società.
3. Il servizio di biblioteca è affidato, di regola, a un educatore. Il responsabile del servizio si avvale, per la tenuta delle pubblicazioni, per la formazione degli schedari, per la distribuzione dei libri e dei periodici, nonché per lo svolgimento di iniziative per la diffusione della cultura, dei rappresentanti dei detenuti e degli internati previsti dall'articolo 12 della legge, i quali espletano le suddette attività durante il tempo libero. Si avvale altresì di uno o più detenuti scrivani, regolarmente retribuiti. (...)
5. Nell'ambito del servizio di biblioteca, è attrezzata una sala lettura, cui vengono ammessi i detenuti e gli internati. I detenuti e internati lavoratori e studenti possono frequentare la sala lettura anche in orari successivi a quelli di svolgimento dell'attività di lavoro e di studio. Il regolamento interno stabilisce le modalità e gli orari di accesso alla sala di lettura

- Attività motoria: palestra, tennis, calcio, bocce, piscina estiva ed invernale, ecc.

Per quanto concerne il lavoro, i lavoratori domestici sono 37 uomini, di cui 4 stranieri, e 41 donne, di cui 6 straniere. Il lavoro interno è suddiviso a livelli con compensi differenziati:

1° livello: pulizia, cucina, servizi ausiliari.

2° livello: aiuto parrucchiera (femminile).

3° livello: rilegatore o bibliotecario.

Se ci sono lavori dall'esterno vengono pagati dalla ditta da cui dipendono, tramite vaglia che viene caricato sul conto personale del paziente.⁵⁰⁷

Per quanto concerne l'istruzione, nel Polo scolastico sono previsti corsi di Cultura, di Canto, di Inglese e di Informatica. L'attività scolastica viene pianificata anno per anno con il Provveditorato di Mantova. I corsi fanno capo al Circolo Didattico di Castelfreddo – sempre del Provveditorato

⁵⁰⁷ L'attività lavorativa gli internati in OPG è strumento rieducativo efficace ed irrinunciabile, sia per il sostentamento economico che questa produce, sia per il progetto di recupero di un ruolo sociale e di una dignità personale che consistono nel primo passo fondamentale per la risocializzazione. Quando si tenta di dare dignità all'individuo, che ha bisogno di essere autonomo e di vedere valorizzate le sue capacità, non si può prescindere dal lavoro.

A tale proposito, l'art. 20, comma 4 e 5, del Regolamento penitenziario, sancisce:

4. I detenuti e gli internati infermi o seminfermi di mente che, a giudizio del sanitario, sono in grado di svolgere un lavoro produttivo o un servizio utile sono ammessi al lavoro e godono di tutti i diritti relativi.

5. Coloro che non sono in grado di svolgere un lavoro produttivo o un servizio utile possono essere assegnati, secondo le indicazioni sanitarie, ad attività ergoterapiche e ad essi viene corrisposto un sussidio nella misura stabilita con decreto ministeriale

di Mantova, da cui provengono gli insegnanti –, per cui si tratta di corsi in qualche modo inseriti in un progetto formalizzato, di alfabetizzazione e medie, anche se non riconducibili ad un'attività scolastica convenzionale. Per ora ci sono corsi di alfabetizzazione con corsi di inglese e di canto.

I corsi sono attivati in aule-scuola all'interno e hanno tra i 10 e i 20 frequentanti l'anno.

7.5 Visite e udienze a Castiglione

Come anticipato nella premessa, durante il corso delle giornate che abbiamo potuto dedicare alla visita dell'OPG di Castiglione dei suoi diversi reparti, ci è stata, inoltre, offerta la possibilità di assistere alle udienze del magistrato di sorveglianza, la Dott.ssa Marina Azzini, dedicate prevalentemente a valutare l'eventualità di revocare le m.d.s., oppure di prorogarle ovvero di concedere al paziente l'opportunità di usufruire della c.d. “licenza esperimento”, nell'ultimo periodo della sottoposizione a misure di sicurezza, conservando la qualità di “internato”, nel caso in cui la pericolosità sociale del paziente fosse venuta notevolmente a scemare.⁵⁰⁸

Nelle circa venti udienze a cui abbiamo assistito, la larga maggioranza soffriva di schizofrenia, ovvero di forme psicotiche con una minoranza di malati *borderline*. Spesso erano soggetti che avevano commesso reati quali furto, rapina, maltrattamenti in famiglia ed estorsione – questi soprattutto tossicodipendenti – ma la cui malattia era decisamente più grave del reato. Alcuni sono stati definiti dal magistrato, in concomitanza con il medico

⁵⁰⁸ Il fatto che il paziente conservi la qualificazione di “internato” permette al magistrato, qualora si verificano episodi denotanti una pericolosità perdurante del soggetto, di richiamarlo immediatamente in OPG.

referente e l'avvocato di parte, casi, per così dire, irrecuperabili, perché soggetti non inclini a consentire il contatto con gli operatori e restii ad sottoporsi alla terapia.

L'impressione è stata che sia il magistrato, sia il personale del *team* tecnico dell'OPG fossero ben inclini a un reinserimento in comunità, o a concessioni di licenze esperimento o a conversioni della mds in altre forme più lievi. Il problema spesso si rivelava essere il paziente stesso, che magari dopo essere stati inserito in comunità avevano manifestato più volte insofferenza, o aveva assunto comportamenti anti-sociali, causando danni a sé o agli altri, arrivando in un caso di internato schizofrenico-paranoideo addirittura a una seria aggressione del compagno di stanza in comunità.

In generale abbiamo assistito alla realtà di tutte le problematiche viste nella teoria, dall'inadeguatezza di una misura come l'OPG a sopperire ai bisogni di terapia e cura di pazienti tossicodipendenti, dall'assoluta indistinguibilità della misura di sicurezza della casa di cura e di custodia da quella dell'OPG, dal meccanismo delle proroghe improprie, alla scarsa disponibilità dei DSM e delle strutture territoriali ad accogliere i possibili dimessi da Castiglione, nelle zone di appartenenza territoriale dei vari pazienti.

Ad ogni modo si cerca di andare incontro alle necessità dei singoli, sfruttando il sistema reso più flessibile, non solo grazie ai permessi, alle licenze orarie o giornaliere, ma soprattutto alla possibilità di concedere all'internato la licenza finale d'esperimento. Questa consiste nella facoltà di sperimentare, durante gli ultimi sei mesi di applicazione della misura di sicurezza, uno stile di vita autonomo, all'esterno della struttura, al fine di testare il grado di risocializzazione del soggetto.

La legge sulla riforma penitenziaria del 26 luglio del 1975, n. 354, infatti, pure riguardando le istituzioni penitenziarie in generale, ha introdotto precise prescrizioni nell'applicazione delle attività trattamentali e disciplinari, determinando una riforma dell'intero sistema penitenziario che si sono riflesse positivamente, benché indirettamente, anche sugli istituti psichiatrici giudiziari. In particolar modo, in riferimento alle misure alternative e al ruolo del magistrato di sorveglianza. Infatti, come abbiamo visto, la legge del 1975, oltre a modificare la dicitura "manicomio giudiziario" in "ospedale psichiatrico giudiziario" *ex art.62*, ha modificato profondamente, almeno da un punto di vista formale, la vecchia prospettiva meramente custodiale del sistema penitenziario italiano: in base ad essa, il carcere deve essere anche luogo di trattamento, essendo affermato il diritto del condannato ad usufruire di opportunità trattamentali finalizzate al reinserimento sociale.

Tali opportunità trattamentali si realizzano, tra l'altro, attraverso l'istituzione delle misure alternative disciplinate dagli artt. 47 e seguenti⁵⁰⁹, anche se occorre precisare che agli internati in OPG è applicabile solo l'art. 48, relativo al cosiddetto "Regime di Semilibertà", che, pur non essendo formalmente compreso tra le misure alternative, riveste un ruolo significativo nel processo di reinserimento:

1. Il regime di semilibertà consiste nella concessione al condannato e all'internato di trascorrere parte del giorno fuori dell'istituto per partecipare ad attività lavorative, istruttive o comunque utili al reinserimento sociale.

⁵⁰⁹ PAVARINI M., *Ordinamento penitenziario ed esecuzione delle misure preventive e limitative*, in Codice commentato dell'esecuzione penale, vol. 3, Torino, 2002, pagg. 97. Vedi anche DI GENNARO G., BREDA R., LA GRECA G., *Ordinamento penitenziario e misure alternative alla detenzione*, Milano, 1997, pagg. 221 e seg.

2. I condannati e gli internati ammessi al regime di semilibertà sono assegnati in appositi istituti o apposite sezioni autonome di istituti ordinari e indossano abiti civili.

La misura si caratterizza per l'accostamento, nell'arco della giornata, di un periodo all'interno dell'istituto penitenziario e uno di attività libera finalizzata all'evoluzione positiva della personalità del soggetto. La collocazione della norma nel capo VI del titolo I dell'Ordinamento penitenziario dimostra che l'istituto è concepito come modalità particolare di esecuzione della pena, mentre solo in senso lato può parlarsi di misura alternativa, visto che il soggetto mantiene la veste di persona privata della libertà e inserita in istituto penitenziario.⁵¹⁰

Per quanto riguarda la modalità di esplicazione della semilibertà, questa è desumibile dal 2° comma della norma in esame, secondo il quale i condannati o gli internati ammessi a godere del beneficio vengono assegnati ad appositi istituti o ad apposite sezioni autonome degli istituti ordinari; devono indossare abiti civili a dimostrazione della diversità di regime penitenziario rispetto agli altri.

Per quel che concerne, invece, i destinatari della misura, occorre precisare che ne sono esclusi gli imputati, anche se detenuti, a causa dell'impossibilità di ipotizzare per questi un qualsiasi trattamento rieducativo.

È proprio in considerazione della finalità rieducative dell'istituto che l'art. 48 deve essere letto come strumento di attuazione dell'art. 17 della stessa legge, riguardante la "Partecipazione della comunità esterna all'azione rieducativa", secondo il quale:

⁵¹⁰ PAVARINI M., *op. cit.*, vol. 3, pagg. 149 e seg.

1. La finalità del reinserimento sociale dei condannati e degli internati deve essere perseguita anche sollecitando ed organizzando la partecipazione di privati e di istituzioni o associazioni pubbliche o private all'azione rieducativa.

2. Sono ammessi a frequentare gli istituti penitenziari con l'autorizzazione e secondo le direttive del magistrato di sorveglianza, su parere favorevole del direttore, tutti coloro che avendo concreto interesse per l'opera di risocializzazione dei detenuti dimostrino di poter utilmente promuovere lo sviluppo dei contatti tra la comunità carceraria e la società libera.⁵¹¹

Attraverso la concessione della semilibertà si permette al condannato di trascorrere fuori dell'istituto parte della giornata per svolgere attività di carattere lavorativo, di studio, utili al reinserimento. I reati ostativi per la concessione della misura in esame erano gli stessi previsti per l'affidamento.

Accanto all'affidamento al servizio sociale e alla semilibertà è stata inclusa la disciplina delle licenze, della liberazione anticipata e delle modalità di esecuzione della libertà vigilata, evidentemente assimilate alle altre misure per il fatto che anch'esse comportano la permanenza del soggetto fuori dall'istituto. In questo modo, la grande innovazione dell'istituzione delle misure alternative alla detenzione, coerentemente con il principio cardine dei sistemi penitenziari moderni, secondo il quale la reclusione deve essere usata come estrema *ratio*, pur lasciando immutata la struttura del doppio binario e della doppia istituzione – carcere-istituto per l'esecuzione di misure di sicurezza – fa sì che la pena detentiva acquisti il carattere di trattamento-riabilitazione.

⁵¹¹ DI GENNARO G., BREDA R., LA GRECA G., *op.cit.*, pagg. 121 e seg.

A tale scopo è prevista la licenza finale d'esperimento, la cui *ratio* deve essere ricercata nella revocabilità in ogni tempo della misura di sicurezza: la misura può sempre essere revocata ove venga meno il presupposto della pericolosità, oppure può essere sostituita con una soluzione esterna, in comunità o anche domiciliare, comunque sotto la responsabilità dei servizi psichiatrici territoriali.

Per quel che riguarda programmi di trattamento e reinserimento all'esterno in accordo con i servizi territoriali, si assiste ad un intensificarsi dei rapporti tra gli operatori dell'OPG e quelli delle strutture psichiatriche territoriali proporzionalmente crescente man mano che si avvicina il momento della dimissione del soggetto, durante tutte le fasi dell'internamento e, a maggior ragione, nel momento della concessione della licenza finale d'esperimento.

È proprio per garantire ed accelerare l'effettiva risocializzazione dell'internato al momento della sua dimissione che si è creata una costante collaborazione tra gli operatori dell'OPG e quelli dei servizi psichiatrici territoriali, visto che la transizione dell'internato dal vivere all'interno dell'OPG, in una struttura comunque chiusa, al vivere di nuovo all'esterno, in contatto con la società, è un'operazione molto delicata: l'ex internato deve essere seguito anche dopo la sua dimissione, per evitare che l'impatto con il mondo esterno si trasformi in un ulteriore fonte di scompensazione e cronicizzazione della malattia psichiatrica e, di conseguenza, del rischio di commettere un altro reato.

È proprio in questa fase di transizione che i servizi psichiatrici devono essere costantemente presenti, non solo fisicamente mediante continue visite agli OPG da parte dei referenti psichiatri, ma anche offrendo tutte le possibili risorse assistenziali nel campo della salute mentale, mediante la costituzione

di proprie strutture atte all'accoglienza dei pazienti psichiatrici oppure utilizzando analoghe strutture private convenzionate con il servizio stesso.

Il punto chiave della dimensione dell'intervento psichiatrico attuato in OPG, un intervento che possa realmente modificare le possibilità di agire del paziente, passa attraverso il recupero del valore della persona, il ripristino del legame tra soggetto e territorio, per favorire la piena integrazione e la presa in carico, dal punto di vista terapeutico, del malato.

Una dei fattori che a volte causano discontinuità nel trattamento del malato è da ricercarsi nei timori degli stessi referenti psichiatri territoriali, soprattutto derivanti dalle gravose responsabilità di gestione sul territorio del malato, aggravati dalla diffidenza e dai pregiudizi del contesto socio-ambientale, che spesso ostacola fortemente il reinserimento del malato di mente.

Spesso sono proprio i referenti psichiatri del territorio a richiedere, talvolta anche esplicitamente, agli operatori dell'OPG la proroga del periodo di applicazione della misura di sicurezza, a causa delle difficoltà incontrate nella collocazione dell'internato sul territorio. Talvolta, nonostante gli sforzi e la buona volontà, con tale atteggiamento si rischia una sorta di "rimozione" del problema del reinserimento del folle-reo, ritardando paradossalmente il riaccoglimento del soggetto da parte della società.

Ma la ragione principale a cui deve essere attribuita la difficoltà di reinserimento è da ricercarsi nella cronica carenza di quelle strutture "intermedie", previste dalla legge n. 180 del 1978 in sostituzione dei vecchi manicomi civili. Con la loro definitiva chiusura che risale al 31 dicembre 1996, sancita dalla legge finanziaria del 1994, la situazione si è ulteriormente aggravata, a causa della riconversione dei vecchi ospedali psichiatrici nelle varie forme di strutture intermedie, quali le "case famiglia", o le "comunità ad

alta intensità". Le difficoltà di organizzazione di tali strutture e la mancanza di finanziamenti sufficienti ha causato gravi ritardi nell'inserimento all'esterno dei malati di mente ricoverati in OPG. Si è assistito ad un protrarsi, spesso per svariati anni, dell'internamento nell'ambito psichiatrico-carcerario, prolungando la privazione della libertà così tanto da esser chiamata, come già accennato, "ergastolo bianco". È facilmente comprensibile come il trattenere in un ambito carcerario, anche se, al tempo stesso, ospedaliero-riabilitativo, il malato di mente che ha ormai raggiunto una fase di sufficiente guarigione, e comunque di riacquisita capacità psichico-comportamentale, tale da far venire meno la pericolosità sociale, sia estremamente antiterapeutico e contrario ai comuni principii etici. La situazione diventa insostenibile fino a quando il magistrato di sorveglianza dispone l'immediata dimissione dell'internato ed il suo invio in un servizio psichiatrico di diagnosi e cura, per il periodo minimo di sette giorni previsto dalla legge: da questo momento i servizi psichiatrici territoriali vengono "costretti" finalmente ad attivarsi nel cercare una soluzione idonea all'inserimento del soggetto.

Tutto questo naturalmente finché non verrà definitivamente implementato quanto previsto dall'art. 3-ter della Legge del 7 febbraio 2012. Bisognerà poi verificare come verranno gestite tutte queste problematiche all'interno delle mini-strutture sanitarie che saranno atte ad accogliere i pazienti dimessi dagli OPG, tra cui anche quello di Castiglione delle Stiviere.

7.6 Conclusioni

L'avvio del processo di rinnovamento sopra descritto ha, comunque, messo in luce con maggiore evidenza quelli che sono i problemi di maggior rilievo nell'ambito dell'attività e dell'organizzazione dell'OPG: far conciliare cura e custodia, formare personale specializzato ed i rapporti con il servizio

sanitario nazionale, sono temi che ricorrono spesso, destano quotidianamente preoccupazione ed ostacolano l'attività degli operatori dell'OPG. Ovviamente tutto ciò meno accentuato in una realtà completamente sanitaria come quella di Castiglione.

Nel descrivere il modello organizzativo di un OPG, si deve, primariamente, tenere in considerazione che le sue principali componenti sono rappresentate, da un lato, da quella sanitaria tendente, per sua formazione culturale, al trattamento ed al recupero, dall'altra, da quella penitenziaria propriamente detta che nella custodia e nel rigido controllo trova i suoi principi fondatori. Tali componenti sono spesso in conflitto tra loro o, addirittura, difficilmente compatibili. E', infatti, problematico curare ed, al tempo stesso, limitare la libertà personale. Ciò è maggiormente vero quando curare, come nel caso degli OPG, presuppone un intervento trattamentale variamente articolato, che va dalla somministrazione di psicofarmaci all'adozione di strumenti psicoterapeutici di vario livello e complessità, nonché di varie attività socio-riabilitative.

Con l'avvio del processo di ulteriore "sanitarizzazione" degli OPG descritto prima, uno dei problemi che deve essere seriamente affrontato è quello della formazione del personale sanitario infermieristico. Per quel che riguarda tale personale infermieristico, l'aspetto maggiormente peculiare è rappresentato dal rapporto con il malato psichiatrico che si deve instaurare sia per le attività di reparto routinarie, sia per quelle che sono e saranno sempre più le attività di riabilitazione. E', quindi, necessario arrivare a formare degli operatori di riabilitazione, capaci di stimolare le affievolite capacità psichiche e comportamentali del malato di mente-reo, e di farlo riuscendo a comprendere i livelli di tensione, di gratificazione dello stesso, che si incontrano sovente nel corso di tale tipo di trattamento.

Come descritto precedentemente, è molto importante che vi sia, inoltre, una fattiva collaborazione tra gli operatori dell'OPG e quelli dei servizi psichiatrici territoriali che dovranno prendersi carico dei pazienti, una volta dimessi dagli istituti psichiatrici giudiziari. La transizione, infatti, dell'internato dal “vivere nell'OPG” al “vivere di nuovo all'esterno” è molto delicata, deve essere gestita con cura e nei minimi dettagli per evitare che si trasformi in un ulteriore fonte di scompensazione ed esacerbazione della malattia psichiatrica e, di conseguenza, del rischio di commettere, di nuovo, un reato. Ecco, quindi, che in questa fase di transizione i servizi psichiatrici devono essere costantemente presenti, non solo fisicamente mediante continue visite agli OPG da parte dei referenti psichiatri, ma anche, più in generale, come servizio sanitario nazionale, offrendo cioè tutte le possibili risorse assistenziali nel campo della salute mentale mediante la costituzione di proprie strutture atte all'accoglienza dei pazienti psichiatrici oppure utilizzando di analoghe strutture private convenzionate con il servizio stesso. Purtroppo, l'auspicata costante “presenza” di tali servizi si realizza solo in sporadici casi, mentre è più frequente che i contatti avvengano in maniera subcontinua oppure che non vi siano affatto, a meno che non vengano stimolati dagli operatori stessi dell'OPG.

Si viene a creare, così, una sorta di circolo vizioso, talvolta, interrotto dall'azione dell'autorità giudiziaria, nelle vesti del magistrato di sorveglianza, il quale dispone l'immediata dimissione dell'internato ed il suo invio in un servizio psichiatrico di diagnosi e cura, per il periodo minimo previsto dalla legge, di sette giorni. I servizi psichiatrici territoriali vengono, quindi, messi in condizione di doversi finalmente attivare nel cercare una soluzione idonea all'inserimento del soggetto.

A conclusione di questo breve *excursus*, bisogna ammettere che nonostante la storia contribuisca a mantenere l'immagine dell'OPG come ancora un qualcosa di orribile ed invisibile alla gran parte della società, si è assistito, a piccoli passi, ad un parziale rinnovamento interno che ha contribuito a migliorare gli istituti manicomiali giudiziari.

Negli ultimi anni è stato messo in atto un processo di “sanitarizzazione” degli istituti psichiatrici giudiziari, allo scopo, non solo di operare una trasformazione interna in senso sempre più curativo-riabilitativo, ma anche di incentivare l'apertura verso l'esterno, il dialogo con la società.

Si è constatato, tuttavia, come varie siano rimaste ancora le difficoltà da superare e come la normativa giuridica in materia necessiti di una revisione, di un adeguamento alla evoluzione della società. Ecco, infatti, come vedremo nel prossimo capitolo, che tale bisogno si è tramutato in proposte di riforma di diverso indirizzo che possono suscitare e probabilmente susciteranno dibattiti, ma che sono il segno inequivocabile di una fase dinamica di necessità e volontà di rinnovamento, annunciatrice della costituzione di un importante passo verso il superamento degli OPG, fino ad arrivare da ultimo all'introduzione dell'art. 3 ter, di cui alla legge 17 febbraio 2012, n. 9. avente ad oggetto le “Disposizioni per il definitivo superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari”. Come già anticipato, tale decreto, come meglio vedremo nel prossimo ed ultimo capitolo, ha stabilito il 1 febbraio 2013 come termine per il completamento del processo di superamento degli OPG, come già previsto dall'allegato C del decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 1° aprile 2008, e dai conseguenti accordi sanciti dalla Conferenza unificata ai sensi dell'articolo 9 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, nelle sedute del 20 novembre 2008, 26 novembre 2009 e 13 ottobre 2011, il 30 marzo 2013.

CAPITOLO OTTAVO

PROBLEMATICHE DA AFFRONTARE E PROGETTI DI RIFORMA

8. Imputabilità e infermità: concetti da rivedere

E' ormai giunto il momento di tirare le conclusioni della nostra indagine alla luce dei diversi dibattiti tenutisi in materia da giurisprudenza, dottrina penalistica e psichiatria forense, in ambito nazionale ed europeo.

Muovendo dal loro esame, vedremo quali potrebbero essere i possibili suggerimenti e le proposte in tema di imputabilità, pericolosità sociale, nonché le soluzioni alternative al sistema attuale delle misure di sicurezza, anche in relazione a categorie problematiche come quelle degli alcolisti, dei tossicodipendenti cronici e dei seminfermi di mente. Ci soffermeremo, in particolare, sui vari progetti di riforma presentati al Parlamento della Repubblica Italiana.

Vedremo infine quale sia stato il contenuto della direttiva emanata all'interno del DPCM del 2008, come possibile piano di riorganizzazione e ristrutturazione delle misure di sicurezza nel prossimo futuro, destinate agli autori di fatti-reato portatori di disturbi psichici ed infine dal rivoluzionario contenuto dell'art. 3 -ter di cui alla legge 17 febbraio 2012, n. 9.

Per quanto concerne la nozione di imputabilità, vi è da dire che non sono tutt'ora sopite istanze abolizioniste, intese a sopprimere l'istituto *in toto* come

spartiacque tra sfera repressiva e quella esclusivamente special-preventiva di giustizia penale.⁵¹²

Chi, invece, rifiuta il modello abolizionista normalmente si fa convinto sostenitore dell'ideologia riformista propugnante una modifica globale della normativa in tema di imputabilità e, di conseguenza, anche di infermità di mente.⁵¹³ Tale visione, basata su una valorizzazione della colpevolezza, amplia le cause di esclusione dell'imputabilità, ricomprendendovi, oltre alle psicosi anche le nevrosi, le psicopatie, e in genere, tutti quei disturbi della personalità, senza una reale, o supposta, base organica.

Del resto, abbiamo infatti visto come tutte le riforme legislative e proposte di legge, in ambito europeo e nazionale, oltre alle più recenti

⁵¹² Vedi PULITANO' D., *L'imputabilità come problema giuridico*, in AA.VV., *Curare e punire. Problemi e innovazioni nei rapporti tra psichiatria e giustizia penale*, Milano, 1988, pagg.137 e seg. Al fondo di questa tendenza, di diversa provenienza, vi è l'aspirazione ad una parificazione del malato di mente autore di reato, quale soggetto di diritto, agli altri soggetti inquisiti, così come ciò era avvenuto mediante l'abolizione dei manicomi comuni. Il tentativo è in realtà quello di far uscire tali soggetti dallo "stigma" dell'incapacità, in nome, evidentemente, della "pari dignità", che si scontra però con una certa irrealisticità, dal momento che, volendo calare il discorso in ambito più strettamente penalistico, l'attribuzione di responsabilità anche ai folli-rei resta una sorta di "proclamazione ideologica", disancorata da qualunque riferimento ad un contenuto naturalistico e sostanziale del concetto di responsabilità.

⁵¹³ Vedi, per quanto attiene alla situazione italiana BERTOLINO M., *La crisi del concetto di imputabilità*, cit., 190 e seg.; FIORAVANTI L., *Le infermità psichiche*, cit., pagg.80 e seg.; della stessa vedi anche in chiave di riforma, ID., *Nuove prospettive di riforma del trattamento penale del sofferente psichico*, cit., pagg.384 e seg., che sembra tuttavia preferire il modello adottato nel codice vigente, piuttosto che ad esempio quello della Proposta Pagliaro, ritenuto troppo indeterminato.

espressioni giurisprudenziali, conducano ad un ampliamento del concetto di infermità mentale, sino a comprendervi tali disturbi.⁵¹⁴

Ciò è dovuto per lo più all'evoluzione della scienza psichiatrica, che ha portato alla scoperta di patologie senza una base organica, contro una concezione tradizionale della malattia mentale, conducendo così a uno spostamento dell'attenzione sul nesso di causalità tra malattia, mancanza di imputabilità e singolo fatto-reato commesso.⁵¹⁵

La giurisprudenza ha per ora richiesto che il reato sia commesso “in rapporto diretto con la specifica anomalia dell'agente”⁵¹⁶, arrivando in

⁵¹⁴ Appare infatti acclarato, da uno sguardo comparatistico, che le più recenti riforme legislative, in atto, od anche soltanto *in fieri*, si muovano tutte verso un ampliamento del concetto di infermità di mente, sino a ricomprendervi i “disturbi della personalità”, al di là, cioè, delle tradizionali psicosi, e, pur se ciò, come detto, non avviene senza contrasti, non può non costituire un importante indice su dove si spinga il movimento internazionale di riforma, una volta abbandonate le suggestioni abolizioniste. Su questa falsariga, infatti, si era già posto il c.p. spagnolo, che, sin dal 1932, aveva ricompreso nel concetto di infermità di mente, anche quello di “trastorno mental transitorio”, con ciò chiaramente intendendo uscire dal classico paradigma fornito dalle psicosi.

La riforma, tuttavia, più importante in tal senso, che ha anche influenzato le successive, è sicuramente quella del 1975 dei parr. 20 e 21 dello StGB, di cui ci siamo già occupati, comprese le critiche ed *i revirements* della giurisprudenza, che, tuttavia, aveva in precedenza sicuramente contribuito al varo della riforma stessa. Vedi diffusamente in argomento, BERTOLINO M., *L'imputabilità e il vizio di mente*, cit., pagg.329 e seg., cui, per ulteriori approfondimenti, anche si rinvia.

⁵¹⁵ Vedi PONTI G., MERZAGORA I., *Psichiatria e giustizia*, Milano, 1993, pagg.157 e seg. Già alla fine dell'Ottocento, viene dagli autori fatto rilevare, con i famosi studi di Freud sull'isteria, si sono sviluppate patologie senza una base organica, e da qui si è sviluppata sia la psicoanalisi, che gli altri più moderni metodi d'indagine psicologica, sia, quindi, la teoria delle nevrosi, e di tutti gli altri disturbi della personalità, senza, appunto, una origine organica.

⁵¹⁶ Vedi ad esempio Tribunale mil. Di Roma, 26 novembre 1964, in *Temì romana*, 1964, III, pagg.140 e seg.; App. Roma, 15 marzo 1966, in *Foro pen.*, 1967, pagg. 57

qualche modo a coniugare sia quelle esigenze di prevenzione sia quelle in rispetto del principio di colpevolezza, calando il giudizio sull'esclusione dell'imputabilità sul caso singolo.⁵¹⁷ Tale valutazione viene a rappresentare il punto di incontro e mediazione fra esigenze garantistiche di tutela dell'individuo e esigenze di prevenzione dei reati.⁵¹⁸

Bisogna però rilevare che tutto questo si verifica a livello sperimentale e di prassi, senza un intervento deciso e chiarificatore del legislatore, lasciando così ampi margini all'incertezza, causando a volte un eccessivo ampliamento degli spazi di non imputabilità, a effettivo discapito di esigenze general-preventive.⁵¹⁹

La consapevolezza di questo stato di cose dovrebbe anche spingere a una revisione delle risposte sanzionatorie/tratta mentali possibili, senza cadere nella tentazione di superare tale situazione, attribuendo semplicemente maggiore discrezionalità a giudice e perito, cosa peraltro utile in sé ma non sufficiente a un adeguata risposta dell'ordinamento penale.⁵²⁰

e seg. su cui vedi FIORAVANTI L., *Le infermità*, cit., pagg.85 e seg. Vedi anche PISANI M., *Per un nuovo Codice penale: schema di disegno di legge-delega al Governo*, Padova, 1993, pagg.33 e seg.

⁵¹⁷ In argomento, cfr. AA.VV., *Lo psicopatico delinquente*, Milano, 1980, *passim*.

⁵¹⁸ Sul punto vedi esaurientemente PALAZZO F., *Il principio di determinatezza nel diritto penale*, Padova, 1979, pagg. 248 e seg.

⁵¹⁹ Vedi sul punto BERTOLINO M., *L'imputabilità e il vizio di mente nel sistema penale*, cit., pagg.668 e seg.

⁵²⁰ *Ibidem*. Come l'autrice fa giustamente rilevare, a tale scopo le scienze patologiche sono in grado di fornire un aiuto, con i dovuti limiti e termini. Là dove le loro competenze finiscono o dove esse appaiono non facilmente delimitabili sarebbe lecito l'intervento di scelte di politica criminale purché chiare e aliene dagli estremi rimedi che l'ospedale psichiatrico giudiziario da una parte, il carcere rappresentano

8.1 Ridefinizione del concetto di pericolosità sociale

Anche la nozione di pericolosità sociale richiederebbe per certi versi di essere rivisitata, come abbiamo visto nel corso dei precedenti capitoli.

Sono in molti a sostenere come in realtà il destino di tale nozione sia strettamente legato a quello delle misure di sicurezza in generale.⁵²¹ In particolare, alcuni studiosi sostengono che, in realtà, tale modello di doppio binario, prevista dal nostro attuale ordinamento giudiziario, sia da ritenere inadatta a una effettiva terapia e cura dei soggetti in questione.⁵²²

dall'altra. Tali scelte potrebbero trovare così maggiore consenso, sottolinea la Bertolino, di quanto non ne sia stato fin oggi riservato alla soluzione vigente.

⁵²¹ Vedi MANNA A., *L'imputabilità*, cit., pagg.223 e seg. L'autore fa rilevare come tale legame si presenti nella gran parte dei sistemi giuridici europei, ad eccezione dei Paesi Anglossassoni. In tali realtà, infatti, spiega l'autore, non esiste un compiuto modello di misure di sicurezza, poiché, ad avviso di questi, colà non sono adeguatamente penetrati i dettami della scuola positiva, anche se quello degli *orders*, soprattutto negli ospedali psichiatrici, raggiungerebbe, in fondo, un analogo effetto.

⁵²² Vedi, in tal senso, MUSCO E., *La misura di sicurezza detentiva*, cit., pagg.87 e seg. Altre autorevoli voci dottrinarie si sono interrogate sull'opportunità o meno di sganciare nettamente il trattamento curativo/rieducativo dei non-imputabili dai "percorsi della giustizia penale". Così testualmente nella dottrina italiana GROSSO C.F., *Questioni aperte in tema di imputazione del fatto*, in *Riv. It. dir. proc. pen.*, 1993, pagg. 21 e seg.; vedi anche di recente, DE FELICE P., *Misure di sicurezza: problemi attuali sulla loro applicazione. Ipotesi di modifica o soppressione*, in AA.VV., *La magistratura di sorveglianza*, in *Quaderni del C.S.M.*, n.80, 1995, pagg.770 e seg. Vi è infine che, come TANTALO M.-COLAFIGLI A., *Controllo o trattamento del reo malato di mente. Riflessioni critiche sul sistema giudiziario italiano*, in *Rassegna italiana di Criminologia*, 1995, pagg. 565 e seg. Questi autori propongono una competenza distanza tra la struttura giudiziaria, che dovrebbe individuare la responsabilità penale del malato di mente, e quella sanitaria, preposta esclusivamente al suo trattamento. Altri invece come LUBERTO S. – ZAVATTI P., *L'ospedale psichiatrico giuridizario*, cit., pagg.165 e seg. ritengono invece ancora possibile che l'OPG rivesta un significato utile nel trattamento dei soggetti internati,

Altri invece, in maniera diametralmente opposta, sono del parere che la sicurezza collettiva e la difesa sociale difficilmente potrebbero venire garantite da misure di tipo amministrativo-sanitario, totalmente slegate dal sistema penitenziario.⁵²³

Posizioni intermedie, e, per così dire, maggiormente realistiche, vengono invece sostenute da un parte più moderata della dottrina, che, seppur non presentando istanze abolizioniste, mira a una ridefinizione del sistema delle misure di sicurezza, da rivedere in senso terapeutico e risocializzante, variando il contenuto e i presupposti delle medesime in chiave solidaristica.⁵²⁴

Da tale dibattito, è evidente che lo stesso concetto di pericolosità, previsto dalle norme penali come elemento necessario per l'applicazione delle m.d.s., vada sottoposto a qualche rimaneggiamento, sia perché ritenuta nozione troppo vaga e di facile manipolazione, sia perché espressione di quel pensiero positivista, che ha, in qualche modo, impregnato i primi decenni del Novecento e la stessa redazione del codice.⁵²⁵

purché inserito in un percorso terapeutico e socio-riabilitativo completo e ben articolato con i successivi interventi extraistituzionali.

⁵²³ Per maggiori approfondimenti si rimanda a MANNA A., *Beni della personalità*, cit., pagg. 114 e seg. L'autore in realtà critica tale posizione favorevole alle misure di carattere amministrativo, dal momento che presenterebbe profili di incostituzionalità. Questo perché le mds andrebbero limitare in qualche modo la libertà personale, il che non sarebbe consentito alle sanzioni amministrative; inoltre potrebbe ipotizzarsi una violazione degli artt. 13 e 25, secondo comma, Cost., almeno nella misura – sempre secondo Manna – in cui si irrogherebbe un provvedimento privativo della libertà personale, che sarebbe difficile non qualificare come pena, ma al di fuori della legge penale. Verrebbero in tal caso a mancare i necessari profili di garanzia.

⁵²⁴ Condividono tale giudizio DOLCINI E. - MARINUCCI G., *Corso*, cit., pagg. 57-58.

⁵²⁵ E' del pari convinto che il concetto di pericolosità sociale abbia trovato una completa invalidazione, da un punto di vista scientifico, GATTI U., *L'accertamento*

Inoltre, il mondo della psichiatria ha in più sedi manifestato la mancanza di basi scientifiche e di effettiva affidabilità a tale tipo di previsione. E' stato così suggerito di sostituire la formula "pericolosità sociale" con quella più conforme, anche da un punto di vista costituzionale, di "bisogno di terapia".⁵²⁶

In tal modo, pertanto, i profili di carattere curativo potrebbero essere adeguatamente messi in risalto, senza per questo dover giungere ad un provvedimento indeterminato nel tempo, giacché legato alla permanenza di esigenze terapeutiche. Il criterio verrebbe così teorizzato in proporzione al massimo edittale previsto per il tipo di reato commesso, e, comunque, con un durata termine finale.⁵²⁷

I sostenitori di tale tipo di approccio suggerirebbero infine l'organizzazione di strutture terapeutiche a carattere extra-penale sotto l'egida del servizio sociale, per accogliere in seconda istanza, dopo la scadenza dei termini della misura di sicurezza, i soggetti che ancora necessitino di qualche tipo di trattamento.⁵²⁸

dell'imputabilità e della pericolosità sociale alla luce della situazione esistente in alcuni Paesi europei, cit., pagg.55 e seg.

⁵²⁶ Vedi MANNA A., *L'imputabilità*, cit., pagg.230 e seg. Parla, analogamente, di "bisogno reale di trattamento", come nuovo presupposto fondamentale, per l'applicazione di una sanzione, chiaramente orientata alla risocializzazione, per i prosciolti per infermità psichica BERTOLINO M., *L'imputabilità*, cit., pagg.679.

⁵²⁷ Vedi sul punto le osservazioni di MARINUCCI G., *L'abbandono del codice Rocco: tra rassegnazione e utopia*, in *Quest.crim.*, 1981, pagg. 297 e seg.

⁵²⁸ Vedi TRAVERSO G.B., *Il trattamento del reo infermo di mente: prospettive di riforma*, in CANEPA G.-MARUGO, M. I., cit., pagg. 244 e seg.; BANDINI T., *Prospettive di riforma in tema di imputabilità e trattamento del malato di mente*, in *Imputabilità e trattamento del malato di mente autore di reato, ibidem*, Padova, 1995.

Passiamo ora a vagliare, in una prospettiva di riforma, altri aspetti delle attuali misure di sicurezza, particolarmente riferiti a due categorie di destinatari: gli intossicati cronici per assunzione di alcool o stupefacenti, e i seminfermi psichici.

8.2 Ricoverati per uso cronico di sostanze alcoliche e stupefacenti

Anche qui sembrerebbe regnare un comune accordo, tra gli studiosi del settore, sulla necessità di superare la disciplina attuale. Al contempo, però, i pareri divergono per quanto concerne i modelli da adottare in via alternativa.

Del resto, abbiamo potuto osservare, in prima persona, nel corso della nostra breve visita a Castiglione, quanto sia alta la percentuale dei tossicodipendenti nella popolazione globale dell'OPG e, purtroppo – come ci è stato fatto rilevare dal magistrato di sorveglianza Dott.ssa Marina Azzini – quanto sia proporzionalmente difficile provvedere agli specifici bisogni terapeutici che tali soggetti postulerebbero.

La misura di sicurezza attuale, prevista come risposta dell'ordinamento penale non solo al fatto-reato compiuto dal folle ma anche dall'ubriaco cronico e dal tossicodipendente, si è rivelata nel corso degli anni largamente inadatta ad accogliere tale categoria di non imputabili che hanno ben poco da condividere con gli infermi.⁵²⁹

In realtà, già altri codici penali – come ad esempio quello tedesco del 1975 – hanno introdotto un trattamento sanzionatorio opportunamente

⁵²⁹ Vedi MANNA A., *L'imputabilità*, cit., pagg.245. L'autore fa rilevare come tale realtà abbia portato, in genere, la giurisprudenza a assoggettare tali soggetti preferibilmente a pena, magari diminuita, assolvendo a compiti di prevenzione generale, auspicando per il resto che in carcere sia possibile un trattamento aggiuntivo disintossicante.

differenziato tra intossicati da alcool, o da stupefacenti, riservando ad essi una misura *ad hoc*, ovvero il ricovero in un istituto di disintossicazione.⁵³⁰

Un'alternativa a tale tipo di proposta potrebbe essere rappresentata dall'aggiunta di comunità di cura, a carattere più spiccatamente psicoterapeutico-psicologico, al novero delle misure di sicurezza. Tutto ciò dal momento che, attualmente, la scienza psichiatrica dà per pacifico che la fase c.d. della "disintossicazione" non esaurisce il problema delle dipendenze, ma necessita di un ulteriore momento, quello della c.d. dissuefazione.⁵³¹

Pur se recepite nel quadro della legislazione speciale, tali comunità terapeutiche andrebbe introdotte, in una possibile riforma, nella veste di misure di sicurezza vere e proprie.⁵³²

⁵³⁰ Vedi in FORNASARI G., *I principi del diritto penale tedesco*, cit., pagg. 529 e seg. Il codice penale tedesco, introducendo un sistema di misure di sicurezza nel 1933, in particolare quello dell'istituto di disintossicazione, non ha però previsto per l'applicazione di quest'ultimo necessariamente la mancanza di imputabilità o l'imputabilità parziale, ma la semplice e "nuda" tendenza al consumo eccessivo di bevande alcoliche o di stupefacenti; la nostra ubriachezza, o stupefazione abituale è cioè nello StGB già trattabile a livello di misure di miglioramento e sicurezza, mediante un'assai opportuna applicazione del sistema vicariale.

⁵³¹ Sia sul punto consentito, anche per ulteriori approfondimenti bibliografici, il rinvio a MANNA A., *L'imputabilità del tossicodipendente. Rilievi critici*, in *Rivista italiana di medicina legale*, Milano, 1986, *passim*. Del resto il legislatore italiano è ricorso a metà degli anni Ottanta al "sistema di trattamento invece che di pena", utilizzando il ricovero nelle comunità terapeutiche come misura alternativa alla detenzione. Sul piano dei risultati, pur se necessaria notevole cautela nella valutazione dei dati, sembra che, da recenti statistiche, la percentuale di successo, nel trattamento, sia laquanto considerevole, cioè intorno al 70%. Vedi a tal proposito dello stesso autore ID., *Le comunità terapeutiche nel diritto penale italiano*, in *Pol.dir.*, 1995, pagg.45 e seg.

⁵³² Vedi nuovamente FORNASARI G., *op.cit.*, pagg.530 e seg. La stessa BtMG, al par.35, prevede la possibilità di una sostituzione della pena con la misura di sicurezza del ricovero in un istituto di disintossicazione, ove, cioè, la riconosciuta piena

Sarebbe opportuno anche nei confronti dei tossicodipendenti e gli alcool-dipendenti, prevedere, oltre a tali nuovi tipi di misure di sicurezza detentive, ulteriori misure non detentive come ad esempio il c.d. trattamento terapeutico in libertà sorvegliata o il lavoro a favore della comunità.⁵³³

In conclusione, per i tossicodipendenti, e gli alcol dipendenti è necessario introdurre misure *ad hoc*, come pure per la prossima categoria di soggetti, la cui situazione problematica è stata già in gran parte analizzata nel corso della presente indagine.

8.3 I problemi connessi alla categoria dei semi-infermi

La c.d. imputabilità diminuita ha portato a notevoli dibattiti, sia per la validità ed effettiva classificabilità stessa della nozione, sia, nel caso la risposta al primo quesito sia di tipo affermativo, in merito a una soluzione alternativa alla attuale, inusitata e effimera, casa di cura e di custodia.⁵³⁴

In molti si chiedono, infatti, se sia giusto da un punto di vista scientifico-nosografico e sistematico prevedere una nozione vaga come quella della semimputabilità, quando si nutrono già sufficienti dubbi sul concetto della semplice imputabilità.

fungibilità tra pena e misura dimostra che il trattamento, invece che la pena, può ben operare a livello di misure di sicurezza.

⁵³³ Ques'ultimo ha già riscosso ampi consensi a livello internazionale. Infatti, nel progetto governativo di riforma del '95 elaborato dai Ministri della Giustizia e della Sanità della legislazione olandese sugli stupefacenti, se ne prevede l'utilizzazione, nella forma dell'edificazione di un campo da lavoro. Vedi MUSCATIELLO V., *La giustizia bendata, la disciplina penale italiana sulla droga*, in *Indice Penale*, Padova, 2003, pag.420 e seg.

⁵³⁴ Per un'autorevole critica al sistema del doppio binario, vedi MUSCO E., *ult.op.cit.*, pagg.178 e seg.

In merito alla prima questione sono numerosi, pressoché al medesimo modo, sia di coloro che propugnano l'abolizione della categoria⁵³⁵, sia di coloro che invece ne riconoscono l'utilità e praticabilità.⁵³⁶ In particolare, il partito, per così dire, "conservatore", pur giudicando opportuno il mantenimento della figura del seminfermo, ne auspica una modificazione nel trattamento, e, nello specifico, caldeggia fortemente l'abolizione del sistema del c.d. doppio binario, giudicato eccessivamente repressivo e inadeguato.⁵³⁷

Alcuni, a questo proposito hanno sostenuto l'opportunità di prevedere semplicemente una diminuzione di pena per coloro che sono sofferenti, sì, ma in modo lieve e per così dire transitorio.⁵³⁸

Agli antipodi di tale posizione si pongono invece quelli che vedrebbero, come soluzione al problema, un sistema monistico, anziché basato sulla sanzione penitenziaria, proprio su misure di sicurezza nuove e alternative alle presenti.⁵³⁹

⁵³⁵ Vedi MARCHETTI M., *Infermità di mente e misure di sicurezza*, cit., pagg. 193 e seg.

⁵³⁶ Pone l'accento sulle ragioni pratiche e di garanzia che giustificherebbero un mantenimento di tale categoria CRESPI A., voce *Imputabilità*, in *Enciclopedia del diritto*, XX, Milano, 1970, pagg. 766 e seg.

⁵³⁷ Vedi PADOVANI T., *Profili di incostituzionalità nell'applicazione e nell'esecuzione delle misure di sicurezza*, cit., pagg.32 e seg.; VERGANI E., *Appunti critici di uno psichiatra a proposito degli artt. 222 e 220 del codice penale*, cit., 1193 e seg.

⁵³⁸ Come la soluzione adottata nel Progetto Pagliaro, vedi PISANI M., *Per un nuovo codice penale*, Padova, 1993, pagg.33 e seg.

⁵³⁹ Vedi MANNA A., *L'imputabilità*, cit., pagg.252 e seg. Non sarebbe invece necessaria, sempre secondo gli assertori di tale seconda posizione, l'autonoma previsione, fra le cause di esclusione, o diminuzione dell'imputabilità, né degli stati

Allo stesso modo si proporrebbe di includere in tale gruppo di “infermi” anche gli affetti da sordomutismo, laddove si accerti nel caso concreto la mancanza di imputabilità del soggetto invalido.

In tal caso si potrebbe poi prevedere in sede di trattamento il ricovero in una comunità specifica o in una delle nuove misure di sicurezza previste all’uopo, salva sempre la possibilità di prescrivere, in alternativa, un trattamento sanzionatorio di tipo ambulatoriale.⁵⁴⁰

Tutto ciò nel quadro di un processo di diversificazione delle riposte sanzionatorio-trattamentali in ambito penale, interpretato in chiave rieducativa e solidale.

8.4 Rielaborazione dell’attuale sistema delle misure di sicurezza: un sistema alternativo

Dalla situazione che abbiamo qui analizzato, emerge chiaramente che un punto nodale della problematica da noi affrontata concerne il piano trattamentale-sanzionatorio dei non imputabili.

Ridefiniti meglio i presupposti per l’applicazione di un regime speciale per tale tipologia di soggetti, si tratta ora di affrontare la questione del se e come trattare un soggetto psichicamente disturbato, tenuto conto della capacità della sanzione, pena o misura che sia, di perseguire lo scopo per il quale è prevista e irrogata.

di deficienza psichica, perché già rientrante nel concetto più ampio di infermità, utilizzato nel codice penale italiano.

⁵⁴⁰ Vedi l’art.47 lett. c) del Progetto Pagliaro in PISANI M., *op.cit.*, pagg.38 e seg. Il testo pur non nominandoli espressamente fra le cause di esclusione, o diminuzione, della stessa imputabilità, ne prevede però, un trattamento autonomo, a livello di misure di sicurezza.

A tal fine, la logica del programma di scopo impone una determinazione e una chiarificazione degli obbiettivi da raggiungere, da una parte, e un'ideale articolazione delle conseguenze, dall'altra.

Come abbiamo già avuto modo di cedere ampiamente, nella materia che qui ci interessa, i criteri guida sono prettamente quelli del recupero sociale, dell'intervento terapeutico-curativo e della prevenzione-speciale. Condizione indispensabile per il perseguimento di tali finalità sembra a tutt'oggi essere una previsione sufficientemente articolata delle possibili conseguenze tratta mentali e/o sanzionatorie, all'interno delle quali scegliere quella più idonea ed adeguata al caso concreto.

Come al legislatore si impone il limite di comminare pene o misure che consentano il recupero sociale del reo, al giudice si richiede una scelta ed esecuzione di esse che garantiscano, in termini effettivi, la possibilità di recupero.⁵⁴¹

Del resto, tale tendenza a cercare una soluzione il più possibile individualizzata e personale, è stata in qualche modo già anticipata dalle recenti sentenze della Corte Costituzionale, che, come abbiamo potuto vedere,

⁵⁴¹ L'importanza dell'orientamento della special-prevenzione, secondo l'ottica della risocializzazione, è stata d'altra parte confermata proprio dagli ultimi interventi di riforma attuati dal nostro legislatore. La fuga dalla pena detentiva, in quanto de-socializzante, è una caratteristica costante di essi. Si pensi ad esempio alle sanzioni sostitutive delle pene detentive brevi, alle misure alternative alla detenzione, e in generale, a tutta la riforma del sistema penitenziario. Sul processo di dequalificazione della pena detentiva come strumento special-preventivo, oltre che generalpreventivo, quale conseguenza assiologia dell'ipertrofia del diritto penale, vedi da ultimo PALIERO C.E., voce *Depenalizzazione*, in *Digesto delle discipline penali*, Torino, 1989, pagg.7 e la bibliografia ivi richiamata. Cfr. in proposito da ultimo DI GENNARO G., BONOMO M., BREDA R., *Ordinamento penitenziario e misure alternative alla detenzione*, Milano, 1994, pagg. 91 e seg.

hanno col tempo posto l'accento sulla valutazione concreta del giudice, a fronte dell'astrattezza delle norme legislative.⁵⁴²

Ma in realtà, sul piano codicistico, la situazione rimane per ora inalterata, in quanto per i soggetti psichicamente disturbati a tutt'oggi il carcere da una parte, l'ospedale psichiatrico giudiziario o la casa di cura e di custodia dall'altra, rappresentano le uniche conseguenze irrogabili a disposizione del giudice, per di più nell'ambito del doppio binario, che tutt'ora consente il cumulo tra pena e misura di sicurezza.⁵⁴³

L'orientamento maggiormente sostenuto sembrerebbe quindi dover essere un sistema articolato e monistico di 'misure', capace di garantire a favore di quei soggetti un intervento, quanto più possibile individualizzato.⁵⁴⁴

⁵⁴² Vedi *supra* cap.3.

⁵⁴³ Una parte della dottrina sostiene che il sistema sanzionatorio attualmente vigente appare totalmente inidoneo, non solo ad assolvere agli scopi specilapreventivi, ma anche di quelli general-preventivi. Tutto ciò in quanto un sistema penale che non garantisca la "giusta tutela" e il "giusto trattamento" ai soggetti psichicamente disturbati, ben difficilmente incontrerà il consenso dei consociati, che saranno perciò più propensi a violarlo. Una stigmatizzazione di quei comportamenti con la pena, come risultato di una tendenza a un'applicazione indifferenziata e perciò non sufficientemente selettiva dei comportamenti meritevoli di pena, infatti, "perde ogni funzione valutativa e non può più servire da orientamento per i consociati (con riguardo, in particolare, alle componenti 'positive' della prevenzione generale e – per chi ne riconosca la legittimità – alla cosiddetta prevenzione generale 'integratrice'". Vedi ANDENAES J., *La prevenzione generale nella fase della minaccia, dell'irrogazione e dell'esecuzione della pena*, in AA. VV., *Teoria e prassi della prevenzione generale dei reati*, a cura di ROMANO M. E STELLA F., Bologna, 1980, pagg.34 e seg. In senso critico vedi anche MUSCO E., *Le misure di sicurezza detentive*, cit., pagg.238 e seg.

⁵⁴⁴ Conferme in tal senso potrebbero essere colte anche da quel processo di depenalizzazione realizzato secondo il paradigma deflattivo della "medicalizzazione". Si tratta di un processo "nato dall'esigenza di una più mirata individualizzazione del trattamento per una serie di condotte ritenute espressione di disordine sociale o di disadattamento personale...rispetto alle quali..la pena criminale

E' di fatto incontrastabile che le misure di sicurezza debbano essere generalmente volte al recupero degli individui, rispettandone la dignità, attraverso l'adozione di trattamenti conformi al senso di umanità, eliminando anche gli ostacoli che si frappongono al reinserimento o al realizzarsi sociale della persona.

La messa in atto di tali istanze diventerebbe possibile, proprio con riferimento ai soggetti in condizione di anormalità psichica, attraverso misure con un contenuto mirato per ogni situazione.⁵⁴⁵ Inoltre, solo ragioni

viene ritenuta strumento eccessivo e, al tempo stesso, inadeguato. In questa sfera, pertanto, la depenalizzazione si configura come surroga della pena con strumenti di terapia sociale o di cura medica in senso stretto, diffusi sul territorio e quanto più possibile personalizzati” vedi PALIERO C.E., *op.cit.*, pagg.20 e seg.

Contro un sistema unificato, inoltre, non sembrerebbero ostare esigenze costituzionalmente sancite. Anzi nessuna indicazione perverrebbe, a quanto pare, dalla Costituzione, nel senso di una necessari età del sistema del c.d. Doppio binario. L'art.25 comma terzo Cost. sancisce infatti il principio di legalità anche per le misure di sicurezza, ma non imporrebbe la presenza di tale tipo di risposta dell'ordinamento. Non solo, ma l'accentuazione del carattere special-preventivo risocializzatore della pena con l'art.27, comma terzo renderebbe ancora più problematico di quanto già non fosse in precedenza il cumulo di pena e di misura di sicurezza detentiva. Così FIANDACA G., *Commento all'art. 27 co. 3 Costituzione*, in *Commentario alla Costituzione*, a cura di BRANCA G.- PIZZORUSSO A., Bologna ,1989, pagg.305 e seg.

Come afferma inoltre MUSCO E., *ult. op.cit.*, pagg. 273 e seg. “la misura di sicurezza è nella Costituzionale una forma di sanzione destinata a coprire spazi non riservati alla pena: il sistema delle sanzioni nella Costituzione, quanto alle sue forme è essenzialmente monistico”. Risulterebbe a questo punto privo di giustificazione un sistema che si risolve nell'assegnar alla misura di sicurezza una funzione di ‘pena straordinaria’, da aggiungersi alla pena *tout court* , perché la identità di contenuto afflittivo e rieducativo ne rende illegittima l'applicazione congiunta.

⁵⁴⁵ Vedi sul punto BRICOLA F.,*ult.op.cit.*, pagg.308 e seg.

strettamente pedagogiche o terapeutiche parrebbero in grado di giustificare misure di sicurezza detentive.⁵⁴⁶

Poste queste premesse, alcune indicazioni utili, sia nel senso del mantenimento di un sistema di misure alternativo alle pene vere e proprie, sia nel senso di un suo superamento a favore di un sistema unificato e unitario, emergono proprio da alcune delle esperienze straniere a suo tempo esaminate.

Volendo richiamarle, occorre ricordare come esse si muovano lungo due direttive fondamentali.

La prima, pur mantenendo la tradizionale distinzione tra imputabili e non, introduce notevoli innovazioni sul piano dei trattamenti, prevedendo un'articolata serie di misure di sicurezza, fungibili con le pene, nel caso di disturbo psichico durante sopraggiunto durante l' esecuzione di una pena detentiva.⁵⁴⁷

La seconda esperienza fa riferimento a realtà come quella anglosassone, che, nei confronti di soggetti riconosciuti imputabili ma risultanti psichicamente disturbati, prevedono un sistema specifico di pene le quali tengano conto delle particolari condizioni psichiche del reo.

Quel che vi è di certo, è la necessità di affiancare una serie di misure di intervento graduate nella sfera di libertà del soggetto prosciolto per

⁵⁴⁶ Tale ragionamento è stato posto alla base di coloro che invece sostengono la necessità di mantenere il c.d. sistema del Doppio binario, per le garanzie connesse alla giurisdizionalizzazione delle misure di sicurezza. Ma anche in questo caso, il sistema binario non deve più significare cuneo fra pene e misure di sicurezza. Pena e misura di sicurezza ammettono quindi di essere applicate solo alternativamente e mai congiuntamente. Sicché si potrà parlare eventualmente di un sistema che è binario sul piano normativo, monistico sul piano applicativo. Vedi ROMANO M., *op.cit.*, pagg.151 e seg.

⁵⁴⁷ Questo per quanto concerne la Svizzera. Vedi BERTOLINO M., *L'imputabilità*, cit., pagg.202 e seg.

infermità, conformi al senso di umanità e orientate alla risocializzazione, aventi come presupposti non più la mancanza di imputabilità e la pericolosità, bensì il bisogno reale di trattamento, con il limite invalicabile del principio di proporzionalità e della durata massima.⁵⁴⁸

Fra le nuove misure ipotizzabili emergerebbero i c.d. istituti di terapia sociale⁵⁴⁹, così come inizialmente previsti dal legislatore tedesco del 1975, i

⁵⁴⁸ Per un'altra proposta vedi MANNA A., *L'imputabilità*, op.cit., pagg.238 e seg. L'autore suggerisce di prendere spunto dalle diverse proposte di riforma della legge n.180, dalle quali può trarsi il convincimento che la terapia dei pazienti psichiatrici venga attualmente svolta secondo le seguenti direttrici: a)centro di pronto soccorso, detti anche day hospitals b) centri assistenziali per terapie non erogabili a domicilio, nonché si vi è necessità di un'assistenza prolungata e continua c) centri di lungodegenza per eventuali malati cronici.

Calando poi il discorso in ambito più strettamente penalistico, un moderno sistema di misure di sicurezza, adatto essenzialmente ai delinquenti psicotici, potrebbe allora articolarsi, sempre secondo Manna, in c.d. strutture intermedie, quali case-alloggio, comunità terapeutiche, e così via, per accogliere sin dall'inizio, eccezionalmente in via cautelare, is oggetti prosciolti, a causa di tale tipo di infermità. La progressione del trattamento dovrebbe poi servire al giudice dell'esecuzione, cioè alla sezione di sorveglianza, di sostituire alle stesse il trattamento ambulatoriale, quello in libertà sorvegliata, sino a misure esclusivamente di controllo, come l'obbligo di firma. Tali ultime misure potrebbero anche essere applicate direttamente dal giudice di cognizione, laddove accerti la loro adeguatezza, sia in rapporto al bisogno di terapia, che anche il relazione al fatto-reato commesso.

Quanto infine alle strutture di lungo degenza, le più discusse, esse forse sono le più problematiche, in quanto rischierebbero di dare origine ad una misura indeterminata nel massimo edittale, e per di più, troppo simile agli odierni ospedali psichiatrici giudiziari, di cui rischierebbero, di ereditare gran parte delle obiezioni.

Ad ogni modo, tale quadro se accolto, consentirebbe non solo notevole flessibilità, dovuta alla possibilità di scelta fra una pluralità di alternative fornita al giudice penale, ma anche che la scelta stessa venga orientata alla progressione del trattamento, finalizzata a sua volta alla risocializzazione, e ciò in ossequio al dettato costituzionale, espresso soprattutto dal terzo comma dell'art.27 Cost.

⁵⁴⁹ Vedi DOLCINI C. - PALIERO C. E., *Il carcere ha alternative?*, Milano, 1989, pagg. 157 e seg. L'esperienza degli istituti di terapia sociale si pone come espressione, in ambito del diritto penale, dello sviluppo della psicoanalisi e degli altri

trattamenti ambulatoriali, come autonoma figura di intervento nei casi di lieve entità, e, infine, nelle ipotesi non necessitanti di alcun tipo di intervento continuo, periodici controlli psichiatrico-psicologici senza l'applicazione di alcuna misura vera e propria.

La maggior parte degli studiosi suggerisce di stabilire una durata predeterminata alla limitazione della libertà individuali, con l'eventuale possibilità di ricorrere, per un'unica volta, a una proroga a tempo definito, assunta con formale procedimento di revisione e con tutte le garanzie di difesa.

Ovviamente, è assolutamente imprescindibile che le modalità esecutive di tutte queste misure siano chiaramente definite con leggi, in ossequio ai principi costituzionali di legalità e tassatività.

Un sistema così modulato potrebbe anche meglio collegarsi alle eventuali strutture extra-penali, di assistenza volontaria, territoriale e sanitaria, la cui istituzione sarebbe oltremodo opportuna, anche per non disperdere gli

modelli di terapia psicologica, visti come reazione alla tradizionale psichiatria di stampo organicista e che, utilizzata in diversi Paesi, ha dato buoni frutti, in particolare in rapporto alla diminuzione del tasso di recidiva. Gli istituti di terapia sociale potrebbero venire introdotti a livello legislativo come misure di sicurezza per i soggetti affetti da disturbi della personalità.

Dal momento comunque che la terapia comportamentale è finalizzata anche a rendere possibili progressive esperienze lavorative all'esterno, tale introduzione dovrebbe essere più opportunamente accompagnata da ulteriori misure. Il giudice potrebbe addivenire all'applicazione di queste ove ritenesse il ricovero non adeguato ab origine oppure se ritiene non necessaria una misura detentiva. Si può a questo proposito pensare, in primo luogo, all'affidamento presso il servizio sociale, quale forma attenuata di terapia sociale. In secondo luogo, al lavoro a favore della comunità, inteso come ulteriore gradino verso la risocializzazione. Tutto questo permetterebbe di modulare meglio la risposta sanzionatoria, rispetto alle esigenze espresse dlla caso singolo, aderendo, così, ad una maggiore flessibilità e a un più facile reinserimento nel contesto sociale.

effetti, in termini di diminuzione del tasso di recidiva, già ottenuti con la terapia sociale.

8.5 Le proposte di riforma

Il crescente interesse accumulatosi negli ultimi decenni intorno al sistema psichiatrico giudiziario, per le ragioni storiche e le varie problematiche sociali precedentemente esposte, si è infine tradotto in vari progetti di legge e proposte di riforma sul tema dell'imputabilità, del trattamento del folle-reo, e, più in generale, del superamento degli OPG. Essi sono, secondo il rispettivo ordine di presentazione in Parlamento, rispettivamente il "Progetto Pagliaro" del 1992; il "Disegno di legge Riz" del 1995; la proposta del deputato On. Francesco Corleone "norme in materia di imputabilità e di trattamento penitenziario del malato di mente autore di reato" del 1996; la proposta delle Regioni Emilia Romagna e Toscana "Superamento degli OPG, nuova disciplina dell'imputabilità, del difetto della stessa, della sentenza di assoluzione per tale causa e delle misure conseguenti, della perizia psichiatrica e della ammissibilità della revisione della sentenza di assoluzione" del 1996; il "Progetto Grosso" del 1998 e infine il progetto formulato dalla Commissione Nordio del 2004.

a) Il Progetto Pagliaro

Il primo fra le proposte di riforma, ovvero lo schema di disegno di legge-delega, di riforma integrale della Parte Generale del codice penale, elaborato dalla Commissione Pagliaro, e pubblicato nel 1992 offre, all'art.34, un'elencazione delle singole cause psicopatologiche di esclusione o diminuzione dell'imputabilità affiancando alla tradizionale infermità sia la dizione "altra anomalia", sia con la formula notevolmente aperta, "ogni altra

causa” che ponga il soggetto in tale stato di mente da escludere – ovvero scemare grandemente – la capacità di intendere o di volere.⁵⁵⁰

L'utilizzazione di quest'ultima terminologia comporta altresì il passaggio dal tradizionale metodo di giudizio a due piani – l'uno psicologico, appannaggio del perito, e l'altro normativo, di competenza del giudice – al normativo puro, fondato cioè sulla sola mancanza di capacità, indipendentemente dalla causa che l'ha esclusa, ovvero diminuita, secondo parte della dottrina così si finirebbe per ridurre notevolmente d'importanza l'apporto del perito, e di contro, di “sovraesporre” quello del giudice.

Per quanto concerne, invece, la dichiarazione di pericolosità sociale, il Progetto Pagliaro, limitata tra l'altro ai soli non imputabili, che i reati commessi siano “manifestazione della causa di non imputabilità”.⁵⁵¹

⁵⁵⁰ TAGLIARINI F., *L'imputabilità nel progetto di nuovo codice penale*, in *Ind. Pen.*, 1994, pagg. 453 e seg.; RIZ R., *Per un nuovo codice penale: problemi e itinerari*, in *Ibidem*, 1995, pagg.5 e seg. e *quivi* pagg.41 e seg.; vedi inoltre FIORAVANTI L., *Nuove prospettive di riforma del trattamento penale del sofferente psichico. a proposito del recente schema di disegno di legge delega per l'eliminazione di un nuovo codice penale*, pagg.422 e seg. ; per ulteriori approfondimenti sul punto sia consentito il rinvio a MANNA A., *Imputabilità, pericolosità e misure di sicurezza: verso quale riforma?*, in *Rivista italiana di diritto e procedura penale*, Milano, 1994, pagg.1318 e seg. Tale formula sembra per certi aspetti simile a prospettive riscontrabili nei Paesi anglossassoni. In Inghilterra ad esempio, l'eproposte di riforma più significative in argomento sono contenute nel *Report Committee on mental abnormal offenders*, del 1975, accolte in larga misura successivamente nei progetti nei progetti di c.p. del 1985 e 1989. In tale ambito, il disturbo mentale viene definito come qualsiasi anomalia psichica, tranne quella di natura transitoria, dovute all'uso di alcool, droghe, o conseguenti a traumi psichici.

⁵⁵¹ In realtà alcuni sostengono che tale nesso di causalità doveva essere più propriamente richiesto già a monte a livello di giudizio di colpevolezza. L'aver, invece, nello Schema di delega, ancora qualificato l'imputabilità in senso tradizionale, ovverosia nel settore attinente al “reo”, ha evidentemente impedito ai compilatori dello stesso di individuare il rapporto tra imputabilità e reato, che,

Le previsioni in tema di singole misure di sicurezza nel Progetto Pagliaro sono state ritenute da alcuni alquanto generiche. Sembrerebbe in realtà non doversi escludere che il legislatore delegato potesse utilizzare anche i già esistenti OPG, atteso che l'art.48, secondo comma, stabiliva che le strutture terapeutiche previste nel primo comma, per gli infermi di mente, gli intossicati cronici, ed i sordomuti, potessero essere o "giudiziarie" o "civili".⁵⁵²

Per quanto riguardava poi altre soluzioni alternative al sistema trattamentale degli infermi psichici, tale Progetto si collocava su una linea pressoché simile a quella del codice spagnolo del 1994, prevedendo la possibilità di adottare il trattamento psichiatrico in libertà sorvegliata, e lasciando al legislatore delegato il compito di meglio precisarne il contenuto.

invece, presuppone evidentemente un più moderno inserimento della stessa imputabilità, quale elemento della colpevolezza, nella struttura del reato.

Si presume allora che una riforma in tema di infermità di mente, che intenda coniugare sia colpevolezza, che la prevenzione dovrebbe, a nostro giudizio, sia estendere il concetto stesso, fino a ricomprendervi anche le nevrosi, e le psicopatie, magari utilizzando espressamente la locuzione "disturbi della personalità", anziché quella meno tecnica e precisa di "anomalia", sia però, al contempo anziché corredarla da clausola altrettanto generiche, quale riferimento al concetto di gravità, richiedere espressamente la sussistenza di un nesso di causalità, tra infermità e reato connesso. Ciò permetterebbe di assumere in materia ancora, un senso reale al giudizio di colpevolezza, così calato effettivamente sul caso singolo, senza, però, mettere a repentaglio esigenze di natura preventiva, con l'utilizzazione, viceversa, di formule vaghe, come quelle, purtroppo, usate, finora. Vedi sul punto MANNA A., *L'imputabilità e i nuovi modelli di sanzione*, cit., pagg., 210 e seg.

⁵⁵² PEDRAZZI C., *Prospettive Di Riforma Del Codice Penale E Valori Costituzionali. Atti Del Convegno (saint Vincent, 6-8 Maggio 1994)*, Milano, 1996, pagg.293 e seg. sul trattamento dei non imputabili nel progetto Pagliaro, vedi anche FIORAVANTI L., *Nuove prospettive di riforma*, pagg.389 e seg. per lo schema di Delega non deve quindi escluso il ricorso, per gli infermi di mente autori di reato, pure agli OPG, nel che appare chiaramente sostanziasi il riferimento anche a strutture psichiatriche per tali soggetti, di carattere "giudiziario", anche se nulla è detto esplicitamente sul punto nella Relazione che accompagna il testo normativo.

La maggiore innovazione di tale progetto consisteva probabilmente nel distinguere, in fase di trattamento, tra infermi e intossicati, prevedendo per gli uni strutture “psichiatriche” oppure il trattamento “psichiatrico” in libertà vigilata, mentre per gli altri strutture “terapeutiche” o terapia in libertà vigilata.

Per quanto riguarda i seminfermi, il Progetto Pagliaro ne manteneva intatta la categoria, prevedendo solo una diminuzione di pena, senza applicazione di una misura di sicurezza, sottovalutando, per così dire, le pur sussistenti esigenze di natura terapeutica.⁵⁵³

b) Il disegno di legge Riz

Prevedibile reazione a tali aperture si è assunta con il Disegno di legge n.2038 dell'agosto 1995, di riforma del Libro primo del codice penale, ove, agli artt. 83 e 84, seppure introducendo anche qui il concetto di anomalia, si era infatti stabilito che, per il vizio totale di mente, doveva comunque trattarsi di “gravissima anomalia”, mentre per il vizio parziale, era sufficiente una “grave anomalia”.⁵⁵⁴

⁵⁵³ Si suppone sarebbe stato preferibile che almeno fosse stata concessa la possibilità, in primo luogo al giudice, di irrogare, in luogo della pena, la misura corrispondente al tipo di patologia sussistente in concreto, laddove, ovviamente, anche con l'opportuno ausilio peritale, si evidenzi la necessità di una terapia, non adeguatamente praticabile in carcere. Vedi *supra* par. sulla semi-infermità.

⁵⁵⁴ Trattasi del c.d. D.D. L. Riz, dal nome del Presidente del Comitato per il codice penale investito della redazione del progetto. Quanto alle reazioni suscitate fra gli psichiatri forensi, si riconosce comunque che “rispetto al Progetto precedente, la soluzione proposta nel Disegno di legge n.2038 è senz'altro migliore ed offre un po' meno il fianco alla critica di incontrollabile estensione delle ipotesi di non imputabilità, pur se si conclude nel senso che le innovazioni introdotte “si risolvono in poco più che un maquillage, salvo appunto per quanto concerne le gravi e

Per quanto riguarda il ricovero in ospedale psichiatrico giudiziario, quest'ultimo progetto prevedeva che tali strutture fossero dislocate nelle diverse regioni italiane, e che accogliessero solamente i soggetti provenienti da quel territorio. Questo tipo di misura, cui sarebbero soggette soltanto le persone dichiarate totalmente incapaci di intendere o di volere, riconosciute socialmente pericolose e autrici di reati per cui la legge commina una pena superiore nel massimo a dieci anni di reclusione, avrebbe dovuto essere applicata negli omonimi istituti, con l'assistenza dei servizi sociali e sanitari pubblici non giudiziari del territorio di residenza o di domicilio del detenuto. Tutto ciò, al fine di evitare l'allentamento dei legami tra il soggetto e il suo territorio di appartenenza, in modo da eliminare i frequenti fenomeni di emarginazione, e per renderne possibile il reinserimento nel contesto sociale al termine dell'esecuzione della misura di sicurezza.⁵⁵⁵

Sostanzialmente, la proposta del disegno di legge Riz non mirava ad eliminare definitivamente gli ospedali psichiatrici giudiziari, ma offriva una soluzione di tipo intermedio, non impossibile da realizzare. Questa avrebbe avuto il vantaggio di evitare lo sradicamento dell'internato dal proprio luogo geografico di origine, o comunque di appartenenza; le amministrazioni e gli enti locali sarebbero stati costantemente e direttamente coinvolti nella soluzione delle problematiche concernenti l'internamento dei cittadini; infine, durante l'applicazione della misura di sicurezza, sarebbe divenuto possibile

gravissime anomalie, per le quali il maquillage è fin troppo deciso: così MERZAGORA I., *L'imputabilità nel dise- gno di legge n. 2038 (Libro primo del codice penale)*, in *Rivista italiana di criminologia*, 1996, pagg.227 e seg.

⁵⁵⁵ Vedi MANNA A., *Diritto penale e psichiatria di fronte alla malattia mentale*, in *Rass.It. di criminologia*, 2000, pagg.327 e seg.

instaurare un regolare rapporto tra internati e servizi sociali o sanitari territorialmente competenti.

In generale, perché fosse applicabile la misura di sicurezza, la qualità di persona socialmente pericolosa avrebbe dovuto sussistere all'atto del giudizio di cognizione. Secondo questo progetto, affinché la misura fosse in concreto applicabile, la predetta qualità doveva sussistere anche all'atto dell'inizio della sua esecuzione. Perciò la pericolosità avrebbe dovuto essere rivalutata dal magistrato di sorveglianza ai sensi dell'art. 679 c.p.p., al fine di evitare l'eventuale indebito protrarsi della esecuzione; la persistenza o meno della pericolosità sociale avrebbe dovuto essere riesaminata dal giudice in tempi prefissati, che sono indicati dal Progetto Riz come "almeno una volta all'anno". Pertanto, se, in seguito al riesame la pericolosità del soggetto fosse risultata cessata, la revoca disposta dal giudice avrebbe comportato l'estinzione della misura e la immediata cessazione di tutti i suoi effetti.

Una questione particolarmente interessante, affrontata dal Progetto, era quella della graduazione della pericolosità. Nell'ordinamento attuale, questa sussiste o non sussiste, senza grandi possibilità di essere graduata: la normativa attuale si dimostrerebbe, da questo punto di vista, troppo rigida, considerando che nei casi concreti si assiste invece a situazioni di attenuazione o di accentuazione della pericolosità, a seconda dell'andamento clinico della malattia mentale. Siffatta graduazione della pericolosità avrebbe potuto essere utilizzata, sia per l'eventuale applicazione di misure alternative, sia per la concessione di licenze premio. A tale proposito, occorre precisare che l'art. 165 di questo disegno legge prevede infatti che il giudice, ove accerti che la pericolosità fosse significativamente ridotta, trasformasse la misura di sicurezza detentiva in quella non detentiva, della sottoposizione a libertà vigilata. In tal modo si sarebbero realizzati due possibili livelli di esecuzione

della misura di sicurezza, uno detentivo e l'altro non detentivo, fuori dall'ospedale psichiatrico giudiziario.⁵⁵⁶

c) Proposta dell'on. Corleone

La proposta di legge n. 151 del 1996, "Norme in materia di imputabilità e di trattamento penitenziario del malato di mente autore di reato", presentata su iniziativa del deputato Franco Corleone, si connota per un radicale riforma del concetto di imputabilità, prevedendo infatti una totale abolizione della non imputabilità dei soggetti malati di mente ed autori di fatto-reato.

Il presupposto del progetto in questione è basato, secondo l'onorevole Corleone, nel considerare il malato di mente alla stregua del soggetto "sano" così da rendere chi è affetto da patologie mentali, ed autore di reato, più facilmente reinseribile all'interno della società, attraverso l'applicazione di una pena detentiva "certa".

I punti salienti della riforma, così come prospettata, secondo lo stesso proponente, sarebbero stati come primo passo, l'abolizione della non imputabilità, così riconoscendo il malato di mente quale soggetto responsabile e assoggettabile alle pene previste dalla legge penale.

⁵⁵⁶ Vedi l'interessante articolo di MALANO R., *Attualità delle problematiche riguardanti i Manicomi Giudiziari. Una revisione storica dei progetti di legge riguardanti il superamento dell'Ospedale Psichiatrico Giudiziario e la modifica dell'attuale sistema della non imputabilità per gli infermi di mente autori di reato*, Riv. it. medicina legale, 2008, 4-5, pagg. 1021 e seg. L'articolo citato ricostruisce la storia del dibattito tecnico, psichiatrico e giuridico alla base del tentativo di un progetto di superamento e abolizione dell'OPG a partire dagli anni Ottanta per giungere ai giorni nostri attraverso i numerosi progetti di riforma falliti, dimenticati o resi inattuali. L'analisi si concentra in particolare su alcuni progetti riguardanti la modifica del sistema della non imputabilità per gli infermi di mente autori di reato.

Come secondo passo, invece, si prevedeva l'abolizione di tutte le misure di sicurezza, con l'alternativa che la cura ed i trattamenti sanitari avrebbero dovuto essere organizzati all'interno della casa di pena attraverso strutture adeguate alla cura dei disturbi mentali, e in collaborazione di servizi psichiatrici territoriali intesi ad assicurare l'assistenza medico-psichiatrica nelle strutture penitenziarie e a formulare programmi di riabilitazione.⁵⁵⁷

d) La proposta di legge delle regioni Toscana ed Emilia-Romagna

La seconda proposta, quella prospettata dalle Regioni, si pone invece su una linea diametralmente opposta rispetto alla precedente, anche se proponeva varie modifiche ed innovazioni nell'ambito del concetto di imputabilità nonché una più organica riforma degli ospedali psichiatrici giudiziari.⁵⁵⁸

⁵⁵⁷ Secondo l'on. Corleone, come lui stesso afferma nella relazione introduttiva alla presentazione della legge al Parlamento, il proscioglimento conseguente alla non imputabilità per infermità psichica negherebbe al malato di mente di accedere a quei benefici e facilitazioni al reinserimento sociale che possono invece essere usufruiti dai soggetti "sani di mente" condannati a pena detentiva. Con l'applicazione della misura di sicurezza e l'invio, quindi nell'OPG, "la società evita il proprio dovere di punire chi infrange la legge e, in sostituzione di una riabilitazione umana e sociale in un ambito penale, il malato di mente viene punito con la restrizione ed il trattamento di un contesto psichiatrico...".

⁵⁵⁸ Il Progetto di Proposta di legge alle Camere, ai sensi dell'art.121 della Costituzione, d'iniziativa della Giunta Regionale dell'Emilia-Romagna, avente ad oggetto il "Superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari, Nuova disciplina dell'imputabilità, del difetto della stessa, della sentenza di assoluzione per tale causa e delle misure conseguenti, della perizia psichiatrica e della ammissibilità della revisione della sentenza di assoluzione indicata", in *Bollettino Ufficiale della Regione Emilia-Romagna – Supplemento speciale*, n.166, del 20 gennaio 1997, pagg.2 e seg. In esso, infatti, sia ci si allinea all'ampliamento del novero delle infermità mentali, ricomprendendovi la "grave anomalia psichica" e "la grave menomazione sensoriale" (art.1), che, soprattutto, si prevede, per i non imputabili,

Si mirava a mantenere comunque la figura giuridica della non imputabilità, anche se alcune condizioni psicopatologiche avrebbero potuto determinare un'attenuazione, e quindi una diminuzione della pena.

Veniva conservato il concetto di pericolosità sociale, di cui si prevedesse una più puntuale definizione tramite criteri oggettivi, e quindi anche quello di misura di sicurezza, seppure non se ne preveda più l'applicazione per i reati per i quali è prevista una pena pecuniaria, per i delitti colposi e per quelli la cui pena non fosse superiore ai 10 anni di detenzione.

Due erano quindi i tipi di misura di sicurezza previsti dalla legge: l'assegnazione ad un istituto in cui oltre al trattamento psichiatrico sia garantita la custodia, misura che sarebbe stata applicata alle persone che avessero commesso un reato per il quale la pena massima fosse non inferiore ai dieci anni, l'affidamento al Servizio sociale, misura che si sarebbe applicata alle persone che avessero commesso un reato per il quale la pena massima fosse inferiore a dieci anni e che qualora risultasse non adeguata, avrebbe potuto essere convertita dal giudice. Le strutture per il trattamento psichiatrico custodiale sopracitate avrebbero dovuto essere create in ogni Regione e per un numero di pazienti non superiore a trenta unità. Sarebbero state, inoltre, cogestite dal SSN, per quel che riguarda le attività sanitarie, e

due misure di sicurezza: a) l'assegnazione ad apposito istituto in regime di custodia; b) l'affidamento al servizio sociale (art.4). In particolare, tali istituti, da organizzarsi su base regionale, si aprono alle ridotte dimensioni, che per il limitato numero di ricoverati (non superiore a trenta unità), che, infine, per le discrezionali modalità di trattamento a vigilanza attenuata (art.5), appaiono assomigliare molto agli istituti di terapia sociale d'oltralpe. In argomento, MARGARA A., *Il progetto di legge della Regione Emilia-Romagna*, Relazione al Convegno Internazionale: "Franco Basaglia la comunità possibile", Trieste, 20-24 ottobre 1998, *passim*.

dall'Amministrazione Penitenziaria per la responsabilità del servizio e le attività custodiali.

Veniva, inoltre, previsto che il giudice di sorveglianza predisponente la misura di sicurezza, accertasse periodicamente il permanere della pericolosità. La proposta in questione cerca anche di delineare una più organica strutturazione dell'istituto della perizia psichiatrica, in quanto si tratta di una prestazione professionale delicata che assolve ad un'altrettanto delicata funzione.

e) Progetto Grosso

Nel recente "Progetto Grosso" traspariva una sostanziale sfiducia di fondo verso il modello delle misure di sicurezza. La Commissione ministeriale aveva infatti ritenuto che la risposta al bisogno di trattamento del non imputabile avrebbe dovuto competere, in prima istanza ad istituzioni diverse da quelle della giustizia penale, la quale avrebbe avuto il compito di occuparsi di tali soggetti soltanto "eccezionalmente, quando si ritenga assolutamente necessario il ricorso a forme di coercizione personale".⁵⁵⁹

⁵⁵⁹ Vedi *Relazione della Commissione ministeriale per la riforma del codice penale, istituita con D.M. 1 ottobre 1998*, in *rivista italian del Diritto e della Procedura Penale*, 1999, pagg. 600 e seg. e anche GROSSO C.F., *Per un nuovo codice penale*, in *Diritto penale e processo*, 1999, pagg. 1117 e seg.; nonché con talune annotazioni critiche, PAGLIARO A., *Il documento della Commissione Grosso sulla riforma del diritto penale: metodo di lavoro e impostazione generale*, in *Rivista italiana Diritto e proc. penale*, 1999, pagg. 1184 e seg.

Il Progetto Grosso di riforma del c.p. italiano, ritiene preferibile – pur se trattasi di soluzione raggiungibile anche in sede di interpretazione, giacché gli artt. 88 e 89 c.p. utilizzano la locuzione per infermità – esplicitare nel testo del codice la formula già utilizzata nello StGB e ripresa dai codici più recenti, quali lo spagnolo e il portoghese, incentrata sul "nesso fra incapacità e fatto commesso: incapacità di comprendere il contenuto illecito del fatto, e di agire in conformità a tale

Anch'essa affiancava al tradizionale concetto d'infermità, quello di "grave anomalia psichica". Per i soggetti semimputabili, ha invece escluso il "doppio binario" e previsto una risposta, affidata alla pena, anche se caratterizzata da valenze terapeutiche e riabilitative, chiaramente orientate, ad una prevenzione speciale.⁵⁶⁰

rappresentazione. Infatti il par.20 dello StGB – Non imputabilità a causa disturbi psichici– afferma analogamente:” Agisce senza consapevolezza chi, nel commettere il fatto, è incapace di valutarne l'illiceità o di comportarsi secondo tale valutazione a causa di un disturbo mentale patologico, di un profondo disturbo della coscienza o di deficienza mentale o di un'altra grave malattia mentale”.

⁵⁶⁰ Vedi *Relazione della Commissione ministeriale*, cit., pagg.641 e seg. Per i semi-imputabili, invece, escluso, come per gli imputabili, il "doppio binario", ma con le seguenti caratteristiche, che la rendono chiaramente orientata alla prevenzione speciale:”a)previsione di una pena diminuita nel massimo e nel minimo edittale; b)previsione di una modalità di esecuzione della pena orientate alla riabilitazione del condannato, con possibilità, in caso di successo del trattamento, di disporre la semilibertà o la liberazione condizionale anche in un momento anticipato rispetto alla regola generale; c) per pene brevi, fino a x anni (4 anni?), previsione di misure sostitutive di carattere terapeutico o riabilitativo, subordinatamente al consenso del condannato, sul modello di quanto attualmente previsto dal TU sugli stupefacenti; d) una parte della Commissione ha altresì suggerito la possibilità di pronunciare sentenza di condanna con rinuncia alla pena, qualora , per la modesta gravità del fatto commesso in stato di ridotta capacità e/o per essere venute meno le condizioni soggettive che lo hanno determinato, non sussistono esigenze di prevenzione generale o speciali tali da richiedere una qualsiasi misura nei confronti dell'autore del fatto”. Successivamente, quest'ultima previsione è stata espressamente inserita nell'articolato e, precisamente, all'art.104:”condanna con rinuncia alla pena”. Quest'ultima disposizione, assieme al precedente 103, “Programma riabilitativo“ – che prevede la subordinazione della sospensione condizionale della pena all'accettazione, da parte del semi-imputabile, di un programma di trattenimento in libertà – risultano poi applicabili, ex art.105, anche nel caso di condanna “per reati commessi da persona in condizioni particolarmente deficitarie” ovvero sia non solo da persona in stato di tossicodipendenza o di alcoolismo abituale, ma anche da soggetto in grave difetto di socializzazione o di istruzione.

f) Progetto Nordio

E' necessario poi segnalare il progetto di legge-delega della Commissione incaricata al fine di redigere un nuovo codice penale, presieduta dal magistrato Carlo Nordio.⁵⁶¹

Essa ha predisposto due testi: il primo rappresentato dallo schema di legge-delega di Parte generale, composto di 59 articoli, suddivisi in VIII Titoli; il secondo, invece, traduceva, in 138 articoli, i principi fissati dalla legge-delega. Si passa ora ad un'analisi più dettagliata della proposta di riforma.⁵⁶²

Per quanto concerneva il regime di esclusione dell'imputabilità, inteso ancora come capacità d'intendere o di volere, veniva ritenuto irrinunciabile il riferimento all'infermità, onde evitare troppe, incerte e pericolose aperture causate formule altrimenti generiche e onnicomprensive. L'unico spazio di flessibilità era così rappresentato dall'equiparazione al "vizio totale" del "vizio pressoché totale".

Ma l'aspetto più interessante del progetto di riforma era sicuramente la scomparsa della denominazione, e si suppone anche del concetto, di "misure di sicurezza", sostituite invece con le più moderne – e probabilmente più efficienti, anche da un punto di vista di prevenzione speciale – "misure di controllo, cura e sostegno rieducativo". In particolare, all'articolo 121, collocato nel titolo VII, le misure venivano suddivise in tre sottocategorie:

⁵⁶¹ Vedi per un commento intero al progetto di riforma: <http://www.ristretti.it/areestudio/giuridici/riforma/nordio/index.htm>.

⁵⁶² PAGLIARO A., *Il reato nel progetto della Commissione Nordio*, in *Cassazione Penale*, 2006, pagg. 6 e seg.; e anche VIGANÒ F., *Spunti per un "progetto alternativo" di riforma*, in *Studi in onore di G. Marinucci*, Milano, 2006, pagg. 2062 e seg.

- Ricovero in una struttura giudiziaria di custodia con finalità terapeutiche o di disintossicazione;
- Obbligo di sottoporsi a un trattamento di cura presso strutture sanitarie civili sotto il controllo del servizio sociale;
- Altre misure denominate tali dalla legge.

Ne era inoltre stabilita in un anno la durata minima e in dieci anni quella massima.

Per quanto concerneva invece i presupposti richiesti per l'applicazione delle misure, il disegno di legge stabiliva che le "misure di controllo e cura" venissero applicate al non imputabile nel caso persistesse lo stato di pericolosità sociale determinato dall'incapacità di intendere o di volere. Inoltre veniva ritenuto socialmente pericoloso l'incapace che avesse commesso un fatto previsto come reato contro la vita o contro l'incolumità, individuale o pubblica, o comunque caratterizzato da violenza nei confronti delle persone, sempre che vi fossero ragioni per presumere che la sua infermità, qualora persistesse, lo avrebbe potuto indurre a commettere altri fatti della stessa specie indicata.

La Commissione si adeguava quindi alle linee-guida prefissatesi al momento della sua prima costituzione: rilevanza e preminenza assoluta al principio di legalità e in particolare di tassatività. Nel testo di modifica al Codice Rocco si specificava quindi a fondo, in maniera precisa, il concetto di pericolosità sociale.

Interessante poi risultava il quarto punto dell'art.122, che attribuiva alle misure di controllo e di cura mediante internamento nelle strutture

giudiziarie il carattere di “*extrema ratio*”, quasi fossero provvedimenti, per quanto possibile, da evitare.⁵⁶³

g) Progetto Pisapia

⁵⁶³ Si direbbe che Basaglia sia riuscito finalmente ad ottenere ascolto e veder affermato lo spirito della riforma concepita nel '78, dal momento che, nel presente schema della Commissione ministeriale, venne attribuito un interessante spazio alle strutture sanitarie civili, almeno finché esse siano in grado di ottenere risultati apprezzabili sia dal punto dell'efficacia, sia del controllo.

Invero, è veramente notevole l'intento di rendere chiara, una volta e per tutte, senza alcuna ipocrisia, la funzione di tali misure, garantendo peraltro in tale maniera l'inferno contro soprusi e ingiustizie, difeso come è ora dal baluardo dei principi di legalità e, in modo forse meno esplicito, della tutela della salute e della rieducazione del reo.

Sarà ora il tempo a dimostrare se tale progetto verrà ripreso e finalmente reso effettivo, anche se la strada imboccata è finalmente quella in grado di dare delle certezze e delle risposte definitive ai problemi di sempre, bisogna aspettare probabilmente ancora qualche anno prima di vedere un nuovo codice penale.

<http://www.camerapenalevittoriochiusano.it/attivita%5Carchivio%5CStoria%20commissioni.pdf>

Nel Progetto Pisapia, l'ultimo in ordine di tempo⁵⁶⁴, la Commissione di studio per la riforma del codice penale – insediatasi il 27 luglio 2006 al Ministero della Giustizia, presieduta dal Sen.avv. Giuliano Pisapia – non parlava più di pericolosità sociale, ma prevedeva che nei confronti dell'agente

⁵⁶⁴ Il gruppo di lavoro, sopra citato, istituito per iniziativa del comune di Montelupo Fiorentino, della regione Toscana, della provincia di Firenze e del forum nazionale per il diritto alla salute in carcere, in tale prospettiva, ha proposto la definizione di un progetto nazionale che «dovrebbe stabilire modi e tempi per l'assegnazione dei ristretti negli ospedali psichiatrici giudiziari attuali alle regioni e, dunque, ai territori di provenienza, le tipologie differenziate delle strutture e dei servizi da attivare in ogni regione per la cura e la custodia, le competenze, le responsabilità e le forme di collaborazione da attivare tra il sistema penitenziario e il sistema sanitario a livello nazionale, regionale e locale, i provvedimenti per il trasferimento del personale sanitario nei ruoli sanitari delle regioni interessate, la quantificazione delle risorse finanziarie in conto capitale e in conto gestione di pertinenza sia del sistema penitenziario che del sistema sanitario. È evidente - si afferma nella proposta - che per realizzare il progetto obiettivo con certezza e con continuità è necessario che i due sistemi, sanitario e penitenziario, diano luogo, a tutti i livelli, ad una struttura organizzativa specifica, dotata di competenze e di personale dedicato. È ipotizzabile all'interno del dipartimento dell'amministrazione penitenziaria un'autonoma organizzazione che si occupi dell'ospedale psichiatrico giudiziario in maniera continua, in grado di agire con autonomia di risorse e di organizzazione. Cosa analoga si pone per il ministero della salute. Il potenziamento dei servizi psichiatrici del territorio, il loro collegamento con la rete delle strutture e dei servizi sociali, tutti strumenti necessari per abbreviare i percorsi di internamento e agire per il recupero sociale dei malati di mente, non può essere lasciato - sostengono i promotori il documento e condivide l'interpellante - alla singola realtà locale, territoriale o regionale, ma deve trovare nel ministero della salute una sezione di lavoro che faccia da riferimento e da cerniera tra il livello centrale e il sistema regionale e che sia in grado di elaborare politiche e protocolli normativi di rapporto tra gli ospedalipsichiatrici giudiziari e le aziende sanitarie locali, insieme a strumenti e sistemi di controllo».

Vedi l'appello presentato da alcuni parlamentari – Boato, Bonelli, Balducci, Cassola, De Zulueta, Francescato, Fundarò, Lion, Pellegrino, Camillo Piazza, Trepiccione, Zanella – in data 3 Dicembre 2007, discusso e stenografato nella seduta della Camera dei Deputati del 5 Dicembre 2007, il cui testo è riportato su

http://testo.camera.it/_dati/leg15/lavori/stenografici/sed253/aurg07.htm.

non imputabile autore di reato fosse applicata una "misura di cura e di controllo", con riferimento alla necessità della terapia con durata non superiore a quella della pena che si applicherebbe all'agente imputabile. Si rivedeva anche la concezione dell'incapacità di intendere o di volere specificando che la valutazione medico-legale avrebbe dovuto considerare non soltanto le malattie psichiche ma anche i gravi disturbi della personalità.

Si indicavano, poi, una vasta gamma di misure di cura e di controllo, tra le quali il giudice avrebbe dovuto scegliere quella più confacente al caso. Queste andavano dal ricovero in strutture terapeutiche protette o in strutture con finalità di disintossicazione, al ricovero in comunità terapeutiche, dalla libertà vigilata associata a trattamento curativo all'obbligo di presentazione, eventualmente associata al trattamento, dall'affidamento a servizi socio-sanitari allo svolgimento di una attività lavorativa o di un'attività in favore della collettività.⁵⁶⁵

8.6 ALLEGATO C al D.P.C.M. 2008 e relative critiche

Nel 2002 con un decreto interministeriale giustizia-salute, presso il Dipartimento dell'amministrazione penitenziaria, veniva costituita una Commissione mista di studio per il rinnovamento del Servizio sanitario penitenziario con l'obiettivo di definire nuovi modelli organizzativi in materia di tutela della salute della popolazione detenuta, fondati sul principio di assicurare la medicina di base con medici dell'Amministrazione penitenziaria,

⁵⁶⁵ Vedi art.22 dei principi di delega al Governo per l'emanazione del nuovo codice penale, per una copia della bozza vai su http://www.personaedanno.it/cms/data/articoli/files/007230_resource1_orig.pdf

affidando al Servizio sanitario nazionale la medicina specialistica. La Commissione ha elaborato un ventaglio di proposte che hanno costituito la base anche per una bozza di disegno di legge.

Nel mese di maggio 2007 con la costituzione, presso il Ministero della salute, di un gruppo tecnico riprendeva il cammino per l'attuazione del decreto legislativo 230/1999.

Con la Legge finanziaria 2008 – art. 2, commi 283 e 284 – si confermava il definitivo transito delle funzioni sanitarie nei confronti dei detenuti e degli internati dal Ministero della giustizia al Servizio sanitario nazionale da attuarsi mediante l'emanazione di un decreto del Presidente del consiglio dei ministri per la definizione delle modalità e dei criteri per il trasferimento dal Ministero della giustizia al Servizio sanitario nazionale di tutte le funzioni sanitarie, dei rapporti di lavoro, delle risorse finanziarie e delle attrezzature e beni strumentali, afferenti alla sanità penitenziaria.⁵⁶⁶

Il 1 aprile 2008 veniva emanato il suddetto decreto del Presidente del Consiglio dei ministri corredato dalle Linee di indirizzo per interventi negli ospedali psichiatrici giudiziari (OPG) e nella case di cura e custodia e dalle Linee di indirizzo per gli interventi del servizio sanitario nazionale a tutela della salute dei detenuti e degli internati negli istituti penitenziari, e dei minorenni sottoposti a provvedimento penale.

Il DPCM del 2008 ha quindi disciplinato, sull'impianto della legge n.230 del 1999, il trasferimento delle funzioni sanitarie – non quelle di sicurezza – dal ministero della Grazia e Giustizia al Ministero della salute e

⁵⁶⁶ Vedi http://www.giustizia.it/giustizia/it/mg_2_3_5_1.wp

quindi alle Regioni, prevedendone anche il passaggio dei fondi attraverso la Legge finanziaria n.244 del 24 dicembre 2007.⁵⁶⁷

Nell'allegato C erano state previste tre fasi per il superamento degli OPG. Nella prima fase avrebbe dovuto realizzarsi uno snellimento di tutti gli OPG per via del trasferimento dei detenuti in art. 148 C.P. (sopraggiunta infermità mentale nel condannato) e le osservazioni psichiatriche (art.112 del DPR 230/2000), “nelle sezioni di cura e riabilitazione, all'interno delle carceri”. Quando queste sarebbero state attivate si sarebbe dovuta realizzare la dimissione dagli OPG dei pazienti prosciolti (art. 222 C.P.) alla fine della Misura di Sicurezza, una volta che le regioni si fossero attivate con dei progetti specifici per il loro inserimento nei territori di provenienza.

In una seconda fase orientativa poi:

- all'OPG di Castiglione delle Stiviere, dovevano essere assegnati internati provenienti dal Piemonte, dalla Val d'Aosta, dalla Liguria, oltre che naturalmente dalla Lombardia;
- all'OPG di Reggio Emilia, gli internati delle Regioni Veneto, Trentino-Alto Adige e Friuli V. Giulia, Marche, oltre che dell'Emilia Romagna;
- all'OPG di Montelupo Fiorentino gli internati della Toscana, dell'Umbria, del Lazio e della Sardegna;

⁵⁶⁷ Vedi “Linee di indirizzo per gli interventi negli ospedali psichiatrici giudiziari (OPG) e nelle case di cura e custodia” (Allegato C al DPCM 19 marzo 2008, “concernente le modalità e i 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”) disponibile su http://www.ministerosalute.it/imgs/C_17_pubblicazioni_787_allegato.pdf.

- all'OPG di Aversa e all'OPG di Napoli, gli internati della Campania, dell'Abruzzo, del Molise, della Basilicata e della Puglia;
- all'OPG di Barcellona Pozzo di Gotto, gli internati della Sicilia e della Calabria.

La seconda fase, a distanza di un anno, aveva lo scopo di aggregare i pazienti giudiziari delle regioni limitrofe, nella regione dove ha sede l'OPG, per attuare una prima territorializzazione degli internati per provenienza geografica, senza modificare in modo sostanziale la capienza e la consistenza degli stessi OPG. Si prevedeva in pratica una prima distribuzione degli attuali internati in guisa tale che ogni OPG, senza modificarne in modo sostanziale capienza e consistenza, si configurasse come la sede per ricoveri di internati delle Regioni limitrofe o comunque viciniori, al fine di stabilire immediatamente rapporti di collaborazione preliminari per ulteriori fasi di avvicinamento degli internati alle realtà geografiche di provenienza.⁵⁶⁸

La terza fase, a distanza di due anni, prevedeva la restituzione ad ogni Regione italiana della quota di internati in OPG di provenienza dai propri territori e dell'assunzione della responsabilità per la presa in carico, attraverso programmi terapeutici e riabilitativi da attuarsi all'interno della struttura, anche in preparazione alla dimissione e all'inserimento nel contesto sociale di appartenenza, dando così attuazione al disposto dell'art. 115 c. 1 D.P.R. 230/2000.

⁵⁶⁸ Vedi a tal proposito l'analisi di CALOGERO A., *Superamento degli OPG - Attuazione del DPCM 1 Aprile 2008*, in *Psichiatria, Psicologia e Diritto*, Anno I, n.1, aprile 2009, pagg. 41 e seg.

Le soluzioni possibili dovevano essere assunte compatibilmente con le risorse finanziarie di ciascuna Regione, utilizzando ad esempio le strutture degli OPG con livelli diversificati di vigilanza, oppure mediante strutture di accoglienza e all'affido ai servizi psichiatrici e sociali territoriali, sempre e comunque sotto la responsabilità assistenziale del Dipartimento di salute mentale della Azienda sanitaria dove la struttura o il servizio era ubicato.

Tramite specifico Accordo in sede di Conferenza permanente fra lo Stato e le Regioni e Province Autonome, dovevano poi essere definite la tipologia assistenziale e le forme della sicurezza, gli standard di organizzazione e i rapporti di collaborazione tra le Amministrazioni coinvolte.

Nelle fasi transitorie, le persone affette da disturbi psichici cui a partire dal 1° gennaio 2008 è stata applicata la misura di sicurezza dovevano essere destinate alle sedi trattamentali più prossime alla residenza, tenendo conto della fase attuativa del Progetto di regionalizzazione degli OPG e delle forme alternative in essere per la esecuzione della misura di sicurezza.

In linea di principio, il decreto ha ricoperto un fondamentale ruolo in relazione al tentativo di migliorare la salute, in particolare quella mentale del paziente sottoposto a mds ovunque esso si trovi, ma per la sua complessità e scarsa condivisione generale ha incontrato notevoli difficoltà di attuazione.⁵⁶⁹

⁵⁶⁹ Vedi Lettera di MASTELLA C.-TURCO L. , *Corriere della Sera*, 20 aprile 2007. Il Corriere della Sera ha pubblicato nella primavera del 2007 una lettera congiunta degli allora, rispettivamente, Ministro della Giustizia Clemente Mastella e del Ministro della salute Livia Turco, nella quale i Ministri affermavano che:

a) «il problema delle condizioni e del ruolo degli ospedali psichiatrici giudiziari è oggetto di una seria riflessione da parte dei nostri uffici per riuscire a realizzare, al più presto, iniziative adeguate ad affrontare una situazione che è grave, sotto molti profili, ormai da lungo tempo»;

b) «il primo e più urgente passaggio - sostengono i ministri nella loro nota congiunta - è costituito dalla piena attuazione del decreto legislativo n. 230 del 1999 che

Le criticità del DPCM si sono manifestate infatti in diversi fattori, uno dei quali si è manifestato proprio nella condivisione da parte del Ministero della Giustizia e quello della Sanità della gestione del paziente giudiziario di fronte alla magistratura.⁵⁷⁰

prevede il trasferimento integrale delle competenze in materia sanitaria, ora assolate dall'amministrazione penitenziaria, al servizio sanitario nazionale e alle regioni. In questo senso, concordiamo sulla necessità di accelerare, d'intesa con le regioni, tutte le procedure utili allo scopo. A nostro giudizio si impone, inoltre, una verifica rapida e puntuale della validità dei criteri che, per una quota degli attuali internati, determinano la permanenza negli ospedali psichiatrici giudiziari»;

c) «appare, infine, indispensabile affrontare la questione centrale dell'imputabilità degli autori di reato, che forma oggetto delle direttive, di prossima presentazione, da parte della commissione per la riforma del codice penale insediata presso il ministero della giustizia».

⁵⁷⁰ Il DPCM ha disciplinato solamente il trasferimento delle funzioni sanitarie, mentre quelle di sicurezza dovevano effettivamente rimanere di competenza del Ministero della Giustizia con il suo evidente carico economico. In nessun punto del DPCM veniva accennato come si dovessero relazionare il sistema sanitario con quello penitenziario. Per la prima volta si dovevano così trovare ad agire due autorità pubbliche dotate di pari dignità costituzionale: il sistema penitenziario, cui compete il trattamento e la sicurezza con il fine della riabilitazione e del recupero sociale, il sistema sanitario cui compete l'organizzazione della prevenzione, della cura e della riabilitazione delle persone con il fine della salute come benessere psico-fisico.

Sul Corriere della Sera il dottor Marco D'Alema, consigliere del Ministro della salute Livia Turco, vedi D'ALEMA M., *Corriere della Sera*, 19 aprile 2007 aveva anticipato che, in collaborazione con il comitato tecnico delle Regioni, il Ministero della salute aveva in esame scelte e indirizzi il cui obiettivo fosse il superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari in tre fasi:

«-la prima fase «è attuare un programma di uscita dei detenuti negli ospedali psichiatrici giudiziari che sono lì da tanto tempo e senza più una valida ragione. Il Ministero della salute sosterrà economicamente questa prima fase, prevediamo di inserire la copertura nella prossima Finanziaria. L'uscita di queste persone dagli ospedali psichiatrici giudiziari ridurrà i 1.200 detenuti negli ospedali giudiziari di un terzo»;

-la seconda fase richiede «la piena attuazione del decreto legislativo del 1999 sul riordino della medicina penitenziaria che prevede il progressivo e finora non attuato

Il testo non ha inoltre previsto uno standard di figure professionali minime che potesse garantire la salute mentale di questi pazienti sottoposti a mds alla pari di quelli civili, come in realtà il decreto ha enunciato nei suoi principii.⁵⁷¹

affidamento al servizio sanitario nazionale della tutela della salute dei detenuti. In questo modo i casi più lievi di persone che si ammalano in carcere o sono in attesa di giudizio non verranno più dirottati agli ospedali psichiatrici giudiziari. Si tratta di un altro quarto del totale»;

-la terza fase consiste nella «regionalizzazione degli ospedali psichiatrici giudiziari, che devono diventare strutture piccole a carattere prettamente sanitario, dove l'elemento penitenziario viene ridotto al minimo, e dove saranno ricoverati solo i casi più gravi. La chiusura definitiva sarà però possibile solo modificando il codice penale»;

⁵⁷¹ Il non avere previsto uno standard di figure professionali minime, ma indispensabili, per garantire la salute mentale dei cittadini giudiziari, alla pari di quelli civili, come il decreto ha enunciato nei suoi principi, è rimasto ad avviso dei tecnici il punto più critico e paradossale del decreto.

Riferendoci agli OPG, per i pazienti presenti dovevano essere previsti operatori e mezzi adeguati ad affrontare terapie e percorsi riabilitativi in tutte le fasi dell'internamento. Ma il decreto si è limitato a parlare del trasferimento delle stesse figure professionali attualmente presenti negli OPG ministeriali, con alcune differenze per quello di Castiglione delle Stiviere.

Il DPCM nell'affermare con forza la pari opportunità di cura per il detenuto ed internato rispetto al paziente civile in realtà è finito per "predicare bene" ma "razzolare" male perché nel prevedere lo stesso numero di personale della medicina penitenziaria che già operava per la giustizia, senza altre forze aggiuntive necessarie, ha intrinsecamente ammesso di non poter garantire i principi di parità enunciati. Infatti in nessuna parte del Decreto è stata prevista, come requisito fondamentale, la composizione di un staff adeguato (medici psichiatri, infermieri, educatori, assistenti sociali ecc. per numero di pazienti) che dovrebbero operare all'interno di un OPG con il carico di pazienti psichiatrici gravi effettivamente presenti. Era infatti necessario, quantomeno, porsi i criteri di accreditamento sia da livello strutturale che di operatori anche per gli OPG, in analogia con quanto è avvenuto per i dipartimenti di Salute Mentale. Vedi per alcuni commenti

<http://www.ristretti.it/commenti/2008/marzo/18marzo.htm>.

Il DPCM nel disciplinare il trasferimento della Medicina penitenziaria al Ministero della salute, non ha previsto, a differenza del D.L. n. 230 del 1999, una fase di sperimentazione, limitata a poche regioni, per calibrarne la fattibilità o al fine di apportare degli aggiustamenti capaci di renderlo estensibile a tutto il territorio nazionale.⁵⁷²

Per quanto concerne poi il rapporto tra Regioni e i DSM, quelli che hanno al loro interno l'OPG avrebbero dovuto essere organizzati con un DSM suddiviso in due, con i rispettivi organi Dirigenti di Strutture Complesse, interagenti tra di loro, senza che nessuno avesse predominanza sull'altro.

L'OPG doveva quindi adottare un modello organizzativo distinto ed autonomo, dotato di *budget* vincolato, anche se virtualmente facente parte del medesimo DSM.

Per quanto riguarda la prima fase in cui si doveva articolare la riforma, come sopra accennato, il territorio ed i DSM, fino ad ora hanno espresso la massima criticità nel prendersi in carico i pazienti dimessi dagli OPG anche al momento della cessata la pericolosità sociale.⁵⁷³

Inoltre, il paradosso principale di questo Decreto si è coniugato nella pretesa di dare la dignità di cura al paziente detenuto ed internato senza

⁵⁷²Vedi http://www.saluter.it/wcm/dipendenze/notizie/decreto_salute_carcere.htm.

In più studiosi sono stati dell'idea che affrontare una materia così vasta e delicata nella sua globalità, può rischiare il blocco e successivo fallimento.

⁵⁷³ Dall'OPG di Castiglione delle Stiviere nel 2005 avrebbe potuto essere dimesso il 15% più o meno corrispondente a 30 soggetti se il territorio avesse avuto la disponibilità ad accoglierli.. Per il 2006 esarebbe stato il 18% , il che individua un numero di circa 36 soggetti.. Per l'OPG di Castiglione delle Stiviere, qualora praticabili tutte e tre i punti di questa fase si realizzerebbe una diminuzione di pazienti, al massimo delle affidabilità, circa 50 unità.

adeguare il personale specializzato per poter garantire appieno questo servizio.⁵⁷⁴

In conseguenza dell'attuazione del DPCM e delle fasi da attuare nell'allegato C, in Italia si sono disegnati scenari diversi in relazione alle diverse realtà in cui gravitano regionalmente. I Direttori sanitari degli OPG di Aversa, di Napoli, di Montelupo e di Reggio Emilia, al pari di altri operatori della medicina penitenziaria, sono stati trasferiti alle ASL competenti territorialmente e, come dipendenti non più in carico al DAP, sono stati nominati altri 4 direttori Amministrativi per gli stessi OPG. Questo non è avvenuto per l'OPG di Barcellona Pozzo di Gotto, in quanto la Regione Sicilia a Statuto Autonomo non ha recepito il DPCM, né l'OPG di Castiglione delle Stiviere, che all'opposto, essendo già completamente sanitario, è stato recepito dalla Regione Lombardia e con esso tutte le figure sanitarie di riferimento senza alcun cambiamento. Inoltre la funzione sanitaria e la funzione di sicurezza sono rimaste sotto la responsabilità di una unica Direzione (la stessa di prima) ma con il vantaggio di potere gestire in maniera univoca e senza divisioni di "poteri" (salute e sicurezza) i progetti di cura per i pazienti, la loro riabilitazione (trattamento), l'uscita e la dimissione. In questo senso per gli altri OPG si è venuta a creare una situazione forse inevitabile sul piano formale ma, di fatto, più complessa e difficile da gestire. Infatti, la doppia direzione in questi 4 OPG (Aversa, Napoli, Montelupo e

⁵⁷⁴ Per alcuni studiosi e specialisti ancora una volta la salute mentale nelle carceri e negli OPG, con esclusione di quello di Castiglione delle Stiviere, rischia di essere un puro enunciato teorico sulla pelle del cittadino che ha violato la legge. Vedi in particolare quanto sostenuto dal direttore dell'OPG di Castiglione Antonino Calogero su:

http://www.regione.veneto.it/NR/rdonlyres/F9B61BCA-F2DB-4C72-9720-4915901B1ACD/0/AntoninoCalogero_2.pdf

Reggio Emilia) vede nel Direttore Amministrativo la figura che detiene la conduzione vera dell'OPG, anche dell'area del trattamento, che dovrebbe essere di competenza del direttore sanitario.

Si è realizzato, di fatto, una regressione dove l'assistenza psichiatrica dei pazienti può venire penalizzata o tutto al più rimanere nelle stesse condizioni precedenti all'applicazione del Decreto.⁵⁷⁵

8.7 Accordi tra Regioni e Stato a valle del D.P.C.M. 2008: Accordo del 26 novembre 2009

Il 12 febbraio 2009 è avvenuto l'insediamento del tavolo ufficiale della conferenza Stato-Regione e Ministeri competenti presso la Presidenza del Consiglio per affrontare le criticità appena accennate.

In realtà già dal 31 luglio 2008 erano stati istituiti:

- il Tavolo di consultazione permanente, con il compito di dare attuazione concreta alle linee di intervento sul transito della medicina penitenziaria alle Regioni sull'intero territorio nazionale, contenute nell'allegato A del d.p.c.m. 1° aprile 2008; e
- e il Comitato paritetico interistituzionale con l'obiettivo di dare attuazione alle linee guida, per gli interventi sugli Ospedali

⁵⁷⁵ Vedi CALOGERO A., *op. cit.*, pag. 44

psichiatrici giudiziari e sulle Case di cura e custodia, contenute nell'allegato C dello stesso provvedimento.⁵⁷⁶

Ma in attesa dell'attivazione da parte della Conferenza Unificata dei due Tavoli Interistituzionali previsti dal DPCM summenzionati, il Gruppo Tecnico Interregionale per la Salute in Carcere (composto dai rappresentanti delle Regioni) e i rappresentanti dei Ministeri competenti (Giustizia e Salute) hanno in ogni caso iniziato a riunirsi, al fine di condividere ed elaborare gli strumenti volti a favorire il coordinamento a livello locale fra Regioni, i Provveditorati Regionali dell'Amministrazione e i Centri della Giustizia Minorile.

Il primo risultato di tale lavoro è stato l'elaborazione dell' Accordo, ai sensi dell'articolo 9, del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, concernente la definizione di specifiche aree di collaborazione e gli indirizzi di carattere prioritario sugli interventi negli Ospedali Psichiatrici Giudiziari (OPG) e nelle Case di Cura e Custodia (CCC) di cui all'allegato C al D.P.C.M. 1° aprile 2008. (Rep. n. 84 - CU). (09A15308) (G.U. Serie Generale n. 2 del 4 gennaio 2010).

Nello schema sottostante sono riassunti gli obiettivi e le rispettive azioni a carico delle Amministrazioni interessate, desunti dai contenuti dell'Accordo del 26 novembre 2009.⁵⁷⁷

⁵⁷⁶ Vedi quanto delineato nel documento relativo alla "Riforma della Sanità Penitenziaria" sul sito del Ministero della Giustizia http://www.giustizia.it/giustizia/it/mg_2_3_5_1.wp

⁵⁷⁷ Vedi *Relazione sui dati forniti da Regioni e Province Autonome, Ministero della Salute e Ministero della Giustizia, relativamente alle rispettive azioni, in attuazione dell'Accordo in Conferenza Unificata, del 26 novembre 2009, concernente la*

Monitoraggio attuazione Accordo Conferenza Unificata 26.11.2009 relativo al Programma degli OPG		
OBIETTIVI	DOCUMENTAZIONE DA PRODURRE	ISTITUZIONI INTERESSATE
Obiettivo 1: invio degli internati agli OPG secondo i bacini di utenza come ridefiniti nell'Accordo.	Report riepilogativo delle attività di invio agli OPG secondo i bacini di utenza come ridefiniti nell'Accordo	DAP
Obiettivo 2: circa 300 dimissioni realizzate dalle Regioni entro la fine del 2010, mediante un piano tra loro concordato da avviarsi entro due mesi dall'approvazione dell'Accordo, utilizzando anche le risorse rese disponibili dal Ministero della Salute per il finanziamento dei progetti regionali per gli obiettivi di piano.	a) report riepilogativo delle attività finalizzate alle dimissioni realizzate	Tutte le Regioni
	b) report riepilogativo delle attività di coordinamento realizzate per il bacino macroregionale di competenza.	Regioni sede di OPG
	c) report riepilogativo dei finanziamenti di progetti regionali in materia di OPG (obiettivi del PSN, cofinanziamento)	Ministero della Salute
Obiettivo 3: identificazione ed adozione, al fine di realizzare quanto previsto dalle fasi II e III del percorso delineato nell'Allegato C al D.P.C.M. 01.04.2008, di modelli organizzativi negli OPG e nelle strutture ad essi alternative e connessa definizione di accordi tra Regione e DAP.	atti documentanti l'identificazione e l'adozione di modelli organizzativi negli OPG e nelle strutture ad essi alternative e la connessa definizione di accordi tra Regione e DAP.	Tutte le Regioni

Al riguardo, secondo quanto concordato in sede di Comitato paritetico interistituzionale, le Amministrazioni indicate nello schema hanno assunto l'impegno di fornire, entro il 31 maggio 2011, le informazioni di competenza.

definizione di specifiche aree di collaborazione e gli indirizzi di carattere prioritario sugli interventi negli Ospedali Psichiatrici Giudiziari (OPG) e nelle Case di Cura e Custodia (CCC) Settembre 2011, Op. cit., pag.1 e seg.

Per quanto riguarda le documentazioni di pertinenza regionale, il Coordinamento interregionale ha elaborato una scheda di rilevazione, costituita da 3 parti:

- (i) Parte I, concernente le azioni di tutte le Regioni e Province Autonome, di cui al punto a) dell'Obiettivo 2 (ricognizione e valutazione dei propri pazienti, ai fini della loro dimissione).
- (ii) Parte II, concernente le iniziative e gli atti di coordinamento per il bacino macroregionale di competenza, da parte delle Regioni sede di OPG, di cui al punto b) dell'Obiettivo 2.
- (iii) Parte III, concernente l'adozione di modelli organizzativi negli OPG e nelle strutture ad essi alternative, da parte di tutte le Regioni e Province Autonome, di cui all'Obiettivo 3.

Obiettivo 1

Per quanto riguarda l' Obiettivo 1, ovvero il trasferimento dei ricoverati nell'OPG più prossimo alla regione di residenza, sulla base delle aggregazioni di bacino, definite nell'Accordo del 26 novembre 2009, al fine di facilitare l'assunzione di responsabilità delle Regioni per gli internati residenti nel proprio territorio, nella prospettiva della presa in carico, a ciascun OPG sono state aggregate le Regioni geograficamente più vicine, venendosi a costituire i seguenti bacini di riferimento:

<i>CASTIGLIONE DELLE STIVIERE</i> Lombardia, Piemonte, Valle d'Aosta	<i>NAPOLI e AVERSA</i> Campania, Abruzzo, Molise, Lazio
---	--

<i>REGGIO EMILIA</i> Emilia-Romagna, PPAA Trento e Bolzano, Friuli Venezia Giulia, Veneto, Marche	<i>BARCELLONA POZZO DI GOTTO</i> Sicilia, Calabria, Basilicata, Puglia
<i>MONTELUPO FIORENTINO</i> Toscana, Umbria, Liguria, Sardegna	

Per le pazienti donne è prevista l'assegnazione a due OPG, secondo la seguente distribuzione:

<i>CASTIGLIONE DELLE STIVIERE</i> Piemonte, Valle d'Aosta, Lombardia, PPAA Trento e Bolzano, Veneto, Friuli Venezia Giulia, Liguria, Emilia-Romagna, Toscana, Umbria, Marche, Sardegna.	<i>BARCELLONA POZZO DI GOTTO</i> Lazio, Abruzzo, Molise, Campania, Puglia, Basilicata, Calabria, Sicilia Resoconto
--	--

Il Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria si è impegnato a distribuire gli internati negli OPG in base alla residenza. Questo processo ha condotto al trasferimento di una larga parte dei ricoverati maschi. Le donne sono tuttora ricoverate nell'OPG di Castiglione delle Stiviere e nella Casa di cura e custodia di Sollicciano (FI).

Si forniscono, di seguito, i dati sulle presenze negli OPG alla data del 26 luglio 2011, con un confronto sulle presenze al 31 ottobre 2008.

Nella Tabella che segue, il confronto con la distribuzione delle presenze al 2008 mette in evidenza l'incremento dei trasferimenti effettuati, nell'ottica dell'avvicinamento alle Regioni afferenti ai vari bacini.

SOGGETTI MASCHI CON MISURA DI SICUREZZA: CONFRONTO DELLE PRESENZE										
31 OTTOBRE 2008 - 26 LUGLIO 2011										
	Castiglione delle Stiviere		Reggio Emilia		Montelupo Fiorentino		Napoli e Aversa		Barcellona Pozzo di Gotto	
Presenze	Distribuzione % al	Distribuzione % al	Distribuzione % al	Distribuzione % al	Distribuzione % al	Distribuzione % al	Distribuzione % al	Distribuzione % al	Distribuzione % al	Distribuzione % al

soggetti delle Regioni del bacino	31/10/2 008	30/04/2 011	31/10/2 008	30/04/2 011	31/10/2 008	30/04/2 011	31/10/2 008	30/04/2 011	31/10/2 008	30/04/2 011
	52,5	91,4	30,4	64,3	42,1	86,1	64,3	91,2	69,3	86,9

Nella tabella seguente si evidenzia la variazione del numero totale delle presenze in ciascun OPG nel 2011 rispetto al 2008. E' di grande evidenza l'incremento di presenze a Castiglione delle Stiviere, dovuto al trasferimento dei residenti lombardi dagli altri OPG. Un incremento vi è anche a Barcellona Pozzo di Gotto, mentre in tutti gli altri si è verificato un decremento.

CONFRONTO PRESENZE DEGLI INTERNATI CON MISURA DI SICUREZZA NEGLI OPG 2008/2011			
OPG	Totale maschi presenti 31/10/2008	Totale maschi presenti 26/07/2011	Variazione % presenze
Castiglione delle Stiviere	120	245	104,2
Reggio Emilia	274	196	-28,5
Montelupo Fiorentino	173	122	-29,5
Napoli	103	100	-2,9
Aversa	263	219	-16,7
Barcellona Pozzo di Gotto	220	251	14,1
Totale	1153	1133	-1,7

Obiettivo 2

Tutte le Regioni, sede di OPG (con esclusione della Sicilia che non ha ancora recepito il DPCM 1 aprile 2008), hanno attivato interventi e azioni di coordinamento realizzate per il bacino macroregionale di competenza. Di seguito si presentano le attività di ciascuna regione.

Regione LOMBARDIA	
ATTI DI INDIRIZZO/ATTIVITA'	Istituzioni coinvolte (Regione, ASL, EE.LL., TERZO SETT ecc.)
I Costituzione di un gruppo di lavoro regionale per la elaborazione di linee operative di indirizzo tecnico	Il documento, condiviso con il coordinamento degli psichiatri lombardi, sarà utile strumento per le ASL e

	scientifico (ad esempio sui criteri di “dimissibilità”).	i DSM territoriali delle Regioni interessate, nella analisi dei singoli casi.
2	Attivazione del coordinamento del bacino di riferimento per l’OPG di Castiglione delle Stiviere, che comprende oltre alla Lombardia le Regioni Piemonte e Valle d’Aosta.	Regione Lombardia, Regione Piemonte, Regione Valle d’Aosta, ASL e DSM di ciascuna regione, responsabili per competenza territoriale.
3	Elaborazione documento requisiti tecnico-organizzativi per la realizzazione di comunità psichiatriche destinate ad accogliere precipuamente pazienti ex OPG.	Il documento, condiviso con il coordinamento degli Psichiatri lombardi, sarà utile strumento per le ASL e i DSM territoriali nella analisi dei singoli casi.

Regione EMILIA ROMAGNA		
ATTI DI INDIRIZZO/ATTIVITA’		Istituzioni coinvolte (Regione, ASL, EE.LL., TERZO SETT ecc.)
1	La Regione sostiene, attraverso un finanziamento ad hoc, il progetto terapeutico-riabilitativo per facilitare la dimissione dagli OPG. Questo finanziamento supporta l’inserimento residenziale nelle strutture sanitarie e socio-sanitarie, ma anche a domicilio.	Aziende USL
2	Attivazione Coordinamento bacino Nord-Est stabile con le altre regioni di bacino, (Marche, Veneto, Province autonome di Trento e Bolzano) e le altre regioni, in particolare la Lombardia, per definire modalità di presa in carico e reinserimento degli internati nei territori di origine.	Regioni Veneto, Marche, Lombardia, Piemonte, Liguria, province autonome Trento e Bolzano
3	Protocollo operativo OPG-DSM delle AUSL della regione per mettere a punto i programmi territoriali di dimissione	SOC-OPG Reggio Emilia DSM-DP delle Aziende USL della regione.
4	Costituzione Gruppo di lavoro con la Magistratura di sorveglianza, responsabile della proroga della misura di sicurezza in OPG, per favorire la condivisione di percorsi di presa in carico dei Servizi territoriali competenti	SOC OPG Reggio Emilia, DSM-DP Rimini. DSM-DP Ravenna, Tribunale di Sorveglianza dell’Emilia-Romagna.
5	Corso di formazione di psichiatria nei contesti penitenziari, per il rafforzamento delle competenze di psichiatria forense rivolto anche agli psichiatri che svolgono attività nell’OPG.	Regione e AUSL di Bologna.

Regione TOSCANA		
ATTI DI INDIRIZZO/ATTIVITA'		Istituzioni coinvolte (Regione, ASL, EE.LL., TERZO SETT ecc.)
1	Istituzione tavolo di coordinamento delle regioni di bacino.	Regioni: Toscana, Liguria, Sardegna, Umbria.
2	Attivazione del coordinamento del bacino di riferimento per l'OPG di Castiglione delle Stiviere, che comprende oltre alla Lombardia le Regioni Piemonte e Valle d'Aosta.	Az. USL 11
3	Progetto Oltre le Mura finalizzato alla dimissione di internati in proroga	Az. USL 11

Regione MARCHE		
ATTI DI INDIRIZZO/ATTIVITA'		Istituzioni coinvolte (Regione, ASL, EE.LL., TERZO SETT ecc.)
1	Attivazione di un coordinamento tecnico regionale, affidato, momentaneamente ad uno psichiatra del DSM di Senigallia, con il compito di contattare presso l'OPG di Reggio Emilia, anche gli internati di altri DSM.	Tutte le strutture territoriali sanitarie per la salute mentale.

Regione TOSCANA		
ATTI DI INDIRIZZO/ATTIVITA'		Istituzioni coinvolte (Regione, ASL, EE.LL., TERZO SETT ecc.)
1	Attivazione di una funzione di coordinamento regionale e di uno specifico gruppo di lavoro, in seno all'Osservatorio Permanente per la Sanità Penitenziaria della Regione Campania, per le attività inerenti gli Ospedali Psichiatrici Giudiziari.	ASL, DSM, PRAP, Direzioni Penitenziarie OPG.
2	Istituzione nel marzo 2010 del Gruppo di Coordinamento del Bacino OPG Campano.	Regioni del bacino, ASL
3	Approvazione Azione 3 del Progetto Regionale "Linea di intervento n.1: la garanzia dei LEA":nell'ambito delle progettualità per l'utilizzo delle risorse vincolate per la realizzazione degli obiettivi del Piano Sanitario Nazionale per l'anno 2006. Le previste azioni progettuali (160 progetti individuali, di cui il 50% di dimissione) prevedono la	ASL

	complessiva presa in carico di tutti gli internati di competenza della regione Campania.	
4	Approvazione "AZIONE 2 - Linea progettuale 6 - Tutela della salute in carcere: azioni mirate alle donne detenute, ai minori, agli internati – informatizzazione dei servizi", finanziata con € 2.916.000 (Obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale a norma dell'art. 1, commi 34 e 34 bis, della legge 662/96. Recepimento dell'accordo per l'utilizzo delle risorse vincolate per la realizzazione degli obiettivi del PSN per l'anno 2009): riproposizione dell'Azione del 3 del progetto attualmente in corso di completamento.	ASL
5	Approvazione "Linea progettuale 10 – Promozione di attività di integrazione tra DSM e ospedali psichiatrici giudiziari: "Interventi di riabilitazione e reinserimento sociale per persone dimesse dall'OPG ed in carico al servizio territoriale". Recepimento dell'accordo per l'utilizzo delle risorse vincolate per la realizzazione degli obiettivi del PSN per l'anno 2009).	ASL, TERZO SETTORE

Dall'entrata in vigore del DPCM 1 aprile 2008 sul trasferimento di tutte le funzioni sanitarie dall'Amministrazione della Giustizia al Servizio Sanitario Nazionale, risorse dedicate al finanziamento di progetti per la presa in carico dei soggetti internati negli OPG, sono state previste dalle due seguenti fonti normative:

1. Utilizzo da parte delle Regioni e Province Autonome delle risorse vincolate, ai sensi della legge 23 dicembre 1996, n. 662, articolo 1, commi 34 e 34 bis, per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale (Anni 2009-2010);
2. Ripartizione del Fondo per il cofinanziamento dei progetti attuativi del Piano Sanitario Nazionale (Anni 2008-2009).

Per quanto riguarda la prima fonte, si tratta di un finanziamento complessivo, non specifico per gli OPG, che ha riguardato due annualità: 2009 e 2010. Per entrambe gli anni, la proposta del Ministero della Salute ha previsto, fra le varie linee progettuali, la linea di intervento n. 6, dedicata allo sviluppo di progetti sulla sanità penitenziaria, con possibilità di articolazione sui seguenti temi:

- 1) la tutela delle detenute sottoposte a provvedimenti penali e della loro prole;
- 2) la salute mentale;
- 3) la salute dei minori;
- 4) il sistema informativo.

All'interno del tema sulla salute mentale, alcune Regioni hanno predisposto progetti concernenti l'integrazione tra dipartimenti di salute mentale (DSM) e OPG. In considerazione del fatto che i finanziamenti sono stati attribuiti all'intera linea "sanità penitenziaria", non è possibile evincere le quote specificamente dedicate agli interventi di collaborazione tra DSM e OPG, tanto più che i medesimi sono a loro volta contenuti nel sub obiettivo "salute mentale". E' tuttavia, possibile evidenziare le Regioni che hanno presentato proposte inerenti specificamente il tema degli OPG. Nella tabella sottostante sono riportate le quote assegnate a ciascuna Regione proponente per l'intera linea di interventi, con indicazione se sono stati presentati progetti specifici per i rapporti DSM/OPG.

Si fa presente che da tali finanziamenti sono escluse le due Province Autonome di Trento e Bolzano e le Regioni a statuto speciale (Valle d'Aosta, Friuli V. Giulia e Sardegna), con eccezione della Sicilia.

Per l'anno 2009 (Accordo del 25 maggio 2009 tra il Governo, Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano), è stata erogata una somma complessiva, pari a circa 70 milioni di euro. Tutte le Regioni aventi diritto, tranne la Liguria, hanno presentato proposte di interventi in materia di sanità penitenziaria.

In totale le Regioni che hanno ricevuto finanziamenti sono sedici. Le Regioni che hanno presentato proposte specifiche sulla collaborazione DSM e OPG sono sette: Veneto, Emilia Romagna, Toscana, Molise, Campania, Calabria, Sicilia. Le Regioni che hanno presentato proposte specifiche sulla

collaborazione DSM e OPG sono sette: Veneto, Emilia Romagna, Toscana, Molise, Campania, Calabria, Sicilia.

Per l'anno 2010 (Accordo 8 luglio 2010 tra il Governo, Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano), la somma erogata nel complesso supera gli 85 milioni di euro. Delle Regioni aventi diritto, non hanno presentato progetti, le Regioni Piemonte, Liguria e Marche.

Proposte specifiche, concernenti gli OPG sono state ripetute dalle stesse Regioni che l'hanno fatto per il 2009: Veneto, Emilia Romagna, Toscana, Molise, Campania, Calabria, Sicilia.

Obiettivo 3

Identificazione e adozione di modelli organizzativi negli OPG e nelle strutture ad essi alternative e la connessa definizione di accordi tra Regione e DAP.

Si presentano i dati di otto Regioni (Friuli V. Giulia, Abruzzo e Calabria non ne hanno forniti) che hanno documentato l'adozione formale di misure per la realizzazione della fase II e III. Come si potrà evincere dal dettaglio dei dati forniti da ciascuna Regione, ci sono differenza sullo stato di attuazione, relativamente al funzionamento e agli accordi con l'Amministrazione della Giustizia.

Regione LOMBARDIA				
Misure adottate	Breve descrizione del modello.	delibera formale (SI/NO)	già funzionante (SI/NO)	accordo Regione-DAP (SI/NO)
Individuazione di struttura	La struttura, di tipo comunitario, è	SI	SI	NO

residenziale collegata all'OPG di Castiglione delle Stiviere.	divisa in quattro unità operative (due maschili e due femminili) ed una struttura polifunzionale (più moduli) per la riabilitazione.			
Individuazione di strutture residenziali per pazienti dimessi da OPG.	Comunità Psichiatriche sperimentali dedicate ad accogliere ex pazienti OPG.	SI	SI	NO
Individuazione di strutture residenziali miste per pazienti liberi cittadini e pazienti dimessi da OPG.	Comunità Psichiatriche ad alta assistenza destinate ad accogliere ex pazienti OPG e liberi cittadini, con patologie psichiatriche in atto	SI	NO	NO

Regione VENETO				
Misure adottate	breve descrizione del modello	delibera formale (SI/NO)	già funzionante (SI/NO)	accordo Regione-DAP (SI/NO)
Reparto di osservazione psichiatrica ai sensi dell'art. 112 del DPR 230/2000	Istituzione di un reparto di osservazione psichiatrica all'interno della Casa Circondariale di Verona per totale 5 posti letto. Secondo gli standard assistenziali definiti dal Ministero di Giustizia	SI	NO	SI
sperimentazione struttura intermedi di accoglienza per	definiti in base a letteratura	SI	NO	NO

pazienti autori di reato	scientifica e approvati dalla Commissione regionale per la Salute Mentale.			
--------------------------	--	--	--	--

Regione LIGURIA				
Misure adottate	breve descrizione del modello	delibera formale (SI/NO)	già funzionante (SI/NO)	accordo Regione-DAP (SI/NO)
Struttura carceraria ad alta intensità assistenziale	Adattamento di un'area interna al perimetro della struttura giudiziaria dove sia possibile garantire la custodia da parte del corpo di Polizia penitenziaria, destinata ad accogliere circa 20 pazienti autori di reato, caratterizzato dal maggior grado di complessità. L'attuazione del progetto è condizionata all'avvenuta acquisizione della copertura finanziaria.	SI	NO	informale
Struttura extracarceraria ad alta intensità assistenziale.	Convenzione con il privato accreditato, finalizzata alla gestione di una struttura residenziale di circa 20 posti, a particolare intensità di trattamento. L'attuazione del progetto è condizionata all'avvenuta acquisizione della copertura finanziaria.	SI	NO	Informale

Regione EMILIA ROMAGNA

Misure adottate	breve descrizione del modello	delibera formale (SI/NO)	già funzionante (SI/NO)	accordo Regione-DAP (SI/NO)
Individuazione di struttura residenziale collegata all'OPG di Reggio Emilia.	La struttura è a doppia direzione (A.P. e DSM-DP AUSL Reggio E.). Il DSM-DP, nei limiti dati dalla struttura e dalla consistente presenza di internati fuori bacino, ha implementato il livello clinico terapeutico attraverso assunzione di personale (da 43 a 74 professionisti), riduzione contenzione e apertura di tutti i reparti, tranne uno.	SI	SI	NO
Residenza sanitaria psichiatrica di tipo socio riabilitativo che ospita utenti dell'OPG di Reggio Emilia, che possono fruire della misura della LFE.	Struttura di accoglienza per 16 utenti, atta a costruire e verificare le condizioni per la individuazione della collocazione definitiva.	SI	SI	NO
Gruppi Appartamento gestiti dalla Cooperativa di Solidarietà Sociale "L'Ovile" presso Reggio Emilia.	Appartamenti finalizzati al reinserimento sociale.	SI	SI	NO

Regione TOSCANA				
Misure adottate	breve descrizione del modello	delibera formale (SI/NO)	già funzionante (SI/NO)	accordo Regione-DAP (SI/NO)
Struttura penitenziaria alternativa all'attuale OPG di Montelupo Fiorentino, per i soli	Struttura residenziale per il trattamento sanitario degli internati toscani, con una protezione	SI	NO	SI

internati Toscani.	penitenziaria esclusivamente perimetrale.			
Strutture comunitarie (le strutture già attive sono la Comunità Le Querce a Firenze e la Comunità Tiziano ad Aulla).	Attuazione di programmi alternativi alla detenzione negli Opg o nel carcere (inserimenti in Comunità, trattamenti territoriali, inserimenti lavorativi, etc).	SI	SI	SI

Regione UMBRIA				
Misure adottate	breve descrizione del modello	delibera formale (SI/NO)	già funzionante (SI/NO)	accordo Regione-DAP (SI/NO)
Struttura residenziale per soggetti già internati in OPG.	Struttura residenziale Territoriale afferente alla ASL di Perugia con n. 10 posti letto per soggetti provenienti dagli OPG per i quali risulti necessario un intervento terapeutico riabilitativo in condizioni di sicurezza, propedeutico al reinserimento territoriale.	SI	NO	NO

Regione MARCHE				
Misure adottate	breve descrizione del modello	delibera formale (SI/NO)	già funzionante (SI/NO)	accordo Regione-DAP (SI/NO)
Residenza socio-sanitaria di 10 posti letto, presso ex Casa di cura in corso di riconversione, struttura definita ad alto livello di	Il modello organizzativo, non ancora formalmente adottato, si baserà su una residenza per la gestione dei casi più complessi ed una rete di attività locali	SI	NO	NO

osservazione per gravi cronicità, ex OPG, arresti domiciliari, disturbi del comportamento e doppia diagnosi.	territoriali con un operatore di riferimento per casi OPG, presso tutti i 13 DSM.			
--	---	--	--	--

Regione CAMPANIA				
Misure adottate	breve descrizione del modello	delibera formale (SI/NO)	già funzionante (SI/NO)	accordo Regione-DAP (SI/NO)
Residenza socio-sanitaria di 10 posti letto, presso ex Casa di cura in corso di riconversione, struttura definita ad alto livello di osservazione per gravi cronicità, ex OPG, arresti domiciliari, disturbi del comportamento e doppia diagnosi.	Il modello organizzativo, non ancora formalmente adottato, si baserà su una residenza per la gestione dei casi più complessi ed una rete di attività locali territoriali con un operatore di riferimento per casi OPG, presso tutti i 13 DSM.	SI	NO	NO

Dalle precedenti tabelle si evince come a valle del D.P.C. M del 2008 vi sia stato un progressivo mutamento della situazione organizzativa e assistenziale per il trattamento degli internati negli OPG, grazie all' implementazione della norma che ha assegnato alle Regioni il compito di programmare e gestire la cura e la riabilitazione dei soggetti con disturbi mentali sottoposti a misura di sicurezza per pericolosità sociale.

Infatti, pressoché tutte le Regioni sede di OPG (ad esclusione della Regione Sicilia che non ha trasmesso dati, non avendo ancora recepito il DPCM), hanno adottato interventi programmatici che hanno vincolato tutti i dipartimenti di salute mentale a prendere in carico i ricoverati con residenza

nella Regione, al fine di realizzare una struttura esterna agli OPG, a gestione sanitaria.

A parte tali aspetti sicuramente positivi, la Relazione ha peraltro evidenziato la necessità di adottare molteplici e diversificati interventi correttivi, tra cui, (i) il coordinamento tra le Regioni afferenti a ciascun bacino, (ii) la rilevazione puntuale di tutti i dati relativi agli internati per l'attivazione di un monitoraggio costante e la programmazione di interventi efficaci, (iii) l'emanazione di linee guida e di indirizzo condivise per la valutazione del funzionamento psicosociale, oltre che del profilo criminologico, con l'obiettivo di mettere in atto programmi di presa in carico e di trattamento individualizzati, con il coinvolgimento dell'Amministrazione Penitenziaria e la Magistratura e (iv) l'attivazione di una collaborazione stabile tra il Gruppo di lavoro regionale e la Magistratura di sorveglianza, sicuramente necessaria al fine di concordare modalità diversificate per la collocazione dei soggetti sottoposti a misura di sicurezza, in alternativa agli OPG, sulla base sia delle esigenze di cura, sia delle esigenze della sicurezza.⁵⁷⁸

8.8 Accordi tra Regioni e Stato a valle del D.P.C.M. 2008: Accordo del 13 ottobre 2011 (segue)

⁵⁷⁸ Vedi le osservazioni e le considerazioni conclusive di cui alla Relazione sui dati forniti da Regioni e Province Autonome, Ministero della Salute e Ministero della Giustizia, relativamente alle rispettive azioni, in attuazione dell'Accordo in Conferenza Unificata, del 26 novembre 2009, concernente la definizione di specifiche aree di collaborazione e gli indirizzi di carattere prioritario sugli interventi negli Ospedali Psichiatrici Giudiziari (OPG) e nelle Case di Cura e Custodia (CCC), *Op.cit.*, pag.44.

Proprio per dare una risposta alle problematiche che erano emerse in sede di implementazione dell'Accordo in Conferenza Unificata del 26 novembre 2009 - in particolare per sopperire alla necessità di implementare il coordinamento tra le Regioni afferenti a ciascun bacino – ed al fine di definire le necessarie integrazioni agli indirizzi di carattere prioritario contenuti nell'Accordo sancito dalla Conferenza Unificata il 26 novembre 2009, in data 13 ottobre 2011 è stato approvato un nuovo Accordo in Conferenza Unificata “Integrazioni agli indirizzi di carattere prioritario sugli interventi negli OPG e le CCC di cui all'Allegato C del DPCM 1 aprile 2008”.⁵⁷⁹

Nel corso delle discussioni che hanno portato alla stipula di tale Accordo, si è preliminarmente evidenziato come l'Allegato C al DPCM del 1 aprile 2008 affermasse già in premessa che il successo del programma specifico per gli OPG era strettamente connesso con la realizzazione di tutte le misure e azioni indicate per la tutela della salute mentale negli istituti pena, e in particolare con l'attivazione, all'interno degli istituti, di specifiche sezioni organizzate o reparti, destinati agli imputati e condannati con infermità psichica sopravvenuta nel corso della misura detentiva, nonché ai soggetti condannati a pena diminuita per vizio parziale di mente.

Sebbene in prima istanza venisse così indicato l'utilizzo di predette articolazioni sanitarie per evitare l'invio in OPG delle persone che presentano problemi psichici durante la detenzione, garantendo idonee risposte all'interno degli istituti ordinari, le linee guida ne ampliavano successivamente le funzioni quando inserivano tra le azioni da realizzare nella prima fase del

⁵⁷⁹ Vedi il testo completo dell'Accordo sul sito del Ministero della Salute al seguente indirizzo telematico:

http://www.trovanorme.salute.gov.it/dettaglioAtto.spring;jsessionid=8qfkqhJrhnyDZ7YnO-S1A**?id=40499

percorso un programma attivo dei DSM finalizzato, oltre che alla dimissione degli internati che concludevano la misura di sicurezza, anche a riportare nelle carceri di provenienza i ricoverati in OPG per disturbi psichici sopravvenuti durante l'esecuzione della pena e ad assicurare che le osservazioni per l'accertamento delle infermità psichiche di cui all'art. 112 D.P.R. 230/2000 fossero espletate negli istituti ordinari.⁵⁸⁰

Con l'avviata progressiva presa incarico da parte delle Aziende Sanitarie delle persone con misura di sicurezza in proroga, l'indisponibilità d'idonee risposte per la tutela della salute mentale in carcere rendeva, di fatto, non praticabile alcun percorso alternativo all'OPG per tutte quelle persone che vi si trovano internate, proprio in relazione a disturbi psichici sopravvenuti in corso di detenzione oppure, in misura percentualmente minore, per periodi di osservazione psichiatrica.

Inoltre, tra le azioni della prima fase, le Linee d'indirizzo dell'Allegato C evidenziavano che, per quanto inizialmente solo le Regioni in cui operava un OPG fossero interessate alla gestione della struttura, era necessario che ogni Regione italiana, nell'ambito dei propri atti di programmazione specifici, affrontasse la questione della cura, della riabilitazione e dell'inclusione sociale delle persone in misura di sicurezza detentiva collegata ad uno stato di sofferenza psichica, sia stabilendo rapporti di collaborazione e di intesa con le Regioni impegnate nella gestione degli OPG, sia mettendo in programma ed

⁵⁸⁰ Vedi quanto evidenziato dal Decreto N. 64 del 19.06.2012 della Regione Campania avente ad oggetto il "Programma regionale per il definitivo superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari della Regione Campania ex Allegato C al D.P.C.M. 1° Aprile 2008 e Legge 17 febbraio 2012 n. 9, art. 3/ter." reperibile su : [http://www.aiopcampania.it/public/normativa/decreto_64_2606_deliberazioni_del_commissario_ad_acta\[1\].pdf](http://www.aiopcampania.it/public/normativa/decreto_64_2606_deliberazioni_del_commissario_ad_acta[1].pdf).

attuando i servizi e i presidi necessari per dare risposte appropriate a persone malate con diversificate caratteristiche cliniche e giuridiche.

Un indirizzo verso siffatta operatività interregionale integrata era già stato previsto esplicitamente all'interno dell'Accordo concernente la definizione di specifiche aree di collaborazione e gli indirizzi di carattere prioritario sugli interventi negli Ospedali Psichiatrici Giudiziari (OPG) e nelle Case di Cura e Custodia (CCC) di cui all'Allegato C al D.P.C.M. del 1 aprile 2008.

Pertanto, con l'Accordo sancito dalla Conferenza Unificata il 13 ottobre 2011, relativamente alla tutela della salute mentale negli istituti penitenziari ordinari ed al coordinamento dei bacini macroregionali di afferenza degli OPG, sono stati stabiliti i seguenti impegni in capo alle Regioni e P.A.:

· programmare ed attivare entro il 31 marzo 2012, in almeno uno degli Istituti Penitenziari del proprio territorio, o, preferibilmente, in quello di ognuna delle Aziende Sanitarie, in una specifica sezione, ai fini dell'implementazione della tutela intramuraria della salute mentale delle persone ristrette negli Istituti del territorio di competenza (regionale o aziendale), un'idonea articolazione del servizio sanitario che dovrà operativamente concorrere al superamento dell'OPG garantendo almeno le seguenti due funzioni:

- (i) l'espletamento negli Istituti ordinari delle osservazioni per l'accertamento delle infermità psichiche di cui all'art. 112 del DPR 230/2000 e la prevenzione dell'invio in OPG o in CCC nei casi di persone con infermità psichica sopravvenuta nel corso della misura detentiva o condannate a pena diminuita per vizio parziale di mente

(con riferimento alle persone detenute negli Istituti del territorio della Regione o Provincia autonoma);

- (ii) l'erogazione di adeguate risposte ai loro bisogni di salute mentale, l'accoglienza e la presa in carico per determinarne sia la dimissione dall'OPG che il ritorno in un Istituto ordinario della Regione o Provincia autonoma (con esclusivo riferimento alle persone di competenza presenti in uno degli Istituti-OPG, anche se diverso da quello del bacino macroregionale di riferimento).

· stipulare tra le Regioni e le Province Autonome afferenti a ciascun bacino, entro il 31 dicembre 2011, uno specifico Accordo di programma, preferenzialmente ai sensi del D.Lgs 18 agosto 2000 n. 267, art. 34, allo scopo di migliorare la collaborazione ed il coordinamento degli interventi di presa in carico degli internati di propria competenza ed il complessivo programma di superamento degli O.P.G, comprensivo almeno dei seguenti ulteriori specifici impegni:

- (i) istituzione in ciascuno dei bacini macroregionali di riferimento degli OPG il Gruppo di Coordinamento del Bacino Macroregionale per il Superamento degli OPG, composto da un rappresentante per ciascuna delle Regioni afferenti al Bacino, e, con funzioni di coordinatore, dal rappresentante della Regione in cui ha sede l'OPG, componente designato nel Comitato Paritetico Interistituzionale;
- (ii) contestuale istituzione in ciascuna Regione e Provincia Autonoma del collegato Sottogruppo Tecnico Regionale per il Superamento degli

OPG, con idonea rappresentanza dei servizi deputati alla presa in carico delle persone internate in OPG e coordinati dal rappresentante della Regione o Provincia autonoma componente del Gruppo di Coordinamento del Bacino Macroregionale;

- (iii) finalizzazione delle azioni di propria competenza alla completa attuazione del percorso di superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari e costante promozione della gestione uniforme ed omogenea dell'assistenza sanitaria a favore di tutte le persone detenute ed internate, realizzando un collegamento funzionale e bidirezionale tra i Servizi competenti per l'assistenza sanitaria e gli organismi paritetici interistituzionali di coordinamento ed indirizzo attivi a livello regionale, di bacino e nazionale;
- (iv) assunzione, per la singola persona destinataria di una misura di sicurezza che preveda o disponga l'internamento in OPG o misure allo stesso alternative, anche in contesti sociali e sanitari ordinari, il principio della iniziale costante competenza del DSM presso il quale la persona aveva la residenza o l'abituale dimora al momento dell'applicazione della misura di sicurezza, (...), impegnando comunque le Aziende Sanitarie a realizzare programmi terapeutico riabilitativi condivisi tra i tutti i servizi sanitari territoriali competenti per i diversi bisogni assistenziali (in particolare dipendenze e disabilità) ed integrati con i Servizi Sociali Comunali per il necessario reinserimento nei contesti sociali di appartenenza.

Si è, infine, previsto che l'applicazione dell' Accordo venisse fatto oggetto di apposito monitoraggio da parte delle Regioni e delle Province Autonome, del

Ministero della Giustizia – DAP e del Ministero della Salute, in uno spirito di collaborazione tra tutte le istituzioni interessate, ivi compresa l’Autorità giudiziaria, al fine di individuare eventuali misure correttive e suggerire soluzioni alle possibili criticità.

L’Accordo del 13 ottobre 2011 è stato l’ultimo atto della Commissione Parlamentare d’Inchiesta sull’efficacia e l’efficienza del Servizio Sanitario Nazionale, istituita con deliberazione del Senato del 30 luglio 2008, praticamente subito dopo l’emanazione del D.P.C.M. di cui parleremo più approfonditamente nel prossimo paragrafo.

8.9 Commissione Parlamentare di Inchiesta sul SSN: Relazione sulle condizioni di vita e di cura all’interno degli OPG

Come anticipato in precedenza, la riforma attuata dal D.P.C.M del 2008 ha certamente sancito il diritto per il cittadino detenuto di ricevere prestazioni in materia di diagnosi, sanità e cura, al pari del cittadino libero e ha accolto la domanda di salute delle persone in carcere. Ma nella pratica essa risulta tutt’ora solo parzialmente attuata e comunque realizzata in modo disomogeneo, con una forte differenziazione del suo recepimento da Regione a Regione.⁵⁸¹

⁵⁸¹ Vedi il VII Rapporto sulle condizioni di detenzioni in Italia, *Antigone n.1/2010*, pagg. 62-67. Una ricerca svolta dall'associazione Antigone sullo stato di applicazione della riforma della sanità penitenziaria ha tracciato il quadro disomogeneo delle diverse regioni italiane. In alcune, definite virtuose, tra cui Piemonte, Liguria, Veneto, Emilia Romagna, Toscana, Lombardia, Lazio, molti passi sono stati fatti per il recepimento del decreto, ognuna con il proprio modello organizzativo, ma adoperandosi per garantire un avanzamento nella tutela della salute delle persone detenute. Altre regioni, Umbria, Molise, Marche, Campania, Calabria, hanno avviato e realizzato solo in minima parte le procedure per l'applicazione del passaggio di competenze. Per quanto riguarda Abruzzo, Puglia e Basilicata l'associazione non ha

Le condizioni in cui vivono le persone ospitate negli OPG sono state rese di dominio pubblico in un reportage video curato dalla Commissione parlamentare di inchiesta sull'efficacia e l'efficienza del Servizio Sanitario Nazionale presieduta da Ignazio Marino, nell'ambito di un lavoro complesso svolto attraverso audizioni e sopralluoghi a sorpresa che hanno portato a provvedimenti di sequestro di parte degli OPG di Montelupo Fiorentino e Barcellona Pozzo di Gotto.⁵⁸²

avuto modo di verificare la situazione per mancanza di dati ufficiali. Rimangono poi le regioni a statuto speciale e le province autonome, il cui quadro presenta livelli di intervento molto diversi: si va dal Friuli Venezia Giulia, che ha dato immediata attuazione alla riforma, alla Sicilia, dove l'attuazione non è stata ancora recepita.

Vedi inoltre quanto riportato dalla COMMISSIONE STRAORDINARIA PRESSO IL SENATO PER LA TUTELA E PROMOZIONE DEI DIRITTI UMANI, XVI LEGISLATURA, *Rapporto sullo stato dei diritti umani negli istituti penitenziari e nei centri*

di accoglienza e trattenimento per migranti in Italia, pag.68, disponibile sul sito del senato

<http://www.senato.it/documenti/repository/commissioni/dirittiumani16/Rapporto%20carceri.pdf> *“Nel corso delle audizioni tenutesi in Commissione, le forti disuguaglianze esistenti tra le regioni sono state sottolineate molto spesso. Più volte è stata denunciata la situazione di persistente inattuazione della riforma in Sicilia e le gravi e penose conseguenze che tale situazione determina. La regione Sicilia ha istituito una commissione paritetica con il compito di determinare il contenuto delle norme di attuazione per operare il trasferimento di funzioni. A gennaio 2012 è stato istituito, di concerto con il ministero della salute, un tavolo di confronto cui prendono parte rappresentanti del ministero della giustizia e della salute nonché della regione Sicilia per delineare un percorso che possa condurre, entro precise scadenze temporali, ad attuare il trasferimento di funzioni. In particolare, di massima urgenza è l'intervento sulla difficile situazione dell'ospedale psichiatrico giudiziario di Barcellona Pozzo di Gotto.”*

582 In realtà dei temi trattati dalla Commissione Parlamentare d'Inchiesta presieduta dall'onorevole Marino si era già in parte occupata la Commissione interministeriale Giustizia – Salute (c.d. Tinebra), istituita con D.M. del 16.5.2002 per lo studio delle problematiche relative al riordino della medicina penitenziaria, che aveva

successivamente ricevuto, con D.M. del 20/1/2004, anche l'incarico di proporre possibili modelli innovativi delle allora attuali modalità di intervento poste in essere nei confronti di soggetti pericolosi affetti da patologie psichiatriche e ricoverati negli OPG, v. la relazione completa su <http://www.news-forumsalutementale.it/public/COMMISSIONE-INTERMINISTERIALE.pdf>.

Anche allora, al fine di verificare in via diretta i modelli gestionali ed assistenziali nonché le risorse organizzative, erano state effettuate visite presso tutti gli OPG. Il Gruppo di lavoro aveva allora preso atto che, malgrado gli sforzi fatti dalle singole Direzioni, a causa delle strutture decadenti ed edificate con altre finalità, la concentrazione degli internati, la commistione più varia di condizioni cliniche e percorsi giuridici, l'inadeguatezza numerica del personale di area sanitaria, l'assenza di formazione specifica in un settore così delicato, avevano reso vano l'obiettivo di far convivere la funzione di custodia con quella di trattamento e cura delle persone internate.

In particolare gli OPG erano risultati avere un'identità imprecisa, bloccate di fronte al bivio di essere ospedale o essere carcere.

Le proposte della Commissione prevedevano, a breve e medio termine, la diminuzione delle persone internate attraverso l'utilizzazione delle normative vigenti ma a lungo termine, sotto la dicitura del "superamento dell'attuale sistema degli Opg attraverso la realizzazione di un sistema integrato di psichiatria penitenziaria", prevedevano un raddoppio del numero dei posti di internamento - rispettivamente a gestione del dipartimento dell'amministrazione penitenziaria e a gestione dell'azienda sanitaria - tra posti in OPG (300 in 3 OPG), 2 centri nazionali di psichiatria penitenziaria (200 in 2 OPG), centri diagnostico terapeutici presso gli istituti di pena, uno in tutte le Regioni (300 posti), strutture residenziali ad alta intensità terapeutica e media sicurezza (500 posti), strutture residenziali a media intensità terapeutica e bassa sicurezza (500-1000posti).

Quanto previsto dalla Commissione non è stato poi attuato, ma parzialmente ripreso nel DPDC del 2008

Di seguito gli obiettivi riportati nella relazione conclusiva dei lavori della Commissione Interministeriale:

Breve periodo: 0 – 12 mesi

a) Piena applicazione delle sentenze della Corte Costituzionale (253/2003 e 367/2004) 1. In tal senso, vanno rivisti – da parte dell'autorità giudiziaria competente – i provvedimenti di internamento in OPG in soggetti che hanno commesso reati minori, per i quali appaiono prioritari interventi clinico-assistenziali rispetto a quelli restrittivi.

2. Vanno altresì rivisti i provvedimenti di internamento in OPG adottati per la persistenza di pericolosità sociale in assenza di strutture territoriali alternative nelle AA.SS.LL. di competenza territoriale, adottando il criterio della presa in carico da

parte di strutture idonee e disponibili e dell'attribuzione della spesa alla ASL di residenza storica del soggetto, da regolamentare mediante assunzione di specifici atti di intesa in sede di Conferenza Permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome. In tal senso, le Direzioni degli OPG dispongono, di concerto con i DSM sul cui territorio insistono gli OPG, la dimissione in Licenza Finale di Esperimento dei pazienti eligibili, presso strutture individuate dai DSM di residenza storica del paziente o presso strutture idonee sul territorio nazionale – privilegiando in ogni caso il criterio della maggiore vicinanza al luogo di residenza storica – ponendo la relativa spesa in capo al DSM di residenza storica del paziente. Nei primi 12 mesi di applicazione, i servizi sociali degli OPG, di concerto con i DSM sul cui territorio gli OPG insistono, provvedono alla ricostruzione della residenza anagrafica storica. Nei casi di impossibilità i pazienti vengono presi in carico dal DSM sul cui territorio gli OPG insistono, prevedendo un incremento corrispondente del budget dipartimentale da determinarsi in sede di riparto delle risorse a livello regionale.

b) Graduale superamento della eterogeneità clinico-giuridica che attualmente caratterizza le presenze in OPG, con accentuazione della natura riabilitativa e sociosanitaria dell'intervento.

1. In fase di prima applicazione, andrebbe evitato l'invio in OPG dei c.d. "osservandi". Lo svolgimento delle operazioni peritali relative all'accertamento di malattia mentale può essere realizzato negli Istituti di Pena con personale proprio o, in assenza, attraverso specifici atti convenzionali con i Dipartimenti di Salute Mentale Territoriali (si veda in proposito l'esperienza pluriennale condotta da numerosi DSM sul territorio nazionale). In una fase successiva, tale funzione andrebbe attribuita a 1-2 Centri Nazionali (v. oltre)

2. Ridefinizione quali-quantitativa degli organici del personale operante in OPG afferente sia all'Amministrazione Penitenziaria che ai DSM competenti per territorio, in coerenza con quanto previsto al punto precedente.

3. Varo di un programma pluriennale di formazione, con particolare attenzione al tema della diagnosi, del trattamento e della riabilitazione psichiatrica e psicosociale.

4. Monitoraggio, riduzione e superamento della contenzione fisica.

c) Graduale superamento dello sradicamento territoriale degli internati in OPG, che rende più difficile e complesso il processo di recupero e la presa in carico da parte dei Servizi Territoriali competenti.

1. In fase di prima applicazione, realizzazione della regionalizzazione degli internamenti in OPG, assegnando i soggetti alla struttura geograficamente più vicina al luogo di residenza storica.

2. In tal senso va sospesa – nelle more di una formale abrogazione – la norma che prevede l'acquisizione della residenza presso l'OPG dopo 5 anni di permanenza.

Medio periodo: 12 – 24 mesi

d) Rafforzamento delle attività di psichiatria penitenziaria, con la creazione di sinergie tra Istituti di Pena e Aziende USL per una reale presa in carico del paziente psichiatrico all'interno del carcere.

1. Istituzione di Centri Diagnostico Terapeutici Psichiatrici (CDTP) presso gli Istituti di Pena nella misura, per ogni regione, di almeno 1 Sezione con non più di 15 posti letto (a gestione diretta, da parte dell'Amministrazione Penitenziaria, o attraverso rapporti convenzionali con le Aziende Sanitarie). Vale la pena sottolineare come il ricondurre all'interno del carcere le problematiche inerenti i detenuti a vario titolo presenti in OPG potrebbe significare una riduzione della popolazione degli OPG di circa 2-300 unità sulle attuali 1200.

e) Piena realizzazione delle misure di graduale reinserimento sociale degli internati che giungono alla scadenza del periodo minimo della misura di sicurezza con attribuzione della spesa alla ASL di residenza storica del soggetto a partire dalla scadenza suddetta, secondo le indicazioni di cui al punto a.1.

Lungo periodo: 24 – 48 mesi

f) Superamento dell'attuale sistema degli OPG attraverso la realizzazione di un sistema integrato di Psichiatria Penitenziaria così delineato:

1. Individuazione di 3 OPG con funzione di internamento

p.l.: 100 x 3 (all'interno di almeno due O.P.G. è auspicabile l'istituzione di una sezione femminile)

gestione: DAP (definire protocolli di collaborazione con il Servizio Sanitario Nazionale per ottimizzare i percorsi di trattamento e riabilitazione, al fine di favorire il trasferimento dei pazienti alle strutture di cui ai punti f.4 ed f.5)

fruitori: soggetti sottoposti a MSD dell'OPG (ex art 222 CP), soggetti sottoposti a MSP, e soggetti sottoposti alla MSD della CCC (in casi di comprovata necessità per elevata pericolosità sociale, ex art. 206 CP)

2. Centri Nazionali di Psichiatria Penitenziaria da realizzarsi presso 2 OPG già attivi

p.l.: 100 + 100 (all'interno di almeno uno dei due Centri è auspicabile l'istituzione di una sezione femminile)

gestione: DAP

fruitori: detenuti in osservazione (v. art.112, DPR 230/00) per un periodo non superiore a 2 mesi, al fine di consentire la formulazione di un valido inquadramento diagnostico ed un appropriato programma di trattamento e riabilitazione

funzione CDTP nelle sole Regioni in cui insistono (fruitori: v. punto successivo)

3. Centri Diagnostico Terapeutici Psichiatrici (CDTP)

Presso gli Istituti di Pena nella misura di 1 per ciascun Provveditorato Regionale Amministrazione Penitenziaria

In particolare nella “Relazione sulle condizioni di vita e di cura all'interno degli ospedali psichiatrici giudiziari” approvata nella seduta del 20 luglio 2011, la Commissione sul SSN ha reso pubblici i risultati delle proprie attività di indagine, in merito alle condizioni igienico-sanitarie, organizzative e clinico-psichiatriche delle strutture, agli interventi da mettere in atto con urgenza per completare l'attuazione del passaggio di competenza al Servizio sanitario nazionale ed ha, inoltre, fornito le proprie riflessioni sulla

p.l 5-15 (dovranno essere previsti maschili e femminili)

gestione: DAP in collaborazione / convenzione con Servizio Sanitario Regionale

fruitori: detenuti sottoposti ad art. 148 C.P. e detenuti sottoposti ad art. 111 DPR 230/00 (minorati psichici)

4. Strutture Residenziali ad alta intensità terapeutica e media sicurezza, da attivare in ciascuna Regione o gruppi di Regioni (Servizi Sanitari Regionali)

p.l.: 1 x 100.000 ab.(n = 500)

gestione: ASL (es.: attuale gestione dell'OPG di Castiglione, con risorse proprie ASL)

fruitori: soggetti sottoposti a MSD (art. 222 c.p.), soggetti sottoposti MSP (206 c.p.), soggetti con misura di sicurezza CCC (art.219 c.p.), questi ultimi dopo aver scontato l'eventuale periodo detentivo.

5. Strutture Residenziali a media intensità terapeutica e basso livello di sicurezza, da attivare nelle ASL a valenza aziendale o interaziendale sulla base della programmazione regionale

p.l.: 1-2 x 100.000 ab.(500-1000)

gestione: ASL (v. Progetto Obiettivo Salute Mentale)

fruitori: soggetti in licenza finale di esperimento / libertà vigilata / o con revoca misura sicurezza.

problematica legata alle contenzioni fisiche in OPG ed ha, infine, tracciato le linee per una riforma legislativa del settore.⁵⁸³

In merito alle condizioni igienico-sanitarie, organizzative e clinico-psichiatriche degli OPG, la Commissione Marino ha rilevato, innanzitutto, gravi ed inaccettabili carenze strutturali in tutti gli OPG (ad esclusione dell'OPG di Castiglione delle Stiviere) soprattutto a confronto dei servizi psichiatrici italiani, la carente dotazione numerica e la scarsa preparazione specialistica del personale medico, infermieristico, riabilitativo, educativo, ausiliario e sociale e le inaccettabili modalità di attuazione delle misure di contenzione.

Per quanto concerne, invece, i necessari interventi per l'attuazione del passaggio di competenza al SSN, la Relazione cita, tra gli interventi da attuare con urgenza, quelli di revisione e adeguamento dei locali, delle attrezzature, delle apparecchiature e degli arredi sanitari agli standard ospedalieri attualmente in vigore a livello nazionale e regionale, l'introduzione di una nuova organizzazione dell'assistenza sanitaria, che sia conforme ai Piani sanitari regionali della salute mentale delle regioni sede di OPG; la necessità di valutazioni e trattamenti sanitari diversificati per la popolazione degli OPG, che è molto eterogenea, in quanto diverse e graduate sono le esigenze sia in ordine alla sicurezza, che allo sviluppo di progetti psichiatrici di trattamento riabilitativo; la necessità di un più stretto raccordo tra magistratura e Servizi psichiatrici territoriali, nonché l'elaborazione di linee guida funzionali ad

⁵⁸³ Vedi il testo completo sul seguente indirizzo alla pagina web del Senato della Repubblica:
http://www.senato.it/documenti/repository/commissioni/servizio_sanitario16/Relazione_OOPPGG_doc_XXII-bis_4.pdf

agevolare un più frequente ed omogeneo ricorso alle misure alternative all'internamento. Inoltre la Commissione ha rilevato il bisogno di istituire strutture pubbliche di ricovero intermedio, via di mezzo tra il ricovero in OPG e la libertà vigilata.

In merito alla problematica delle contenzioni nell'ambito dell'OPG, la Commissione ha posto in evidenza la necessità di porre in essere strategie sanitarie di prevenzione, attraverso standard strutturali e di personale adeguati ad eventuali casi di urgenza acuta.

Infine, per il completo superamento degli OPG, la Commissione Parlamentare d'Inchiesta ha rilevato come sia ormai necessario un disegno di legge specifico che individui modalità alternative di trattamento dei rei-folli, garantendo la terapia e la riabilitazione unitamente all'applicazione di misure di sicurezza adeguate allo status del soggetto. Tale disegno di legge dovrebbe, inoltre, prevedere interventi strutturali e risorse di personale aggiuntive, all'interno e all'esterno degli istituti penitenziari per le necessità riabilitative. Si suggeriscono poi specifiche misure correttive in relazione alla rilevazione e all'accertamento della pericolosità sociale che dovrebbe essere accertata da un gruppo di tre specialisti: uno appartenente al DSM di competenza, uno all'*equipe* psichiatrica dell'OPG e uno non legato da rapporti pregressi al paziente.

Estremamente interessante è il suggerimento della Commissione di prevedere per ogni internato la nomina di un amministratore di sostegno e la redazione di un apposito piano di trattamento sanitario che dovrebbe prevedere anche i termini per la rivalutazione periodica della pericolosità sociale e della necessaria applicazione della misura di sicurezza che dovrebbe, in ogni caso, essere proporzionata al livello di accertata pericolosità sociale e di durata mai superiore a quella della corrispondente pena che sarebbe stata

altrimenti irrogata. Si è auspicata inoltre l'abolizione dell'istituto della non imputabilità.⁵⁸⁴

Il 27 settembre 2011, il Senato, nella 610^a Seduta dell'Assemblea, sulla condivisa premessa che “le condizioni di vita e di cura all'interno degli 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”, nell'ambito della relazione unanimemente approvata dalla Commissione parlamentare di inchiesta sul Servizio sanitario nazionale, in base anche alla giurisprudenza della Corte costituzionale e rilevato che la disciplina delle misure di sicurezza per gli infermi di mente autori di reato è tuttora dettata da un testo normativo di epoca pre-costituzionale “caratterizzato da scelte assai risalenti nel tempo e mai riviste alla luce dei principi costituzionali e delle acquisizioni scientifiche”⁵⁸⁵, al fine della compiuta attuazione del D.P.C.M. del 1 aprile 2008 e nell'intento di giungere al superamento di strutture che ritenute sanitarie hanno ancora caratteristiche carcerarie e marginalmente terapeutico-riabilitative, della legge n. 180 del 13 maggio 1978 ai malati psichiatrici autori di reato, avendo ritenuto che le comunicazioni del Ministro riguardanti specificamente gli OPG, nella parte in cui recepiscono sostanzialmente le indicazioni rassegnate dalla Commissione di inchiesta succitata in sede di relazione all'Assemblea del Senato, possono fornire soluzioni idonee alla risoluzione delle problematiche del settore, le ha approvate in parte qua. Il Parlamento ha quindi impegnato il Governo: ad

⁵⁸⁴ Vedi pagg. 3-10 della Relazione.

⁵⁸⁵ Vedi Sent. Corte Costituzionale 253/2003 precedentemente citata in vari punti del presente lavoro.

adottare, nel rispetto delle procedure di leale collaborazione con le autonomie territoriali, atti di indirizzo e coordinamento, ai sensi dell'art. 3, comma 1, del decreto legislativo n. 230 del 1999, volti a garantire, all'interno degli OPG, interventi urgenti e immediati di revisione ed adeguamento delle dotazioni di personale, dei locali, delle attrezzature, delle apparecchiature e degli arredi sanitari agli standard ospedalieri in vigore a livello nazionale e regionale; a porre in essere urgentemente ogni necessaria attività istituzionale prodromica al recepimento della riforma della sanità penitenziaria da parte della Regione Siciliana; a dare compiuta attuazione al D.P.C.M. del 1 aprile 2008, nella parte in cui prevede la necessaria realizzazione di tutte le misure e azioni indicate per la tutela della salute mentale negli Istituti di pena, con particolare riferimento all'attivazione di sezioni organizzate, o reparti, per gli imputati e condannati con infermità psichica sopravvenuta nel corso della misura detentiva che non comporti l'applicazione provvisoria della misura di sicurezza del ricovero in OPG o l'ordine di ricovero in OPG o in case di cura e custodia; a monitorare in ordine all'attuazione del citato decreto del Presidente del Consiglio dei ministri da parte di tutti gli attori istituzionali coinvolti, con eventuale attivazione dei poteri sostitutivi previsti dall'art. 120 della Costituzione nei casi di evidente e persistente inattuazione; nelle more del completo superamento dell'istituto dell'OPG, che resta l'obiettivo da perseguire quale scelta definitiva a regime, a stipulare convenzioni con le Regioni sede di OPG, al fine di individuare strutture idonee ove realizzare una gestione interamente sanitaria dei ricoverati, secondo le esperienze rappresentate da Castiglione delle Stiviere e dalle strutture e dalle comunità assistenziali esterne agli OPG, così da consentire anche una razionalizzazione nell'utilizzo del personale penitenziario, da adibire esclusivamente alle funzioni proprie e di Istituto; a porre mano, anche con provvedimento

d'urgenza, alla legislazione di settore, valutando l'introduzione dei correttivi di seguito indicati: necessità che la sussistenza di infermità mentale e connessa pericolosità sociale sia accertata con l'ausilio di un collegio medico-psichiatrico, composto da almeno tre specialisti; necessità che con la pronuncia di proscioglimento penale per infermità psichica sia nominato un amministratore di sostegno con lo specifico incarico di provvedere alle necessità di cura del paziente; abolizione dell'istituto della misura di sicurezza provvisoria e sua sostituzione con la custodia cautelare in luogo di cura protetto; introduzione di un principio di proporzionalità tra durata massima della misura di sicurezza e durata della pena prevista per il fatto di reato; introduzione di un onere di specifica motivazione circa l'impossibilità assoluta del Giudice di disporre, in ossequio al favor libertatis, una misura di sicurezza non custodiale, quale la libertà vigilata; specificazione dell'obbligo giuridico dei Dipartimenti di salute mentale di prendere in carico gli internati per i quali risulti cessata la condizione di pericolosità sociale; a considerare, nella prospettiva ormai non più procrastinabile di una complessiva revisione del codice penale, la possibilità di abolire l'istituto della non imputabilità per infermità mentale e dei suoi corollari giuridici, quale è la misura del ricovero in ospedale psichiatrico giudiziario, che verrebbe sostituita dall'applicazione della pena prevista dalla legge; e di affermare contestualmente, quanto agli aspetti sanitari, la piena applicazione della legge 13 maggio 1978, n. 180, ai malati psichiatrici autori di reato.⁵⁸⁶

⁵⁸⁶ Vedi quanto riportato all'Allegato A del Resoconto stenografico della 610ª seduta pubblica di martedì 27 settembre 2011 dell'assemblea del Senato della Repubblica Italiana sul sito del Senato, al seguente indirizzo web:

http://www.cittadinanzattiva.it/files/notizie/Senato_Carceri_27sett11.pdf

L'Accordo della Conferenza Unificata del Consiglio dei Ministri del 13 ottobre 2011 "Integrazione agli indirizzi di carattere prioritario sugli interventi negli Ospedali psichiatrici giudiziari e nelle Case di Cura e custodia di cui all'Allegato C al DPCM 1 aprile 2008" di cui abbiamo lungamente parlato nel paragrafo precedente, ha anch'essa rappresentato un atto del lavoro della Commissione del Senato sull'efficienza ed efficacia del Servizio sanitario nazionale, presieduta dal senatore Marino.

Il lavoro della Commissione ha rimesso attenzione alla applicazione del DPCM del 2008, rimasto per la maggior parte non attuato nei tempi e modi previsti e ha fatto sì che alcune Regioni per la prima volta si siano fatte carico di conoscere i loro cittadini internati, negli OPG, ed altre Regioni hanno cominciato attraverso i DSM a farsi carico delle dimissioni degli internati dagli OPG.⁵⁸⁷

8.10 Stop-OPG e associazioni contro il mantenimento degli OPG in Italia

Il 19 aprile 2011, a due anni dell'entrata in vigore del D.P.C.M. del 1 aprile 2008, è nata una rete di soggetti del terzo settore, associazioni e sindacati che ha avviato una campagna chiamata "Stop-OPG". In particolare all'appello lanciato dal Comitato Promotore Stop-OPG hanno aderito: FP Cgil nazionale, Forum Salute Mentale, Forum per il diritto alla salute in carcere, Cgil nazionale, Antigone, Centro Basaglia, Conferenza permanente per la salute mentale nel mondo F. Basaglia, A buon diritto, Fondazione Franco e Franca Basaglia, Forum Droghe, Psichiatria Democratica, Unasam, Società

⁵⁸⁷ Vedi più ampiamente l'articolo di DEL GIUDICE G., *La conclusione del lavoro della Commissione del Senato per il superamento dell'OPG*, pag. 3, su <http://www.stopopg.it/system/files/Del%20Giudice%20Commissione%20OPG.pdf>

della Regione, Sos Sanità, Coordinamento garanti territoriali dei detenuti, Cittadinanzattiva, Gruppo Abele, Grusol, Cnca, Fondazione Zancan.⁵⁸⁸

In realtà già al VI Forum salute mentale, tenutosi ad Aversa nel gennaio 2011, alcune associazioni (tra cui in particolare Antigone) avevano denunciato le omissioni e la mancata assunzione di responsabilità da parte del Governo e delle Regioni, delle Aziende Sanitarie Locali e di molti Dipartimenti di Salute Mentale (DSM). In particolare, era stato evidenziato il ritardo nell'applicazione del DPCM del 1 aprile 2008 – sul trasferimento delle competenze sanitarie, dei rapporti di lavoro, delle risorse sanitarie e delle attrezzature dalla sanità penitenziaria al servizio sanitario nazionale - in particolare in riferimento agli interventi attuati dalle Regioni per il superamento degli OPG.⁵⁸⁹

Le azioni da mettere in campo, come stilate nel manifesto del Comitato Stop- Opg dovrebbero essere le seguenti⁵⁹⁰:

- il Governo deve rispettare gli impegni per il passaggio della medicina penitenziaria al servizio sanitario nazionale e assicurare il finanziamento previsto dal Patto per la Salute;

⁵⁸⁸ Vedi l'archivio documentazione sul sito ufficiale del comitato nazionale Stop-Opg: www.stopopg.it

⁵⁸⁹ Vedi l'interessante articolo di BIANCO C. - DELL'AQUILA D.S., *Superare l'orrore: gli Ospedali psichiatrici giudiziari e le prospettive di chiusura e superamento*, in *Le prigioni malate- Ottavo Rapporto di Antigone sulle condizioni di detenzione in Italia*, 2011, pagg. 78 e seg.

⁵⁹⁰ Per il documento originale vedi <http://www.stopopg.it/node/32>

- le Regioni devono assumere l'onere dei trattamenti, delle cure, del reinserimento, attribuendo ai DSM le necessarie risorse se carenti;
- la presa in carico degli internati da parte dei DSM deve avvenire attraverso progetti individualizzati di cura e re inclusione, ma altresì i dipartimenti devono attuare interventi preventivi e di assistenza adeguata negli istituti;
- va previsto un meccanismo di incentivazione o di sanzione - da definire al tavolo Stato Regioni - per favorire la piena applicazione del DPCM 2008. Devono essere messe a punto iniziative incentivanti nei confronti delle Regioni con il relativo monitoraggio degli effetti da parte dello Stato e meccanismi di incentivi nei confronti dei DSM con il monitoraggio rigoroso degli effetti da parte delle Regioni;
- la magistratura di sorveglianza deve cessare, nel riesame della pericolosità sociale al termine della misura di sicurezza, di valutare in maniera prevalente le condizioni socio-economiche della persona, che non possono in alcun modo giustificare la continuazione dell'internamento;
- la magistratura deve cessare di utilizzare l'OPG per interventi diversi da quelli previsti per le misure di sicurezza per rei prosciolti. Si sono sollevati inoltre molti dubbi sulla costituzionalità di un sistema che consente misure repressive assolutamente sproporzionate al reato, come esemplificato da innumerevoli episodi di internamento infinito, a seguito di reati di scarso rilievo;

- la magistratura di sorveglianza non può confermare la pericolosità sociale di un internato perché manca il consenso da parte del DSM di competenza di farsi carico dello stesso;
- Da ultimo, come richiesto dalla Commissione parlamentare di inchiesta sull'efficacia e l'efficienza del Servizio sanitario nazionale, presieduta dal sen. Ignazio Marino, è necessario che con immediatezza il Governo finanzi i 350 budget di salute/progetti terapeutico riabilitativi individualizzati per la dimissioni degli internati riconosciuti come dimissibili, impegnando attivamente le Regioni a farsene carico.

Secondo i membri del Comitato Stop-Opg la semplice attuazione delle misure sopradescritte potrebbe dare stimolo reale a una nuova legislazione, fondata sulla convinzione che la incapacità totale di intendere e volere è evento eccezionale, non in grado di spegnere completamente la capacità della persona di aver coscienza di star commettendo un reato.

In particolare la nuova normativa dovrebbe basarsi sulla riduzione della pena commisurata alla gravità del disturbo mentale, misure sanitarie di accompagnamento, fine dell'istituzione deputata.

Sicuramente l'azione del Comitato Nazionale Stop Opg, ramificatosi poi nel territorio tramite i comitati regionali (es. Stop OPG Marche, Stop OPG Sardegna, Stop OPG Toscana, Stop OPG Sicilia, Stop OPG Abruzzo, Stop OPG Lombardia, Stop OPG Lazio, Stop OPG Piemonte, Stop OPG Veneto ecc.) estremamente attiva con un ricco calendario di iniziative di sensibilizzazione delle istituzioni e dell'opinione pubblica congiuntamente a

quanto già in precedenza denunciato dal Senatore Marino e dalla sua Commissione Parlamentare d'Inchiesta sull'efficacia e l'efficienza del Servizio Sanitario Nazionale hanno dato una notevole scossa a una problematica per lungo tempo rimasta fuori dagli albori delle cronache e soprattutto dall'interessamento del legislatore.

Legislature che è, finalmente o meno questo non è ancora chiaro, intervenuto con l'aggiunta - in sede di conversione del decreto-legge 22 dicembre 2011, n. 211, recante interventi urgenti per il contrasto della tensione detentiva determinata dal sovraffollamento delle carceri - all'art. 3 del punto ter "Disposizioni per il definitivo superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari" nella Legge n.9 del 17 febbraio 2012, di cui parleremo nel prossimo paragrafo.

8.11 Disposizioni per il definitivo superamento degli OPG (Art 3-ter della Legge febbraio 2012, n. 9, c.d. "Svuota-carceri")

A valle del lavoro svolto dalla Commissione Parlamentare d'Inchiesta sull'efficacia e l'efficienza del Servizio Sanitario Nazionale e della campagna promossa dal Comitato Stop-Opg per dare un volto e un nome agli internati nei sei OPG italiani - seguite da una notevole sensibilizzazione dell'opinione pubblica - attraverso una disposizione inserita nel corso della conversione in legge del decreto-legge 22 dicembre 2011 n.211, recante "interventi urgenti per il contrasto della tensione detentiva determinata dal sovraffollamento delle carceri", si è approvato uno specifico articolo di legge avente ad oggetto

“Disposizioni per il definitivo superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari” (art. 3-ter, Legge n. 17 febbraio 2012).⁵⁹¹

Come molti hanno rilevato, si è trattato di un vero e proprio colpo di acceleratore al processo di superamento degli OPG, dal momento che il summenzionato articolo 3-ter prevede la chiusura di tali strutture entro il 1 febbraio 2013, mentre, dal 31 marzo 2013, il ricovero in OPG e in casa di cura e custodia, pur mantenendo la stessa denominazione, dovranno essere eseguite esclusivamente nelle strutture sanitarie individuate dalle Regioni.

Ma vediamo in dettaglio cosa ha esattamente stabilito tale norma, quali dovrebbero e quali, invece, potrebbero essere le conseguenze.

Articolo 3-ter⁵⁹²
(Disposizioni per il definitivo superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari)

Emendamento al D.L. 211/2011
1. Il termine per il completamento del processo di superamento degli ospedali

⁵⁹¹ A commento dell’emanazione di tale disposizione vedi, tra gli altri, FIORIO C., *Sovraffollamento carcerario e tensione detentiva – Il commento*, in *Diritto penale e processo*, 4/2012, pagg 413 e seg.; *Ospedali psichiatrici giudiziari verso la chiusura*, in *Guida al Diritto*, 10/2012, pagg. 51 e seg., FIOR. F., *Per gli OPG un futuro su base territoriale*, in *Guida al Diritto*, 10/2012, pagg. 53 e seg.; BENEVELLI L., *La legge 9/2012 e la chiusura degli OPG*, su www.pol-it.org, aprile 2012, pagg.1 e seg.; PELISSERO M., *Il definitivo superamento*, *op.cit.*, pagg. 1017 e seg, RESTA F., *Nella Giusta Direzione: Il Decreto-Legge Salva-Carceri*, in *Giur. Merito*, 3/2012, pagg. 546 e seg.; ROTELLI F. e ADERENTI, *I nuovi vestiti degli Ospedali psichiatrici giudiziari (a proposito di una legge molto “pericolosa”)*, su www.stopopg.it , pagg. 1 e seg;

⁵⁹² V. Camera dei deputati - XVI Legislatura - Dossier di documentazione su “Interventi urgenti in materia di sovraffollamento carcerario - D.L. 211/2011 ' A.C. 4909 Schede di lettura e documentazione” del Servizio Studi - Dipartimento giustizia su <http://documenti.camera.it/leg16/dossier/Testi/d11211.htm>

Emendamento al D.l. 211/2011

psichiatrici giudiziari già previsto dall'allegato C del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 1° aprile 2008, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 126 del 30 maggio 2008, e dai conseguenti accordi sanciti dalla Conferenza unificata ai sensi dell'articolo 9 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, nelle sedute del 20 novembre 2008, 26 novembre 2009 e 13 ottobre 2011, secondo le modalità previste dal citato decreto e dai successivi accordi e fatto salvo quanto stabilito nei commi seguenti, è fissato al 1° febbraio 2013.

2. Entro il 31 marzo 2012, con decreto di natura non regolamentare del Ministro della salute, adottato di concerto con il Ministro della giustizia, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano ai sensi dell'articolo 3 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, sono definiti, ad integrazione di quanto previsto dal decreto del Presidente della Repubblica 14 gennaio 1997, pubblicato nel supplemento ordinario alla *Gazzetta Ufficiale* n. 42 del 20 febbraio 1997, ulteriori requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi, anche con riguardo ai profili di sicurezza, relativi alle 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.

3. Il decreto di cui al comma 2 è adottato nel rispetto dei 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, da svolgere nel limite delle risorse umane, strumentali e finanziarie disponibili a legislazione vigente;
- c) destinazione delle strutture ai soggetti provenienti, di norma, dal territorio regionale di ubicazione delle medesime.

4. 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.

5. Per la realizzazione di quanto previsto dal comma 1, in deroga alle disposizioni vigenti relative al contenimento della spesa di personale, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, comprese anche quelle che hanno sottoscritto i piani di rientro dai disavanzi sanitari, previa valutazione e autorizzazione del Ministro della salute assunta di concerto con il Ministro per la pubblica amministrazione e la semplificazione e del Ministro dell'economia e delle finanze, possono assumere personale qualificato da dedicare anche ai percorsi terapeutico riabilitativi finalizzati al recupero e reinserimento sociale dei pazienti internati provenienti dagli ospedali psichiatrici giudiziari.

6. Per la copertura degli oneri derivanti dalla attuazione del presente articolo, limitatamente alla realizzazione e riconversione delle strutture, è autorizzata la spesa di 120 milioni di euro per l'anno 2012 e 60 milioni di euro per l'anno 2013. Le predette risorse sono assegnate alle regioni e province autonome mediante la procedura di attuazione del programma straordinario di investimenti di cui all'articolo 20 della legge 11 marzo 1988, n. 67. Agli oneri derivanti dal presente comma si provvede, quanto a 60 milioni di euro per

Emendamento al D.L. 211/2011

l'anno 2012, utilizzando quota parte delle risorse di cui al citato articolo 20 della legge n. 67 del 1988; quanto ad ulteriori 60 milioni di euro per l'anno 2012, mediante corrispondente riduzione del Fondo di cui all'articolo 7-quinquies del decreto-legge 10 febbraio 2009, n. 5, convertito, con modificazioni, dalla legge 9 aprile 2009, n. 33; quanto a 60 milioni di euro per l'anno 2013, mediante corrispondente riduzione del Fondo di cui all'articolo 32, comma 1, del decreto-legge 6 luglio 2011, n. 98, convertito, con modificazioni, dalla legge 15 luglio 2011, n. 111.

7. Al fine di concorrere alla copertura degli oneri per l'esercizio delle attività di cui al comma 1 nonché degli oneri derivanti dal comma 5, è autorizzata la spesa nel limite massimo complessivo di 38 milioni di euro per l'anno 2012 e 55 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2013. Agli oneri derivanti dal presente comma si provvede:

a) quanto a 7 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2012, mediante riduzione degli stanziamenti relativi alle spese rimodulabili di cui all'articolo 21, comma 5, lettera b), della legge 31 dicembre 2009, n. 196, dei programmi del Ministero degli affari esteri;

b) quanto a 24 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2012, mediante corrispondente riduzione dell'autorizzazione di spesa di cui all'articolo 2, comma 361, della legge 24 dicembre 2007, n. 244;

c) quanto a 7 milioni di euro per l'anno 2012 e a 24 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2013, mediante riduzione degli stanziamenti relativi alle spese rimodulabili di cui all'articolo 21, comma 5, lettera b), della legge 31 dicembre 2009, n. 196, dei programmi del Ministero della giustizia.

8. Il Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza di cui all'articolo 9 dell'intesa tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano del 23 marzo 2005, provvede al monitoraggio e alla verifica dell'attuazione del presente articolo.

9. Nell'ipotesi di mancato rispetto, da parte delle regioni e delle province autonome di Trento e di Bolzano, del termine di cui al comma 1, in attuazione dell'articolo 120 della Costituzione e nel rispetto dell'articolo 8 della legge 5 giugno 2003, n. 131, il Governo provvede in via sostitutiva al fine di assicurare piena esecuzione a quanto previsto dal comma 4.

10. 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».

Come precedentemente anticipato, l'articolo 3-ter prevede la definitiva chiusura degli ospedali psichiatrici giudiziari entro il 1 febbraio 2013. A partire dal 30 marzo dello stesso anno, infatti, la misura di sicurezza potrà essere eseguita esclusivamente nelle strutture sanitarie appositamente individuate dalle regioni.

Il comma 1, in particolare, precisa che entro il 1 febbraio 2013 deve essere completato il processo di superamento degli OPG, già previsto nell'ambito del passaggio delle competenze in materia di sanità penitenziaria al sistema sanitario nazionale e dunque alle regioni.

I commi 2 e 3 prevedono che il Ministro della salute, di concerto con il Ministro della Giustizia e d'intesa con la Conferenza unificata, adotti un decreto per individuare gli ulteriori requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi che dovranno soddisfare le strutture destinate ad accogliere gli attuali internati negli OPG. Tale decreto, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale del 19 novembre 2011, a valle dell'intesa raggiunta nella Conferenza Unificata del 26 settembre 2012, ha in effetti posto l'attenzione sui profili della sicurezza e vigilanza interna ed esterna delle strutture, confermando l'esclusiva gestione sanitaria delle strutture stesse e la loro destinazione ai soggetti provenienti, di norma, dal territorio regionale. Approfondiremo il contenuto di tale decreto in uno dei prossimi paragrafi.

Il comma 4, a completamento del processo di superamento degli OPG, 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 dovranno essere eseguite esclusivamente all'interno delle strutture sanitarie regionali. A tal fine, il comma 9 autorizza il Governo ad esercitare poteri sostitutivi ai sensi dell'art. 120 della Costituzione, laddove le Regioni e le Province autonome non abbiano provveduto all'attuazione del comma 1 e dunque non sia stato completato il percorso per il superamento degli OPG.

Il comma 4 aggiunge che alla data del 31 marzo 2013 le persone che hanno cessato di essere socialmente pericolose devono essere dimesse e prese in carico ai Dipartimenti di salute mentale territoriali, senza indugio.

Il comma 5 autorizza tutte le regioni (e le province autonome) ad assumere personale qualificato da dedicare al percorso terapeutico, riabilitativo e di reinserimento sociale dei pazienti internati provenienti dagli OPG, anche in deroga alle disposizioni sul contenimento della spesa pubblica.

I commi 6 e 7 dispongono in ordine alla copertura finanziaria dell'articolo.⁵⁹³

In particolare, il comma 6 copre le spese per la realizzazione e riconversione delle strutture, quantificati in 120 milioni per il 2012 e 60 milioni per il 2013, che dovranno essere trasferiti alle regioni e province autonome, attingendo ai seguenti fondi⁵⁹⁴:

⁵⁹³ In base alla Relazione Tecnica all'art. 3-ter della Legge 9/2012 (reperibile su http://www.senato.it/documenti/repository/commissioni/comm05/documenti_acquisiti/3074%20em.to%203.0.4%20testo%20%20e%20RT.pdf) le strutture residenziali atte ad ospitare i dimessi dagli ex-OPG avrebbero dovuto essere riservate a mediamente 30 unità. In base a tale dato e al numero degli internati al 26 luglio 2011, le strutture da realizzare avrebbero dovuto essere nel complesso 37 per gli uomini e 3 per le donne, in tutto quindi 40 strutture sull'intero territorio nazionale. Il costo di realizzazione ex novo di una struttura residenziale per anziani di 30 pl veniva stimato in 4.5 milioni, che per 40 strutture davano appunto come risultato 180 milioni di Euro.

Per calcolare, invece, gli oneri di funzionamento, veniva utilizzato come parametro di riferimento la retta media giornaliera di una struttura residenziale per pazienti psichiatrici ad elevata intensità assistenziale ammontante ad Euro 190 pro die pro capite. Si stimava poi che sulle 40 strutture da realizzare, 10 potessero offrire una minore intensità assistenziale, riducendo il costo a Euro 140. Quindi per i 900 pazienti da ospitare nelle 30 strutture ad elevata intensità assistenziale il costo sarebbe ammontato ad Euro 62.415 milioni e per i restanti 10 Euro 15.33 milioni per un totale di Euro 77.74 milioni da cui sottrarre i 23.00 milioni già stanziati nel 2010 per la sanità penitenziaria per un totale di Euro 55.00 milioni. Dato e considerato che nel corso del 2012 non poteva che essere attivato un numero limitato di strutture, gli oneri sono stati stimati in Euro 38 milioni, da incrementare nel 2013 a Euro 55/60 milioni.

⁵⁹⁴ In realtà in base all'articolo 6, comma 3, del decreto-legge n.158 del 13 settembre 2012, convertito con modificazioni, dalla legge n.189 del 8 novembre 2012 il

2012	2013
<input type="checkbox"/> 60 milioni dalle risorse per gli interventi in materia di ristrutturazione edilizia e di ammodernamento tecnologico del patrimonio sanitario pubblico (art. 20, l. 67/1988);	<input type="checkbox"/> 60 milioni dalle risorse del Fondo infrastrutture strategiche (art. 32, DL 98/2011)
<input type="checkbox"/> 60 milioni dalle risorse del c.d. Fondo grandi eventi (art. 7-quinquies, DL 5/2009)	
120 milioni	60 milioni

secondo periodo di tale Art. 3-ter, comma 6, del decreto-legge 22 dicembre 2011, n. 211, convertito, con modificazioni, dalla legge 17 febbraio 2012, n. 9, e' stato modificato come segue: "6. Per la copertura degli oneri derivanti dalla attuazione del presente articolo, limitatamente alla realizzazione e riconversione delle strutture, è autorizzata la spesa di 120 milioni di euro per l'anno 2012 e 60 milioni di euro per l'anno 2013. *Le predette risorse, in deroga alla procedura di attuazione del programma pluriennale di interventi di cui all'art. 20 della legge 11 marzo 1988, n. 67, sono ripartite tra le regioni, con decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, previa intesa sancita dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, ed assegnate alla singola regione con decreto del Ministro della salute di approvazione di uno specifico programma di utilizzo proposto dalla medesima regione che deve consentire la realizzabilità di progetti terapeutico-riabilitativi individuali. All'erogazione delle risorse si provvede per stati di avanzamento dei lavori. Per le province autonome di Trento e di Bolzano si applicano le disposizioni di cui all'art. 2, comma 109, della legge 23 dicembre 2009, n. 191. Agli oneri derivanti dal presente comma si provvede, quanto a 60 milioni di euro per l'anno 2012, utilizzando quota parte delle risorse di cui al citato art. 20 della legge n. 67 del 1988; quanto ad ulteriori 60 milioni di euro per l'anno 2012, mediante corrispondente riduzione del Fondo di cui all'art. 7 -quinquies del decreto-legge 10 febbraio 2009, n. 5, convertito, con modificazioni, dalla legge 9 aprile 2009, n. 33; quanto a 60 milioni di euro per l'anno 2013, mediante corrispondente riduzione del Fondo di cui all'art. 32, comma 1, del decreto-legge 6 luglio 2011, n. 98, convertito, con modificazioni, dalla legge 15 luglio 2011, n. 111."*

V. testo completo della norma citata su Come avremo modo di vedere nel penultimo capitolo di questa tesi

Il comma 7 stanziava invece 38 milioni di euro per il 2012 e 55 a decorrere dal 2013 per coprire i restanti profili dell'attuazione della disposizione, ivi compresa l'assunzione di personale autorizzata dal comma 5 (v. sopra). Le risorse vengono così repartite:

2012	2013 <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 7 milioni dagli stanziamenti relativi alle spese rimodulabili del Ministero degli esteri (art. 12, co. 5, l. 196/2009)	<input type="checkbox"/> 7 milioni dagli stanziamenti relativi alle spese rimodulabili del Ministero degli esteri (art. 12, co. 5, l. 196/2009)
<input type="checkbox"/> 24 milioni dalle risorse stanziare in favore dei soggetti danneggiati in ambito sanitario (art. 2, co. 361, l. 244/2007)	<input type="checkbox"/> 24 milioni dalle risorse stanziare in favore dei soggetti danneggiati in ambito sanitario (art. 2, co. 361, l. 244/2007)
<input type="checkbox"/> 7 milioni dagli stanziamenti relativi alle spese rimodulabili del Ministero della giustizia (art. 12, co. 5, l. 196/2009)	<input type="checkbox"/> 24 milioni dagli stanziamenti relativi alle spese rimodulabili del Ministero della giustizia (art. 12, co. 5, l. 196/2009)
38 milioni	55 milioni

Il comma 8 affida al Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza⁵⁹⁵ il monitoraggio e la verifica dell'attuazione dell'articolo.

⁵⁹⁵ Vedi a proposito del Comitato permanente FIOR F., *Op. cit.*, pag. 54. Il comitato opera in seno al ministero della Salute presso il quale è stato istituito dall'articolo 9 dell'Intesa Stato-regioni del 23 marzo 2005. La sua composizione riflette le finalità per il quale è stato istituito, essendo formato da 4 rappresentanti del ministero della Salute (tra questi è designato il componente con funzioni di coordinatore); 2 rappresentanti del ministero dell'Economia e delle finanze; 1 rappresentante del Dipartimento per gli affari regionali della presidenza del Consiglio dei ministri; 7 rappresentanti delle regioni designati dalla Conferenza dei presidenti delle regioni e delle province autonome. Il comitato nell'esercizio delle proprie funzioni si avvale

Ricordato che il comma 9 autorizza il Governo all'esercizio di poteri sostitutivi in caso di inerzia regionale (v. sopra, commento al comma 4), il comma 10 stabilisce che gli immobili già sede di OPG che, in attuazione della disposizione dovranno essere dismessi, saranno destinati a nuova funzione d'intesa tra il Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria, l'Agenzia del demanio e le regioni interessate.

Già dalla lettura superficiale dei commi dell'articolo 3-ter si evince che il legislatore ha voluto tracciare una sorta di percorso a tappe per il definitivo superamento degli OPG. Tale processo può essere suddiviso in tre tappe.⁵⁹⁶

La prima fase - connotata da un carattere propedeutico-preparatorio e idealmente compresa tra la data di emanazione della legge e il 31 marzo 2012 - avrebbe dovuto / dovrebbe vedere protagonisti i DSM delle Asl territorialmente competenti in relazione ai sei OPG attualmente presenti sul territorio italiano che, congiuntamente ai sanitari responsabili della cura e del trattamento dei soggetti internati in OPG, avranno la responsabilità di redigere un programma di dimissione degli internati che si ritengono ormai in grado di lasciare la struttura giudiziaria. La finalità di questa fase è naturalmente dare un primo "taglio" al numero degli individui internati, in modo da rendere più gestibile la situazione di questi istituti. Contestualmente si dovrà addivenire ad un'intesa in sede di Conferenza permanente Stato-regioni e province autonome al fine di definire la tipologia assistenziale e le forme di sicurezza,

del supporto tecnico dell'Agenzia per i Servizi sanitari regionali, e del database formato con i dati forniti dal sistema di monitoraggio e garanzia di cui al Dm 12 dicembre 2001, nonché dal nuovo sistema informativo sanitario.

⁵⁹⁶ FIOR F., *Op. cit.*, pag. 53 e 54.

gli standard di organizzazione e i rapporti di collaborazione tra le varie realtà istituzionali coinvolte.

Secondo l'art. 3-ter, come già anticipato, entro il 31 marzo 2012 il Ministro della Salute, di concerto con quello della Giustizia, avrebbe dovuto emanare il decreto ministeriale, ad integrazione di quanto previsto dal decreto del Presidente della Repubblica del 14 gennaio 1997, atto a definire ulteriori requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi, anche con riguardo ai profili di sicurezza, relativi alle strutture 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. In realtà, a dispetto del breve termine previsto dalla Legge c.d. Svuota Carceri (e svuota OPG), tale decreto è stato pubblicato nella Gazzetta Ufficiale del 19 novembre 2011, in seguito all'intesa raggiunta il 29 settembre 2012 in sede di Conferenza unificata tra Stato, Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano sullo schema del decreto e del relativo Allegato A.⁵⁹⁷

⁵⁹⁷ Vedi lo schema preliminare che era stato pubblicato prima su www.unificata.it e quanto riportato nell'interessante articolo di PERLISSERO M., *Op. cit.*, pagg. 1025 e seg. Come rappresenta l'autore, l'allegato A prevede che le strutture residenziali sanitarie per l'esecuzione delle misure di sicurezza dell'OPG e della casa di cura e di custodia abbiano una gestione interna esclusivamente sanitaria, attribuita alle Aziende sanitarie con la direzione tecnica dei dipartimenti di salute mentale. Le strutture sono destinate ad ospitare un numero massimo di venti pazienti con camere preferibilmente ad un o due posti letto, fino ad un massimo di quattro; l'èquipe multi professionale deve comprendere medici psichiatri, psicologi, infermieri, terapisti della riabilitazione psichiatrica / educatori, OSS, ma le dotazioni indicate dal decreto appaiono insufficienti per garantire – come prevede lo stesso allegato - gli «obiettivi di salute e di riabilitazione...tramite l'adozione di programmi terapeutico-riabilitativi e di inclusione sociale fondati su prove di efficacia». In particolare, per quanto riguarda il rapporto tra personale sanitario e riabilitativo, si nota una netta prevalenza del primo con il rischio che il trattamento degli internati dimessi dagli OPG sia più sanitario che riabilitativo.

Il decreto si attiene ai seguenti tre principi, come delineati dall'art. 3-*ter*: 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, nel limite delle risorse umane, strumentali e finanziarie disponibili a legislazione vigente ed in base agli specifici accordi tra le Regioni e le Province Autonome e le Relative Prefetture che dovranno tenere conto delle diverse strutture interessate, al fine di garantire adeguati standard di sicurezza ; c) destinazione delle strutture ai soggetti provenienti, di norma, dal territorio regionale di ubicazione delle medesime.

E' evidente l'intento del legislatore di separare nettamente la gestione sanitaria dei pazienti dai presidi di sicurezza finalizzati alla tutela sociale che devono restare nettamente distinte anche sotto il profilo fisico, e di implementare il principio della territorializzazione già ipotizzato dal DPCM del 1 aprile 2008.

La seconda fase rappresenta il cuore centrale della ipotizzata riforma - collocata tra la data di emanazione del Decreto Ministeriale integrativo summenzionato e il 31 marzo 2013 - perché dovrebbe condurre al trasferimento dei soggetti attualmente internati in OPG in strutture civili individuate dagli enti territoriali e dotate delle caratteristiche di cui al Decreto Ministeriale. A tal fine, si determina per ogni OPG, le regioni limitrofe da cui dovranno pervenire gli internati. Alle regioni è attribuita la libertà di determinare la materia con intese e forme di collaborazione. Contestualmente, quale secondo importante "sfolto" della popolazione internata, dovrebbero essere senza indugio dimessi e presi in carico sul territorio dai DSM presso le varie ASL di riferimento, gli internati che i magistrati di sorveglianza riterranno non più socialmente pericolosi.

Onde evitare che tale processo possa essere in qualche modo ostacolato o rallentato dall'eventuale inerzia delle Regioni, il legislatore ha previsto la possibilità per il Governo, in caso di mancato rispetto da parte delle Regioni e delle Province autonome di Trento e di Bolzano del termine del 1 febbraio 2013, di intervenire in via sostitutiva in attuazione dell'articolo 120 della Costituzione e nel rispetto dell'articolo 8 della legge 5 giugno 2003 n.131.

La terza (e ultima) fase, consistente nel completamento della territorializzazione della cura e custodia dei folli-rei, dovrebbe iniziare a due anni dall'avvio della seconda fase. Nella fase conclusiva del percorso tracciata dalla legge di riforma, ogni regione dovrà ricevere ed ospitare gli internati provenienti dal proprio territorio nonché gli altri pazienti ancora accolti presso gli ex OPG. Le strutture di accoglienza - affidate dalla responsabilità del DSM dell'Asl territorialmente competenti - dovranno garantire una graduazione eventuale dei livelli di vigilanza e delle modalità di accoglienza o di affidamento ai servizi psichiatrici e territoriali.

Diverse ed in parte sorprendenti sono state le reazioni di Magistratura, Avvocatura, psichiatria e studiosi del diritto penale.

Alcuni⁵⁹⁸ hanno apprezzato la modifica delle modalità esecutive delle misure di sicurezza dell'OPG e della casa di cura e custodia, che dovrebbe decretare la definitiva separazione e differenziazione tra pene e misure di sicurezza. In particolare la sanitarizzazione dovrebbe permettere di mettere al centro del sistema la persona dell'internato e le sue esigenze di cura e riabilitazione. Inoltre, la territorializzazione delle cure con il contestuale

⁵⁹⁸ Vedi tra gli altri, PELISSERO M., *op. cit.*, pag. 1024.

passaggio alla gestione sanitaria regionalizzata e la chiusura degli OPG, dovrebbe comportare il pieno coinvolgimento dei DSM con palese accentuazione della valenza terapeutica delle misure di sicurezza in questione.

Naturalmente tutto ciò - è assolutamente ovvio - dipenderà dal grado di interazione ed integrazione tra gli interventi sanitari e di giustizia penale, che ove non sufficiente potrebbe decretare il fallimento della riforma delineata.

Inoltre, pur ammettendo la bontà dello spirito della Legge del 17 febbraio 2012 volta a promuovere modelli di intervento centrati sulla persona, le sue relazioni sul territorio, i suoi bisogni terapeutici, i tecnici hanno posto in evidenza come molte questioni risultino ancora aperte, come ad esempio⁵⁹⁹:

- Quali e come saranno gestiti i rapporti fra le nuove strutture, il carcere, i Centri diagnostico terapeutici presso gli Istituti di Pena?
- Qual' è lo status delle strutture residenziali previste dentro i Dsm di riferimento?

⁵⁹⁹ Vedi la lista completa delle questioni poste da BENEVELLI L. *Op. cit.*, pag. 5 e seg. Benevelli suggerisce, al fine di aggiornare le conoscenze, fare il punto della situazione e fissare nuovi tempi e passaggi, la preparazione e la convocazione di Conferenze regionali ed una Conferenza nazionale sullo stato, i compiti, le esperienze, i problemi della sanità penitenziaria. Tali conferenze dovrebbero permettere di verificare quanto sta accadendo nelle carceri dopo l'affidamento della sanità penitenziaria ai servizi sanitari regionali, quante situazioni siano gestite dai Dsm in accordo con la Magistratura, secondo le indicazioni della Corte Costituzionale, anch'esse mai recepite nelle norme dello Stato, quanto accade nelle Comunità gestite anche da soggetti privati che, in accordo con la Magistratura, accolgono tossicodipendenti autori di reato. Inoltre, sempre a detta dell'Autore, potrebbe essere di grande utilità che il Parlamento approvasse l'istituzione del l'Ufficio nazionale del Garante dei diritti delle persone ristrette.

- L'accesso alle nuove strutture sarà consentito solo ai pazienti autori di reato inviati dal Giudice o sarà possibile anche per pazienti ritenuti disturbanti dagli operatori del Dsm? Chi li invierà.
- Il ricovero nella residenza sorvegliata comporta l'obbligo della cura quindi la salute mentale sarà un obiettivo da imporre?
- Quale sarà il ruolo degli amministratori di sostegno?
- È esclusa la possibilità che si possano trasformare gli attuali OPG in una somma di strutture residenziali, cambiando semplicemente “la targa”?
- La formazione, il lavoro degli psichiatri pubblici e il tema della psichiatria forense in Italia come si evolveranno?
- Verranno destinati fondi alla formazione dei magistrati in ordine all'applicazione delle sentenze della Corte Costituzionale?
- Vi sarà un adeguamento in corso d'opera del Codice Penale?

Altri specialisti del campo hanno invece assunto una posizione di aperta denuncia e critica nei confronti della riforma così come ipotizzata dall'art. 3-ter.⁶⁰⁰ In particolare gli assertori di tale visione “allarmata” vedono le proprie preoccupazioni focalizzarsi attorno alle seguenti questioni:

⁶⁰⁰ Vedi ROTELLI F., *Op. cit.*, pagg. 1 e seg. Corollari delle critiche avanzate dai firmatari di tale iniziativa sono le anti-proposte di modifiche legislative agli articoli del Codice penale Rocco e tutta la legislazione collegata, finalizzate ad abolire il vero e proprio concetto di OPG, abrogando le leggi che ne determinano, sotto qualsiasi nuova veste, la persistenza in vita. Si tratterebbe di smontare i concetti di “pericolosità” e di “non imputabilità”, il doppio binario delle misure di sicurezza, restituendo al generale ordinamento penale le persone con disturbo mentale. Non dovrebbe quindi più esistere il “folle reo”, ma solo un reo che, se infermo di mente, incontrerà misure alternative in sede di esecuzione della pena: misure già

1) La nuova legislazione lascia invariati i codici penale e di procedura penale, per quanto concerne i tanto paventati concetti di pericolosità sociale del folle reo, di incapacità e di non imputabilità, determinanti il percorso di invio agli Opg, e quindi, d'ora in poi, l'invio alle nuove "residenze psichiatriche". In particolare, rinnovare la legittimità del concetto di "pericolosità sociale" collegato all'infermità mentale e della nozione di "totale incapacità di intendere e di volere", sarebbe in aperto contrasto con lo spirito della Legge 180/78, che ha abolito il nesso "malattia mentale - pericolosità sociale", sostenendo con forza la responsabilità e i diritti di ogni cittadino, tra cui il diritto di ciascuno di essere giudicato e – se reo – condannato.

2) Il numero e le caratteristiche delle summenzionate residenze verrà stabilito dalle Regioni in base al decreto del Ministro della Salute adottato di concerto con il Ministro della Giustizia pubblicato nella Gazzetta Ufficiale del 19 novembre 2012. Le finalità di tale decreto restano integralmente quelle proprie della gestione di una misura di sicurezza detentiva, oltre al fatto che potrebbe verificarsi una notevole differenziazione fra Regione e Regione nella realizzazione ed efficienza di tali strutture.

3) L'allestimento di "nuove residenze psichiatriche", che si potranno supporre più appropriate sotto il profilo logistico, e più assistite sotto il profilo sanitario, legittimerà le varie istanze sanitarie e giudiziarie ad abbassare la soglia di accesso ai nuovi surrogati degli Opg. E mentre è facile prevedere un

ampiamente previste dalla legislazione vigente di fronte a diverse infermità, e forse da ulteriormente precisare nella fattispecie dell'infermità mentale.

notevole aumento del numero degli internamenti, nulla garantisce che l'abnorme sistema di proroghe delle misure di sicurezza, attualmente utilizzato, venga a cessare.

4) La condizione in cui versa la gran parte dei Servizi psichiatrici di Diagnosi e Cura nel nostro paese crea notevoli dubbi su quali potrebbero essere le reali strutturazioni delle nuove residenze psichiatriche per soggetti che hanno commesso reati, considerati in sentenza "socialmente pericolosi a sé e agli altri".

5) La proliferazione di residenze ad alta sorveglianza, dichiaratamente sanitarie, riconsegna agli psichiatri la responsabilità della custodia, ricostruendo in concreto il nesso cura-custodia, e quindi responsabilità penale del curante-custode.

6) La riforma non attribuisce ancora delle proprie garanzie all'internato, a differenza del regime carcerario: da un lato si ribadisce un nesso inaccettabile, riproponendo uno stigma di carattere generale; dall'altro ci si collega a sistemi di sorveglianza e gestione esclusiva a parte degli psichiatri, ricostituendo in queste strutture tutte le caratteristiche dei manicomi.

7) L'ipotesi di spesa, nel corso del 2012, di 120 milioni di euro per la creazione di nuove strutture è inconsistente con i risultati rivoluzionari che si vorrebbero ottenere, così come la tempistica risulta totalmente improbabile; si potrebbe quindi assistere ad una proliferazione di offerta da parte di strutture private, mentre tali fondi dovrebbero essere assolutamente destinati a favore dei DSM perché attivino e migliorino servizi e opportunità per tutte le persone

di quel territorio che necessitano di cure, comprese quelle che proverranno dagli Opg o per le quali si mettono in atto programmi per l'esecuzione della misura di sicurezza detentiva.

Rimangono insomma forti dubbi sulla fattibilità della riforma. In questo momento di crisi economica, i limiti finanziari e i termini perentori dell'art. 3-ter fanno pensare a molti che difficilmente si potrà realizzare un vero e proprio superamento definitivo degli OPG. Il timore più rilevante (e forse il più fondato) è che non tutti i servizi territoriali riescano a garantire delle strutture che possano in effetti fornire le necessarie cure e tutele ai malati e al contempo possano occuparsi del reinserimento sociale degli stessi. A quel punto si tornerà molto probabilmente a prendere in considerazione l'OPG come una possibile risposta alle esigenze non soddisfatte e agli obiettivi non raggiunti. Sicuramente non aiuta l'attuale crisi finanziaria nazionale dell'Italia che rende poco ottimisti sulle possibilità di spesa presenti e future, in termini di implementazione delle strutture e rafforzamento del personale.⁶⁰¹

Per ora alcune Regioni hanno cercato di fare il possibile per non essere colti impreparati al momento dell'entrata in vigore del Decreto Ministeriale avente ad oggetto le caratteristiche delle strutture che dovranno accogliere gli "ex-OPG".

⁶⁰¹ Vedi PELISSERO M., *op.cit.*, pag. 1026.

Ad esempio nella Regione Lombardia, da una rilevazione effettuata negli ultimi mesi del 2011⁶⁰², risultava che i pazienti residenti sul territorio della Asl in Opg per i quali i DSM e/o le Asl avevano ricevuto richiesta di valutazione e/o avevano in corso progetti di dimissione e/o inserimento in struttura residenziale nel 2011 erano 132, lo stesso numero di internati che poi risultavano in ultima sede dimessi. Ammontavano quindi a 264 i pazienti dimessi o in corso di dimissione. Inoltre, sempre nel corso del 2011, risultava aperto il Centro Psichiatrico Forense Gonzaga, una struttura destinata all'esecuzione delle misure di sicurezza in regime di licenza esperimento e per l'esecuzione penale esterna della libertà vigilata.⁶⁰³

⁶⁰² Vedi Deliberazione n. IX/2633 del 6 dicembre 2012 *Determinazione in ordine alla gestione del SSR anno 2012 (Allegato 13 Area della Salute mentale, par. Il processo di dimissione degli OPG)* reperibile su <http://www.quotidianosanita.it/allegati/allegato2378022.pdf>

⁶⁰³ Vedi quanto riferito da BENEVELLI L., *op.cit.*, pag. 8 e 9. La struttura ha la finalità di rispondere alle esigenze di accoglimento e di osservazione clinica propedeutica a successivi passaggi verso il reinserimento sociale di cittadini lombardi già internati in opg e di difficile accoglimento a scadenza della misura di sicurezza nei DSM della Lombardia, ha il compito di accogliere e ricoverati alla data del 31 dicembre 2010 presso l'opg di Reggio Emilia e con residenza nel bacino Lombardia-Piemonte-Valle d'Aosta. Tale struttura può essere utilizzata per i programmi di dimissione dei pazienti lombardi ricoverati all'opg di Castiglione. È stata realizzata con la collaborazione della A.O. Poma di Mantova, mediante la attivazione di 20 posti tecnici entro il 2010 e di altri 20 entro i primi mesi del 2011, con la possibilità di ulteriori ampliamenti in seguito. Il progetto regionale prevedeva in particolare per il 2011 l'obiettivo di:

- programmare la dimissione da Castiglione dei pazienti provenienti dal Piemonte valutati dimissibili, oltre che dagli altri opg, in accordo con la Regione Piemonte e coinvolgendo i DSM interessati;
- proseguire le azioni nelle Asl lombarde, per programmare la dimissione e l'adeguato inserimento nel territorio o in idonee strutture residenziali del territorio degli utenti dimissibili dai diversi opg, tramite riunioni operative in sede OCSM con la direzione dell'opg di Castiglione;

Un'altra Regione che ha dimostrato un certo “attivismo” è stata quella campana che ha individuato i seguenti quattro percorsi al fine del definitivo superamento degli OPG⁶⁰⁴:

1. uscita dagli attuali OPG per tutte le persone che possono essere prese in carico dai DSM, con contestuale o successiva revoca delle eventuali misure di sicurezza, assumendo, come principale indicatore per questo percorso, la presenza in OPG in condizioni di proroga.
2. inserimento nelle articolazioni sanitarie per la tutela della salute mentale negli istituti penitenziari ordinari (da realizzarsi entro il 30 giugno 2012).
3. inserimento nei servizi residenziali territoriali per le misure di sicurezza (da realizzarsi entro il 1 febbraio 2013) delle persone presenti in OPG ai sensi dell'art. 222 c.p.
4. inserimento in uno dei precedenti tre percorsi successivamente ad un processo di ridefinizione dei bisogni, delle risposte terapeutico-riabilitative ed eventualmente delle posizioni giuridiche per tutte le restanti persone presenti in OPG.

- prevedere le dimissioni degli utenti lombardi ricoverati, che necessitano di inserimento in apposite strutture residenziali, secondo una progettualità sperimentale (con adattamento dei moduli riabilitativo-assistenziali) e programmando l'inserimento dei pazienti nel sistema assistenziale regionale con il reperimento di strutture pubbliche o private, in diversi ambiti territoriali, con una missione aperta a programmi di assistenza e riabilitazione di pazienti autori di reato.

⁶⁰⁴ Vedi il Decreto n. 64 del 19 giugno 2012 avente ad oggetto il “Programma regionale per il definitivo superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari della Regione Campania ex Allegato C al D.P.C.M. 1° Aprile 2008 e Legge 17 febbraio 2012 n. 9, art. 3/ter.” del Commissario ad acta per la prosecuzione del Piano di rientro del settore sanitario, *op.cit.*, pagg. 10 e seg.

Riguardo alle strutture da realizzare, anche al fine di ridurre il rischio di nuove forme di istituzionalizzazione ed esclusione sociale e sanitaria, la Regione Campania ha confermato l'opportunità di assumere i seguenti riferimenti:

- 1) rispetto costante del fondamentale principio di territorialità;
- 2) adozione di modelli organizzativi per singola azienda sanitaria;
- 3) adozione di metodologie di intervento all'interno delle singole strutture sanitarie.

Riguardo ai consequenziali indirizzi fondamentali, da porre alla base dei singoli programmi regionali finalizzati al completo superamento degli OPG della Campania, sono state definite le seguenti indicazioni:

1. la creazione in ogni ASL di un servizio per la tutela della salute mentale in carcere, assistenzialmente collocati in ogni DSM e centralmente coordinati a livello di Azienda e di Regione;
2. la collocazione all'interno dei predetti servizi pubblici territoriali, sulla base dei dati analitici delle presenze in OPG già forniti mensilmente ai rappresentanti di tutte le Regioni designati nel Gruppo di coordinamento del bacino macroregionale per il superamento degli OPG della Campania, di due tipologie di articolazioni: 1) strutture residenziali per le misure di sicurezza di cui all'art. 3/ter della Legge 17 febbraio 2012 n. 9 (da realizzarsi entro il 1 febbraio 2013) e 2) articolazioni per la tutela della salute mentale negli istituti penitenziari ordinari di cui all'Accordo sancito dalla Conferenza Unificata il 13 ottobre 2011 (da realizzarsi entro il 30 giugno 2012);
3. il rispetto, relativamente ai requisiti per le suddette articolazioni, di quanto previsto dal decreto del Presidente della Repubblica 14 gennaio 1997, con le eventuali integrazioni contenute nel Decreto ex art. 3/ter, comma 2, Legge 17

febbraio 2012 n. 9, recante ulteriori requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi, anche con riguardo ai profili di sicurezza.

Resta ora da vedere, anche alla luce di quanto rappresentato nel prossimo paragrafo, se la buona volontà delle Regioni sarà effettivamente appoggiata dal Governo, rimasto latitante almeno fino agli ultimi mesi del 2012, probabilmente ed in parte comprensibilmente, precedentemente impegnato nella risoluzione di problemi, se possibile, più inquietanti e questioni (purtroppo) di più ampio e diffuso interesse.⁶⁰⁵

⁶⁰⁵ Al 24 ottobre 2012 l'interrogazione dell'onorevole Rita Bernardini, controfirmata da altri parlamentari del Partito Democratico, veniva semplicemente assegnata alla II Commissione (Giustizia). Nel contesto dell'interrogazione presentata il 10 settembre 2012 alla Presidenza del Consiglio dei Ministri, la Parlamentare aveva chiesto riscontro, tra gli altri, ai seguenti quesiti, ancora in attesa di responso:

- 1. i motivi della mancata emanazione del decreto, la cui adozione era prevista per il 31 marzo 2012, che avrebbe dovuto fissare i requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi, anche con riguardo ai profili della sicurezza, delle nuove strutture sanitarie e se al riguardo il Governo non intenda provvedere immediatamente;*
- 2. se non si intenda prevedere e/o garantire che all'interno delle nuove strutture sanitarie regionalizzate il personale riabilitativo prevalga su quello sanitario, in modo che il trattamento degli internati dimessi dagli OPG possa essere più accentuato sul versante riabilitativo che non su quello sanitario;*
- 3. se le somme stanziare per il progetto di regionalizzazione delle strutture destinate a sostituire gli attuali OPG di cui all'articolo 3-ter, comma 6, del decreto-legge n. 211 del 2011 siano sufficienti;*
- 4. se, ai fini dell'effettiva attuazione del programma costituzionale di rieducazione dell'autore di reato, il Governo non intenda predisporre più adeguati investimenti finanziari, in termini di implementazione delle strutture e di rafforzamento del personale, garantendo nel contempo ai pazienti - mediante i servizi territoriali - i necessari supporti per interventi di reinserimento sociale attraverso le opportune prescrizioni terapeutico-riabilitative;*
- 5. quante celle l'amministrazione penitenziaria abbia dovuto costruire per accogliere le persone dimesse dagli ospedali psichiatrici giudiziari;*
- 6. quante persone, dopo l'entrata in vigore della legge n. 9 del 2012, sono state dimesse dagli ospedali psichiatrici giudiziari e rinchiusi dentro le carceri;*

8.12 Decreto del 19 novembre 2012 e Intese del 6 dicembre 2012 ai fini dell'implementazione della c.d. Legge Svuota Carceri per il definitivo superamento degli OPG.

7. quali provvedimenti urgenti si intenda adottare, sollecitare e/o promuovere, affinché le strutture penitenziarie non vengano utilizzate come mini-OPG e se a tal proposito non si ritenga opportuno emanare una circolare ministeriale.

Il testo completo dell'interrogazione è disponibile sul sito http://banchedati.camera.it/sindacatoispettivo_16/showXhtmlNew.asp?highLight=0&idAtto=61769&stile=7&leg=16.

Vedi, inoltre, il Comunicato Stampa n. 244 del 21 novembre 2012 del Ministro della Salute disponibile su <http://www.salute.gov.it/attualita/paDettaglioComunicati.jsp?id=3779> e avente ad oggetto il riparto fondi per le nuove strutture che dovrebbero sostituire gli attuali OPG:

“Il Ministro della Salute, prof. Renato Balduzzi, ha inviato alla Conferenza Stato-Regioni lo schema di decreto contenente il riparto tra le Regioni dei fondi per il definitivo superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari previsto dall'articolo 3-ter comma 6 del decreto-legge 211/2011. Si tratta di 174 milioni (117 per il 2012 e 57 per il 2013) finalizzati alla realizzazione e riconversione delle strutture, mentre lo stanziamento per il loro funzionamento e per l'adeguamento del personale ammonta a 38 milioni per il 2012 che saliranno a 55 milioni annui a partire dal 2013.

Il riparto dei fondi è un passo decisivo nel percorso che porterà finalmente alla chiusura degli Opg e alla nascita delle nuove strutture residenziali che li sostituiranno. I requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi di queste strutture, a garanzia della loro sicurezza per pazienti, personale e territorio che le ospiterà, sono stati definiti da un decreto del Ministro della Salute di concerto con il Ministro della Giustizia firmato il 1 ottobre scorso e pubblicato lunedì in Gazzetta ufficiale.

E' da sottolineare il criterio con cui è stato disposto il riparto dei fondi: metà delle risorse verranno divise tra le Regioni in base alla popolazione residente, mentre l'altra metà sarà ripartita in base al numero dei soggetti attualmente internati negli Opg suddivisi per Regione di residenza e non a seconda della Regione attuale di ricovero. L'obiettivo, infatti, è quello di favorire l'avvicinamento di queste persone al proprio luogo di origine: un principio di civiltà decisivo per favorire il recupero e il reinserimento sociale dei pazienti.”

Come anticipato in precedenza, viste le Intese raggiunte in sede delle Conferenze Unificate, rispettivamente, del 25 luglio 2012 e del 26 settembre 2012, il 19 ottobre 2012 è stato pubblicato in Gazzetta Ufficiale il testo definitivo del Decreto del Ministro della Salute adottato di concerto con il Ministro della Giustizia recante i requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi delle strutture residenziali destinate ad accogliere le persone cui sono applicate le misure di sicurezza del ricovero in ospedale psichiatrico giudiziario e dell'assegnazione a casa di cura e custodia.

Tale decreto ha dettato i c.d. requisiti minimi ed indispensabili (e comunque meramente integrativi di quelli già definiti dal D.P.R. del 14 gennaio 1997) che le strutture locali sostitutive degli OPG dovranno rispettare per poter essere idonee all'accoglienza degli internati attualmente soggette alle misure di sicurezza summenzionate dell'OPG e della CCC. In particolare l'Allegato A del Decreto, ribadendo la funzione terapeutico-riabilitativa e socio-riabilitativa che dovranno espletare tali strutture residenziali, ha definitivamente stabilito che la realizzazione gestione interna di tali istituti dovrà essere di esclusiva competenza del servizio sanitario delle Regioni e delle Province Autonome di Trento e Bolzano. L'attività perimetrale di sicurezza e di vigilanza esterna non costituirà, invece, ambito di competenza del SSN né dell'Amministrazione Penitenziaria e sarà di conseguenza devoluta da ciascun ente regionale o provinciale alle relative prefetture, con cui verranno stipulati appositi accordi.

Per quanto concerne i requisiti strutturali, si prevede espressamente uno spazio verde esterno, dotato delle necessarie misure di sicurezza, dedicato ai pazienti., mentre l'area abitativa dovrà accogliere in effetti solo 20 posti

letto da suddividersi in camere riservate a uno o due pazienti (max 4) dotate degli arredi e attrezzature tali da garantire sicurezza, decoro e comfort.⁶⁰⁶

Per quanto riguarda poi i c.d. requisiti organizzativi si prevedono specifici parametri volti a far sì che si formi un'équipe di lavoro multi professionale, comprendente medici psichiatri, psicologi, infermieri, terapisti

⁶⁰⁶ Vedi per il testo completo del Decreto del 1 ottobre 2012 pubblicato nella G.U. n.270 del 19 novembre 2012

http://www.giustizia.it/giustizia/it/mg_1_8_1.wp?facetNode_1=3_1_6&previousPage=mg_1_8&contentId=SDC805057. Oltre a quanto sopra riportato, il Decreto prevede anche una lista completa "de minimis" dei locali che dovranno comprendere tali strutture, ovvero:

Locali di servizio comune:

- un locale cucina/dispensa;
- un locale lavanderia e guardaroba;
- locale soggiorno/pranzo;
- locale per attività lavorative;
- locale/spazio per deposito materiale pulito;
- locale/spazio per deposito materiale sporco e materiale di pulizia;
- locale/spazio o armadio per deposito materiale d'uso, attrezzature, strumentazioni, a seconda della quantità;
- locale di servizio per il personale;
- spogliatoio per il personale;
- servizi igienici per il personale;
- locale/spazio attrezzato per la custodia temporanea degli effetti personali dei degenti, effetti che sono gestiti dal personale per motivi terapeutici, di sicurezza o salvaguardia;
- locale per lo svolgimento dei colloqui con i familiari, avvocati, magistrati;
- un'area in cui è possibile fumare.

Locali per le attività sanitarie:

- locale per le visite mediche;
- studio medico/locale per riunioni di équipe;
- locale idoneo a svolgere principalmente attività di gruppo, in relazione alle attività specifiche previste;
- locale per colloqui e consultazioni psicologico/psichiatriche;
- locale per la gestione degli aspetti giuridico-amministrativi.

Inoltre, con appositi Accordi tra il DAP, il Ministero della salute, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano, sarà regolamentato lo svolgimento delle funzioni di cui alla legge 26 luglio 1975, n. 354 e al decreto del Presidente della Repubblica 30 giugno 2000, n. 230, anche con riferimento agli aspetti della esecuzione della misura di sicurezza e alle forme dei rapporti con la magistratura.

della riabilitazione psichiatrica/educatori, OSS.⁶⁰⁷ L'organizzazione del lavoro si dovrà basare su un modello di governance clinico-assistenziale, in base ai quali le organizzazioni sanitarie devono impegnarsi per il miglioramento continuo della qualità dei servizi e del raggiungimento di standard assistenziali elevati. A conferma di ciò la responsabilità della gestione all'interno della struttura dovrà essere di competenza di un medico dirigente psichiatra.

Le strutture residenziali, nell'ambito delle direttive dei Dipartimenti di salute mentale, dovranno inoltre adottare linee guida e procedure scritte di consenso professionale, volte a definire quantomeno le seguenti questioni:

- definizione dei compiti di ciascuna figura professionale;
- modalità d'accoglienza del paziente;
- valutazione clinica e del funzionamento psico-sociale;
- definizione del programma individualizzato;
- criteri per il monitoraggio e la valutazione periodici dei trattamenti terapeutico/riabilitativi;
- gestione delle urgenze/emergenze;
- modalità di raccordo col Dipartimento Cure primarie per garantire l'assistenza di base ai pazienti ricoverati nella struttura;

⁶⁰⁷ In particolare, per l'assistenza e la gestione di un nucleo di 20 pazienti, dovrà essere ritenuta necessaria la seguente dotazione di personale (non più con l'aggettivo "minima"):

- 12 infermieri a tempo pieno;
- 6 OSS a tempo pieno;
- 2 medici psichiatri a tempo pieno con reperibilità medico-psichiatrica notturna e festiva;
- 1 educatore o tecnico della riabilitazione psichiatrica a tempo pieno;
- 1 psicologo a tempo pieno;
- 1 assistente sociale per fasce orarie programmate;
- 1 amministrativo per fasce orarie programmate.

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

- modalita' e criteri di raccordo con gli altri servizi del Dipartimento di salute mentale, i servizi per le tossicodipendenze, altri servizi sanitari, i servizi degli enti locali, le cooperative sociali, l'associazionismo, al fine programmare le attivita' di recupero e di inclusione sociale dei pazienti, una volta revocata la misura di sicurezza detentiva;
- modalita' di attivazione delle Forze dell'Ordine, nelle situazioni di emergenza attinenti alla sicurezza.

Infine, sempre in base all'Allegato A del Decreto sui requisiti minimi delle strutture sostitutive degli OPG, le Regioni dovranno adottare un piano di formazione del personale ivi impegnato, mirato ad acquisire e a mantenere competenze cliniche, medico legali e giuridiche, “con particolare attenzione ai rapporti con la Magistratura di sorveglianza, specifiche per la gestione dei soggetti affetti da disturbo mentale autori di reato”.

Poco dopo la tanto attesa pubblicazione in Gazzetta Ufficiale del Decreto summenzionato, il 6 dicembre 2012 sono state sancite – *inter alia* ed in sede di Conferenza Unificata tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano e le autonomie locali - due Intese rilevanti ai fini del tema in oggetto: la prima vertente sulla proposta del Ministero della salute di deliberazione del CIPE concernente il riparto tra le Regioni, per l'anno 2012, delle risorse previste dall'art. 3-ter, comma 7, del d.l. 22 dicembre 2011 n. 211, convertito dalla legge 17 febbraio 2012, n. 9. Mentre la seconda Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano e le Autonomie locali aveva ad oggetto lo schema di decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, concernente il riparto delle risorse di cui all'articolo 3-ter, comma 6, del decreto legge 22 dicembre 2011, n. 211, convertito, con modificazioni, dalla legge 17 febbraio 2012, n. 9, come modificato dall'articolo 6, comma 3,

del decreto legge 13 settembre 2012, n. 158, convertito con modificazioni, nella legge 8 novembre 2012, n. 189.⁶⁰⁸

In particolare l'Allegato A approvato con l'Intesa summenzionata ha previsto lo stanziamento di un apposito capitolo di spesa "Fondo Sanitario Nazionale" nello stato di previsione del Ministero dell'Economia e delle Finanze, volto a coprire gli oneri determinati ai sensi del comma 7 della c.d. Svuota Carceri. Tale capitolo ha previsto la ripartizione del 50% delle risorse in proporzione alla popolazione residente in ciascuna Regione o Provincia Autonoma (a seconda del caso) e del restante 50% in base alla residenza della popolazione ricoverata al 31 dicembre 2011 nei sei OPG presenti sul territorio nazionale.

Le spese dovranno essere naturalmente correlate all'effettiva attivazione delle strutture residenziali alternative agli OPG e al generale rafforzamento della rete complessiva dei servizi ambulatoriali per la salute mentale sul territorio nazionale.

L'erogazione dei fondi sarà inoltre subordinata all'approvazione – attraverso l'emanazione di un Decreto da parte del Ministro della Salute adottato di concerto con il Ministro per la pubblica amministrazione e la semplificazione e il Ministro dell'Economia e delle Finanze - dei rispettivi programmi assistenziali regionali per il definitivo superamento degli OPG.

Per quanto concerne, invece, lo schema di decreto del Ministero della Salute, adottato di concerto con il Ministro dell'Economia e delle finanze, concernente il riparto delle risorse di cui all'art. 3-ter, comma 6 della c.d.

⁶⁰⁸ Per il testo completo dell'Intesa vedi: http://www.statoregioni.it/Documenti/DOC_038634_140%20cu.pdf

Svuota Carceri, tale documento ha in ordine stabilito in Euro 173.807.991,00 le risorse iscritte in bilancio per il definitivo superamento degli OPG, da ripartirsi fra le varie Regioni in base ad una tabella allegata al testo del decreto e da erogarsi una volta ottenuta da ciascuna Regione l'approvazione del Ministro della Salute di un programma di utilizzo da presentarsi entro 60 giorni dalla pubblicazione in Gazzetta Ufficiale del decreto (attualmente in forma di mero schema).⁶⁰⁹

Lo schema di decreto ha anche previsto la possibilità per le Regioni di poter stipulare specifici accordi interregionali per la realizzazione di strutture comuni in cui ospitare i soggetti internati provenienti dalle Regioni stesse.

In attesa della pubblicazione in Gazzetta Ufficiale del decreto e della presentazione da parte delle varie Regioni dei propri programmi di utilizzo secondo i requisiti dettati dall'art. 2 del decreto stesso, ci sono già state le prime reazioni degli addetti ai lavori, all'approvazione del Decreto Ministeriale del 1ottobre 2012 ed alle due summenzionate Intese, sancite in Conferenza Unificata il 6 dicembre 2012.

Da parte delle associazioni c'è stato, infatti, l'invio nel mese di dicembre al Ministro per la Salute Renato Balduzzi una lettera in cui si esprimevano le principali perplessità e preoccupazioni nei confronti della nuova disciplina in via di implementazione. In particolare, da parte di tali associazioni, capeggiate dal comitato StopOPG, ciò che si paventa di più è che il superamento degli OPG finisca per significare il mero trasferimento delle persone ad oggi internate negli OPG e CCC nei c.d. "mini OPG" che

⁶⁰⁹Vedi il testo completo del decreto e la relativa Tabella di riparto su http://www.ristretti.it/commenti/2012/dicembre/pdf4/fondi_opg.pdf

fungerebbero da “nuovi contenitori” dove attuare le misure di sicurezza⁶¹⁰. Addirittura si sostiene che il decreto del 1 ottobre 2012 avrebbe costituito una *reformation in peius* in quanto la possibile istituzione di strutture interregionali potrebbe far sì che si continuino a mantenere persone internate lontane dalla loro regione di provenienza, rafforzando meccanismi di delega da parte di alcuni Dsm e tenendo in piedi alcuni OPG semplicemente suddividendoli in moduli. Inoltre si è notato che, mentre con il c.d. “decreto Balduzzi” (ora articolo 6 legge 189/2012) era stato così modificato l’articolo 3 ter della legge 9/2012: “Le predette risorse ...sono ripartite tra le regioni,..., previa intesa .., ed assegnate alla singola regione con decreto del Ministro della salute di approvazione di uno specifico programma di utilizzo proposto dalla medesima regione che deve consentire la realizzabilità di progetti terapeutico-riabilitativi individuali”, tale formulazione non è stata riportata nel decreto di riparto.

Di conseguenza, si è proposto che (i) i programmi regionali di utilizzo prevedano la destinazione delle risorse ai DSM per progetti individuali finalizzati alle dimissioni degli/delle internati/e o per progetti di alternativa alla misura di sicurezza detentiva in OPG o CCC (ricalcando il dettato delle sentenze della Corte Costituzionale n.253/2003 e n.367/2004)” e (ii) che siano attuate le “dimissioni senza indugio” per i due terzi delle persone internate attraverso la presa in carico dei DSM, che porterebbero alla immediata chiusura di alcuni OPG. Si è infine proposta l’istituzione di una specifica autorità di garanzia nazionale (con funzioni commissariali ad acta) per

⁶¹⁰ Vedi il testo originale della lettera su <http://www.news-forumsalutementale.it/chiudono-gli-opg-o-riaprono-i-manicomi-le-proposte-di-stop-opg/>

l'attuazione dei programmi delle regioni e per il loro monitoraggio. Infine, si è ritenuto opportuno ribadire che urge la modifica degli articoli del codice penale 88 e 89 per allinearli con i principi della legge Basaglia.

Per poter in ogni caso dare una valutazione oggettiva e non affrettata dell'impianto normativo ancora in via di attuazione, bisognerà aspettare la pubblicazione in Gazzetta Ufficiale degli schemi di decreto sopra menzionati, la presentazione dei programmi di utilizzo da parte delle singole Regioni e la rispettiva implementazione degli stessi. Per ora ogni tipo di valutazione potrebbe rivelarsi scorretta e tendenzialmente ideologica.

8.13 Spunti di riflessione

Avendo già ricordato, nel corso del presente lavoro, i problemi della valutazione clinica della imputabilità e della pericolosità sociale, la necessità di un superamento dell'attuale sistema delle misure di sicurezza psichiatriche, sia dell'OPG sia della casa di cura e di custodia⁶¹¹, le possibili modificazioni

⁶¹¹ Si segnala da ultimo la notizia pubblicata, tra le altre, dall'associazione StopOPG su <http://www.stopopg.it/node/492> e avente ad oggetto tre differenti operazioni di sequestro avvenute in data 19 dicembre 2012 su iniziativa della Commissione d'Inchiesta sul SSN presieduta dal senatore Ignazio Marino, con l'ausilio dei carabinieri in Toscana, Sicilia e Abruzzo. Le strutture sottoposte a sequestro risultano essere state, in particolare, il reparto denominato "PESA" all'interno dell'ospedale psichiatrico di Montelupo Fiorentino; l'intero ospedale psichiatrico giudiziario di Barcellona Pozzo di Gotto; alcuni container in cui alcune decine di giovani pazienti psichiatrici dell'Aquila, dopo il terremoto del 2009, erano costretti a recarsi per poter prendere parte a progetti terapeutico-riabilitativi.

Per quanto concerne gli internati dell'OPG di Montelupo Fiorentino nel reparto "PESA" dovranno essere trasferiti entro sette giorni. Nel provvedimento di sequestro, la Commissione ha spiegato che "continuano a essere radicalmente deficitarie" le condizioni strutturali ed igienico-sanitarie, recando "pregiudizio ai diritti costituzionalmente garantiti" come il diritto a forme di detenzione che non siano contrarie al senso di umanità, il diritto alla salute e il diritto all'incolumità.

suggerite dalla dottrina, gli interventi in materia della giurisprudenza – della Corte Costituzionale e della Corte di Cassazione – i numerosi schemi di disegno-legge e da ultimo l'entrata in vigore della Legge 17 febbraio 2012 n.9 e del relativo Decreto del Ministro della Salute adottato di concerto con Ministro della Giustizia, è chiaro che i tempi per una riforma risultano ormai maturi. Altrettanto chiaro è peraltro che la riforma, per quanto vera e reale, non deve né stravolgere né travolgere la nozione di imputabilità, bensì, aspirare a superare tutte le difficoltà interpretative e operative che connotano il vigente sistema.

E' auspicabile, a tal proposito, che il lavoro comune tra giuristi, specialisti in medicina legale, psicologi e psichiatri, a livello nazionale e regionale, già ampiamente avviato e negli ultimi anni ritornato ad essere vivace e attivo, possa svilupparsi e procedere speditamente, al fine di ridefinire concordemente le norme e le metodologie di accertamento di imputabilità ed eventuale pericolosità sociale dell'imputato, consentendo un intervento sanzionatorio-trattamentale più adeguato alle nuove scelte di politica criminale. Tutto questo ai fini di un reale superamento degli OPG, o quanto

L'OPG di Barcellona Pozzo di Gotto dovrà essere, invece, definitivamente chiuso entro 30 giorni. La Commissione ha in particolare rilevato che "Pur notando alcuni miglioramenti in diverse aree della struttura, segnalati nel provvedimento di sequestro, i reparti dell'Opg mantengono una conformazione del tutto inadeguata per una struttura che dovrebbe garantire standard da residenza psichiatrica e soffrono di una condizione di intollerabile sovraffollamento (fino a 12 pazienti per cella)". Tali difficoltà risultano peraltro confermate dallo stesso direttore dell'Opg che ha dichiarato quanto segue: "mancano figure mediche specialistiche per l'assistenza agli internati: persone che soffrono di cuore, disabili in sedia a rotelle, pazienti affetti da ernie e da altre disfunzioni gravi non possono essere assistiti. Lo stesso vale per la terapia psichiatrica e psicologica".

Trattasi di un ennesimo episodio eclatante, teso a chiarire quanto sia necessario e urgente intervenire per porre rimedio a un problema pulsante e vivo come quello degli internati in OPG.

meno per un effettivo adeguamento delle norme alle sempre nuove realtà cliniche, sul modello esemplare, come più volte sottolineato, di Castiglione delle Stiviere.

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

- AA. VV., *L'impatto della legge 180 nella cultura nazionale ed internazionale*, in CENDON P., *Un altro diritto per il malato di mente*, Napoli, 1988.
- AA. VV., *Problemi attuali in materia di trattamento sanitario obbligatorio*, in CENDON P., *Un altro diritto per il malato di mente*, Napoli, 1988.
- AA.VV., *Diritto penale*, in PALERMO FABRIS E. - PRESUTTI A. *Diritto e procedura penale minori/e*, a cura di, volume quinto del *Trattato di Diritto di famiglia*, Milano, 2002.
- AA.VV., *I minorenni e la giustizia*, in *Magistratura Democratica*, n° 1, Roma, 1980.
- AA.VV., *Lo psicopatico delinquente*, Milano, 1980.
- AA.VV., *Perizia psichiatrica e misure di sicurezza*, Mantova, 1980.
- AA.VV., *Libertà e salute: la nuova legislazione psichiatria*, in *Quest.crim.*, 1979.
- ACCATTATIS V., *Il sistema carcerario italiano fra repressione e mistificazione*, in *Crimini di pace*, a cura di BASAGLIA F. e BASAGLIA ONGARO F., Torino, 1975.
- AGUGLIA E. - DE VANNA M. - MENCACCI C. - SCHIAVON M., *Ospedale Psichiatrico Giudiziario: continuità o superamento?*, in *Riv. Sper. Freniatr.*, vol. CXXV, 2001.

- AIMONETTO M.G., *L'incapacità dell'imputato per infermità di mente*, Milano, 1992.
- ALESSANDRI A., *Pena infermità mentale*, in *Riv.it.dir.proc.pen.*, 1976.
- ALIBRANDI L., *Il codice penale: commento articolo per articolo con la giurisprudenza*, Piacenza, 2000.
- AMATO G., *Cronica intossicazione e imputabilità del tossicodipendente*, in *Cassazione Penale*, Milano, 1998.
- AMATO G., *Misura di sicurezza e pericolosità sociale presunta*, in *Giur.cost.*, 1966.
- AMATO N., *La riforma penitenziaria in Italia*, in *Legislazione e Giustizia*, 1988.
- AMELIA M., *La «incerta» legittimità costituzionale dell'«automatismo» previsto all'art. 219 c.p.*, in *Giur. Merito*, 2009, 9.
- AMISANO M., *Incapacità per vizio totale di mente ed elemento psicologico del fatto*, Torino, 2005.
- ANCEL M.- STRAHL I., *Le droit pénal des pays scandinaves*, Paris, 1969.
- ANDENAES J., *La prevenzione generale nella fase della minaccia, dell'irrogazione e dell'esecuzione della pena*, in AA. VV., *Teoria e prassi della prevenzione generale dei reati*, a cura di ROMANO M. - STELLA F., Bologna, 1980.
- ANDREANO R., *Tutela della salute e organizzazione sanitaria nelle carceri: profili normativi e sociologici*, Milano, 2001.
- ANDREOLI V., *Anatomia degli Ospedali psichiatrici giudiziari italiani, Dipartimento Amministrazione Penitenziari-Ufficio studi e ricerche*, Roma, 2002.

- ANDREOLI V., *Un secolo di follia*, Milano, 1991.
- ANDREWS D. A.-ZINGER I.- HOGE R. D. – BONTA J.- GENDREAU P. - CULLEN, F. T. , *Does correctional treatment work?*, in *Criminology*, 1990.
- ANGELINI ROTA M. - MERLI S., *La perizia psichiatrica: aspetti procedurali e deontologici*, in FERRACUTI F. (a cura di), *Psichiatria forense generale e penale*, Vol. XIII., Milano, 1990.
- ANTILLA I., *Conservative and radical criminal policy in the Nordic countries*, in *Scandinavian Stud in Crimin.* , 1971.
- ANTOLISEI F., *Il progetto preliminare del codice penale*, in *Scuol.pos.*, 1949.
- ANTOLISEI F., *Manuale di diritto penale - parte generale*, Milano, 2003.
- ANTOLISEI F., *Scritti di diritto penale*, Milano, 1955.
- ARCIDIACONO C. – FERRARI BRAVO G., *Significato attuale e alcuni sviluppi teorici della chiusura della sezione minorile dell'Opg di Aversam*, in *Esperienze di rieducazione*, IV, 1980.
- ARIATTI R., *La responsabilità dello psichiatra operante nel servizio sanitario nazionale*, in V. VOLTERRA, *Psichiatria Forense, Criminologia ed Etica psichiatrica* Vol. III del *Trattato Italiano di Psichiatria*, Milano, 2006.
- AYATOLLAH AMID ZANJANI A., *Introduction of Comparative Law*, Tehran, 2003.
- BACKMAN E.-KOSKINEN P. – LAHTI R. – LEHTIMAJA L., *Finnish Criminal Policy in Transition.*, Helsinki,1979.
- BALBI G., *Infermità di mente e imputabilità*, in *Riv. it. dir. proc. pen.*, 1991.

- BALBI G., *Infermità di mente ed imputabilità*, in *Rivista Italiana di Diritto e Procedura Penale*, n.3,1991.
- BALESTRIERI D., *Introduzione allo studio del diritto penale irlandese : i principi*, Padova, 2000.
- BANDINI T. *La valutazione psichiatrico-forense della pericolosità*, in *Rass. Italiana di Criminologia*, 1981.
- BANDINI T., *Lezioni di psicologia e psichiatria forense* ,Milano, 2000.
- BANDINI T., *Prospettive di riforma in tema di imputabilità e trattamento del malato di mente*, in BERTOLINO M., *Imputabilità e trattamento del malato di mente autore di reato*, Padova, 1995.
- BANDINI T., *Riflessioni critiche sulla nozione di infermità in psichiatria forense*, in: DELL'OSSO L. - LOMI A. , *Diagnosi psichiatrica e DSM-III-R*, Milano, 1989.
- BANDINI T. - GATTI U., *Delinquenza giovanile. Analisi di un processo di stigmatizzazione e di esclusione*, Milano, 1987.
- BANDINI T. - GATTI U., *Nuove tendenze in tema di valutazione clinica dell'imputabilità*, in: FERRACUTI F. , *Trattato di Criminologia, Medicina Criminologica e Psichiatria Forense*, Vol. 13, Milano, 1990.
- BANDINI T. - GATTI U., *Perizia psichiatrica e perizia criminologica: riflessioni sul ruolo del perito nell'ambito del processo penale*, in *Rivista Italiana di Medicina Legale*, 2, 1982.
- BANDINI T. - LAGAZZI M., *Le basi normative e le prospettive della perizia psichiatrica nella realtà europea contemporanea: l'imputabilità del sofferente psichico autore di reato*, in CERETTI A. - MERZAGORA I., *Questioni sull'imputabilità*, Padova,1994.

- BANDINI T. - LAGAZZI M., *Lezioni di psicologia e psichiatria forense*, Milano, 2000.
- BARBERO AVANZINI B., *Criminologia - Infanzia, adolescenza - Sociologia giuridica e della devianza*, Milano, 2006.
- BARNI M., *Su abuso di tossici e imputabilità, un'autentica lezione di civiltà*, in *Rivista italiana di Medicina Legale*, Milano, 1998.
- BASAGLIA F. e GIANNICHECKDA M. G., *Legge e psichiatria: per un'analisi delle normative in campo psichiatrico*, *Scritti*, vol. II.
- BASAGLIA F., *L'istituzione negata*, Torino, 1968.
- BASAGLIA F., *Scritti*, Torino, 1981.
- BASILE T. - FASSONE E. - TUCCILLO G., *La riforma penitenziaria*, Napoli, 1987.
- BASILE T., *Il ruolo della magistratura di sorveglianza nella riforma penitenziaria: qualche riflessione*, in *La Giustizia penale*, I, 1985.
- BELLOMIA S., *Ordinamento penitenziario*, in *Enc. Dir.*, XXX, 1980.
- BENASSI P., LUBERTO S., *Evoluzione del concetto di pericolosità sociale*, in *Riv. Sper. Di Fren. E Med. Leg.*, 1987.
- BERNHEUM J., *Études sur la responsabilité pénale e le traitement psychiatrique des délinquantes malades mentaux*, VII *Colloquium Criminologicum*, Council of Europe, 1985.
- BERTOLINO M., *Nuove prospettive di riforma del trattamento penale del sofferente psichico. A proposito del recente schema di disegno di legge delega per l'emanazione del nuovo codice penale*, in BANDINI T. - LAGAZZI M. - VERDE A., *La tutela giuridica del sofferente psichico*, Milano, 1993.

- BERTOLINO M., *Dall'infermità di mente ai disturbi della personalità: evoluzione e/o involuzione della prassi giurisprudenziale in tema di vizio di mente*, in *Rivista Italiana di Medicina Legale*, 2004.
- BERTOLINO M., *Il commento*, in *Diritto penale e processo*, 2005.
- BERTOLINO M., *Il nuovo volto dell'imputabilità penale. Dal modello positivistico del contratto sociale a quello funzional-garantista*, in *Ind. pen.*, 1998.
- BERTOLINO M., *Le incertezze della scienza e le certezze del diritto a confronto sul tema della infermità mentale*, in *Riv. it. dir. e proc. pen.*, 2006, 02.
- BERTOLINO M., *L'imputabilità e il vizio di mente nel sistema penale*, Milano, 1990.
- BETTIOL G., *Diritto penale*, Padova, 1982.
- BIANCO C. - DELL'AQUILA D.S., *Superare l'orrore: gli Ospedali psichiatrici giudiziari e le prospettive di chiusura e superamento*, in *Le prigionie malate- Ottavo Rapporto di Antigone sulle condizioni di detenzione in Italia*, 2011.
- BINI L. - BAZZI T., *Psicologia medica*, Milano, 1971.
- BISIO B., *Psicologia criminale*, Roma, 1975.
- BJERKE S., *Zielsetzung un stand der strafrechtsreform in Norwegen*, in *Neuer Tendenzen der Kriminalpolitik*, Freiburg, 1987.
- BONAZZI A., *Ergastolo azzurro*, Milano, 1970.
- BORTONE G. N., *Semimputabilità e sistema del doppio binario*, in *Ind. pen.*, 1999.
- BOSCARELLI M., *Appunti critici in tema di misure di sicurezza*, in *Riv.it.dir.proc.pen.*, 1964.

- BOSCHI L., *Le alternative alla detenzione nell'applicazione giurisprudenziale della Corte di Cassazione*, in C.S.M., *Problemi attuali della magistratura di sorveglianza*, Roma, 1983.
- BREDA R., *Ordinamento penitenziario e misure alternative alla detenzione*, Milano, 1980.
- BRICOLA F., *Il sistema sanzionatorio penale nel codice Rocco e nel progetto di riforma*, in *Scritti di diritto penale*, Milano, 1997.
- BRICOLA F., *Fatto del non imputabile e pericolosità*, Milano, 1961,
- BRICOLA F., *Il sistema sanzionatorio penale nel codice Rocco e nel progetto di riforma*, in *Giustizia penale e riforma carceraria in Italia*, Roma, 1974.
- BRICOLA F., *La discrezionalità nel diritto penale*, I, *Nozione e aspetti costituzionali*, Milano, 1965.
- BRUNO F., *Cronica intossicazione da alcool o stupefacenti*, in *Enciclopedia del diritto*, XI, Milano, 1962.
- BRUNO F., *La pericolosità sociale psichiatrica*, in FERRACUTI F. (a cura di), *Trattato di Criminologia, Medicina Criminologica e Psichiatria Forense*, vol. XIII, Milano, 1990.
- BUCALO G., *Dizionario Antipsichiatrico. Esplorazioni e viaggi per fare a meno della psichiatria*, Roma, *passim*; AMMANITI M., *Fra terapia e controllo*, Torino, 1978.
- BUSNELLI F.D., BRECCIA U., *Il diritto alla salute*, Bologna, 1979.
- BUZZI F., *Questioni medico-legali e profili di responsabilità nel trattamento sanitario obbligatorio del malato di mente*, in *Archivio di Medicina legale e delle Assicurazioni*, 1985.

- CALABRIA A., voce *Pericolosità*, in *Digesto delle Discipline Penalistiche*, vol. IX, Torino, 1995.
- CALOGERO A., *Superamento degli OPG - Attuazione del DPCM 1 Aprile 2008*, in *Psichiatria, Psicologia e Diritto*, Anno I, n.1, aprile 2009.
- CALVANESE E. – BIANCHETTI R., *L'internamento in ospedale psichiatrico giudiziario: le revoche della misura nelle ordinanze del magistrato di sorveglianza di Mantova (Anni 1992 – 2002), Relazione presentata al XVII Congresso Nazionale della Società Italiana di Criminologia*, 9-11 ottobre 2003.
- CALVI A.A., *Tipo criminologico e tipo normativo d'autore*, Padova, 1967.
- CALVI A.A., *Ugo Spirito criminalista*, in *Quaderni Fiorentini*, 1974-5.
- CANCRINI M. G. - HARRISON L., *La trappola della follia*, Roma, 1983.
- CANEPA G. - MERLO S., *Manuale di diritto penitenziario*, Milano, 1996.
- CANEPA G., *Questioni medico-legali in tema di perizia sulla personalità, in rapporto al nuovo codice di procedura penale*, in *Rass. It. Crim.* , I, 1990.
- CANEPA G., *Accertamento e revisione della pericolosità sociale: la diagnosi psicologica*, in GULOTTA G., *Trattato di psicologia giudiziaria nel sistema penale* , Milano, 1987.
- CANEPA G., *Aspetti criminologici e medico-legali della pericolosità sociale*, in *Rass. Criminol.*, n.18, 1970.
- CANEPA G., *I problemi diagnostici in rapporto ai quesiti della perizia psichiatrica*, in: DELL'OSSO L., LOMI A. (a cura di), *Diagnosi psichiatrica e DSM-III-R*, Milano, 1989.
- CANEPA G., *L'esame psico-diagnostico in tema di accertamento e revisione della pericolosità sociale*, in *Riv.It.Med.Legale*, 1984.

- CANEPA G., MARUGO M.I, *Imputabilità e trattamento del malato di mente autore di reato*, Padova, 1995.
- CANEPA G., TRAVERSO G.B., *Considerazioni sulla perizia psichiatrica in riferimento al D.D.L.177/83 del Senato della Repubblica*, in: TRAVERSO G.B., *Criminologia e Psichiatria Forense*, Milano, 1987.
- CANEPA G. - MARCHESELLI A. - MERLO S., *Lezioni di diritto penitenziario*, Milano, 2002.
- CANEPA M. – MERLO S., *Problemi applicativi della legge 663/1986*, in *Quaderni del CSM*, 1987.
- CANEPA M.-MERLO S., *Manuale di diritto penitenziario*, Milano, 1996.
- CANOSA R., *Storia del manicomio in Italia dall'Unità d'Italia ad oggi*, Milano, 1990.
- CAPPARONI A., *Intervento alla tavola rotonda sul tema: "Evoluzione del concetto di malattia mentale e suoi risvolti in riferimento alla legge 180"*, in *Atti e memorie dell'Accademia di Storia dell'arte sanitaria* n° 38, 2, 1982.
- CAPPELLI I., *Il problema del manicomio giudiziario*, in *Riv.sper.freniatria*, 1972.
- CARACCIOLI I., *I problemi generali delle misure di sicurezza*, Milano, 1970.
- CARACCIOLI I., *Le presunzioni di pericolosità sociale tra Corte Costituzionale e progetto di riforma*, in *Riv.it.dir proc.pen.*, 1972.
- CARBONELL MATEU J.C., *Enfermedad mental y delito: aspectos psiquiátricos, penales y procesales*, Valencia, 1987.

- CARNEVALE A. - MENNA R. - COLAGRECO A., *La perizia criminologica nel processo penale: dal codice del '30 ai nostri giorni.*, in *Riv. It. Med. Leg.* XVII, 1995.
- CARRIERI F. - CATANESI R., *La perizia psichiatrica sull'autore di reato: evoluzione storica e problemi attuali*, in *Rivista Italiana di Medicina Legale*, 2001.
- CARRIERI F. - GRECO O. - CATANESI R., *Malattia mentale, imputabilità e pericolosità sociale*, in: CANEPA G. - MARUGO M.I., *Imputabilità e trattamento del malato di mente autore di reato*, Padova, 1995.
- CASAROLI G., *Misure alternative alla detenzione*, in *Digesto Penale*, Torino, 1994.
- CASTIGLIONI R., *Malattia mentale e pericolosità. Osservazioni sull'evoluzione del concetto di pericolosità. Premessa*, in *Riv.Sper.di Fren. E Med.Leg.*, 1984.
- CASTRONOVO C., *La legge 180, la Costituzione e il dopo*, in CENDON P., *Un altro diritto per il malato di mente*, Napoli, 1988.
- CATANESI R. - CARABELLESE F., *L'accertamento peritale fra esigenze di cura e pericolosità sociale*, in *Rassegna Italiana di Criminologia*, n. 3, Milano, 2005.
- CATANESI R. - GRECO O., *La responsabilità professionale dello psichiatra*, in CASSANO G.B., *Trattato Italiano di Psichiatria*, Milano, 1999.
- CAVALIERE R. - BALOCCO V., *Ricerche sulla validità dei giudizi prognostici in tema di pericolosità sociale*, in *Riv.It.Med.Leg.*, 1984.

- CAVANNA A., *La codificazione penale in Italia. Le origini lombarde*, Milano, 1975.
- CELENTANO P., *Ancora sulla cosiddetta fungibilità tra pene e misure di sicurezza*, *Atti del simposio sui problemi attuali del manicomio giudiziario di Castiglione delle Stiviere*, in *Riv.sper.freniatria*, 1972.
- CENDON P., *Il prezzo della follia*, Bologna, 1984.
- CENTONZE F., *L'imputabilità, il vizio di mente e i disturbi della personalità*, in *Riv.it. dir.proc.pen.*, 2005.
- CENTONZE A., *L'imputabilità, la funzione sociale della pena e l'accertamento multifattoriale delle infermità psichiche*, in *Psichiatria, Psicologia e Diritto*, n.3, settembre 2010.
- CERQUETTI A., *Riflessioni sulla pericolosità sociale come presupposto delle misure di sicurezza nella Costituzione*, in *Arch. Pen.*, 1983.
- CERQUETTI G., *L'imputabilità nella sistematica del diritto penale*, Perugia, 1979.
- CHARLETON P., *Irish Criminal Law: Student Edition*, Dublin, 1999.
- CHINNICI G., *La predizione della pericolosità sociale*, in *Criminologia e psicopatologia forense*, Palermo, 1986.
- CODA S., *Stati emotivi o passionali: un contributo clinico*, in *Riv. it .med. leg.*, 2000.
- COLLICA M.T., *Anche i disturbi di personalità sono infermità mentale*, in *Riv.it. dir.proc.pen.*, 2005.
- COLLICA M.T., *Il giudizio di imputabilità tra complessità fenomenica ed esigenze di rigore scientifico*, in *Riv. it. dir. e proc. pen.*, 2008, 03.
- COLLICA M.T., *Vizio di mente: nozione, accertamento e prospettive*, Torino, 2007.

- CONSO G., Voce *Capacità processuale penale*, in *Enciclopedia del diritto*, vol. VI, Milano, 1960.
- COOPER D., *Psichiatria e anti-psichiatria*, Roma, 1967.
- CORSARO D. - PIRRONE V., *L'indagine della personalità nel nuovo processo penale*, in *Rass. penit. crim.*, II, 1980.
- COSMACINI G., *Storia della medicina e della salute in Italia*, Bari, 1987.
- COSMANCINI G., *Medici nella storia d'Italia*, Roma - Bari, 1996.
- COSTANZO A., *Udienza Preliminare presso il Tribunale di Catania DEL 30 dicembre 2008, n.1001*, in *Psichiatria, Psicologia e Diritto*, Anno n.1, n.2, Dicembre 2009.
- CRESPI A. - STELLA F. - ZUCCALÀ G., *Commentario breve al codice penale*, Padova, 2001.
- CRESPI A., voce *Imputabilità*, in *Enciclopedia del Diritto*, vol. XX, Milano, 1970.
- CRESPI A., voce *Imputabilità*, in *Enciclopedia del diritto*, XX, Milano, 1970.
- CRESPI A. - STELLA F. - ZUCCALA' G., *Commentario breve al codice penale*, Padova, 2001.
- D'ALEMA M., *Corriere della Sera*, 19 aprile 2007.
- DAGA L., *Ospedali psichiatrici giudiziari, sistema penale e sistema penitenziario: appunti sulla funzione dell'O.P.G.*, in *Rass. Penit. Criminol.*, 1985.
- DAVID J., *England & Wales, in Placement and Treatment of Mentally Ill Offenders – Legislation and Practice in EU Member States, Final Report*, Mannheim, 2005.

- DE BERNARDI A., DE PERI F., PANZERI L., *Tempo e catene. Manicomio psichiatria e classi subalterne. Il caso milanese*, Milano, 1980.
- DE BERNARDI A., *Follia psichiatria e società. Istituzioni manicomiali, scienza psichiatrica e classi sociali nell'Italia contemporanea*, Milano, 1982.
- DE BERNARDI A., *Follia, psichiatria e società. Istituzioni manicomiali*, Milano, 1982.
- DE BERNARDI A., *Malattia mentale e trasformazioni sociali*, in *Follia, psichiatria e società. Istituzioni manicomiali, scienza psichiatrica e classi sociali nell'Italia moderna e contemporanea*, Milano, 1982.
- DE CATALDO NEUBURGER L., *La ricerca psicologica e la sua rilevanza in ambito giudiziario*, in DE CATALDO NEUBURGER L. (a cura di), *La giustizia penale e la fluidità del sapere: ragionamento sul metodo*, Padova, 1988.
- DE FAZIO F., BEDUSCHI G. (a cura di), *La medicina legale ed il nuovo codice di procedura penale*, Milano, 1989.
- DE FAZIO F., *L'imputabilità del tossicodipendente*, in *Uso di stupefacenti ed imputabilità*, Atti del XXVIII Congresso nazionale di Medicina legale e delle Assicurazioni, 3/7 ottobre 1983, Parma,.
- DE FAZIO F., LUBERTO S., *La prassi della perizia psichiatrica*, in
- DE FELICE P., *Misure di sicurezza: problemi attuali sulla loro applicazione. Ipotesi di modifica o soppressione*, in AA.VV., *La magistratura di sorveglianza*, in *Quaderni del C.S.M.*, n.80, 1995.
- DE LEO G., *Devianza minorile. Il dibattito teorico, le ricerche, i nuovi modelli di trattamento*, Roma, 1997, pagg. 46 e seg.;

- DE LEONARDIS O., *Statuto e figure della pericolosità sociale tra psichiatria riformata e sistema penale: note sociologiche*, in *Dei delitti e delle pene*, 1985.
- DE MARCO L., *Il sistema penale del doppio binario*, Relazione all'VII convegno nazionale dei Comitati d'azione per la giustizia, in *Quale giustizia?*, 1971.
- DE VINCENTIIS G. - CALLIERI B. - CASTELLANI A., *Trattato di psicopatologia e psichiatria forense*, Vol. II, Roma, 1972.
- DEGL'INNOCENTI F., *La funzione del Manicomio criminale in Italia*, in *Riv. Sper. di Fren.*, vol. CXIII, n. 5, 1989.
- DEGL'INNOCENTI L. - FALDI F., *Misure alternative alla detenzione e procedimento di sorveglianza*, Milano, 2005.
- DELITALA G., *Criteri direttivi del nuovo codice penale*, in *Rivista italiana di diritto penale*, Padova, 1935.
- DELITALA G., *Criteri direttivi del nuovo codice penale*, in *Riv.it. dir.pen.*, 1935.
- DELITALA G., *Le dottrine generali del reato nel progetto Rocco*, in *Osservazioni intorno al "Progetto preliminare di un nuovo codice penale"*, Milano, 1948
- DELITALA G., *Sul progetto preliminare del primo libro del codice penale*, in *Riv.it.dir.pen.*, 195.
- DELL'OSSO G., *Capacità a delinquere e pericolosità sociale*, Milano, 1985.
- DI GENNARO G., BREDA R., LA GRECA G., *Ordinamento penitenziario e misure alternative alla detenzione*, Milano, 1997.

- DI GIROLAMO F., *Osservazione e trattamento penitenziario*, in *Principi fondamentali di Medicina Penitenziaria*, n° 11, 1988.
- DI TULLIO B., *Principi di criminologia generale e clinica e psicopatologia sociale*, Roma, 1971.
- DOLCINI C. - PALIERO C. E., *Il carcere ha alternative?*, Milano, 1989.
- DOLCINI E., *La commisurazione della pena*, Padova, 1979.
- DOLCINI E., voce *Codice penale*, in *Digesto discipline penalistiche*, vol. II, Torino, 1988.
- DOUCET J P., *Précis de droit pénal général*, Liège, 1976.
- DUCCI G. - ANTONUCCI A. - ZANI R. *Operare in equipe in spdc. Il ruolo specifico dello psicologo*, in *Psichiatria e Psicoterapia analitica*, Vol. XX n. 1, 2001.
- DURANTE MANGONI E. - FERRARI M., *L'evoluzione della legislazione psichiatrica*, Milano, 1983.
- DURANTE MARANGONI E. - FERRARI M., *L'evoluzione della legislazione psichiatrica*, Padova, 1983.
- ELIA L., *Le misure di prevenzione tra l'art. 13 e l'art. 25 della Costituzione*, in *Giur. cost.*, 1964.
- EUSEBI L., *La nuova retribuzione. Pena retributiva e teoria preventiva*, in *Rivista Italiana Diritto e Procedura Penale*, 1983.
- FALZONE E., *Brevi note in tema di legittimità costituzionale della pericolosità presunta*, in *Giur. Cost.*, 1972.
- FAMIGLIETTI A., *Verso il superamento della "pena manicomiale"*, in *Giur. Cost.* 2003.
- FARINOSI P. - MARTINELLI F. - MERZAGORA BETSOS I., *La capacità di partecipare coscientemente al processo: quadro giuridico*,

soluzioni forensi, suggerimenti operativi, in Rivista Italiana di Medicina Legale, 2004.

- FASSONE E., *La pena detentiva in Italia dall'800 alla riforma penitenziaria*, Bologna, 1980.
- FASSONE E., *Luci ed ombre della «legge Gozzini»*, in *Questione giustizia*, n.3, 1987.
- FERRACUTI F., WOLFANG M.E., *La Predizione del comportamento violento*, in *Quaderni di criminologia clinica*, 1964.
- FERRANDO G., VISINTI G., *Follia e diritto*, Torino, 2004.
- FERRARI V., *Il cielo dei concetti e le diaboliche applicazioni* in *Riv. It. Dir. Proc. Pen.*, 1983.
- FERRI E., *Sociologia criminale*, Torino, 1892.
- FERRIO C., *Psichiatria clinica e forense*, Vol. II, Torino, 1959.
- FERRO F.M., *Note per una storia dei manicomi in Italia*, in *Giorn. Stor. Psicol.Dinam.*, 1978.
- FIANDACA G., *Art. 27 III e IV comma*, in *Commentario della Costituzione fond. Da Branca e cont. Da Pizzorusso, Rapporti etico-sociali*, Bologna-Roma, 1991.
- FIANDACA G., *Commento all'art. 27 co. 3 Costituzione*, in *Commentario alla Costituzione*, a cura di BRANCA G. - PIZZORUSSO A., Bologna, 1989.
- FIANDACA G., *Il codice Rocco e la continuità istituzionale in materia penale*, in *Il Codice Rocco cinquant'anni dopo*, Bologna, 1981.
- FIANDACA G., *Pena patteggiata e principio rieducativo: un arduo compromesso tra logica di parte e controllo*, in *Foro it.*, 1990.

- FIANDACA G., MUSCO E., *Diritto penale. Parte generale*, Bologna 1989.
- FIANDACA G. - MUSCO E., *Diritto penale*, Bologna, 2006.
- FIDELBO G., *Commento alla sentenza della Corte Cass., SS.UU., 25 gennaio 2005*, in *Foro it.*, II, 2005.
- FIOR F., *Per gli OPG un futuro su base territoriale*, in *Guida al Diritto*, n.10, 2012.
- FIOR F., *Ospedali psichiatrici giudiziari verso la chiusura*, in *Guida al Diritto*, n.10, 2012.
- FIORAVANTI L., *Le infermità psichiche nella giurisprudenza penale*, Padova, 1988.
- FIORAVANTI L., *Nuove prospettive di riforma del trattamento penale del sofferente psichico. A proposito del recente schema di disegno di legge delega per l'emanazione di un nuovo Codice Penale* in BANDINI T. - LAGAZZI M., *La tutela giuridica del sofferente psichico: stato attuale e prospettive della riforma*, Milano, 1993.
- FIOFIORI A.- MARCHETTI M., *Infermità di mente e misure di sicurezza*, in *Riv.it.Med.Leg.*, 1984.
- FIORINO V., *Matti, indemoniate e vagabondi. Dinamiche di internamento manicomiale tra Otto e Novecento*, Venezia, 2002.
- FIORIO C., *Brevi note sull'ennesimo vaglio di costituzionalità dell'art 4 bis ord. penitenziario*, in *Giur.Cost.*, 1977.
- FIORIO C., *Sempre nuove questioni di diritto penitenziario: la "collaborazione" come presupposto per i benefici* in *Giur.Cost.*, 1993.
- FIORIO C., *Sovraffollamento carcerario e tensione detentiva – Il commento*, in *Diritto penale e processo*, n.4, 2012.

- FLORA G., *Le nuove norme sull'ordinamento penitenziario*, Milano, 1987.
- IOVINO F.S., *Osservazioni sulla recente riforma dell'ordinamento penitenziario*, in *Cassazione Penale*, 1993.
- FLORIAN E., *La parte generale del diritto penale*, Milano, 1934.
- FORATO G., *Custodia cautelare e comunità*, in *Giudici, psicologi e riforma penale minorile*, Milano, 1990.
- FORNARI L., *Misure di sicurezza e doppio binario: un declino inarrestabile?*, in *Rivista italiana di diritto e procedura penale*, Milano, 1993.
- FORNARI U., *I disturbi gravi della personalità rientrano nel concetto di infermità*, in *Cass.Pen.*, 2006.
- FORNARI U., *Il trattamento del malato di mente e la legge 180/78: aspetti psichiatrico-forensi e medico-legali*, in *Rivista Italiana di Medicina Legale* n.VI, 1984.
- FORNARI U., *Irresistibile impulso e responsabilità penale: aspetti normativi*, in *Rivista Sperimentale di Freniatria*, vol. CXII,, n. 1, 1988.
- FORNARI U., *Nozione di malattia, valore di malattia, vizio di mente e problemi nel trattamento dell'autore di reato*, in *Rivista sperimentale di freniatria e medicina legale delle alienazioni mentali*, Vol. CXI Fasc. V, 1987.
- FORNARI U., *Trattato di psichiatria forense*, Torino, 2004,
- FORNASARI G., *I principi del diritto penale tedesco*, Padova, 1993.
- FOUCALT M., *L'ordine del discorso*, Torino, 1970.
- FRANZIA A., *L'assistenza psichiatrica come emergenza sanitaria. Stato attuale e prospettive di riforma*, in *Rassegna italiana di Criminologia*, 1992.

- FREUD S., *Cinque conferenze sulla psicoanalisi*, Torino, 1975.
- FROSALI R.A., *Sistema penale italiano*, Torino, 1959.
- G. PONTI - MERZAGORA I., *La abolizione delle presunzioni di pericolosità sociale*, in *Riv. It. Med. Leg.*, IX, 1987
- GALANTINI N., *Profili della giustizia penale francese*, Torino, 1995.
- GATTI U., *Dinamica familiare e delinquenza giovanile*, Milano, 1979.
- GATTI U., *L' accertamento della imputabilità e della pericolosità sociale in alcuni Paesi europei*, in CANEPA G. - MARUGO M.I. , *Imputabilità e trattamento del malato di mente autore di reato*, Padova, 1995.
- GIACANELLI F. a DÖRNER K., *Il borghese e il folle*, Torino, 1976.
- GIAMBRUNO S., *Il processo penale minorile* , Padova, 2003.
- GIANCANELLI F., *Per una storia sociale della psichiatria italiana*, in *Il Pensiero Scientifico*, Roma, 1978.
- GIANCANELLI F., *Per una storia sociale della psichiatria italiana*, in *Storia della Sanità in Italia*, in *Il pensiero scientifico*, Roma, 1978.
- GIANNICHECKDA M.G., *Convegno sui Profili di tutela dei diritti della personalità*, Trieste, 1982.
- GIANNICHECKDA M.G., *Il consenso del malato di mente al trattamento: Verso una riformulazione del contratto terapeutico*, in CENDON P., *Un altro diritto per il malato di mente*, Napoli, 1988.
- GIANNICHECKDA M.G., *Salute, diritti, controllo sociale: modelli di psichiatria dopo la riforma*, in *Dei delitti e delle pene* , 1986.
- GIANNINI I., *La pericolosità sociale degli infermi di mente ed il suo accertamento*, in *Il Nuovo diritto*, 2002.

- GIANNONE A., *La revoca della dichiarazione della pericolosità qualificata in un' interpretazione 'adeguatrice' della Corte costituzionale*, in *Leg.pen.*, 1988.
- GIROLAMI P. - PALAGI U., *Imputabilità e pericolosità sociale tra essere e dover essere. Notazioni medico giuridiche*, in *Giust. pen.*, 1999.
- GIURI D., *Infermità psichica e presunzione di pericolosità nel giudizio della Corte Costituzionale*, in *Riv. It. Dir. Proc. Pen.*, 1984.
- GIUSTI G.V., SICA D., *Gli stupefacenti e le tossicomanie, aspetti medico-legali e giuridici*, Padova, 1979.
- GLAUCO G., *Il processo penale minorile : commento al D.P.R. 448/1988*, Milano, 2007.
- GOFFMAN E., *Asylums: Essays on the Social Situation of Mental Patients and Other Inmates*, Torino, 2001.
- GOVERNO ITALIANO, *Response of the Italian Government to the report of the European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (CPT) on its visit to Italy*, Strasburgo, 20 aprile 2010.
- GOZZINI M., *Bilancio della riforma penitenziaria*, in *Legislazione e Giustizia*, 1988.
- GRASSI L. - NUNZIATA C., *Infermità di mente e disagio psichico nel sistema penale*, Padova, 2003.
- GRASSO G., *Art.223*, in *Commentario sistematico*, Milano, 2005.
- GRECO O. - CATANESI R., *Malattia mentale e giustizia penale*, Milano, 1988.

- GRECO O. - CATANESI R., *Malattia mentale e giustizia penale, la percezione sociale della malattia mentale e della pericolosità del malato di mente*, in *Medicina Legale, Criminologia e Deontologia.*, Milano, 1988.
- GREVI V., *Esecuzione penitenziaria e rieducazione del condannato nelle regole minime per il trattamento dei detenuti*, in *R. it. dir. proc. pen.*, 1974.
- GREVI V., *Magistratura di Sorveglianza e misure alternative alla detenzione nell'ordinamento penitenziario: profili processuali*, in *C.N.P.D.S, Pene e misure alternative nell'attuale momento storico*, Bologna, 1978.
- GRISPIGNI F., *Corso di diritto penale secondo il nuovo codice*, Milano, 1952.
- GRISPIGNI F., *Diritto penale italiano*, Milano, 1952.
- GRISPIGNI F., *Enrico Ferri e la Scuola Positiva*, in *Riv.pen.*, 1940.
- GROPPI T., *La sentenza n.253 del 2003: la Corte e il “diritto mite”*, in www.giurcost.org, 29 luglio 2003.
- GROSSO C.F., *Per un nuovo codice penale*, in *Diritto penale e processo*, 1999.
- GROSSO C. F., *Le grandi correnti del pensiero penalistico tra Ottocento e Novecento, Storia d'Italia.*, in VIOLANTE L., *La criminalità*, Torino, 1997.
- GUERRINI P., *Socialismo giuridico e diritto penale*, in *Politica del diritto*, 1974.
- GULOTTA G., *Psicologia e processo: lineamenti generali*, in GULOTTA G. (a cura di), *Trattato di psicologia giudiziaria nel sistema penale*, Milano, 1987.

- HARDING C. – HINES B.- IRELAND R.- RAWLINGS P., *Imprisonment in England and Wales – A Concise History*, London, 1985.
- HILTON C., *Changes between the 1959 and the 1983 Mental Health Acts (England and Wales), with particular reference to consent to treatment for electroconvulsive therapy*, in *History of Psichiatria*, London, 2007.
- HIRSCH, *Das Schuldprinzip und seine Funktion im Strafrecht*, in *ZstW*, 1994.
- IANNUCCI M., BRANDI G., ROSSI PRODI P., *Il trattamento del “reo-folle”*, in *Salute e territorio*, 2005.
- CANEPA G., *I problemi diagnostici in rapporto ai quesiti della perizia psichiatrica*, in DELL'OSSO L. - LOMI A. (a cura di), *Diagnosi psichiatrica e DSM-III-R*, Milano, 1989.
- INTRONA F., *I diritti del malato di mente, ovvero il malato di mente nel diritto*, in: MASTRONARDI V., *Criminologia Psichiatria Forense e Psicologia Giudiziaria, Scritti in memoria di Franco Ferracuti*, Roma, 1996.
- INTRONA F., *Il tossicodipendente e gli artt. 94 e 95 c. p. nella sentenza 114/1998 della Corte Costituzionale*, in *Rivista italiana di Medicina Legale*, XX, Milano, 1998.
- INTRONA F., *La prognosi di pericolosità sociale. Esperienze di rieducazione*, in *Riv.It.Med.Leg.*, 1984.
- INTRONA F. - TANTALO M., *Pareri peritali e trattamento del malato di mente autore di reato*, in CANEPA G. - MARUGO M.I., *Imputabilità e trattamento del malato di mente autore di reato*, Padova, 1995.
- INVERNIZZI I., *Il carcere come scuola di rivoluzione*, Torino, 1973.

- JANNITTI PIROMALLO A., *Nuovi orientamenti delle pene e delle misure di sicurezza*, in *La Scuola Positiva*, Milano, 1949.
- JESSEN J.L., ROOSENBURG A.M., *Treatment results at the Dr Henri van der Hoeven Clinic*, in *Proceedings of the Fifth World Congress of Psychiatry*, Mexico D.F., 25 november-4 December 1971, Part I, Amsterdam, 1971.
- KODAXES A. K. , *The Greek Penal Code (Poinikos Kodikas)*, in *The International and Comparative Law Quarterly*, Vol. 35, No. 1, Cambridge, 1986.
- LAGAZZI M., *Il contributo della psichiatria forense alla tutela dei diritti del sofferente psichico*, in *La Tutela Giuridica del Sofferente Psichico - stato attuale e prospettive di riforma* , Milano, 1993.
- LAHTI R., *Criminal sanctions in Finland: a system in translation*, in AAVV, *Scandinavian Studies in law*, 1977.
- LAING R., *L'io diviso*, Torino, 1959.
- LAING R., *L'io e gli altri*, Firenze, 1961.
- LARIZZA S., *Il diritto penale dei minori : evoluzione e rischi di involuzione*, Padova, 2005.
- LATTANZI G. - LUPO E., *Codice penale: rassegna di giurisprudenza e dottrina*, vol. 30, libro 10, Milano, 2000.
- LATTES M., *Cesare Lombroso e la sua opera*, in *La Scuola Positiva*, Milano, 1959.
- LEAL HENRIQUES M. – SIMAS SANTOS M., *O codigo penal de 1982*, Lisboa, 1986.
- LEGGERI G., *Tossicodipendenza e imputabilità*, in *Rassegna penitenziaria e criminologica*, Roma, 1983.

- LEONE G., *Sulla riforma del primo libro del codice penale*, in *Riv.it.Dir. Proc.Pen.*, 1950.
- LEONI M., MARCHETTI M., FATIGANTE G., *L'imputabilità del tossicodipendente*, Milano, 1992.
- LICCIARDELLO O., *Ruolo e possibilità operative dello psicologo all'interno del carcere*, in *Rassegna penitenziaria e criminologica*, 1989.
- LOMBROSO C., *L'uomo delinquente*, Torino, 1897.
- LOMBROSO C., *Sull'istituzione dei manicomi criminali in Italia* in *Rendiconti del R. Istituto Lombardo di scienze , lettere e arti*, Milano, 1872.
- LUBERTI L., *Il manicomio criminale*, Torino, 1993.
- LUBERTO S., *Le misure di sicurezza per l'autore di reato infermo di mente*, in *Diritto Procedura Penale*, 1995.
- LUBERTO S., ZAVATTI P., *Ospedale psichiatrico giudiziario e spazi terapeutici*, in *Rass.it. di crim.*, 1996,
- MAISTO F., *Giurisprudenza dei tribunali e dei magistrati di sorveglianza. Questioni emerse dopo la legge Gozzini e col nuovo c.p.p.. Effetti della sentenza 4.7.1989 della Corte Costituzionale*, in *Quaderni del C.S.M., La magistratura di sorveglianza e il nuovo codice di procedura penale*, Roma, 1991.
- MALANO R., *Attualità delle problematiche riguardanti i Manicomi Giudiziari. Una revisione storica dei progetti di legge riguardanti il superamento dell'Ospedale Psichiatrico Giudiziario e la modifica dell'attuale sistema della non imputabilità per gli infermi di mente autori di reato*, in *Riv. it. medicina legale*, n.4-5, 2008.

- MANACORDA A. - MONTELLA V., *La nuova psichiatria in Italia, esperienze e prospettive*, Milano, 1977.
- MANACORDA A., *Applicazione ed esecuzione delle misure di sicurezza: due momenti distinti per l'accertamento della pericolosità sociale*, in *Il Foro it.*, 1987.
- MANACORDA A., *Il manicomio giudiziario*, Bari, 1982,
- MANACORDA A., *Il manicomio giudiziario: alcune note per la comprensione dei problemi attuali*, in *Foro It.*, 1980.
- MANACORDA A., *Infermità mentale, custodia e cura alla luce della recente giurisprudenza*, in *Foro it.*, 1983.
- MANACORDA A., *Le prospettive di riforma legislativa in tema di imputabilità, pericolosità sociale e misure di sicurezza*, in *Quaderni ISSP, Verso un OPG diverso o migliore*, n.2 del 2005.
- MANACORDA A., *Lineamenti per una riflessione sulla responsabilità penale dell'operatore di salute mentale*, in AA. VV., *Tutela della salute mentale e responsabilità degli operatori*, Perugia, 1989.
- MANACORDA A., *Pericolosità sociale e determinazione della durata minima della misura di sicurezza del ricovero in ospedale psichiatrico giudiziario*, in *Foro it.*, II, 1987.
- MANACORDA A., *Psichiatria e controllo sociale. A proposito dell'affidamento coattivo del prosciolto per infermità psichica ai servizi di salute mentale*, in *Foro Italiano*, 1986.
- MANNA A., *L'imputabilità del tossicodipendente*, in FERRACUTI F. (a cura di), *Trattato di Criminologia, Medicina Criminologica e Psichiatria Forense*, vol. XIII, Milano 1990

- MANNA A., *Diritto penale e psichiatria di fronte alla malattia mentale*, in *Rass.it. di crim.*, 2000, PETRINI D., *La prevenzione inutile*, Napoli, 1996.
- MANNA A., *Diritto penale e psichiatria di fronte alla malattia mentale*, in *Rass.It. di criminologia*, 2000.
- MANNA A., *Gli effetti del referendum abrogativo sulla legislazione in materia di stupefacenti*, in *Dei delitti e delle pene*, 1993, pagg.41 e seg.
- MANNA A., *Imputabilità e misure di sicurezza : verso un Codice penale modello per l'Europa*, Padova, 2002.
- MANNA A., *Imputabilità, pericolosità e misure di sicurezza: verso quale riforma?*, in *Riv.it.dir.proc.pen.*, 1994.
- MANNA A., *Le comunità terapeutiche nel diritto penale italiano*, in *Pol.dir.*, 1995.
- MANNA A., *Le sanzioni per i non imputabili, tra comparazione e riforma*, in *Indice penale*, Padova, 2008.
- MANNA A., *L'imputabilità del tossicodipendente. Rilievi critici*, in *Rivista italiana di medicina legale*, Milano, 1986
- MANNA A., *Sulla legittimità delle pene accessorie fisse*, in *Giur. Cost.*, 1980.
- MANNA A., voce *Trattamento medico chirurgico*, in *Enc. dir.*, vol. XLIV, 1992.
- MANTOVANI F., *Diritto penale*, Padova, 2007.
- MANTOVANI F., *Il problema della criminalità*, Padova, 1984.
- MANTOVANI F., *L'imputabilità sotto il profilo giuridico*, in: FERRACUTI F., *Trattato di Criminologia, Medicina Criminologica e Psichiatria Forense*, Vol. XIV, Milano, 1990.

- MANTOVANI F., *Problemi di fungibilità, accertamento e trattamento della pericolosità sociale*, in ARIATTI R. - LO RUSSO L. - MELEGA V., *I problemi giuridici dell'assistenza psichiatrica dopo la legge 180*, Bologna, 1991.
- MANTOVANI F., *Criminologia e responsabilità morale*, Padova, 1990.
- MANZINI F., *Trattato di diritto penale italiano*, a cura di NUVOLONE P. e PISAPIA G.D., Torino, 1981-1986.
- MARGARA A., *Funzionamento del manicomio giudiziario*, ivi;
- MARGARA A., *Il progetto di legge della Regione Emilia-Romagna*, Relazione al Convegno Internazionale: "Franco Basaglia la comunità possibile", Trieste, 20-24 ottobre 1998.
- MARGARA A., *Manicomio a vita. Le situazioni giuridiche sospese*, in *Quale giustizia*, settembre, 1974.
- MARGARITELLI M., *I limiti applicativi della liberazione anticipata all'esame della Corte Costituzionale*, in *Giur.Cost.*, 1993.
- MARINI A., *Intossicazione cronica da alcool o da sostanze stupefacenti*, in *Novissimo Digesto italiano*, Appendice, IV, Torino, 1983.
- MARINI G., *Lineamenti del sistema penale*, Torino, 1988.
- MARINUCCI G., *L'abbandono del codice Rocco: tra rassegnazione e utopia*, in *Quest.crim.*, 1981.
- MARZANO F., *Il vizio di mente per infermità nell'elaborazione della giurisprudenza della Suprema Corte*, in *Psichiatria, Psicologia e Diritto*, Anno 1, n. 2, Dicembre, 2009.
- MASPERO M., *Una discutibile sentenza della Cassazione sulla responsabilità penale del medico psichiatra*, in *Rivista Italiana di Medicina Legale*, 2004.

- MASTELLA C. - TURCO L. , *Corriere della Sera*, 20 aprile 2007.
- MASTRONARDI V., *Manuale per operatori criminologici e psicopatologi forensi*, Milano.
- MASTRONARDI V., *Manuale per operatori criminologici e psicopatologi forensi*, Milano, 1996.
- MAUCH G., *Trattamento psicoterapico del delinquente in Olanda*, in *Quaderni di criminologia clinica*, 1966.
- MERZAGORA A., PONTI G., *L'abolizione delle presunzioni di pericolosità*, in *Riv. It. Med. Leg.* , 1987.
- MERZAGORA BETSOS I., *I nomi e le cose*, in *Riv.it.Med.Leg.*, 2005.
- MERZAGORA BETSOS I., *Imputabilità e Pericolosità Sociale: un punto di vista criminologico*, in MANNA A., *Imputabilità e Misure di Sicurezza*, Torino, 1997.
- MERZAGORA BETSOS I., *Lezioni di Criminologia*, Padova, 2001.
- MERZAGORA BETSOS I., *Il colloquio criminologico*, Milano, 1987.
- MERZAGORA BETSOS I., *L'imputabilità nel disegno di legge n. 2038 (Libro primo del codice penale)*, in *Rivista italiana di criminologia*, 1996.
- MESTITZ A., *L'amministrazione della giustizia minorile: linee di ricerca*, in *Nel segno del minore, psicologia e diritto nel nuovo processo minorile*, Padova, 1990.
- MEZZINA R. - VIDONI D. - MICELI M., *Crisi psichiatrica e sistemi sanitari*, Torino, 2005.
- MIANO P. – CALVO R., *La dimensione della genitorialità in un ospedale psichiatrico giudiziario*, in *Psichiatria, Psicologia e Diritto*, n. 6, 2012.

- MICHELETTI V. - RONZINI F. - RAPONI G. - LESCOVELLI M., *Comunicazione al convegno sui problemi inerenti alle misure di sicurezza*, in *Rassegna di studi penitenziari*, XXXV, 1975.
- MINA F., *Proscioglimento per infermità mentale e ricovero in un manicomio giudiziario (art.88 e 222 c.p.)*, in *Riv. pen.*, 1966.
- MODUGNO F., *Inammissibilità della quaestio legitimitatis per omessa interpretazione costituzionalmente conforme e bilanciamento in concreto di diverse esigenze costituzionali*, in *Giur.Cost.* 2009, 4.
- MOLINARI F., *Le misure di sicurezza psichiatriche vanno abolite: questa l'opinione unanime dei giudici di sorveglianza e degli psichiatri intervenuti al Congresso di Arezzo*, in *Riv. It. Dir. Proc. Pen.*, 1980.
- MOLINARI F., *Le misure di sicurezza psichiatriche vanno abolite: questa l'opinione unanime dei giudici di sorveglianza e degli psichiatri intervenuti al Congresso di Arezzo*, in *Riv. It. Dir. Proc. Pen.*, 1980.
- MOLINARI F., *Verso l'abolizione della psichiatria forense di vecchio stampo*, in *Dei delitti e delle pene*, 1987.
- MONACO L., *Prospettive dell'idea dello "scopo" nella teoria della pena*, Napoli, 1984.
- MONTEVERDE L., *Sofferenza psichiatrica e sistema penale. Necessità di una svolta*, in *Questione giustizia*, 1998.
- MONTUSCHI L., *Art.32, primo comma*, in *Commentario della Costituzione*, a cura di BRANCA G., Bologna-Roma, 1976.
- MORELLO M., *L'imputabilità del minore*, in BARBARITO G., *Risposte giudiziarie alla criminalità minorile*, Milano, 1982.
- MORRONE A., *Il trattamento penitenziario e le alternative alla detenzione*, Padova, 2003.

- MUSCATIELLO V., *La giustizia bendata, la disciplina penale italiana sulla droga*, in *Indice Penale*, Padova, 2003.
- MUSCO E., *Le misure di sicurezza nel recente progetto di riforma del libro primo del codice penale: appunti critici e proposte alternative*, in *Ius*, 1974.
- MUSCO E., *La misura di sicurezza detentiva*, Milano, 1978.
- MUSCO E., *Misure di sicurezza e pericolosità: profili di riforma*, Milano, 1982.
- MUSCO E., voce *Misure di sicurezza*, in *Enc.giur.*, XVI, 1990.
- MUSCO E., *Variazioni minime in tema di pericolosità presunta*, in *Riv.it.dir. e proc.pen.*, 1982.
- NEPPI MODONA G., *Legislazione penale*, in *Il mondo contemporaneo*, vol.I, tomo 2, Firenze, 1978.
- NIRO M., *Relazione all'incontro di studio del 14 marzo 2008 "Malattia mentale, imputabilità e pericolosità sociale"*, Firenze, 2008.
- NUVOLONE P., *Le sanzioni criminali nel pensiero di Enrico Ferri e nel momento storico attuale*, in *Rivista italiana di diritto penale*, Milano, 1957.
- NUVOLONE P., *Antinomie, fossili e derivazioni nel codice penale italiano*, in *Trent'anni di dir. e proc. Pen.*, vol.I, Milano, 1969.
- NUVOLONE P., *Delitto e pena nel pensiero di G.B. Romagnosi*, in *Trent'anni di dir. e proc. Pen.*, vol.I, Milano, 1969.
- NUVOLONE P., *L'accertamento della pericolosità nel processo ordinario di cognizione*, in *AA.VV.*, *Pene e misure di sicurezza – modificabilità e suoi limiti*, Milano, 1962.

- NUVOLONE P., *La parte generale del codice dopo cinquant'anni*, in *Il codice Rocco cinquant'anni dopo*, in *La questione criminale*, 1981.
- NUVOLONE P., *Le misure di prevenzione nel sistema delle garanzie sostanziali e processuali della libertà del cittadino*, in AA.VV., *Stato di diritto e misure di sicurezza, Convegno di diritto penale*, Bressanone, Padova, 1961.
- NUVOLONE P., *Misure di prevenzione e misure di sicurezza*, in *Enc. del dir.*, XIX, Milano, 1976.
- OLIVARES Q., *La reforma penal de 1983*, Barcelona, 1983.
- PACE A., *Misure di sicurezza e pericolosità sociale presunta*, in *Giur. Cost.* 1966.
- PADOVANI T., *La pericolosità sociale sotto il profilo giuridico*, in FERRACUTI F. (a cura di), *Trattato di Criminologia, Medicina criminologica e Psichiatria forense*, vol. XIII, Milano, 1990.
- PADOVANI T., *La pericolosità sociale sotto il profilo giuridico*, in FERRACUTI F., *Trattato di Criminologia, Medicina Criminologica e Psichiatria Forense*, vol. XIII, Milano, 1990.
- PADOVANI T., *La sopravvivenza del codice Rocco nell'età della decodificazione*, in *Il codice Rocco cinquant'anni dopo*, Bologna, 1981.
- PADOVANI T., *L'ospedale psichiatrico giudiziario e la tutela costituzionale della salute*, in *Tutela della salute. e diritto privato*, Milano, 1978.
- PADOVANI T., *Presunzione di pericolosità e presunzione di infermità nell'art.22 c.p.*, in *Riv. it. dir. proc. pen.*, 1979.
- PADOVANI T., *Profili di incostituzionalità nell'applicazione e nell'esecuzione delle misure di sicurezza*, in *Indice pen.*, 1976.

- PADOVANI T., *L'ospedale psichiatrico giudiziario e la tutela acostituzionale della salute. Il Tommaso Natale*, Torino, 1978.
- PAGLIARO A., *Il documento della Commissione Grosso sulla riforma del diritto penale: metodo di lavoro e impostazione generale*, in *Rivista italiana Diritto e proc. penale*, 1999.
- PAGLIARO A., *Il reato nel progetto della Commissione Nordio*, in *Cassazione Penale*, 2006.
- PALAZZO F., *Il principio di determinatezza nel diritto penale*, Padova, 1979.
- PALIERO C.E., voce *Depenalizzazione*, in *Digesto delle discipline penalistiche*, Torino, 1989.
- PALMER T., *The Re-emergence of Correctional Intervention*, Newbury Park-London-New Dehli, 1992.
- PALOMBA F., *Il Sistema del nuovo processo penale minorile*, Milano, 1991.
- PANNAIN B. – PALMIERI L., *Notazioni in tema di imputabilità e pericolosità sociale dell'infermo di mente*, in *Quaderni Camerti di Med.Leg.*, 1983.
- PANNAIN B. - PANNAIN M. - ALBINO M., *Aspetti deontologici in tema di perizia medico-legale sull'imputabilità*, in *XXX Congresso Nazionale della Società Italiana di Medicina Legale e delle Assicurazioni; XII Convegno di Criminologia e Psichiatria Forense*, Bari, 1989.
- PANTOZZI G., *Storia delle idee e delle leggi psichiatriche*, Trento, 1994.
- PAOLELLA C., *Manicomi giudiziari e case di cura e custodia. Analisi della popolazione secondo categorie psichiatriche e giuridiche*, Roma, 1972.

- PASTORE V., *La legge 180: un quadro generale*, in *Fogli di Informazione*, n° 179, 1999.
- PAVAN G., *L'imputabilità è presupposto della colpevolezza: considerazioni in ordine al rapporto tra la scelta dogmatica operata da SS.UU. 25.1.2005 n.9163 e l'estensione dell'infermità ai gravi disturbi di personalità*, in *Indice penale*, Padova, 2008.
- PAVARINI M., *Ordinamento penitenziario ed esecuzione delle misure preventive e limitative*, in *Codice commentato dell'esecuzione penale*, vol. 3, Torino, 2002.
- PAVONE M., *L'imputabilità del tossicodipendente*, in *Rassegna italiana di criminologia*, Milano, 2000.
- PAVONE M., *La norma sul ricovero ospedaliero psichiatrico giudiziario*, www.criminologia.it, 2003.
- PEDRAZZI C., *Prospettive Di Riforma Del Codice Penale E Valori Costituzionali. Atti Del Convegno (saint Vincent, 6-8 Maggio 1994)*, Milano, 1996.
- PEDRAZZI C., *Relazione di sintesi, al XIX Convegno del CNPDS su "Prospettive di riforma del codice penale e valori costituzionali"*, St.Vincent, 6-8 maggio 1994, Milano, 1996.
- PELISSERO M., *Il definitivo superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari nel tempo della crisi*, in *Diritto penale e processo*, n. 8, 2012.
- PELISSERO M., *Pericolosità sociale e doppio binario. Vecchi e nuovi modelli di incapacitazione*, Torino, 2008.
- PELUSO C., *Misure di sicurezza (profili sostanziali)*, in *Digesto delle discipline penalistiche*, Vol. XVIII, Torino, 1994.

- PENNISI A., *La giustizia penale minorile: formazione, devianza, diritto e processo*, Milano, 2004.
- PETROCELLI B., *La pericolosità criminale e la sua posizione giuridica*, Milano, 1940.
- PETROCELLI B., *Principi di diritto penale*, vol. I, Napoli, 1955.
- PISANI M., *Per un nuovo Codice penale: schema di disegno di legge-delega al Governo*, Padova, 1993.
- PISAPIA G.D., *La perizia criminologica in Psichiatria forense generale e penale*, in FERRACUTI F., *Trattato di criminologia*, cit..
- PIZZI A., *malattie mentali e trattamenti sanitari*, Milano, 1978.
- PONTI G., *Corte costituzionale e presunzione di pericolosità*, in *Riv. It.dir. e proc.pen.*, 1986.
- PONTI G., *Il contributo della criminologia al nuovo processo penale*, in PONTI G. - MERZAGORA B., *L'abolizione delle presunzioni di pericolosità*, in *Riv. It. Med. Leg.*, 1987.
- PONTI G. *Il dibattito sull'imputabilità* , in CERETTI A. - MERZAGORA BETSOS I., *Questioni sull'imputabilità*, Padova, 1994.
- PONTI G., *Il significato attuale dell'antropologia criminale e le sue utilizzazioni penitenziarie*, in *Giustizia e società*, Roma, 1965.
- PONTI G., *Responsabilità e psichiatria. Il ruolo del psichiatria nel processo penale*, in *Rass.Crim.*, XV/I, 1984.
- PONTI G. – MERZAGORA BETSOS I. , *L'abolizione delle presunzioni di pericolosità*, in *Riv. It. Med. Leg.* , 1987.
- PONTI G. – MERZAGORA I., *Psichiatria e giustizia. Testi studi e ricerche di scienze giuridiche*; Milano, 1993.

- PORTIGLIATTI BARBOS M. - MARINI G., *La capacita di intendere e di volere nel sistema penale italiano*, Milano, 1964.
- PORTIGLIATTI BARBOS M., MARINI G., *La capacità di intendere e di volere nel sistema penale italiano*, Milano 1964.
- PORZIO L., *Sistemi punitivi e ideologie*, Napoli, 1965, pagg. 20 e seg. In materia intervenuti anche FERRI E., *Socialismo e criminalità*, Torino, 1883.
- PROGETTO RENAV, *Rinnovare esperienze rivalutando attività negate, Verso un O.P.G. diverso e migliore?*, Quaderni ISSP, n.2, 2005.
- CARACCIOLI I., *I problemi generali delle misure di sicurezza*, Milano, 1970.
- PULITANO' D., *L'imputabilità come problema giuridico*, in AA.VV., *Curare e punire. Problemi e innovazioni nei rapporti tra psichiatria e giustizia penale*, Milano, 1988.
- RABAGLITTI G., *Manicomi*, in *Novissimo Digesto*, vol. X, Torino, 1957.
- RANIERI S., *Manuale di diritto penale*, Padova, 1968.
- GIL-ROBLES A., *Rapporto sulla sua visita in Italia, 10-17 giugno 2005 e diretta all'attenzione del Comitato dei Ministri e dell'Assemblea Parlamentare*, Strasburgo, 2005.
- REALDON, A., *Problemi interpretativi, pratici e burocratici suscitati dalla legge sui trattamenti sanitari obbligatori dei malati di mente*, in *Rivista Italiana di Medicina Legale*, II, 1980.
- REISNER R.- SEMMEL H., *Abolishing the Insanity Defense: A Look at the Proposed Federal Criminal Code Reform Act in Light of the Swedish Experience*, in *62 California Review*, 1974.

- REISNER R.- SEMMEL H., *Abolishing the Insanity Defense: A Look at the Proposed Federal Criminal Code Reform Act in Light of the Swedish Experience*, in *California Law Review*, 1974.
- *Relazione della Commissione ministeriale per la riforma del codice penale, istituita con D.M. 1 ottobre 1998*, in *Rivista italiana del Diritto e della Procedura Penale*, 1999.
- *Relazione ministeriale al progetto definitivo di codice penale*, in *Lavori preparatori del codice penale e del codice di procedura penale*, Roma, 1929.
- RESCIGNO G.U., *Del preteso principio 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*, in *Giur. cost.*, 2009, 4.
- RESTA F., *Nella Giusta Direzione: Il Decreto-Legge Salva-Carceri*, in *Giur. Merito*, n.3, 2012.
- RICCIOTTI R., *La giustizia penale minorile*, Padova, 2007.
- RIGOLDI G., *Il male minore*, Milano, 2007.
- RINAUDO L., *L'accertamento psicologico della pericolosità sociale*, in *Psichiatria, Psicologia e Diritto*, n. 3, Settembre 2010.
- RIZ R., *Per un nuovo codice penale: problemi e itinerari*, in *Ibidem*, 1995.
- RIZ R., *Lineamenti di Diritto penale*, Padova, 2006.
- ROCCHI F., *La decisione della Corte di Strasburgo sulla misura di sicurezza detentiva tedesca della sicherungsverwahrung e i suoi riflessi sul sistema del "doppio binario" italiano*, in *Cass. pen.*, 2010, 9.
- ROCCO A., *Il problema e il metodo della scienza del diritto penale*, in *Rivista di diritto e procedura penale*, 1910.

- ROLI E., *Le ambiguità del processo minorile tra educazione e punizione*, in *Quest.giustizia*, 1989.
- ROMANO V.M., *Commentario sistematico del codice penale*, vol. I, Milano, 1995.
- ROMANO-STELLA, *Ricoveri, dimissioni e trattamento terapeutico dei malati di mente: aspetti penalistici e costituzionali*, in *Riv .it. dir. proc. pen.*, 1975.
- RONCO M., *Coscienza morale e colpevolezza giuridica*, in AA.VV., *Dalla geometria legale-statualistica alla riscoperta del diritto e della politica. Studi in onore di Francesco Gentile*, Madrid, 2006.
- ROSCIONI L., *Il governo della follia. Ospedali, medici e pazzi nell'età moderna*, Milano, 2003.
- RUSSO G., *Il manicomio giudiziario come luogo di trattamento per detenuti difficili*, in *Riv. It. Med. Leg.*, 1982.
- RUSSO G., *Il manicomio giudiziario come luogo di trattamento per detenuti difficili*, in *Riv. It. Med. Leg.*, 1982.
- RUSSO G., *Il trattamento del malato di mente autore di reato*, *Riv.it.med.legale.*, 1989.
- RUSSO G., *Infermità di mente e pericolosità sociale*, in *Riv. It. Med. Leg.*, 1987.
- RUSSO G., *La pericolosità sociale dell' infermo di mente*, in *Riv. It. Med. Leg.*, 1983, pagg. 375 e *Infermità di mente e pericolosità sociale* in *Riv. It. Med. Leg.*, 1987.
- SALEH VALYDEI M., *Istituzioni di diritto penale generale*, Tehran, 2004.
- SANNA E., *Inchiesta nelle carceri*, Bari, 1970.

- SAPONARO A., *L'esame della personalità del reo nel processo penale, evoluzione, involuzione, modelli alternativi, prospettive*, Bari, 1997.
- SARACENI C. - MONTESARCHIO G., *Introduzione alla psicodiagnostica*, Roma, 1988.
- SAYID NIAH M.R., *Raccolta completa di Leggi e normativa relativa agli infanti e minori*, Tehran, 1984.
- SAYNOR R., *The Dangers Of Diversion: Advising Mentally Disordered Offenders On The Practical Effect Of Compulsory Detention Under The Mental Health Act 1983*, in www.mondaq.com, 2012.
- SCARDOCCIA G. , *Il minore autore e vittima di reato*, Milano, 2007.
- SCARTABELLATI A., *L'umanità inutile. La questione follia in Italia tra fine Ottocento e inizio Novecento e il caso del Manicomio Provinciale di Cremona*, Milano, 2001.
- SCHNEIDER K., *Psicopatologia clinica*, Firenze, 1966.
- SELMINI R., *L'origine, lo sviluppo e gli esiti del processo di responsabilizzazione dei malati di mente autori di reato*, in *Dei delitti e delle pene*, 1994.
- SENON J.L. – MANZANERA C., *Reflexion sur les fondaments du débat et des critiques actuels sur l'expertise psychiatrique pénale*, in *Annales Médico Psychologiques*, 2008.
- SERRA C., *Nuove Proposte di Criminologia Applicata*, Milano, 2005.
- SESSO R., *Imputabilità e sistematica del reato*, Milano, 1962.
- SHREIBER H.L., *Définition de la responsabilité pénale et des facteurs psychologiques et pathologiques qui peuvent atténuer ou exclure cette responsabilité*, *Septieme Colloque Criminologique: Etudes sur la*

responsabilité pénale et le traitement psychiatrique des délinquants malades mentaux, Conseil de l'Europe, Strasbourg, 1985.

- SICA G., CICCONI P.M., *Funzioni sanitarie e trattamentali nell'ambito delle istituzioni penitenziarie*, in *Principi fondamentali di Medicina Penitenziaria*, n° 19, 1990.
- SIMSON M.D., *Sanctions against law breakers in the New Swedish Criminal Code*, in *J. of Offender Therapy*, 1967.
- SINISCALCO V.M., *I principi del sistema penale e la Costituzione*, in *Rivista italiana di diritto e procedura penale*, 1976.
- SMITH JC - HOGAN B., *Criminal Law*, London, 1988.
- SOLIVETTI L., *Società e risocializzazione: il ruolo degli esperti nelle attività di trattamento rieducativo*, in *Rassegna penitenziaria e criminologica*, 1983.
- SPASARI M., *Diritto penale e Costituzione*, Milano, 1966.
- SPIRITO U., *Storia del diritto penale italiano da Cesare Beccaria ai nostri giorni*, Firenze, 1925
- STELLA P., *Difesa sociale e rieducazione del minore*, Padova, 2001.
- STOCK F., *La formazione della psichiatria*, Roma, 1981.
- STRAHAL A., *Introduction to the penal code of Sweden*, Stockholm, 1965.
- SULLIVAN S., *Il colloquio psichiatrico*, Milano, 1967.
- SVERZELLATI S. - SVERZELLATI G., *Il vizio di mente: genesi di un concetto*, in *Rivista Medica Italiana di Psicoterapia ed Ipnosi*, vol. I, 2006.
- SZASZ T., *Il mito della psicoterapia*, Milano, 1981.
- SZASZ T., *I manipolatori della pazzia. Studio comparato dell'inquisizione e del movimento per la salute mentale in America.*, Milano, 1981.

- TAGLIARINI F., *L'imputabilità nel progetto di nuovo codice penale*, in *Ind. Pen.*, 1994.
- TAGLIARINI F., *Pericolosità*, in *Enciclopedia del diritto*, vol. XXXIII, Milano, 1983.
- TAGLIARINI F., voce *Pericolosità*, in *Enciclopedia del diritto*, vol. XXXIII, Milano, 1983.
- TAMBURINI A., *I manicomi criminali*, in *Rivista di discipline carcerarie*, 1873.
- TANTALO M. - COLAFIGLI A., *Controllo o trattamento del reo malato di mente. Riflessioni critiche sul sistema giudiziario italiano*, in *Rassegna italiana di Criminologia*, 1995.
- TAORMINA C., *Tutela costituzionale della libertà personale in Giust. Pen.*, 1974.
- THE NATIONAL SWEDISH COUNCIL FOR CRIME PREVENTION, *A new Penal System. Ideas and proposals, Report n.5*, Stockholm, 1978.
- TRAMONTANO L., *Capacità di intendere e volere del soggetto agente*, Napoli, 2006.
- TRAVERSO G. B., *Il giudizio di pericolosità ed il suo accertamento*, in *Riv. It. Med. Leg.*, n.490, 1986.
- TRAVERSO G.B. – MANNA P., *Note critiche a margine del nuovo codice di procedura penale a carico di imputati minorenni*, in *Giudici, psicologi e riforma penale minorile*, Milano, 1990.
- TRAVERSO G.B. e CIAPPI S., *Disegno di legge di riforma del codice penale: note critiche a margine della nuova disciplina sull'imputabilità*, in *Riv. it. med. leg.*, 1997.

- TRAVERSO G.B., *Il trattamento del reo infermo di mente: prospettive di riforma*, in CANEPA G. - MARUGO, M. I., *Imputabilità e trattamento del malato di mente autore di reato*, Padova, 1995.
- TURATI F., *Il delitto e la questione sociale*, Bologna, 1889.
- UGOLOTTI F., *I vecchi manicomi italiani*, in *Note e Riv. Psichiat.* , N.76, 1977.
- UGOLOTTI F., *L'assistenza agli infermi di mente in Italia*, Pesaro, 1967.
- UNGARI P., *Alfredo Rocco e l'ideologia giuridica del fascismo*, Brescia 1963.
- VASSALLI G., *L'abolizione della pericolosità presunta degli infermi di mente attraverso la cruna dell' ago*, in *Giur. Cost.* . 1982.
- VASSALLI G., voce *Codice penale*, in *Enciclopedia del diritto*, vol.III, Milano, 1960.
- VASSALLI G., *Il magistrato di sorveglianza quale garante di conformità alla legge dell'attività penitenziaria*, in GREVI V., *Alternative alla detenzione e riforma penitenziaria*, Bologna, 1982.
- VASSALLI G., *L'abolizione della pericolosità presunta degli infermi di mente attraverso la cruna dell' ago*, in *Giur.cost.*,1982.
- VASSALLI G., *La pericolosità presunta del minore non imputabile*, in *Giur.cost.*, 1971.
- VASSALLI G., *L'imputabilità del tossicodipendente*, in *Indice penale*, Padova, 1986.
- VASSALLI G., *Relazione. Parte prima. Considerazioni generali sulle attività degli uffici di sorveglianza*, in *C.S.M, Diritto penitenziario e misure alternative*, Roma, 1979.
- VASSALLI G., *Scritti giuridici*, Milano ,1997, pag. 1506

- VASSALLI G., *Sul trattamento penale e penitenziario del delinquente semi-infermo di mente e sulla necessità di una riforma del codice vigente*, in *Giust.pen.*, 1950.
- VECCHIETTI A.M., *Evoluzione della legge psichiatrica italiana dalla legge n.36 del 1904 alla legge n.833 del 1978*, in *Riv.It.Med.Leg.*, III,1981.
- VECCHIETTI A.M., *Salute mentale e riforma sanitaria*, Milano, 1983.
- VENTURATI P., *Appunti in tema di pericolosità sociale presunta*, in ANDREANI F., CESA-BIANCHI M., *Il discontrollo omicida*, Milano, 1981.
- VERGANI E., *Appunti critici di uno psichiatra a proposito degli artt.222 e 220 dl codice penale*, in *Tem*, 1963.
- VERRINA G.L., *L'imputabilità e il reato*, Rimini, 1984.
- VIANI G. - TIBERIO A., *Manuale di legislazione sanitaria*, Torino,2002.
- VIGANÒ F., *Spunti per un " progetto alternativo" di riforma*, in *Studi in onore di G. Marinucci*, Milano, 2006.
- VILLA R., *Pazzi e criminali: strutture istituzionali e pratica psichiatrica nei manicomi criminali italiani*, in *Movimento operaio e socialista*, 1981.
- VINCIGUERRA S., *Art. 32, secondo comma*, in *ibid.*
- VINCIGUERRA S., *Il codice penale tedesco*, Padova, 2003.
- VINCIGUERRA S., *Il codice penale universale austriaco*, Padova, 2001.
- VINCIGUERRA S., *Dir.Pen.*, Padova, 1999.
- VINCIGUERRA S., *Il Codice penale norvegese*, Padova, 1998.
- VISINTINI G., *L'imputabilità e la colpa in rapporto agli altri criteri di imputazione della responsabilità*, Padova, 1998.

- VOLTERRA V., *Brevi considerazioni sulla legge n. 180 del 13 maggio 1978 sugli accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori*, in *Note e Riviste di Psichiatria* n. 71,1978.
- VOLTERRA V., DONNINI G., *Legislazione psichiatrica*, in PANCHERI, P. - CASSANO G.B., *Trattato italiano di psichiatria*, Vol. III, Masson, 1992.
- VOLTERRA V. - DONNINI G., *Legislazione psichiatrica*, a cura di VOLTERRA V., in PANCHERI P. - CASSANO G.B., *Trattato italiano di psichiatria*, vol. III, Milano, 1993.
- VON HIRSCH A., *Guiding principles for sentencing: the proposed Swedish law*, in *Criminal Law Review*, 1998.
- WALKER N., *Crime and Insanity in England*, Edinburgh, 1968.
- WOOTTON B., *Social science and social pathology*, London,1959,cit. in DE LEO G. - PATRIZI P., *La spiegazione del crimine*, Bologna, 1992.
- ZATTI P., *Infermità di mente e diritti fondamentali della persona*, in *Politica del diritto*, a. XVII, n. 3, 1986.
- ZATTI P., *Infermità di mente e diritti fondamentali della persona*, in *Politica del diritto*, n. 3,1986.

SITOGRAFIA

- [http://www.aiopcampania.it/public/normativa/decreto_64_2606_deliberazioni_del_commissario_ad_acta\[1\].pdf](http://www.aiopcampania.it/public/normativa/decreto_64_2606_deliberazioni_del_commissario_ad_acta[1].pdf)
- <http://www.associazioneantigone.it/osservatorio/rapportoonline/rapportoonline.htm>
- http://banchedati.camera.it/sindacatoispettivo_16/showXhtmlNew.asp?highlight=0&idAtto=61769&stile=7&leg=16

- <http://www.britannica.co.uk>
- http://www.cittadinanzattiva.it/files/notizie/Senato_Carceri_27sett11.pdf
- <http://www.camerapenalevittoriochiusano.it/attivit%5Carchivio%5CStoria%20commissioni.pdf>
- <http://www.cpt.coe.int/documents/ita/2010-04-20-ita.htm>.
- <http://www.cpt.coe.int/documents/ita/2010-12-inf-eng.htm>
http://www.coe.int/t/commissioner/Activities/countryreports_en.asp.
- <http://documenti.camera.it/leg16/dossier/Testi/d11211.htm>
- www.giustizia.it
- http://www.giustizia.it/giustizia/it/mg_2_3_5_1.wp
- http://www.giustizia.it/giustizia/it/mg_2_3_5_4.wp?previousPage=mg_14_7
- www.internetjournalofcriminology.com
- <http://www.mentalhealthlaw.co.uk>
- <http://www.ministerosalute.it/saluteMentale/>
- http://www.ministerosalute.it/imgs/C_17_pubblicazioni_787_allegato.pdf.
- <http://www.news-forumsalutementale.it/public/COMMISSIONE-INTERMINISTERIALE.pdf>.
- <http://www.ospedalimantova.it/ospedpsicgiud.htm>.
- <http://www.osservatorioantigone.it/upload/RAPPORTO%20MENSILE%20SULLA%20POPOLAZIONE%20DETENUTA%20Indagine%20al%2031%20gennaio%202012.pdf>
- http://www.personaedanno.it/cms/data/articoli/files/007230_resource1_orig.pdf
- www.pol-it.org
- <http://www.psichiatriademocratica.com/recensioni/poterieleggi.htm>.

- <http://www.quotidianosanita.it/allegati/allegato2378022.pdf>
- www.regione.veneto.it
- http://www.regione.veneto.it/NR/rdonlyres/F9B61BCA-F2DB-4C72-9720-4915901B1ACD/0/AntoninoCalogero_2.pdf
- <http://www.ristretti.it/areestudio/giuridici/riforma/nordio/index.htm>
- <http://www.ristretti.it/commenti/2008/marzo/18marzo.htm>
- <http://www.ristretti.it/commenti/2008/marzo/18marzo.htm>
- http://www.ristretti.it/commenti/2012/dicembre/pdf4/fondi_opg.pdf
- <http://www.salute.gov.it>
- http://www.saluter.it/wcm/dipendenze/notizie/decreto_salute_carcere.htm
- http://www.senato.it/documenti/repository/commissioni/comm05/documenti_acquisiti/3074%20em.to%203.0.4%20testo%202%20e%20RT.pdf
- http://www.senato.it/documenti/repository/commissioni/servizio_sanitario/16/Relazione_OOPPGG_doc_XXII-bis_4.pdf
- <http://www.senato.it/documenti/repository/commissioni/dirittiumani/16/Rapporto%20carceri.pdf>
- www.stopopg.it
- <http://www.stopopg.it/system/files/Del%20Giudice%20Commissione%20OPG.pdf>
- <http://www.stopopg.it/node/32>
- <http://www.stopopg.it/system/files/Del%20Giudice%20Commissione%20OPG.pdf>
- http://testo.camera.it/_dati/leg15/lavori/stenografici/sed253/aurg07.htm
- http://www.trovanorme.salute.gov.it/dettaglioAtto.spring;jsessionid=8qfkqhjJrhnyDZ7YnO-S1A**?id=40499
- <http://www.unificata.it>

