



UNIVERSITÀ DELLA VALLE D'AOSTA
UNIVERSITÉ DE LA VALLÉE D'AOSTE

DIPARTIMENTO DI SCIENZE UMANE E SOCIALI
CORSO DI LAUREA IN SCIENZE E TECNICHE PSICOLOGICHE

Anno Accademico 2023/2024

Tesi di Laurea

**Dal confinamento alle comunità: un'analisi storica e critica
delle pratiche di trattamento della salute mentale in Italia
per gli autori di reato con problemi psichici e/o infermità
mentale**

Relatore:

Prof. Luca Scacchi

Laureanda:

Alessia Ricci

21 D03 346

Indice

Introduzione.....	1
Capitolo I – La realtà degli ospedali psichiatrici giudiziari	4
1.1 <i>Storia dei manicomi criminali italiani.....</i>	4
1.2 <i>La contestazione del movimento antipsichiatrico e l’influenza delle teorie sociologiche</i>	10
1.3 <i>Relazione parlamentare d’inchiesta Marino e la decretazione del superamento degli OPG ..</i>	16
Capitolo II – Le residenze per l’esecuzione delle misure di sicurezza per le persone autrici di reato con problemi psichici e/o infermità mentale	20
2.1 <i>Dagli OPG alle REMS: verso la Legge n.81/2014.....</i>	20
2.1.1 <i>La collaborazione tra Magistratura e Dipartimenti di Salute Mentale: la proposta degli UFPF per il funzionamento dei DSM e la gestione dei percorsi terapeutico-riabilitativi</i>	26
2.1.2 <i>Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) in caso di Misura di Sicurezza presso la REMS.....</i>	29
2.2 <i>Cosa accadde dopo la Legge n.81/2014?.....</i>	32
2.2.1 <i>Il fenomeno delle “liste d’attesa”</i>	35
2.3 <i>Castiglione delle Stiviere: un modello di REMS dai tempi degli OPG</i>	38
Capitolo III – Critica alla realtà psichiatrica alle REMS: l’ultima rivoluzione Basaglia da realizzare	41
3.1 <i>La critica della Corte costituzionale alle liste d’attesa.....</i>	41
3.2 <i>I sistemi di dialogo tra le istituzioni: il PUR ed il sistema SMOP</i>	44
3.3 <i>Ventesimo rapporto sulle condizioni dei pazienti sottoposti a misura di sicurezza detentiva in REMS.....</i>	46
Conclusione.....	52
Riferimenti bibliografici	54

Introduzione

L'11 marzo 2024 si è celebrato il centenario della nascita di Franco Basaglia, eminente psichiatra e pioniere che si adoperò per la chiusura dei grandi manicomi civili, dando il nome alla più significativa riforma nel campo della psichiatria. Egli avviò un vero e proprio processo di deistituzionalizzazione, chiudendo le porte dei manicomi e aprendo le frontiere verso una psichiatria di comunità. Tuttavia, nel suo lavoro pionieristico, lasciò in sospeso la questione degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari, destinati alla reclusione dei soggetti autori di reato dichiarati non imputabili a causa di problemi psichici. L'obiettivo primario del presente elaborato è fornire una ricostruzione quanto più accurata possibile dell'iter che ha portato alla chiusura di tali istituti, a favore di misure meno custodialistiche e più orientate alla cura ed alla riabilitazione del paziente, sebbene con alcuni decenni di ritardo rispetto alla Legge n.180/1978. Inoltre, non si propone soltanto come un'analisi storica, bensì principalmente come una critica alle strutture comunitarie attualmente disponibili sul territorio italiano. Infatti, se la chiusura dei grandi manicomi rappresentò un traguardo significativo per un paese civile, molte sono ancora le imperfezioni del sistema dedicato al recupero e alla riabilitazione degli autori di reato affetti da infermità mentale.

In particolare, il primo capitolo sarà dedicato alla storia che ha portato alla nascita dei manicomi criminali, inquadrando il contesto storico-culturale e dando voce a pensatori come Cesare Lombroso, che si adoperarono per l'apertura di tali istituti. Nel 1876 fu inaugurata la prima sezione per maniaci presso il manicomio di Aversa, a cui seguì l'apertura di altri cinque istituti dislocati su tutto il territorio nazionale. I manicomi criminali riuscirono a sopravvivere nel corso del Novecento, nonostante gli anni della grande contestazione da parte del movimento antipsichiatrico, il cui principale promotore in Italia fu proprio Franco Basaglia. L'unica modifica significativa di quegli anni, mirata a mostrare un allontanamento dalle tendenze precedenti e a promuovere un'immagine di innovazione, fu la loro ridenominazione in Ospedali Psichiatrici Giudiziari. Tuttavia, le pratiche disumane rimasero invariate e le condizioni degli internati peggiorarono drasticamente nel corso dei decenni. Infine, analizzeremo come le prime tendenze verso il superamento di tali istituti emersero nei primi anni duemila, fino ad arrivare al 2008, anno in cui iniziò formalmente il processo di superamento degli OPG a seguito delle condizioni disumane riscontrate dalla Commissione Parlamentare per la valutazione dell'efficacia e dell'efficienza del Servizio Sanitario Nazionale. Tale Commissione, presieduta dal Senatore Ignazio Marino, portò all'attenzione del pubblico italiano l'orrore celato dietro le

mura degli OPG grazie alle riprese condotte durante le ispezioni a sorpresa e trasmesse in prima serata sulla rete nazionale.

Con il secondo capitolo verrà esaminato l'iter giudiziario che portò al concreto superamento degli istituti adibiti alla reclusione degli infermi di mente dichiarati non imputabili. Il processo fu lungo e non privo di difficoltà e ritardi, ma l'obiettivo principale venne perseguito e mantenuto: il legislatore riuscì a legiferare, ponendo fine al binomio cura-custodia a favore di strutture esclusivamente dedicate alla cura ed alla riabilitazione dei soggetti, finalizzate alla reintegrazione sociale del folle reo. Questo processo portò alla creazione delle Residenze per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza, strutture che accolgono gli autori di reato dichiarati non imputabili per infermità mentale confermata da perizia, ma ritenuti socialmente pericolosi. La gestione di tali residenze venne assegnata in modo esclusivo alle competenze sanitarie, escludendo dall'amministrazione il Ministero della Giustizia, come invece avveniva per gli OPG. Infatti, i principi alla base della Legge n.81/2014 ebbero come obiettivo il superamento del precedente impianto manicomiale, a favore di un approccio maggiormente territoriale e comunitario. Con ciò, è stabilito che i soggetti siano sempre presi in carico dai Dipartimenti di Salute Mentale territoriali, nel rispetto del principio di territorialità, per l'elaborazione di un piano terapeutico personalizzato in base alle difficoltà ed esigenze di ciascun paziente, affinché si costruisca una solida rete di supporto. Per raggiungere tale scopo, è altresì necessario implementare una stretta collaborazione, fin dalle prime fasi, tra la magistratura ed i servizi psichiatrici territoriali, garantendo al soggetto le migliori cure nel rispetto dei suoi diritti. Infatti, il principio cardine della normativa è l'*extrema ratio* della REMS: questa può essere adottata come forma di misura detentiva definitiva solo in mancanza di alternative valide e sicure per il soggetto. Conseguentemente, il compito della Magistratura, in stretta collaborazione con i servizi sanitari, consiste nel trovare la soluzione ottimale per assicurare le cure più adeguate ai folli rei, consapevoli che sebbene la REMS sia una realtà nettamente diversa dai grandi OPG, rappresenta pur sempre una forma privativa della libertà personale. Infine, a conclusione del capitolo, è descritto quello che potremmo definire l'unico OPG sopravvissuto alla riforma, situato a Castiglione delle Stiviere, ora denominato REMS, poiché fin dal 2008 adottò un modello gestionale interamente sanitario, diventando un esempio di eccellenza a livello nazionale, da cui sono state tratte le linee guida per la realizzazione delle altre REMS.

Il terzo ed ultimo capitolo si propone di esaminare le problematiche e le criticità emerse nel capitolo precedente. Nonostante finora si siano esaltati i meriti delle REMS, compresa quella di Castiglione delle Stiviere, è necessario riconoscere che dietro le apparenze si celano insidie

non visibili a chi non approfondisce la questione. È importante evidenziare che il tema delle REMS è scarsamente discusso a livello sociale, rendendo estremamente difficile individuare le potenziali problematiche celate. Sebbene vi sia un riconoscibile miglioramento rispetto all'istituzione precedente, le criticità non sono del tutto scomparse. Il primo significativo ostacolo affrontato dal sistema è rappresentato dal c.d. fenomeno delle liste d'attesa: il sistema REMS opera secondo un modello a numero chiuso, limitando la disponibilità di posti per ciascuna struttura per evitare di replicare le criticità delle istituzioni manicomiali, dove l'elevato numero di internati contribuiva alla trascuratezza nella cura dei pazienti. Tuttavia, il limitato numero di posti disponibili provoca una saturazione del sistema, portando i soggetti a dover attendere l'attuazione della propria misura, spesso anche in contesti non adatti alle loro condizioni psicofisiche, come il carcere. Infatti, come vedremo, tali fattori hanno portato la Corte costituzionale e la Corte Europea per i Diritti dell'Uomo a criticare il sistema italiano delle REMS. Inoltre, una delle principali cause delle liste d'attesa è la mancanza di comunicazione efficace tra i vari sistemi coinvolti nel processo penale di un soggetto dichiarato non imputabile per disagio psichico. Nonostante si siano introdotti diversi sistemi volti a migliorare la comunicazione, i risultati sono stati modesti poiché solo alcune Regioni hanno adottato tali misure. Infine, analizzando il ventesimo rapporto sulle condizioni dei soggetti sottoposti a misura detentiva in REMS, promosso dall'Associazione Antigone in collaborazione con altri enti, osserveremo come la principale sfida per il sistema penale è il rispetto del principio di *extrema ratio*, particolarmente per una specifica categoria di popolazione.

Capitolo I – La realtà degli ospedali psichiatrici giudiziari

Il primo capitolo mira a fornire una ricostruzione adeguata dell'iter giudiziario che condusse all'apertura dell'istituzione manicomiale per criminali, ribattezzato Ospedale Psichiatrico Giudiziario negli anni Settanta del secolo scorso. Gli Ospedali Psichiatrici Giudiziari (OPG) vengono definiti come «*le ultime strutture chiuse per la cura di infermi di mente autori di reato giudicati non imputabili e, pertanto, non penalmente responsabili*» (Gatta, 2016). Come indicato nella definizione, la misura era destinata principalmente a soggetti non imputabili a causa di infermità mentale, valutati come socialmente pericolosi, a cui veniva imposta una durata detentiva minima in relazione alla severità della sanzione astrattamente prevista per il crimine perpetrato. Inoltre, tale istituzionalizzazione veniva applicata anche nei confronti di soggetti sottoposti a misura detentiva colpiti da disturbo psichico tale da richiedere il ricovero, poiché strutture sottoposte all'amministrazione penitenziaria. Nonostante il trionfo del movimento antipsichiatrico e di Franco Basaglia negli stessi anni per la chiusura definitiva dei manicomi civili, l'istituzione manicomiale criminale dovette attendere gli anni duemila per dare inizio al processo di smantellamento, che vide come promotore il Sen. Ignazio Marino ed altri membri della Commissione Parlamentare d'inchiesta, incaricata di valutare le condizioni igienico-sanitarie e le pratiche mediche a cui erano sottoposti gli internati. Pertanto, nel capitolo verranno illustrate oltre alle teorie sociologiche ed i contributi dell'antipsichiatria, anche le disposizioni contenute nella Relazione finale dell'inchiesta, che concorsero alla promulgazione della legge n.81/2014 per il definitivo superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari.

1.1 Storia dei manicomi criminali italiani

In Italia, il dibattito sulla collocazione dei soggetti con disturbi mentali autori di reato ebbe inizio nei primi anni '70 del XIX secolo a seguito dell'unificazione del Regno. Questo evento comportò una revisione dell'assetto penale per uniformare la legislazione territoriale del neonato Stato italiano. In particolare, l'Italia si ispirò all'esperienza pionieristica inglese di fine Settecento: nel 1786 a Londra venne istituito il primo comparto dedicato al ricovero dei soggetti folli autori di reato presso l'Asilo di Bethlem, esempio che si trasmise per tutta Europa, arrivando anche oltre oceano (Borzacchiello, 2007).

Cesare Lombroso, fondatore della Scuola di Antropologia criminale e sostenitore della corrente di pensiero della Scuola Positiva, guardò all'asilo britannico come ad un modello a cui il Regno d'Italia avrebbe dovuto ispirarsi, al fine di attuare una politica per la difesa sociale (Lombroso, 1872). Infatti, egli vedeva il manicomio criminale come ad un'istituzione in grado di risolvere

la complicata questione sulla collocazione e gestione della pericolosità sociale di due categorie di devianti: i folli rei ed i rei folli. È bene distinguere queste due categorie, poiché i folli rei sono coloro che nel momento in cui commettono un reato si trovano in uno stato di «*assoluta imbecillità, pazzia o morboso furore*»¹ e per questa ragione vengono prosciolti dalle accuse; mentre i rei folli sono coloro che acquisiscono in stato di detenzione una patologia psichica (Stammati, 2023). Soprattutto per quanto riguarda i folli rei, i soggetti erano di difficile gestione sia nelle carceri, in quanto necessitavano di interventi medici, sia nei manicomi civili, che sembravano estremamente insicuri. Per tali motivi, Lombroso e la corrente Positiva sostennero il progetto per l'istituzione di una struttura di impianto manicomiale a direzione medica, che potesse al contempo prevenire il rischio di fuga dei pazienti grazie alla presenza di personale carcerario specializzato nella supervisione, ritenendo questa configurazione organizzativa una soluzione ideale per affrontare la questione della delinquenza e strumento per la difesa sociale (Lombroso, 1872).

Per sopperire al ritardo legislativo in materia di manicomi adibiti appositamente a malati psichici autori di reato, il direttore generale delle carceri Martino Beltrami-Scalia, con un atto amministrativo del 1876, istituì la prima Sezione per maniaci² presso la casa penale per gli invalidi di Aversa, diretta dal medico Gaspare Virgilio e in cui furono destinati già diciannove detenuti (Borzacchiello, 2007, cit. p. 78). Questa sezione accoglieva principalmente i rei folli, ossia quei soggetti impazziti durante la reclusione o in attesa di perizia, poiché il Codice penale sardo vigente all'epoca non prevedeva alcun particolare provvedimento specifico nei confronti dei prosciolti folli. La sezione di Aversa rimase per alcuni anni l'unica struttura sul territorio nazionale in grado di accogliere i detenuti con malattie psichiche provenienti da tutto il Regno (Saporito, 1908). Tuttavia, l'ingente costo che gravava sulle finanze dello Stato per il trasferimento dei detenuti dal Nord e dal Centro Italia per Aversa rappresentò un ostacolo alla destinazione dei soggetti alla Sezione per maniaci. Per questa ragione, anche durante il secondo congresso della Società Freniatria Italiana nel 1878, fu ribadita la necessità che fosse istituito un secondo manicomio criminale per i detenuti del centro-nord, al fine di ridurre i costi dei trasferimenti e di poter collocare in un luogo sicuro tutti i soggetti con disturbi psichici autori di reato (Borzacchiello, 2007). Nel 1884, il dottor Leonardo Ponticelli ricevette l'incarico di

¹ L'affermazione è tratta dal Codice penale sardo del 1859, all'art. 94, per descrivere le condizioni e le situazioni che impedivano la configurazione del reato, in conformità al principio stabilito dal brocardo *nullum crimen sine culpa*.

² “Sotto l'impero di tali necessità, nacque il manicomio criminale; e il primo timido tentativo di incarnazione fu questo di Aversa, auspicato da Martino Beltrami Scalia, direttore generale delle carceri, e Gaspare Virgilio, modesto chirurgo delle case di forza di Aversa, secondo la barbara denominazione del tempo”. (Saporito, 1908, p. 362).

individuare una località appropriata, salubre e sufficientemente isolata nel cuore dell'Italia centrale per ospitare il primo manicomio criminale ufficiale. Identificò nella storica Villa Granducale dell'Ambrogiana di Montelupo Fiorentino il luogo ideale per l'istituzione, che fu così inaugurata il 12 giugno dello stesso anno (Rusticucci, 1925). La residenza era situata in un punto strategico, a circa venticinque chilometri da Firenze e nelle vicinanze della ferrovia, un aspetto fondamentale che garantiva un trasferimento celere dei detenuti provenienti da ogni carcere della penisola.

La questione riguardante l'apertura degli istituti manicomiali per criminali con disturbi psichici si spostò in Parlamento un anno dopo l'apertura della Sezione per maniaci di Aversa. In tale contesto, il deputato Righi sollevò un'interpellanza parlamentare all'allora ministro di Grazia e Giustizia Pasquale Stanislao Manini, richiedendo la tempestiva istituzione dei manicomi criminali (Borzacchiello, 2007). Tuttavia, per l'attuazione degli istituti fu necessaria una modifica del Codice penale sardo, promulgata nel 1889 che prende il nome del ministro Guardasigilli dell'epoca: fu il Codice Zanardelli ad affrontare il tema dell'imputabilità penale, che permise di istituire in territorio italiano i manicomi criminali, adibiti agli autori di reato dichiarati infermi o semi infermi di mente. Inizialmente l'articolo 47 disponeva l'assoluzione per pazzia dell'accusato, consentendo al giudice di ordinare il ricovero in un manicomio criminale o civile e obbligando il soggetto a rimanervi fino a quando l'autorità competente l'avrebbe ritenuto necessario. Il Parlamento si schierò contro questa posizione, poiché il timore era conferire eccessivo potere ai giudici, che avrebbero così acquisito la capacità di internare a tempo indeterminato anche individui affetti da una lieve infermità mentale e autori di reati meno gravi, con la conseguenza di sottoporre questi soggetti ad una condizione detentiva ancora più pesante del carcere³. La modifica dell'ex articolo 47 fu inclusa nell'articolo 46, il quale stabilì che «*Non è punibile colui che, nel momento in cui ha commesso il fatto, era in tale stato di infermità di mente da togliergli 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*»⁴. Ciò sentenziò l'immediato ricovero del prosciolto

³ I provvedimenti di legge si riferiscono agli articoli 13 e 14 delle disposizioni attuative del codice penale, promulgate con Regio Decreto 1° dicembre 1889 n. 6509 (serie 3). «*Il provvedimento si coordina all'istituzione dei così detti manicomi criminali, ormai stabiliti in parecchi civilissimi paesi, e dei quali anche in Italia si è incominciato a fare esperimento, ed è anzi stata reiteratamente proposta per legge la regolare costituzione. Non si è però creduto opportuno di prescrivere che il prosciolto per vizio di mente abbia sempre da essere rinchiuso in un manicomio criminale; poiché l'assegnazione a tale stabilimento deve essere giustificata da condizioni particolari di gravità, per i casi ordinari potendo bastare un manicomio comune.*» - Relazione della Commissione della Camera dei Deputati sul progetto del Codice penale Zanardelli.

⁴ Art. 46 Codice penale Zanardelli 1889.

per vizio di mente in via cautelare provvisoria presso un manicomio civile, in cui vi sarebbe rimasto fino alla sentenza del presidente del Tribunale civile. Infatti, era tale figura istituzionale che deteneva la facoltà per disporre l'ospedalizzazione o la definitiva liberazione dell'imputato. Inoltre, poteva esercitare il potere di revocare il ricovero qualora avesse giudicato superate le ragioni che ne avevano determinato l'internamento.

Se il Codice penale sardo del 1859 non disponeva di procedure che normassero il trattamento del prosciolto per disturbo psichico, d'altra parte il Codice Zanardelli conferì ai magistrati la competenza di prescrivere la consegna del folle reo presso l'autorità competente, come specificato dall'articolo 46. Tuttavia, tale prescrizione normativa non stabiliva propriamente il collocamento del folle presso un manicomio criminale, altresì in manicomi civili. Infatti, per ratificare l'istituzione dei manicomi criminali fu indispensabile attendere l'emanazione del nuovo Regolamento per gli stabilimenti carcerari dichiarato con Regio Decreto n.260 1° febbraio 1891⁵. Fu in questa sede che presero il nome ufficiale di manicomi giudiziari⁶, alla cui istituzione contribuì anche il dottor Beltrani-Scalia, con l'intenzione di disciplinare questi nuovi impianti. Il decreto li annoverò tra le strutture penitenziarie speciali, come specificato dall'art.4, assegnando loro una duplice funzione curativa e repressiva nei confronti dell'autore di reato con vizio di mente, ma tale aspetto risultò in contrasto con la possibilità di ospedalizzare anche quei prosciolti non imputabili, non destinati ad espiare alcuna pena. Tra i soggetti istituzionalizzati in queste nuove strutture manicomiali giudiziali non vi erano solo folli rei, altresì criminali affetti da disturbo psichico condannati a pene superiori all'anno, già detenuti presso stabilimenti penitenziari ordinari, come disposto dal medico-chirurgo dell'istituto (Art. 469)⁷. Per quanto riguardava i detenuti con pene inferiori all'anno, colpiti da alienazione mentale o da altri tipi di patologie psichiche, ma di cui non si stabiliva la pericolosità comportamentale, era prevista la detenzione presso uno stabilimento ordinario, ma solo se

⁵ Il Regolamento generale per le Strutture penitenziarie e per i Riformatori statali del Regno, promulgato nel 1891, classificò gli Istituti penitenziari in: Istituti di custodia cautelare, Strutture di pena ordinaria e Istituti di pena speciale. In particolare, i manicomi giudiziari erano annoverati come Stabilimenti di pena speciali "*destinati ai condannati divenuti pazzi durante la espiazione della pena, ed agli imputati ed accusati per quali l'Autorità giudiziaria competente ordina il ricovero forzato, temporaneo o definitivo*". Relazione introduttiva, op. cit., p. XII.

⁶ Come specificato, a un anno dall'entrata in vigore del codice Zanardelli, i manicomi criminali assumeranno la denominazione di "manicomi giudiziari". Un'ulteriore riorganizzazione avverrà nel 1975 con la Riforma penitenziaria (legge 25 luglio 1975 n. 354), in cui fu introdotta la nuova nomenclatura di Ospedali Psichiatrici Giudiziari.

⁷ Art. 469. I condannati affetti da alienazione mentale e con una pena superiore ad un anno sono destinati a speciali istituti, noti come Manicomi giudiziari, ove si provveda contemporaneamente alla repressione e alla cura. Per autorizzare il trasferimento in un Manicomio giudiziario è necessario il parere del Medico-chirurgo dello Stabilimento penale in cui si trova il condannato, mentre il Ministero può consultare anche uno o più specialisti in psichiatria.

sussistevano i mezzi di cura (Art. 470)⁸. Inoltre, per i prosciolti con disagio psichico, a cui il giudice civile avesse ordinato il ricovero in manicomio, il regolamento prevedeva la possibilità di un trasferimento di questi solo in apposite sezioni dei manicomi criminali, dichiarato attraverso decreto del Ministero dell'Interno, su proposta dell'autorità di pubblica sicurezza (art. 471)⁹; mentre per quanto concerneva gli accusati supposti folli, venivano trasferiti in manicomi civili per una fase di osservazione, dopo la quale potevano essere collocati in strutture giudiziarie se ritenuto necessario (art. 472)¹⁰. Infine, i manicomi giudiziari ospitavano gli inquisiti che avessero dato segno di follia (art. 473)¹¹. Si stabilì altresì che la supervisione dei manicomi giudiziari fosse affidata ai medici chirurghi esperti in psichiatria, nominati Direttori Sanitari e subordinati all'autorità del Direttore Carcerario. Il regolamento carcerario prescrisse che le questioni relative al trattamento dei ricoverati, alle questioni alimentari, disciplinari e alle interazioni tra direttore amministrativo e direttore sanitario fossero regolamentate da specifici Regolamenti interni (Daga, 1985).

All'inizio del XX secolo, sul territorio erano già operative tre strutture manicomiali a carattere giudiziario: il manicomio giudiziario di Aversa, Montelupo Fiorentino e quello di Reggio Emilia, inaugurato nel 1892. In seguito, negli anni '20 del secolo scorso, furono aperte due nuove strutture a Napoli e a Baccellona Pozzo di Gotto. Tuttavia, l'apertura dei manicomi giudiziari non affrontò in modo completo la problematica relativa al trattamento dei malati psichici autori di reato. In particolare, si accese un forte dibattito all'interno degli istituti stessi tra medici alienisti e direttori amministrativi, poiché i primi contestarono la propria posizione subordinata ai direttori carcerari ed evidenziarono grandi difficoltà a superare i limiti imposti dal regolamento carcerario applicato anche ai detenuti con disturbi psichici, senza tenere conto della fragilità psichica di questi (Galzigna, 2006). Fu il direttore delle carceri Alessandro Doria a riformare l'amministrazione dei manicomi giudiziari, affidando la direzione autonoma ai

⁸ Art. 470. I condannati affetti da alienazione mentale e con una pena inferiore a un anno, purché non rappresentino pericoli e siano inoffensivi, paralizzati o affetti da delirio transitorio, possono rimanere negli istituti penitenziari ordinari, a condizione che non vi sia carenza di cure e non venga compromessa la disciplina interna. In caso contrario, potrebbero essere trasferiti ai manicomi provinciali a spese dell'Amministrazione.

⁹ Art. 471. Gli imputati assolti ai sensi dell'articolo 46 del Codice penale, e per i quali il Presidente del Tribunale civile ordina il ricovero definitivo in un Manicomio, come stabilito dall'articolo 14 del Regio decreto 1° dicembre 1889, n. 6509, (serie 3a), sono trasferiti in un Manicomio giudiziario, su decreto del Ministero dell'Interno e su proposta dell'Autorità di pubblica sicurezza, ma in Sezioni separate.

¹⁰ Art. 472. Nelle Sezioni indicate dall'articolo precedente, il Ministero dell'Interno può disporre il ricovero anche di imputati prosciolti che, ai sensi dell'articolo 13 del Regio decreto 1° dicembre 1889, n. 6509 (serie 3a), devono essere temporaneamente internati in un manicomio, in stato di osservazione.

¹¹ Art. 473. Su specifica richiesta dell'Autorità giudiziaria, è possibile ricoverare anche gli indagati in stato di osservazione in una Sezione apposita dei Manicomi giudiziari, dove tale decisione viene presa tramite decreto del Ministero dell'Interno.

medici psichiatri¹² e annullando così la subordinazione alla figura del direttore carcerario, cosicché, come osservò Filippo Saporito, direttore del manicomio giudiziario di Aversa: *«ingloba tutta una tecnica speciale, la quale impronta i suoi principi alla tecnica carceraria ed alla tecnica ospitaliera, in relazione al duplice fine della sicurezza e della cura»* (Saporito, 1908, p 363). Tuttavia, negli anni a seguire la situazione peggiorò drasticamente, tanto che la sopravvivenza del manicomio giudiziario di Aversa fu seriamente compromessa a seguito di un'ispezione ministeriale dal risultato negativo. Tale ispezione evidenziò una gestione catastrofica dell'istituto, con ambienti insalubri, una scarsa qualità del vitto e una quasi assenza di assistenza medica e infermieristica, tanto che lo stesso direttore si schierò dalla parte di coloro che ne richiedevano la chiusura. Tuttavia, questa non avvenne.

Il 1904 si rivelò un anno significativo per la struttura legislativa manicomiale, sia giudiziario che civile, poiché fu promulgata la legge n.36 14 febbraio 1904 sui manicomi, che tuttavia generò ulteriori complicazioni nella già complessa gestione dei manicomi giudiziari. Tale disposizione giuridica, emanata dal governo Giolitti, prevedeva l'assegnazione ai manicomi criminali di coloro che rappresentavano un rischio di pericolo per sé e per gli altri e che contribuivano al pubblico scandalo, compresi i prosciolti autori di reato con alienazione mentale. La normativa stabiliva che il soggetto potesse essere segnalato alle autorità come individuo pericoloso socialmente da un parente, un medico o dal Sindaco, e successivamente scortato presso una struttura manicomiale dagli agenti di pubblica sicurezza, che ottenevano il mandato dal Procuratore del Re. Solo dopo la fase di osservazione, l'istituzionalizzazione diventava definitiva. Sebbene l'obiettivo della normativa giolittiana fosse garantire omogeneità al settore frammentato dei manicomi giudiziari, il rischio fu quello di trasformare i malati in internati a vita: infatti, una delle debolezze della legge risiedeva nella semplicità con cui i pazienti potevano essere internati e trasformare la loro permanenza in un vero e proprio carcere a vita (Anfosso, 1907).

Il 1930 fu un altro anno cruciale, poiché venne promulgato il Codice penale Rocco, in sostituzione a quello precedente, con l'intento di estendere il principio di presunzione di pericolosità (art.222) anche ai soggetti non imputabili per infermità mentale ed introducendo il manicomio giudiziario tra le misure di sicurezza al fine di proteggere la società da eventuali pericoli che il folle reo potrebbe rappresentare. In particolare, tramite un approccio sanzionatorio a doppio binario, il nuovo Codice penale cercò di armonizzare i fondamenti del

¹² Regio Decreto 5 settembre 1904.

diritto penale della Scuola Classica con quelli della Scuola Positiva: da un lato, si atteneva l'idea di punire l'uomo libero e responsabile di reato con una pena retributiva¹³, dall'altro considerava un individuo pericoloso, influenzato da vari fattori sociali, ambientali, patologici, da controllare attraverso misure di sicurezza. È stato varato che tali provvedimenti, rivolti a soggetti imputabili, parzialmente responsabili e non imputabili penalmente, siano prescritti direttamente dal giudice durante la pronuncia di condanna o di proscioglimento per incapacità di intendere e volere dell'autore del reato. Per coloro giudicati affetti da disturbi psichici, il Codice Rocco prescrive in modo vincolante e automatico la misura di sicurezza del ricovero a tempo indeterminato in un manicomio giudiziario, mentre per i soggetti parzialmente infermi di mente è disciplinata l'assegnazione in una casa di cura e custodia¹⁴. Tuttavia, nei manicomi criminali non si ricoveravano solo i folli rei ed i rei folli, ma anche i superstiti alle grandi guerre ed i sovversivi. Durante la Prima Guerra Mondiale vennero internati numerosi militari inviati al fronte che fecero ritorno dalle trincee segnati non solo fisicamente, ma anche e soprattutto psicologicamente dagli orrori della guerra. Mentre sotto il fascismo, i manicomi, sia civili sia giudiziari, diventarono il luogo ideale per una silenziosa repressione politica e sociale di tutti coloro che si ribellavano al regime (Petracci, 2014). Se l'intenzione del legislatore con il Codice Rocco era conciliare elementi di custodia e cura nella misura di sicurezza del manicomio giudiziario, nella realtà la cura del paziente risultò sempre subordinata alla custodia per le difficoltà legate all'organizzazione stessa degli istituti.

1.2 La contestazione del movimento antipsichiatrico e l'influenza delle teorie sociologiche

Il manicomio giudiziario trovò la sua consacrazione legislativa con il Codice Rocco, che lo annoverò come istituzione preposta all'esecuzione della misura di sicurezza rivolta ai prosciolti con disturbi mentali; tuttavia, con l'entrata in vigore della Costituzione affiorò la questione della dissonanza tra il sistema dualistico del manicomio giudiziario e i nuovi principi costituzionali. Infatti, la Costituzione norma tutt'oggi che la Repubblica italiana debba essere uno stato che garantisca il diritto fondamentale alla salute, sia come diritto personale

¹³La pena retributiva, concetto utilizzato nel campo del diritto penale, mira principalmente a far espiare al responsabile il danno morale provocato dal proprio comportamento illecito, attraverso una sanzione proporzionata alla gravità del fatto e alla colpevolezza del soggetto.

¹⁴L'esecuzione in casa di cura e custodia (come previsto dall'art. 219 c.p.) è una misura detentiva attuata verso gli autori di delitto non colposo, ma condannati ad una pena ridotta a causa dell'infermità psichica o di una dipendenza cronica da alcol o da sostanze stupefacenti, oppure affetti da sordomutismo. Queste strutture sono, fin dalla loro istituzione, sezioni di manicomio giudiziario, destinate ad accogliere coloro che sono soggetti a questa misura, e non sono mai esistite come strutture autonome.

dell'individuo, sia come interesse generale della collettività, assicurando cure agli indigenti. Per questa ragione, tra gli anni '60 e '70 la Sanità italiana diventò oggetto di numerose riforme per una modernizzazione del sistema (Ferrario, 2002). Parallelamente, si intensificarono le critiche all'istituzione manicomiale, sia civile che giudiziaria, a seguito di una serie di ispezioni condotte all'interno dei manicomi che rilevarono condizioni medico-igieniche carenti e contesti depersonalizzanti. Infatti, già nel 1965, l'allora Ministro della Sanità Mariotti denunciò la condizione dei manicomi giudiziari paragonandoli a "lager germanici"¹⁵.

Negli stessi anni, emersero diverse correnti di pensiero sociologiche, che esercitarono un notevole impatto, specialmente sul pensiero basagliano e sul movimento antipsichiatrico (Bottino, 2021). L'antipsichiatria si originò all'interno della corrente psichiatrica e psicoanalitica anglosassone a metà degli anni Sessanta, e trovò radicamento in Europa nei primi anni Settanta. Inoltre, le sue radici affondano anche negli studi condotti da M. Foucault, racchiusi nell'opera *Historie della folie à l'age classique* (1961), in cui l'autore si propone di tracciare le forme di repressione psichiatrica francesi attuate a partire dal XVII secolo nei confronti del folle. Nella sua ricostruzione, Foucault mette in evidenza come, durante il Medioevo, la follia fosse raffigurata attraverso l'immagine dell'uomo in viaggio verso l'ignoto, ossia verso la morte; infatti, in quel periodo storico, i folli erano emarginati e costretti a vagabondare poiché allontanati dai villaggi. Successivamente, nel corso del Rinascimento, la follia smise di essere un simbolo di morte, e di conseguenza ebbe fine l'eterno viaggiare del folle, che venne accolto in quello che Foucault definì l'Ospedale dei folli (Foucault, 1961). L'autore individuò il XVII secolo come l'epoca del "Grande internamento", in cui l'autorità sull'istituzione passò dalla competenza della Chiesa allo Stato, segnando il periodo in cui la follia si legò alla morale. In particolare, l'analisi foucaultiana si concentra soprattutto sulla creazione degli ospedali psichiatrici in Francia e sull'esperienza dei liberazionisti dei folli francesi, quali Pinel¹⁶ e Tuke¹⁷. Tuttavia, l'autore ne decostruì il mito della liberazione dei malati mentali francesi ad opera di questi, poiché, nonostante l'apparenza di libertà, essi non erano veramente liberi, ma vincolati da catene diverse, quali il potere e l'autorità conferiti al medico, che introdusse ulteriori meccanismi repressivi all'interno degli asili. Foucault ci mostra, attraverso il suo lavoro, come i manicomi non sorgano dalla scoperta medica della

¹⁵ Nell'opera di V. P. Babini, *Liberi tutti*, op. cit., p. 207 viene citato un estratto del discorso del Ministro Mariotti tenutosi al Convegno dell'Avis del 20 Settembre 1965.

¹⁶ Pinel passò alla storia, negli anni della Rivoluzione francese, per aver liberato i folli della *Bicêtre*, una dei manicomi parigini che svolse un ruolo significativo nella storia della psichiatria.

¹⁷ Tuke viene ricordato per aver fondato un manicomio in cui non si applicavano coercizioni nel 1793, aspetto innovativo per quel periodo storico.

malattia mentale, bensì rappresentano una trasformazione dell'internamento tipico dell'età classica, con una ristrutturazione interna. In questo contesto, la figura del medico entra in scena non tanto per fornire terapia e conoscenza medica, quanto piuttosto per trasformare la terapia in un atto di giustizia, creando la figura assoluta del medico, che trovò il suo apice nella medicina positiva.

Il secondo importante contributo alle posizioni del movimento antipsichiatrico derivò dal lavoro di Goffman, sociologo canadese che coniò il termine di “*Istituzioni totali*” (Goffman, 1961). Per contestualizzare il lavoro di Goffman, è utile analizzare le teorie dell'etichettamento sviluppatesi negli Stati Uniti nella metà degli anni '50 da coloro definiti i labelling theorists (Sbordoni, 1998). Questi elaborarono la loro teoria mettendo in dubbio il paradigma predominante negli studi sulla devianza, secondo il quale il comportamento deviante, sia esso criminale o ritenuto folle, fosse intrinsecamente differente da quello considerato “normale” (Santoro, 2004). Infatti, secondo i teorici dell'etichettamento, il comportamento può essere definito come deviante se, citando le parole di Becker: «*i gruppi sociali creano la devianza istituendo norme la cui infrazione costituisce la devianza stessa, applicando quelle norme a determinate persone e attribuendo loro l'etichetta di outsiders*» (Becker, 1987). Pertanto, secondo questi studiosi, sono diversi i fattori che contribuiscono a rendere un individuo deviante, e ciascun elemento deve essere considerato in relazione alla specifica fase della sua carriera deviante (Becker, 1987). In questa prospettiva, come sottolineato dai Neo-chicagoans¹⁸, assume un ruolo centrale la narrazione individuale del soggetto, esaminato anche nelle sue interazioni con gli altri, in cui tali interazioni permettono di attribuire un significato specifico alle azioni ed ai comportamenti, sia propri che altrui (Blumer, 1969). Il processo di etichettamento della persona finisce per agire come una profezia autoavverante, poiché il deviante, una volta etichettato, perde lo status precedentemente detenuto all'interno del gruppo sociale di appartenenza, per assumerne uno nuovo che gli renderà difficile intraprendere una vita diversa¹⁹. È a partire da queste teorie che si sviluppa un vasto campo di studi incentrato sul carcere e sui manicomi, mirato ad esaminare l'impatto dell'istituzionalizzazione e i fenomeni di stigmatizzazione provocati dalle istituzioni sociali responsabili del controllo. In questa

¹⁸ Il termine Neo-Chicagoans rappresenta un altro modo per indicare la teoria dell'etichettamento sviluppata da Becker, Lemert e coll. Tale denominazione deriva dal riconoscimento di un legame con le teorie dei Chicagoans, scuola sociologica della West Coast americana sviluppata a partire dagli anni '40, che si distinse per un approccio diretto allo studio dei devianti attraverso il dialogo e la condivisione. Il legame tra queste due teorie risiede nella preferenza per un metodo micro-sociologico e nel valore attributivo alle parole ed ai pensieri dei soggetti studiati.

¹⁹ Si tratta di devianza secondaria, come definito da Lemert. Sbordoni, S. (1998). Devianza primaria e devianza secondaria. Il caso del trattamento sanitario obbligatorio.

cornice, è opportuno introdurre i saggi di E. Goffman sugli ospedali psichiatrici, inclusi nella rinomata opera *Asylums*, in cui l'autore conia il termine di istituzione totale, definendola come «luogo di residenza e di lavoro di gruppi di persone che condividono una situazione comune e trascorrono parte della loro vita in un regime chiuso, la cui caratteristica totalizzante si esprimerebbe con l'impedimento allo scambio sociale e ai rapporti con il mondo esterno»²⁰. Il carattere essenziale dell'istituzione totale consiste nel fatto che attività comuni, ossia quelle attività svolte normalmente all'interno della società, come lavorare, dormire e vestirsi, avvengono negli stessi luoghi di confinamento, dove gli individui sono sottoposti al controllo della medesima autorità. In sintesi, lo studio di Goffman ha come obiettivo dimostrare come tutte le istituzioni totali professino un fine dichiarato che sistematicamente trascurano: nel caso del manicomio, ad esempio, l'obiettivo dichiarato sarebbe la cura della malattia mentale, anche se concretamente, l'istituzione finisce per privare gli individui dei loro ruoli sociali, allontanandoli dal contesto familiare e infliggendo loro mortificazioni e perdite. Questi elementi, lontani dall'assicurare la cura, non la garantiscono, anzi ne provocano la compromissione. La denuncia che Goffman rivolse nei confronti delle istituzioni manicomiali, siano esse a scopo criminale o civile, si concentrò sulle pratiche di mortificazione del sé e di stigmatizzazione subite dall'individuo durante il periodo di internamento. Tale censura fu condivisa anche dallo psichiatra Franco Basaglia, che contestò questi aspetti già nei primi anni della sua direzione presso l'Ospedale Psichiatrico di Gorizia (Basaglia, 1981). L'avvento della rivoluzione basagliana si caratterizzò per una serie di rifiuti, definite da Basaglia stesso con il termine di negazioni: «noi neghiamo dialetticamente il nostro mandato sociale che ci richiederebbe di considerare il malato come un non uomo e negandolo neghiamo il malato come non-uomo» (Basaglia, 1998). In sintesi, l'esperienza basagliana prese forma attraverso il rifiuto dell'assetto precedente, specificatamente dell'istituzione manicomiale, del ruolo dello psichiatra come sorvegliante e custode di pazienti considerati irrecuperabili e della concezione della malattia mentale come etichetta che definisce interamente l'individuo. L'obiettivo, sostenuto dall'antipsichiatria diffusasi anche in Italia, fu quello di costruire un nuovo modello di comprensione della malattia mentale, attraverso la decostruzione e l'annientamento del modello precedente, orientato principalmente alla contenzione anziché alla cura.

Negli anni in cui il movimento antipsichiatrico attaccava la base dell'istituzione manicomiale civile, portando ad una modernizzazione della legge Giolitti attraverso la legge Mariotti n.431/1968, anche le strutture manicomiali giudiziarie iniziarono ad essere oggetto di

²⁰ Def. Treccani.

attenzione pubblica, a seguito di una serie di eventi che ne misero in crisi il già instabile sistema. In particolare, furono tre gli istituti travolti da scandali interni tra il 1974 e il 1975 (Manacorda, 1982)²¹. Nell'estate del 1974, il direttore del manicomio giudiziario di Napoli fu accusato, tramite alcune lettere e segnalazioni anonime alla procura, di favoritismo nei confronti di alcuni internati. Il secondo scandalo avvenì il 15 dicembre 1974, quando un ex internato del manicomio giudiziario di Aversa presentò al pretore un esposto in cui denunciava gravi episodi a danno degli internati, attribuendo la responsabilità all'allora direttore dell'istituto e ad alcuni agenti di custodia. L'esposto, oltre a denunciare episodi lesivi a carico di pazienti "comuni", accusò il direttore e le guardie di aver fornito maggiori privilegi ad alcuni internati alloggiati nel reparto VIII. Infine, l'evento che destò maggior scalpore risale al 5 gennaio 1975, presso il manicomio giudiziario femminile di Pozzuoli: dopo quattro giorni di agonia presso l'Ospedale Cardarelli di Napoli, la detenuta Antonia Bernardini morì a seguito delle ferite riportate a causa dell'incendio del materasso sintetico a cui era stata legata per almeno quattro giorni. Il decesso della donna scatenò proteste da parte della società civile, che spinsero il sottosegretario alla Sanità a chiudere la struttura. Le testimonianze raccolte evidenziarono come le condizioni degli internati fossero estreme e ai limiti della sopravvivenza: le persone erano costrette a risiedere in ambienti vetusti, sporchi e malsani, con sovraffollamento diffuso. Erano costretti a camminare scalzi per un reparto con condizioni igienico-sanitarie degradate e mangiavano cibo avariato. Inoltre, erano sottoposti non solo al volere del personale di custodia, che abusava a proprio piacimento dei mezzi di contenimento, come il letto di contenzione²², per lunghi periodi, ma subivano maltrattamenti dagli internati stessi. Questi racconti avviarono una riflessione sull'efficacia terapeutica dell'internamento e sul superamento della dicotomia tra cura e custodia, di cui si fece portatore il movimento antipsichiatrico, per l'affermarsi del diritto fondamentale e inalienabile alla salute, estendendolo anche ai soggetti detenuti.

²¹ Nel libro ritroviamo la narrazione degli eventi accaduti negli anni Settanta nei tre istituti psichiatrici giudiziari della Campania, insieme alle loro implicazioni legali.

²² L'utilizzo del letto di contenzione, pratica ancora diffusa nei manicomi giudiziari nel 1975, fu già oggetto di riflessione all'inizio del XX secolo, come indicato nel R.D. 16 agosto 1909 n. 615, "*Disposizioni e regolamento sui manicomi e sugli alienati*", il quale prevedeva che i metodi coercitivi per i pazienti nei manicomi dovessero essere aboliti o almeno limitati solo a casi eccezionali. Inoltre, nel 1974, il ministero di Grazia e Giustizia emanò una circolare che esortava le direzioni degli istituti a rimuovere i letti di contenzione, prescrivendo "*i casi di assoluta necessità di carattere medico-psichiatrico, sempre dietro prescrizione e sotto la diretta responsabilità del sanitario, che rendessero determinante, per il tempo strettamente necessario, il ricorso a mezzi di contenzione, ovvero qualora si verificassero manifestazioni tali, da parte del soggetto, da attentare alla incolumità personale o di altri soggetti. In questi casi il letto di contenzione deve essere sostituito da un letto comune che consentiva il controllo dei movimenti mediante fasce sanitarie, e assicurando la normale soddisfazione dei bisogni fisiologici del soggetto mediante gli accorgimenti normalmente usati dalla tecnica ospedaliera*" Circolare n. 2139/4594 del 2 gennaio 1974 - Ministero di Grazia e Giustizia - Direzione Generale per gli Istituti di Prevenzione e Pena - Ufficio III.

Come conseguenza alla forte contestazione antipsichiatrica, il movimento basagliano suscitò maggior interesse nella coscienza dell'opinione pubblica nei confronti dei malati psichiatrici e delle istituzioni di internamento. L'interesse si estese anche nei confronti dei manicomi



Figura 1. L'insegna alle porte dell'OPG di Aversa. Disponibile in: PoliziaPenitenziaria.it

giudiziari, anche se con impatto notevolmente minore. L'unica grande innovazione significativa di quegli anni risale al 1975, quando attraverso la Riforma del sistema penitenziario, fu abbandonata la dicitura di manicomio giudiziario, per acquisire quella di Ospedale Psichiatrico Giudiziario (OPG). Il cambio di denominazione rappresentò un gesto simbolico per dirigere l'immagine dell'istituzione verso una prospettiva maggiormente orientata alla terapia piuttosto che alla custodia. Ciononostante, la riforma non comportò sostanziali miglioramenti in favore degli internati, i quali presero una condizione molto simile a quella riservata ai detenuti. Infatti, benché le innovazioni nell'assistenza psichiatrica promossa dalla Legge Basaglia n.180/1978 in seguito alla contestazione del movimento antipsichiatrico, nessuna delle disposizioni della legge si riferirono espressamente agli OPG, che conservarono i tratti tipici dell'istituzione totale, patogena e de-socializzante, a metà tra il manicomio e la prigione. Anzi, la stessa riforma ampliò il divario nell'assistenza tra i soggetti con disturbo psichico autori di reato e i malati di mente comuni, mascherando la funzione essenzialmente detentiva dell'Ospedale Psichiatrico Giudiziario. La legge sentenziò il passaggio dal ricorso dell'Ospedale Psichiatrico alla psichiatria di comunità, gestita attraverso la rete di servizi del Dipartimento di Salute Mentale, che offre percorsi terapeutico-riabilitativi ambulatoriali, semiresidenziali, residenziali e per l'acuzie nei servizi ospedalieri. Tuttavia, la mancata inclusione nella legislazione degli OPG ha determinato un diverso regime di cura per i soggetti con disturbi psichici autori di reato, condizione che perdurò sino al 2003. Infatti, la prima azione concreta verso il superamento del modello di cura che caratterizzò gli OPG fino a quel momento, fu data dalla sentenza della Corte costituzionale n.253 del 2003, che dichiarò illegittimo l'art.222 del codice penale relativo al ricovero negli istituti psichiatrici giudiziari. La Corte Suprema privilegiò l'interesse alla salute della persona e il suo diritto a questa, come sancito anche nell'art.32 della Costituzione: decretò il superamento all'automatismo nell'applicazione del provvedimento di sicurezza in OPG, nel caso di riconosciuta pericolosità sociale psichiatrica, e propose percorsi alternativi terapeutico-territoriale gestiti dal DSM, servendosi dei medesimi servizi adibiti ai malati di mente non autori di reato. Per l'effettivo

superamento all'istituzione manicomiale giudiziaria si dovette, però, attendere la svolta che ebbe inizio nel 2008.

1.3 Relazione parlamentare d'inchiesta Marino e la decretazione del superamento degli OPG

Nei primi anni del XXI secolo, gli Ospedali Psichiatrici Giudiziari erano ancora strutture dipendenti dall'amministrazione penitenziaria, destinate ad accogliere i prosciolti per infermità mentale totale ed altre categorie di soggetti. Un primo passo consistette nella completa attuazione del riordino della medicina penitenziaria avvenuto con il Dpcm 1° aprile 2008, attraverso il quale si trasferì alle Regioni le funzioni sanitarie relative agli OPG e alle CCC²³ ubicati nel territorio delle medesime. Il cambiamento di direzione fu motivato dalla considerazione che l'ambito territoriale costituisca la sede privilegiata per affrontare le questioni legate alla salute, alla cura ed alla riabilitazione dei soggetti con disturbi mentali, con l'obiettivo ultimo e fondamentale del recupero sociale della persona. L'allegato C del Dpcm definì le specifiche aree di cooperazione tra gli OPG e le CCC con le strutture territoriali, formulando un programma dettagliato in tre fasi mirato ad un graduale superamento degli OPG: la prima fase prevedeva il trasferimento di responsabilità alle Regioni per la gestione sanitaria delle strutture. Inoltre, in collaborazione con i Dipartimenti di Salute Mentale (DSM) del territorio, fu affidato loro il compito di elaborare un programma operativo per la dimissione degli internati con misura di sicurezza conclusa; il programma avrebbe dovuto prevedere forme di inclusione sociale adeguate, coinvolgendo Enti locali, aziende sanitarie ed i servizi sociali territoriali di competenza. La prima fase prevedeva altresì di riportare nelle carceri di origine gli internati rei folli, assicurandosi che anche negli istituti di ordinaria detenzione venissero condotte valutazioni per l'accertamento delle infermità psichica. La seconda fase stabiliva che, a distanza di un anno, gli internati fossero redistribuiti negli OPG della loro regione di provenienza, in modo da stabilire un rapporto continuativo con i servizi territoriali della propria area geografica di appartenenza. Infine, a distanza di ulteriori due anni, la terza fase prevedeva il completamento della riassegnazione degli internati alla propria regione di provenienza e la presa in carico da parte dei DSM. Attraverso questo piano, l'obiettivo era il raggiungimento di 300 dimissioni nei sei OPG entro il 2010, con il supporto dei servizi territoriali, in modo da ovviare al problema dell'ergastolo bianco.

²³ Case di cura e custodia.

Tuttavia, malgrado gli obiettivi della riforma volti a caratterizzare la struttura in un contesto terapeutico, il Dpcm non propose una soluzione per superare l'incompatibilità della detenzione ordinaria con l'assenza di imputabilità per infermità mentale totale, e l'istituto rimase un'istituzione prevalentemente di natura penitenziaria, con una struttura gerarchica di tipo carcerario, in cui spesso le esigenze custodiali sovrastavano la funzione terapeutica. La mancanza di cambiamento in favore di un approccio innovativo determinò la sopravvivenza degli OPG e aumentarono i ricoveri di soggetti non imputabili e ritenuti pericolosi socialmente. Inoltre, il Dpcm non contemplò grandi miglioramenti a livello strutturale, poiché quasi tutti e sei gli istituti presenti sul territorio italiano continuarono a presentare condizioni igienico-sanitarie precarie e non idonee ad ospitare esseri umani. A tal riguardo, il 30 luglio dello stesso anno il Senato istituì una commissione parlamentare d'inchiesta per valutare l'efficacia del Servizio Sanitario Nazionale. Al Sen. Ignazio Marino, il Sen. Michele Saccomanno e il Sen. Daniele Bosone fu affidato l'incarico di redigere un rapporto sulle condizioni di vita e cura all'interno dei sei Ospedali Psichiatrici Giudiziari dello Stato²⁴, attraverso ispezioni a sorpresa dei reparti. Durante le ispezioni, i senatori constatarono in ogni struttura una sistematica violazione dei diritti umani imputabile a condizioni igienico-sanitarie gravi e inaccettabili, alla carenza delle strutture, al loro malfunzionamento, alla cattiva gestione e scarsa dotazione finanziaria. Inoltre, si trovarono di fronte a pratiche cliniche non adeguate e lesive alla dignità umana, quali atti coercitivi, specialmente durante l'ispezione a sorpresa presso gli OPG di Reggio Emilia e Barcellona Pozzo di Gotto. La Commissione, dinanzi all'inaccettabile condizione in cui verteva la vita degli internati, sentenziò che gli istituti ponessero rimedio alle carenze strutturali e sanitarie entro il termine di sei mesi, oltre il quale sarebbero stati soggetti a provvedimenti di chiusura²⁵. Specificatamente, ordinò la revisione e l'adeguamento di locali, attrezzature e arredi sanitari a standard ospedalieri, secondo le regolamentazioni del Servizio Sanitario Nazionale, e dispose la piena attivazione del Dpcm 1° aprile 2008 per l'implementazione di tutte le misure e le azioni indicate nel decreto, al fine di tutelare la salute mentale negli istituti di pena, garantendo trattamenti ed interventi diversificati data l'eterogeneità degli internati. Inoltre, si evidenziò l'importanza di uno stretto accordo tra la magistratura ed i Servizi psichiatrici territoriali, e la necessità di sviluppare linee guida pratiche

²⁴ Nel settembre del 2008, anche l'European Committee for Prevention of Torture and Human or Degrading Treatment or Punishment (CPT) del Consiglio d'Europa condusse un'ispezione presso l'OPG di Aversa.

²⁵ Il 19 dicembre 2012, la Commissione sull'efficacia e l'efficienza del Servizio sanitario nazionale, con l'ausilio dei Carabinieri, ha proceduto al sequestro di uno dei reparti di Montelupo Fiorentino, il reparto "PESA" e dell'intero OPG di Barcellona Pozzo di Gotto, nonché di alcuni container all'Aquila dove a seguito del terremoto, si svolgevano attività terapeutico-riabilitative. Notizie sul sequestro possono essere reperite sul quotidiano online Quotidiano Sanità del 19 Dicembre 2012, inoltre su La Repubblica. Firenze, 20 dicembre 2012, p. 7.

e funzionali per l'adozione di misure alternative all'internamento, in quanto ciò consentirebbe di porre rimedio al fenomeno delle proroghe sistematiche della misura di sicurezza del folle reo, spesso dovute alla mancanza di strutture residenziali adeguate e riabilitative esterne. Queste dovrebbero essere fornite e gestite dai DSM territoriali, riducendo così la dipendenza da proroghe basate principalmente sulla disponibilità di tali strutture anziché sulla persistente pericolosità sociale²⁶.

Le coscienze degli italiani furono profondamente toccate durante la trasmissione di Rai 3 *Presa Diretta*, in cui vennero trasmessi i video girati dalla Commissione stessa e allegati agli atti della relazione parlamentare, approvata il 20 luglio 2011. Le immagini suscitarono sensazioni intense negli spettatori, mostrando le condizioni fatiscenti a cui gli internati erano costretti a vivere. Le stanze erano sovraffollate, con più pazienti di quante



Figura 2. Fermo immagine di un letto di contenzione arrugginito ripreso dalla Commissione parlamentare d'inchiesta durante le ispezioni a sorpresa negli OPG.

potesse effettivamente ospitare, letti arrugginiti e bottiglie adoperate per tappare i buchi dei gabinetti per impedire ai topi di risalire durante l'inverno e tenere al fresco l'acqua d'estate. Alcuni intervistati piangono in ginocchio, gridando e chiedendo giustizia per sé e gli altri "compagni" di sventura. I racconti sono strazianti: un signore racconta alle telecamere di essere rinchiuso da oltre trent'anni e continua a ricevere proroghe di sei mesi, negli anni hanno anche perso la perizia psichiatrica con cui fu internato; Giuseppe, internato a Barcellona Pozzo di Gotto da quando aveva diciotto anni, fu rinchiuso per aver rapinato sette mila lire con le mani in tasca, fingendo di avere una pistola, e da allora non è mai più uscito. Questi sono esempi di ergastoli bianchi, ricoveri che si trasformano in una forma di carcere a vita, con conseguenze devastanti sulla psiche già fragile delle persone istituzionalizzate, portandole persino al suicidio. I dati, infatti, indicano che dal 2002 al 2012 ci sono stati 25 casi documentati di suicidio tra gli internati negli OPG²⁷. Con questo sfondo, vengono in mente le parole di Franco Basaglia: «Dove non ci sono alternative, dove non c'è possibilità di scegliere e di responsabilizzarsi, l'unico futuro possibile è la morte, come rifiuto di una condizione di vita invivibile, come protesta al grado di oggettivazione in cui si è ridotti, come l'unica illusione

²⁶ "Caratteristica eventuale dell'autore del reato, consistente nella probabilità che commetta altri reati, da valutarsi in base alle circostanze indicate nell'art.133, non permanente in quanto sottoposta a riesame e presupposto per l'operatività delle misure di sicurezza". – Def. Brocardi.it.

²⁷ Osservatorio permanente sulle morti in carcere in www.ristretti.it.

possibile di libertà, come l'unico progetto possibile» (Pivetta, 2012). Con un sottofondo di crescente indignazione sociale, amplificato soprattutto dalle immagini inedite del video allegato agli atti della Relazione parlamentare d'inchiesta, il dibattito sul superamento del modello manicomiale-detentivo dell'OPG si intensificò. Pertanto, la chiusura ufficiale degli OPG dello Stato italiano fu fissata, tramite la legge n.9 del 17 febbraio 2012²⁸, al 1° febbraio 2013²⁹. Tuttavia, il processo si rivelò notevolmente più complesso e intricato, specialmente in merito alla collocazione dei soggetti ancora ritenuti pericolosi socialmente. In particolare, si tardò nella definizione di linee guida per l'implementazione di strutture idonee a sostituire una misura detentiva con una non detentiva. Tali strutture dovevano perseguire come scopo principale la cura del malato psichico autore di reato e considerato pericoloso socialmente, attraverso interventi socio-psico-terapeutici. Tuttavia, questa intricata situazione provocò numerosi slittamenti nella data effettiva di superamento degli OPG, che verranno illustrati nel capitolo successivo.



Figure 3 e 4. Scatti del fotografo Max Ferrero per un reportage del 2016 sugli Ospedali Psichiatrici Giudiziari in Italia.

²⁸ Conversione in legge, con emendamenti, del D.L. n.211/2011 che prevedeva misure urgenti per contrastare il sovraffollamento delle carceri.

²⁹ Art. 3-ter – disposizioni per il definitivo superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari.

Capitolo II – Le residenze per l’esecuzione delle misure di sicurezza per le persone autrici di reato con problemi psichici e/o infermità mentale

Durate il corso di questo secondo capitolo, esamineremo i processi legislativi che hanno condotto al superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari, con particolare attenzione ai ritardi normativi derivanti dalle proroghe continue causate dalla vaghezza delle riforme e dalle sfide nell’attuazione pratica dei provvedimenti. Questo percorso ha portato all’istituzione delle Residenze per l’Esecuzione delle Misure di Sicurezza come comunità esclusivamente sanitarie e alternative agli OPG per l’esecuzione della misura di sicurezza detentiva nel rispetto del principio cardine di *extrema ratio*, enfatizzando la priorità delle esigenze di cura rispetto a quelle di custodia e sicurezza, e del principio di territorialità. In questo contesto, risultò imprescindibile promuovere una maggiore sinergia e cooperazione tra il settore giuridico e il mondo sanitario, particolarmente in merito all’implementazione del Piano Diagnostico Terapeutico Assistenziale di ciascun paziente soggetto alla misura in REMS e l’efficace presa in carico da parte dei Servizi psichiatrici territoriali. Malgrado i solidi fondamenti su cui poggia il sistema delle REMS, permangono attualmente una serie di ostacoli burocratici che rendono difficile l’attuazione della misura definitiva, contribuendo alla creazione di liste d’attesa. Pertanto, sebbene siano riscontrabili aspetti positivi e negativi della riforma, osserveremo come le cinque OPG presenti sul territorio nazionale siano state definitivamente chiuse, ad eccezione di Castiglione delle Stiviere, il quale fu riconvertito in un Sistema Polimodulare composto da 8 REMS provvisorie, considerando il suo impianto pionieristico ed innovativo quando ancora operava come OPG.

2.1 Dagli OPG alle REMS: verso la Legge n.81/2014

Come anticipato al termine del precedente capitolo, il processo di dismissione degli OPG fu lungo e complesso, comportando una serie di ritardi nella loro chiusura definitiva. Il percorso iniziò formalmente nel dicembre 2011 tramite Decreto-legge, successivamente convertito in legge nel febbraio 2012 (Legge n.9/2012), che stabilì la definitiva sospensione di tutte le strutture manicomiali giudiziarie fissata per il 1° febbraio dell’anno seguente. La legge n.9/2012 costituì un avvenimento di grande rilevanza, che indirizzò l’Italia verso una significativa trasformazione nell’assistenza e nella riabilitazione dei soggetti autori di reato giudicati non imputabili; inoltre, segnò il completamento della riforma psichiatrica avviata con la Legge n.180/1978, in cui, però, gli OPG non vennero inclusi (Grispini e Ducci, 2013). La principale

priorità della legge fu garantire la cura ed il sostegno alle persone affette da disturbi mentali autrici di reato al di fuori di istituzioni detentive, coinvolgendo attivamente le reti familiari e sociali presenti sul territorio, quali i Dipartimenti di Salute Mentale, nonché le migliori competenze specialistiche, con una scrupolosa supervisione dei processi e degli esiti (Casacchia *et al*, 2015). Tuttavia, il Decreto che definì i requisiti minimi strutturali, tecnologici ed organizzativi³⁰ venne divulgato solo nell'ottobre del 2012, risultando tardivo per garantire il rispetto della data di effettivo superamento (Zanalda e Mencacci, 2013); pertanto, il termine per la chiusura delle strutture manicomiali giudiziarie venne posticipata di ulteriori dodici mesi. In



Figura 5. L'insegna che accoglie gli ospiti della REMS di Empoli. Disponibile in: gonews.it

primis, tale decreto attribuì la denominazione di “Residenze per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza” alle nuove strutture post- OPG, finalizzate alla cura e all'assistenza degli autori di reato affetti da disturbi psichici e dichiarati pericolosi socialmente, i quali non potevano essere sottoposti a misura detentiva in virtù della sentenza penale che ne attestava la non imputabilità, introducendo per la prima volta il concetto di REMS. In aggiunta, enfatizzò l'esclusivo onere di gestione di tali strutture affidata alla competenza sanitaria, affinché fossero realizzate e amministrare dal Servizio Sanitario di ciascuna Regione e delle Province Autonome, sotto l'autorità superiore del Ministero della Sanità, in collaborazione con i Dipartimenti di Salute Mentale locali, rimarcando così l'importanza della duplice funzione terapeutico-riabilitativa e socio-riabilitativa. Lo scopo di tale approccio fu proprio conseguire una netta distinzione tra le esigenze di custodia e i bisogni di cura, auspicando che ciò contribuisse ad evitare il ripetersi di confusione tra assistenza e sicurezza, conformemente alla situazione precedente (Zanalda e Mencacci, 2013); tuttavia, ciò non escluse la necessità di un'attività perimetrale di sorveglianza e sicurezza esterna nelle nuove strutture sanitarie, funzione espletata né dal SSN, né dalla polizia penitenziaria, ma su accordo con la prefettura fu demandata alle Forze dell'Ordine (Gagliardi, 2022).

Relativamente ai requisiti strutturali, si rese necessario ricercare nuove strutture in cui ospitare le comunità, che rispettassero le caratteristiche architettoniche richieste. Ciascuna struttura avrebbe dovuto comporsi di specifiche aree confortevoli per i propri ospiti: un'area verde all'interno del perimetro, spazi comuni destinati agli utenti per l'espletamento di pratiche

³⁰ D. n.270/2012

quotidiane e un'area abitativa con un massimo di 20 posti letto per ciascuna struttura, garantendo che almeno il 10% delle camere fosse costituito da unità abitative singole dotate di servizi igienici, comprensivi di doccia, e separati dalla zona di pernottamento. Infine, per quanto concerne gli aspetti organizzativi, venne deciso di istituire un'equipe multi-professionale per ogni struttura, garantendo un numero minimo di operatori sanitari per le aree con 20 ospiti, affidando la direzione della struttura ad un medico psichiatra affiancato da psicologi, terapisti della riabilitazione psichiatrica, educatori, infermieri e operatori socio-sanitari (OSS). La maggior preoccupazione fu che tali modalità organizzative potessero evocare realtà simili a dei *mini-OPG* (Massaro, 2015), in quanto ciò che mancava era “*una corrispondenza tra i bisogni specifici dei pazienti e la tipologia di strutture*” (Grispini e Ducci, 2013); tuttavia, le successive modifiche al decreto enfatizzarono l'importanza di integrare nei programmi regionali di ciascuna REMS, oltre a interventi infrastrutturali, anche attività mirate a rafforzare i percorsi terapeutico-riabilitativi supportati da un finanziamento economico più consistente, definendo tempi certi ed impegni per la dimissione di tutti quegli internati per i quali la Magistratura abbia già negato o neghi il persistere della pericolosità sociale. In particolare, l'obbligo di farsi carico di costoro ricadde sulle aziende sanitarie locali, concretamente sui DSM, incaricati di redigere programmi terapeutico-riabilitativi individuali che assicurassero le giuste cure ed il corretto reinserimento sociale del folle reo (Grispini e Ducci, 2013).

La fase giuridica finale nel processo di sanitarizzazione e deistituzionalizzazione degli istituti di cura dei rei con malattia mentale e pericolosi socialmente fu rappresentata dalla Legge n.81/2014 intitolata “*Disposizioni urgenti in materia di superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari*”: questa fissò il termine ultimo e definitivo per la chiusura degli OPG al 31 marzo 2015, nonostante la richiesta avanzata durante la Conferenza Unificata delle Regioni di prorogare il termine al 2017, in quanto le REMS non sarebbero state pronte entro la scadenza. L'aspetto innovativo della legge consiste nel determinare che le RESM debbano rappresentare “*l'extrema ratio e non la norma*” – come dichiarato dal Commissario unico per il superamento degli OPG Franco Corleone – ossia una misura di sicurezza detentiva da applicare unicamente nei casi in cui non fossero disponibili percorsi territoriali alternativi congrui alla pericolosità sociale del soggetto³¹, quale la libertà vigilata in una comunità protetta o con la permanenza domiciliare, garantendo comunque l'affidamento ai servizi territoriali del DSM (Massaro, 2015;

³¹ Art. 3-ter, co. 4, DL 211/2011, convertito in L. n.9/2012, come modificato dal DL 52/2014, convertito in L. n.81/2014.

Corleone, 2016). A tal riguardo, l'art.1 della legge stabilì che la valutazione della pericolosità sociale per il ricovero presso la REMS dovesse basarsi sulle qualità soggettive dell'individuo, senza considerare né le condizioni di vita personali, familiari e sociali del reo né l'assenza di programmi terapeutici individuali presso i servizi territoriali (Massaro, 2015). Tuttavia, non si registrò alcuna modifica sostanziale del Codice penale, che rimase immutato e non affrontò i nodi e le contraddizioni inerenti alla misura detentiva psichiatrica sin dalla sua istituzione (Corleone, 2021). Lo scopo del legislatore fu regolamentare la previsione di un termine massimo di durata del periodo di applicazione della misura di sicurezza detentiva, quale il ricovero nelle REMS: questo non può eccedere la durata massima della pena detentiva prescritta dal Codice penale per il reato commesso, fatta eccezione dei reati per i quali è previsto l'ergastolo (Massaro, 2015; Corleone, 2016). Tuttavia, la libertà vigilata è esclusa dal computo della durata, poiché strumento messo a disposizione dalla Corte costituzionale come misura di sicurezza alternativa, di cui il Giudice può avvalersi, condizionatamente alla presenza di strutture e comunità deputate all'attuazione delle prescrizioni terapeutiche (Massaro, 2015). Inoltre, tale misura di sicurezza è applicabile esclusivamente se l'autore di reato, affetto da infermità mentale, dispone di una rete familiare e sociale, permettendo così il suo affidamento ai genitori o a istituti di assistenza sociale (Massaro, 2015).

L'apposizione di un limite di durata contribuì a mitigare il vecchio fenomeno degli "ergastoli bianchi", impedendo l'istituzionalizzazione e l'estensione incondizionata delle misure detentive (Massaro, 2015; Rivellini *et al.*, 2019). Nello specifico, sempre l'art.1 contempla la facoltà del giudice di disporre nei confronti del folle reo l'applicazione di una misura di sicurezza diversa dal ricovero nelle ormai REMS, anche in via provvisoria, a condizione che non emergano elementi che dimostrino l'inefficacia di ogni altra misura nel garantire cure adeguate ad affrontare la pericolosità sociale del paziente. Per rispettare il principio dell'*extrema ratio*, inoltre, il giudice è formalmente costretto ad argomentare dettagliatamente la decisione di applicare il provvedimento cautelare all'interno della REMS e, al fine di giustificare la custodia del paziente per un periodo di tempo prolungato, è necessario che disponga accertamenti circa la possibilità che questi interrompa volontariamente il trattamento, se non soggetto a misure di sicurezza o se sottoposto a una misura non detentiva, con il rischio che la sospensione volontaria della terapia induca squilibri comportamentali, tali da determinare dei fatti di reato (Massaro, 2015; Rivellini *et al.* 2019). Qualora gli accertamenti non rilevino tali circostanze, la Magistratura potrà considerare misure di sicurezza alternative alle REMS, promuovendo percorsi terapeutici e riabilitativi implementati dai DSM, che limitino l'impiego

della misura custodiale come unica alternativa possibile attuabile da parte dell'autorità giudiziaria. Le misure alternative sono possibili solo attraverso la redazione di un piano accurato e dettagliato che consideri gli aspetti temporali, organizzativi e qualitativi, in linea con le necessità assistenziali del soggetto, redatto da parte del DSM competente per l'area territoriale di competenza. Tuttavia, qualora non siano praticabili misure di sicurezza alternative a causa della persistente pericolosità sociale, accertata tramite perizia disposta dal giudice, è obbligatoria la redazione e trasmissione di un Progetto Terapeutico Riabilitativo Individualizzato (PTRI) per ciascun paziente accolto nelle REMS al Ministero della Salute e all'autorità giudiziaria competente entro 45 giorni dall'ammissione del soggetto in istituto. In particolare, il programma deve descrivere con precisione le motivazioni che giustificano l'eccezionalità e la prosecuzione del ricovero presso la REMS, obbligando le autorità competenti a considerare le necessità terapeutiche dell'internato durante l'elaborazione di tali programmi, poiché l'obiettivo primario è il recupero ottimale delle competenze e abilità del soggetto, con la prospettiva del suo reinserimento sociale³². Nondimeno, la finalità della normativa continua ad essere quella di riservare l'uso delle REMS esclusivamente ai soggetti non dimissibili, vale a dire a coloro che presentano gravi scompensi psicopatologici.

Un importante imperativo fu la ricollocazione di quei pazienti ricoverati al di fuori della propria Regione alle strutture locali, se presenti, nel rispetto del principio della territorialità: tale principio vieta l'invio ed il ricovero dei pazienti nelle REMS al di fuori della regione in cui è confermata la loro residenza per prevenire gli effetti negativi derivanti dal distacco dell'individuo dal proprio contesto di origine e dai legami familiari, sociali e di cura (Massaro, 2015; Poneti, 2021), salvo che vi sia un accordo tra le Regioni stesse. In relazione a ciò, va evidenziato come alcune Regioni abbiano infatti scelto di sfruttare la possibilità offerta dal Decreto n. 32/2013 di stipulare accordi interregionali per trasferire gli internati di propria competenza, ed i relativi finanziamenti per l'implementazione delle strutture, ad un'altra Regione, impegnandosi a prenderli in carico nei propri servizi territoriali, una volta ritenuti idonei alla dimissione. Questo fu il caso della Valle d'Aosta, la quale concluse un accordo con la Regione Lombardia, dell'Umbria, con una convenzione con la Regione Toscana, e del Molise, che si accordò con la Regione Abruzzo: certamente, questi accordi sono comprensibili considerando le dimensioni ridotte e la bassa densità di popolazione di alcune Regioni, come nel caso della Valle d'Aosta. Ciononostante, si potrebbe argomentare che questi rischino di

³² Art. 3-ter, co. 5 e 6, DL 211/2011, convertito in L. n.9/2012, come modificato dal DL 24/2013, convertito in L. n.57/2013.

compromettere o danneggiare il principio di territorialità, specialmente l'importanza per quanto concerne la dimissione e la conseguente attivazione di programmi terapeutici, a carico dei DSM territoriali, per coloro che si trovano verso la fine del proprio percorso, per cui la scelta della territorialità potrebbe consentire il portare avanti di un lavoro di cura e non di repressione. Di conseguenza, la condizione che la misura di sicurezza sia applicata ed eseguita nel territorio di residenza del soggetto diventa un criterio cruciale per garantire il rispetto dei suoi diritti, specialmente il diritto fondamentale alla salute; infatti, considerando quei casi in cui l'individuo è già in trattamento presso i Servizi psichiatrici territoriali, con un percorso terapeutico di cura in corso, interrompere bruscamente tali relazioni potrebbe ledere il diritto alla salute, che include anche il diritto alla scelta del proprio medico e alla continuità della relazione terapeutica (Poneti, 2021). Tuttavia, l'applicazione del principio di territorialità non viene pienamente osservato in due specifiche circostanze: nel caso delle donne e di quegli individui senza fissa dimora. Nel primo caso, per quanto riguarda le donne, la questione della loro adeguata accoglienza nelle REMS presentava diverse criticità, poiché alcune strutture provvisorie non erano attrezzate a garantire e tutelare la loro privacy a causa della predominanza di pazienti di sesso maschile; per tale motivo, alcune di loro vennero destinate a strutture fuori regione, quali ad esempio Castiglione delle Stiviere, che dispone di un reparto specificamente dedicato loro³³. Il secondo scenario riguarda gli individui senza fissa dimora, per i quali l'applicazione del principio di territorialità risultava estremamente problematico, soprattutto dal punto di vista burocratico. La maggior parte degli *homeless* presenti nelle REMS risiedeva in maniera temporanea nei comuni in cui erano domiciliati in precedenza, ricevendo così l'assistenza di base fornita dai servizi sociali locali, strumento definito "domicilio di soccorso" per i cittadini italiani senza fissa dimora. Nel caso in cui un individuo abbia varcato i confini del paese in modo irregolare e non abbia precedentemente registrato una residenza legale, il criterio adottato per determinare una dimora, anche se temporanea, è quello legato al luogo in cui ha commesso il reato³⁴. In tali circostanze, viene emesso un documento di identità per l'interessato e concessa una residenza, che può coincidere con il Comune in cui è ubicata la REMS. Nondimeno, l'ingresso in un istituto, per un periodo di tempo più o meno prolungato, porta inevitabilmente ad una considerevole stigmatizzazione e le prospettive di reintegro sociale diventano sempre più ardue quanto più lunga è la permanenza al loro interno. La creazione di reti che facilitino il

³³ Nella seconda relazione semestrale riguardante le attività gestite dal Commissario unico per il superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari, è stato rilevato che, all'inizio del 2017, su circa 30 REMS operative sul territorio italiano, soltanto dodici strutture accoglievano donne, per un totale all'epoca di 46 pazienti.

³⁴ La stessa relazione nel 2017 riportava la presenza di 47 SFD ricoverati tra le strutture sul territorio, di cui 38 stranieri e 9 italiani.

reinserimento sociale delle persone dopo aver terminato una misura di sicurezza detentiva, per i Senza Fissa Dimora si rivela estremamente complessa, ancor più di quanto già non lo sia in generale per i cittadini italiani. Infatti, è raro trovare progetti di reintegrazione nella società al termine della misura di sicurezza, poiché il maggior auspicio è un rientro di costoro nel loro paese d'origine (Corleone, 2017).

Numerose furono le sfide riscontrate nel corretto completamento del processo di superamento degli OPG nell'effettiva istituzione delle REMS, tra le quali si annovera la questione delle misure di sicurezza perimetrale e interna alle strutture, una delle ragioni che provocò l'allungamento dei tempi. La sicurezza, benché condizionata dalla potenziale pericolosità sociale dei soggetti ospitati e diversificata in base ai livelli di protezione, non implica automaticamente una necessità generalizzata, in quanto la decisione di adottarla e le modalità di attuazione sono lasciate alla discrezione di ogni residenza, eccetto per la parte perimetrale esterna delle strutture (Massaro, 2015). Tuttavia, l'imperativo fu quello di garantire un luogo sicuro ed un sistema di sicurezza adeguato per ospiti e dipendenti (Scarpa, 2015), aspetto che rese indispensabile appaltare le REMS a enti del settore privato sociale o imprenditoriale, purché fossero accreditati con il SSN, affinché entrassero presto in funzione. Malgrado ciò, dopo la primavera del 2015 gli obiettivi prefissati furono gradualmente conseguiti, seppur con significative disparità territoriali attribuibili alla frammentarietà della riforma (De Fazio, 2017; Corleone, 2017). Effettivamente, il Legislatore si limitò a delineare gli aspetti temporali e finanziari, delegando agli enti territoriali i compiti più onerosi relativi alla progettazione e realizzazione delle strutture alternative, contribuendo alle suddette differenze regionali. In conclusione, si può notare come lo smantellamento degli OPG abbia seguito due principali linee di intervento: da un lato, sono stati istituiti nuovi luoghi per l'esecuzione delle misure di sicurezza detentive in situazioni in cui altre alternative non risultavano praticabili; dall'altro, si è incentivata la dimissione di soggetti non più considerati socialmente pericolosi e la loro successiva inclusione nel sistema dei DSM, dei quali, tuttavia, rimane necessaria un'implementazione maggiore delle risorse.

2.1.1 La collaborazione tra Magistratura e Dipartimenti di Salute Mentale: la proposta degli UFPF per il funzionamento dei DSM e la gestione dei percorsi terapeutico-riabilitativi

Come evidenziato in precedenza, la maggior parte del lavoro derivante dal superamento degli OPG gravò sui Dipartimenti di Salute Mentale. Sebbene la metodologia della Psichiatria di

Comunità italiana sia stata assunta come modello di riferimento dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, nell'ultimo decennio è stata confrontata con un graduale deterioramento dei servizi territoriali, quale risultato dei cambiamenti sociali e nosologici in atto, specialmente legati alla difficile fase di coesione sociale e di rapporti tra cittadini e istituzioni (Amoroso, 2022). In particolare, con la progressiva chiusura degli OPG, sono emerse come prioritarie alcune modificazioni organizzative, l'incremento dei finanziamenti e il potenziamento della formazione del personale dei servizi territoriali, al fine di affrontare il processo di riorganizzazione dell'assistenza psichiatrica con maggiore attenzione all'integrazione sociale dei folli rei (Cimino, 2014; Ciliberti *et al.* 2015). Infatti, i DSM furono incaricati di prendersi cura dei rei con disturbi mentali, sviluppando programmi terapeutico-riabilitativi da implementare come possibili misure alternative alle REMS in contesti territoriali e residenziali (Rivellini *et al.* 2019). Inoltre, venne loro affidato la responsabilità di occuparsi del reintegro sociale di quegli internati ancora rinchiusi negli OPG a causa del fenomeno degli ergastoli bianchi e delle sistematiche proroghe continue, nonostante la cessazione della loro pericolosità sociale (Zanalda e Mencacci, 2013). Tuttavia, tali compiti non dovevano pregiudicare l'assistenza agli altri utenti, poiché i servizi territoriali condividevano la funzione socio-sanitaria di prendersi cura dei folli rei attraverso una rete strutturata di servizi e competenze (Cimino, 2014). La necessità di un modello integrato per la formulazione di strategie e percorsi basati sull'analisi dei bisogni specifici e delle evidenze, unitamente al crescente ruolo della psichiatria nelle politiche di sicurezza, ha reso imprescindibile l'attivazione e la promozione di protocolli collaborativi con il sistema giudiziario (Cimino, 2014). È stato fondamentale, e continua tutt'ora ad esserlo, stabilire una continua strategia di sinergia tra la Magistratura, i Periti Tecnici d'Ufficio, i DSM e le loro unità operative complesse, le direzioni delle REMS e gli UEPE³⁵, con l'obiettivo di garantire la cooperazione e il dialogo tra tutti i soggetti istituzionali coinvolti nel processo. Nello specifico, è auspicabile che la collaborazione tra Autorità Giudiziaria e DSM si instauri fin dalle prime fasi di valutazione dell'individuo che ha commesso un reato e presenta disturbi psichici (Scarpa, 2018); in tal modo, già durante la fase preliminare investigativa in cui si ipotizza una possibile prognosi di non imputabilità o di imputabilità ridotta, si potrà acquisire la documentazione clinica rilevante ed incaricare il consulente territoriale di effettuare una valutazione delle condizioni di salute mentale dell'indagato e la sua potenziale pericolosità sociale. Pertanto, divenne essenziale per il

³⁵ “Ufficio per l'esecuzione penale esterna, un'articolazione del Ministero della Giustizia deputato alla presa in carico delle persone sottoposte a misure esterne all'Istituto penale” def. di Gennaro del Prete in <https://www.poliziapenitenziaria.it>

consulente tecnico coordinarsi con i servizi territoriali già incaricati della gestione del reo, o che saranno incaricati in futuro, al fine di individuare soluzioni di cura attuabili sul territorio o attraverso l'inserimento in comunità, in collaborazione con tali servizi (Rivellini *et al.* 2019). Qualora si rendesse necessario l'inserimento in una Residenza per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza, è altresì consigliabile specificare chiaramente gli elementi che escludono qualsiasi altra alternativa. Tale comunicazione risulta essenziale, poiché è imperativo ed imprescindibile che gli organi giudiziari siano adeguatamente informati sull'offerta terapeutica e riabilitativa disponibile sul territorio, in quanto consente alla Magistratura, sin dal primo contatto con il malato psichico autore di reato, di adottare decisioni consapevoli e mirate riguardo alle misure concretamente applicabili allo specifico caso, affrontando così la pericolosità sociale. Inoltre, è prioritario che tutti gli organismi implicati rispondano alle esigenze di cura e di inclusione sociale del soggetto.

Pertanto, in questo contesto è emersa la necessità fondamentale di instaurare un rapporto con la Magistratura per prevenire il sovraccarico dei DSM, costretti a devolvere risorse finanziarie per garantire posti letto nelle strutture residenziali, al fine di soddisfare le esigenze di controllo, nonostante non rientri nei compiti deputati all'assistenza sanitaria. La principale esigenza consisteva nell'implementare e ottimizzare le risorse, i percorsi terapeutici e l'organizzazione aziendale della psichiatria forense, così da creare una rete integrata di servizi sanitari e legali che operasse con efficienza ed efficacia, garantendo nel contempo il rispetto dei diritti di cura e individuali degli autori di reato affetti da malattia mentale. Un'iniziativa innovativa per facilitare e garantire la collaborazione tra entità sanitarie e giudiziarie, precedentemente menzionata, fu avanzata dalla proposta della Regione Liguria di istituire Unità funzionali di psichiatria forense (UFPF) all'interno dei Dipartimenti di Salute Mentale, subordinati alle Aziende Sanitarie Locali della Regione³⁶ (Ciliberti, 2015). Le UFPF all'interno delle ASL sono concepite per facilitare una stretta sinergia tra gli organi sanitari e giuridici, in quanto unità composte da medici psichiatri con competenze specializzate nell'ambito del contesto giuridico-penale, i quali operano in stretto coordinamento con i periti designati dai magistrati per individuare i percorsi terapeutici e preventivi più idonei (Rivellini *et al.* 2019). In particolare, nella Regione Liguria questa unità si è dimostrata vantaggiosa, nonostante in fase sperimentale, in quanto fornirebbe supporto ai Servizi psichiatrici territoriali competenti nell'elaborazione e presentazione di Piani di Trattamento e Reinserimento individuale (PTRI) alternativi alle

³⁶ “Linee di indirizzo per la sperimentazione dell’Unità funzionale di psichiatria forense nell’ambito dei Dipartimenti di Salute Mentale e dipendenze delle Aziende sanitarie locali della Liguria” DGR n.1158/2014.

misure cautelari o detentive al magistrato. Inoltre, permetterebbero di valutare, nel corso del percorso di trattamento, eventuali modifiche al Piano di Trattamento Individuale o al Piano Terapeutico-Riabilitativo Personalizzato, nonché la valutazione della persistenza della pericolosità sociale e/o la necessità della misura di sicurezza per i pazienti ospitati nelle REMS, coinvolgendo congiuntamente la magistratura di sorveglianza (Ciliberti, 2015). Simili sforzi collaborativi tra istituzioni favoriscono la promozione di pratiche eccellenti nell'ambito del servizio pubblico e agevolano la comunicazione con la Magistratura, contribuendo così al corretto funzionamento dei DSM e alla gestione di percorsi di cura, riabilitazione e reinserimento sociale di pazienti particolarmente complessi e difficili (Rivellini *et al.* 2019; Ciliberti, 2015). Tali aspetti non devono essere sottovalutati, poiché i dati dimostrano che le misure di sicurezza non detentive adottate per gli autori di reato con disagio psichico, come la libertà vigilata, sono aumentate dal 10% al 90% nel corso di circa vent'anni (Zuffranieri & Zanalda, 2021), evidenziando uno spostamento del sistema da un approccio oppressivo e punitivo verso una maggiore considerazione della libertà individuale (Amatulli, 2024). Tuttavia, la misura di sicurezza di ricovero presso la REMS rimane applicabile agli autori di reato per i quali non sussistono i requisiti minimi per l'adozione di percorsi alternativi e, anche in questi casi, è necessario predisporre per ciascun paziente un Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA).

2.1.2 Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) in caso di Misura di Sicurezza presso la REMS

Il Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) configura un intervento articolato finalizzato alla condivisione dei processi decisionali e alla pianificazione dell'assistenza, con l'intento di uniformare l'approccio clinico per specifiche categorie di pazienti (Rivellini *et al.* 2019). Questa metodologia è applicata anche nei confronti dei pazienti autori di reato affetti da disturbo mentale, nel rispetto delle indicazioni concernenti la tipologia di misura di sicurezza stabilita dall'Autorità Giudiziaria, tenendo in considerazione la relazione del Consulente Tecnico d'Ufficio (CTU). Nello specifico, tale relazione consente al magistrato di individuare il tipo di misura più appropriata, tenendo conto di tre variabili fondamentali: la gravità del reato commesso, la natura della patologia e il grado di pericolosità sociale. Qualora non siano disponibili alternative giuridicamente valide per il concorrere di questi tre aspetti, l'applicazione della misura detentiva in REMS richiede una procedura articolata in fasi, puntualmente descritta dal Direttore della REMS di Castiglione delle Stiviere Gianfranco Rivellini ed alcuni colleghi. Innanzitutto, la misura detentiva in REMS prevede una procedura

diversificata, poiché si vede necessario coinvolge il Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria, a cui deve essere trasmessa l'ordinanza dell'Autorità Giudiziaria al fine di assegnare il paziente ad una struttura, nel rispetto del principio di territorialità, se possibile. Formalmente, la prima fase è quella della presa in carico: se è disponibile un posto letto presso la REMS designata, questa provvederà a comunicare la disponibilità all'accoglienza al Tribunale che ha emesso l'ordinanza, affinché autorizzi l'accompagnamento del soggetto presso la struttura, scortato dalle Forze dell'Ordine. In caso contrario, se non vi è disponibilità immediata, la REMS è incaricata di inserire il paziente nella lista d'attesa della Regione di appartenenza e questi sarà temporaneamente preso in carico unicamente dal Servizio Psichiatrico Aziendale territorialmente competente, adottando procedure similari alla misura di libertà vigilata. Con l'ingresso del paziente presso la REMS, la fase operativa successiva implica la valutazione clinico-diagnostica del paziente eseguita dall'equipe multi-disciplinare operante nella struttura, coordinata con i servizi territoriali per garantire la continuità assistenziale dei pazienti una volta dimessi; in particolare, la continuità è utile ed efficace se si tratta di pazienti già noti o in carico ai DSM, inclusi i SerD. Inoltre, se lo specifico caso lo consente, è previsto il coinvolgimento dei familiari o della rete di supporto sociale del paziente, con cui i servizi territoriali si coordineranno, in vista di una progressiva e auspicabile riduzione della misura giuridica. Concretamente, durante la seconda fase del ricovero, è necessario effettuare l'inquadramento diagnostico psicopatologico, indipendentemente dagli esiti della perizia condotta dal CTU. Ciò che viene richiesto all'equipe è di ricostruire il profilo personale del paziente, conducendo un'anamnesi internistica e psichiatrica dettagliata, in cui accertarsi che possano essere esclusi fattori confondenti, quali l'assunzione di sostanze stupefacenti da parte del paziente o la presenza di psicopatia. In seguito, l'anamnesi personale deve essere integrata sia da un'analisi delle criticità sociali del soggetto sia da una valutazione della complessità del reato e dei fattori di vulnerabilità, così da avere un quadro completo del caso specifico. In questo modo, il PTI redatto dal Servizio multi-specialistico e multi-professionale interno, in sinergia con l'ASL di competenza, sarà in linea alle principali direttive cliniche nazionali e internazionali, rispondendo ai requisiti clinici e assistenziali del paziente. Tale documento dovrà essere compilato entro 30 giorni dall'ammissione nella struttura.

Coerentemente con il PTI programmato dall'equipe multi-disciplinare, il paziente seguirà un percorso di cure farmacologiche, psicoterapiche e socio-riabilitative presso la struttura residenziale, ove tutte le terapie mireranno raggiungere gli obiettivi delineati nel programma

riabilitativo specifico per ciascun paziente. Durante il ricovero in struttura, l'attività dei servizi territoriali continua senza interruzioni: essi sono regolarmente convocati trimestralmente per eseguire controlli clinici sui pazienti e partecipare a riunioni d'equipe con il personale sanitario della REMS. Questo processo mira a garantire la continuità nell'assistenza e a monitorare l'evoluzione (o involuzione) clinica dei pazienti; in particolare, la rivalutazione periodica del quadro diagnostico si rivela fondamentale per andare oltre la singola valutazione, che potrebbe essere soggetta a imprecisioni o potrebbe cambiare a seguito del miglioramento del paziente. Inoltre, la presa in carico favorisce il rafforzamento o la creazione di un'alleanza di lavoro essenziale per coinvolgere attivamente il paziente nel processo di cura, aspetto che può portare alla luce criticità precedentemente non rilevate durante la fase iniziale di valutazione. Essenziale in questa fase sarà anche la collaborazione degli UEPE nel fornire al personale sanitario ulteriori informazioni utili per la pianificazione del PTI dei pazienti in uscita dalla misura di sicurezza in REMS. Altresì, cruciale è la funzione di "struttura-ponte" nel dialogo con l'Autorità Giudiziaria, in quanto incaricati di inviare al Giudice relazioni periodiche sull'andamento del programma e informazioni sulla rete sociale di supporto, particolarmente in occasione delle udienze di riesame. La quarta e ultima fase comporta la valutazione delle prestazioni del PTI e la revisione della misura detentiva presso la REMS. È importante sottolineare, come già precedentemente affermato, che durante il periodo di ricovero sia gli operatori sanitari interni alla struttura sia quelli del servizio territoriale sono tenuti a fornire un aggiornamento continuo del PTI in corso. Tale aggiornamento deve avvenire mensilmente in caso di posizione giuridica provvisoria e trimestralmente in tutti gli altri casi. Qualora si constatasse un miglioramento clinico, il recupero di abilità e competenze personali, un aumento della consapevolezza riguardo la malattia e l'importanza della misura, oppure ancora si osservasse l'assenza di reiterazione del reato e una ridotta pericolosità sociale, allora l'equipe multi-disciplinare può procedere alla valutazione di una riprogrammazione del PTI, prevedendo anche la dimissione dalla REMS e la revoca della misura di sicurezza detentiva. Ciò, ovviamente, garantisce il rispetto del principio dell'*extrema ratio*, sancito dalla Legge n.81/2014. L'analisi del passaggio a un diverso livello di assistenza e l'individuazione di un livello di cure congruo con indicatori clinici, sociali e prognostici consentono al DSM di richiedere permessi di uscita sperimentali per il paziente. Tuttavia, per tali iniziative è essenziale valutare preventivamente il grado di affidabilità del paziente. Il percorso di uscita deve essere sempre sottoposto alla valutazione del Giudice, includendo una dettagliata esposizione del trattamento e di eventuali rielaborazioni diagnostiche durante il corso terapeutico. Nel caso in cui sia revocata la misura di sicurezza presso la REMS, il paziente sarà affidato alla

responsabilità dei DSM territoriali come individuo libero. Al contrario, nel caso di sola attenuazione della misura, l'individuo sarà soggetto alla libertà vigilata in comunità protetta o al domicilio, seguito dal servizio territoriale competente, aderendo al programma del nuovo Piano Terapeutico Individuale. Tuttavia, è importante prestare attenzione a evitare possibili conflitti tra il Servizio gestore della REMS e i Servizi psichiatrici territoriali, poiché frequentemente emergono controversie dovute alle divergenze nella valutazione diagnostica, nella pianificazione del trattamento terapeutico, o nella discrepante visione del valore attribuito al tipo di reato o al comportamento del paziente. Altri punti di dissenso possono riguardare la conformità del soggetto al trattamento terapeutico, le diverse circostanze contestuali che influenzano le modalità di dosaggio e le decisioni terapeutiche, nonché la sfida nell'individuare soluzioni alternative a livello territoriale. Tali contrasti non solo rischiano di compromettere il percorso terapeutico, ma anche di prolungare la permanenza nella struttura residenziale (Scarpa 2015). Pertanto, è consigliabile cercare di mitigare le discrepanze lavorando in equipe integrate, al fine di facilitare il processo di recupero e riabilitazione dei pazienti assistiti del personale sanitario (Scarpa, 2015).

2.2 Cosa accadde dopo la Legge n.81/2014?

Nonostante i ritardi normativi, la Legge n.81/2014 costituì un significativo avanzamento civile per una nazione in grado di rispondere adeguatamente alle esigenze sanitarie degli individui autori di reato con disturbo psichico, garantendo loro il diritto alla salute, come fortemente raccomandato dalla Commissione Parlamentare di inchiesta sull'efficacia e l'efficienza del Servizio Sanitario Nazionale (Corleone, 2017). Inoltre, l'apertura delle REMS costituì una delle innovazioni più significative della psichiatria italiana, attraverso il processo di deistituzionalizzazione delle persone con problematiche psichiatriche, rendendo il paese un punto di riferimento internazionale, similmente a quanto avvenuto con la Legge Basaglia (Saponaro *et al.* 2015). Effettivamente, il bilancio è risultato positivo, come dimostrano i molti dati a nostra disposizione: le presenze complessive di internati in OPG al 31 dicembre 2013 rilevarono 933 persone, ridottesi a 793 alla fine del 2014, di cui 476 idonei alla dimissione. Tale risultato è attribuibile non tanto a una riduzione dell'utilizzo delle misure di sicurezza detentive, quanto a un'intensificazione del lavoro di dimissione attraverso programmi individuali elaborati dalle Aziende Sanitarie Locali (Ferri, 2015; Corleone, 2016). Oltre a ciò, nel febbraio 2016 il Commissario unico per il superamento degli OPG, Franco Corleone, annunciò che restavano solamente 97 pazienti internati nei quattro OPG ancora in funzione, in attesa della loro chiusura, pur non consentendo nuove ammissioni (Casacchia *et al.* 2015; Corleone, 2017).



Figure 6 e 7. Scatti del fotografo Giacomo Doni per un reportage del 2018 sulla chiusura dell'OPG di Montelupo Fiorentino.

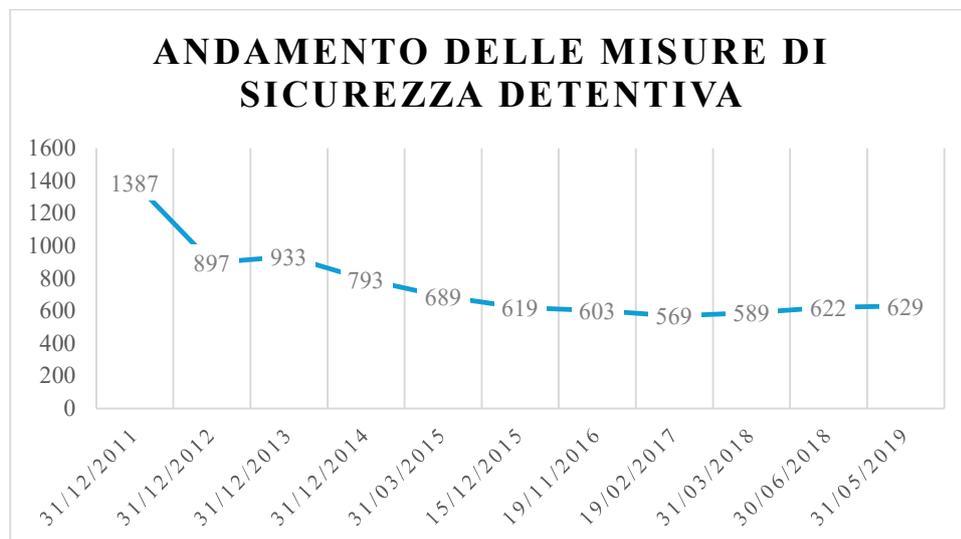
Il notevole progresso raggiunto in 17 mesi di attività costituì una delle ragioni per cui si scelse di prorogare la nomina di Franco Corleone come Commissario unico per il superamento degli OPG. Concretamente, gli fu conferito l'incarico di portare a termine la chiusura dei due OPG ancora operativi, situati a Montelupo Fiorentino e Barcellona Pozzo di Gotto, in cui vi risiedevano gli ultimi internati ai quali non si riusciva a trovare accoglienza nelle nuove residenze e nemmeno ad attuare progetti territoriali (Melani, 2019). Inoltre, fu incaricato di supervisionare le REMS già in funzione e seguire l'attivazione di quelle

programmate (Corleone, 2017). Il processo di commissariamento delle Regioni si concluse nel febbraio del 2017, mentre nel maggio dello stesso fu rilasciato anche l'ultimo internato ancora rinchiuso nell'OPG di Barcellona Pozzo di Gotto. Il contributo per la ricostruzione degli eventi successivi la definitiva chiusura dell'ultimo OPG rimasto è stato fornito dalla ricerca condotta dalla dottoressa Giulia Melani insieme alla collega dottoressa Evelin Tavormina, con il supporto dell'Ufficio del garante e sotto il monitoraggio dall'Amministrazione delle Verifiche Psichiatriche, che illustrò gli esiti della riforma. Nel 2019, le dottoresse condussero un'analisi dettagliata sull'andamento dell'utilizzo della misura detentiva in REMS nel periodo 2011-2019, come documentato nella Tabella 1³⁷. Tale indagine ha evidenziato una riduzione pari a circa il 50% della popolazione soggetta a misura detentiva nella transizione dagli OPG alle REMS. Infatti, se nel dicembre 2011, successivamente all'emanazione del D.L. 211/2011, vi erano 1387 internati negli OPG, dopo un periodo di transizione della durata di 8 anni, il numero dei soggetti

³⁷ Nella presente elaborazione grafica, i dati rappresentati illustrano il decremento delle persone sottoposte a misura di sicurezza detentiva, di cui le informazioni provengono da diverse fonti: dal Dipartimento dell'amministrazione penitenziaria per il periodo precedente alla riforma, dalle relazioni del Ministro di Giustizia e della Salute al Parlamento sul processo di superamento degli OPG per il periodo di attuazione della riforma, dalle relazioni del Commissario Unico per il superamento degli OPG redatte durante il suo mandato, dai dati estratti dal sistema SMOP e dalle relazioni annuali sulle condizioni detentive presentato dall'associazione Antigone per i periodi successivi.

ricoverati presso le nuove Residenze per l'Esecuzione della Misura di Sicurezza al 31 maggio 2019 era sceso a 629.

Grafico 1



È complesso valutare se interpretare tale decremento come un successo della riforma, soprattutto considerato quanto osservato tra il 2017 ed il 2019, ossia un lento incremento di circa 100 persone sottoposte a misura detentiva. Tuttavia, è innegabile che i dati evidenzino una tendenza ben precisa, quale l'intenzione e la volontà di perseguire l'obiettivo principale della legge, ossia l'attuazione del principio di *extrema ratio* e il reintegro sociale del reo con malattia mentale (Miravalle, 207). A conferma di ciò, possiamo fare riferimento ai dati relativi al flusso di ingressi e uscite: su un totale di 1137 individui transitati dalle REMS fin dalla loro apertura, nel giugno 2018 si osservò che più della metà di essi, circa 672 soggetti, erano stati dimessi, senza interrompere il loro trattamento presso i Servizi psichiatrici territoriali (Melani e Tavormina, 2019). Anche il dato riguardante l'apertura di nuove Residenze faceva ben sperare che il progetto fosse effettivamente funzionale, poiché nel 2020 erano 30 le REMS attive sul territorio nazionale, sebbene due di esse non fossero operative. Inoltre, il numero di pazienti ricoverati era diminuito rispetto all'anno precedente di qualche unità, evidenziando sempre un tasso maggiore di dimissioni rispetto agli ingressi (Poneti, 2021). Tuttavia, a discapito dei dati positivi finora riportati, il XVII Rapporto sulle condizioni detentive ha evidenziato un incremento della durata media del ricovero in REMS, passando da 206 giorni a 236 nel corso di tre anni, nonostante il grave problema delle liste d'attesa.

2.2.1 Il fenomeno delle “liste d’attesa”

Uno degli elementi più significativi nel passaggio dal vecchio modello custodiale caratterizzante gli OPG alla nuova riforma delle Residenze per l’Esecuzione delle Misure di Sicurezza fu la significativa riduzione dei posti letto disponibili. Infatti, il limite di capienza per ciascuna struttura fu ridotto ad un massimo di circa 20 posti letto, fatta eccezione di alcune residenze, tra cui la plurimodale Castiglione delle Stiviere che dispone di un numero maggiore di posti. La capienza ridotta nelle REMS rappresentò il rispetto di un principio fondamentale che permise a queste strutture di garantire l’efficacia dell’intervento terapeutico, grazie a un equilibrato rapporto tra operatori e pazienti (Castelletti *et al.* 2019). Tuttavia, ciò determinò contestualmente il fenomeno delle “liste d’attesa”. Come precedentemente segnalato nel 2017 da Franco Corleone durante il suo incarico di Commissario unico per il superamento degli OPG, la carenza di trasparenza nelle procedure di raccolta dati riguardanti gli ospiti delle REMS continua a minare l’affidabilità delle informazioni fornite o diffuse (Corleone, 2021); ciò che mancava, e che ad oggi non è stato ancora istituito, è un organismo di coordinamento e monitoraggio del sistema REMS che raccolga i dati in modo sistematico, creando così una lacuna nella gestione informativa di tali strutture (Poneti, 2021). Nonostante le discrepanze documentate in vari studi, è stato riscontrato come un considerevole numero di soggetti designati alle REMS mediante disposizioni giudiziarie rimanga in attesa dell’attuazione della misura di sicurezza a causa della saturazione dei posti letto (Castelletti *et al.*, 2019; Melani e Tavormina, 2019; Corleone, 2021); di conseguenza, questi soggetti vengono inseriti in apposite liste d’attesa dalla REMS assegnataria per essere trasferiti in una struttura della propria Regione appena si liberi un posto. Tale situazione si manifesta poiché le misure detentive applicate, sia provvisorie sia definitive, eccedono la disponibilità di posti letto nelle strutture competenti (Melani e Tavormina, 2019), tuttavia ciò non correla necessariamente con un aumento delle sentenze che contemplano misure di sicurezza detentive. Infatti, un’analisi condotta da Zuffranieri e Zanalda nel 2021 sulle serie storiche riguardanti l’applicazione di misure di sicurezza per la pericolosità sociale dei rei con disturbo mentale, ha evidenziato una tendenza opposta, ossia un crescente ricorso a misure di sicurezza non detentive nel periodo tra 2001-2019, in rispetto del principio di *extrema ratio*. Malgrado ciò, risulta innegabile la presenza di un considerevole numero di soggetti in attesa dell’esecuzione della loro misura di sicurezza, che nel frattempo attendono in carcere che si liberi un posto senza un adeguata presa in carico (Corleone, 2021). Su tale questione si pronunciò anche la Corte Europea dei Diritti dell’Uomo con un provvedimento cautelare datato gennaio 2021, richiedendo al Governo italiano di

procedere immediatamente al trasferimento di un paziente psichiatrico detenuto presso il carcere di Regina Coeli in una struttura idonea a garantirgli un trattamento conforme alle sue condizioni di salute, poiché portatore di un disturbo della personalità e di disturbo bipolare (Robotti, 2022).

La limitazione del numero di posti disponibili e le conseguenti liste d'attesa hanno attestato la volontà dei Direttori delle REMS di contrastare il sovraffollamento delle residenze, fenomeno prevalente nel precedente ordinamento manicomiale, poiché la finalità del personale e delle strutture stesse era preservare il diritto alla cura e la dignità individuale (Miravalle, 2017). In questo contesto, emerge che la limitazione dei posti non rappresenti una carenza, bensì una scelta deliberata, affinché si promuova l'adozione di percorsi territoriali come misure di sicurezza alternative alla detenzione, qualora le circostanze lo consentano, e riservando le REMS ai casi più gravi (Poneti, 2021). Nonostante la soluzione apparentemente più ovvia per mitigare la questione delle liste d'attesa sia l'aumento dei posti disponibili, di contro, diversi autori sottolineano l'importanza di evitare tale incremento, poiché l'azione potrebbe causare un aumento proporzionale dell'adozione della misura detentiva, a causa di un investimento eccessivo nella creazione di maggiori disponibilità, non garantendo l'osservanza del principio di *extrema ratio* (Corleone, 2021; Zuffranieri e Zenalda, 2021). Anziché concentrarsi sull'aumento dei posti letto, sarebbe più vantaggioso e funzionale diversificare le strutture residenziali e fornire un maggior supporto tecnico e finanziario ai Servizi psichiatrici territoriali, così da potenziare le loro responsabilità e offrire alternative valide alla detenzione per quei quadri psicopatologici di difficile gestione (Poneti, 2021). Inoltre, potrebbe favorire la risoluzione della questione delle liste d'attesa un miglioramento della comunicazione tra gli interlocutori territoriali socio-sanitari e quelli giuridici, specialmente con la Magistratura, al fine di favorire l'adozione di misure provvisorie non detentive (Castelletti *et al.* 2019). Infatti, secondo quanto riportato dal Comitato Nazionale di Bioetica, ciò che congestionava il sistema delle REMS risulta essere principalmente le misure provvisorie di quei soggetti in attesa di accertamenti diagnostici, che influiscono significativamente sia sul numero delle presenze nella struttura sia sulle liste d'attesa (Melani e Tavormina, 2019). Tali misure, sebbene progettate per fornire assistenza immediata a coloro che si trovano in fase acuta di disturbo, possono durare molto più del previsto, a causa dei ritardi nei processi giudiziari e della mancanza di risorse necessarie per valutare e deliberare tempestivamente su ciascun caso (Rosso, 2024). Di conseguenza, i pazienti permangono nelle strutture per periodi estesi in attesa di valutazione, determinando un incremento delle liste d'attesa, nonostante la gestione delle fasi acute possa

essere affidata ai servizi territoriali, liberando così posti nelle residenze destinati a coloro in attesa dell'esecuzione della misura, siano essi temporaneamente detenuti in carcere in condizioni inadeguate ai loro bisogni di cura, o in libertà senza la corretta supervisione (Poneti, 2021). Inoltre, dal punto di vista terapeutico, le misure di sicurezza provvisorie possono rivelarsi poco efficaci, poiché non forniscono un ambiente curativo adeguato alle esigenze del paziente; questo rischia di comprometterne il trattamento e la gestione delle condizioni psichiatriche, nonché di influire negativamente sul benessere psicofisico e sull'equilibrio personale degli individui, in quanto misure maggiormente orientate alla sicurezza e al controllo, trascurando l'aspetto riabilitativo (Rossi, 2024). Relativamente alle misure provvisorie, è stata avanzata la proposta di creare strutture appositamente dedicate ai soggetti sottoposti a misura provvisoria in attesa di valutazione e giudizio (Poneti, 2021). Questo suggerimento è stato formulato tenendo in considerazione che, per alcune condizioni patologiche quali le psicopatie e i disturbi di personalità, il trattamento fornito nelle REMS è stato giudicato inadeguato, poiché in tali circostanze prevale la necessità di controllo a quella di cura. In alternativa, sarebbe auspicabile collocare il soggetto in misura provvisoria all'interno di comunità territoriali non detentive o evitare l'applicazione di qualsiasi misura, favorendo l'assunzione di responsabilità da parte dei DSM, per la gestione di individui autori di reato con disturbo mentale, ma in stato di libertà (Poneti, 2021). Inoltre, se il reo affetto da disturbo mentale rifiuta le cure, deve essere valutata la possibilità di ricorrere al Trattamento Sanitario Obbligatorio, soprattutto in caso il soggetto si trovasse in un momento critico; tuttavia, è sempre prioritario compiere ogni sforzo possibile per trasformare il trattamento da obbligatorio a volontario.

La questione delle liste d'attesa portò il dibattito sul diritto alla salute delle persone private della libertà personale a diventare ancora più centrale. Tuttavia, affrontare questa questione richiede una normativa comune, aspetto attualmente carente, poiché la riforma per il superamento degli OPG si limitò a definire un modello generale, causando l'insorgere di una varietà di sottotipi regionali (Poneti, 2021). In particolare, le principali differenze tra i modelli territoriali, ancora presenti oggi, riguardano tra i vari gli aspetti strutturali, i protocolli di sicurezza, la frequenza delle dimissioni, i diritti dei ricoverati nelle REMS e l'impiego della contenzione (Miravalle, 2017; Poneti, 2021), contribuendo a rendere la situazione di un settore poco definito ancora più complessa (Poneti, 2021). Nonostante l'ampia gamma di modelli disponibili, ho deciso di concentrarmi specificamente sull'esempio della REMS di Castiglione delle Stiviere, poiché considerato da numerosi autori il prototipo socio-riabilitativo per eccellenza fin dai tempi in cui

la struttura era ancora classificata come OPG, poiché garantiva il rispetto del diritto alla salute e alla cura degli internati (Cimino, 2014; Casacchia et al. 2015; De Fazio e Sgarbi, 2017).

2.3 Castiglione delle Stiviere: un modello di REMS dai tempi degli OPG

Nella relazione della Commissione Parlamentare d'inchiesta sull'efficienza ed efficacia del Servizio Sanitario Nazionale si evidenziò il carattere pionieristico dell'OPG di Castiglione delle Stiviere: tra le sei strutture psichiatriche forensi ubicate sul territorio italiano, quella mantovana si distinse durante i sopralluoghi condotti dai membri di suddetta Commissione, poiché l'unico istituto in cui si riscontrarono condizioni adeguate e decorose per l'accoglienza di essere umani, risultando conforme agli standard legali e offrendo una sistemazione dignitosa agli internati (Marino, 2008). Innanzitutto, già prima dell'entrata in vigore del DPCM 1° aprile 2008, le responsabilità sanitarie e tecnico-amministrative furono trasferite dal DAP all'Azienda Ospedaliera Carlo Poma di Mantova (Rivellini *et al.*, 2019), decisione che rese l'OPG mantovano l'unica struttura a gestire l'esecuzione delle misure di sicurezza detentive senza l'intervento costante degli agenti di polizia penitenziaria. Ciò rappresentò una significativa differenza rispetto alla situazione riscontrata negli altri cinque OPG, in cui era presente ininterrottamente il personale penitenziario al fine di garantire la sicurezza ed il controllo degli internati (Marino, 2008). Inoltre, a partire dalla metà degli anni Settanta, a seguito della chiusura della sezione femminile dell'OPG di Pozzuoli, fu la sola struttura psichiatrica forense a prevedere un reparto esclusivamente dedicato alle pazienti psichiatriche autrici di reato provenienti da diverse regioni del paese. In questo contesto, l'OPG di Castiglione delle Stiviere ottenne un riconoscimento nazionale per l'eccezionale cura e assistenza fornita ai pazienti giudiziari, distinguendosi come eccellenza nel panorama italiano (Calogero *et al.* 2012). La sua filosofia si focalizzò prioritariamente sulla cura dell'internato anziché sulla mera contenzione e riduzione della pericolosità sociale, come accadeva nei manicomi civili prima della riforma Basaglia. Fin dall'inizio del processo di superamento, infatti, gli operatori sanitari si impegnarono nel favorire il recupero della salute mentale dei pazienti detenuti, nel rispetto della loro dignità umana e dei loro diritti, garantendo cure affidabili e di qualità. In particolare, l'approccio terapeutico prevedeva una combinazione di cure clinico-assistenziali, interventi psicoterapeutici mirati, iniziative di inclusione sociale e programmi di riabilitazione psicosociale, tutti interventi orientati alla riduzione della pericolosità sociale ed alla riabilitazione dell'identità individuale di ciascun paziente (Calogero *et al.* 2012). Per perseguire tali obiettivi, fu sempre fondamentale mantenere al centro il benessere del paziente, garantendo rapporti con i Servizi psichiatrici territoriali e valorizzando sia l'umanità sia la professionalità

degli operatori, perseguendo un costante miglioramento della qualità dell'assistenza. A tal proposito, l'equipe sanitaria beneficiava di corsi di formazione specifici e continui, focalizzati soprattutto sullo sviluppo di una maggiore consapevolezza emotiva riguardante le esperienze lavorative, considerando il lavoro a stretto contatto con soggetti che possono suscitare turbamento e conflitto interiore.



Figure 8 e 9. Fotografie del Sistema Polimodulare di Castiglione delle Stiviere. Disponibile sul sito dell'ASST Mantova della Regione Lombardia.

Gli elementi innovativi e pionieristici furono determinanti nell'assicurare la continuità operativa rispetto agli altri cinque OPG nazionali; in sintesi, l'approccio si concentrò sulla creazione di un percorso emotivamente gratificante attraverso l'esplorazione di nuove prospettive e il sostegno non solo dei servizi psichiatrici territoriali, ma anche della rete familiare o sociale più prossima (Calogero *et al.* 2012). Per tali ragioni, mentre gli altri 5 OPG nazionali furono definitivamente chiusi nel maggio 2017, il Sistema Polimodulare di Castiglione delle Stiviere venne riconvertito in REMS. Tale trasformazione pose maggiore enfasi sull'importanza dei percorsi riabilitativi e del benessere del paziente, in concomitanza con la richiesta di molti pazienti di poter seguire programmi propedeutici per acquisire e sviluppare competenze strategiche, impegnando così il loro tempo in attività che favoriscano i rapporti di gruppo e potenzino le capacità cognitive e conoscitive. Per rispondere a tali richieste, l'Azienda Sanitaria mantovana offre presso la REMS una varietà di progetti, tra cui corsi di lingua inglese, laboratori di cucina e pasticceria e sessioni di arteterapia; queste iniziative non contribuiscono solo a ridurre lo stress, ma ad arricchire culturalmente, intellettualmente, socialmente, eticamente e moralmente gli ospiti (Ladisa, 2021). Di contro, nonostante l'implementazione di progetti terapeutici per i pazienti, si osserva ancora il ricorso all'uso della contenzione fisica e meccanica in situazioni di difficile gestione, soprattutto per l'assenza nella struttura di stanze di *de-escalation* che permetterebbero una modalità più leggera di contenzione, di tipo ambientale e comportamentale (Rivellini *et al.* 2019). Inoltre, sebbene nel 2017 il Commissario Franco Corleone enfatizzò nella sua relazione l'importanza che ciascuna REMS si conformasse

alle disposizioni del Piano Regionale, il sistema Polimodulare di Castiglione delle Stiviere presenta ancora dimensioni non conformi alle disposizioni legislative; infatti, se il Piano Regionale prevedeva la presenza di 6 strutture definitive con un massimo di 120 posti, attualmente la struttura psichiatrica forense mantovana è composta ancora da 8 REMS provvisorie con una capacità massima di 160 pazienti, inclusa la sezione dedicata esclusivamente alle donne (Ladisa, 2021).



Figura 10. Ingresso della REMS di Castiglione delle Stiviere, che riporta ancora la dicitura "provvisoria". Disponibile in: future.unimi.it

Nondimeno, il ridimensionamento sarebbe dovuto avvenire in concomitanza con l'apertura della seconda REMS regionale a Limbiate, ma al 2023 i lavori di ristrutturazione non erano ancora iniziati (Pioltelli, 2023). Pertanto, fin quando non verrà aperta la seconda REMS regionale con 20 posti letto, il centro di Castiglione delle Stiviere avrà temporaneamente a disposizione 8 unità REMS per agevolare la riassegnazione dei pazienti alle residenze territoriali appropriate. Tuttavia, il numero sarà ridotto a 6 REMS nella fase definitiva, quando la residenza di Limbiate sarà pienamente operativa (Ladisa, 2021). È fondamentale ricordare che, in base all'accordo interregionale, su un totale di 160 pazienti ospitati presso le REMS di Castiglione delle Stiviere, fino a 4 posti letto sono destinati agli utenti provenienti dalla Regione Valle d'Aosta, la quale non dispone di una propria struttura residenziale (Rivellini *et al.* 2019).

In conclusione, desidero condividere una breve riflessione personale. Sebbene il Sistema Polimodulare di Castiglione delle Stiviere appaia un modello esemplare fin dai tempi in cui era denominato OPG, emergono tuttavia una serie di criticità che sollevano dubbi sulla sua effettiva funzionalità, quale ad esempio l'utilizzo della contenzione. Purtroppo, per verificare appieno la situazione, sarebbe necessario entrare direttamente nella struttura in qualità di ospiti. È importante notare che, nonostante l'Italia abbia compiuto progressi nel cammino avviato dalla Legge Basaglia, chiudendo le realtà degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari, il sistema alternativo delle Residenze per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza presenta ancora alcune criticità e sfide da superare. La scarsa attenzione dedicata a questa realtà sottolinea l'importanza di sensibilizzare l'opinione pubblica sull'argomento, mettendo in luce le criticità nascoste dietro le mura delle REMS, considerando che il benessere mentale è un diritto universale. Tuttavia, affronteremo questo tema in modo approfondito nel capitolo successivo.

Capitolo III – Critica alla realtà psichiatrica alle REMS: l'ultima rivoluzione Basaglia da realizzare

Nel terzo ed ultimo capitolo esamineremo le principali criticità del sistema delle Residenze per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza, accennate brevemente nel capitolo precedente. In particolare, la Corte costituzionale ha manifestato una crescente preoccupazione per un problema centrale riguardante le misure di sicurezza detentive, ossia il fenomeno delle lunghe liste d'attesa che causano ritardi nell'applicazione delle misure stesse. Inoltre, a ciò è correlato il rischio significativo che il soggetto, in attesa di esecuzione della propria misura, sia assegnato a contesti inadeguati rispetto alla sua condizione psicofisica e non venga preso in carico dai DSM competenti. In aggiunta a ciò, un'ulteriore criticità già accennata riguarda la mancanza di un sistema integrato tra la Magistratura e i Servizi psichiatrici territoriali. Tale situazione, infatti, non solo contribuisce a ritardare l'attuazione delle misure, prolungando i tempi d'attesa, ma compromette la qualità dei dati, già limitati, disponibili sul servizio REMS. Per questo motivo, sono stati istituiti due servizi di coordinamento: i Punti Unici Regionali (PUR) e il Sistema Informativo per il Monitoraggio del Superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari (SMOP), accessibili a livello nazionale, sebbene non tutte le Regioni ne usufruiscano. Infine, in chiusura, sarà presentato il ventesimo rapporto sulle condizioni dei soggetti sottoposti a misura detentiva presso la REMS, redatto dal sistema SMOP in collaborazione con il Dipartimento di Giurisprudenza dell'Università degli Studi di Torino e dall'Associazione Antigone. Il rapporto evidenzierà come temi principali l'aumento del numero di individui stranieri soggetti a tali misure ed una crescente applicazione del provvedimento in REMS come misura provvisoria, contrariamente ai principi normativi stabiliti dieci anni fa.

3.1 La critica della Corte costituzionale alle liste d'attesa

Al termine del precedente capitolo, è stato evidenziato come le Residenze per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza presentino ancora numerose criticità e sfide applicative, tanto da richiamare l'attenzione sul loro sistema operativo. Infatti, nel gennaio del 2022 la Corte costituzionale intervenne con una sentenza in risposta a un'ordinanza di rimessione promossa dal Tribunale di Tivoli, il quale segnalò alcune problematiche nell'applicazione delle misure di sicurezza privative della libertà personale e gravi inefficienze nel processo di assegnazione a tali strutture residenziali (Piscopo, 2023). Concretamente, per oltre dieci mesi, il magistrato perseverò nel tentativo infruttuoso di applicare una misura di sicurezza provvisoria, presso una REMS territoriale, nei confronti di un soggetto dichiarato socialmente pericoloso e indagato

per violenza e minaccia a pubblico ufficiale, nonché affetto da disturbi psichici correlati all'abuso di alcol. Secondo la perizia psichiatrica, il soggetto, al momento dell'atto, è stato giudicato incapace di intendere e di volere con una diagnosi di psicosi schizo-affettiva acuta con tratti antisociali, pertanto non imputabile, a cui il giudice ha disposto come misura di sicurezza preventiva e provvisoria la libertà vigilata, soprattutto visti gli scarsi posti disponibili presso le REMS regionali (Costantini, 2022; Piscopo, 2023). Tuttavia, considerata la sua condizione vulnerabile e il persistente rifiuto di conformarsi alle terapie e agli obblighi previsti dalla misura di sicurezza, il giudice intervenne attraverso un approccio più incisivo adottando come misura di sicurezza provvisoria il ricovero presso una REMS nel rispetto del principio di territorialità, tuttavia senza risultati. Infatti, i problemi riscontrati nell'attuare tale misura provvisoria misero in luce le principali criticità delle REMS nazionali: innanzitutto, la saturazione dei posti disponibili in ciascuna struttura regionale, a cui ne consegue il fenomeno delle liste d'attesa, poiché è essenziale per la normativa evitare il sovraffollamento delle strutture per non incorrere nel rischio di venir meno alla loro funzione riabilitativa. Inoltre, la mancanza di un sistema informativo accessibile *in primis* alla Magistratura e all'intera collettività che fornisca aggiornamenti sulla situazione attuale di ogni residenza (Allegri, 2022; Corleone, 2021). Pertanto, di fronte alla difficoltà incontrata nell'attuare la misura di sicurezza provvisoria presso una REMS, il magistrato per le indagini preliminari del Tribunale di Tivoli sollevò la questione della conformità costituzionale della normativa, specialmente riguardo alle competenze sanitarie attribuite alle Regioni dopo aver estromesso il DAP ed il Ministero della Giustizia dalla gestione delle strutture residenziali. A tal proposito si pronunciò la Corte costituzionale con la sentenza n.22 del 27 gennaio 2022: dopo un'approfondita istruttoria, stabilì la presenza di significativi conflitti normativi nella legislazione vigente riguardante le Residenze per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza, sottolineando la necessità di un intervento legislativo urgente per garantire la totale tutela delle persone sottoposte alle misure di sicurezza con problemi di salute mentale, per assicurare loro le cure adeguate ed il reintegro sociale (Primo grado, 2022; Piscopo, 2023). In aggiunta, la Corte richiama l'attenzione sul fatto che le REMS sono state integrate nei Livelli Essenziali di Assistenza, pertanto le Regioni sono tenute a rispettare scrupolosamente gli obblighi e i compiti loro assegnati; tuttavia, le carenze rilevate nel sistema, caratterizzate da significativi e diffusi ritardi nell'attuazione dei provvedimenti a causa del fenomeno delle liste d'attesa, compromettono gravemente la tutela effettiva delle potenziali vittime di aggressioni e pregiudicano il diritto alla salute del malato (Costantini, 2022).

Nonostante la Corte costituzionale abbia riconosciuto il grave problema delle liste d'attesa, enfatizzando la necessità di un intervento legislativo volto a potenziare le strutture presenti sul territorio, soprattutto alla luce dell'uso intensivo della misura di sicurezza in REMS come soluzione provvisoria di custodia cautelare, saturando così i posti disponibili, tale uso improprio delle misure provvisorie risulta in contraddizione con il principio di *extrema ratio* sancito dalla Legge n.81/2014 (Scomparin, 2022). Tuttavia, la situazione rimane immutata, con dati che rilevano un elevato numero di persone in attesa dell'attuazione della misura, numero destinato ad aumentare (Allegri, 2022; Allegri *et al*, 2024). Infatti, l'assegnazione alle REMS avviene secondo criteri stabiliti dalle delibere delle Giunte regionali, le quali si limitano a rispettare l'ordine cronologico di assegnazione. Il fatto che tali criteri non siano stabiliti a livello nazionale, ma presentino differenze regionali, comporta una maggiore disomogeneità a livello nazionale del fenomeno delle liste d'attesa, trovandoci di fronte a multipli scenari (Allegri, 2022). Il numero chiuso delle residenze non è un concetto legislativo errato, poiché l'obiettivo è evitare la creazione del c.d. "effetto-manicomio" (Miravalle, 2021); tuttavia, i lunghi periodi d'attesa per l'esecuzione delle misure, sia provvisorie che definitive, costringono molte persone ad attendere all'esterno o all'interno del carcere, con un impatto potenzialmente negativo sulla loro salute mentale se non adeguatamente presi in carico dai Servizi psichiatrici territoriali. Per tale ragione, la normativa enfatizza il principio di *extrema ratio* nell'adozione di misure alternative altrettanto idonee ed efficaci, riservando il ricovero in REMS esclusivamente nei casi in cui non siano attuabili altre strategie di recupero sociale del folle reo (Miravalle, 2022). Infatti, di fronte ai lunghi periodi d'attesa, è frequente che i giudici optino per convertire la sentenza di ricovero in REMS a favore di percorsi terapeutici-riabilitativi territoriali, prevalentemente in contesti comunitari, in cui i pazienti riescono a raggiungere ugualmente un equilibrio senza causare gravi disturbi dell'ordine pubblico. Ciò suggerisce che fin dal principio si sarebbero potute adottare misure alternative, evitando così il prolungamento dei tempi di attesa necessari per l'implementazione della misura, considerando le lunghe liste d'attesa per le REMS (Miravalle, 2021). Su questo punto si sono espressi alcuni autori, che hanno proposto un superamento delle REMS a favore di un welfare di comunità più ampio, che assicuri agli autori di reato con disagio psichico un percorso di cura e giustizia partecipata (Pellegrini et al, 2023); tale approccio coinvolgerebbe tutti i soggetti implicati nel sistema, trasformando i limiti in punti di forza e promuovendo una maggiore integrazione a livello comunitario. Tuttavia, è essenziale che fin dal momento della commissione del reato si instauri un dialogo strutturato tra le autorità giudiziarie e i servizi sanitari per anticipare l'assistenza al paziente, evitando che

l'ordine di ricovero sia determinato da un'eccessiva “*ansia custodialistica*” legata al rischio di recidiva (Miravalle, 2021).

3.2 I sistemi di dialogo tra le istituzioni: il PUR ed il sistema SMOP

Oltre al grave problema delle liste d'attesa, un'altra significativa lacuna che emerse nel sistema nazionale con la chiusura degli OPG e il completo trasferimento dei compiti gestionali delle REMS al dominio sanitario, fu l'assenza di un sistema integrato che agevolasse la comunicazione tra i vari soggetti istituzionali coinvolti nel percorso di cura del paziente inserito nel contesto penale. A tal proposito si espressero i membri della Conferenza Unificata, tramite l'Accordo del 30 novembre 2022, che istituì i Punti Unici Regionali: i PUR, oltre al compito primario di gestire le liste d'attesa regionali per gli ingressi in REMS, agiscono come istituti di coordinamento e raccordo tra il mondo sanitario dei DSM e delle ASL con il settore giuridico rappresentato della Magistratura, dal DAP, coadiuvando i servizi dell'UEPE, nel caso in cui non siano disponibili posti nell'immediato (Report di ricerca SMOP, 2023). Inoltre, sono responsabili dello sviluppo di protocolli con le autorità giudiziarie territoriali per i percorsi assistenziali dei pazienti, della coordinazione di periti e consulenti, nonché della gestione della comunicazione tra le istituzioni nel caso di disponibilità di posti in REMS o della revisione della misura definitiva da parte del giudice. Infatti, in caso di revisione della misura di sicurezza detentiva in favore del provvedimento non detentivo della libertà vigilata, l'ente è incaricato di indicare le strutture territoriali presenti disposte ad accogliere il soggetto, inclusi regimi residenziali o semi-residenziali. Infine, tra le sue diverse funzioni, gestisce la comunicazione interregionale, nel rispetto del principio di territorialità, al fine di promuovere la collaborazione tra i Sistemi Sanitari Regionali; tuttavia, solo poche regioni hanno istituito tale ente (Report di ricerca SMOP, 2023). Invece, per quanto concerne le differenze regionali nei criteri per l'ammissione alle REMS per coloro in attesa di attuazione della misura, nel medesimo Accordo della Conferenza Unificata sono stati stabiliti requisiti nazionali unificati, al fine di ridurre le disparità regionali. Nell'elaborazione di tali criteri è stata data particolare attenzione non solo alle priorità e alle necessità sanitarie individuali, alla tipologia delle misure privilegiando quelle definitive, ma soprattutto al collocamento dei pazienti in attesa negli Istituti penitenziari o nei Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura. Inoltre, è stata promossa l'implementazione di tre differenti tipologie di lista d'attesa, oltre alla lista generale, a cui il sistema assegna automaticamente i pazienti in base a specifiche informazioni: la lista d'attesa prioritaria è destinata a coloro che attualmente non hanno una collocazione appropriata o non sono presi in carico da parte dei Servizi psichiatrici territoriali, con particolare priorità data all'allocazione

del soggetto. La seconda lista è quella non prioritaria, che include i soggetti già presi in carico dai DSM con un PTRI alternativo al ricovero in REMS. Infine, la terza lista riguarda i soggetti temporaneamente non inseribili in quanto irreperibili, espatriati o assegnati temporaneamente ad una REMS fuori regione (Report di ricerca SMOP, 2023).

Un'altra introduzione dell'Accordo della Conferenza Unificata fu l'implementazione del Sistema Informativo per il Monitoraggio del Superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari (SMOP), il sistema nazionale attraverso cui le Regioni e le Province Autonome rendono trasparenti i dati relativi alle strutture dove vengono attuate le misure di sicurezza. Specificatamente, il sistema monitora l'attività delle REMS, la definizione dei progetti terapeutico riabilitativo individuali, la gestione delle liste d'attesa e fornisce informazioni sui percorsi sanitari per l'attuazione delle misure di sicurezza non detentive. Il sistema SMOP è stato ideato e realizzato dal Laboratorio Sperimentale di Sanità penitenziaria «Eleonora Amato» della Regione Campania e dall'Azienda Sanitaria Locale di Caserta con l'obiettivo di fornire una panoramica generale e uniforme per valutare i percorsi di superamento degli OPG, colmando così una lacuna del sistema informativo. Attualmente, il sistema è utilizzato a livello nazionale per la raccolta dei dati relativi alle misure di sicurezza: è stato reso disponibile gratuitamente a tutte le amministrazioni sanitarie del territorio nazionale, consentendo alle REMS e ai DSM di caricare informazioni dettagliate sui pazienti, quali informazioni anagrafiche, sanitarie, giuridiche e relativi tassi di ingresso, uscita e presa in carico da parte del Sistema Sanitario Regionale (Allegri *et al*, 2022). Tuttavia, nonostante l'attivazione del sistema SMOP per la raccolta delle informazioni sui pazienti ricoverati nelle REMS, sono rilevate significative disparità tra le regioni nel monitoraggio dei programmi terapeutici, causando una perdita di informazioni, soprattutto per coloro per i quali non è possibile rispettare il principio di territorialità (Rocca & Bosco, 2022). Inoltre, non tutte le Regioni hanno aderito al sistema SMOP, come evidenziato nella Tabella 2³⁸, aspetto che ha contribuito a generare discrepanze significative nei dati rilevati.

³⁸ Le informazioni presentate nella seguente tabella si basano sui dati di inserimento raccolti nel corso del 2023, con l'ultima rilevazione aggiornata al 30 settembre 2023, come riportato nel report di ricerca SMOP redatto in collaborazione con il Dipartimento di Giurisprudenza dell'Università degli Studi di Torino.

Tabella 2

REGIONE	Inserimenti in REMS e aggiornamento informazioni	Utilizzo della Lista di attesa	Accesso ed operatività dei servizi territoriali (DSM)
Abruzzo	SI (aggiornato)	SI (aggiornato)	SI
Basilicata	SI	NO	SI
Calabria	SI	SI	NO
Campania	SI (aggiornato)	SI (aggiornato)	SI (aggiornato)
Emilia-Romagna	SI (aggiornato)	SI (aggiornato)	SI (aggiornato)
Lazio	SI (aggiornato)	SI	SI (aggiornato)
Liguria	SI	NO	SI
Lombardia	SI (aggiornato)	SI (aggiornato)	SI (aggiornato)
Marche	SI (aggiornato)	SI (aggiornato)	SI
Molise	NON APPLICABILE	NON APPLICABILE	NON APPLICABILE
Piemonte	SI (aggiornato)	SI (aggiornato)	SI (aggiornato)
Puglia	SI	NO	SI
Sardegna	SI (aggiornato)	SI	NO
Sicilia	SI (aggiornato)	SI (aggiornato)	SI
Toscana	SI	SI	SI
Umbria	NON APPLICABILE	NON APPLICABILE	SI
Veneto	SI (aggiornato)	SI	SI
Friuli-Venezia Giulia	SI	SI	SI
P.A. Trento	SI	NO	NO
P.A. Bolzano	Convenzionamento perfezionato di recente ed attività in fase di avvio		
Valle D'Aosta	Convenzionamento non perfezionato		

3.3 Ventesimo rapporto sulle condizioni dei pazienti sottoposti a misura di sicurezza detentiva in REMS

Per un'analisi aggiornata delle attività nelle Residenze per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza a un decennio dalla loro formale istituzione, risulta particolarmente pioneristico e rilevante il ventesimo rapporto sulle condizioni di detenzione redatto dall'Associazione

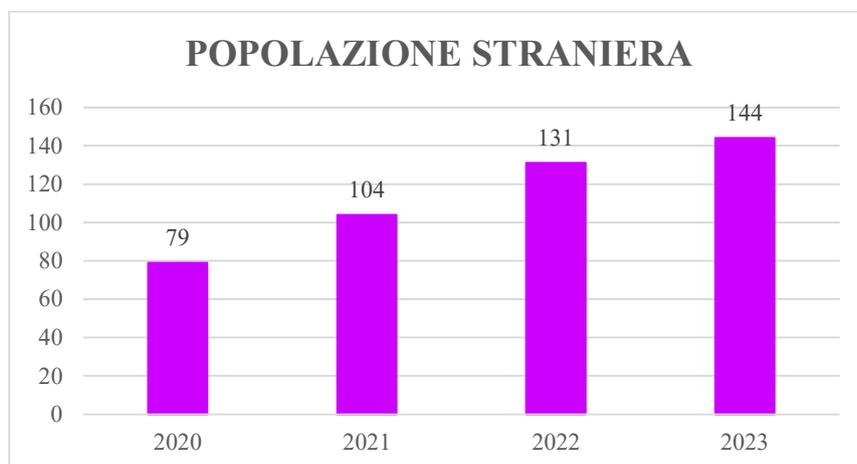
Tabella 3

REMS	Regione	Stato	Gestione	Posti totali
Abruzzo-Molise-Barete	Abruzzo	Attiva	Pubblica	20
Pisticci	Basilicata	Attiva	Pubblica	10
Il Delfino di Santa Sofia d'Epiro	Calabria	Attiva	Privata	21
Girifalco	Calabria	Attiva dal 2022	Pubblica	20
Calvi Risorta	Campania	Attiva	Pubblica	20
San Nicola Baronia	Campania	Attiva	Pubblica	20
Mondragone	Campania	Dismessa	Pubblica	/
Casa degli Svizzeri di Bologna	Emilia- Romagna	Dismessa dal 2023	Pubblica	/
Area Vasta di Reggio Emilia	Emilia- Romagna	Attiva	Pubblica	30
Casale di Mezzani	Emilia- Romagna	Dismessa	Pubblica	/
Aurisina	Friuli V. G.	Attiva	Pubblica	2
Maniago	Friuli V. G.	Attiva	Pubblica	2
Udine	Friuli V. G.	Attiva	Pubblica	2
Ceccano	Lazio	Attiva	Pubblica	40
Palombara Merope	Lazio	Attiva	Pubblica	20
Palombara Minerva	Lazio	Attiva	Pubblica	20
Pontecorvo	Lazio	Attiva	Pubblica	11
Rieti	Lazio	Attiva	Pubblica	15
Subiaco Castore	Lazio	Attiva	Pubblica	20
Vila Caterina di Genova Prà	Liguria	Attiva	Privata	20
Calice al Cornoviglio	Liguria	Attiva dal 2022	Privata	20
Castiglione delle Stiviere	Lombardia	Attiva	Pubblica	160
Casa Badesse	Marche	Attiva	Privata	16
Aton Martin	Piemonte	Attiva	Privata	20
Casa di Cura San Michele di Bra	Piemonte	Attiva	Privata	18
Carovigno	Puglia	Attiva	Privata	18
Spinazzola	Puglia	Attiva	Pubblica	20

Capoterra	Sardegna	Attiva	Pubblica	16
Caltagirone	Sicilia	Attiva	Privata	38
Naso	Sicilia	Attiva	Pubblica	20
Volterra padiglione Morel	Toscana	Attiva	Pubblica	30
Empoli	Toscana	Attiva	Pubblica	20
Pergine Valsugana	P.A. Trento	Attiva	Pubblica	10
Nogara	Veneto	Attiva	Pubblica	40
TOT				739

In merito alla distribuzione della popolazione nelle REMS, dei 577 pazienti menzionati, il 25% sono stranieri (144 persone) e l'11% donne (63 persone). Mentre per quanto riguarda la popolazione femminile nelle strutture, il dato è rimasto abbastanza costante negli anni, al contrario la presenza di persone straniere sottoposte a misura di sicurezza detentiva in REMS è in costante aumento, come evidenziato nella tendenza del Grafico 2, che segnala un incremento di circa l'82% in quattro anni.

Grafico 2

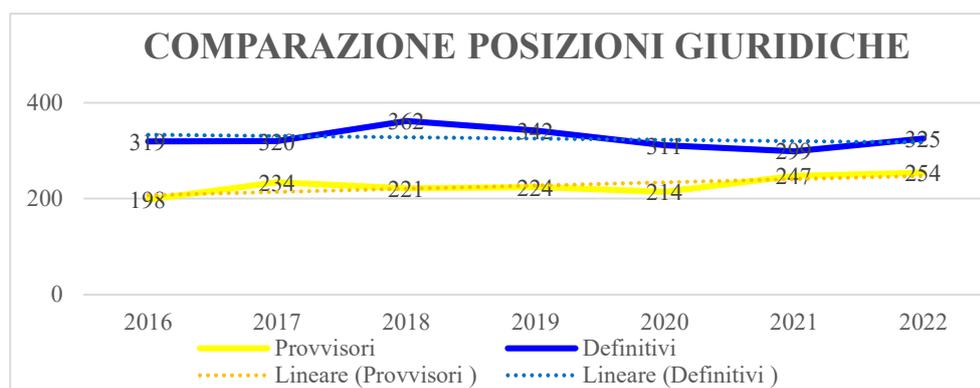


In particolare, le informazioni fornite dell'ultimo rapporto SMOP (2022) rilevano che l'81% degli stranieri assegnati alle REMS proviene dal carcere, mentre il restante 19% è trasferito da altre misure di sicurezza. Questo dato si discosta notevolmente dalla situazione della popolazione maschile italiana, poiché solo il 34% degli assegnatari alla REMS proviene dal contesto carcerario. Gli autori hanno cercato di spiegare questa tendenza, attribuendola a una molteplicità di fattori, tra cui il tipo di reato e l'accesso al diritto di difesa. Un elemento cruciale che potrebbe far luce su tale fenomeno è rappresentato dalla maggiore difficoltà per gli stranieri

ad accedere ai percorsi di cura e presa in carico da parte dei servizi psichiatrici territoriali; infatti, questi percorsi richiedono un impegno significativo in termini di risorse umane e finanziarie, nonché una pianificazione progettuale ed il coinvolgimento attivo dei servizi competenti (Allegri *et al*, 2024). Tuttavia, frequentemente i pazienti stranieri si trovano in condizioni di precarietà abitativa, ritardando così l'individuazione della competenza territoriale e la valutazione delle necessità assistenziali, soprattutto in assenza di un supporto familiare e sociale. Come già illustrato nel capitolo precedente, la mancanza di punti di riferimento territoriali, quali l'occupazione lavorativa, il domicilio e una posizione giuridica regolare, costituiscono caratteristiche comuni a una vasta parte della popolazione straniera nel contesto del servizio penale. Questi fattori, singolarmente o congiuntamente, contribuiscono a incrementare le disparità nei percorsi di presa in carico da parte dei DSM per la popolazione straniera autrice di reato e affetta da disturbo psichico. Conseguentemente, il rischio è che per questi individui il carcere diventi un automatismo molto più frequentemente rispetto agli italiani autori di reato con disagio psichico (Allegri *et al*, 2024). Infine, il rapporto SMOP mette in luce che nelle Regioni del nord-Italia, concretamente Piemonte, Lombardia, Emilia-Romagna, Toscana e Lazio, la presenza di stranieri è più elevata rispetto alle restanti Regioni.

Un altro argomento controverso riguardante la riforma si riferisce ad uno degli aspetti più significativi evidenziati dal rapporto SMOP e Antigone: la posizione giuridica dei pazienti autori di reato destinatari della misura di sicurezza presso la REMS. L'analisi si focalizza sulla distinzione tra ricoveri provvisori (art. 206 c.p.), che includono individui ancora sottoposti a procedimento penale, e ricoveri definitivi (art.222 c.p.), ossia coloro che sono stati prosciolti per non imputabilità, ma sottoposti a misure di sicurezza in ragione dell'accertata pericolosità sociale. Il ventesimo rapporto Antigone, in conformità con il report SMOP, ha riscontrato un aumento significativo da parte della Magistratura italiana di destinare le REMS a pazienti soggetti a misure di sicurezza provvisorie, come evidenziato nel Grafico 3.

Grafico 3



Ciò avviene, nonostante la normativa stabilisca che tale misura debba essere adottata solo quando non sono possibili alternative valide ed adeguate a rispondere ai bisogni di cura del soggetto. In particolare, i vari rapporti indicano un aumento di circa il 28% delle misure provvisorie in REMS nel corso di sette anni di osservazione, sebbene i dati del 2020 siano compromessi dall'impatto della pandemia da Coronavirus. Le ragioni di tale incremento sono molteplici: da un lato, taluni indicano la prossimità temporale della commissione del reato come uno dei fattori giustificanti, specialmente nel caso di una psicopatologia in fase acuta. Dall'altro, viene assegnato un ruolo significativo al fatto che probabilmente il soggetto non sia noto ai Servizi psichiatrici territoriali, a meno che non vi sia un precedente coinvolgimento per motivi non correlati alla commissione di reato (Allegri *et al*, 2024). Inoltre, come già ribadito precedentemente, tra i fattori che complicano l'implementazione di misure alternative alle REMS nel rispetto del principio di *extrema ratio*, emerge la mancata collaborazione tra i Servizi sanitari e l'Autorità Giudiziaria: sarebbe auspicabile un maggiore coinvolgimento condiviso durante tutto il procedimento penale, soprattutto nelle fasi iniziali, al fine di ricavare informazioni concrete e aggiornate sulle opzioni assistenziali disponibili per ciascun individuo (Allegri *et al*, 2024).

Conclusione

Sono trascorsi ormai dieci anni dalla promulgazione della Legge n.81/2014, che sancì la definitiva chiusura degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari. Questo processo, formalmente avviato nel 2008 ma con radici profonde nel movimento antipsichiatrico basagliano, rappresentò un punto di svolta. Tuttavia, la prematura morte del Dottor Basaglia potrebbe aver contribuito alla sopravvivenza degli OPG, nonostante la chiusura dei manicomi civili, lasciandoli precipitare nell'oblio. Pertanto, mentre l'Italia si affermava come pioniere nella psichiatria comunitaria, dietro le alte mura di questi istituti si celava una realtà contaminata del nostro Paese ancora in cerca di guarigione. Franco Corleone descrisse questa trasformazione come una "*rivoluzione gentile*", che ha abolito il sistema manicomiale giudiziario precedente basato su principi custodialistici, orientando l'approccio verso la cura e la riabilitazione dei soggetti autori di reato affetti da disagio psichico. Il termine "*gentile*" sembra appropriato per questo processo, poiché ritengo che, nonostante le iniziali intenzioni lodevoli, non si è assistito a un cambiamento radicale rispetto al sistema precedente. Infatti, è importante sottolineare come ancora oggi, coloro che sono sottoposti a misura di sicurezza detentiva presso una REMS sono formalmente definiti "*internati*", un termine che avrebbe dovuto essere superato insieme all'eredità dei vecchi OPG. Azzarderei affermare che una delle ragioni per cui si è avuta l'impressione di così poca differenza sia il mancato aggiornamento del Codice penale, il quale ha suscitato il sospetto che le REMS possano essere considerate dei *mini-OPG*. Tuttavia, confido che questa analisi abbia fugato ogni dubbio in merito, infatti, nonostante alcune reminiscenze dal passato, la realtà attuale delle REMS non può essere paragonata al contesto contaminato degli OPG.

I principi fondamentali della normativa mirano esplicitamente a prevenire la riproduzione di un modello custodiale, a partire dalla decisione di affidare la gestione delle strutture al Servizio Sanitario Regionale, con la possibilità che quest'ultimo possa delegare l'amministrazione a un ente privato. Inoltre, la normativa esclude il Ministero della Giustizia da qualsiasi ruolo interno, in controtendenza rispetto al mondo degli OPG. Anche l'implementazione del numero chiuso, dovuto alla limitatezza dei posti disponibili, contribuisce a perseguire l'obiettivo di superare la dicotomia cura-custodia. Tuttavia, come evidenziato, il numero chiuso riveste un ruolo cruciale nel fenomeno delle liste d'attesa, poiché a causa della scarsità dei posti disponibili molti soggetti sono costretti ad attendere l'esecuzione della misura, spesso in condizioni non idonee al loro benessere psicofisico. Sebbene possa sembrare intuitivo che aumentare il numero di posti possa mitigare questa problematica, tale approccio potrebbe compromettere ulteriormente

l'equilibrio del sistema, aumentando l'eventualità di un uso eccessivo della misura con una conseguente riduzione dell'efficacia nella cura dei pazienti. Invece, una soluzione praticabile potrebbe essere trovata nel rafforzare il rispetto del principio di *extrema ratio*, cercando alternative possibili senza ricorrere all'automatismo del ricovero in REMS. La ricerca di soluzioni affidabili ed efficaci non è certamente semplice, soprattutto considerando che si tratta di individui autori di reato affetti da disagio psichico, spesso in fase acuta. Tuttavia, sono dell'opinione che incrementando il dialogo tra gli enti coinvolti in questo processo si possa facilitare l'individuazione di soluzioni ottimali che non implicino necessariamente il ricovero in REMS, integrando la conoscenza psichiatrica con quella giuridica. Inoltre, questa collaborazione potrebbe contribuire a mitigare un secondo problema legato alle liste d'attesa, ossia la saturazione dei posti dovuta dall'assegnazione in REMS per le misure provvisorie, in contrasto con quanto prescritto dalla normativa vigente. Per superare questa tendenza, è risultato necessario implementare la disponibilità finanziaria e le risorse umane professionali dei Dipartimenti di Salute Mentale territoriali, spesso troppo deboli, affinché possano prendersi carico dei soggetti con disagio psichico per attivare percorsi di cura fin dalle prime fasi del processo penale.

Sebbene alcune proposte avanzino l'idea di superare le REMS, considerandole come strutture transitorie verso un miglioramento del benessere comunitario, ritengo che le attuali limitazioni nel sistema penale e sanitario italiano non consentano ancora di procedere in questa direzione. Tale affermazione è supportata dalle difficoltà affrontate dai DSM territoriali, che hanno dovuto confrontarsi negli anni con nuovi bisogni sempre più impegnativi, come emerso durante la Seconda Conferenza Nazionale per la Salute Mentale del 2021. Tuttavia, sebbene se ne parli raramente, il superamento delle REMS potrebbe rappresentare l'ultima rivoluzione Basaglia ancora da realizzare, come suggerisce il titolo del terzo capitolo. Infatti, l'attuale organismo delle REMS appare funzionale ed efficace, poiché, nonostante le varie criticità, si registrano progressi significativi rispetto al precedente sistema istituzionale. Ciononostante, ritengo che in una società moderna e civile siano possibili alternative altrettanto strategiche, maggiormente orientate alla comunità e meno limitative della libertà personale degli individui. Sebbene si tratti di autori di reato, talvolta anche gravi, questo non deve pregiudicare l'adeguata implementazione del loro diritto alla cura e alla salute mentale, specialmente considerando la presenza di una condizione psicopatologica afflittiva e invalidante. Nondimeno, non possiamo ignorare l'enorme miglioramento delle strutture dedicate alla loro riabilitazione, finalizzate alla reintegrazione sociale del folle reo.

Riferimenti bibliografici

Allegrì, P. A. (2022). Le liste d'attesa per l'eccesso in R.E.M.S. Modelli di tenuta tra esigenze di cura ed aspirazioni securitarie, in Memorie del Dipartimento di Giurisprudenza dell'Università degli Studi di Torino 21-2022 "Dieci anni di REMS – Un'analisi interdisciplinare" Pelissero, M., Scomparin, L., Torrente, G. (*a cura di*).

Allegrì, P. A., Belli, A., Nese, G. (2024). Salute mentale e REMS. Un bilancio a 10 anni dall'introduzione della legge che sanciva la chiusura degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari, in Ventesimo rapporto sulle condizioni di detenzione promulgato dall'Associazione Antigone. Disponibile in: <https://www.rapportoantigone.it/ventesimo-rapporto-sulle-condizioni-di-detenzione/salute-mentale-e-misure-di-sicurezza-psichiatriche/>.

Amatulli, A. (2024). Appunti sui pazienti autori di reato: il dibattito sull'imputabilità, i Dipartimenti di Salute Mentale e le direzioni possibili della esecuzione penale, in Rivista di Salute Mentale di Comunità, Vol.28.

Amoroso, L., Caiulo, B., Galanti, M., Ardito, M., Belloni, L. (2022). La Legge 82, dall'OPG ai percorsi territoriali per i pazienti psichiatrici autori di reato: un follow-up, in Rivista di Salute Mentale di Comunità, Vol.24.

Anfosso, L. (1907). La legislazione italiana sui manicomi e sugli alienati. Commento alla legge 14 febbraio 1904 n. 36 ed al Regolamento approvato con R. decreto 5 marzo 1905 n. 158: dottrina, giurisprudenza, formulario, UTET, Torino.

Basaglia, F. (*a cura di*) (1998). L'istituzione negata. Rapporto da un ospedale psichiatrico, Milano, Baldini e Castoldi.

Becker, H. S. (1987). Outsiders. Saggi di sociologia della devianza, Torino, Edizioni Gruppo Abele.

Blumer, H. (1969). Symbolic Interactionism, Berkeley, University of California.

Borzacchiello, A. (2007). I luoghi della follia – l'invenzione del manicomio criminale.

Bottino, D. (2021). Antipsichiatria e follia come "pericolo sociale", in Associazione italiana criminologi per l'investigazione e la sicurezza.

Calogero, A., Rivellini, G., Strabicò, E. (2012). L'Ospedale Psichiatrico Giudiziario di Castiglione delle Stiviere: modello sanitario, in Quaderni italiani di Psichiatria, Vol.31 n.3.

Carlone, M. S. (2012). L'ergastolo bianco. *Psico&Patologie*, n.2.

Casacchia, M., Malavolta, M., Bianchini, V., Giusti, L., Di Michele, V., Giosuè, P. *et al.* (2015). Il superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari: a new deal per la salute mentale?, in *Rivista di Psichiatria* n.50: 199-209.

Castelletti, L., Bissoli, S., Piazza, C. (2019). L'integrazione funzionale psichiatrico-forense nella risoluzione delle "liste d'attesa": l'esperienza della REMS del Veneto, in *Rassegna italiana di Criminologia* n. speciale.

Castelletti, L., Santambrogio, J., Scarpa, F., Giancontieri, A., Santarone, A., Galeazzi, G. M., De Fazio, L. (2023). I luoghi della cura in psichiatria forense in Italia: aspetti terapeutici e criticità in un sistema in evoluzione, in *Rassegna italiana di Criminologia* n.2.

Ciliberti, P., Scapati, 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, in *Rassegna italiana di criminologia* n.2.

Cimino, L. (2014). Il superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari: un'analisi critica, in *Rivista di criminologia, Vittimologia e Sicurezza – Vol. VIII* n.2.

Corleone, F. (2016). Prima relazione semestrale sull'attività svolta dal commissario unico per il superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari, 19 febbraio 2016 – 19 agosto 2016.

Corleone, F. (2017). Seconda relazione semestrale sulle attività svolte dal commissario unico per il superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari, 19 agosto 2016 – 19 febbraio 2017.

Corleone, F. (2021). Abbattere il muro dell'imputabilità. Una proposta che guarda oltre, in *Legislazione penale*.

Costantini, M. P. (2022). La Corte costituzionale rileva un difetto sistemico nella tutela dei diritti fondamentali delle persone sottoposte alle misure di sicurezza nelle REMS. Non è più tollerabile l'eccessivo protrarsi dell'inerzia legislativa, in *Unione Forense per la Tutela dei Diritti Umani*. Disponibile in: <https://www.unionedirittiumani.it/newsletter/corte-costituzionale-rems/>.

Daga, L. (1985). Ospedali psichiatrici giudiziari, sistema penale e sistema penitenziario, in *Rassegna Penitenziaria e Criminologica*.

De Fazio, L. & Sgarbi, C. (2017). Il percorso di chiusura degli OPG e le nuove REMS: stato dell'arte e prospettive future, in *Rassegna italiana di Criminologia* n.3.

Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri, 1° aprile 2008 – Allegato C “Modalità e criteri per il trasferimento al Servizio sanitario nazionale delle funzioni sanitarie, dei rapporti di lavoro, delle risorse finanziarie e delle attrezzature e beni strumentali in materia di sanità penitenziaria”.

Decreto del Ministero della Salute di concerto con il Ministro della Giustizia, 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”.

Ferrario, P. (2002). *Politica dei servizi sociali. Strutture, trasformazioni, legislazione.*

Ferri, M. (2015). Gli OPG chiudono: che cosa succede ora?, in *Sestante Rivista scientifica osservatorio sulla salute mentale, dipendenze patologiche e salute nelle carceri.*

Fioritti, A. (2008). *Psichiatria forense in Italia: la storia continua*, in *Psichiatria di comunità* n.7: 7-13.

Foucault, M. (1961). *Storia della follia nell'età classica.*

Galzigna, M. (1992). *La malattia morale*, Marsilio, Venezia, 1992 seconda edizione – 2006 terza edizione, consultabile on line.

Gatta, G. L. (2016). *La riforma degli ospedali psichiatrici giudiziari*, Treccani.

Goffman, E. (1961). *Asylums.*

Grispini, A. & Ducci, G. (2013). Il superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari. Considerazioni e riflessioni, in *Rassegna Penitenziaria e Criminologica.*

Ianni, P. *Cenni storici: dalla legge Giolitti alla legge Basaglia. Intervento al convegno “40 anni dopo: riflessioni sulla legge 13 maggio 1978, n.180”.*

La Greca, G. (1986). *La riforma penitenziaria del 1975 e la sua attuazione.*

Laboratorio territoriale regionale sanità penitenziaria “Eleonora Amato” e Università degli studi di Torino Dipartimento di Giurisprudenza (*a cura di*) (2023). *Report di ricerca SMOP “Sistema informativo per il Monitoraggio del superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari”*, aggiornamento report dati quantitativi anno 2022.

Ladisa, R. (2021). REMS: evoluzione Strutturale ed Organizzativa tra passato e futuro. Disponibile in: https://www.myecole.it/ooc/wp-content/uploads/2022/03/Project-Work_Ladisa.pdf.

Legge 14 febbraio 1904, n. 36. Disposizioni sui manicomi e sugli alienati. Custodia e cura degli alienati. G.U. n. 43 del 22 febbraio 1904.

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 maggio 2014.

Lombroso, C. (1872). Sull'istituzione dei manicomi criminali in Italia, in Rivista di discipline carcerarie, anno II.

Maisto, F. (2015). Criminale (è il) manicomio, in Sestante, Rivista scientifica osservatorio salute mentale, dipendenze patologiche e salute nelle carceri.

Manacorda, A. (1982). Il manicomio giudiziario: cultura psichiatrica e scienza giuridica nella storia di un'istituzione totale.

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, in Rivista italiana di medicina legale e del diritto in campo sanitario n.4.

Melani, G. (2019). Le misure di sicurezza detentive per non imputabili o semi-imputabili per vizio di mente (totale o parziale) in Toscana, in F. Corleone (a cura di), Archeologia Criminale: le misure di sicurezza psichiatriche e non psichiatriche. La Rems di Volterra e la Casa di lavoro di Vasto.

Melani, G., Tavormina, E. (2019). Le misure di sicurezza tra imputabilità e non imputabilità, "delinquenza" (abituale, professionale e per tendenza) e incapacità, in F. Corleone (a cura di), Archeologia Criminale: le misure di sicurezza psichiatriche e non psichiatriche. La Rems di Volterra e la Casa di lavoro di Vasto.

Miravalle, M. (2017). Senza OPG. La fine di una storia e il futuro incerto. La fotografia delle REMS, le "lise d'attesa" e i nodi da risolvere, Associazione Antigone.

Miravalle, M. (2021). Salute mentale e Rems: a che punto siamo. Difendere la riforma, guardando oltre, in XVII rapporto sulle condizioni di detenzione promulgato dall'Associazione

Antigone. Disponibile in: <https://www.rapportoantigone.it/diciassettesimo-rapporto-sulle-condizioni-di-detenzione/salute-mentale-e-rem-s-1-a-che-punto-siamo/>.

Miravalle, M. (2022). Non solo REMS. Le «altre» misure di sicurezza tra cura e controllo, in Memorie del Dipartimento di Giurisprudenza dell'Università degli Studi di Torino 21-2022 "Dieci anni di REMS – Un'analisi interdisciplinare" Pelissero, M., Scomparin, L., Torrente, G. (a cura di).

Pelissero, M. (2008). Il doppio binario nel sistema penale italiano.

Pellegrini P., Paulillo G., Leuci E., Paraggio C., De Amicis I., Maestri D., Dellapina S., Pellegrini C., & Pelizza, L. (2023). Verso un sistema di cura e giudiziario di comunità, Rivista Sperimentale di Freniatria, CXLVII (1).

Petracci, M. (2014). I matti del duce. Manicomi e repressione politica nell'Italia fascista, Donzelli, Roma.

Pioltelli, E. (2023). Limbiate: al lavoro per aprire due REMS nell'ex ospedale psichiatrico Antonini, in il Cittadino. Disponibile in: <https://www.ilcittadinomb.it/news/cronaca/limbiate-al-lavoro-per-aprire-due-rem-s-nell-ex-ospedale-psichiatrico-antonini/>.

Piscopo, V. (2023). Una rinnovata attenzione per il sistema delle REMS: dall'ordinanza istruttoria n.131 del 2021 alla sentenza n.22 del 2022 della Corte Costituzionale, in Rivista di BioDiritto, n.1.

Pivetta, O. (2012). Franco Basaglia – il dottore dei matti, la biografia.

Ponetti, K., (2021). Le REMS in prospettiva costituzionale: sul diritto alla salute contro il potere di rinchiodere, in L'Altro Diritto. Rivista, Vol.5.

Primo grado (2022). REMS – Storia di un fallimento tipicamente italiano, articolo redazionale su Primo Grado. Disponibile in: <https://www.primogrado.com/rem-s-storia-di-un-fallimento-tipicamente-italiano>.

Pugiotto, A. (2013). L'ergastolo nascosto (e altri orrori) dietro i muri degli ospedali psichiatrici giudiziari, in Quaderni Costituzionali.

REGIO DECRETO 1° febbraio 1891, n. 260

Rivellini, G., Pessina, R., Pagano, A. M., Giordano, S., Santoriello, C., Rossetto, I. *et al.* (2019). Il sistema REMS nella realtà italiana: autori di reato, disturbi mentali e PDTA, in *Rivista di Psichiatria*, Vol. 55, Suppl. 3 n.6.

Robotti, E. (2022). Sy c. Italia: la condanna definitiva della Corte di Strasburgo all'Italia sulla detenzione in carcere di pazienti psichiatrici gravi, in *Unione Forense per la Tutela dei Diritti Umani*. Disponibile in: <https://www.unionedirittiumani.it/newsletter/sy-c-italia/>.

Rocca, G., Bosco, C. (2022). Tra pericolosità sociale e bisogno di cura: i difficili equilibri tra approccio giudiziale, concezione psicologica e concezione psichiatrica della pericolosità, in *Memorie del Dipartimento di Giurisprudenza dell'Università degli Studi di Torino 21-2022* "Dieci anni di REMS – Un'analisi interdisciplinare" Pelissero, M., Scomparin, L., Torrente, G. (*a cura di*).

Rosso, C. (2024). Il rischio delle misure di sicurezza provvisorie: implicazioni per le persone svantaggiate, in *Diritto.it – Portale giuridico con la più recete giurisprudenza*. Disponibile in: <https://www.diritto.it/rischio-misure-di-sicurezza-provvisorie-rems/>.

Rusticucci L. (1925). *Nelle galere. Studio di Clinica criminale con la descrizione dei penitenziari e dei manicomi criminali d'Italia*, Napoli.

Sannini, T. (2014). *Vizio di mente e pericolosità sociale. Aspetti storici, giuridici e sociologici*, in *ADIR – L'altro diritto*.

Santoro, E. (2004). *Carcere e società liberale*.

Saponaro, A., Calevro, V., Cilento, A., Di Fiandra, T., Ferri, M., Magliocchetti, N. (2015). Il sistema di monitoraggio per il superamento degli OPG in Italia e in Regione Emilia-Romagna, in *Sestante Rivista scientifica osservatorio sulla salute mentale, dipendenze patologiche e salute nelle carceri*.

Saporito, F. (1908). *Il manicomio criminale e i suoi inquilini*, in *Rivista di discipline carcerarie*.

Sbordoni, S. (1998). *Il contesto normativo del trattamento sanitario obbligatorio*, in *Devianza primaria e devianza secondaria - Il caso del trattamento sanitario obbligatorio*, *ADIR – L'altro diritto*.

Scarpa, F. (2015). Dopo l'Ospedale Psichiatrico Giudiziario: valutazioni e riflessioni oltre il confine, in *Sestante Rivista scientifica osservatorio sulla salute mentale, dipendenze patologiche e salute nelle carceri*.

Scarpa, F. (2018). La cura nella rete dei servizi dei pazienti psichiatrici autori di reato, in *Rivista di Salute Mentale di Comunità*, Vol.16.

Scomparin, L. (2022). La valutazione della Corte europea dei diritti dell'uomo sulle limitazioni alla libertà personale imposte alle persone affette da patologie mentali: tra casi e principi, una progressiva crescita di attenzione per diritti fondamentali a rischio amplificato, in *Memorie del Dipartimento di Giurisprudenza dell'Università degli Studi di Torino 21-2022 "Dieci anni di REMS – Un'analisi interdisciplinare"* Pelissero, M., Scomparin, L., Torrente, G. (a cura di).

Scritti I, 1953-1968. Dalla psichiatria fenomenologica all'esperienza di Gorizia, Torino, Einaudi, 1981.

Stammati, A. G. (2023). I "rei folli" e i "folli rei": quando due istituzioni totali si incontrano, in *COBAS Giornale dei Comitati di base della Scuola* 17.

Zanalda, 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, in *Rassegna Penitenziaria e Criminologica*.

Zuffranieri M, Zanalda E. (2021). Il percorso di superamento dell'OPG e i suoi effetti nell'applicazione delle misure di sicurezza, in *Rassegna Italiana di Criminologia*, XV, n.4

