

Il percorso di chiusura degli OPG e le nuove REMS: stato dell'arte e prospettive future

The OPG and new REMS closure path: state of the art and future perspectives

Laura De Fazio • Chiara Sgarbi

Abstract

The complex history of Judicial Psychiatric Hospitals (OPG), considering the evident criticisms of these places dedicated to offenders not responsible for their mental conditions and socially dangerous, led to their gradual and definitive closure in 2015. At the same time, the legislator has agreed to replace them with “Residences for the Execution of Security Measures” (REMS), which are purely therapeutic structures, based on the principles of sanitation and territorialisation of the treatment. The present paper aims to observe the result of this winding and significant path of overcoming and transforming the specific security measure, officially concluded in 2017 spring, with the closure of the last OPG and the opening of new REMS among regional context.

Key words: criminal responsibility • social dangerousness • OPG • REMS • reform • inmates • treatment

Riassunto

La complessa vicenda degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari (OPG), a fronte delle evidenti criticità di tali luoghi per l'internamento degli autori di reato non imputabili per infermità mentale e socialmente pericolosi, ha portato nel 2015 alla loro progressiva e definitiva chiusura. Contestualmente, il legislatore ha disposto la loro sostituzione con le “Residenze per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza” (REMS), quali strutture di carattere prettamente terapeutico, improntate sui principi della sanitarizzazione e territorializzazione del trattamento. Il presente contributo intende osservare il risultato di questo tortuoso e significativo percorso di superamento e trasformazione della misura di sicurezza, conclusosi ufficialmente nella primavera del 2017, con il cessato funzionamento dell'ultimo OPG, e con la realizzazione sul territorio regionale delle nuove REMS.

Parole chiave: imputabilità • pericolosità sociale • OPG • REMS • riforma • internati • trattamento

Per corrispondenza: Laura De Fazio, Dipartimento di Giurisprudenza, via San Geminiano 3, 41124 Modena. tel. 0592058218 • email: de-fazio.laura@unimore.it

Laura DE FAZIO, Prof. Associato di criminologia, Dipartimento di Giurisprudenza - Università degli studi di Modena e Reggio Emilia.
Chiara SGARBI, Dottore di Ricerca in Scienze Giuridiche, Assegnista di Ricerca, Dipartimento di Giurisprudenza - Università degli studi di Modena e Reggio Emilia

1. Il percorso di chiusura degli Ospedali psichiatrici giudiziari (OPG): problematiche generali

La complessa vicenda della chiusura degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari (OPG) ha portato allo sviluppo di un acceso dibattito, nel corso del quale sono emerse differenti questioni riguardanti sia il profilo storico che giuridico-clinico di tali istituti. La riforma introdotta dalla Legge 22 febbraio 2012 n. 9 rappresenta, come ormai noto, il felice esito di un percorso travagliato, caratterizzato da una serie di tentativi volti ad adeguare la situazione, dovuta alla nascita dei manicomi giudiziari e al sistema delle misure di sicurezza, a una realtà che, se non ancora profondamente cambiata, appariva caratterizzata da non trascurabili mutamenti culturali e normativi (Traverso, Ciappi, & Ferracuti, 2000; Mazzuccato & Varraso, 2013; Massaro, 2015). Nonostante gli interventi, soprattutto giurisprudenziali, che avevano progressivamente adeguato il ricovero in OPG al dettato costituzionale e ai nuovi paradigmi della scienza psichiatrica, l'esigenza di un'autentica riforma si manifestava in forza delle evidenti problematiche insite nella natura di queste strutture e nei trattamenti riservati ai sofferenti psichici autori di reato socialmente pericolosi (Massaro, 2015; Merzagora, 2015).

La nuova etichetta di Ospedale Psichiatrico Giudiziario, introdotta dalla L. n. 354 del 1975, la nota riforma Basaglia e le pronunce della Corte Costituzionale (Fortuna, 1997; De Vito, 2014; Ciliberti, Scarpati, Nuvoli, Oldrati, & Ferrannini, 2015; Di Nicola, 2015; Merzagora, 2015)¹, volte a ridurre il più possibile il ricorso alle misure di sicurezza detentive, infatti, non erano bastate a superare i limiti strutturali e applicativi che l'internamento aveva dimostrato di avere nel corso della sua evoluzione.

I profili negativi e le criticità manifesti e radicati in questi istituti, portati all'attenzione dell'opinione pubblica anche attraverso ispezioni e commissioni parlamentari d'inchiesta², erano anzitutto dovuti alla loro forte accezione carceraria, con elevata frammentarietà delle categorie giuridiche dei destinatari, e alla maggior presenza di personale dell'amministrazione penitenziaria rispetto a quello sanitario (Manna, 1994; Romano & Saurgnani, 2001; Rivellini

& Schiavon, 2006; Zanalda & Mencacci, 2013; Peloso, D'Alema, & Fioritti, 2014). A vanificare ancor più le istanze risocializzative e terapeutiche, inoltre, insieme al prevalere del paradigma custodialistico intrinseco nelle "istituzioni totali" (Goffman, 1961), contribuivano il sovraffollamento e le precarietà igienico-strutturali (Pelissero, 2012b; Della Casa, 2013; Alberti, 2015).

È, però, possibile riconoscere in tali questioni organizzative solamente la punta dell'iceberg di più complesse contraddittorietà inerenti l'intera natura giuridica delle misure di sicurezza e dei relativi presupposti applicativi. In tale ottica, si fa riferimento all'incompatibilità della duplice finalità, di cura e custodia, del ricovero in OPG, alla problematicità della pericolosità sociale e della relativa prognosi criminale, nonché al controverso istituto dell'imputabilità (Romano & Saurgnani, 2001; Sclafani, Racioppoli, & Caccavale, 2002; Aleo, 2013; Grispieni & Ducci, 2013; Pelissero, 2014), senza dimenticare la durata dell'internamento e il conseguente triste fenomeno del c.d. "ergastolo bianco" (Pannitteri, 2013; Di Nicola, 2015; Massaro, 2015).

Come già in precedenza ricordato, tuttavia, il mutato panorama delle misure di sicurezza è il prodotto di molteplici tentativi di riforma, posti in essere attraverso numerose proposte di legge, più o meno complesse e ambiziose, susseguites negli ultimi trent'anni. Parallelamente, a fronte dei traguardi raggiunti nella pratica psichiatrica e a livello giuridico, anche la giurisprudenza aveva manifestato la propria opinione in proposito, come accaduto con la sentenza n. 253 del 2003 della Corte Costituzionale. Tale pronuncia, infatti, oltre ad aver aperto le porte alla "libertà vigilata con obbligo di cure" (Ornano, 2013), in via preferenziale rispetto all'applicazione della misura detentiva, aveva sollecitato un intervento del legislatore, suggerendo due possibili percorsi: da un lato, una revisione codicistica delle misure di sicurezza psichiatriche, dall'altro una "riorganizzazione delle strutture" al fine di offrire un trattamento maggiormente medicalizzato. È proprio questa seconda strada quella scelta nel nostro paese, a partire già dal D.P.C.M. 1 aprile 2008³, con cui è stato disposto il trasferimento alle Regioni delle funzioni sanitarie riguardanti gli OPG, nonché la dimissione dei pazienti non più socialmente pericolosi da ricondurre a precisi bacini d'utenza, garantendo una ripartizione regionale delle rispettive quote d'internati e la conseguente "presa in carico" dei medesimi da parte dei relativi Dipartimenti di Salute Mentale (DSM) (Manacorda, 1988; Pelissero, 2008; Cimino, 2014). Tuttavia, tale pro-

1 Legge 26 luglio 1975, n. 354 *Norme sull'ordinamento penitenziario e sull'esecuzione delle misure privative e limitative della libertà* (G.U. 9 agosto 1975, n. 212); Legge 13 maggio 1978, n. 180, *Accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori* (G.U. n. 133 del 16-5-1978); Corte Cost., 18 luglio 2003, sent. n. 253.
2 Commissione parlamentare d'inchiesta sull'efficacia e l'efficienza del Servizio sanitario nazionale, M. Saccomanno, D. Bosone, *Relazione sulle condizioni di vita e di cura all'interno degli Ospedali psichiatrici giudiziari*, approvata nella seduta 20 luglio 2011, n. 125, doc XXII-bis, n. 4.

3 Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 1° aprile 2008, *Modalità e criteri per il trasferimento al Servizio sanitario nazionale delle funzioni sanitarie, dei rapporti di lavoro, delle risorse finanziarie e delle attrezzature e beni strumentali in materia di sanità penitenziaria* (G.U. n. 126 del 30-5-2008).

gramma è rimasto ampiamente disatteso, per ricevere un nuovo e decisivo impulso solamente con l'indagine svolta nel 2011 dalla Commissione parlamentare d'inchiesta sullo stato degli OPG, presieduta dal senatore Ignazio Marino⁴.

2. La riforma del 2012 e le successive scelte del legislatore italiano

A fronte dell'evidente stato di compromissione del sistema delle misure di sicurezza detentive in Italia, i sopralluoghi effettuati tra il 2010 e il 2011 dalla Commissione parlamentare d'inchiesta sullo stato degli OPG avevano portato definitivamente all'attenzione dell'opinione pubblica le fatiscenti ed emergenziali condizioni di tali strutture, facendo apparire non più procrastinabile una riforma in materia (Pelissero, 2012b; Della Casa, 2013), senza dimenticare anche le forti prese di posizione in tal senso da parte delle istituzioni europee⁵.

In particolare, uno dei principali esiti di questo accertamento è rappresentato dal disegno di legge n. 3036/2011⁶, in cui venivano individuate due date precise, il 1° febbraio e il 31 marzo 2012, riguardanti, rispettivamente, la fine del processo di superamento degli OPG, previsto dall'allegato C del D.P.C.M. del 2008, e il momento a partire dal quale le due misure di sicurezza detentive ex artt. 219 e 222 c.p. non avrebbero più dovuto essere eseguite nei vetusti edifici psichiatrici. Di conseguenza, per la loro attuazione ci si sarebbe dovuti avvalere di istituti più idonei alle esigenze di trattamento, caratterizzati da una piena sanitarizzazione interna e da istanze securitarie solo esterne, con personale di vigilanza limitato alla zona perimetrale (Massaro, 2015; Merzagora, 2015).

Durante la conversione del decreto "svuota-carceri" del 2011 nella Legge 17 febbraio 2012, n. 9⁷, è stato inserito l'art. 3-ter che, tralasciando il rinnovamento dei termini, ha fedelmente ricalcato il primo e unico articolo del succitato D.D.L. n. 3036, assicurando il raggiungimento degli obiettivi attraverso modifiche delle modalità esecutive della misura (Fiorentin, 2012; Alberti, 2015; Di Nicola, 2015; Massaro, 2015). Il legislatore, al comma 1, ha indicato un

termine per la definitiva chiusura degli OPG, che inizialmente doveva essere il 31 marzo 2013, poi, per ragioni contingenti, posticipato di un anno, per essere ulteriormente rinviato ad aprile 2015 (Della Casa, 2013). È stato, quindi, disposto il completo smantellamento degli stessi secondo due linee d'intervento: da un lato, la predisposizione di nuovi spazi per l'esecuzione delle misure di sicurezza detentive; dall'altro, la dimissione dei soggetti non più pericolosi e la loro presa in carico da parte dei DSM (Pelissero, 2012a; Zanalda & Mencacci, 2013; Massaro, 2015; Dodaro, 2015; Moretti, Sinisi, Mattei & Galeazzi, 2017).

Il succitato articolo, infatti, prevedeva l'esecuzione delle due misure psichiatriche del ricovero in OPG e in Casa di cura e custodia "esclusivamente" all'interno di strutture sanitarie alternative agli edifici manicomiali, denominate "Residenze per l'esecuzione delle misure di sicurezza" (REMS). Contestualmente, si affermava il principio di territorializzazione, ossia l'assegnazione alle stesse dei pazienti provenienti dalle rispettive aree regionali su cui sarebbero state realizzate, al fine di evitare gli effetti negativi derivanti dallo sradicamento del soggetto dal luogo di appartenenza (Calogero, 2013; Massaro, 2015), condizione in precedenza inevitabile a causa del numero esiguo degli istituti per l'esecuzione delle misure di sicurezza (Pelissero, 2012a).

In questa prospettiva, con un successivo decreto interministeriale⁸, sono stati individuati, sulla scorta del modello virtuoso dell'OPG di Castiglione delle Stiviere, i requisiti strutturali e organizzativi dei nuovi istituti (Di Nicola, 2015; Massaro, 2015). In particolare, insieme alle dimensioni ridotte, fissando un numero massimo di venti posti letto, veniva richiesta una gestione interna esclusivamente sanitaria, garantita attraverso una dotazione minima di personale multiprofessionale e sotto la responsabilità di un medico dirigente psichiatra (Gatta, 2013; Alberti, 2015; Balbi, 2015; Sgarbi et al., 2017). La sicurezza, invece, condizionata all'eventuale pericolosità sociale dei soggetti ospitati e diversificata in base ai livelli di protezione, poteva essere prevista nella parte perimetrale esterna delle nuove residenze, escludendone la necessità automatica e generalizzata (Della Casa, 2013; Massaro, 2015). Sul piano della loro effettiva realizzazione, tuttavia, le difficoltà incontrate hanno determinato un allungamento dei tempi, comportando la necessità, seppur in via transitoria, nonostante la prevista competenza esclusiva dei DSM, di "appaltare" le REMS a organismi del privato sociale o imprenditoriale purché accreditati con il Servizio sanitario nazionale (Perrone, 2012; Lorenzin & Orlando, 2014 a/b).

Il progressivo abbandono delle vecchie strutture psichiatriche giudiziarie, in favore di nuovi contesti terapeutici, non è avvenuto, dunque, in maniera diretta e automatica per una molteplicità di ragioni, sia organizzative che logistiche, rendendo necessario, per ben due volte, un intervento formale che allungasse i tempi inizialmente stabiliti dal legislatore per completare tale epocale e ambizioso pro-

4 Istituita con delibera del Senato del 30 luglio 2008 (relatori senatori Bosone e Saccomanno) e denominata "Commissione parlamentare di inchiesta sull'efficacia e l'efficienza del servizio sanitario nazionale".

5 Le criticità della misura del ricovero in Opg erano già state denunciate dal Commissario per i diritti umani del Consiglio d'Europa dopo la visita del giugno 2005, seguita tre anni più tardi dal Comitato per la prevenzione della tortura e delle pene o trattamenti inumani o degradanti del Consiglio d'Europa.

6 Disegno di legge 30 novembre 2011, n. 3036, d'iniziativa dei Senatori Ignazio Marino et al., *Disposizioni per il definitivo superamento degli Ospedali psichiatrici giudiziari e per la razionalizzazione dell'utilizzo delle risorse del Servizio sanitario nazionale e dell'amministrazione penitenziaria*.

7 Legge 17 febbraio 2012, n. 9, *Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge n. 211 del 2011, recante interventi urgenti per il contrasto della tensione detentiva determinata dal sovrappioppamento delle carceri* (G.U. n. 42 del 20-2-2012).

8 Ministero della Salute e Ministero della Giustizia, Decreto interministeriale, 1° ottobre 2012, *Requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi delle strutture residenziali destinate ad accogliere le persone cui sono applicate le misure di sicurezza del ricovero in Ospedale psichiatrico giudiziario e dell'assegnazione a casa di cura e custodia* (G.U. n. 270 del 19-11-2012).

getto di trasformazione del sistema penitenziario italiano. In tali occasioni, però, oltre a questo aspetto, sono state introdotte ulteriori innovazioni e aggiustamenti, modificando in senso stringente la disciplina, con riferimento in particolare all'applicabilità delle misure, ai presupposti per le stesse e alla loro durata (Balbi, 2015; Dodaro, 2015).

Nel D.L. 25 marzo 2013, n. 24⁹, che disponeva una prima proroga di un anno dei termini per la chiusura, è stato individuato il contenuto del cosiddetto programma specifico di utilizzo, che le Regioni avrebbero dovuto presentare (entro il 15 maggio 2013) per ottenere i finanziamenti per realizzare le REMS. Al suo interno, insieme agli interventi strutturali, in una prospettiva di deistituzionalizzazione *extra-moenia*, dovevano essere previste anche attività volte progressivamente a incrementare e favorire percorsi terapeutico-riabilitativi, la dimissione di tutti gli internati non più pericolosi, con l'obbligo di presa in carico da parte delle Asl, nonché l'esecuzione di misure di sicurezza alternative al ricovero in OPG (Di Nicola, 2015).

Questa previsione andava ad anticipare quanto sarebbe accaduto successivamente con la conversione in Legge (n. 81/2014) del decreto 31 marzo 2014, n. 52¹⁰, che oltre a fissare un nuovo termine (31 marzo 2015), poi finalmente rispettato, di abbandono degli OPG, ha reso effettiva la residualità della misura di sicurezza detentiva, affermandone la sussidiarietà, ossia il ricorso ad essa solo laddove ogni altra misura risulti non idonea ad assicurare al soggetto cure adeguate e a gestirne la pericolosità sociale (Dodaro, 2015). Contestualmente, la norma, quale ultima tessera di un complicato mosaico legislativo, ha introdotto anche una necessaria soluzione al fenomeno dei c.d. "ergastoli bianchi" e delle proroghe seriali dei ricoveri in assenza di alternative assistenziali operanti sul territorio, fissando un limite massimo di durata delle misure di sicurezza detentive, non applicabili per un periodo di tempo superiore al massimo edittale della pena detentiva, diversa dall'ergastolo, prevista per il reato commesso (Di Nicola, 2015; Balbi, 2015). In un siffatto processo di rinnovamento, il requisito della pericolosità sociale non poteva restare indenne, con conseguente modifica dei criteri di valutazione, subordinando l'accertamento esclusivamente alle qualità soggettive della persona, ignorando le condizioni di cui all'articolo 133, c. 2, n. 4 c.p., precisando e sottolineando come la sola mancanza di programmi terapeutici individuali non possa supportare il giudizio di pericolosità (Casacchia et al., 2015). Infine, è stato riconosciuto alle Regioni, che nel frattempo avevano altresì sfruttato la possibilità di modificare i progetti per la realizzazione delle REMS, l'obbligo d'inviare al Ministero della

Salute e alla competente autorità di garanzia, entro quarantacinque giorni dall'entrata in vigore della legge, i percorsi terapeutico-riabilitativi individuali (PTRI) di dimissione di ciascun internato, predisposti attraverso i dipartimenti e servizi Asl, in accordo con le REMS.

Nonostante la frammentarietà della presente riforma, integrata e trasformata con il protrarsi degli anni e in attesa della definitiva chiusura dei luoghi d'internamento dei soggetti non imputabili e socialmente pericolosi, dopo la primavera del 2015, in maniera progressiva, gli obiettivi sono stati effettivamente raggiunti, seppur con importanti differenze territoriali e situazioni ancora in via di definizione e sperimentazione.

3. La definitiva chiusura degli OPG e la nascita delle REMS

Tenuto conto di quanto appena illustrato, attualmente tutti gli ospedali psichiatrici giudiziari risultano formalmente chiusi, anche se il quadro complessivo che emerge è quello, abbastanza tipico per il nostro paese, di una forte disomogeneità territoriale. Il Legislatore, infatti, limitandosi a definire gli aspetti temporali e finanziari, delegando agli enti territoriali i compiti più onerosi di progettazione e realizzazione delle strutture alternative, ha contribuito alla conservazione delle differenze regionali.

Definire un quadro completo e chiaro dell'attuale situazione del processo di superamento degli OPG, e soprattutto dell'istituzione delle REMS, risulta alquanto difficile, trattandosi di una fase ancora in via di definizione ed evoluzione, in cui i dati sono in continuo aggiornamento e i programmi regionali sono stati modificati più volte. Per quanto concerne invero gli OPG, la situazione è più monitorabile, poiché se da un lato quello di Castiglione delle Stiviere si è automaticamente trasformato in REMS, dall'altro, da marzo 2017 tutti gli altri cinque istituti risultano non essere più operativi, come confermato anche dal rapporto dell'Amministrazione penitenziaria sulla popolazione detenuta che non riporta più la voce Internati (Cecconi, D'Anza, Del Giudice, Amerini, & Gonnella, 2016; Ministero della Giustizia, maggio 2017).

Passando a descrivere in maniera più precisa le Residenze funzionanti, la maggior parte è attiva dal 2015, con numeri andati ad aumentare progressivamente, anche se si tratta in prevalenza di strutture provvisorie, a fronte delle differenze territoriali esistenti e dei tempi necessari per il completamento delle procedure di appalto e successivi interventi per la realizzazione o implementazione degli edifici identificati. In termini quantitativi, secondo quanto emerso nella relazione conclusiva del Commissario Unico per il superamento degli OPG¹¹, da un totale di 24 REMS ad aprile 2016, si è progressivamente passati a 26 ad agosto dello stesso anno e a 30 a febbraio 2017, di conseguenza, anche i

9 Decreto-legge 25 marzo 2013, n. 24, *Disposizioni in materia sanitaria*, convertito in Legge 23 maggio 2013, n. 57, *Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 25 marzo 2013, n. 24, recante disposizioni urgenti in materia sanitaria* (G.U. 25/05/2013, n. 121).

10 Decreto-legge 31 marzo 2014, n. 52, *Disposizioni urgenti in materia di superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari*, convertito in Legge 30 maggio 2014, n. 81, *Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 31 marzo 2014, n. 52, recante disposizioni urgenti in materia di superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari* (G.U. n. 125 del 31-05-2014).

11 Organismo nominato dal Governo nel febbraio del 2016, con mandato semestrale prorogato al febbraio 2017, con il compito di completare la chiusura degli OPG ancora funzionanti e monitorare le REMS attive e le attività di realizzazione delle altre strutture programmate dalle Regioni.

posti letto disponibili sono aumentati, da 540 ad agosto 2016 a 606 a febbraio 2017, seppur con situazioni estremamente variegata a livello regionale (Gatta, 2017). Infatti, in alcuni contesti esiste una sola sede di riferimento (Abruzzo, Basilicata, Calabria, Liguria, Lombardia, Marche, Sardegna, Toscana, Trentino Alto Adige, Veneto) mentre in altri sono almeno due (Campania, Emilia Romagna, Friuli Venezia Giulia, Lazio, Piemonte, Puglia, Sicilia), così come dai 2 posti letto delle Residenze friulane si passa ai 40 di quella veneta, fino ad arrivare a Castiglione delle Stiviere che, con il suo sistema pluri-modulare, raggiunge la notevole capienza di 120 disponibilità (Corleone, 2017).

I pazienti ospitati in tali realtà, ad agosto 2016 ammontavano a 541, di cui 318 definitivi, 216 provvisori e 7 in posizione mista, diventati 569 a febbraio 2017, di cui 350 definitivi, 215 provvisori e 4 misti. Complessivamente, sono transitate 950 persone, di cui 215 provenienti dagli OPG, con successive 415 dimissioni a confermare il segnale positivo già manifestatosi nei primi mesi di attuazione della riforma, contrapposto alla tradizionale tendenziale chiusura degli OPG e al conseguente triste fenomeno degli ergastoli bianchi (Pannitteri, 2013; Corleone, 2016). Tuttavia, la rilevazione di 235 soggetti in attesa di applicazione della misura mette in luce in questo quadro il permanere di alcune criticità legate in prevalenza a difficoltà logistiche e d'implementazione, come l'eventuale raggiungimento della capienza massima delle strutture disponibili o la mancata predisposizione di situazioni alternative (Corleone, 2017).

Rispetto al genere, le donne sono risultate essere 46, a fronte di dodici strutture in grado di ospitarle, con una REMS appositamente dedicata (Pontecorvo – Lazio) e un reparto esclusivo a Castiglione delle Stiviere, ossia meno del 10% del totale, in leggero calo rispetto a quanto rilevato nel 2016, quando erano 52. Probabilmente la presenza così ridotta dovrebbe spingere a preferire strutture *ad hoc* in cui far confluire questi soggetti, per rispondere a peculiari esigenze ed evitare il rischio d'isolamento o marginalizzazione in contesti a maggioranza maschile (Corleone, 2017). Un'altra categoria specifica identificata, seppur numericamente contenuta, è quella dei Senza Fissa Dimora (SFD) che ad agosto 2016 erano 53 (43 stranieri e 10 italiani), diminuiti a 47 a febbraio 2017 (38 stranieri e 9 italiani), casi questi di difficile gestione soprattutto in termini di reinserimento post dimissione. Come suggerito anche dal Commissario Unico, mentre nel caso degli italiani è possibile ricorrere al c.d. "domicilio di soccorso", ossia una residenza fittizia individuata stabilmente dai comuni di provenienza prima del ricovero (Corleone, 2016), con rilascio di un documento d'identità e garanzia di un welfare di base, la sorte degli stranieri irregolari, di cui si auspica il rimpatrio al termine della misura, appare invece incerta e complicata (Corleone, 2017).

Considerando l'attuale popolazione delle REMS attive, la riduzione progressiva dei pazienti "fuori regione" (passati dai 51 del 2016 ai 16 del 2017 in progressiva sparizione con il completamento delle strutture definitive) sembra confermato il rispetto del principio di territorialità, non applicato ai casi di soggetti a fine percorso terapeutico o di persone di sesso femminile in mancanza talvolta di sedi idonee (Gatta, 2016, 2017; Corleone, 2017).

Per quanto concerne, invece, il generale funzionamento, dai diversi regolamenti interni emergono elementi comuni, come le regole di vita quotidiana, i diritti e i doveri dei pa-

zienti, la formazione continua del personale, i trasferimenti e il piantonamento in struttura ospedaliera, oltre che differenze, anche notevoli, in tema di colloqui con famigliari ed esterni, gestione di eventuali comportamenti aggressivi ed esigenze di vigilanza e sicurezza. In tal senso, tutte le REMS sono dotate di un avanzato sistema di videosorveglianza, attivo all'esterno e in alcuni casi anche negli spazi comuni, mentre il servizio di vigilanza talvolta è assente, o è fornito privatamente (anche con dotazione di un'arma), o assegnato direttamente ai dipendenti della struttura sanitaria. Il ricorso alla contenzione meccanica, a fronte di comportamenti aggressivi, nel 2017 è stato rilevato solo a Castiglione delle Stiviere, seppur previsto esclusivamente quale *extrema ratio* per situazioni gravi e in ogni caso in via transitoria, ossia prima dell'attivazione di un TSO (Corleone, 2017).

A fronte, quindi, di un tendenziale andamento positivo del processo di sviluppo e attuazione delle nuove strutture, come emerge dai documenti dell'organismo di monitoraggio sull'applicazione della riforma, le criticità riguardano soprattutto due aspetti: la forte incidenza di misure provvisorie e le importanti differenze riscontrate nei regolamenti interni delle Residenze.

Sul primo punto, è evidente come l'elevato numero di soggetti c.d. provvisori, ma anche di altre categorie giuridiche di soggetti che parimenti accedevano agli OPG, non appaia coerente con le nuove realtà ideate in un'ottica sanitaria e di riabilitazione, per cui è auspicabile che con il tempo le misure detentive, applicabili in via residuale e nel rispetto del principio di sussidiarietà, riguardino comunque solamente i soggetti prosciolti per vizio di mente e pericolosi socialmente destinatari di una misura di sicurezza definitiva (Gatta, 2016; Collica, 2016; Cupelli, 2016; Corleone, 2017). In termini di funzionamento generale delle strutture, accertata la sussistenza di differenze sul piano territoriale, in attesa si completi la dotazione finale delle REMS, sembra necessario superare le disparità di trattamento dovute alla poca uniformità dei regolamenti, adottando un modello comune sulla base del quale poi perfezionare quelli delle singole residenze, in accordo anche con la disciplina penitenziaria vigente (Gatta, 2016; Corleone, 2017).

In ogni caso, al di là di quanto accertato concretamente rispetto alla fondamentale trasformazione in atto, il Commissario unico ha altresì suggerito un ulteriore passaggio innovativo, in un'ottica di rafforzamento complessivo della riforma, ritenendo necessario riordinare complessivamente il sistema delle misure di sicurezza (art. 215 c.p.), cui assegnare la diversa etichetta di "misure giudiziarie terapeutiche". In quest'ottica, le misure maggiormente afflittive dovrebbero avere carattere eccezionale, con una differenziazione dei trattamenti terapeutici anche in base ai reati commessi e la conseguente integrazione delle cure e dei processi di riabilitazione tra REMS e DSM (Corleone, 2017), ipotesi contemplata anche dal recente D.D.L. 2067, in cui è stata inserita una specifica delega al governo per la revisione della disciplina delle misure di sicurezza (Pelissero, 2017)¹².

12 DDL 2067 *Modifiche al codice penale, al codice di procedura penale e all'ordinamento penitenziario*, approvato definitivamente alla camera in data 14 giugno 2017 (in attesa di pubblicazione), contenente la delega al Governo per la riforma dell'intero sistema delle misure di sicurezza personali.

4. Limiti e criticità della riforma degli OPG

La legge n. 9 del 2012 appare sicuramente apprezzabile per il condiviso intento di aver fatto calare il sipario sugli OPG italiani, nonché per la chiara attenzione rivolta alle esigenze primarie di cura e di riabilitazione della persona, presupposto indispensabile per il definitivo superamento delle condizioni di abbandono in cui versavano gli internati (Pellissero, 2012a; Della Casa, 2013; Dodaro, 2015; Massaro, 2015; Merzagora, 2015). Allo stesso tempo non va dimenticato l'accento posto sull'interazione tra sistema penale e sanitario, la cui efficacia è condizione necessaria per l'effettività del sistema disegnato dall'art. 3-ter, motivo questo a sostegno dell'ampio consenso ottenuto dalla norma in Parlamento, senza dimenticare alcune polemiche dovute al timore di un pericolo per la sicurezza pubblica¹³.

In questi termini, infatti, vi era chi riteneva compromesse le esigenze di controllo e difesa sociale, soprattutto laddove il territorio non fosse stato in grado di accogliere e sostenere gli ex internati, i piani terapeutici non fossero stati predisposti e i DSM non avessero avuto le risorse sufficienti per integrare il sistema di esecuzione delle misure di sicurezza (Balbi, 2015). Così come allo stesso modo veniva denunciata la scarsa attenzione nei confronti delle vittime dei reati, mancando la previsione di adeguati strumenti di prevenzione e informazione, soprattutto in relazione a determinate tipologie di reato (es. violenza contro le donne, reati sessuali, reati commessi all'interno di contesti familiari ecc.), ignorando anche le richieste in tal senso provenienti dalla comunità internazionale¹⁴. La scelta d'intervenire d'urgenza, per risolvere l'evidente violazione dei diritti umani insita nel protrarsi dell'esistenza degli OPG, ha inevitabilmente prodotto, almeno per il momento, un'inadempienza nei confronti dei soggetti passivi, come spesso accade dimenticati ed esposti al rischio di una vittimizzazione secondaria, altrettanto vulnerabili e meritevoli di protezione e ascolto da parte delle istituzioni (Di Nicola, 2015).

Detto questo, in realtà, molte delle critiche più marcate e inaspettate sono pervenute proprio da un'area progressista della psichiatria, secondo la quale le REMS destinate a compensare la chiusura degli OPG avrebbero potuto rappresentare a loro volta una velata espressione della logica manicomiale (Zanaldi & Mencacci, 2013; StopOpg, 2015; Cupelli, 2016). In realtà, occorre ricordare come determinate scelte del legislatore, quali le dimensioni contenute e il numero limitato di pazienti, il principio di territorialità e la previsione una durata massima del ricovero, rappresentassero proprio un tentativo di scongiurare il rischio che

nella prassi le nuove strutture risultassero una mera "clonazione" delle istituzioni criminal-manicomiali (Massaro, 2015; Corleone, 2016, 2017).

In una prospettiva prevalentemente trattamentale, a fronte dell'effettiva attuazione della riforma, gli operatori chiamati ora ad avere un ruolo centrale nel percorso individuato per gli autori di reato non imputabili e socialmente pericolosi hanno evidenziato un'ulteriore problematicità legata alla cosiddetta sanitarizzazione, quindi, al binomio cura e custodia (Massaro, 2015; Cupelli, 2016). La scelta, infatti, di eliminare qualsiasi forma di controllo in favore di un esclusivo intervento sanitario ha necessariamente determinato un mutamento nella posizione dei professionisti della psichiatria, assegnando loro oltre che nuovi compiti di gestione della sicurezza, con poteri d'intervento in situazioni di emergenza in capo al dirigente (es. adozione sistemi d'allarme e telecamere, le ipotesi di attivazione delle Forze dell'ordine ecc.), anche nuove responsabilità (Della Casa, 2013; Massaro, 2015). Gli stessi, quindi, per garantire le istanze di custodia e la neutralizzazione della pericolosità, potrebbero trovarsi a sacrificare il diritto alla salute dei pazienti e le stesse finalità della riforma, impostando le proprie modalità operative sul contenimento e il controllo, a discapito delle esigenze socio-assistenziali e dell'alleanza terapeutica con i pazienti (Pompili, Nicolò & Ferracuti, 2016).

Un altro aspetto, che ancora desta non poche perplessità, concerne la programmata moltiplicazione delle strutture contenitive, pur trattandosi di un passaggio obbligato al fine di soddisfare il principio della territorializzazione, la cui assenza è stata giustamente rilevata quale elemento di criticità del sistema previgente (Di Nicola, 2015). Allo stesso tempo, non sono mancati coloro che a fronte del miglioramento in termini igienico-sanitari delle residenze psichiatriche, rispetto al loro antesignano OPG, temevano addirittura un possibile aumento dei ricoveri (Rotelli, 2012). Secondo tale posizione, i giudici, i periti e i servizi territoriali potrebbero essere disincentivati a realizzare progetti esterni, in quanto, tranquillizzati da questi nuovi "contenitori", cui poter ricorrere con facilità, in presenza di posti liberi, per inviargli i pazienti più problematici (Di Nicola, 2015).

Procedendo in questa direzione, anche la positiva scelta di stabilire un termine massimo di durata della misura, corrispondente alla pena edittale prevista per il reato commesso, al fine di arginare il fenomeno dei c.d. ergastoli bianchi, ha suscitato dubbi e critiche. In questo modo, innanzitutto l'applicabilità delle misure finirebbe per ricondursi non tanto alla pericolosità sociale ma alla gravità del reato, perdendo così di valore il dualismo responsabilità-pena e pericolosità sociale-misura di sicurezza, alla base del doppio binario, con una confusione anche delle prospettive sia diagnostica che prognostica (Di Nicola, 2015; Massaro, 2015). In secondo luogo, si presenta il problema della mancanza di un anello di congiunzione con il territorio, ossia la difficoltà di prendere in carico i soggetti al termine della misura, una volta dimessi, qualora ancora pericolosi, non essendo stati predisposti necessari strumenti socio-sanitari di prevenzione e trattamento e in assenza di gradualità degli interventi (Massaro, 2015). Tuttavia, oggi, il principale orientamento prevede l'applicazione della libertà vigilata con prescrizioni terapeutiche, rispetto alla quale non sono previsti limiti trattandosi di misura non detentiva, evitando il ricorso a strutture chiuse così da non

13 Senato della Repubblica, 664ª seduta del 25 gennaio 2012, *allegato B*, p. 215; Camera dei Deputati, 585ª seduta del 14 febbraio 2012, *resoconto stenografico*, p. 91.

14 In tale direzione: Consiglio d'Europa, *Convenzione sulla prevenzione e la lotta contro la violenza nei confronti delle donne e la violenza domestica*, Istanbul, 11 maggio 2011; Parlamento Europeo e Consiglio d'Europa, *Direttiva 2012/29/UE del 25 ottobre 2012 che istituisce norme minime in materia di diritti, assistenza e protezione delle vittime di reato e che sostituisce la decisione quadro 2001/220/GAI*, 25 ottobre 2012, retrieved June 2017 from <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/IT/TXT/?uri=celex%3A32012L0029>.

favorire il ritorno ai meccanismi antecedenti la riforma (Di Nicola, 2015).

Tale situazione si collega direttamente, nonostante l'affermato principio di sussidiarietà, al permanere di difficoltà e limiti rispetto alla predisposizione di strutture di accoglienza e sostegno adeguate sul territorio, per la mancanza di progetti socio-sanitari, per la difficoltà di dare continuità e sviluppo ai piani terapeutico riabilitativi, per l'indisponibilità della presa in carico da parte dei DSM, sui quali occorrerebbe investire sia in termini di risorse che di personale (Balbi, 2015; Di Nicola, 2015; Massaro, 2015). Sembra, infatti, mancare ancora un ponte tra le strutture "custodiali", cui ricorrere solo come *extrema ratio*, e l'esterno, in cui dovrebbero essere attuabili ulteriori percorsi riabilitativi, anche mediante soluzioni intermedie, diverse dalla talvolta afflittiva libertà vigilata, individuando misure di sicurezza con caratteristiche analoghe all'affidamento in prova al servizio sociale o misure non detentive che prevedano comunque la permanenza in una struttura di cura (Massaro, 2015). La situazione, fortunatamente, come riferito anche dalle relazioni del Commissario Unico è in via di miglioramento, ma è vero che ancora mancano REMS definitive, non tutti hanno predisposto adeguati programmi terapeutico-riabilitativi e la psichiatria del territorio andrebbe ulteriormente implementata, soprattutto migliorando la rete di accoglienza dei dimessi (Collica, 2016).

Infine, uno dei punti più controversi, che ha visto pronunciarsi sia la magistratura che diverse società scientifiche, riguarda la decisione del legislatore di intervenire anche sul requisito della pericolosità sociale, modificandone i parametri per l'accertamento e quindi sostanzialmente impedendo al giudice di utilizzare a tal fine i criteri ex art. 133 c. 2 n. 4 c.p., in deroga all'art. 203 c. 2 c.p. Pertanto, la prognosi non dovrà più tener conto delle condizioni di vita individuale, familiare e sociale, fondamentali per tale tipologia di valutazione, ma dovrà basarsi solamente sulle qualità soggettive dell'individuo, sulle sue caratteristiche biologiche e mentali, in sostanza esclusivamente sullo stato di malattia (ANM & CONAMS, 2014; Merzagora, 2015). Tale scelta era volta sostanzialmente a rendere più equo tale giudizio, evitando che le misure più afflittive fossero destinate solo a soggetti in situazioni sociali e personali più svantaggiate (Pelissero, 2014; Di Nicola, 2015; Collica, 2016), come di fatto spesso avveniva, per cui dietro questa etichetta vaga e ambigua si nascondevano in realtà storie di disagio, emarginazione, esclusione, deprivazione e abbandono, a fronte della mancanza di progetti di inclusione e sostegno (Massaro, 2015). Allo stesso tempo, però, questo nuovo orientamento rischia di rendere tale valutazione decontestualizzata più difficile e meno attendibile, richiamando retaggi deterministici e meccanicismi psicopatologici, a discapito dell'approccio multi-causale unanimemente accolto dalla comunità scientifica, essendo la pericolosità sociale non un requisito esclusivo del sofferente psichico ma una condizione complessa integrata riconducibile a qualsiasi autore di reato (Dodaro, 2015; Massaro, 2015; Merzagora, 2015; Collica, 2016).

In questo modo, assistiamo all'avvento di un nuovo doppio binario, con una norma generale sulla pericolosità che resta invariata (art. 203 c.p.) e la previsione di una riduzione dei parametri su cui costruire il giudizio di accertamento di tale condizione dell'infermo o seminfermo di mente autore di reato, ai fini dell'applicabilità delle sole misure de-

tentive, situazione in cui invece sarebbe proprio necessario avere il maggior numero di elementi possibili per emettere un giudizio valido e utile (Di Nicola, 2015). Tuttavia, esiste una possibile interpretazione elastica che potrebbe consentire di superare la lettera della norma, risolvendo le criticità manifestatesi inizialmente, oggetto anche di pronunce giurisprudenziali in termini di costituzionalità¹⁵ (Collica, 2016). Considerando, infatti, in maniera ampia la categoria "qualità soggettive della persona", ai fini della valutazione della situazione psico-patologica dell'autore di reato, in maniera indiretta e mediata vi si potrebbero ricomprendere anche i parametri sociali, familiari ed economici ove rilevanti, contribuendo a stabilire se, una volta terminato il percorso terapeutico-riabilitativo, egli ritroverà nell'ambiente di appartenenza condizioni tali da favorire o meno la reiterazione del reato (Dodaro, 2015).

Secondo questa prospettiva, in realtà va ricordato come tale complicata e, in parte, discutibile innovazione normativa, s'inscriva in un più ampio progetto di cambiamento di prospettiva culturale nei confronti degli infermi di mente autori di reato, in passato improntata su esclusione e marginalità, in un'ottica di uguaglianza e garanzia dei diritti fondamentali dell'essere umano, senza certamente dimenticare che probabilmente una riforma più ordinata e completa dell'intera materia sarebbe stata una scelta più adeguata ed efficace.

5. Considerazioni conclusive e prospettive future

Come anticipato, quello iniziato dal legislatore del 2012 è stato un percorso travagliato, il cui obiettivo finale, ossia il superamento della condizione di esclusione dell'infermo di mente autore di reato, risulta ormai chiaro oltre che realizzabile. Nonostante le molteplici e differenti problematiche che continuano a manifestarsi, l'ormai prossima completa realizzazione e attivazione delle strutture residenziali definitive, ancora mancanti, nonché una piena applicazione della legge n. 81/2014 e soprattutto dei principi in essa espressi, potranno rendere il ricovero dei sofferenti psichici autori di reato socialmente pericolosi nelle REMS un'eccezione alla regola, presupponendo un maggiore e principale intervento a livello territoriale. Tuttavia, nella prospettiva delineata dalla riforma, la creazione di nuove strutture a vocazione sanitaria o l'incremento di percorsi *extra-moenia* non sembrano essere di per sé sufficienti, essendo necessario un sovvertimento anche sul piano culturale, rispetto alle false percezioni d'insicurezza collettiva, alle improprie "etichette" gravanti sui folli-rei e alle irrazionali esigenze punitive convergenti su questi capri espiatori della società. L'attenzione dovrebbe, quindi, concentrarsi non solo sul "dove curare" ma anche sul "come curare", perché nuove strutture e un numero adeguato di collaboratori, pur potendo garantire un trattamento più dignitoso dei pazienti, non necessariamente soddisfano le esigenze di cura, perché

15 Il Tribunale di Sorveglianza di Messina aveva sollevato una questione d'incostituzionalità dell'art. 1, c. 1, lett. b) del D. L. 31 marzo 2014, n. 52, dichiarata infondata dalla Corte Costituzionale con sentenza n. 186/2015.

curativa è “la capacità di proporre un rapporto che mira ad un cambiamento profondo” (Pannitteri, 2013; Santacroce, 2013).

Il permanere di dubbi e limiti, rispetto a tale epocale cambiamento, sembrerebbe dipendere dal carattere, da più parti riconosciuto, settoriale e lacunoso della soluzione normativa emergenziale, laddove sarebbe stata invece preferibile una revisione complessiva dell'intera disciplina delle misure di sicurezza psichiatriche (Pelissero, 2008; Merzagora, 2015; Collica, 2016). Tuttavia, questa scelta avrebbe sicuramente richiesto tempi di gestazione molto più lunghi, mentre la diffusa indignazione per l'intollerabilità della situazione carceraria italiana, riconosciuta anche a livello internazionale, richiedeva un intervento più immediato tale da spingere a emanare un provvedimento di carattere urgente, benché imperfetto e forse non sufficiente. Quello che è venuto a realizzarsi, infatti, seppur senza toccare l'impianto del codice penale, è un nuovo doppio binario, in cui sono in parte cambiati requisiti, presupposti e modalità di esecuzione delle misure di sicurezza, intervenendo soprattutto sull'elemento della pericolosità sociale, parametro di difficile definizione e valutazione, che richiederebbe un'innovazione sia terminologica sia delle modalità di accertamento.

Pertanto, rispetto a una vera e propria sistematizzazione della materia come regolata dal codice del 1930, supportata da una profonda elaborazione filosofica e psichiatrica, la riforma in oggetto, al contrario, è andata a modificarne solamente alcuni aspetti determinati, senza prevedere l'elaborazione di un nuovo modello di trattamento del malato psichiatrico. A due anni circa dalla formale chiusura degli OPG (effettivamente realizzatasi da qualche mese), da più parti si auspica un aggiustamento generale dell'intero impianto, direzione che sembra effettivamente essere tornata all'attenzione del legislatore, che nel recente disegno di legge n. 2067 di riforma del sistema penale (codice penale, codice di procedura penale e ordinamento penitenziario)¹⁶ ha disposto una delega, estremamente ampia, al Governo in termini di “revisione della disciplina delle misure di sicurezza personali”.

Occorrerà, quindi, attendere che tale obiettivo, seppur complesso e dai confini incerti, venga raggiunto, così da poter verificare se e come la condizione degli autori di reato non imputabili e socialmente pericolosi cambierà ulteriormente, nella consapevolezza dell'impossibilità di raggiungere la perfezione e l'unanime soddisfazione rispetto ad un tema così importante non solo per i diretti destinatari delle misure ma per l'intera collettività.

Ringraziamenti

Si ringraziano per la collaborazione il Dott. Federico Bignardi Baracchi e la Dott.ssa Nicoletta Pagliani.

16 Il DDL n. 2067 *Modifiche al codice penale, al codice di procedura penale e all'ordinamento penitenziario*, all'art. 13 comma 1 b) contiene una delega al Governo per la riforma dell'intero sistema delle misure di sicurezza personali.

Riferimenti bibliografici

- Alberti, G. (2015). Chiudono gli Ospedali Psichiatrici Giudiziari (?): La situazione e le prospettive in Lombardia. *Diritto Penale Contemporaneo*. Retrieved February 2017 from <http://www.penalecontemporaneo.it/d/3808-chiudono-gli-ospedali-psichiatrici-giudiziari-la-situazione-e-le-prospettive-in-lombardia>
- Aleo, S. (2013). Imputabilità e pericolosità sociale dell'individuo infermo di mente. *Rassegna penitenziaria e criminologica*, 2, 9-19.
- Associazione Nazionale Magistrati, Coordinamento dei Magistrati di Sorveglianza, *Comunicato congiunto ANM e CONAMS su ospedali psichiatrici giudiziari*, 29 aprile 2014. Retrieved June 2017 from <http://www.associazionemagistrati.it/doc/1583/comunicato-congiunto-anm-e-conams-su-ospedali-psichiatrici-giudiziari.htm>
- Balbi, G. (2015). Infermità di mente e pericolosità sociale tra OPG e REMS. *Diritto Penale Contemporaneo*. Retrieved March 2017 from <http://www.penalecontemporaneo.it/d/4085-infermita-di-mente-e-pericolosita-sociale-tra-opg-e-rems>.
- Calogero, A. (2013). Castiglione: l'esperienza di una vita. In A. Pannitteri (Ed.) *La pazzia dimenticata. Viaggio negli ospedali psichiatrici giudiziari* (pp. 173-178). Roma: L'asino d'oro.
- Casacchia, M. et al. (2015). Il superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari: a new deal per la salute mentale? *Rivista di psichiatria*, 5, 199-209.
- Cecconi, S., D'Anza, V., Del Giudice, G., Amerini, D., & Gonnella, P. (2016, June 15). *Ospedale Psichiatrico Giudiziario di Aversa finalmente chiuso. Anche l'Ospedale Psichiatrico Giudiziario di Aversa finalmente è chiuso. Ora concentrare gli sforzi per chiudere Montelupo Fiorentino e Barcellona Pozzo di Gotto. Ma la vera sfida è costruire un'alternativa alla logica manicomiale*. Retrieved March 2017 from http://www.stopopg.it/system/files/2016_06_CHIUDE-OPG-AVERSA.pdf.
- Ciliberti, P., Scarpati, F., Nuvoli, G., Oldrati, S., & Ferrannini, L. (2015). I mutamenti organizzativi dei dipartimenti di salute mentale per la presa in carico dei pazienti autori di reato. *Rassegna italiana di criminologia*, 2, 127-135.
- Cimino, L. (2014). Il superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari: un'analisi critica. *Rivista di criminologia, vittimologia e sicurezza*, 2, 29-45.
- Collica, M.T. (2016). La riformata pericolosità sociale degli infermi non imputabili o semimputabili al vaglio della Corte Costituzionale: Una novità da ridimensionare. *Rivista Italiana di Diritto e Procedura Penale*, 1, 416-443.
- Corleone, F. (2016). *Relazione semestrale sull'attività svolta dal Commissario unico per il superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari, 19 febbraio - 19 agosto*. Retrieved June 2017 <http://www.penalecontemporaneo.it/upload/Relazione%20Semestrale.pdf>.
- Corleone, (2017). *Seconda Relazione Semestrale sulle attività svolte dal Commissario unico per il superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari, 19 agosto 2016 - 19 febbraio 2017*. Retrieved June 2017 from <http://www.camera.it/temiap/2017/02/28/OCD177-2763.pdf>.
- Cupelli, C. (2016). Dagli OPG alle REMS: Un ritorno alla medicina custodiale?. *Diritto Penale Contemporaneo*. Retrieved March 2017 from <http://www.penalecontemporaneo.it/d/5127-dagli-opg-alle-rems-un-ritorno-alla-medicina-custodiale>.
- De Vito, C. G. (2014). Forensic psychiatric units in Italy from the 1960s to the present. *International Journal of Law and Psychiatry*, 37, 127-134.
- Della Casa, F. (2013). Basta con gli Opg! La rimozione di un “fossile vivente” quale primo passo di un arduo percorso riformatore. *Rivista italiana di diritto e procedura penale*, 1, 64-110.
- Di Nicola, P. (2015). La chiusura degli OPG: Un'occasione man-

- cata. *Diritto Penale Contemporaneo*. Retrieved February 2017 from <http://www.penalecontemporaneo.it/d/3756-la-chiusura-degli-opg-un-occasione-mancata>.
- Dodaro, G. (2015). Nuova pericolosità sociale e promozione dei diritti fondamentali della persona malata di mente. *Diritto Penale e Processo*, 5, 611-619.
- Fiorentin, F. (2012). Ospedali psichiatrici giudiziari verso la chiusura. *Guida al Diritto*, 10, 51-54.
- Fortuna, F. S. (1997). Custodia o cura: Storia e vicenda dei manicomi criminali. *Rassegna penitenziaria e criminologica*, 1/2, 477-489.
- Gatta, G. L. (2013). La riforma degli Ospedali psichiatrici giudiziari. *Enciclopedia giuridica Treccani*. Roma: Istituto Poligrafico e Zecca dello Stato.
- Gatta, G. L. (2016). O.P.G. e R.E.M.S.: A che punto siamo? Le relazioni del Commissario unico per il superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari, Franco Corleone. *Diritto Penale Contemporaneo*. Retrieved March 2017 from <http://www.penalecontemporaneo.it/d/5140-opg-e-rem-s-a-che-punto-siamo-le-relazioni-del-commissario-unico-per-il-superamento-degli-ospedali-p>.
- Gatta, G. L. (2017). Chiusura completa degli O.P.G.: finalmente a un passo dalla meta. *Diritto Penale Contemporaneo*. Retrieved April 2017 from <http://www.penalecontemporaneo.it/d/5257-chiusura-completa-degli-opg-finalmente-a-un-passo-dalla-meta>.
- Goffman, E. (1961). *Asylums: Essays on the condition of the social situation of mental patients and other inmates*. New York: Anchor Books (trad. it. *Asylums. Le istituzioni totali: i meccanismi dell'esclusione e della violenza*, Torino, Einaudi, 2003).
- Grispini, A., & Ducci, G. (2013). Il superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari: Considerazioni e riflessioni. *Rassegna penitenziaria e criminologica*, 16, 9-24.
- Lorenzin, B., & Orlando, A. (2014a). *Seconda Relazione trimestrale al Parlamento sul Programma di superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari, ai sensi della legge 30 maggio 2014 n. 81*. Retrieved March 2017 from http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2351_allegato.pdf.
- Lorenzin, B., & Orlando, A. (2014b). *Relazione sullo stato di attuazione delle iniziative per il superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari*. Roma: Stabilimenti tipografici Carlo Colombo.
- Manacorda, A. (1988). *Folli e reclusi. Una ricerca sugli internati in Opg*. Perugia: La Casa Usher.
- Manna, A. (1994). Il trattamento sanzionatorio del malato di mente autore di reato e le prospettive di riforma. *Rassegna italiana di criminologia*, 25, 269-293.
- Massaro, A. (2015). Sorvegliare, curare e non punire: l'eterna dialettica tra "cura" e "custodia" nel passaggio dagli Ospedali Psichiatrici Giudiziari alle Residenze per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza. *Rivista Italiana di Medicina Legale (e del Diritto in campo sanitario)*, 4, 1357-1391.
- Mazzucato, C., & Varraso, G. (2013). Chiudere o...aprire? Il "superamento" degli OPG tra istanze di riforma e perenni tentazioni di "cambiare tutto per non cambiare niente". *Rivista Italiana di Medicina Legale (e del Diritto in campo sanitario)*, 3, 1341-1354.
- Merzagora, I. (2015). Pericolosi per come si è: la (auspicata) chiusura degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari e la (discutibile) pericolosità sociale come intesa dal decreto legge n. 52 del 31 marzo 2014. *Rivista Italiana di Medicina Legale (e del Diritto in campo sanitario)*, 1, 359-363.
- Ministero della Giustizia, *Detenuti presenti per posizione giuridica. Situazione al 30 giugno 2017*. Retrieved July 2017 from https://www.giustizia.it/giustizia/it/mg_1_14_1.page?facet-Node_1=0_2&contentId=SST35927&previousPage=mg_1_14.
- Moretti, V., Sinisi, A., Mattei, G., & Galeazzi G. M. (2017). Situazione, qualità della vita e trattamento di persone dimesse dall'Ospedale Psichiatrico Giudiziario di Reggio Emilia: Follow-up a due anni. *Rassegna Italiana di Criminologia*.
- Ornano, M. C. (2013). Il superamento dell'ospedale psichiatrico giudiziario: aspetti problematici ed esperienze operative della gestione dell'autore di reato affetto da disagio mentale. *Cassazione Penale*, 5, 2086-2095.
- Pannitteri, A. (2013). *La pazzia dimenticata. Viaggio negli ospedali psichiatrici giudiziari*. Roma: L'asino d'oro.
- Pelissero, M. (2008). *Pericolosità sociale e doppio binario. Vecchi e nuovi modelli di incapacitazione*. Torino: Giappichelli.
- Pelissero, M. (2012a). Il definitivo superamento degli Ospedali psichiatrici giudiziari nel tempo della crisi. *Diritto penale e processo*, 8, 1017-1026.
- Pelissero, M. (2012b). La soppressione degli ospedali psichiatrici giudiziari: realtà ed apparenze. *La Legislazione penale*, 366-374.
- Pelissero, M. (2014). Ospedali Psichiatrici Giudiziari in proroga e prove maldestre di riforma della disciplina delle misure di sicurezza. *Diritto penale e processo*, 8, 917-930.
- Pelissero, M. (2017). La politica penale delle interpolazioni. Osservazioni a margine del disegno di legge n. 2067 testo unificato. *Diritto Penale Contemporaneo*, 1, 61-72.
- Peloso, P. F., D'Alema, M., & Fioritti, A. (2014). Mental Health Care in Prisons and the Issue of Forensic Hospitals in Italy. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 6, 473-478.
- Perrone, M. (2012). Ospedali psichiatrici giudiziari: le nuove strutture affidate anche al privato. *Il Sole 24 ore: sanità*. Retrieved March 2017 from <http://www.sanita24.ilsole24ore.com/art/dal-governo/2015-03-31/ospedali-psichiatrici-giudiziari-addio-172050.php?uuid=AbZ70uaL>.
- Pompili, P., Nicolò, G., & Ferracuti, S. (2016). Dagli Opg alle Rems. Ma i medici non possono fare i poliziotti. *Quotidiano Sanità*, 2 novembre 2016.
- Rivellini, G., & Schiavon, M. (2006). Codice penale e misure di sicurezza. In V. Volterra (Ed.) *Psichiatria forense, criminologia ed etica psichiatrica* (pp. 421-435). Milano: Masson.
- Romano, C. A., & Saurgnani, I. (2001). L'Ospedale psichiatrico giudiziario oggi, tra ideologia e prassi. *Rassegna italiana di criminologia*, 12, 491-536.
- Rotelli, F. (2012). *I nuovi vestiti degli Ospedali psichiatrici giudiziari (a proposito di una legge molto "pericolosa")*. Retrieved March 2017 from www.ristretti.it/commenti/2012/gennaio/pdf6/articolo_rotelli.pdf.
- Santacroce, G. (2013). Pericolosità sociale, imputabilità e chiusura degli ospedali psichiatrici giudiziari (spunti per un dibattito). *La giustizia penale*, 6, 189-192.
- Sclafani, F., Racioppoli, U., & Caccavale, F. (2002). Prospettive di riforma delle misure di sicurezza per autori di reato infermi di mente. *Rassegna italiana di criminologia*, 34, 579-623.
- Sgarbi, C. et al. (2017). L'esperienza della REMS di Casale di Mezzani: funzionamento della struttura e caratteristica dei pazienti ricoverati. *Rassegna Italiana di Criminologia*, 3, 2013-212
- StopOPG (2015). *Chiusura Ospedali Psichiatrici Giudiziari, stopOPG risultato di una mobilitazione che proseguirà*, Comunicato stampa. Retrieved March 2017 from <http://www.stopopg.it/node/1206>.
- Traverso, G. B., Ciappi, S., & Ferracuti, S. (2000). The Treatment of the Criminally Insane in Italy. *International Journal of Law and Psychiatry*, 5-6, 493-508.
- Zanaldi, E., & Mencacci, C. (2013). Percorso di superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari in Italia. L'impatto sui dipartimenti di salute mentale. L'opinione della Società Italiana di Psichiatria. *Rassegna penitenziaria e criminologica*, 16, 25-47.