

# Mai più Manicomi

Una ricerca sulla Rems di Volterra  
La nuova vita dell'Ambrogiana

a cura di  
Franco Corleone



# Mai più Manicomi

## Una ricerca sulla Rems di Volterra

### La nuova vita dell'Ambrogiana

a cura di  
Franco Corleone

Cura editoriale del volume

*Gruppo di lavoro dell'Ufficio del Garante regionale:*

Simona Bonatti, Annabella Capecchi, Filippo Gabbrielli, Luciano Moretti, Katia Poneti

*Gruppo di lavoro della Fondazione Giovanni Michelucci:*

Alessandro Masetti, Saverio Migliori

Immagini

L'immagine di copertina è un'opera degli ospiti della Rems di Volterra realizzata nell'ambito del laboratorio teatrale. Foto: Armando Punzo.

L'immagine sotto la dedica è un disegno dell'artista Bruno Caruso dal titolo *Elettroshock al Manicomio* del 1954, tratta dal volume *Manicomio*, Edizioni della Colonna Infame, 1969 Roma.

Le immagini alle pagine 6, 110, 156, 270 e in quarta di copertina sono di Saverio Migliori.

Le immagini a pagina 259 sono di Francesco Bini.

Si ringrazia il collezionista Paolo Scardigli per aver concesso l'uso delle immagini tratte dalle cartoline storiche raffiguranti il complesso della Villa Ambrogiana di Montelupo Fiorentino.

Si ringrazia Claudio Sarzotti, responsabile scientifico del Museo della memoria carceraria della Castiglia di Saluzzo ([www.museodellamemoriacarceraria.it](http://www.museodellamemoriacarceraria.it)) per le foto di Giorgio Olivero.

Grafica e impaginazione

Alessandro Masetti, *Fondazione Giovanni Michelucci*

Stampa

Tipografia Consiglio regionale della Toscana

Edizione

© Copyright 2018, Consiglio regionale della Toscana

Fondazione Michelucci Press

via Beato Angelico 15 – 50014 Fiesole (FI)

[www.michelucci.it](http://www.michelucci.it)

ISBN 978-88-99210-11-3 (edizione cartacea)

*A Bruno Caruso*



# Indice

- 8 Prefazione  
*Eugenio Giani*
- 11 La rivoluzione fa paura. Torna la suggestione del manicomio  
*Franco Corleone*

## Il superamento degli Opg tra contraddizioni e buone prassi

- 24 Un cambiamento epocale. La necessità della ricerca  
*Stefania Saccardi*
- 27 Il quadro delle Rems in Italia e la fotografia di Volterra  
*Evelin Tavormina*
- 49 Il dipartimento salute mentale dopo la chiusura dell'Opg  
*Franco Scarpa*
- 57 Architettura, cura e sicurezza nel concorso di progettazione della Rems di Volterra  
*Giancarlo Paba*
- 69 Prove di teatro nella Rems di Volterra  
*Armando Punzo*
- 73 Una riforma nel limbo. Idee per il futuro  
*Pietro Pellegrini*
- 85 Salute mentale in carcere: l'incerto destino dei *rei folli*  
*Katia Poneti*

## Documenti

- 113 Consiglio Superiore della Magistratura  
Risoluzione sui Protocolli operativi in tema di misure di sicurezza psichiatriche
- 119 Consiglio Superiore della Magistratura.  
Settima Commissione, audizione di Franco Corleone
- 127 Ordinanza della Corte di Cassazione
- 143 Ordinanza del Tribunale di Sorveglianza di Messina
- 151 La proposta fallita sulla salute psichica in carcere

## **Il destino dell'Ambrogiana. L'odissea del tempo perduto**

- 158 Restituire la Villa alla comunità. Omaggio a Basaglia  
*Enrico Rossi*
- 161 L'Opg lascia per sempre l'Ambrogiana: la Villa diventa città  
*Saverio Migliori*
- 171 La storia della Villa Medicea dell'Ambrogiana, una bussola per la futura valorizzazione  
*Andrea Cocchini, Daniele Forgione e Marco Nucci*
- 241 La sfida dell'Ambrogiana: una nuova magnificenza civile?  
*Corrado Marcetti*
- 263 La Villa dell'Ambrogiana: da "isola" a "pezzo di città".  
Calamita di funzioni strategiche. Le scelte dell'Amministrazione Comunale  
*Paolo Masetti*

## **Gli autori**

- 268 Le Biografie
-





## Prefazione

Eugenio Giani

*Presidente del Consiglio regionale della Toscana*

E' una grande responsabilità scrivere queste seppur brevi righe di prefazione ad un volume così importante. L'oggetto trattato è, d'altronde, talmente delicato e complesso che è quanto mai indicato lasciare la parola a chi, come Franco Corleone, ha dedicato gran parte del proprio lavoro e buona parte della propria vita a queste problematiche. Nonostante questo, mi preme dedicare qualche parola a ciò che la Toscana, intesa come territorio dotato di una sua identità storica più che come Regione, ha saputo portare in seno al dibattito sui diritti civili anche di coloro che, ultimi tra gli ultimi, si sono trovati a vivere le condizioni descritte dall'oggetto di questo testo.

La storia della Toscana è la storia una terra che rivendica diritti. Il 30 novembre di ogni anno si celebra una festa in ricordo dell'abolizione della pena capitale e della tortura ad opera del Granduca Pietro Leopoldo. Un sovrano alleato della libertà e del progresso, il primo nella storia a eliminare la pena di morte e la tortura, ispirato dal celebre scritto di Cesare Beccaria. Era il 1764 quando Cesare Beccaria pubblicò il saggio dal titolo "Dei delitti e delle pene". Il tema gli era stato suggerito dall'amico e mentore Pietro Verri, personalità centrale dell'Illuminismo lombardo, che proprio durante una delle famose riunioni nel suo palazzo propose al giovane milanese di scrivere un'opera contro la pena di morte. Il saggio venne stampato proprio a Livorno per evitare problemi con la censura, e il successo fu immediato. La proposta dell'autore di abolire la tortura e la pena capitale si scagliava contro una pratica secolare. Nonostante le violente reazioni da parte dei conservatori, in breve tempo "Dei delitti e delle pene" divenne il testo più importante e diffuso dell'Illuminismo italiano. Fu il Granduca di Toscana Pietro Leopoldo a fare di questo saggio la sua guida spirituale, seguendo alla lettera i precetti del Beccaria. E così, dopo oltre vent'anni di studio insieme ai suoi consiglieri, il 30 novembre del 1786 Leopoldo riformò il codice penale, abolendo la pena di morte e la pratica della tortura. Il Granducato di Toscana fu così il primo stato al mondo ad eliminare, in un colpo solo, residui dell'epoca medioevale, come il delitto di lesa maestà, la tortura e la pena di morte. Nella città di Firenze, in seguito all'emanazione del Codice leopoldino, patiboli e strumenti di tortura vennero bruciati in un falò appiccato di fronte a palazzo del Bargello.

Questo excursus storico per evidenziare quanto il nostro territorio è permeato di senso di garanzia dei diritti individuali fin da vicende di epoche molto lontane da quelle che oggi stiamo vivendo. Ciò non deve essere però essere abulico esercizio di stile: la

storia è utile nella misura in cui insegna qualcosa a qualcuno. Perciò, di questo slancio illuministico il nostro territorio deve continuare a nutrirsi fornendo una tutela rafforzata nei confronti di coloro che sono affetti da problemi psichiatrici. Un ringraziamento di cuore a Franco Corleone e a tutto il suo ufficio che, quotidianamente, funge da attenta sentinella sulle condizioni di queste persone che, proprio in ragione della loro fragilità, hanno diritto a più attenzione, tutela e solidarietà.



# La rivoluzione fa paura.

## Torna la suggestione del manicomio

Franco Corleone

### La scommessa e l'apocalisse

La legge 180 fu approvata dal Parlamento il 13 maggio 1978, il 9 maggio era stato trovato il corpo di Aldo Moro, assassinato vilmente. Questa quasi coincidenza di data ci parla molto della politica intesa non come semplice reazione agli eventi, ma come capacità di rispondere con razionalità anche ad una tragedia così terribile. La società italiana faceva i conti da una parte con il carcere del *popolo*, la prigionia del meno implicato come scrisse Leonardo Sciascia *nell'Affaire Moro*, la pena di morte illegale, ingiusta e iniqua e dall'altra con una legge di liberazione, di chiusura dei "luoghi orrendi, non degni di un Paese appena civile" come definì i manicomi giudiziari il Presidente della Repubblica Giorgio Napolitano nel messaggio di fine anno del dicembre 2012.

Quaranta anni dopo si sono svolte tante celebrazioni della tragedia della politica e di una riforma che toglieva le catene agli ultimi. Mi pare che in pochi abbiano cercato di capire il nesso tra due fatti che hanno inciso nella coscienza del paese.

Qualche voce fuori dal coro c'è stata e ha generato allarme e preoccupazione soprattutto tra le associazioni che si occupano della salute mentale con un lavoro costante e appassionato.

Una conferma eclatante viene da una frase del ministro dell'Interno Matteo Salvini che ha definito la legge 180 "una legge assurda che ha causato miseria e abbandono per migliaia di famiglie di pazienti psichiatrici, abbandonando il tema della psichiatria sulle loro spalle, chiudendo tutte le strutture di cura che c'erano per i malati psichici" e che inoltre "ha causato una esplosione di aggressioni da parte di persone affette da disturbi mentali".

Non costituisce una attenuante l'occasione della esternazione, cioè il raduno della Lega sul prato di Pontida. Rappresenta invece il sintomo di scelte che vogliono imporre lo scontro tra italiani e stranieri, tra normali e devianti, tra sani e malati. Addirittura senza pudore viene esaltato il manicomio e deprecata la sua chiusura. È indispensabile allora una resistenza civile contro la rinascita delle istituzioni totali in nome della Costituzione e in particolare del fondamentale articolo 32, per salvare la democrazia e il diritto ispirato a Cesare Beccaria. La tortura e la pena di morte furono abolite nel 1786 in Toscana e nel 1849 dalla Repubblica Romana di Mazzini, ma non bisogna dare per definitiva quella conquista, soprattutto quando la ricerca del nemico perfetto è insaziabile.

## La lenta fine degli orrori e della vergogna

Il processo di chiusura dei manicomi fu assai lungo e dovette fare i conti con resistenze anche burocratiche oltre che del potere medico. L'accelerazione fu dovuta anche dalla richiesta incombente di un referendum abrogativo della legge manicomiale del 1904, promosso dai radicali.

Nel 1988, dieci anni dopo l'approvazione della riforma, tanti manicomi "civili", così erano chiamati per distinguerli da quelli criminali o giudiziari, erano ancora funzionanti per gestire quello che con un termine brutalmente liquidatorio era definito il residuo manicomiale. Il "residuo" era costituito da migliaia di donne e di uomini spesso abbandonate a se stesse e ridotte in condizioni bestiali, indegne rispetto a uno standard minimo di umanità.

Allora ero senatore e iniziai un tour di ispezioni in luoghi inimmaginabili, con gabbie in cui corpi nudi e urlanti correvano senza fine. Ricordo i blitz compiuti a Rieti, Girifalco, Mombello e poi l'avventura in Sicilia con Gad Lerner, allora giornalista dell'Espresso e con il fotografo Franco Zecchin. Le condizioni di Scicli e Messina erano surreali, ma lo scandalo esplose con la denuncia dello stato del manicomio di Agrigento. Domenico Modugno, anche lui senatore, si unì nelle successive visite e dopo avere incontrato un vecchio internato che ascoltava le sue canzoni, decise di tornare a cantare per i matti. Il concerto vide la partecipazione di tanti ospiti del manicomio che dopo una opera di bonifica persero le etichette lombrosiane di "agitati", "furiosi", "laceratori", "tranquilli" e si ritrovarono vestiti di tutto punto con tute da ginnastica e con scarpe da tennis e a cantare tutti insieme *Volare*.

Grazie all'inchiesta del settimanale, allora diretto da Giovanni Valentini, e alle trasmissioni televisive di Maurizio Costanzo, la vicenda ebbe ricadute positive sul piano amministrativo e risvolti giudiziari che nella città di Pirandello non potevano che avere una conclusione di giustizia negata. Ricordo spesso questa esperienza e coinvolgente perché è la prova che la frontiera dei diritti non è mai conquistata una volta per sempre. Per la chiusura di tutti i manicomi si dovettero aspettare ulteriori dieci anni, fino al 1998, quando la ministra Rosy Bindi, con un decreto ultimativo, mise la parola fine alla vergogna infinita.

La festa per il quarantennale della legge Basaglia si è arricchita con la rivoluzione gentile rappresentata dalla chiusura del manicomio giudiziario. Si è completato infatti il percorso avviato con la legge 180 e si è giunti, con la legge 9 del 2012 e la legge 81 del 2014, al superamento degli Opg. La scadenza del 31 marzo 2015 non fu rispettata e così il Governo decise la nomina il 19 febbraio 2016 di un Commissario unico per rispettare l'impegno.

Toccò a me quell'incarico non facile e rischioso, ma valutai che non potevo sottrarmi, dopo aver combattuto per decenni la battaglia abolizionista; l'operazione si concludeva infine con un pieno successo l'anno seguente.

Vale la pena ricordare che le sei famigerate strutture tenevano rinchiusi allora 906 persone (in passato erano state fino al doppio): ad Aversa 130, a Barcellona Pozzo di Gotto 187, a Castiglione delle Stiviere 273, a Secondigliano Napoli 104, a Montelupo

Fiorentino 102, a Reggio Emilia 110.

Erano chiamati, secondo la classificazione del Codice Penale e del Regolamento penitenziario, con un nome che fa rabbrivire, *internati*. Il Novecento è stato il secolo dell'internamento di massa, dei campi nazisti per l'annientamento degli ebrei, degli zingari, degli omosessuali e degli oppositori politici. Giovanni De Luna ha raccontato il Novecento attraverso "Il corpo del nemico ucciso" nelle tante guerre, con il carico di violenza e morte. Molto spesso i corpi sono stati profanati e oltraggiati, dimenticando il rispetto dovuto alle vittime e al cadavere, non per nulla esiste un preciso reato di vilipendio. Per altro è tema che risale al poema di Omero, alla vendetta di Achille e allo strazio di Ettore.

Occorre allora provare a svelare il carico di violenza perpetrato dallo Stato etico e dai suoi epigoni. Da questo punto di vista è assai istruttiva la storia allucinante di abusi perpetrati nella civile Svizzera fino agli anni ottanta. Centinaia di migliaia di innocenti furono incarcerati senza processo o rinchiusi in ospedale psichiatrico sulla base di una "misura coercitiva a scopo assistenziale". Si trattava di "internati" sottoposti a sevizie, ai lavori forzati, sterilizzati, privati dei figli o dei genitori. Questo dramma accadeva, nel silenzio ipocrita, nel cuore dell'Europa pochi anni dopo la Shoah. Il rischio permanente dell'Olocausto dà forza alla tesi dello storico Samuel Moyn secondo il quale i diritti umani rappresentano l'ultima utopia.

## L'ultima tappa di una rivoluzione che continua

L'Ospedale Psichiatrico Giudiziario (Opg) è stato l'istituzione totale per eccellenza: manicomio e carcere insieme. La malattia richiedeva la cura obbligatoria e la pena poteva essere infinita. La negazione della responsabilità precipitava il folle all'inferno. Il malato era considerato pericoloso a sé e agli altri e quindi veniva separato dalla società, rinchiuso in apposite strutture e sepolto sotto un doppio stigma.

La chiusura del manicomio criminale rappresenta davvero la conclusione di un lungo percorso di liberazione che si è identificato con il nome di Basaglia ma che in realtà ha coinvolto tante persone, operatori e pazienti. Un movimento che ha distrutto muri e luoghi comuni e che ha imposto una cultura fondata sui diritti.

Adesso le Rems, istituite come soluzione ultima e residuale, devono evitare il rischio di diventare nuovi, pur se piccoli, Opg, e per questo motivo devono rappresentare un modello basato su alcuni pilastri irrinunciabili come la territorialità e il numero chiuso, il rifiuto della coercizione, in particolare la contenzione, e la consapevolezza che la permanenza nella struttura deve avere un tempo definito.

La chiusura del manicomio criminale rappresenta davvero una rivoluzione culturale e sociale.

Ogni riforma – "strutturale" si sarebbe detto una volta – è fatta di orizzonti e di tappe di avvicinamento. Anche in questo caso l'orizzonte deve essere ben chiaro e ribadito: è quello del superamento definitivo di ogni logica e di ogni struttura che rimandi al manicomio, ovvero all'espulsione, al nascondimento, alla coazione e all'internamento del malato e della malattia. Ciò che non si può e non si deve fare è di tornare indietro: perché quello che abbiamo alle spalle lo conosciamo bene e lo abbiamo visto per de-

cenni all'opera. Questo vale per il manicomio civile e vale per l'Ospedale Psichiatrico Giudiziario.

Personalmente, ho l'orgoglio di aver partecipato alla realizzazione di un obiettivo che rende l'Italia un modello unico in Europa e nel mondo. Sono ben consapevole che questo passaggio si svolge su un terreno ricco di contraddizioni, ma non bisogna avere paura di vivere le contraddizioni, quando sono felici, perché attraverso di esse si produce il cambiamento, in meglio, della realtà esistente.

Sono convinto che la chiusura degli Opg ci offra una leva per affrontare questioni irrisolte come quella di un nuovo Codice Penale, della riforma del carcere e del senso della pena. L'abolizione del manicomio criminale ci rende più forti per aumentare le libertà e i diritti. Rende plausibile un'alternativa alla prigione per i minori, per le donne, per i poveri.

La legge 81/2014 ha dimostrato di essere non solo un momento di civiltà, ma anche di essere una esperienza capace di rispondere alle esigenze di salute dei pazienti.

Un bilancio certamente positivo, con la consapevolezza che ora, senza la zavorra degli Opg aperti e con la esperienza delle Rems, dovrà proseguire un lavoro intenso per consolidare e sviluppare la riforma come ho scritto nel Quaderno della Fondazione Rosselli "La rivoluzione aspetta la riforma" pubblicato da Pacini editore.

Un elemento decisivo è rappresentato dall'entusiasmo e dall'impegno che viene manifestato dal personale, psichiatri, psicologi, infermieri, tecnici della riabilitazione, educatori, durante un lavoro quotidiano rischioso, nella consapevolezza di partecipare a una impresa di grande civiltà e di profonda umanità.

La legge 81 ha anche affermato che la misura di sicurezza non può avere una durata superiore al massimo della pena edittale prevista per il delitto commesso; è una norma di grande valore perché obbliga a realizzare programmi personali finalizzati al reinserimento sociale e ha cancellato la pratica dell'ergastolo bianco. Una dimostrazione dell'efficacia di questa disposizione è confermata dalle oltre cinquecento dimissioni avvenute nel periodo del mio commissariamento.

Oggi nelle trentuno Rems presenti in tutte le regioni, sono ospitati circa 640 soggetti che per le condizioni di rispetto della dignità non possono più essere definiti "internati". Il confronto con il numero delle persone reclusi nei sei Opg nel 2011, oltre 1.400, dà la misura del cambiamento epocale.

## **Il rischio di ritorno del manicomio nelle carceri**

Tutto bene dunque? Sarebbe superficiale e sciocco affermarlo. Una rivoluzione non è un pranzo di gala e quindi sono tante le questioni aperte nelle Rems: dalle dimensioni, che vanno dalle due unità delle strutture del Friuli-Venezia Giulia ai 160 ospiti di Castiglione delle Stiviere; dalle problematiche dei 50 soggetti senza fissa dimora, italiani e stranieri; dalle condizioni di vita delle 53 donne, non sempre rispettose delle esigenze di genere; alle liste d'attesa a macchia di leopardo tra le diverse regioni; infine all'architettura delle strutture provvisorie e soprattutto di quelle definitive che dovrebbe rispettare il carattere specifico di una struttura né di reclusione né ospedaliera, ma di comunità.

La funzione delle Rems si sta definendo prioritariamente, se non esclusivamente, nella

cura e riabilitazione delle persone prosciolte con sentenza definitiva. In questo modo si eviterà di snaturare la funzione delle Rems e si risolverà al contempo il problema delle liste d'attesa. I Dipartimenti di Salute Mentale devono assumere un compito essenziale, quello di mettersi in relazione con gli operatori delle Rems e con le persone soggette a misura di sicurezza per preparare l'uscita verso la libertà o altri luoghi di vita protetta. Occorre definire la natura delle Rems che, a mio parere, dovrebbero essere luoghi solo per prosciolti con misura di sicurezza definitiva. Invece le Rems devono ancora fare i conti con le richieste di misure di sicurezza provvisorie, disposte in gran parte dalla Magistratura di cognizione.

La lista d'attesa per l'ingresso nelle Rems soprattutto per misure di sicurezza provvisorie disposte dai GIP rimane un problema assai delicato; in molte regioni non c'è più lista d'attesa mentre in alcune del Sud e in particolare in Sicilia esistono numeri imponenti. Come si spiegano queste differenze? Sarebbe indispensabile un'analisi sulle decisioni della magistratura e sulle perizie che definiscono l'incapacità di intendere e volere.

Il passaggio al Servizio Sanitario della competenza delle strutture per l'esecuzione delle misure di sicurezza detentive mantiene dei profili di delicatezza per il sommarsi delle esigenze della cura e del controllo. La nascita delle Rems aveva suscitato preoccupazioni per il rischio del risorgere di luoghi di istituzionalizzazione, nella esperienza invece si è verificata una ricaduta positiva sui servizi psichiatrici del territorio. Questa collaborazione è essenziale per l'individuazione dei luoghi di vita per le persone che devono uscire dalle Rems o dal carcere.

Il provvedimento di riforma dell'Ordinamento penitenziario prevedeva anche un intervento sul Codice Rocco, in particolare sull'art. 147 e 148, per consentire alla magistratura di sorveglianza di concedere misure alternative anche in presenza di patologia psichiatrica e non solo fisica. Si faceva anche grande affidamento ai servizi di salute mentale in carcere. Purtroppo, quell'ipotesi pare definitivamente sepolta e la realtà delle carceri rimane molto critica (ad es. le articolazioni per la salute mentale non sono distribuite omogeneamente nel territorio nazionale ed esistono ancora forti concentrazioni di detenuti con disturbi psichici provenienti da altre Regioni a Barcellona e a Reggio Emilia). Le prospettive dunque non indicano il sereno.

I dati sulle articolazioni per la tutela della salute mentale, forniti dal DAP, risultano parziali e in molti casi sono ricchi di incongruenze. Molte delle cosiddette articolazioni psichiatriche esistono solo sulla carta. Il coacervo di categorie presenti, minorati psichici, detenuti in osservazione psichiatrica, persone con disturbi mentali rilevati durante la detenzione fanno emergere il rischio di una neo manicomializzazione. La riconversione realizzata a Reggio Emilia e a Barcellona Pozzo di Gotto deve destare un serio allarme. Infatti, non viene rispettato il criterio della territorialità, impedendo una presa in carico da parte dei servizi e rendendo praticamente impossibile un reinserimento sociale e/o familiare.

Sarebbe bello che l'attenzione alla chiusura degli Opg e al superamento della logica manicomialistica che indubbiamente si è riscontrata negli anni passati, si riverberasse anche per i processi di cambiamento negli istituti di pena. Ma di questo non vi è certezza e anzi l'orizzonte è cupo.

Non va trascurato il fatto che la chiusura dei manicomi giudiziari obbliga a una mag-

giore cura della salute mentale nelle carceri. Le condizioni di vita nelle nostre prigioni, enfatizzano le caratteristiche proprie della marginalità sociale di molti detenuti, poveri, stranieri, tossicodipendenti e aggravano la convivenza in un luogo senza senso e privo di prospettive.

Il sovraffollamento ha provocato cinque anni fa la condanna dell'Italia da parte della Corte europea dei diritti umani e dovrebbe far scegliere finalmente una strada diversa dall'utilizzo del carcere come discarica sociale. Le cosiddette articolazioni psichiatriche rischiano di rivelarsi come piccoli o grandi manicomi, puri contenitori della follia, di tutti i disagi, da quelli minori a quelli gravi.

Chi ha una grave patologia non deve restare in carcere, che sia malato di cancro, di AIDS o con una forma di schizofrenia o di psicosi e affinché questo sia possibile occorrono modifiche chiare per consentire tutta la gamma di misure alternative, ad esempio l'affidamento in prova al servizio sociale, come accade per i tossicodipendenti, e anche l'incompatibilità con la detenzione. Sarà compito dei giudici di sorveglianza valutare e decidere con equità.

Bisognerebbe anche prevedere una diversa organizzazione dei servizi psichiatrici in carcere, che non può essere limitata alle articolazioni psichiatriche penitenziarie, destinate alle acuzie, alle osservazioni e alla cura dei soggetti con perizia di patologia psichiatrica, ma deve prevedere la presa in carico socio-sanitaria della generalità dei detenuti con problemi di disagio mentale.

Lasciando sullo sfondo, come orizzonte da non dimenticare, la riforma radicale del nefasto doppio binario del Codice Rocco, è comunque indispensabile che il Parlamento sciolga positivamente il dilemma sulla natura delle Rems e sulle misure di sicurezza.

## **La via maestra è la riforma del Codice Penale**

La legge delega sul processo penale e sull'ordinamento penitenziario, approvata in via definitiva da Camera e Senato nella scorsa legislatura, conteneva un punto preciso sulle misure di sicurezza ripreso dalla elaborazione della Commissione ministeriale presieduta dal professor Marco Pelissero. Purtroppo vi è stata poca discussione pubblica sul merito e il tentativo di riforma è abortito.

Di fronte ai rischi e alla sopravvivenza, magari sottotraccia, della logica di istituzione totale e totalizzante, e stante l'attuale fortuna delle neuroscienze, a mio parere la via maestra, sulla quale insisto, è quella di riformare il Codice Penale eliminando alla radice il nodo della non imputabilità per gli autori di reato prosciolti per vizio totale di mente, ritenuti incapaci di intendere e volere al momento del fatto. L'incapacitazione, in teoria fissata in un preciso momento, quello della commissione del delitto, in realtà si riverbera sul futuro e viene affidata a perizie mediche e alle decisioni dei giudici. Matto e pericoloso era il binomio su cui si fondava una teoria positivista e organicista che ha avuto nel pensiero di Cesare Lombroso la manifestazione più coerente. Oggi la teoria del malato delinquente da isolare è sostituita dalla concezione del malato da curare e comunque custodire.

Una strada centrale, certo assai difficile: la prima riforma della Repubblica sarebbe dovuta essere la cancellazione di quel Codice Rocco in vigore da quasi novant'anni (!),

che è stato il fondamento dello Stato totalitario fascista. Nel corso dei decenni i vari progetti di riforma del Codice Penale succedutisi (Pagliaro, Grosso, Nordio, Pisapia), si sono sempre arenati per resistenze o per insipienze politiche. Eppure, sempre da quella porta stretta bisognerà, prima o poi, passare. Innanzitutto, ricostruendo una cultura garantista nella società e, di conseguenza, anche nel Parlamento.

Da questo punto di vista la chiusura degli Opg potrebbe, deve, essere un punto di partenza e di svolta, un inizio e un indizio di controtendenza.

Non sono tempi facili per i diritti del diverso. Dobbiamo attrezzarci per vivere nel gorgo, in una situazione di grande confusione sotto il cielo. Trasformare la convivenza in convivialità è davvero un sogno da pazzi, eppure tenere l'orizzonte della Costituzione, conquistare un quadro di norme aderenti ai principi fondamentali della Repubblica è l'unica garanzia di non perdere la memoria. Bisognerà dunque essere all'altezza di una nuova sfida di giustizia e umanità.

Se si annullano i processi di reificazione, i corpi non sono più cosa ma tornano a essere persone e le ombre vaganti senza meta riacquistano luce e dignità.

Si è ripetuto molto, e forse troppo, che la libertà è terapeutica. A me piace dire che la responsabilità è terapeutica e che attraverso un processo di liberazione si raggiunge il traguardo dell'autonomia più vasta e profonda dell'individuo.

La rivoluzione ha bisogno della riforma. Una bella avventura che ha raggiunto l'obiettivo di spezzare catene che parevano troppo forti e pesanti non si può fermare.

Il pensiero lungo di Albert Camus ci può aiutare. La frase davvero intensa che appare nell'*Uomo in rivolta* ha il valore di una profezia: "La bellezza, senza dubbio, non fa le rivoluzioni. Ma viene il giorno in cui le rivoluzioni hanno bisogno della bellezza".

## Repetita iuvant?

Le pagine che precedono riprendono più o meno testualmente altri interventi che ho pubblicato in questi anni, particolarmente in tre volumi, "Manicomi criminali. La rivoluzione aspetta la riforma", "Matricola 001", "Pazzi per la libertà" e dal punto di vista della valutazione del passato e della indicazione delle prospettive non rinnego nulla e confermo la mia analisi.

Però, a futura memoria, come diceva Sciascia, è obbligatorio aggiungere una chiosa finale.

Con il 3 ottobre si è chiusa, con un fallimento, l'ipotesi riformista. Non solo per quanto riguarda l'Ordinamento Penitenziario, ma soprattutto per la riforma delle misure di sicurezza, ereditate dal Codice Rocco e ancora pilastro di una concezione lombrosiana del malato di mente, incapace di intendere e volere, criminale da punire e malato da curare.

E' stato anche affossato un intervento minimo ma essenziale che avrebbe risolto con la modifica dell'art. 147 del CP la possibilità di concedere misure alternative alla detenzione e un affidamento terapeutico non solo a chi soffre di una grave patologia fisica, ma anche a chi è colpito da schizofrenia o da una forma di psicosi. Negli anni trenta Sigmund Freud era in attività e aveva scritto testi fondamentali ("Introduzione allo studio della Psicoanalisi" fu tradotto in italiano e pubblicato nel 1922 dall'editore

Idelson di Napoli), ma il giurista Alfredo Rocco probabilmente non conosceva la novità della nuova scienza e quindi riconosceva l'esistenza del corpo e non quella della psiche e della mente.

L'abrogazione dell'art. 148 sempre del Codice Penale avrebbe fatto chiarezza sulla realtà originale delle Residenze per le misure di sicurezza (Rems), non considerabili come sostituto dell'Opg.

Anche la possibilità di creare nelle carceri delle strutture psichiatriche a totale gestione sanitaria per affrontare i casi di patologie intervenute durante la detenzione, in attesa di una uscita dal carcer verso strutture riabilitative, è stata cancellata. Così non dovremo stupirci e versare lacrime di cocodrillo se tragedie come quella di Rebibbia, dove una donna ha ucciso i suoi due figli, si ripeteranno.

Il mio impegno sulla psichiatria risale a più di quaranta anni fa a Milano, quando pubblicai alcuni numeri di un giornale intitolato *Psichiatria democratica* che smascherava i sepolcri imbiancati che governavano i manicomi ancora esistenti.

Come Garante dei diritti delle persone private della libertà mi sono battuto per la chiusura di Montelupo Fiorentino e ho organizzato seminari, incontri e pubblicato un volume importante "L'abolizione del manicomio criminale. Tra utopia e realtà" e una ricerca sulla realtà della struttura di Montelupo Fiorentino alla vigilia della sua chiusura intitolata "Opg addio, per sempre".

Con questo volume, l'ultima fatica, rilanciamo con entusiasmo davvero immotivato, l'urgenza di interventi che non mettano a rischio la rivoluzione compiuta.

La chiusura del manicomio giudiziario è stato un atto di intelligenza e di cultura, cioè di politica. Ma lo sviluppo della sfida non può essere affidata alla fortuna, seppure nella concezione di Machiavelli, ma alle scelte degli uomini e delle donne che hanno responsabilità.

Confesso di essere in imbarazzo quando ricevo da tanti responsabili delle Rems, richieste di aiuto, di consiglio, di sostegno per scelte difficili; il mio ruolo di Commissario unico è finito con un incredibile successo un anno e mezzo fa. E' grave che non vi sia una sede istituzionale, un organismo per governare una vicenda che coinvolge poche centinaia di persone ma che dal punto di vista concettuale e dei nodi che pone, è davvero essenziale.

## Il buio oltre la siepe?

Allarmato per questa assenza, (o latitanza?), ho scritto alla ministra Grillo e al ministro Bonafede una lettera segnalando criticità pericolose. Ho ricevuto dalla ministra della Salute una risposta cortese che riporto testualmente: " Gentile dott. Corleone, ho letto con grande interesse la Sua nota del 5 luglio u. s. Al riguardo, mi preme evidenziare che le problematiche legate all'assistenza sanitaria penitenziaria, conseguenti alla riforma che ha portato alla chiusura degli Opg, sono all'attenzione dei competenti Uffici del mio Dicastero.

Siamo, infatti, consapevoli della complessità della citata riforma, nonchè assolutamente coscienti della necessità di acquisire i dati e le informazioni relative all'andamento della medesima.

Appare, pertanto, pienamente condivisibile l'orientamento di ricercare, al fine di poter superare le diverse criticità emerse, soluzioni concordate che vedano il coordinamento di tutti gli attori coinvolti nell'implementazione della riforma penitenziaria. Cordialmente, Giulia Grillo”.

Mi auguro che almeno l'Organismo che ha seguito il processo di riforma venga ricostituito per valutare e risolvere le criticità che inevitabilmente emergono e che devono essere colte per rafforzare le buone pratiche e non per mettere in dubbio le conquiste quotidiane.

Che fare? E' tempo di mettere in pratica il principio kantiano: fai quel che devi, accada quel che può.

Ripensando all'insegnamento di Sandro Margara occorrerà predisporre testi di riforma per affrontare le contraddizioni non più tollerabili, per una modifica delle norme del Codice penale eliminando le misure di sicurezza provvisorie e le altre norme indicate nel saggio di Katia Poneti “Le misure di sicurezza e la modifica del Codice Penale” pubblicato nel volume “L'abolizione del manicomio criminale”. Credo infine che vada riproposta anche la soluzione radicale aggredendo il punto della non imputabilità e della incapacità totale di intendere e volere prevista dall'art. 88 del Codice penale.

I dati che Evelin Tavormina presenta con assoluta precisione confermano che complessivamente le Rems danno risposte terapeutiche efficaci sulla base della affermazione dei principi fondamentali (territorialità, numero chiuso, rifiuto della contenzione e limite della permanenza) che vengono generalmente rispettati. Il quadro dell'esperienza della Rems di Volterra costituisce un esempio di un monitoraggio indispensabile per capire l'evoluzione del fenomeno che dovrebbe essere realizzato in tutte e trenta le strutture per valutare realtà molto diverse. E' altrettanto evidente che il fatto che il 30% dei presenti nelle Rems sia rinchiuso nella struttura di Castiglione delle Stiviere conferma al di là di ogni ragionevole dubbio che esiste ancora un manicomio e che tale bubbone voluto dalla Regione Lombardia vada fatto scoppiare.

La Toscana può dare un primo e positivo esempio, realizzando una struttura che non abbia i caratteri carcerari e neppure ospedalieri, che si riveli invece una comunità originale anche dal punto di vista architettonico a Volterra. Il saggio del prof. Giancarlo Paba, presidente della Fondazione Michelucci da questo punto di vista è illuminante.

La Toscana ha anche la responsabilità straordinaria di inventare un destino pubblico per l'Ambrogiana. La Villa medicea, la più bella, può rinascere. È una sfida esaltante, non solo per le risorse economiche necessarie ma per una idea progettuale che parta da Michelucci. I contributi di Migliori, Marcetti, dei ricercatori dell'Università di Pisa, del Comune di Montelupo suggeriscono soluzioni ambiziose ma praticabili. Subito ci sarebbe da impegnare un esercito del lavoro, magari di detenuti, per abbattere il muro di cinta e i passeggi degni di Guantanamo che hanno sfregiato l'edificio.

Una ultima osservazione. Molti magistrati, e non solo, sostengono che occorrerebbero più posti e quindi più Rems. E' vero il contrario, se fossero ospitati solo soggetti con misure di sicurezza definitive, i posti sarebbero già troppi. Ma, si dice, ci sono centinaia di misure in attesa, non eseguire. Ho già spiegato l'inganno di questo dato ma, soprattutto questo problema evidenzia l'insostenibilità della gestione delle perizie, superficiali o strumentali. Va sottolineata con soddisfazione l'importanza del documento del CSM

approvato il 24 settembre dal Plenum e che pubblichiamo nella sezione dei documenti, per il chiaro invito rivolto alla magistratura di cognizione e ai Gip per comprendere e rispettare lo spirito e la lettera della legge 81. Non è per un vezzo narcisistico se sottolineo che con la mia audizione e quella della dr.ssa Mila Ferri della Regione Emilia Romagna abbiamo contribuito a questa decisione coraggiosa.

Ancora una volta la politica, intendendo il Governo e il Parlamento, si sono mostrati incapaci di sostenere una scelta di estrema civiltà e l'auspicio è che una benefica supplenza si manifesti presto da parte della Corte Costituzionale con l'accoglimento dell'ordinanza della Cassazione che ritiene tacitamente abrogato l'art. 148 del Codice Penale e la necessità della integrazione dell'art. 147 del Codice Penale.

Se fosse vera la necessità di avere oltre mille ospiti, avremmo fallito. Saremmo condannati a tornare ai numeri degli Opg che si erano ridotti drasticamente prima della legge di chiusura dell'istituzione totale.

Sarebbe il tradimento della riforma. Io non ci sto. Credo di non essere solo a dire di no.

# *Manicomi criminali La rivoluzione aspetta la riforma*

1/2018

a cura di Franco Corleone



Quaderni  
del Circolo Rosselli  
**QCR**

**Pacini**  
Editore

Copertina del volume *Manicomi criminali. La rivoluzione aspetta la riforma* (2018), fascicolo 1/2018 dei Quaderni del Circolo Rosselli, dedicato alla chiusura degli Opg e alla nascita delle Rems.



OSPEDALE  
PSICHIATRICO  
S. GIULIANO

# Il superamento degli Opg tra contraddizioni e buone prassi

## Un cambiamento epocale. La necessità della ricerca

Stefania Saccardi

*Assessore al Diritto alla salute, al welfare e all'integrazione socio-sanitaria*

Dopo la Legge 180/1978 che ha sancito la chiusura dei manicomi, la psichiatria italiana è stata recentemente interessata da un'altra riforma rivoluzionaria: la chiusura degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari (Opg) e l'apertura delle Residenze per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza Detentive (Rems-D). A circa 40 anni dalla Legge 180/1978, quindi, con la Legge 81/2014 la gestione del malato di mente autore di reato e socialmente pericoloso torna in mano agli psichiatri. La scelta di chiudere gli Opg si allinea alle indicazioni normative che dal 1978 hanno affermato la volontà sociale di superamento di una visione ghetizzante e custodialistica della malattia mentale. Le Rems-D si configurano come nuove strutture a esclusiva gestione sanitaria, pienamente integrate nei servizi di salute mentale territoriali, dotate di vigilanza esclusivamente perimetrale e destinate alla cura dei pazienti autori di reato affetti da infermità o seminfermità psichica. L'altra importante novità, introdotta dalla Legge 81/2014, prevede che il ricorso alla Rems-D debba avvenire solo in casi estremi privilegiando, di concerto con l'Autorità Giudiziaria, misure alternative all'internamento. Qualora, il ricovero in Rems-D sia l'unica soluzione per fronteggiare la pericolosità sociale di un paziente, la Legge 81/2014 prevede comunque che la durata massima della misura di sicurezza detentiva non possa essere superiore a quella della pena prevista per il corrispondente reato (massimo edittale) in maniera tale da limitare le proroghe e quindi ridurre i cosiddetti "ergastoli bianchi". In linea con le direttive della riforma, la Regione Toscana ha avviato un articolato percorso di superamento del Opg di Montelupo Fiorentino che ha previsto l'apertura della Rems-D di Volterra nel dicembre 2015 e una progressiva riorganizzazione della assistenza psichiatrica territoriale. Ad oggi, la Regione Toscana ha predisposto numerose strutture residenziali psichiatriche del tipo SRP1 per trattamenti terapeutico-riabilitativi a carattere intensivo destinate ad accogliere i pazienti dimessi dalla Rems-D Volterra o gli autori di reato con infermità mentale per i quali è possibile elaborare un progetto alternativo alla Rems-D in misura di sicurezza non detentiva. Questo è solo l'inizio del complesso percorso di superamento degli Opg che porterà un cambiamento epocale nella gestione dei pazienti psichiatrici autori di reato ai quali saranno così garantite le stesse opportunità di cura degli altri membri della comunità. Nel prossimo futuro, sarà auspicabile consolidare gli ottimi risultati raggiunti dalla Rems-D Volterra che si è contraddistinta per l'alto turn-over degli ospiti e per il buon clima interno creato dagli operatori, ma anche favorire lo sviluppo di un model-

lo di comunicazione e collaborazione integrata tra Magistratura, Rems-D e servizi di salute mentale per ottimizzare nei tempi e nelle modalità la gestione dei pazienti psichiatrici autori di reato. Inoltre, essendo le Rems-D strutture di recente introduzione, si ritiene cruciale incentivare la ricerca in ambito epidemiologico e psichiatrico-forense per valutare le traiettorie evolutive delle caratteristiche sociodemografiche, cliniche e criminologiche della popolazione dei pazienti psichiatrici autori di reato nelle Rems-D.



# Il quadro delle Rems in Italia e la fotografia di Volterra

Evelin Tavormina

Era il 2014 quando l'Associazione Volontariato Penitenziario ONLUS e l'Ufficio del Garante delle persone sottoposte a misure restrittive della libertà personale della Regione Toscana, decisero di effettuare una ricerca presso l'Opg di Montelupo Fiorentino.

Gli obiettivi che la ricerca si poneva erano diversi:

- 1) comprendere quali erano le relazioni tra internati e ASL di competenza;
- 2) quante proroghe delle misure di sicurezza erano state disposte per ogni singolo internato e per quale motivo;
- 3) capire su quali cardini poggiava la valutazione della pericolosità sociale effettuata dalla magistratura di sorveglianza;
- 4) rilevare se le persone erano conosciute dai servizi territoriali già prima dell'internamento;
- 5) quantificare il numero delle persone senza fissa dimora e i relativi programmi.

Nonostante il Decreto-Legge 211/2011 (convertito nella Legge 9/2012) prevedesse all'art. 3-ter, il definitivo superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari e specificasse che ciò sarebbe dovuto avvenire entro il 31 marzo 2013, nell'inverno 2014 (la nostra ricerca si è svolta da ottobre a dicembre 2014) l'Opg non solo era ancora aperto ma era anche perfettamente funzionante.

La lista degli internati affissa su una bacheca dell'Ufficio Matricola, e minuziosamente aggiornata dall'Ispettore Capo Rosselli, era ancora troppo lunga. Centoventiquattro erano le persone ancora presenti presso la Villa Ambrogiana, molte delle quali dovettero aspettare ancora due anni prima di essere trasferiti nella struttura alternativa prevista dalla legge.

Tra il personale presente la chiusura veniva percepita come qualcosa di lontano, difficilmente realizzabile. Le porte del vecchio manicomio giudiziario, invece, seppure con notevole ritardo, arrivarono ad essere chiuse, chiuse per davvero. Così, il 20 febbraio 2017, l'ultimo internato presente fu accompagnato presso la Rems di Volterra.

Sei anni prima della ricerca effettuata presso l'Opg di Montelupo Fiorentino, fu stabilito che ogni Opg avrebbe dovuto coprire un bacino territoriale di riferimento<sup>1</sup>. Motivo per il

---

1) DPCM 1° aprile 2008 - Allegato C. Confermato in data 17 novembre 2009 nella Conferenza Unificata con accordo tra il Governo e le Regioni.

quale, in base alla residenza della persona, l'Amministrazione Penitenziaria avrebbe deciso di assegnarla ad uno o ad un altro Opg.

L'Opg di Montelupo Fiorentino comprendeva un bacino di competenza relativo alle seguenti regioni: Toscana, Umbria, Sardegna e Liguria.

Per ogni cartella esaminata, furono presi in considerazione i seguenti dati: data e luogo di nascita, luogo di residenza, ASL e Regione di competenza territoriale, data di arresto, data di ingresso in Opg, provenienza (altro istituto, altro Opg, libertà, ecc.), misura di sicurezza (Opg ex art. 222 c.p., CCC ex art. 219 c.p., Opg e CCC provvisorio ex art. 206 c.p.) o per sopravvenuta malattia mentale in carcere (148 c.p., minorati psichici), data presunta del termine della misura di sicurezza o data del termine per effettuare una revisione della pericolosità sociale, numero di proroghe già disposte, motivazioni delle proroghe, tipologia del reato commesso (omicidio, reati contro la persona, contro il patrimonio, ecc.), eventuale conoscenza e presa in carico della persona presso il servizio territoriale già prima del ricovero in Opg.

Di seguito saranno riportate alcuni dei dati più significativi emersi dalla ricerca effettuata presso l'Opg di Montelupo Fiorentino.

Innanzitutto si rilevava che la presenza di internati residenti presso le regioni dello specifico bacino territoriale di competenza, era pari all'87% tra cui, per il 42% si trattava di internati residenti in Toscana, 22% Liguria, 17% Sardegna e 6% Umbria. Si registrava la presenza di internati senza fissa dimora (SFD) per una percentuale pari al 6%. Infine, il 7% degli internati proveniva da regioni non appartenenti al bacino di competenza dell'Opg di Montelupo Fiorentino, nello specifico si registrava un 3% di internati residenti in Lazio, un 2% di residenti in Campania e infine un 1% di residenti in Lombardia e un 1% in Puglia.

Tra le 124 persone presenti in Opg nel periodo sopra riportato, poi, la parte più consistente, ossia 50 persone, pari al 40% della popolazione internata, risultava sottoposta alla misura di sicurezza del ricovero in Ospedale Psichiatrico Giudiziario a seguito di sentenza di proscioglimento per infermità totale di mente (art. 222 c.p.), 27 internati, pari al 22%, erano invece sottoposti alla misura di sicurezza della Casa di Cura e Custodia (art. 219 c.p.) in quanto semi infermi di mente.

A tal proposito veniva rilevato che nonostante si trattasse di misure di sicurezza detentive diverse, previste dal codice per situazioni soggettive differenti (infermità totale di mente e semi infermità), nella pratica, non vi erano differenze nella modalità di esecuzione della misura, realizzata in entrambi i casi attraverso la permanenza in Opg all'interno di reparti non differenziati.

Il 31% degli internati, poi, risultava avere una misura di sicurezza provvisoria. Nello specifico, 19, pari al 15%, erano presenti ex art. 219-206 c.p. (misura di sicurezza provvisoria del ricovero in CCC) e 20, pari al 16% erano presenti ex art. 222-206 (misura di sicurezza provvisoria del ricovero in Opg). Tra le 124 persone, poi, il 7% si trovava in Opg per sopravvenuta infermità psichica (con applicazione dell'art. 148 c.p.). Si trattava di detenuti condannati ai quali, durante l'esecuzione della pena, sopravveniva un'infermità psichica tale da impedire l'esecuzione della pena e da richiedere un internamento. Il restante 1% del campione era composto da un minorato psichico (DPR 230/2000 art. 111 c.7).

Nel periodo di osservazione e ricerca veniva rilevato che le presenze di giovanissimi e di ultrasessantenni erano molto limitate. La fascia di età più rappresentata era quella che andava dai 30 ai 59 anni, con una maggiore rilevanza per la fascia di età che va dai 35 ai 39 anni, che era pari al 25%.

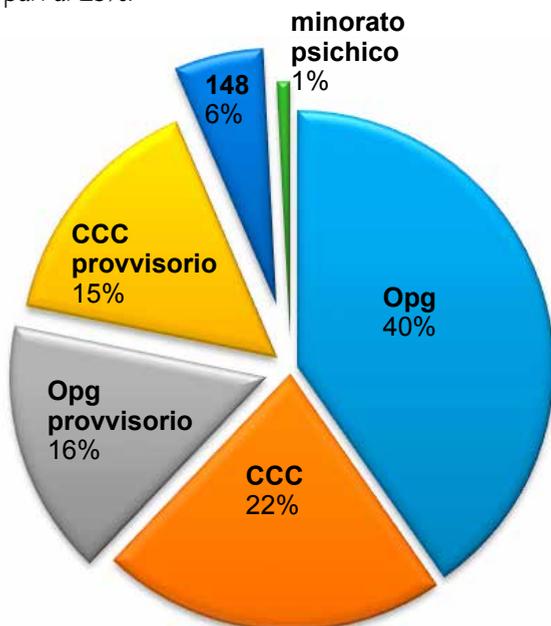


Figura 1 - Internati nell'Opg di Montelupo Fiorentino per tipologia di misura di sicurezza

Altro elemento importante sul quale fu posta attenzione durante il periodo di ricerca riguardava la provenienza delle persone internate. Ne è risultato che nella maggior parte dei casi, le persone provenivano da istituti penitenziari (56%) di cui il 30% da istituti toscani e il 26% da istituti fuori regione. Il 13% proviene dalla libertà, il 20% accede per aggravamento della misura di sicurezza non detentiva della libertà vigilata, il 7% proviene da altri Ospedali Psichiatri Giudiziari e il restante 4% dai Servizi Psichiatri di Diagnosi e Cura.

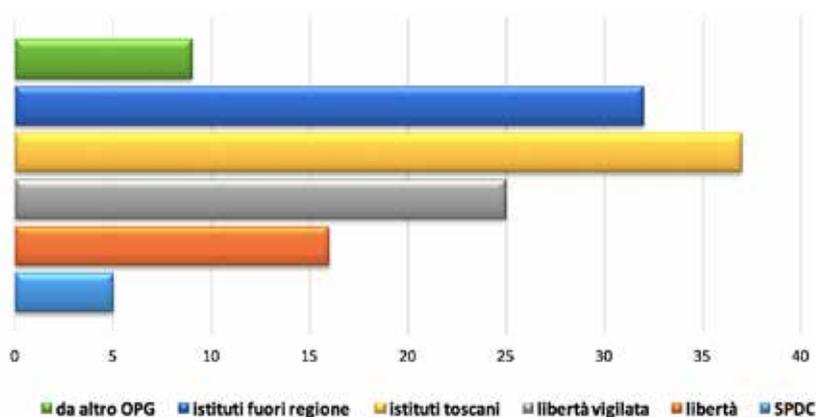


Figura 2 - Internati nell'Opg di Montelupo Fiorentino per provenienza

Il 56% delle persone provenienti dagli istituti generalmente seguivano il seguente iter:

- 1) arresto;
- 2) custodia cautelare in carcere;
- 3) trasferimento in Opg con assegnazione di una misura di sicurezza provvisoria in Opg o CCC.

Oppure, si trattava di persone che erano state trasferite in Opg per via di una sopravvenuta infermità mentale in carcere (art. 148 c.p.). In questo caso le persone, seppur condannate alla pena della detenzione, venivano trasferite dal carcere in Opg per garantire loro un trattamento e una cura più adeguati alle loro esigenze.

In merito ai reati compiuti emergeva che la tipologia prevalente riguardava i delitti contro le persone con una percentuale pari al 63% (omicidio, maltrattamenti, lesioni, violenza sessuale, stalking, minacce) seguiti dai reati contro il patrimonio, pari all'11%, tra i reati vari come danneggiamento, incendio, violazione domicilio si trovavano il 9% dei presenti, del reato di resistenza e oltraggio a pubblico ufficiale ne rispondeva l'8%, il 9% aveva commesso reati riguardanti la violazione della legge sulle armi e la violazione del Dpr 309/90, cioè il testo unico sulle tossicodipendenze.

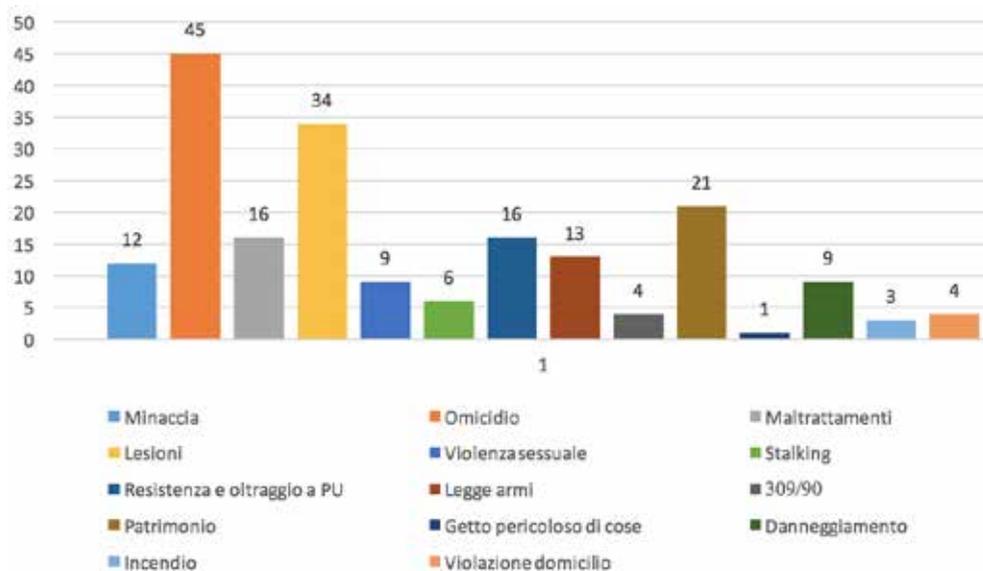


Figura 3 - Internati nell'Opg di Montelupo Fiorentino per reato compiuto

Alcuni internati avevano commesso più di un reato ed è per tale ragione che il numero dei reati (193) non corrisponde al campione esaminato (124).

In merito agli indicatori trattamentali, si mirava a comprendere: se gli internati fruivano o meno di licenze orarie, di permessi orari o giornalieri, di Licenze Finali di Esperimento, se la persona effettuava colloqui con la rete parentale, se e per quante volte ogni singola persona era stata sottoposta a regime di TSO, se la persona svolgeva attività lavorativa.

Riguardo alla questione licenze, si rilevava che solo 11 tra i presenti effettuavano licenze,

ossia il 10%. Nel rimanente 90%, non vi era nessun collegamento con la realtà esterna. Cosa diversa, invece, rispetto ai colloqui effettuati con la rete parentale di riferimento poiché la percentuale di persone che non avevano nessun tipo di legame con la rete di riferimento era veramente esigua. I ricoveri in TSO ci veniva riferito che fossero limitati.

La ricerca si concludeva ponendo l'attenzione su uno degli argomenti più discussi da sempre ossia l'applicazione delle proroghe delle misure di sicurezza. Queste, fino all'introduzione della L.81/2014 avevano una durata potenzialmente indeterminata poiché i magistrati di sorveglianza avevano la possibilità di effettuare continue proroghe qualora ritenessero che la pericolosità sociale della persona non fosse venuta meno. Con la Legge sopra citata che ha stabilito che la misura di sicurezza non possa durare oltre la pena massima edittale prevista per il fatto commesso, molti dei cosiddetti "ergastoli bianchi" sono terminati.

Le motivazioni delle proroghe che avevano avuto alcuni tra i 124 internati presenti presso l'Opg di Montelupo Fiorentino avevano come punto fondamentale la conferma della pericolosità sociale della singola persona. Questo era ed è il presupposto di legge per prorogare una misura di sicurezza. A questo si accostavano anche altre motivazioni che avvaloravano la decisione del Magistrato di Sorveglianza e lo facevano propendere all'applicazione di una proroga della misura. Tra queste vi erano: l'assenza di progetto di dimissione, il fallimento di una LFE - licenza finale di esperimento, la gravità del quadro clinico, la mancanza di revisione critica del reato.

La ricerca veniva chiusa con una serie di interrogativi che avevano come obiettivo quello di stimolare una riflessione intorno alla tematica. Ci si chiedeva come DSM e Rems, avrebbero lavorato, dopo la chiusura dell'Opg, per diventare strutture co-protagoniste della presa in carico e della riabilitazione sociale degli ospiti.

A quattro anni dalla ricerca effettuata a Montelupo, dopo la chiusura degli Opg e l'entrata in funzione delle Rems è estremamente opportuno conoscere il funzionamento delle nuove strutture e le caratteristiche dei pazienti ivi ospitati.

Nei paragrafi seguenti, che costituiscono soltanto un accenno di una possibile futura ricerca, verranno presentati i numeri del complessivo sistema nazionale delle Rems<sup>2</sup> e verrà dato un quadro della situazione specifica presente presso la Rems di Volterra e presso le strutture intermedie toscane.

## Il sistema nazionale delle Rems

Presentiamo qui di seguito un quadro dei dati sulle presenze nelle Rems sul territorio nazionale. Per ogni Rems sono indicati: capienza regolamentare, pazienti presenti (uomini e donne), tipologia di misura di sicurezza applicata (definitiva, provvisoria e mista), pazienti transitati dall'apertura della struttura al giugno 2018 e, infine, le persone che sono state dimesse.

Uno dei dati più significativi riguarda indubbiamente le persone entrate e uscite dalla Rems: su un totale di 1137 persone transitate dalle Rems ne sono state dimesse più della metà, ovvero 672, e questo testimonia un alto avvicendamento nelle presenze. Le Rems sono delle strutture tendenzialmente aperte e, contrariamente agli Opg, non prevedono una presenza senza fine, con quella tragica pratica che era definita come *ergastolo bianco*.

2) Si fa presente che la Rems di Mondragone è in fase di chiusura, essendo struttura intermedia.

Regione	REMS	Capienza	Presenti	Uomini	Donne	IMDS Prov.	Mds Def.	Mds Miste	Transitati	Dimesse
Abruzzo	Barete (AQ)	20	19	16	3	10	8	1	45	26
Basilicata	Pisticci (MT)	10								
Calabria	Santa Sofia D'Epuro (CS)	20	20	20	0	9	11	0	24	4
Campania	Montragone (CE)	16	6	6	0	3	3	0	27	21
Campania	Valiano Patenora (CE)	12	12	12	0	5	7	0	29	17
Campania	Calmi Risorta (CE)	20	20	17	3	12	8	0	43	23
Campania	San Nicola Baronia (AV)	20	20	20	0	6	14	0	36	16
Emilia Romagna	Bologna (BO)	14	14	10	4	4	10	0	33	19
Emilia Romagna	Parma (PR)	10	10	10	0	5	5	0	36	26
Friuli Venezia Giulia	Aurisina (TS)	2	2	2	0	2	0	0	7	5
Friuli Venezia Giulia	Maniago (PN)	2	2	2	0	0	2	0	4	2
Friuli Venezia Giulia	Udine (UD)	2	2	2	0	0	2	0	6	4
Lazio	Ceccano (FR)	20	19	19	0	4	15	0	53	34
Lazio	Ponteconio (FR)	11	11	0	11	4	7	0	31	20
Lazio	Pal. Sabina (Matera) RM	20	15	15	0	10	5	0	41	26
Lazio	Pal. Sabina (Matera) RM	20	19	19	0	4	15	0	34	15
Lazio	Subiaco (RM)	20	18	18	0	14	4	0	49	31
Liguria	Genova - Prà (GE)	20	20	20	0	4	16	0	40	20
Lombardia	Castiglione delle Stiviere (MN)	120	159	140	19	64	95	0	145	115
Marche	Montegrignano (PU)	20	20	17	3	5	15	0	46	26
Piemonte	Bra (CN)	18	18	18	0	3	14	1	59	41
Piemonte	San Maurizio Canavese (TO)	20	20	18	2	6	14	0	41	21
Puglia	Carovigno (BR)	18	17	15	2	8	9	0	38	21
Puglia	Spinazzola (BT)	20	20	20	0	8	12	0	44	24
Sardegna	Capoterra (CA)	16	16	16	0	4	12	0	36	20
Sicilia	Calcigione (CT) 1 e 2	40	28	20	8	10	18	0	60	32
Sicilia	Naso (ME)	20	20	20	0	7	13	0	75	55
Toscana	Volterra (PI)	30	26	24	2	7	15	2	62	36
Trentino Alto Adige	Pergine Valisugana (TN)	10	10	10	0	0	10	0	22	12
Veneto	Nozara (VR)	40	39	34	5	15	24	0	70	31
	<b>TOTALE</b>	<b>641</b>	<b>622</b>	<b>560</b>	<b>62</b>	<b>233</b>	<b>283</b>	<b>4</b>	<b>1137</b>	<b>672</b>

Tabella I - Rems sul territorio nazionale: capienza, presenti, genere, tipologia di misura, transitati nella struttura, dimessi

Presentiamo nella seguente tabella fornita dal Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria i numeri dei soggetti in attesa di ricovero in Rems alla data del 26 giugno 2018.

Regione	N° misure di sicurezza in attesa	Presenza in carcere
Abruzzo	10	Di cui 1 in Istituto Penitenziario
Basilicata	2	
Calabria	55	Di cui 1 in Istituto Penitenziario
Campania	64	Di cui 11 in Istituto Penitenziario
Emilia Romagna	22	Di cui 2 in Istituto Penitenziario
Friuli Venezia Giulia	0	
Lazio	56	Di cui 12 in Istituto Penitenziario
Liguria	16	Di cui 1 in Istituto Penitenziario
Lombardia	30	Di cui 13 in Istituto Penitenziario
Marche	3	Di cui 2 in Istituto Penitenziario
Molise	0	
Piemonte	23	Di cui 1 in Istituto Penitenziario
Puglia	24	
Sardegna	4	Di cui 1 in Istituto Penitenziario
Sicilia	105	Di cui 8 in Istituto Penitenziario
Toscana	39	Di cui 3 in Istituto Penitenziario
Trentino Alto Adige	3	
Umbria	6	
Veneto	6	Di cui 1 in Istituto Penitenziario
<b>TOTALE</b>	<b>468</b>	<b>Di cui 57 in Istituto Penitenziario</b>

Tabella II - Misure in attesa di esecuzione in Rems alla data del 26 giugno 2018, per regione, numero di misure, numero dei soggetti in carcere

Occorrerebbe una rilevazione seria su dove si trovano concretamente queste persone, e su quanto il dato reale sia corrispondente al dato cartaceo fornito dal DAP: molte hanno trovato forse una sistemazione alternativa perché la misura di sicurezza della Rems è stata trasformata in libertà vigilata o revocata con segnalazione al SPDC, ma i dati nazionali probabilmente non vengono aggiornati con queste modifiche, continuando a sommare le richieste dei magistrati. Si usa il condizionale perché la situazione dovrebbe essere ulteriormente indagata con un'indagine più approfondita su base regionale, che metta in evidenza i passaggi fatti da una persona dal momento in cui risulta essere destinataria di una misura di sicurezza detentiva: dove si trova, dove viene collocata, se la misura viene modificata successivamente dal magistrato oppure revocata.

## La Rems di Volterra

La Rems di Volterra è stata aperta l'01/12/2015 e ha accolto prioritariamente ex internati dell'Opg di Montelupo Fiorentino. Attualmente ha una capienza di 30 persone (di cui 28 uomini e 2 donne), e rimane l'unica struttura presente sul territorio toscano, ma con competenza ad accogliere, in base a un accordo tra Regione Toscana e Regione Umbria, anche i destinatari di misura di sicurezza provenienti da questa regione. Tra l'altro si ricorda che si tratta di una Rems provvisoria. Presso la struttura sono previsti

due moduli e allo stato sono presenti complessivamente 24 uomini e 2 donne. Tra i 26 presenti, 7 hanno una misura di sicurezza provvisoria, 15 definitiva, 2 con misura mista. Tutti sono di competenza territoriale della regione Toscana. I pazienti transitati nella Rems dall'apertura al giugno 2018 sono stati 62.

Secondo i dati del DAP, infine, le persone presenti nella lista di attesa, al giugno 2018, erano 45, di cui 39 toscane e 6 umbre.

Si ricorda che sono ancora in corso i lavori necessari per la messa a norma dell'ex carcere a custodia attenuata femminile di Empoli, che però stanno richiedendo tempi più lunghi rispetto a quelli previsti. Una volta ultimata, la struttura diventerà la seconda Rems toscana e avrà una capienza regolamentare di 20 posti.

## NUMERI E CARATTERISTICHE DEI PAZIENTI DELLA Rems DI VOLTERRA

Le persone transitate nella Rems di Volterra sono complessivamente 62 (di cui 26 ancora presenti). Tra queste è possibile rilevare quante sono nate in Italia, quanti in paesi UE, quanti in paesi extra UE.

### Paese di nascita

Come si evince dal grafico (Figura 4), 45 persone (pari al 74%) risultano essere nate in Italia, 2 (pari al 3%) sono nate in Paesi appartenenti all'Unione Europea e 14 (pari al 23%) sono nate in Paesi extra Unione Europea (di cui 10 in Africa).

Tra le persone italiane transitate nella Rems di Volterra, su 45 persone, 14 sono nate in regioni diverse dalla Toscana e in particolare: due sono nate in Calabria, uno in Liguria, due in Sicilia, uno in Lombardia, tre in Campania, uno in Abruzzo, due in Umbria, due in Piemonte.

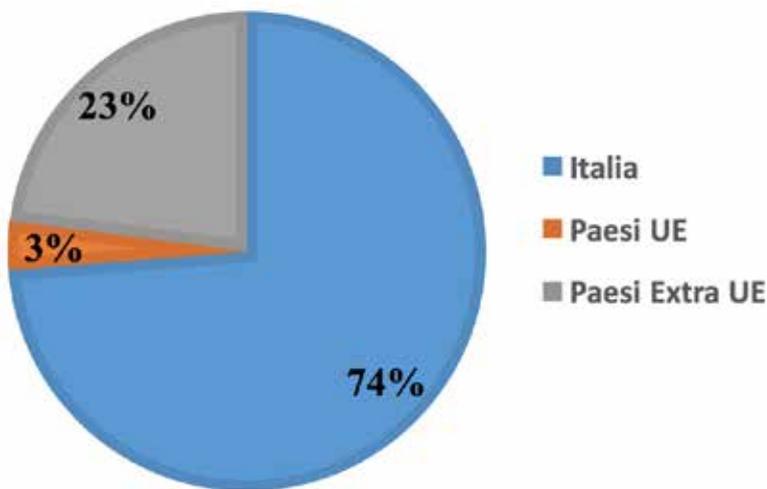


Figura 4 - Persone transitate dalla Rems di Volterra per luogo di nascita

## Differenza di genere dei pazienti

Le due donne presenti presso la Rems di Volterra sono provenienti dalla Casa Circondariale di Pisa e sono state accolte una nel 2016 e l'altra nel 2017.

Questo dato rispecchia la situazione presente in tutte le strutture che accolgono sia pazienti donne che uomini (12 Rems su 31). A parte le Rems di Pontecorvo e un modulo di Castigione delle Stiviere, nelle altre dieci strutture la presenza femminile è assai poco consistente rispetto al numero degli uomini ospitati. A tal proposito occorre evitare che residualità si traduca in marginalità. La differenza di genere non può non essere considerata. Questa richiede una strutturazione ad hoc di spazi ed attività volti a rispondere alle esigenze e agli interessi delle donne che sono inevitabilmente diversi da quelli richiesti dagli uomini.

## Provenienza dei pazienti

Le 62 persone transitate presso la Rems di Volterra risultano avere provenienze diverse. La maggior parte dei pazienti provengono dagli Opg, ben 31 (pari al 52%), di cui 30 dall'ex Opg di Montelupo Fiorentino, uno dall'ex Opg di Reggio Emilia. Le altre provenienze sono così suddivise: 4 dalla libertà (pari al 5%), 7 (pari all'12%) dalle altre Rems, di cui 2 da Bologna, 2 da Brà, 2 da Castigione delle Stiviere, 1 da Montegrimano, 5 dagli SPDC (pari all'8%), 14 dagli istituti penitenziari (pari al 23%).

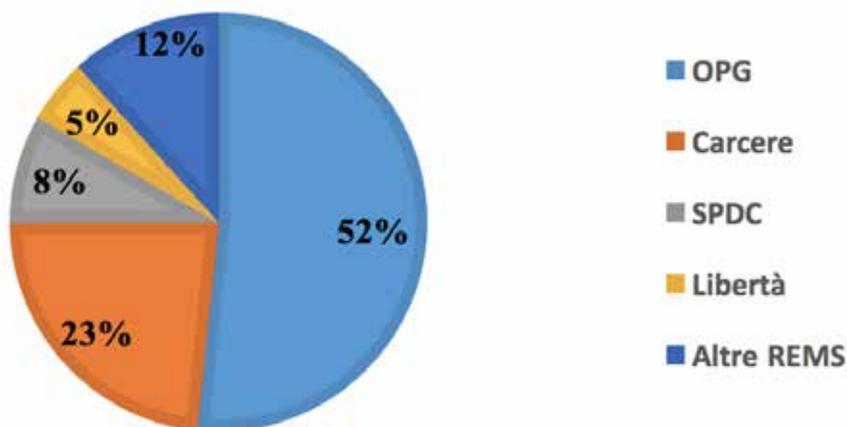


Figura 5 - Persone transitate dalla Rems di Volterra per provenienza

## Pazienti per tipologia di misura di sicurezza

Tra le 62 persone transitate presso la Rems di Volterra, 19 avevano una misura di sicurezza detentiva provvisoria (pari al 31%), le rimanenti 42 avevano invece una misura di sicurezza detentiva definitiva (pari al 69%).

Nello specifico, su 31 persone provenienti dall'Opg, 27 persone avevano una misura di sicurezza definitiva, 4 provvisoria; dalla libertà sono arrivate due persone con misura

di sicurezza definitiva e due con misura di sicurezza provvisoria; tra le persone provenienti dalle altre Rems su 7, 5 hanno una misura di sicurezza definitiva e 2 provvisoria; tra le 5 persone provenienti dagli SPDC, una aveva una misura di sicurezza definitiva e 4 provvisoria; infine, dal carcere, su 14 persone, 7 avevano una misura di sicurezza provvisoria e 7 definitiva.

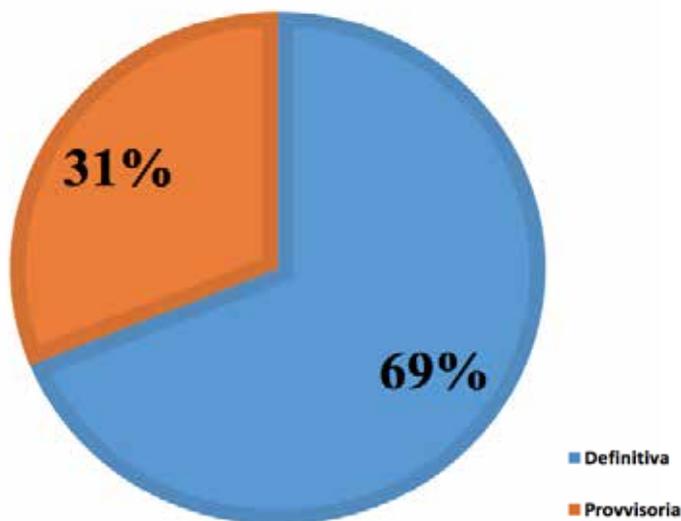


Figura 6 - Tipologia misura di sicurezza delle persone trasitate presso la Rems di Volterra

## Pazienti dimessi

Tra le 62 persone trasitate presso la Rems di Volterra, 34 sono state dimesse e come si evince dalla figura 4, la maggior parte delle persone escono dalla struttura o perché è stata disposta una revoca della misura di sicurezza detentiva con conseguente applicazione di una misura di sicurezza non detentiva della libertà vigilata (16 pazienti) o

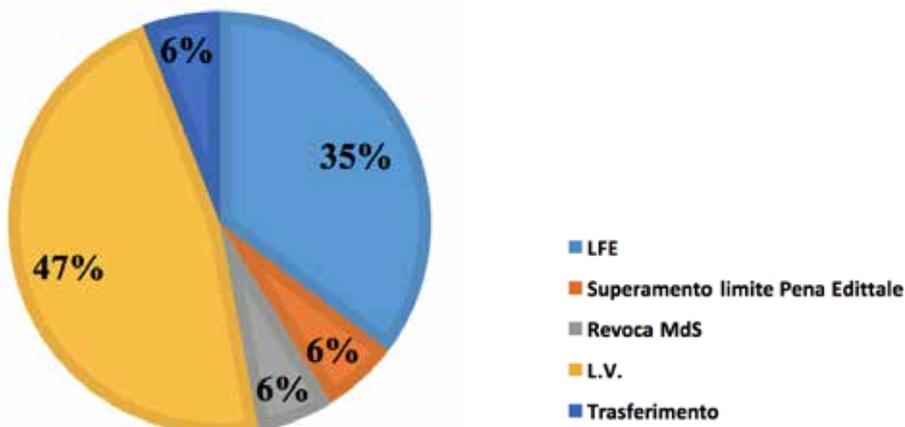


Figura 7 - Motivazione della dimissione delle persone trasitate presso la Rems di Volterra

perché sperimentano la Licenza Finale (12). Negli altri casi si registrano due dimissioni per via del superamento della pena massima edittale, due dimissioni per revoca della misura di sicurezza precedentemente applicata e due casi per trasferimento in altra Rems.

Appare opportuno porre l'attenzione sui percorsi seguiti dalle persone che vengono dimesse in vista della sperimentazione di una licenza finale (LFE). Nella tabella sottostante si mostra quale percorso è stato effettuato, per ognuna delle 12 persone interessate e nello specifico dove sono state inserite:

N°	Struttura
4	Ex Morel 3 - Villa Aeoli
3	SRP Villa Guicciardini di Firenze
1	SRP Rigoccioli di Carmignano (PO)
2	SRP Le Querce di Firenze
1	SRP Casa Cardinale Maffi di Fivizzano (MS)
1	Rientro presso la propria abitazione

Tabella III - Persone in licenza finale di esperimento (LFE) per struttura di accoglienza

In quattro casi la LFE è stata effettuata presso la struttura intermedia di Villa Aeoli (Ex Morel 3), in sette casi presso delle Strutture Residenziali Psichiatriche (SRP) e in un caso vi è stato un rientro presso la propria abitazione.

Per quanto concerne, invece, le persone dimesse per applicazione della misura di sicurezza non detentiva della libertà vigilata (16), si fa presente che sono state inserite presso le seguenti strutture:

N°	Struttura
2	SRP Tiziano di Aulla (MS)
1	Comunità protetta Don Ferraro di Incisa Scapaccino (AT)
1	SRP Casa Cardinale Maffi di Fivizzano (MS)
1	SRP Villa Guicciardini di Firenze
1	CT Villa Graziani di Livorno
1	Serenity House di Montegrimano Terme (PU)
5	Ex Morel 3 / Ora Villa Aeoli
1	Comunità il Poggiolino di Cecina di Larciano (PT)
1	SRT I Prati di Abbadia San Salvatore (SI)
2	SRP Le Querce di Firenze

Tabella IV - Persone dimesse per applicazione della misura di sicurezza non detentiva della libertà vigilata per struttura di accoglienza

## Pazienti per fasce d'età

Le persone transitate in Rems possono essere suddivise in fasce di età. Tra i 35 e i 54 anni si trova ben il 64% delle persone. Ridotto è il numero di pazienti tra i 18 e i 25 anni e tra i 55 e i 64 anni.

Nello specifico 4 (7%) sono i pazienti in età compresa tra i 18 e i 25 anni, 11 (18%) i pazienti di età compresa tra i 26 e i 34 anni, 20 (33%) i pazienti con età compresa tra i 35 e i 44 anni; 19 (31%) i pazienti con età compresa tra i 45 e i 54 anni e, infine, 7 (11%) i pazienti con età compresa tra i 55 e i 64 anni.

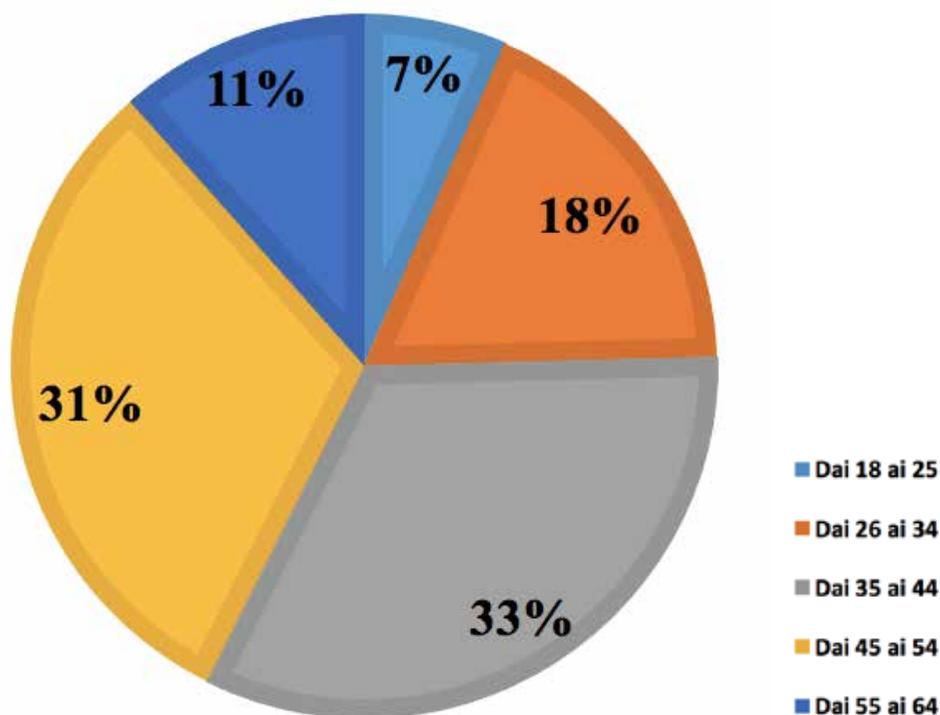


Figura 8 - Fasce di età delle persone transitate presso la Rems di Volterra

## Tipologia di reato dei pazienti

E' stata effettuata una suddivisione anche in merito alla tipologia del reato compiuto dalle persone transitate e/o presenti presso la Rems di Volterra.

La situazione che emerge è la seguente:

su 62 persone, 21 (pari al 34%) hanno commesso un omicidio o un tentato omicidio, 26 (pari al 42%) hanno commesso altri reati contro la persona (es. lesioni, percosse, ingiurie, violenza sessuale, ecc.), 11 persone (pari al 18%) hanno commesso reati contro il patrimonio e infine in 4 (6%) sono stati classificati come "altro" (violazione legge stupefacenti, violazione legge armi, danneggiamento).

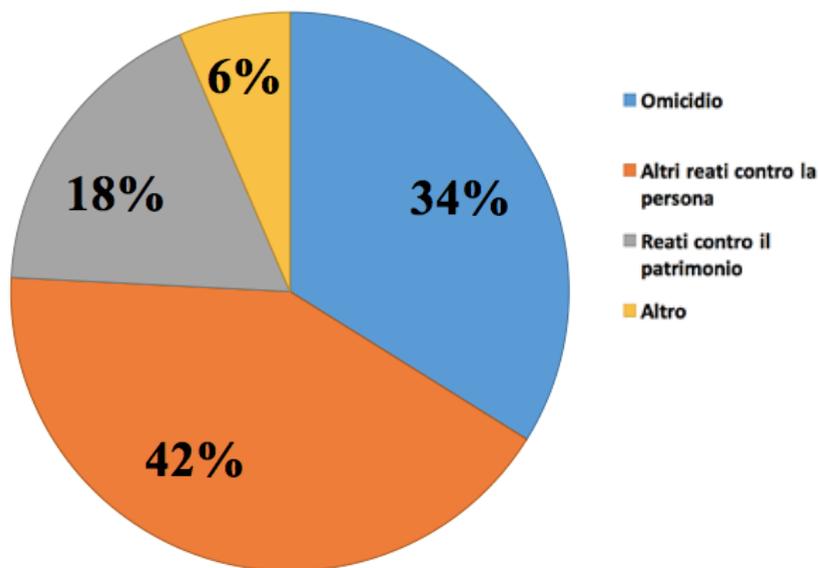


Figura 9 - Tipologia dei reati compiuti dalle persone transitate presso la Rems di Volterra

### Anno d'ingresso dei pazienti

La Rems di Volterra è stata aperta nel dicembre del 2015 e ha subito iniziato ad accogliere pazienti, principalmente arrivati dall'Opg di Montelupo Fiorentino. Il grafico sottostante da una immagine viva sul flusso degli ingressi avvenuti dal 2015 al 2018. In particolare nel 2015 hanno fatto ingresso in Rems 10 persone, nel 2016, 34, nel 2017, 16, e infine, sino a giugno 2018, una persona.

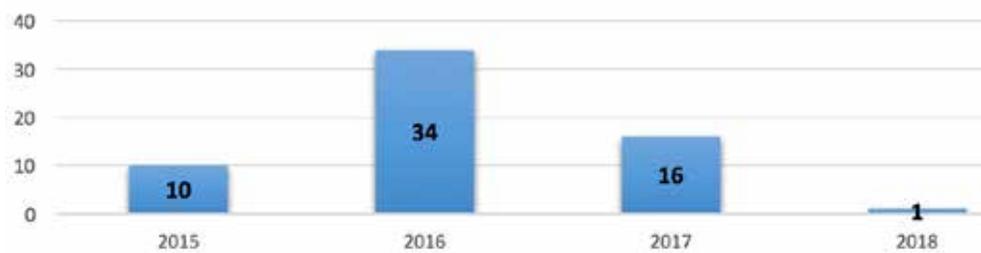


Figura 10 - Anno di accoglienza delle persone transitate presso la Rems di Volterra

## Quadro sulle “liste d’attesa” nella Rems di Volterra

A giugno 2018, secondo i dati riferiteci dal dott. Sbrana, Direttore della Rems di Volterra, le persone che erano in attesa di essere inserite in struttura per l’applicazione di una misura di sicurezza erano nel complesso 21 toscani e 8 umbri. Tra i toscani, 10 con una misura di sicurezza provvisoria e 11 con una misura di sicurezza definitiva. Tra gli umbri 7 con misura di sicurezza provvisoria (tra cui una donna) e su una persona non si avevano informazioni specifiche.

Le donne presenti in Rems sono due, una toscana, con misura di sicurezza definitiva, e una umbra, con misura di sicurezza provvisoria. Nelle tabelle sottostanti si analizzano, per ogni persona e suddividendo tra toscani e umbri e tra uomini e donne, le seguenti informazioni: servizio competente, data invio richiesta alla Rems, Autorità Giudiziaria che ha disposto la Misura di Sicurezza, la tipologia della Misura di Sicurezza, la posizione della persona al momento della richiesta.

Ordine	Servizio competente	Data invio richiesta alla Rems	Autorità Giudiziaria che ha disposto MS	Misura di Sicurezza	Posizione al momento della richiesta di posto
1	AUSL Toscana Centro	Settembre 2017	Magistrato di Sorveglianza di Firenze	Definitiva (anni 1)	Senza fissa dimora
2	AUSL Toscana Sud Est	Ottobre 2017	GIP Arezzo	Provvisoria (anni 3)	C.C. Perugia
3	AUSL Toscana Nord Ovest	Dicembre 2017	Magistrato di Sorveglianza di Pisa	Definitiva	C.C. Pisa.
4	AUSL Toscana Centro	Febbraio 2018	Magistrato di Sorveglianza di Firenze	Definitiva (aggravamento Libertà Vigilata in MS detentiva)	Proposta di Libertà Vigilata per SRP1 Le Querce, rifiuta di andare al Servizio. Domiciliato in propria abitazione. Contatti con Questura
5	AUSL Toscana Nord Ovest	Aprile 2018	Magistrato di Sorveglianza di Pisa	Definitiva	In C.C. Lucca per altro reato
6	AUSL Toscana Nord Ovest	Aprile 2018	Magistrato di Sorveglianza di Pisa	Definitiva (aggravamento Libertà Vigilata in MS detentiva)	Domiciliato in propria abitazione in Libertà Vigilata. Contatti con Questura.
7	AUSL Toscana Centro	Maggio 2018	Magistrato di Sorveglianza di Firenze	Definitiva (aggravamento Libertà Vigilata in MS detentiva)	Domiciliato in propria abitazione in Libertà Vigilata. Rifiuta di andare in SRP1 Le Querce
8	AUSL Toscana Sud Est	Febbraio 2018	Corte d’Appello Firenze	Provvisoria	Domiciliato in propria abitazione. Contatti con Carabinieri

9	AUSL Toscana Nord Ovest	Marzo 2018	Giudice monocratico Livorno	Provvisoria (aggravamento Libertà Vigilata in MS detentiva)	Domiciliato in propria abitazione.
10	AUSL Toscana Sud Est	Marzo 2018	GIP Arezzo	Provvisoria	Arresti domiciliari Casa Famiglia (revocati e applicazione MS detentiva per anni 10)
11	AUSL Toscana Centro	Maggio 2018	GIP Prato	Provvisoria	Ha altra misura di Libertà Vigilata. Domiciliato in propria abitazione. Contatti diretti con Stazione Carabinieri
12	AUSL Toscana Nord Ovest	Maggio 2018	GIP Massa	Provvisoria	Domiciliato in propria abitazione.
13	AUSL Toscana Nord Ovest	Luglio 2017	GIP Lucca	Provvisoria	Domiciliato in propria abitazione.
14	AUSL Toscana Nord Ovest	Ottobre 2017	GIP Massa	Provvisoria	Domiciliato in casa popolare. Ripresi contatti con UFSMA
15	AUSL Toscana Nord Ovest	Dicembre 2017	GIP Livorno	Provvisoria (anni 3)	C.C. (custodia cautelare per altro reato) → SPDC
16	AUSL Toscana Sud Est	Ottobre 2017	Magistrato di Sorveglianza di Ancona	Definitiva	Rems Monte Grimano. In attesa di individuazione SRP1 per conversione in Libertà Vigilata
17	AUSL Toscana Centro	Novembre 2017	Magistrato di Sorveglianza di Pescara	Definitiva	Casa Lavoro
18	AUSL Toscana Centro	Dicembre 2017	No informazioni	Definitiva	Rems Monte Grimano. Non vi sono progetti a breve attuabili da parte del servizio
19	AUSL Toscana Nord Ovest	Novembre 2016	Magistrato di Sorveglianza di Firenze	Definitivo (6 mesi)	No informazioni
20	AUSL Toscana Centro	Maggio 2018	Magistrato di Sorveglianza di Firenze	Definitiva	Era stato in SPDC e poi dimesso con invito a presentarsi al CSM ma si è reso irreperibile
21	AUSL Toscana Centro	Luglio 2016	GIP Prato	Provvisoria	Contatti diretti con Maresciallo Carabinieri. E' irreperibile da parte dei servizi

Tabella V - Rems-D Volterra - Misure temporaneamente ineseguibili per mancanza di posti - TOSCANA

Ordine	Servizio competente	Data invio richiesta alla Rems	Autorità Giudiziaria che ha disposto MS	Misura di Sicurezza	Posizione al momento della richiesta di posto
1	AUSL Umbria	Giugno 2017	GIP Perugia	Provvisoria	Detenuto, dall' 11/12/17 Libertà Vigilata
2	AUSL Umbria	Settembre 2017	GIP Perugia	Provvisoria	Detenuto, dal 21/09/17 in Rems Monte Grimano
3	AUSL Umbria	Novembre 2016	GIP Terni	Provvisoria	Detenuto
4	AUSL Umbria	Febbraio 2018	GIP Perugia	Provvisoria	Arresti domiciliari presso CT C.A.S.T. Onlus
5	AUSL Umbria	Luglio 2016	GIP Terni	Provvisoria	No informazioni
6	AUSL Umbria	Agosto 2016	No informazioni	No informazioni	No informazioni
7	AUSL Umbria	Febbraio 2018	GIP Spoleto	Provvisoria	No informazioni
8	AUSL Umbria	Aprile 2018	GIP Spoleto	Provvisoria	No informazioni

Tabella VI - Rems-D Volterra - Misure temporaneamente ineseguibili per mancanza di posti - UMBRIA

Ordine	Servizio competente	Data invio richiesta alla Rems	Autorità Giudiziaria che ha disposto MS	Misura di Sicurezza	Posizione al momento della richiesta di posto
1	AUSL Toscana Nord Ovest	Dicembre 2017	Magistrato di Sorveglianza Livorno	Definitiva	Domicilio presso propria abitazione
2	AUSL Umbria	Aprile 2018	GIP Firenze	Provvisoria	Detenuta. In precedenza nota ai servizi di salute mentale

Tabella VII - Rems-D Volterra - Misure temporaneamente ineseguibili per mancanza di posti - DONNE

In un caso, infine, vi è stata la rimozione dalla "lista di attesa" di una persona con misura di sicurezza provvisoria poiché suddetta misura è stata trasformata in quella della libertà vigilata presso una struttura del DSM competente.

## Criteri di inserimento presso la Rems di Volterra

Il dott. Sbrana illustra quali sono i criteri per l'inserimento di nuovi pazienti nella Rems-D di Volterra. Spiega innanzitutto che "La Rems-D Volterra è una struttura sanitaria residenziale dell'Azienda USL Toscana Nord Ovest che accoglie con finalità terapeutico-riabilitative pazienti psichiatrici autori di reato per i quali l'Autorità Giudiziaria competente ha disposto la misura di sicurezza detentiva."

In merito alla questione del cosiddetto numero chiuso, il dott. Sbrana fa presente che: "La Rems-D Volterra, in quanto struttura sanitaria, dispone di un numero limitato e predeterminato di posti letto. Vi sono 24 posti per pazienti di sesso maschile prove-

nienti dalla Regione Toscana, 4 posti per pazienti di sesso maschile provenienti dalla Regione Umbria e, infine, 2 posti per pazienti di sesso femminile.”

Proprio in virtù del rispetto del numero chiuso, le richieste di ingresso frequentemente superano la capacità di accoglienza massima della struttura e diventa necessario stilare specifiche *liste d'attesa* per le tre categorie di pazienti sopradescritte.

Il dott. Sbrana riferisce inoltre che vi sono dei criteri, stabiliti dal Responsabile della struttura e dalla Dirigenza Medica, con i quali viene gestito l'avanzamento delle *liste d'attesa* e quindi l'ingresso di nuovi pazienti.

<b>Criterio di provenienza</b>	<b>Tipo di misura di sicurezza</b>	<b>Criterio cronologico</b>
Hanno la precedenza di ingresso i pazienti della <i>lista d'attesa</i> che provengono nell'ordine: 1) dalla libertà o dagli arresti domiciliari o dal carcere; 2) da SPDC; 3) da strutture residenziali psichiatriche intermedie o Case Lavoro o da altre Rems.	A parità di provenienza, ha la precedenza di ingresso il paziente la cui misura di sicurezza è definitiva.	A parità di provenienza e di tipo di misura di sicurezza ha la precedenza di ingresso il paziente la cui richiesta di inserimento in Rems-D è pervenuta cronologicamente prima.

Tabella VIII - Criteri di accesso alla Rems di Volterra

## Le strutture intermedie della Toscana

Tra il primo livello e il terzo, ossia tra la rete ordinaria dei servizi alla persona e il ricovero in Rems, vi è un secondo livello che è rappresentato dalle strutture intermedie.

In dette strutture vengono ospitate persone a cui è stata applicata una misura di sicurezza della libertà vigilata o persone dimesse dalla Rems per l'applicazione di una Licenza Finale di Esperimento. Nel caso in cui, durante il periodo della sperimentazione, non vengano rispettate le prescrizioni o siano effettuati delle trasgressioni, la licenza può essere revocata.

La USL NORD OVEST è dotata di una struttura intermedia, Villa Aeoli, funzionante dal gennaio 2017 e con la possibilità di ospitare complessivamente 12 persone. Villa Aeoli è andata a sostituire la Morel 3 che aveva una capienza di 13 persone e che è stata attiva dal 2015 al 2017.

La USL CENTRO è dotata, invece, di due strutture intermedie, la SRP Le Querce, che dispone di 8 posti letto ed è in funzione dal 2001, e la SRP Villa Guicciardini, che dispone di 10 posti letto e che è funzionante dal 2017.

## Villa Aeoli - Volterra - USL Nord Ovest

Nella tabella riepilogativa sottostante sono riportati gli ingressi/dimissioni-trasferimenti effettuati nel periodo compreso tra il 01/01/2017 e il 31/12/2017 presso la più volte nominata EX MOREL 3 di Volterra, ora chiamata VILLA AEOLI, struttura intermedia.

N.	M	F	Zona Provenienza/Residenza	Ingresso	Dimissione
1	X		VOLTERRA (PI)	07/08/2017	/
2	X		CARRARA (MS)	23/12/2017	/
3	X		LIVORNO	20/11/2017	/
4	X		PISA	31/10/2017	/
5	X		FOLLONICA (GR)	26/06/2017	/
6	X		CARRARA (MS)	13/02/2017	02/11/2017
7	X		PISA	23/01/2017	03/11/2017
8	X		VIAREGGIO (LU)	09/03/2017	/
9	X		TORRE DEL LAGO (LU)	16/05/2017	/
10	X		PISA	30/01/2017	/
11	X		PISA	06/10/2016	07/08/2017
12	X		PRATO	28/11/2016	18/01/2017
13		X	PISA	03/08/2015	31/10/2017
14		X	VOLTERRA (PI)	27/10/2015	08/06/2017

Tabella IX - Ingressi e dimissioni dalla struttura Villa Aeoli - anno 2017

Analizzando nello specifico l'anno 2017, emerge che sono stati effettuati 10 nuovi ingressi e 6 uscite. Nella tabella che segue vengono individuati sedi di provenienza e sedi di trasferimento.

Anno	Ingressi	Sede di Provenienza	Uscite	Sede trasferimento
2017	10	1 SRP1 Tiziano AUSL NO 1 SPDC Pisa 1 SPDC VIAEGGIO 1 SPDC MASSA 5 Rems-D Volterra 1 Domicilio (GR)	6	1 SRP1 Villa Guicciardini AUSL Centro 1 Casa di Cura Villa dei Pini (FI) 1 RSD Le Vele AUSL NO 1 RSD Borgo dei Colori AUSL NO 1 Domicilio (MS) 1 Centro Basaglia (PI)

Tabella X - Ingressi a Villa Aeoli per sede di provenienza e dimissioni da Villa Aeoli per sede di destinazione

## SRP Villa Guicciardini

Nella Struttura Sanitaria Psichiatrica di Villa Guicciardini emerge che complessivamente, tra il 2017 e parte del 2018, hanno fatto ingresso 17 persone, 15 uomini e 2 donne. Tra questi, 7 sono stati dimessi e i pazienti presenti sono 10.

N.		Zona Provenienza/Residenza	Ingresso	Dimissione
1	M	Empoli	16/01/2017	19/08/2017
2	M	Firenze	16/01/2017	27/07/2018
3	M	Firenze	16/01/2017	03/07/2018
4	M	Firenze	14/02/2017	05/12/2017
5	M	San Marcello Pistoiese (PT)	22/03/2017	16/04/2018
6	M	Prato	18/01/2017	04/09/2018
7	M	Sesto Fiorentino (FI)	02/05/2017	/
8	M	San Miniato (PI)	28/03/2017	/
9	M	Campi Bisenzio (FI)	03/05/2018	/
10	M	Vicchio (FI)	09/05/2018	/
11	M	Borgo San Lorenzo (FI)	15/12/2017	/
12	M	Castelfranco di Sotto (PI)	01/08/2018	/
13	F	Bagno a Ripoli (FI)	03/05/2017	20/04/2018
14	F	Firenze	04/07/2018	/
15	M	Figline Valdarno (FI)	21/08/2017	/
16	M	Reggello (FI)	06/03/2017	/
17	M	Firenze	12/09/2018	/

Tabella XI - Ingressi e dimissioni dalla struttura Villa Guicciardini - anni 2017 e parte del 2018

Per ognuna delle 7 persone, nella tabella sottostante, viene indicato da dove provenivano e dove sono stati trasferiti al momento della dimissione.

Anno	Ingressi	Sede di Provenienza	Uscite	Sede trasferimento
2017-18	17	Domicilio 1 SPDC 3 Carcere 4 Rems-D 7 Struttura Comunitaria 2	7	Domicilio 3 Struttura Comunitaria 4

Tabella XII - Ingressi a Villa Guicciardini per sede di provenienza e dimissioni da Villa Guicciardini per sede di destinazione

## SRP Le Querce

Con la tabella sottostante, infine, si fotografa la situazione presente presso la Struttura Sanitaria Psichiatrica Le Querce. Dove dalla data di apertura sono transitate complessivamente 19 persone, 11 delle quali sono stati dimesse. Si indicano data di ingresso, di dimissione. Sede presso la quale la persona si è trasferita

	M	ZONA RESIDENZA	INGRESSO	DIMISSIONE	SEDE TRASFERIMENTO	Denominazione
1	M	Toscana - PO	3-dic-15	25-gen-17	residenza privato sociale	I Vicini di Casa
2	M	Firenze	1-feb-16	9-mag-17	residenza ASL	Passaggio a Nord Ovest
3	M	Firenze	23-giu-16	24-ott-17	residenza ASL	Villa Falcucci
4	M	Firenze	4-lug-16	8-giu-17	residenza privato sociale	Humanitas Camignano
5	M	Firenze	12-lug-16	17-gen-18	residenza privato sociale	Villa Fabiola
6	M	Firenze	6-ott-16	6-dic-17	residenza privato sociale	Ponticelli
7	M	Firenze	14-ott-16	18-ott-17	residenza ASL	CTI La Terrazza
8	M	Firenze	16-dic-16	15-feb-18	residenza privato sociale	Don Mauro Frasi
9	M	Firenze	30-gen-17	28-giu-17	residenza ASL	Casa Famiglia Figline
10	M	Firenze	10-mag-17	1-giu-18	abitazione privata	
11	F	Firenze	1-ago-17			
12	F	Firenze	4-ago-17			
13	M	Firenze	15-nov-17	23-mar-18	SPDC	
14	M	Toscana - EM	21-nov-17			
15	M	Firenze	2-lug-18			
16	M	Toscana - EM	14-mar-18			
17	M	Firenze	9-mag-18			
18	M	Firenze	26-lug-18			
19	M	Firenze	26-lug-18			

Tabella XIII - Ingressi e dimissioni dalla Struttura Le Querce con sede di destinazione - dicembre 2015 - luglio 2018

## Conclusioni

La ricerca svolta sulla Rems di Volterra fa emergere alcuni dati importanti, che ci danno un primo segno di come queste nuove strutture funzionino in modo differente rispetto agli Opg. Il flusso in uscita dalle Rems, rilevato sia come dato generale a livello nazionale, sia come dato specifico riguardo alla Rems di Volterra, mostra che le persone destinatarie di misure di sicurezza, dopo essere state nella Rems per un periodo più o meno lungo, che va da pochi mesi a due anni circa (non si hanno dati su un periodo di tempo più lungo, vista la recente entrata in funzione delle strutture), escono verso

strutture a minore intensità di cura e minore controllo, e poi successivamente verso il proprio domicilio. Il dato è importantissimo perché evidenzia la realizzazione di percorsi di reinserimento nella società degli autori di reato con patologia psichiatrica, che nel mondo dell'Opg non erano nemmeno immaginabili. Elemento essenziale di questo meccanismo virtuoso è certamente il diverso approccio alla malattia mentale, ora considerata curabile e gestibile.

Anche la collocazione delle Rems nell'ambito di un insieme di servizi dedicati alla salute mentale degli autori di reato, che insieme costituiscono un sistema che va a sostituire l'Opg, influisce sull'esito positivo delle permanenze in Rems. In tale sistema di servizi la Rems ha un ruolo di ultima scelta, di *extrema ratio* come dice la legge 81/2014, a cui i pazienti autori di reato sono inviati solo se soluzioni diverse non sono idonee ad assicurare cure adeguate e a far fronte alla pericolosità sociale del soggetto: questo limita gli ingressi a quei casi che veramente non presentano altra modalità di cura e gestione. Ma il sistema dei servizi psichiatrici, soprattutto la presenza e il buon funzionamento di strutture intermedie in cui possono essere inserite le persone destinatarie di misura di sicurezza non detentiva, nella specie la libertà vigilata con prescrizioni terapeutiche, è indispensabile per progettare l'uscita dalla Rems dei soggetti che hanno superato le fasi più gravi delle loro patologie e per intraprendere un graduale reinserimento. I dati presentati nella ricerca mostrano gli inserimenti nelle strutture intermedie e le uscite da queste verso il domicilio privato, o verso soluzioni residenziali a minore intensità di cura, come un flusso continuo che porta i pazienti verso l'esterno e verso la ripresa di una vita sociale "normale".

La popolazione presente nella Rems di Volterra mostra indicazioni interessanti se paragonata a quella presente in Opg. Mentre si possono notare similitudini sulla fasce d'età più rappresentata nella struttura, che corrisponde a quella centrale (la fascia di età più rappresentata in Opg era quella dai 30 ai 59 anni, con una maggiore rilevanza per la fascia di età che va dai 35 ai 39 anni, pari al 25%; la fascia di età più rappresentata in Rems è quella che va dai 35 ai 54 anni, in cui si trova ben il 64% delle persone).

Si nota invece una diversa ripartizione dei reati commessi dalle persone internate in Opg, rispetto a quelle collocate nella Rems: mentre la maggioranza ha in entrambi i casi commesso reati di sangue, omicidi o altri reati contro la persona, la percentuale di questi crimini più gravi, ovvero delitti contro le persone (omicidio, maltrattamenti, lesioni, violenza sessuale, stalking, minacce) era meno elevata sul totale della popolazione internata in Opg (pari al 63%), rispetto a quella ristretta in Rems (76%); ciò significa che il principio dell'*extrema ratio* sta dando i suoi frutti, selezionando in modo effettivo i destinatari della Rems e destinando quelli con crimini meno gravi e situazione psichiatrica più gestibile alle strutture intermedie. Il dato va letto anche tenendo conto che la situazione rilevata in Opg era comunque già in via di modificazione rispetto al suo funzionamento ordinario, essendo già iniziato il processo di superamento che aveva previsto la predisposizione di programmi di uscita: negli anni di pieno regime del manicomio criminale gli internati per reati bagatellari rappresentavano certamente una percentuale più elevata sul numero complessivo delle presenze.



# Il dipartimento salute mentale dopo la chiusura dell'Opg

Franco Scarpa

La USL Toscana Centro nasce dalla confluenza di 4 USL e copre un territorio di 3 province, Firenze, Prato, Pistoia, ed il Circondario dei Comuni dell'Empolese-Valdelsa, per un totale di 1,6 mln di abitanti.

La chiusura dell'Opg, e la messa a regime del sistema di trattamento dei pazienti autori di reato, può al momento basarsi sui seguenti presidi che il Dipartimento Salute Mentale (DSM) ha organizzato secondo il sistema a tre livelli predisposto dalla Regione Toscana.

## Residenza per Esecuzione Misure di Sicurezza. Terzo Livello

Alla data attuale la risposta a tale "bisogno", alimentato dalle sentenze e dalle ordinanze della Magistratura (Tribunale, Giudici Indagini Preliminari, Giudici di Sorveglianza), è garantito dall'unica struttura allestita in regione, la Rems di Volterra, nella quale sono presenti n. 11 pazienti che risultano residenti, o attribuiti, al territorio della USL Centro. In mancanza di posti nella struttura di Volterra, è stato necessario ricorrere ad altre Rems extraregionali dove risulta presente n. 1 paziente della USL Centro. Il ricovero in tale Rems comporta un costo abbastanza elevato a carico del budget del DSM. Da rilevare invece che vi sono almeno 8 pazienti, nei confronti dei quali è stata disposta una misura di sicurezza, i quali, in mancanza di posti a Volterra ed altrove, restano liberi nel territorio o in soluzioni "provvisorie". Essi costituiscono quella che, impropriamente, è definita "lista di attesa" per ingresso Rems. In concreto, secondo altre opinioni o visioni, essa dovrebbe essere considerata un elenco di misure temporaneamente "ineseguibili" per insufficienza di posti.

A tale riguardo diventa sempre più urgente la necessità di allestire una seconda Rems toscana nel territorio della USL Centro, sia per ridurre il numero di persone in attesa di ingresso nella Rems e dare corso alla misura di sicurezza disposta, sia anche per facilitare i contatti tra i Servizi della USL Centro ed i pazienti poiché l'attuale collocazione nella struttura Rems di Volterra rende i contatti più difficili per la notevole distanza che intercorre tra essa ed il territorio della USL Centro.

L'entrata in funzione della seconda Rems, individuata nel territorio del comune di Empoli utilizzando una struttura già esistente nella località Pozzale, previo l'esecuzione di lavori di adattamento, è prevista entro la fine del 2018 o all'inizio del 2019. Tale struttu-

ra accoglierà inizialmente 9 persone. La struttura può successivamente essere ampliata, con la realizzazione di ulteriori lavori di adattamento, e potrà arrivare a 23 posti letto, inclusi 3 per donne.

È assolutamente importante intervenire sollecitamente per ridurre il numero di persone in attesa di posto in Rems, poiché la persistenza in regime di libertà di persone, che sono state dichiarate socialmente pericolose al grado tale da ricevere una misura “de-tentiva” obbligatoria in una struttura di alta protezione come la Rems, è contraddittoria ed impone assunzione di responsabilità, non ben attribuite. Tale situazione deriva, da un lato, dalla insufficiente programmazione centrale dei posti Rems e, dall’altro, dal numero di misure applicate, non governate direttamente dal Servizio Sanitario ma dalla valutazione del grado di pericolosità nel corso del procedimento giudiziario, operazione di competenza del consulente psichiatra forense e del Giudice stesso che applica la misura. Quanto prevede la Legge 81/2014, per cui il Giudice “applica una misura diversa dall’invio in Rems”, non è stato a tutt’ora sufficiente a mantenere basso il numero di invii in Rems e di potenziale rientro in Rems delle persone dimesse. La piena applicazione di quanto prevede la Legge 81/2014, può essere resa effettivamente possibile se tale azione è perseguita, e realizzata, prima della valutazione di pericolosità fatta dal perito, predisponendo pertanto un progetto solido e concretamente in grado di rispondere alle esigenze di cura e consenta al Giudice di valutare il progetto come in grado di “far fronte alla pericolosità sociale”, seppure in maniera attenuata come prevede il regime di libertà vigilata, ossia la misura applicabile. In ogni caso è necessario specificare che occorre evitare di attribuire ai percorsi terapeutici territoriali compiti di garanzia della custodia e di contenimento della pericolosità sociale. In tal senso è cruciale la precoce comunicazione, e collaborazione, che deve stabilirsi tra Consulente nominato dal Giudice e Servizi territoriali per definire in concreto la possibilità di individuare una struttura diversa dalla Rems dove attuare un percorso adeguato alle caratteristiche della persona e, in ultima analisi, consentire al Giudice di applicare una “misura diversa da...” invio in Rems:

Non appare inutile dire come i Servizi di Salute Mentale sono deputati a erogare cure e riabilitazione e non possono assumere compiti di custodia e controllo, come la natura giuridico-penale della misura di sicurezza prevede. La Rems stessa esegue programmi di cura e riabilitazione e la funzione di contenimento sicurezza è esercitata nel controllo perimetrale, dove necessario, a carico degli organi dell’Ordine pubblico.

## **Le strutture intermedie. Secondo livello**

In tal strutture si ospitano persone cui è stata applicata una misura di sicurezza di libertà vigilata o persone temporaneamente dimesse dalla Rems con una Licenza Finale Esperimento. La temporaneità è dovuta al fatto che tale licenza è revocabile in casi di trasgressioni o mancato rispetto delle prescrizioni. Le due strutture di cui è dotata la USL Centro sono:

*la Residenza Le Querce con 8 posti letto, costituita ed entrata in funzione fin dal 2001;*

*la Residenza Villa Guicciardini, con 10 posti letto, costituita ed entrata in funzione nel 2017.*

Ambedue le strutture, gestite da Cooperative del Terzo Settore, sono dotate di per-

sonale proprio per la realizzazione dei percorsi terapeutici ma coordinate da idonea articolazione del Dipartimento di Salute Mentale che cura il raccordo con il territorio e la continuità del progetto terapeutico, prima, durante e dopo la permanenza in esse. I 18 posti letto delle due strutture sono occupati in maniera quasi ininterrotta, fatto salvo brevi periodi determinati dalla differente tempistica tra dimissione, per transito ad altre strutture del territorio, ed ammissione subordinata ai provvedimenti del Magistrato competente. Le due strutture al momento si differenziano per il tempo massimo di permanenza (12 mesi per Le Querce e 18 per Villa Guicciardini) ma, nel corso del tempo, la tempistica di permanenza tende sempre più ad essere strutturata sul progetto terapeutico individuale, fermo restando il termine di 18 mesi, estendibile di 6 mesi massimo, determinato dai criteri regionali di accreditamento.

Le due strutture offrono percorsi terapeutico riabilitativi, a valle del periodo trascorso in Rems o in alternativa all'invio in essa, basati su attività individuali e di gruppo, cura di sé e dei propri interessi. Adesione al piano terapeutico. Tali percorsi individualizzati consentono, un assessment mirato sulle competenze e capacità personali, il recupero delle relazioni socio-familiari, e dei rapporti con i Servizi territoriali, la costruzione di un passaggio ulteriore verso una soluzione abitativa residenziale o assistita e, dove possibile, anche basata sull'autonoma collocazione abitativa e/o lavorativa.

## **Strutture della Rete territoriale dei Servizi di Salute Mentale**

Dopo la Riforma che ha portato alla chiusura dell'Opg di Montelupo, il numero di percorsi territoriali attivati utilizzando la Legge 81/2014 è notevolmente aumentato. L'impegno dei Servizi nell'assumere in cura, ed in carico, i pazienti autori di reato, favorendo i percorsi di uscita dall'Opg e dalla Rems e, soprattutto, evitando l'invio in Rems, è cresciuto notevolmente. La creazione della Struttura Organizzativa Complessa "Riabilitazione dei pazienti psichiatrici autori di reato" (RiPAR) all'interno del DSM, specificamente deputata a supportare i Servizi territoriali nei contatti con la Magistratura, i Servizi Sociali di Esecuzione Penale Esterna del Ministero della Giustizia e con gli Istituti Penitenziari ha reso possibile intervenire in molti casi evitando invii nelle Rems. La medesima struttura collabora per monitorare i percorsi attivati nella filiera delle strutture ed intervenire utilizzando i posti delle strutture intermedie, intercettando in maniera preventiva i detenuti, affetti da patologia mentale, pazienti presenti in Carcere fin nella fase di valutazione peritale allo scopo di individuare le soluzioni più adeguate.

Allo stato attuale oltre 30 pazienti sono inseriti nelle strutture territoriali dei DSM, o in regime domiciliare, fruendo del regime di misura di sicurezza non detentiva di libertà vigilata. La maggior parte di essi è in Comunità Terapeutiche, Strutture Residenziali con vario livello di intensità di cura. Vi sono anche casi di inserimento in autonomia in alloggi supportati, in famiglia o in autonomia. Ciò dimostra come i Servizi territoriali stanno facendo la loro parte nel mettere a disposizione risorse e strutture in grado di sostenere progetti terapeutici extraistituzionali che possono evitare il ricorso alla misura detentiva in Rems. Le risorse a disposizione non sono elevate ed il continuo rimaneggiamento del personale e delle strutture organizzative del DSM mette a grave rischio la sostenibilità di tali progetti che richiedono intensità maggiore, monitoraggio continuo

e relazioni frequenti con altri organi come le Forze dell'Ordine e il sistema giudiziario. Nel complesso, nei tre livelli testé descritti, nella sola USL Centro, oltre 55 utenti risultano in misura di sicurezza: tale dato è comunque parziale, suscettibile di aumento in base ai flussi di ingresso nelle misure di sicurezza che appare in notevole crescita. Il tasso di prevalenza delle misure di sicurezza di Rems è di 1,5/100.000 (appare inferiore a quello nazionale relativo al 2015 pari a 1,7); quello relativo al complesso delle misure di sicurezza è di 3,43/100.000 (non vi sono dati nazionali a comparazione). Da notare che il numero delle persone in Opg in tutta la Regione Toscana non superava le 60 unità e i casi trattati sul territorio erano pochi.

Il loro trattamento rappresenta un carico di lavoro, ed un costo, elevato e specifico poiché le sole Rems e strutture di sicurezza hanno un costo che supera i 300,00 € al giorno.

La libertà vigilata applicata dai Giudici delle Indagini Preliminari spesso prevede, quasi esclusivamente, l'obbligo di residenza in una struttura, ed il rispetto del programma terapeutico, ma lascia ampi margini di libertà di adesione da parte del paziente. In effetti, fatto salvo l'obbligo di fissare dimora nella struttura e di non uscire negli orari notturni, la persona deve aderire volontariamente al percorso di cura: laddove il domicilio è fissato presso una struttura terapeutica, il programma dovrà prevedere momenti di uscita e di realizzazione di percorsi di trattamento esterni alla struttura. Non appare risolta la questione di cosa accada, e con quali modalità, nel momento di un mancato rispetto delle prescrizioni da parte della persona, cioè se si debba prevedere obbligatoriamente l'inasprimento della misura di sicurezza e l'invio in Rems.

Si sono già verificati casi di "allontanamenti" di pazienti dalla struttura individuata per la realizzazione del percorso terapeutico e dove essi erano stati collocati con la misura della libertà vigilata. Pur segnalando tali comportamenti alle Forze dell'Ordine, ed al Magistrato di competenza, nessuna misura in tempi brevi può essere adottata e la stessa misura di aggravamento possibile prevede l'invio in Rems con la misura detentiva, misura che non sarà eseguibile in tempi brevi e provvederà solo ad alimentare ulteriormente l'elenco delle misure non eseguibili, o "lista di attesa".

Il turnover della Rems funziona in maniera egregia ma la domanda di applicazione di misure di sicurezza, anche di invio in Rems, è sensibilmente cresciuta in questa prima fase di applicazione.

I tempi di permanenza all'interno del sistema si allungano notevolmente: è una sorpresa scoprire come vi siano casi di pazienti dimessi anni fa dall'Opg che si trovano ancora in una misura di sicurezza. Raramente si osserva che tali prolungamenti di misura sono scaturiti da reati commessi mentre, sempre con maggiore frequenza, il mantenimento di tale misura è determinato da fattori di trasgressione alle regole, di mancata "compliance" alla terapia, di allontanamento dalla struttura individuata.

Il rapporto con i Consulenti Tecnici (CTU) e il sistema Giudiziario presenta aspetti che spesso determinano difformità di interpretazione e di opinione. La diagnosi, sia psichiatrica che forense, che sostiene la valutazione della imputabilità, rappresenta l'attributo che fa "transitare-slittare" la persona autore di reato dal sistema sanzionatorio della pena detentiva a quello della misura di sicurezza e, di conseguenza sanitario, eseguite nelle strutture Rems o territoriali. La formulazione della diagnosi psichiatrica del Con-

sulente, la valutazione della capacità di intendere e volere, che determina la imputabilità della persona, la valutazione della pericolosità sociale, tutti compiti affidati da parte del Giudice al CTU, in alcuni casi non collimano con le valutazioni ed opinioni dei Servizi che hanno in cura la persona. Poiché dalla valutazione del perito scaturisce la inevitabile delega che ricade sul Servizio, è indispensabile che i Servizi stessi siano coinvolti direttamente nelle più precoci fasi del procedimento.

Una citazione particolare deve essere fatta al problema degli stranieri, per gran parte privi di permesso di soggiorno, irregolarmente immigrati e senza alcun riferimento familiare o sociale sul territorio. La USL Centro copre un territorio dove sono presenti due grandi città, Firenze e Prato, con una notevole quota di stranieri, spesso immigrati. Solo nel corso del 2017 si sono verificati 12 casi di persone di altra nazionalità, gran parte privi di permesso di permanenza, cui è stata applicata misura di sicurezza. La gestione del futuro di tali persone, diventa problematica per la mancanza di pregressi contatti con i Servizi del territorio, di validi legami familiari, di documenti personali.

Una citazione a parte, ma strettamente collegata alle misure di sicurezza, spetta al Carcere. La presenza di un numero elevato di persone detenute, con problemi psichici, di varia gravità e consistenza, richiede una costante presenza dei Servizi di Salute Mentale. Dagli Istituti penitenziari proviene una buona parte (almeno un terzo) delle persone che entrano nel sistema di trattamento dei pazienti in misura di sicurezza e la stragrande maggioranza di tali persone è rappresentata dagli stranieri immigrati.

La necessità di dare adeguate cure a tali persone non potrà che prevedere anche in risposta sul piano assistenziale, abitativo e lavorativo. Dovranno essere attivate idonee soluzioni e la ricerca di legami familiari o sociali validi, sul territorio di origine o altrove, per poter effettivamente includere tali persone, spesso giovani, con abuso di sostanze, isolati nel nostro territorio ma spesso con legami familiari presenti in altri Paesi.

Complessivamente il sistema sta funzionando poiché, detto da chi ci ha lavorato con poche risorse e l'obbligo di fornire comunque una risposta, la Rems di Volterra sta comunque assicurando un intervento terapeutico mirato alle esigenze delle persone ed in un ambiente che in ogni caso è sanitario, non custodiale, e orientato alla cura e riabilitazione. Se ne valutano, e verificano, gli esiti dei trattamenti attuati allorché si attua un passaggio alle strutture intermedie. Le strutture intermedie sono costantemente impegnate a tempo pieno e posti letto sostanzialmente sempre occupati al massimo. Il territorio, come mostrano i numeri elencati, ha fornito risposte adeguate accogliendo, dove possibile e nelle strutture disponibili, un numero sempre più crescente di persone in libertà vigilata. Restano sicuramente molti problemi ancora da risolvere e prassi e procedure da mettere a punto.

Le riforme "epocali", e la chiusura degli Opg lo è stata certamente, non si concludono in un tempo ristretto, dopo i provvedimenti attuati, ma richiedono un tempo adeguato, (certamente non un "epoca"), attenzione e lavoro costante, per apportare le necessarie modifiche, collegate inevitabilmente ad un rimodellamento di norme e prassi che, se avevano un valore ed u efficacia nel sistema pregresso, devono essere riformulate in ragione delle novità apportata. La chiusura degli Opg, doverosamente perseguita da tempo ed infine attuata, comporta la costruzione di un sistema che dia una risposta effettivamente de-istituzionalizzante al trattamento "senza mura" delle persone, por-

tatrici di malattia mentale cui è applicata una misura di sicurezza, sistema cui devono partecipare tutte le componenti sociali.

L'impressione che tale compito sia stato ribaltato solo sulla Salute Mentale e tale tendenza, se persiste, non può che portare ad un rischio di crollo e di fallimento laddove si raggiungono "limiti" oltre i quali occorre definire l'attribuzione della competenza ad agire, in collaborazione e cooperazione, ad altri interlocutori più adatti e competenti rispetto ai bisogni di controllo, di valutazione, di intervento.



Copertina del volume *Pazzi di libertà. Il Teatro dei Chille a 40 anni dalla Legge Basaglia* (2018). Il volume risponde con una riflessione sulla residenza teatrale a San Salvi, l'ex-città manicomio di Firenze, a 40 anni dalla legge Basaglia.



# Architettura, cura e sicurezza nel concorso di progettazione della Rems di Volterra

Giancarlo Paba

Ho partecipato come commissario al concorso per la progettazione della Nuova Residenza per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza (Rems) della Toscana, la cui realizzazione è prevista nel comune di Volterra, nella località di Borgo San Lazzerò, all'interno dell'attuale presidio ospedaliero. Credo di essere stato scelto come componente della commissione giudicatrice per due ragioni: sono un architetto e un urbanista – e questa è la prima ragione – e sono presidente della Fondazione Giovanni Michelucci di Fiesole, un'istituzione di studio e di ricerca-azione che da decenni si occupa di quelle che il grande architetto chiamava "istituzioni della sofferenza": carceri, manicomi, ospedali e in generale le strutture a carattere concentrazionario.

Michelucci aveva una visione molto radicale sul significato di queste strutture, e in realtà su tutte le architetture sociali. Le avrebbe aperte tutte, quelle architetture, le avrebbe spalancate, liberate dei muri che le recingono, contaminandole invece con la città e con i luoghi della vita collettiva: "se dipendesse da me, vorrei togliere ogni diaframma all'interno della città: aprire gli ospedali, le carceri e perfino i cimiteri. Instaurando rapporti nuovi, bisognerebbe abbattere o ridurre al minimo quelle muraglie che dividono la vita di coloro che sono 'dentro' da coloro che sono 'fuori'. Ogni edificio dovrebbe prolungarsi nella città e la città dovrebbe abbracciare l'edificio". E in un altro luogo scrive ancora: "I matti vagano spesso in città, sollecitando l'indifferenza dei passanti e soprattutto dimostrando, sulla loro pelle, che la città contemporanea offre spazi per la vita collettiva, ma nessuno per il delirio individuale". E con una sua tipica azione di ribaltamento concettuale e operativo, scrive infine Michelucci: "spero che i carcerati, gli emarginati, tutti coloro che in vario modo sentono oggi il disagio del vivere urbano, diventino un giorno i cittadini ideali della nuova città".

Michelucci non ha mai voluto progettare un carcere, proprio per queste ragioni, e forse si sarebbe anche rifiutato di progettare una Rems, per le stesse motivazioni, o forse no, forse avrebbe trovato una soluzione rivoluzionaria, libera e aperta – non possiamo saperlo. Per questo mi sono accostato al lavoro da svolgere in questo concorso con molta curiosità, e anche con qualche esitazione, sapendo che le Rems sono (o possono) costituire uno straordinario avanzamento nel trattamento di un tipo molto particolare di "disagio del vivere urbano" rispetto ai manicomi giudiziari del passato, ma che si tratta comunque di strutture in un certo senso ibride, relativamente aperte e tuttavia controllate, alla fine comunque chiuse, insieme separate e legate al resto della città.

Tornerò su alcuni di questi dilemmi e su come la progettazione, la realizzazione e la gestione di una Rems siano una sorta di slalom tra esigenze opposte di difficile conciliazione, nel punto finale di questo scritto. Nel punto seguente ricostruirò brevemente le finalità, lo svolgimento e l'esito del concorso di progettazione. Utilizzerò per questa rapida sintesi i materiali elaborati per lo svolgimento del concorso, in particolare il *Documento preliminare alla progettazione*, il *Disciplinare del concorso di progettazione*, la *Relazione sanitaria* e naturalmente i miei appunti e i ricordi sulle discussioni che hanno cadenzato il lavoro svolto dalla commissione giudicatrice.

## Il concorso di progettazione: criteri e processo di valutazione

Con la Deliberazione della Giunta regionale n. 715, del 26 agosto 2013 è cominciato il lungo e difficile percorso di superamento dell'ospedale psichiatrico giudiziario nella Regione Toscana, con l'obiettivo di garantire la presa in carico dei pazienti presenti nel territorio regionale nel presente e nel futuro.

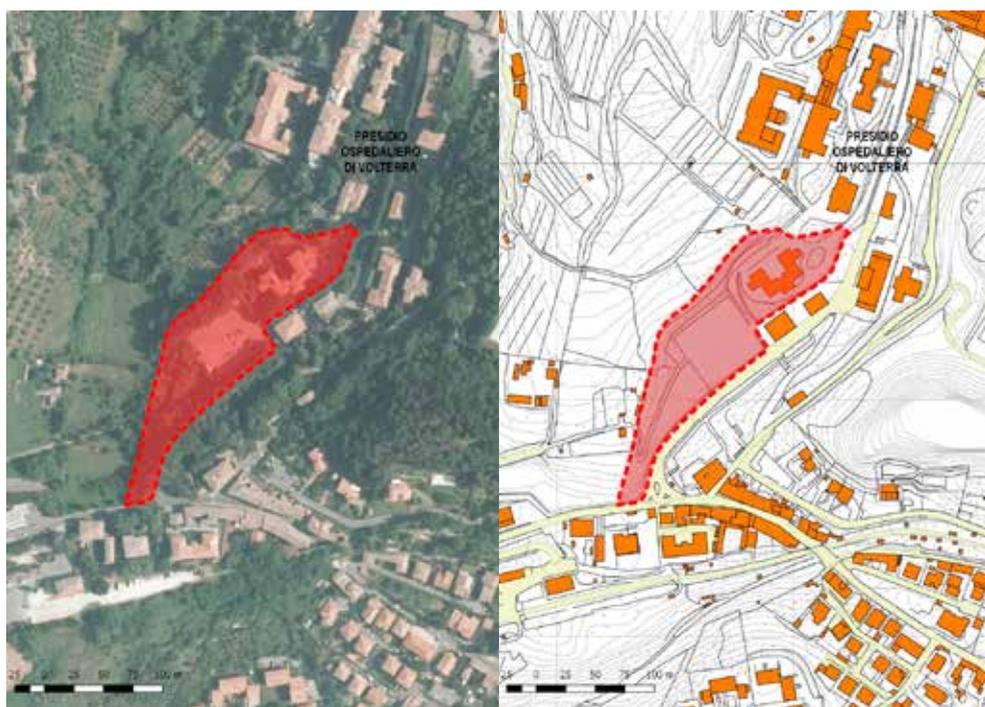
Il processo si è svolto in due fasi: una prima fase di ricollocazione dei pazienti provenienti dall'ex Ospedale Psichiatrico Giudiziario di Montelupo Fiorentino in strutture residenziali e curative temporanee e una seconda fase avente l'obiettivo di fissare l'assetto definitivo delle strutture residenziali e sanitarie destinate ai pazienti psichiatrici autori di reato, consistenti in una Residenza per l'esecuzione delle misure di sicurezza (Rems) per complessivi 40 posti letto articolati in 2 distinti moduli, completata con gli spazi destinati al percorso riabilitativo.

Gli interventi per la realizzazione della Rems sono collocati all'interno dell'area ospedaliera di San Lazzero nel comune di Volterra. Nel complesso sanitario di proprietà della USL Toscana nord ovest, è stata individuata un'area della superficie complessiva di circa 14.380 mq., attualmente utilizzata in parte a parcheggio e in parte occupata dall'ex padiglione denominato "Livi", destinato alla demolizione.

L'area del Borgo di San Lazzero, contenente l'attuale presidio ospedaliero di Volterra, venne profondamente trasformata, a partire dal 1888, quando vengono alcuni pazienti provenienti dal Manicomio di Siena. Nei decenni successivi l'originaria "sezione de-menti" è diventata una complessa e articolata struttura manicomiale, attraverso l'uso



Foto d'epoca. L'area ospedaliera di San Lazzero nel comune di Volterra



L'area di Borgo San Lazzero interessata dalla realizzazione della nuova Rems di Volterra

di tutte le strutture ex conventuali esistenti e la costruzione di nuovi padiglioni. Si è formato un vero e proprio villaggio manicomiale, di grandi proporzioni e di grande importanza storica e culturale per la città e per la vita stessa delle persone con disagio mentale (una storia che non è possibile qui ricostruire; si rinvia agli altri contributi in questo volume e alla ricostruzione contenuta nel libro di Vinzia Fiorino, *Le officine della follia. Il frenocomio di Volterra 1888-1978*, ETS, Pisa, 2011).

Il superamento dell'istituzione manicomiale, a seguito dell'entrata in vigore della Legge 180 del 1978, ha cambiato il destino della struttura manicomiale e della stessa città di Volterra, sia da un punto di vista sociale che economico (la struttura contava infatti circa 1000 dipendenti negli anni '60) e ha posto il problema del riuso di un patrimonio edilizio di grande valore di proprietà pubblica. A partire dalla fine degli anni settanta l'area si è trasformata in un presidio ospedaliero complesso e articolato, gestito dall'Azienda USL Toscana nord ovest, proprietaria della quasi totalità delle aree e degli immobili. Nel Borgo di San Lazzero è prevista appunto la realizzazione della nuova Rems regionale toscana e la selezione del progetto della nuova struttura è avvenuta attraverso un bando di concorso, con procedura aperta, indetto dall'Azienda USL Toscana Nord Ovest. Il costo totale previsto potrà arrivare fino a 8.350.000 euro. Il concorso di progettazione si è svolto attraverso una procedura aperta in forma anonima articolata in due gradi.

Il primo grado ha avuto per oggetto la formulazione di idee progettuali intorno alle migliori soluzioni architettoniche e strutturali e al miglior inserimento paesaggistico dell'opera nel contesto territoriale. Le migliori proposte progettuali, fino a un massimo

di dieci, potevano essere ammesse al secondo grado del concorso. Il secondo grado, per i soggetti ammessi, ha avuto per oggetto la predisposizione di un progetto completo di fattibilità tecnica, come sviluppo dell'idea progettuale presentata per la prima fase. La commissione di concorso era composta di cinque membri in grado di assicurare competenze differenziate (appalti pubblici; organizzazione dei servizi sanitari, architettura e urbanistica; ingegneria delle strutture e degli impianti; sicurezza).

I criteri di valutazione dei progetti sono articolati nelle seguenti quattro categorie: a) qualità architettonica, strutturale ed innovazione tecnologica; b) inserimento paesaggistico dei nuovi manufatti; c) grado di soddisfacimento dei requisiti e rispondenza alle indicazioni progettuali contenuti nel "Documento preliminare alla progettazione"; d) attendibilità dei costi di costruzione previsti. La selezione dei progetti nel primo grado del concorso è avvenuta attraverso una valutazione limitata ai soli primi due criteri (qualità architettonica e inserimento paesaggistico), mentre la valutazione finale dei progetti ammessi al secondo grado di giudizio è avvenuta attraverso l'applicazione di tutti e quattro i criteri indicati.

I progetti, sia nella prima che nella seconda fase, dovevano obbedire alle indicazioni del *Documento preliminare alla progettazione*, un documento preciso e articolato che costituiva una vera e propria guida per l'elaborazione delle proposte progettuali. Di questo documento riporto qui di seguito alcuni degli aspetti più importanti.

L'intervento si concretizzerà e si completerà con un complessivo ridisegno urbanistico della porzione dell'area ospedaliera destinata allo scopo. Dovrà essere individuata e progettata anche una nuova area di parcheggio che sia in grado di ricevere, se necessario attraverso una costruzione multipiano, circa 200 posti auto, sostituendo l'esistente parcheggio e raddoppiandone la capacità. Un intervento di ristrutturazione urbanistica, quindi, volto a riutilizzare e ricollocare i volumi esistenti, utilizzare eventualmente le ulteriori disponibilità messe a disposizione dallo strumento urbanistico ed a rigenerare e riqualificare sia l'area oggetto dell'intervento che, in generale, la via di accesso al Presidio di San Lazzero fino allo snodo di collegamento con gli edifici utilizzati con finalità eminentemente sanitarie.

[...] Nelle valutazioni progettuali assumeranno importanza strategica gli aspetti legati alla sostenibilità generale dell'impianto con particolare riferimento all'impatto ambientale, all'uso del territorio ed in generale alla fattibilità complessiva dell'intervento con particolare interesse alla celerità e facilità di realizzazione ed agli aspetti gestionali di esercizio.

La qualità del progetto dovrà essere curata tenendo presente, sino dalle fasi preliminari, la pluralità degli aspetti legati sia alla gestione del processo assistenziale sia al valore dei "contenitori" sotto il profilo dell'uso dei materiali, delle caratteristiche degli impianti, dell'inserimento ambientale, del colore, della segnaletica, del comfort interno ed esterno.

Al fine di concorrere alla finalità del "costruire sostenibile" il progetto dovrà affrontare l'insieme di alcuni requisiti riguardanti la tutela dell'ambiente e il risparmio energetico, la tutela della salute e il benessere interno riassunti nel seguente schema di azioni e obiettivi:

- attuare un'adeguata integrazione architettonica e tipologica dell'edificio con il contesto;
- utilizzare materiali bio-eco-compatibili, a basso consumo di energia in fase di produzione, di manutenzione, di dismissione preferibilmente prodotti in zona con materie prime rinnovabili, di origine naturale e che siano recuperabili e riciclabili;
- tendere ad un'elevata durabilità ed una facile manutenibilità dei materiali, dei componenti e dei sistemi tecnologici;
- ottimizzare il consumo energetico in relazione al contesto climatico e geomorfologico con particolare riguardo all'uso di energie rinnovabili, captazione solare ottimale e superfici vetrate adeguate all'esposizione;
- ottimizzare l'uso della risorsa acqua nell'intero ciclo di utilizzo;
- utilizzare il verde di pertinenza degli edifici come fattore di regolazione microclimatica, di filtro contro l'inquinamento e di riqualificazione ambientale;
- prevedere ridotta veicolabilità all'interno dell'area con appropriata collocazione del sistema dei parcheggi;
- preferire percorsi pedonali di accesso all'area, fatte salve le esigenze di specifici profili di utenza, facilità di raggiungimento dei mezzi di trasporto pubblico;
- associare le regole della bio-edilizia a quelle della permeabilità degli spazi e dei terreni, a quelle della funzionalità e dell'universal design (abbattimento delle barriere architettoniche), a quelle del comfort e della sicurezza;
- tendere alla massima autosufficienza energetica dell'area anche limitando l'uso dei sistemi tradizionali di urbanizzazione a favore di soluzioni con diffuso utilizzo di sistemi costruttivi modulari prefabbricati, industrializzati o comunque facilmente assemblabili;
- prevedere e consentire un sistema costruttivo che garantisca alta flessibilità e pluralità di destinazioni d'uso;
- utilizzare materiali, componenti e sistemi tecnologici che non rilascino sostanze ed emissioni inquinanti, che non generino emissioni radioattive e che non modifichino il campo magnetico naturale;
- realizzare impianti elettrici e d'illuminazione interna con sistemi che contengano e riducano il rischio di esposizione ai campi elettromagnetici, in particolare nei locali di maggiore permanenza;
- tendere, in via generale, al benessere psicofisico degli abitanti, anche attraverso la ricerca del comfort microclimatico interno favorendo il benessere igrotermico;
- elaborare un programma delle realizzazioni e delle lavorazioni tenendo presente la necessità di mantenere l'attuale livello prestazionale di erogazione dei servizi, dal punto di vista quantitativo, qualitativo e della sicurezza, da parte dei soggetti operanti nell'area ospedaliera.

[dal *Documento preliminare alla progettazione*, II7-II9]

Per ciò che riguarda gli aspetti funzionali e organizzativi, la progettazione e la realizzazione delle nuove costruzioni dovranno essere ispirate dai seguenti criteri:

- ricerca di una tipologia edilizia adatta alla applicazione del modello organizzativo basato sulla articolazione in aree funzionali omogenee con un assetto distributivo utile ad assicurare razionali rapporti tra le aree;

- impostazione semplice del sistema degli accessi, dei collegamenti e dei percorsi, con chiara e netta distinzione dei percorsi dei pazienti ricoverati, del personale sanitario, dei pazienti ambulatoriali e dei visitatori, anche finalizzata al raggiungimento dei prescritti requisiti di sicurezza e vigilanza;
- valutazione delle economie di gestione attraverso soluzioni strutturali atte a consentire la migliore utilizzazione del personale, degli strumenti, delle apparecchiature e degli spazi;
- ricerca di elementi di flessibilità spaziale e funzionale della struttura, per assicurarne il tempestivo e continuo adeguamento ai rapidi progressi scientifici e tecnici e alla evoluzione dei bisogni sanitari.

[Dal Documento *preliminare alla progettazione*, III7]

Il documento preliminare contiene infine ulteriori indicazioni precise e dettagliate che hanno orientato il lavoro dei progettisti. Segnalo in particolare qui di seguito le indicazioni riguardanti i temi centrali dell'organizzazione degli spazi esterni e della sicurezza:

Spazi esterni. La Residenza sarà completata con un attento studio sulle aree esterne che preveda camminamenti, aree verdi, orti da gestire, aree ed attrezzature polifunzionali per l'attività sportiva, etc. La Rems è una struttura che, per attuare un progetto di cura e di riabilitazione, deve avere uno scambio intenso con l'esterno. È indispensabile che la comunità locale percepisca la struttura come un laboratorio che comporta una osmosi tra pazienti e cittadini.

Sicurezza della struttura. Il fattore della sicurezza assume particolare importanza per la tipologia dei residenti, degli operatori e degli eventuali visitatori; l'intera progettazione e realizzazione delle strutture dovrà porre quindi particolare riguardo a tale problema. La Rems disporrà di adeguati sistemi di sicurezza per il controllo degli accessi e della mobilità all'interno delle strutture, come pure saranno impiegati sistemi di allarme e di telecontrollo secondo le indicazioni dei competenti organi di polizia e nel rispetto delle caratteristiche sanitarie e dell'intensità assistenziale.

Il lotto, all'interno del quale sorgeranno i fabbricati, dovrà essere delimitato da recinzione perimetrale di idonea altezza, non di tipo carcerario e dotata di servizio di video sorveglianza. L'accesso avverrà tramite cancello carrabile e pedonale anch'essi video sorvegliati.

Le aree verdi di pertinenza delle aree abitative dei distinti moduli dovranno essere progettate in modo da impedire l'evasione dalla struttura con idonee recinzioni dotate di allarme perimetrale ovvero mediante la conformazione architettonica stessa dei corpi di fabbrica (ad esempio: aree verdi poste in corti interne ai fabbricati). Ad eccezione della zona perimetrale, non sono da prevedere piantumazioni per mantenere una capacità di controllo e sorveglianza massima.

[Dal Documento *preliminare alla progettazione*, III3]

## Selezione dei progetti premiati: i dilemmi (non solo spaziali) tra cura, autonomia e sicurezza

Il concorso di progettazione si è svolto in due fasi: una prima fase di selezione di un'idea architettonica e una seconda fase di valutazione e di selezione di un progetto preliminare completo e articolato alla quale sono state ammessi i gruppi di progettazione che hanno superato la prima fase.

Il clima di lavoro è stato costruttivo e positivo. La diversità delle competenze e l'atteggiamento collaborativo dei componenti della commissione giudicatrice hanno consentito un'analisi dettagliata di tutti i progetti presentati, valorizzando, e nello stesso tempo incrociando, le diverse conoscenze professionali rappresentate. Le decisioni sono state il risultato del rigoroso meccanismo di valutazione previsto dal bando nell'attribuzione dei punteggi relativi ai diversi criteri di giudizio. I giudizi, sia nella prima che nella seconda fase, sono stati tuttavia condivisi ed è quindi possibile dire che l'esito del concorso ha riflettuto una valutazione convergente dei commissari. I tre progetti premiati e il progetto vincitore sono stati effettivamente quelli che hanno registrato l'apprezzamento di tutta la commissione.

Alla prima fase del concorso hanno partecipato sette gruppi di progettazione. Le idee progettuali di massima sono state valutate, seguendo le indicazioni previste dal bando, sulla base dei due primi criteri di valutazione (qualità architettonica, strutturale e innovazione tecnologica; inserimento paesaggistico dei nuovi manufatti). Due progetti sono stati giudicati insufficienti dalla commissione e soltanto i restanti cinque gruppi sono stati ammessi alla seconda fase del concorso. Nella seconda fase la commissione ha valutato i cinque progetti presentati sulla base dei quattro criteri di giudizio (ai due precedenti criteri si sono aggiunti quello relativo al grado di soddisfacimento dei requisiti e alla rispondenza alle indicazioni progettuali contenute nel "Documento preliminare alla progettazione" e quello dell'attendibilità dei costi di costruzione previsti).

In queste righe finali desidero soffermarmi su alcune specificità del processo di valutazione, sui dilemmi intrinseci di questo particolare tipo di progettazione, su alcune caratteristiche della terna finale dei progetti premiati e in particolare del progetto vincitore. Valutare i progetti non è stato facile. I tre progetti premiati al secondo grado (e in parte anche gli altri due progetti), sono di grande qualità, rispondono in modo soddisfacente ai requisiti richiesti dal bando, sono funzionali dal punto di vista tecnico e sanitario, sono adeguatamente inseriti nel contesto, garantiscono in modo apprezzabile i bisogni di sicurezza. Il punto fondamentale che desidero sottolineare è che la sfida posta dal bando era tuttavia molto alta: immaginare un progetto avanzato dal punto di vista qualitativo, che esaltasse il carattere residenziale delle strutture, l'apertura e una significativa libertà e autonomia di movimento dei pazienti nelle stanze e negli ambienti comuni (interni ed esterni) e nello stesso tempo rispondesse in modo affidabile ai requisiti di sicurezza, di controllo degli accessi, di sorveglianza, di trattamento di diverse tipologie di disagio mentale (compreso il disagio mentale più grave e delicato). Insomma il bando e la stessa legge che ha, molto opportunamente, previsto la modalità di realizzazione delle Rems, hanno per così dire una caratteristica quasi ossimorica, auto-contraddittoria.

Le indicazioni del bando hanno appunto una natura (anche felicemente) 'dialettica'. Le stanze devono essere ariose e luminose, ma le aperture devono (poter) essere chiuse per impedire comportamenti autolesionisti; gli arredi non devono essere pericolosi, la loro disposizione non deve ostacolare l'introspezione dall'esterno, la porta deve poter essere chiusa eventualmente. Gli ambienti comuni (interattivi, socializzanti) devono prevalere su tutto, ed essere ampi e articolati, per incentivare le relazioni e garantire la libertà di circolazione e di contatto, però nello stesso tempo quegli ambienti non devono mescolarsi tra un modulo e l'altro (e in particolare tra il modulo femminile e il modulo maschile) e un filtro (materiale? digitale?) deve controllare le connessioni e i passaggi. I moduli abitativi devono funzionare come delle residenze collettive e aprirsi in modo naturale verso l'esterno, ma l'area di pertinenza di ogni singolo modulo deve essere separata da quelle degli altri moduli o recintata (e c'è il rischio che ricordi alla fine il classico cortile penitenziario). L'area e le strutture non devono assomigliare a un carcere o a un reparto ospedaliero blindato, però il controllo (anche fisico) deve essere esteso a tutta la struttura e all'esterno, e le recinzioni devono impedire ogni possibilità di allontanamento o di entrata non consentita. E così via.

All'architettura, allo spazio, alla conformazione degli spazi interni ed esterni, sono quindi stati affidati compiti molto complicati da risolvere (e certamente anche obbiettivi che l'architettura e l'organizzazione spaziale, da sole, non sono in grado di raggiungere). Difficile trovare il punto di equilibrio tra esigenze che possono apparire - e per qualche verso sono - in contrasto tra di loro. La commissione ha infine selezionato tre progetti che raggiungevano un buon compromesso tra le esigenze appena ricordate. Ciascuno dei progetti premiati sarebbe stato in grado di garantire, se realizzato, un significativo salto in avanti, nelle condizioni di vita e nelle stesse possibilità di recupero sanitario e sociale dei pazienti.

Il progetto vincitore<sup>1</sup> si è tuttavia distinto dagli altri progetti per la chiarezza della visione concettuale; per l'apertura del dispositivo spaziale immaginato; per il maggior grado di residenzialità (si potrebbe dire quasi in forma di co-housing) raggiunto attraverso moduli abitativi accuratamente progettati (forse con un'aria un po' troppo 'scandinava', se posso aggiungere una notazione critica); per la qualità degli spazi di uso collettivo; per l'abbondanza degli spazi aperti e la qualità della loro progettazione.

Desidero concludere queste note sottolineando tuttavia via il fatto che i progetti e le caratteristiche spaziali non sono in grado in se stessi di garantire il perseguimento degli obbiettivi che hanno portato al superamento dei manicomi giudiziari e alla filosofia sociale e sanitaria delle Rems. Ciò che contano alla fine sono le modalità di realizzazione e di gestione delle strutture, la quantità e la qualità del personale sanitario, la disponibilità di risorse materiali e umane, e più in generale le politiche di trattamento del disagio psicologico e sociale. Ciascuno dei dilemmi spaziali-sociali ai quali ho prima accennato dovranno essere riaffrontati nei passaggi al progetto definitivo, alla concreta

1) Il gruppo vincitore è costituito da Rossiprodi associati srl di Firenze, CMT Studio associato ingegneria di Vinci, Stefano Casalini di San Miniato, Antea studio associato di Pontedera, Dr. Geol. Giuseppe Lotti di San Miniato. Le immagini riprodotte nel libro sono state messe a disposizione dall'architetto Fabrizio Rossi Prodi, al quale va il nostro ringraziamento.





Il progetto vincitore. Ambienti interni delle sistemazioni residenziali.

realizzazione, alla gestione delle strutture (per esempio per lo stesso progetto vincitore la commissione ha sottolineato l'insufficienza delle soluzioni indicate per le recinzioni, a testimonianza della difficoltà di raggiungere un equilibrio soddisfacente tra apertura e sicurezza).

Giovanni Michelucci era consapevole delle potenzialità, ma anche dei limiti dell'architettura, quando si affrontano i problemi più gravi della malattia e dell'esclusione sociale, e con alcune sue parole, particolarmente chiare, mi sembra opportuno concludere questo scritto: "Ho un debito profondo di conoscenza nei confronti della vita. Ho creduto da sempre che i problemi dell'architettura fossero importanti. Ma questo è vero se al fondo c'è una diffusa e profonda giustizia. La città è fatta di torri e palazzi che ne rappresentano il potere, la gestione; ma io sento che la sua architettura più armonica e più vera nasce dalla dedizione alla giustizia. Carceri, scuole, ospedali da focolai di devianza, di isolamento, di emarginazione possono allora diventare i gangli vitali di questa città. La mia istanza di fondo non è il controllo; è la guarigione. Oggi il carcerato ha paura della città e la città ha paura di lui. Spezzare questo circolo vizioso, anticipare la devianza, saper prevedere, capire; ridare alla forma la sua funzione reale rispetto al contenuto: ecco, è questo che sta al cuore della mia ricerca, il senso profondo del mio essere architetto. [...] Da che parte sto? Sto con la città contro il carcere, contro il crimine organizzato che della devianza non è espressione, ma riduzione a norma aberrante. E forse si comprende anche il senso della ricerca collettiva che abbiamo faticosamente portato avanti: non rendere più vivibile il carcere, ma la città" (Michelucci G., "Da che parte sto?", *La Nuova Città*, n. 1, aprile, 1983, pp. 5-9).





# Prove di teatro nella Rems di Volterra

Armando Punzo

Nel 2018, il regista e drammaturgo Armando Punzo, insieme al musicista e compositore Andrea Salvadori, che ha creato la drammaturgia musicale durante le varie fasi del lavoro, e ad altri suoi storici collaboratori, ha condotto un laboratorio annuale con gli ospiti della Rems (Residenza per l'esecuzione delle misure di sicurezza) di Volterra. Si è trattato di un momento molto particolare ed intenso, legato da un filo rosso al lavoro che Punzo svolge da anni con la Compagnia della Fortezza, e che si è posto quindi come un prezioso e poetico squarcio creativo nell'ambito del progetto #TREN-TANNIDIFORTEZZA che ha preso avvio proprio nel 2018, affermando che la validità e l'unicità della metodologia creata in trent'anni di lavoro nel Carcere di Volterra possono essere applicate nei più svariati ambiti, e allo stesso tempo ha dato l'avvio ad un nuovo percorso progettuale e creativo che, visti i risultati ottenuti, verrà riproposto nella struttura anche in futuro.

Il laboratorio ha visto un momento di apertura al pubblico, il 28 giugno 2018, negli spazi della Rems di Volterra.

## Il verbo degli uccelli

apertura del laboratorio condotto da *Armando Punzo* presso la Rems di Volterra con i partecipanti al progetto "*Le Parole Lievi. Come incrinare il principio di realtà per allontanarsi da un'umanità apparentemente immutabile*": *Rodolfo Angelini, Ilaria Bachechi, Laura Baglio, Federico Bigotti, Liberato Di Gregorio, Francis Ehichioya, Francesca Fanciulli, Fabrizio Fruzzetti, Ludovica Lepore, Edi Marini, Daniela Marzetti, Antonella Marzocchi, Atimdje Memed, Rossano Minelli, Antonella Notaro, Mohamed Salih, Leonardo Viggiano*

drammaturgia sonora dal vivo: *Andrea Salvadori*

costumi: *Emanuela Dall'Aglio, realizzati dall'atelier costumi della Compagnia della Fortezza*

cura del progetto: *Cinzia de Felice*

collaborazione artistica: *Laura Cleri, Alice Toccaceli, Manuel Marrese, Luca Dal Pozzo, Francesca Lateana, Alessandra Pirisi*

documentazione video/fotografica: *Nico Rossi, Francesco Zollo / VaiOltre!*

organizzazione generale: *Domenico Netti / Carte Blanche*

con il sostegno della *Società della Salute Alta Val di Cecina* e dell'*Az. USL Toscana Nord Ovest*

*dal diario di lavoro di Armando Punzo*

“Stamattina sono stato alla Rems, ho portato cinquanta uova sode, ceci, quinoa, lenticchie, farro, semi, mele e candele. Abbiamo lavorato sui suoni prodotti da questi elementi, e sui movimenti per portarli, spostarli, donarli. Ho aperto un ombrello e in un attimo siamo entrati nel sogno di un viaggio rituale. Fabrizio portava quell'ombrello con un sorriso lieve, accompagnando il suo incedere incerto con una mano che disegnava piccoli cerchi nell'aria. Andrea lo sosteneva con la chitarra, aiutandolo a dar forma a una figura poetica che produceva un'atmosfera di sospensione. Agli altri ho chiesto di passare lentamente sullo sfondo con le proprie offerte. Mohammed, seduto per terra, lasciava cadere dalle mani la farina di polenta e i semi che aveva nei vassoi davanti a sé. Alice suggeriva a Federico alcune parole tratte dal Verbo degli uccelli. Siamo solo all'inizio, eppure già si intuiscono le potenzialità di questo lavoro. Quella stanza bianca, asettica, fredda, certamente non adatta al teatro, è lentamente sparita per far posto a quel luogo mitico, caldo, accogliente, che stavamo cercando dentro di noi. Borges cita più volte nella sua opera il poema mistico del 1200 di Farid Ad-Din Attar. I temi del viaggio e del distacco da sé sono in parte gli stessi che stiamo affrontando con la Compagnia della Fortezza per lo spettacolo Beatitudo. Nel Verbo, l'Upupa chiama a raccolta tutti gli uccelli e li invita a partire alla ricerca del mitico Simurgh, ma loro, impauriti dal viaggio, accampano pretesti, si difendono, cercano di dimostrare a se stessi e agli altri che in fondo stanno bene dove sono. Alla fine partono. In centomila si mettono in cammino, ma solo in trenta arriveranno alla meta, per scoprire che il Simurgh, in realtà, sono loro stessi, perché quel viaggio di ricerca altro non era che un movimento di allontanamento da sé attraverso il quale scoprire il proprio vero volto. In questa prima apertura del lavoro mostreremo alcune scene e atmosfere emerse durante il laboratorio teatrale realizzato, in forma sperimentale, con gli ospiti della Rems di Volterra.”



Un'opera realizzata dagli ospiti della Rems partecipanti al laboratorio teatrale. Un'azione dello spettacolo portava alla composizione collettiva di "un nido" con candele, semi, uova, cereali e frutta, usati come elementi di scena. Foto: Armando Punzo



# Una riforma nel limbo.

## Idee per il futuro

Pietro Pellegrini

Si può realizzare per la persona con disturbi mentali e autrice di reato, un sistema di interventi unitario e coerente con la legge 180? Le dichiarazioni di esponenti delle forze politiche oggi di governo, sembrano allontanare nel tempo la creazione delle condizioni volte a rendere effettivo il diritto alla salute a prescindere dallo stato giuridico.

Infatti, sarebbero necessari interventi che al momento la nuova maggioranza, dopo avere bloccato il primo decreto attuativo della legge 103/2017, non pare intenzionata a realizzare, non essendo previsto il tema nel cosiddetto "Contratto di governo".

In questo quadro anche l'attuazione della legge 81/2014 che pure ha portato alla chiusura degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari (Opg) richiederebbe azioni legislative in merito ad imputabilità, pericolosità sociale, misure di sicurezza e un piano per la salute mentale.

In assenza, almeno per ora di una politica nazionale, si è determinata una fase di limbo, dove i diversi soggetti chiamati ad applicare la legge, devono di necessità dare risposte e trovare soluzioni. Ancora una volta riforme importanti vengono lasciate a sé, e dal basso, localmente, si realizzano le nuove prassi. Questa non favorevole situazione che ricorda a chi ha una certa età, quella dei primi anni dopo l'approvazione della 180, può tuttavia permettere la sperimentazione, la ricerca di un nuovo punto di incontro tra psichiatria e magistratura con lo sviluppo di buone pratiche di collaborazione come per altro auspicato dal Consiglio Superiore della Magistratura.<sup>1</sup> Pressoché in tutte le Regioni sono in atto incontri, tavoli e protocolli tra magistratura e psichiatria per tentare di dare funzionalità all'intero sistema di cura e giudiziario incentrato sulla persona nella comunità.

Per quanto attiene i dipartimenti di salute mentale seppure con molte difficoltà e forti diversità regionali sono stati affrontati i problemi posti dalla chiusura degli Opg ma la questione dei mandati e delle risorse necessarie va affrontata con determinazione mancando al momento risposte specifiche.

La riforma pare finita nell'ombra, senza paternità politica garante del "patto sociale" e il peso psicologico per la sua attuazione grava in primis sui professionisti della salute

---

1) "Disposizioni urgenti in materia di superamento degli Ospedali psichiatrici giudiziari (Opg) e di istituzione delle Residenze per l'esecuzione delle misure di sicurezza (Rems), di cui alla legge n. 81 del 2014. Questioni interpretative e problemi applicativi". 19 aprile 2017

mentale, mentre giudici e forze dell'ordine hanno una posizione più defilata, almeno per quanto attiene l'opinione pubblica che sembra risentire fortemente di un clima giustizialista e di una paura della diversità con conseguente minore tolleranza. Su tutto questo sarebbe assai utile l'esplicitazione delle linee del governo ed in particolare dei ministeri della Salute e della Giustizia.

In questo contributo vedremo lo stato di applicazione della legge e come con questo si possono determinare variazioni nella concezione della cura in psichiatria.

## Lo stato di applicazione della legge

La legge 81 non solo ha chiuso gli Opg ma si sta realizzando, come previsto, nella comunità. Purtroppo non vi sono dati a livello nazionale ma dai dati parziali il numero di persone con disturbi mentali alle quali vengono applicate misure di sicurezza non detentive (libertà vigilata) o altri provvedimenti giudiziari come ad esempio gli arresti domiciliari, nel territorio è in forte crescita. Nella Regione Emilia Romagna a giugno 2017 a fronte di 24 persone in Rems vi erano 203 persone nel territorio (rapporto 1:8) delle quali larga parte, circa il 70%, in strutture residenziali. A giugno 2018 in Emilia Romagna, il numero delle persone nel territorio si stima intorno ai 400 (con un rapporto tra soggetti in Rems e quelli nel territorio di 1/15). Questo dato, da verificare, se proiettato a livello nazionale porta ad una stima di circa 9mila persone seguite dai centri di salute mentale che si associa al vissuto di molti operatori dei DSM di essere "invasi" dalle questioni giudiziarie. Tutto questo se da un lato preoccupa per l'impatto sui servizi e la necessità di adeguare il modello tecnico operativo e le relative risorse, dall'altro sembra indicare, nonostante le difficoltà, una buona realizzazione della riforma. Un successo che trova le proprie basi nel modello di psichiatria di comunità italiana basata su una teoria solida e su alcune norme poste alla base del nuovo sistema: regionalizzazione, numero chiuso, assenza di contenzione e orientamento alla recovery, nonché dal crescere di prassi collaborative e preventive tra giustizia e psichiatria affinché le misure di sicurezza di tipo detentivo siano davvero una misura residuale.

La collocazione delle persone con misure giudiziarie nel territorio oltre a richiedere ulteriori risorse a favore dei DSM evidenzia la necessità di adeguati interventi sociali per tutti le persone con disturbi e non solo per gli autori di reato, altrimenti rischia di crearsi anche in questo ambito un conflitto fra poveri. In altre parole la legge non può realizzarsi nell'ambito di un quadro di disinvestimento o di abbandono, ma solo in un sistema di welfare pubblico universalistico.

In assenza di un sistema informativo nazionale, e a tal proposito è molto utile l'iniziativa di StopOpg di costituire uno specifico Osservatorio, gli ultimi dati sono quelli forniti da Franco Corleone<sup>2</sup>. A settembre 2017 le persone in Rems erano 604 di cui 335 con misure di sicurezza definitive mentre quelle con misure provvisorie<sup>3</sup> erano 265 (44%

2) F. Corleone (a cura di) "Manicomi criminali. La rivoluzione aspetta la riforma" QCR 1/2018, Pacini Editore.

3) Art 312 c.p.p "Nei casi previsti dalla legge, l'applicazione provvisoria delle misure di sicurezza è disposta dal giudice, su richiesta del pubblico ministero, in qualunque stato e grado del procedimento,

del totale). Nella lista di attesa al 6 settembre 2016 risultavano 219 persone di cui 150 con misure provvisorie (68%) del totale.

Dati più recenti del 13° Rapporto di Antigone confermano una crescita netta delle misure provvisorie. “Secondo il Dap sono 313 le misure di sicurezza richieste e non eseguite in Italia, di cui 218 provvisorie”<sup>4</sup> pari a circa il 72% del totale. Andando ad analizzare la lista di attesa molte persone (in Emilia Romagna circa i 2/3) sono già ben curate in contesti adeguati e ciò rappresenta nella pratica come sia applicabile la legge 81/2014 e in questi casi la misura di sicurezza detentiva dovrebbe essere revocata.

Vi sono anche persone che attendono in carcere e questo interroga su un punto molto delicato della riforma che è rappresentato dalla tutela della salute mentale negli istituti di pena che la legge 103/2017 intendeva affrontare.

L'incremento significativo delle misure provvisorie pone diversi interrogativi. Infatti, a differenza della misura di sicurezza definitiva che viene applicata al termine di un complesso iter giudiziario nel quale la valutazione psichiatrica è disolito ben definita, la misura di sicurezza provvisoria è applicata “in qualunque stato e grado del procedimento” sulla base di un giudizio di pericolosità sociale dell'imputato che non sempre è fondato sulla perizia psichiatrica<sup>5</sup> la quale può essere ordinata dal giudice nell'ambito della sua discrezionalità (Cassazione penale 37573/2014). Infatti, per applicare la misura di sicurezza provvisoria (art. 206 c.p.) ai sensi dell'art.312 del c.p.p. è sufficiente la sussistenza di gravi indizi di commissione del fatto. Secondo la Corte costituzionale, sentenza 367/2004 “proprio alla luce della non definitività degli accertamenti sul fatto, assume particolare rilievo, in relazione alle condizioni di salute dell'indagato infermo di mente, l'esigenza di predisporre cure e cautele adeguate e proporzionate al caso concreto (..)”.

Ci si muove quindi in un contesto che seppur caratterizzato da gravi indizi sia in merito alla commissione del reato sia alla infermità psichica, dovrebbe essere improntato ad assicurare “cure e cautele adeguate” dando priorità ai sensi della legge 81/2014 alla misura di sicurezza della libertà vigilata.

Pertanto sul piano giuridico si procede sulla base di indizi di colpevolezza a fronte di persone che possono rivendicare la propria innocenza e comunque pretendere una definizione del fatto reato nelle sedi della giustizia e non in un contesto di cura. Decidere il luogo adeguato per una cura efficace non è un dettaglio insignificante. Infatti, nella pratica si è constatato che la collocazione in Rems avviene non tanto per ragioni di cura ma come una misura cautelare. Questa potrà anche essere necessaria per la procedura giudiziaria ma spesso contraddice l'istanza terapeutica.

Qui si apre un grosso problema perché se lo scopo della misura di sicurezza è assicurare la cura in relazione alle particolari condizioni di salute dell'indagato infermo di

---

quando sussistono gravi indizi di commissione del fatto e non ricorrono le condizioni previste dall'articolo 273 comma 2”.

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

5) La perizia può essere esperita in fase preliminare come accertamento tecnico di parte disposto dal PM (artt. 359-360 c.p.p.) oppure come incidente probatorio per accertare lo stato mentale della persona che può essere soggetto a modificazione non evitabile (artt. 392-398 c.p.p.).

mente, queste dovranno essere definite da psichiatri nelle sedi, nelle forme e nei modi più appropriati secondo le attuali conoscenze della disciplina.

Se nell'Opg si rischiava "l'ergastolo bianco", nelle Rems si rischia di avere una detenzione preventiva kafkiana senza garanzie di tempi e di procedura, tanto maggiore in relazione alle carenze della difesa spesso correlata con le condizioni di povertà, emarginazione, assenza di riferimenti dei soggetti colpiti da provvedimenti giudiziari.

Nella fase della provvisorietà i passaggi giudiziari principali riguardano la definizione dell'imputabilità, della pericolosità sociale ma anche la determinazione ai sensi dell'art. 70 del c.p.p. della capacità di partecipare coscientemente al processo. In questi passaggi è cruciale la definizione dei tempi ed è essenziale il lavoro dei periti, il loro raccordo con i Centri di salute mentale e la partecipazione e la qualità della difesa.

I nuovi soggetti ammessi con misure provvisorie nelle Rems, si trovano ad essere inseriti nella struttura con persone che hanno programmi di riabilitazione programmati sulla lunghezza della misura di sicurezza e quindi con equilibri consolidati. Nelle Rems per altro si sta determinando un "effetto accumulo" di pazienti con misure giudiziarie di lunga durata sia in conseguenza del reato compiuto o con problemi sociali assai rilevanti (senza fissa dimora, clandestini, irregolari, persone sole povertà estreme ecc.) che in relazione al quadro normativo e alla difficoltà del sistema sociosanitario che si trovano senza prospettive. Una tendenza che va contrastata con forza. Una situazione che è in palese contraddizione con il percorso diagnostico e terapeutico in quanto non determina una condizione di chiarezza, fiducia, certezza dei tempi, responsabilizzazione reciproca. Non solo il mandato custodiale è improprio ma rischia di stravolgere il ruolo dei sanitari e di essere del tutto inattuabile nell'attuale assetto organizzativo dei DSM. L'associazione nelle Rems di persone con misure di sicurezza provvisorie e definitive condiziona fortemente anche le attività di cura: mentre nelle prime il quadro clinico va accertato, e quindi prevale la fase di accoglienza-valutazione e diagnosi, nelle persone con misure definitive invece prevalgono le attività terapeutico-abilitative. Due funzioni che con difficoltà possono realizzarsi in una struttura che è una Residenza.

Questo porta ad evidenziare la contraddizione insita nella creazione delle Rems: da un lato ancora legate alle prassi degli Opg dei quali ereditano tutte le funzioni sanitarie, concentrate in un solo luogo di fatto isolato, dall'altro strutturalmente inserite nei DSM e quindi fortemente connesse con la comunità e con una precisa definizione della tipologia degli interventi e dell'intensità di cura.

Una contraddizione che si esprime anche nei diversi modelli di Rems e sui quali occorre riflettere in riferimento al tipo di mandato e alle possibili evoluzioni del sistema. Questo rimanda alla concezione della cura, o ancor meglio alle modalità del prendersi cura della persona con disturbi mentali autrice di reato e come ciò implichi un'evoluzione dei modelli di relazione con essa.

## **La concezione della cura**

Se per la psichiatria l'unico mandato esercitabile è quello della cura, ogni altra imposizione pone in crisi il sistema, lo spinge verso forme di vigilanza/custodia/coercizione che aprono interrogativi sulla loro liceità, fattibilità e soprattutto sulla loro efficacia

clinica. Appare evidente una contraddizione: si è affidato il sistema ai sanitari perché attuino la cura e al contempo si creano condizioni per la sua non realizzazione?

Se una prolungata limitazione della libertà non è una condizione per favorire la cura, ancor meno può essere considerata una competenza dei sanitari.

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

La cura può avvenire solo attraverso lo sviluppo della relazione intesa come un processo non lineare ma costituito da un insieme di movimenti che con pazienza, lentamente portano ad una condizione di fiducia e sicurezza come costruzione condivisa e potenzialmente evolutiva in grado di produrre una possibile riduzione della sofferenza, un cambiamento di prospettive. In questo contesto la relazione diviene unica e creativa, capace cioè di ridefinire e costruire in termini nuovi, differenti modalità di funzionamento mentale, affettivo e relazionale. Le menti funzionano attraverso connessioni e questo processo in parte empatico e profondo non è codificabile solo in termini cognitivi, né è ben prevedibile.

Per questo non può esservi una Linea Guida ma solo un insieme di buone pratiche nelle quali va riconosciuta l'unicità e l'alta personalizzazione degli interventi di cura. Così è essenziale il punto di vista dell'utente il quale è portatore di una sua lettura e di una teoria del disturbo, del reato e manifesta idee sulla cura, sulla pena e sulla vita. L'incontro inizia con l'avvicinamento, l'accoglienza, l'ascolto e la comprensione della difformità di vedute, delle scelte alternative e ciò significa gestire i conflitti e le violazioni fissando i riferimenti minimi per l'incontro mantenendo aperta la relazione di cura e cercando di attenuare i danni, favorire la maturazione e la resilienza nell'ambito della umana pietas. Questo consente le narrazioni congiunte, le nuove rappresentazioni del dolore, della sofferenza e avvicinano a quei dilemmi esistenziali e filosofici, vita/morte, essere/non essere, forme di vita che spesso i pazienti gravi portano all'attenzione di chi si prende cura di loro.

Perché questo lavoro profondo possa realizzarsi, occorre che lo psichiatra (e tutto il gruppo di lavoro) si senta libero, in grado di entrare nel mondo del possibile cambiamento dell'altro e di sé; se questa trasformazione creativa, transizionale è parte della cura, o è la cura, occorre tenere conto delle condizioni per la sua difficile e incerta realizzazione. In questo quadro di riferimento va collocata la questione delicata della responsabilità spesso utilizzata o vissuta come riferimento per atteggiamenti difensivi, remissivi, di disinvestimento, fatalisti, sottilmente custodiali, tutti quanti anti-terapeutici. Va ricordato con forza che la chiusura degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari tramite percorsi di comunità (e non tramite le Rems) richiede una revisione del concetto di responsabilità tenendo conto dell'estrema difficoltà e complessità del lavoro di cura,

del rapporto rischi/benefici, dell'efficacia reale nelle pratiche e i limiti degli interventi terapeutici. Ma anche di considerare che ai fini del risultato, degli esiti positivi in medicina è indispensabile la responsabilizzazione e la partecipazione attiva della persona e del suo contesto. Senza responsabilizzazione non vi è riabilitazione in psichiatria ma nemmeno sicurezza sociale.

Il sistema di Rems che si è realizzato, nonostante la magistratura abbia auspicato un aumento dei posti letto, difficilmente potrà essere ampliato. D'altra parte il sistema delle Rems ha una funzionalità che dipende in larga misura dalla magistratura oltre che dal DSM. Se la magistratura tenderà ad utilizzarle così intensamente per le misure provvisorie la funzione abilitativa potrebbe essere gravemente compromessa. Rischiano di essere dei contenitori inquietanti e senza senso di persone alla ricerca di un destino. Porti per poveri naufraghi della modernità, figli della povertà e della carenza delle tante forme del prendersi cura, accolti provvisoriamente in un sistema che spesso non comprendono. Persone con le quali andrebbero predisposti interventi, anche creativi, diversi dalla mera e spesso del tutto inutile privazione della libertà.

Ma se il sistema di welfare e i DSM non hanno risorse di personale, capacità creative e strutture sufficienti per realizzare i Progetti terapeutici riabilitativi individualizzati (PTRI), è inevitabile il blocco del turn over delle Rems e c'è il concreto rischio che si diffonda un vissuto di impotenza, di assenza di speranza e di nichilismo.

## Verso nuovi concetti

A fronte di questi pericoli di collasso e di ingolfamento del sistema, la collaborazione tra giustizia e psichiatria è essenziale per gestire al meglio i percorsi, definire nuovi scenari, elaborare idee e prassi innovative.

In questa situazione sul piano organizzativo, a mio avviso la Rems deve evolvere e diventare sempre più parte integrante del DSM e della comunità, idealmente superare se stessa, se vuole evitare il rischio imminente di una regressione ed una involuzione verso l'istituzionalizzazione, realizzando dei "miniOpg".

Per questo è utile intraprendere la via della normalizzazione delle Rems, abbattendo muri e sistemi custodiali ereditati dall'Opg, per sviluppare la territorialità, superando la logica del posto-letto, del "dove lo metto" in favore di una concezione nuova orientata ai percorsi, alla responsabilizzazione, ad una concezione più evoluta della misura giudiziaria e della cura. Credo siano evidenti gli scarsi risultati delle logiche restrittive, la loro sostanziale inefficacia, se non la dannosità della mera limitazione della libertà.

Una parte dei professionisti sensibili al tema, vede nelle Rems un'occasione per un nuovo sistema di psichiatria forense italiano. Se da un lato vi è certamente la necessità di adeguare e collegare la psichiatria forense con la psichiatria di comunità, migliorando al contempo le competenze dei DSM anche tramite Unità Operative o incarichi specifici, sul piano della programmazione organizzativa va molto ben valutato come si intende delineare il sistema. A mio avviso, questo va visto in una logica unitaria e di esso fa parte anche la questione della salute mentale negli istituti di pena, una grande questione aperta dopo il blocco dei decreti previsti dalla legge 103/2017.

Sotto il profilo delle prassi l'applicazione della legge 81/2014, prevedendo la cura e

al contempo azioni per fare fronte alla pericolosità sociale quindi per la sicurezza-prevenzione dei reati, ha reso evidente come si debba passare da una visione lineare ad una binaria.

Semplificando al massimo l'iter consolidato è questo: il giudice, sentito il perito, dispone, lo psichiatra esegue la cura e il paziente obbedisce e in un qualche modo vi si sottomette. Una cura di norma fondata sulla psichiatria biologica e quindi prevalentemente farmacologica e al più psico-educativa comportamentale e adattativa. Una cura applicata dall'esterno, ad una persona che passivamente la subisce, nella presunzione che vi siano psicofarmaci in grado di curare il disturbo mentale (i dati scientifici indicano che le forme di schizofrenia resistente ai trattamenti è del 25-30%).

Questo schema, lo stesso che era applicato nell'Opg, funziona molto poco.

Oggi è necessario comprendere come per l'autore di reato vi sia una competenza specifica e autonoma della giustizia, possibilmente coordinata con la cura, in grado di sviluppare una propria relazione con la persona tale da dare un senso alla misura adottata, alle azioni necessarie alla rieducazione e per prevenire nuovi reati. Questo a maggior ragione se viene applicata la libertà vigilata, o altre misure come gli arresti domiciliari, che realizzate nella comunità sociale implicano una forte responsabilizzazione della persona. E' lei che ne deve rispondere e non lo psichiatra.

In altre parole, la giustizia deve sviluppare un "suo" patto con la persona in relazione al reato e alle misure conseguenti. In questo è fondamentale il coinvolgimento della persona anche se con disturbi mentali, che seppure prosciolta, e a maggior ragione se l'imputabilità è ancora da definire, può comprendere le ragioni del fatto e della realtà e impegnarsi per adempiere ad impegni specifici volti a prevenire altri comportamenti delittuosi e quindi sviluppare e costruire un "patto con la giustizia". L'impostazione prevista dall'art. 94 della legge 309/90 è quella che si può applicare anche nelle problematiche della salute mentale.

"Il patto di cura" ha un'altra base giuridica, resa ancora più complessa dalla legge 219/2017 sul consenso informato e le disposizioni anticipate di trattamento, e deve fondarsi sulla volontarietà.

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

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

In questo impianto viene ad evidenziarsi la necessità di rivedere la relazione fra reato e disturbo mentale. Nella misura in cui si passa da relazioni lineari fondate su categorie rigide e dicotomiche (sano/malato, imputabile/non imputabile) a processi basati su dimensioni interagenti nella complessità (modello biopsicosociale) la risposta dovrà essere sempre più articolata. Non più un doppio binario che separa sani e malati dando vita a percorsi alternativi e mutuamente escludentesi, ma un doppio patto con al centro la persona nella comunità che dà luogo a ad un insieme di interventi incentrati sul soggetto e il suo contesto e tiene conto non solo delle specifiche competenze psichiatriche ma anche dei diversi bisogni, a partire da quelli di base, per un programma

di cura e il progetto di vita.

Se nella prima impostazione, in caso di non imputabilità l'infermità contiene il reato e questa ne è la espressione, nella seconda l'interazione tra i due elementi diviene più articolata, discreta e riconosce sempre ambiti di autonomia rispetto al reato e al disturbo che potranno vedere ambiti di sovrapposizione ma che solo eccezionalmente sono pienamente coincidenti.

Questa impostazione trova riferimento anche nelle più recenti concezioni sulla determinazione degli agiti anticonservativi<sup>6</sup> e eterolesivi<sup>7</sup>. E per quanto da oltre un secolo Durkheim<sup>8</sup> avesse evidenziato la complessità e la variabilità del suicidio, l'idea di considerarlo come tutti ascrivibili al disturbo mentale ha resistito a lungo. Solo grazie a Shneidman<sup>9</sup> si è passati ad un visione che pone al centro una condizione psicologica, un dolore mentale insopportabile che viene a determinare un vissuto di perdita di speranza e futuro ed un assetto cognitivo molto ristretto che vede nell'atto lesivo la sola soluzione. Questa condizione mentale, si articola con altri vissuti, condizioni psicopatologiche, relazionali, sociali, di vita che vengono ad assumere a seconda dei casi il ruolo di fattori di rischio, protezione, precipitazione.

Come è noto "esistono (negli schizofrenici) anche motivazioni all'omicidio del tutto indipendenti da qualsiasi delirio e, in questo senso, del tutto sovrapponibili a quelle degli omicidi compiuti da un soggetto non dichiarato poi infermo di mente, (omicidio nel corso di una rapina, nel corso di una violenza carnale, per conflitti di interessi economici, per gelosia, per litigi banali in corso di ebbrezza alcolica, etc.)"<sup>10</sup>

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

Questa azione di responsabilizzazione è essenziale sul piano clinico-riabilitativo prima ancora che giuridico dove sarebbe molto più utile al paziente una pena chiara che una decisione ambigua e talora incomprensibile del proscioglimento seguito dalle misure di sicurezza.

Un cambio di paradigma, a maggior ragione, è necessario per fronteggiare le condizioni oggi più preoccupanti. Ad esempio i femminicidi che in larga parte sono preceduti da un lungo periodo di relazione fra vittima e autore di reato.

Posto che la maggior parte di questi individui è imputabile, la questione del loro inquadramento e soprattutto di quale debba essere la lettura psicologica, psicopatologica, relazionale, educativa, sociale, economica è cruciale ai fini della prevenzione e del possibile trattamento in un sistema di comunità.

6) M. Pompili, *La prevenzione del suicidio*, Fioriti Ed., Roma, 2008

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

8) E. Durkheim, *Il suicidio. Uno studio di sociologia*, BUR 1897

9) E. Shneidman, *Autopsia di una mente suicida*, Giovanni Fioriti Ed. 2016

10) G.F. Nivoli, *Il perito e il consulente di parte in psichiatria forense*, Centro Scientifico Ed., Torino 2005

A fronte delle dimensioni del fenomeno (nella sola regione Veneto in un anno più di 5000 donne si sono rivolte ai Centri Antiviolenza) non si può pensare come possibile la sola custodia cautelare per i soggetti responsabili di condotte di stalking. Quindi, ai fini del nostro discorso, le misure preventive, dissuasive previste nella comunità non possono realizzarsi senza la collaborazione di chi vi è sottoposto. E se questi accede ad un servizio che cerca di aiutarlo e per quanto possibile curarlo, possiamo pensare che questo improbo compito possa essere tentato da un professionista che domani debba rispondere della posizione di garanzia?

L'affidamento del paziente al sistema di cura di comunità implica la necessità di procedere secondo le regole proprie di questo sistema, proteggendo i professionisti, in altre parole riconoscendo loro la complessità e l'estrema difficoltà del compito senza prevedere la posizione di garanzia di controllo, in quanto impossibile.

Una cura che deve vedere un orientamento verso la recovery e deve prendere in considerazione fin da subito dei determinanti sociali della salute, a partire dal reddito, dall'alloggio, dalla formazione e dal lavoro. Affrontare le povertà è fondamentale. A questo va aggiunta l'attenzione ai fattori culturali, religiosi e spirituali della persona in quanto fondamentali per la diagnosi e la cura ma anche per la comprensione del reato e della espiazione. Un impianto nel quale sempre maggiore rilevanza ha l'elaborazione del reato commesso.

Per quanto attiene alla diagnosi e cura del disturbo mentale va attuato nel consenso e nel sistema di comunità con la partecipazione attiva della persona. Condizione fondamentale specie nel suo primo contatto con i servizi della salute mentale che ha bisogno di tempo, di comprendere ed essere compresa nell'ambito di relazioni di fiducia, sempre difficili da costruire, strutturalmente fragili, labili, molto esposte al rischio di fallimento. Una condizione operativa molto delicata, dove occorre chiarezza, sensibilità, attenzione ai dettagli, dove la parte patologica è nell'ambito di un funzionamento mentale e relazionale di insieme, dove il reato e la violazione sono presenti nel mondo interiore, ingombranti, inquietanti, corpi che cercano spazio, parole, senso. Un male che cerca di definirsi, ferite laceranti in attesa di medicazione, buchi non colmabili, devastazioni e terremoti che aspettano i primi soccorsi, l'accoglienza, l'incontro, il riconoscimento per come sono e aperture di un dialogo. E in tutto questo i tempi dell'azione giudiziaria segnano le esistenze delle persone (e anche degli operatori) a volte in modo molto ansiogeno, in certi casi confuso e talora kafkiano.

## **Come andare avanti?**

L'attuale stato di limbo, di silenzio e incertezza interroga sul futuro possibile. Si può tornare all'Opg? O il passo epocale di chiuderli seppure con tutte le difficoltà è un dato acquisito, comune a tutti? Se questo è il punto dal quale andare avanti bisogna vedere come procedere facendo tesoro delle esperienze maturate in questi tre anni, prendendo atto che un sistema giudiziario e di salute mentale di comunità va adeguatamente sostenuto.

Occorre applicare la legge 81 e rendere le misure detentive davvero residuali; questo anche per quanto attiene le misure di sicurezza provvisorie e credo vada definito un

iter preciso con la magistratura che preveda sempre una valutazione psichiatrica, una perizia o una doppia perizia/perizia di equipe, ed un doppio patto con la persona, concertato tra psichiatria e giustizia, uno per la cura e l'altro per la sicurezza.

Questo è tanto più rilevante nella misura in cui vengono ad essere applicate le misure provvisorie a persone che utilizzano sostanze psicoattive, con sospetti disturbi della personalità, alti livelli di psicopatia.

Un lavoro molto impegnativo che deve trovare ugualmente partecipi e responsabili sia le articolazioni giudiziarie che quelle dei servizi sanitari e sociali con impegni convergenti ma autonomamente sottoscritti dalla persona non più considerata incapace e irresponsabile. Impegni che vedano la giustizia, anche per tramite delle forze dell'ordine, e i servizi sociali in una posizione attiva di primo piano e non di delega in toto alla psichiatria. La persona con disturbi mentali non va trattata diversamente, come cittadino di serie B, con meno doveri, meno diritti e garanzie degli altri: una persona da mettere sempre sotto tutela di qualcuno, lo psichiatra in particolare.

Il rapporto tra misura di sicurezza come *extrema ratio* e Rems non ha ancora trovato una convincente soluzione. Molti pensano che l'Opg sia stato sostituito dalla Rems e non dal sistema di welfare di comunità, di cui fa parte il DSM nell'ambito del quale opera la Rems. Una visione quest'ultima che implica anche la necessità di costruire in modo altamente personalizzato, misura giudiziaria e percorso di cura, secondo una logica che metta al centro la persona nella comunità e non gli automatismi giudiziari o le cure standard. In questa ottica è essenziale che nei dispositivi si preveda che fin da subito la persona con misure di sicurezza detentiva possa utilizzare tutti gli strumenti di cura e abilitazione del Dipartimento di Salute Mentale e non quelli della sola Rems, di per sé assai limitati. Quindi la misura di sicurezza detentiva deve essere presso il "Dipartimento di Salute Mentale al cui interno opera la Rems". Ciò sarebbe un effettivo passo avanti nel senso dell'applicazione della legge 81/2014 e potrebbe essere realizzato nell'ambito di una revisione delle prassi giudiziarie che ancora in larga misura sono quelle vigenti al tempo dell'Opg. A partire dai quesiti peritali nei quali porre come obbligatorio il contatto e la collaborazione con il DSM competente per territorio alla relazione con la persona con la quale la giustizia deve sviluppare il proprio "patto".

Le buone pratiche secondo le stesse indicazioni del Consiglio Superiore della Magistratura e devono trovare, magari attraverso una Consensus Conference nazionale, un'ampia condivisione e una puntuale applicazione in tutte le regioni.

Questo implica anche passare ad una diversa concezione della posizione di garanzia dello psichiatra al quale non solo va riconosciuto l'umana impossibilità di prevedere e prevenire le condotte di altre persone ma al quale va attribuito "il privilegio terapeutico", garantito da forme di responsabilità istituzionali, in relazione alla grave difficoltà del compito assegnatogli.

Sarebbe un grande passo avanti riportare il medico in un alveo di cura abolendo larga parte degli obblighi di referto (eccetto i minori ecc.) che non solo appaiono del tutto superati ma poco efficaci sia per la cura che per la sicurezza. Se un controllo sanitario deve esservi questo va reso esplicito, chiaro al cittadino che potrà vedere come affrontarlo, ma non deve essere fondato sul sospetto, su un'idea di tutela dell'ordine pubblico degli anni Trenta del secolo scorso.

Se sul piano legislativo l'obiettivo resta il superamento della non imputabilità, pericolosità sociale e misure di sicurezza, altri cambiamenti magari minori possono essere molto utili. Mi riferisco all'abolizione delle norme del codice penale e di procedura penale e legali che permettono oggi di adottare le misure di sicurezza provvisorie in Rems. Scenari immaginari? Può darsi. Se nella realtà e nel clima politico attuale dovesse avanzare la richiesta anche implicita di fare diventare le Rems strutture chiuse e fortemente custodiali o si dovesse pensare a ridare vita agli Opg o di cambiare la 180 nell'erronea convinzione recentemente propagandata che vi siano in giro malati mentali pericolosi, saremmo di fronte ad un inaccettabile tentativo del potere di asservire ai suoi scopi la psichiatria!



# Salute mentale in carcere: l'incerto destino dei rei folli

Katia Poneti\*

## La malattia mentale in carcere

Le patologie psichiatriche sono la maggior causa di malattia in carcere<sup>1</sup>. Le condizioni patologiche si manifestano durante la detenzione, in un tempo successivo alla commissione del reato, facilitate nel loro manifestarsi proprio dalla condizione detentiva. Perché il carcere, come struttura e istituzione, è un luogo patogeno, che sviluppa in vere e proprie malattie le precarie condizioni di salute possedute dal detenuto al suo ingresso<sup>2</sup>. La sofferenza psichica nello stato detentivo si manifesta a vari livelli, spesso generata dal turbamento dei ritmi naturali di vita imposto dalla detenzione: molti detenuti per esempio utilizzano psicofarmaci per riuscire a dormire, perché un giorno dopo l'altro passato in cella, senza fare niente di percepito come significativo, porta via anche il sonno<sup>3</sup>. Anche la privazione sessuale, specie in soggetti giovani, è causa di squilibri<sup>4</sup>. In carcere infatti la diffusione e l'intensità delle malattie è più elevata rispetto alla popolazione libera, portando con sé con un aumento di pena corporale, che si aggiunge alla privazione della libertà<sup>5</sup>. Ma le condizioni patologiche si manifestano durante

---

\*) Ringrazio Franco Corleone, Giulia Melani e Sofia Ciuffoletti per aver letto una versione precedente di questo testo e per i loro preziosi suggerimenti.

- 1) A livello nazionale le malattie che affliggono maggiormente i detenuti sono quelle psichiche (41,3%), seguite da quelle dell'apparato digerente (14,5%) e dalle infettive e parassitarie (11,5%). In Toscana i disturbi psichici riguardano il 30,1% dei detenuti visitati, mentre quelli dell'apparato digerente il 9,7% e le malattie infettive e parassitarie l'11,4%. Si veda Agenzia Regionale di Sanità della Toscana, *La salute dei detenuti in Italia: i risultati di uno studio multicentrico*, aprile 2015, pp. 58-59, 99, 113 e 137.
- 2) E. Santoro, *Carcere e società liberale*, 2° edizione, Giappichelli, Torino, 2004, p. 69 ss.; F. Ceraudo, *Principi fondamentali di medicina penitenziaria*, AMAPI, Pisa 1988, p. 149.
- 3) D. Gonin, *La santé incarcérée. Médecine et condition de vie en détention*, L'Archipel, 1991, trad. it., *Il corpo incarcerato*, Gruppo Abele, Torino 1994.
- 4) D. Clemmer, *La comunità carceraria*, in E. Santoro, *Carcere e società liberale*, 2° edizione, Giappichelli, Torino, 2004, p. 210 ss.; F.M. Battisti, e M. Santilli, *Jail Tolerant Scale*, in M. Esposito (a cura di), *Malati in carcere. Analisi dello stato di salute delle persone detenute*, Franco Angeli, Milano 2007, p. 249 ss.
- 5) M. Esposito, *La ricerca internazionale sulle patologie dei detenuti*, in Esposito, M. (a cura di), *Malati in carcere. Analisi dello stato di salute delle persone detenute*, Franco Angeli, Milano 2007, p. 21 ss.

la detenzione anche perché il carcere, come luogo di radicamento dei presidi sanitari, offre in certi casi per la prima volta la possibilità di avere le diagnosi e le cure necessarie ad affrontare patologie pregresse, già esistenti ma mai diagnosticate e curate<sup>6</sup>, vuoi per la carenza dei servizi territoriali vuoi per la situazione di povertà in cui versano alcuni detenuti, poco attenta alla cura e al perseguimento della salute.

Tra i numerosi sofferenti psichici in stato di detenzione, alcuni arrivano a manifestare condizioni di malattia di una certa intensità, tali da rendere difficile o impossibile la prosecuzione della detenzione ordinaria. Si tratta dei cosiddetti *rei folli*.

## I rei folli nella disciplina del Codice penale

Tra gli autori di reato con patologia psichiatrica, il Codice penale ha distinto in modo netto la condizione di coloro che manifestano una patologia psichiatrica al momento del fatto-reato, patologia che li rende incapaci d'intendere e volere e dunque li fa assolvere e però sottoporre a misura di sicurezza perché ritenuti pericolosi (i cosiddetti *folli rei*), da coloro che vengono condannati, in quanto giudicati sani di mente, e che manifestano la patologia durante la detenzione (i cosiddetti *rei folli*). Al primo caso segue l'assoluzione per incapacità di mente, accompagnata dall'applicazione della misura di sicurezza; al secondo caso segue la condanna e la detenzione in carcere, che può essere sostituita in base all'art. 148 dal ricovero in manicomio giudiziario. Tuttavia, la distinzione così netta fatta propria dal Codice penale si ricomponeva nella comune destinazione finale che attendeva le due categorie di soggetti: il manicomio giudiziario, rinominato con la riforma penitenziaria del 1975 ospedale psichiatrico giudiziario. Questa forma di manicomio dedicato ai criminali accoglieva i malati di mente in ragione della loro malattia, e il momento dell'insorgenza di essa, prima o dopo il fatto-reato, si perdeva nella storia personale di ognuno, una memoria del passato, restando rilevante solo al fine, pur non banale, della possibilità di uscita dall'istituzione: certa per chi era condannato, incerta per chi era destinatario di misura di sicurezza<sup>7</sup>.

## La riforma della sanità penitenziaria e il superamento degli Ospedali psichiatrici giudiziari

Le cose sono cambiate con la riforma della sanità penitenziaria e con quella volta al superamento degli Opg, che, seppur con limiti e incompletezze, hanno voluto allontanarsi dalla logica manicomiale<sup>8</sup>.

6) *Ibid.*

7) Per la precisione il fine pena non era certo neanche per il condannato fino alla sentenza della Corte Costituzionale n.146/1975, che ha dichiarato illegittima la sospensione della pena come conseguenza del trasferimento in manicomio giudiziario.

8) Si vedano F. Corleone (a cura di), *Manicomi criminali. La rivoluzione aspetta la riforma*, numero monografico della rivista "Quaderni del Circolo Rosselli", 1/2018, fascicolo 130; D. Piccione, *Il metodo dell'integrazione dei saperi e i nuovi scenari del trattamento dell'infermo di mente autore di reato*, in F. Corleone, *Relazione Semestrale sulle attività svolte dal Commissario unico per il superamento*

La riforma, che ha attuato il passaggio della sanità penitenziaria dalla competenza del Ministero della Giustizia a quella del Ministero della salute, e da lì alle Regioni, processo iniziato con la delega legislativa (L.419/98) e il decreto delegato (D.Lgs. 230/99), ha segnato un passaggio epocale per il diritto alla salute delle persone detenute. La riforma ha generato un cambiamento di prospettiva nel guardare alla salute dei detenuti, riportandoli all'interno della più generale categoria dei cittadini; alla quale ha altresì parificato la categoria degli stranieri, anche se privi di permesso di soggiorno (art. 1, co. 5, D.Lgs. 230/99). La piena attuazione di questa riforma, è uno dei compiti che il legislatore, il mondo penitenziario e le Regioni hanno ancora davanti.

Si è affermato il diritto alla salute dei detenuti in modo paritario e senza discriminazioni rispetto ai cittadini liberi, in armonia con gli articoli 3 e 32 della Costituzione italiana, nonché con le raccomandazioni del Comitato europeo per la prevenzione della tortura e del Consiglio d'Europa.<sup>9</sup> Si sono adottati principi di organizzazione conformi a quanto indicato dalle Organizzazione Mondiale della Sanità<sup>10</sup>, come il principio di equivalenza dello standard di cura tra interno e esterno del carcere e il principio di gestione unica dei presidi sanitari interni ed esterni, con mobilità e passaggio di personale e competenze nelle due direzioni: dalla comunità esterna al mondo carcerario e viceversa.

Il cambiamento di prospettiva operato con questa riforma, che riporta il mondo carcerario nel mondo esterno, almeno per quanto riguarda la tutela della salute, è un elemento generatore di mutamenti in tutta l'organizzazione della sanità penitenziaria e nel trattamento del detenuto in relazione al suo diritto alla salute, che deve essere attuato nel rispetto dei principi previsti dalla Costituzione.

Uno dei frutti della nuova prospettiva sulla salute dei detenuti è stato il percorso volto al superamento degli Opg, che ha avuto inizio con il DPCM 1° aprile 2008, di attuazione della riforma sulla sanità penitenziaria<sup>11</sup>, che nel suo Allegato C ha dettato le "Linee di indirizzo per gli interventi negli ospedali psichiatrici giudiziari (Opg) e nelle case di cura e custodia". E poi è proseguito con le Leggi 9/2012 (di conversione del Decreto-Legge 211/2011) e 81/2014 (di conversione del Decreto-Legge 52/2014) con le quali sono state istituite le Residenze per l'esecuzione delle misure di sicurezza (Rems), caratterizzate dalla prevalente finalità di cura: i luoghi a cui sono destinati coloro che sono dichiarati incapaci e pericolosi, quindi assolti e sottoposti a misura di sicurezza. Non è corretto tuttavia dire che le Rems hanno sostituito gli Opg, in quanto le nuove strutture sono state indicate dalle legge come *extrema ratio* nel trattamento del folle reo,

---

degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari, febbraio – agosto 2016, p. 62.

9) European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (CPT), 3<sup>rd</sup> General report on the CPT's activities, covering the period 1 January to 31 December 1992, Strasbourg, 4 June 1993, punti 38-40; Comitato dei Ministri del Consiglio d'Europa, Raccomandazione n. R(98)7 sugli aspetti etici e organizzativi della salute in carcere, punti 10-11.

10) WHO, *Health in prisons. A WHO guide to the essentials in prison health*, 2007, p. 7 ss.

11) DPCM 1° aprile 2008 "Modalità e criteri per il trasferimento al Servizio sanitario nazionale delle funzioni sanitarie, dei rapporti di lavoro, delle risorse finanziarie e delle attrezzature e beni strumentali in materia di sanità penitenziaria".

ovvero come provvedimento da adottare quando altri, meno restrittivi della libertà personale, come la libertà vigilata con prescrizioni terapeutiche, siano inadeguati a far fronte alla pericolosità del soggetto (art. 3-ter, co. 4, del DL 211/2011, convertito in L. 9/2012, come modificato dall'art. 1 del DL 52/2014, convertito in L. 81/2014). Questa disposizione, e le altre che hanno delineato il nuovo sistema delle Rems,<sup>12</sup> hanno dato l'opportunità di configurare un sistema aperto al territorio, in cui all'opzione custodiale si arrivi solo dopo aver vagliato ed escluso soluzioni che privilegino la cura in luoghi aperti, o semiaperti.

Punti di riferimento di principio di questi mutamenti normativi sono state le sentenze della Corte Costituzionale che, negli anni 2003 e 2004, hanno affermato come la tutela del diritto alla salute sia il valore preminente da tenere in considerazione quando si decide in materia di misure di sicurezza per gli infermi di mente: la Corte ha evidenziato il valore terapeutico delle misure di sicurezza per infermi di mente, anche di quelle provvisorie, che non devono essere più intese come rivolte prevalentemente a garantire la sicurezza, ma piuttosto la salute della persona a cui sono applicate, nel necessario bilanciamento degli interessi costituzionalmente protetti.<sup>13</sup>

12) Due esempi che hanno voluto rompere con note prassi sviluppate negli Opg: l'introduzione della durata massima della misura di sicurezza, volta a chiudere con la prassi delle proroghe senza fine della misura, che divenivano "ergastoli bianchi", e l'esclusione dalla base di giudizio in tema di pericolosità sociale della mancanza di programmi terapeutici individuali, volta anch'essa a rompere con la prassi delle continue proroghe, dovute, spesso, alla carenza di presa in carico da parte dei servizi territoriali, che non formulavano programmi adeguati, piuttosto che allo stadio raggiunto nel miglioramento del soggetto sottoposto a misura di sicurezza (DL 52/2014, conv. in L. 81/2014, art. 1, co. 1 e 1-quater).

13) Si tratta delle sentenze della Corte Costituzionale nn. 253/2003, 367/2004 e 208/2009. Con la sentenza n. 253/2003 la Corte ha giudicato sulla legittimità costituzionale dell'art. 222 del Codice penale alla luce degli artt. 3 e 32 Costituzione e ha ribadito che le misure di sicurezza nei confronti dell'infermo di mente si muovono tra le due polarità della cura e tutela dell'infermo e del contenimento della sua pericolosità e rispondono a entrambe le finalità. A partire da tale considerazione ha affermato l'incostituzionalità del rigido automatismo che imponeva al giudice di applicare la misure dell'ospedale psichiatrico giudiziario "anche quando una misura meno drastica, e in particolare una misura più elastica e non segregante come la libertà vigilata, che è accompagnata da prescrizioni imposte dal giudice, di contenuto non tipizzato (e quindi anche con valenza terapeutica), idonee ad evitare l'occasione di nuovi reati" (art. 228, secondo comma, c.p.), appaia capace, in concreto, di soddisfare contemporaneamente le esigenze di cura e tutela della persona interessata e di controllo della sua pericolosità sociale". Il principio che svolge un ruolo cardine nel ragionamento della Corte è quello, già affermato nella sua precedente giurisprudenza, secondo il quale "le esigenze di tutela della collettività non potrebbero mai giustificare misure tali da recare danno, anziché vantaggio, alla salute del paziente", da cui deriva che la misura dell'ospedale psichiatrico giudiziario non sarebbe legittima se nuocesse alla salute dell'infermo, nemmeno per rispondere a tali esigenze della collettività. La Corte rileva l'inerzia del legislatore e la necessità di un ripensamento dell'intero sistema delle misure di sicurezza, e conclude che nell'ambito dell'attuale sistema il giudice debba poter adottare la misura "che in concreto appaia idonea a soddisfare le esigenze di cura e tutela della persona, da un lato, di controllo e contenimento della sua pericolosità sociale dall'altro lato". La sentenze nn. 367/2004 e 208/2009 hanno ribadito il principio riguardo alle misure di sicurezza provvisorie e alla misura della casa di cura e custodia.

## L'incertezza sul percorso trattamentale per i rei folli e le articolazioni psichiatriche penitenziarie

I detenuti con patologia psichiatrica sopravvenuta durante la detenzione, quelli rientranti nell'art. 148 c.p., sono invece rimasti ai margini del percorso di superamento degli Opg: tali tipologie di malati sono stati lasciati in disparte nell'architettura della riforma, quasi come se non se ne fosse considerata l'importanza, anche numerica. Infatti, mentre il DPCM 1° aprile 2008, All. C, aveva chiara la composizione eterogenea della popolazione internata negli Opg su cui andava a intervenire, tanto che faceva una ricognizione delle diverse categorie giuridiche sotto cui era ricondotta, nelle leggi successive che hanno approvato la riforma volta al superamento degli Opg non si è fatto cenno alla condizione dei detenuti con patologia psichiatrica sopravvenuta.

Nel DPCM 1° aprile 2008, si diceva che il successo del programma specifico per gli Opg era "connesso alla realizzazione delle azioni indicate per la tutela della salute mentale negli istituti di pena", in particolare attraverso l'attivazione di sezioni specializzate all'interno degli istituti e "destinate agli imputati o condannati con infermità psichica sopravvenuta nel corso della pena detentiva che non comporti l'applicazione provvisoria della misura di sicurezza del ricovero in ospedale psichiatrico giudiziario o l'ordine di ricovero in Opg o in casa di cura e custodia"<sup>14</sup>, con esclusione quindi dei casi in cui l'infermità comportasse l'ordine di ricovero in Opg, ovvero i casi rientranti nell'art. 148 c.p. Più avanti nel testo, tra le azioni previste dal decreto, vi è quella di "[r]iportare nelle carceri di provenienza i ricoverati in Opg con disturbi psichici sopravvenuti durante l'esecuzione della pena. Questa azione è resa possibile solo dopo l'attivazione delle sezioni di cura e riabilitazione, all'interno delle carceri"<sup>15</sup>.

La posizione dei condannati con infermità sopravvenuta era stata dunque definita dal DPCM 1° aprile 2008 in modo, almeno parzialmente<sup>16</sup>, contraddittorio: da un lato alle sezioni specializzate venivano destinati i detenuti, imputati o condannati con infermità sopravvenuta, tranne i destinatari di ordine di ricovero in Opg, in forza della disposizione dell'art. 148 c.p.; dall'altro si prevedeva, al fine di realizzare la chiusura degli Opg, di trasferire negli istituti penitenziari coloro che fossero stati ricoverati in Opg a seguito di infermità mentale sopravvenuta durante l'esecuzione della pena, senza nessuna specificazione. Per interpretare queste norme in modo non contraddittorio i detenuti a cui è applicato l'art. 148 c.p. non dovrebbero essere compresi nella categoria dei detenuti presenti in Opg, da riportare in carcere.

Il trattamento del reo folle mancava sostanzialmente di un progetto, di un'idea di riforma complessiva e lasciava spazio al pragmatismo per gestire, attraverso i trasferimenti nei penitenziari, l'eterogeneità del mondo rinchiuso nell'Opg, allo scopo di rendere operative le nuove strutture dedicate alle misure di sicurezza. Il reo folle è in qualche

14) DPCM 1° aprile 2008, "Premessa".

15) Ivi, "Le azioni".

16) Per quanto riguarda i detenuti da sottoporre a osservazione psichiatrica non vi è invece contraddizione, in quanto già il Regolamento di esecuzione dell'ordinamento penitenziario DPR 230/2000 prevede che le osservazioni vengano svolte negli istituti penitenziari, anche in apposite sezioni (art. 112).

modo il negativo, l'ostacolo da rimuovere, rispetto al nuovo sistema delle Rems; non è invece preso in considerazione in positivo, con una disciplina specificamente dedicata alla salute mentale dei detenuti.

Vari accordi raggiunti nell'ambito della Conferenza Unificata Stato-Regioni negli anni successivi al 2008 hanno tracciato il percorso di attuazione della riforma della sanità penitenziaria, specificando anche alcuni punti del percorso di superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari. In maniera funzionale alla chiusura degli Opg, si sviluppava per i condannati con problemi mentali, la strada della detenzione in carcere, in sezioni speciali per malati psichiatrici, denominate articolazioni psichiatriche penitenziarie, da istituirsi in base all'art. 65 dell'Ordinamento penitenziario, che prevede la possibilità per l'Amministrazione penitenziaria di creare speciali sezioni detentive per i "soggetti affetti da infermità o minorazioni fisiche o psichiche". Si tratta nello specifico degli Accordi n. 81/CU del 26/11/2009, n. 95/CU del 13/10/2011, n. 3/CU del 22/01/2015. Da tali disposizioni emerge la chiara indicazione che i soggetti non sottoposti a misura di sicurezza siano reclusi negli istituti penitenziari, rendendo questi idonei a soddisfare le esigenze di cura, attraverso la realizzazione di sezioni specializzate psichiatriche.

Mentre l'accordo del 2009 aveva operato una ricognizione delle strutture esistenti nell'ambito della sanità penitenziaria, utilizzando la vecchia classificazione del Ministero della Giustizia e le relative tipologie delle strutture sanitarie, tra le quali sono compresi i "Servizi/sezioni/reparti di psichiatria (minorati psichici ed osservazione)"<sup>17</sup>, il successivo accordo del 2011, constata come l'indisponibilità di idonee strutture per la salute mentale in carcere renda di fatto non praticabile nessun percorso alternativo all'Opg per i soggetti con infermità psichica sopravvenuta o in fase di accertamento. A partire da questa considerazione l'accordo prevede che ogni regione e provincia autonoma attivi, in almeno un istituto sul suo territorio, o preferibilmente in quello di ciascuna Asl, una specifica sezione destinata alla tutela intramuraria della salute mentale. Tale articolazione dovrà assicurare l'espletamento delle osservazioni all'interno degli istituti (art. 112 DPR 230/2000) e ospitare condannati con infermità psichica sopravvenuta durante l'esecuzione della pena, o condannati a pena diminuita per vizio parziale di mente, evitando il loro invio in Opg o in CCC (art. 111, co. 5 e 7 DPR 230/2000). In coerenza a tale disposizione l'Amministrazione penitenziaria non deve disporre più invii in Opg per le osservazioni.

Con il successivo Accordo n. 3/CU del 22/01/2015, che detta le linee guida sulle modalità di erogazione da parte delle Regioni dell'assistenza sanitaria negli istituti penitenziari per adulti, si opera un ampliamento dei destinatari delle sezioni psichiatriche, richiamando espressamente tutte le categorie di soggetti con patologia psichiatrica, tranne quelli sottoposti a misura di sicurezza. Al punto 3.2., si richiama il precedente

---

17) Dalla ricognizione emergeva che era attiva una sola sezione per minorati psichici (ex art. 65 O.P.), che si trovava nella C.R. di Rebibbia. Si affermava la necessità di dare una giusta collocazione giuridica e funzionale a questo tipo di strutture, e di trovare una collocazione appropriata ai minorati psichici, che di fatto si trovavano negli Opg. Erano poi in funzione i reparti di osservazione psichiatrica (ex art. 112, co. 1, DPR 230/2000), realizzati nelle carceri di Monza, Tornio, Bologna, Firenze, Roma Rebibbia, Reggio Calabria, Palermo, Cagliari, Livorno, Napoli. Reparti approntati, ma non ancora aperti, si trovavano a Verona, Piacenza e Lanciano.

Accordo del 2011, e si ribadisce che “in tali sezioni gli interventi diagnostici e terapeutico riabilitativi sono assicurati dai dipartimenti di salute mentale delle Aziende sanitarie territorialmente competenti, oltre che dagli specialisti del Servizio” e si specifica che i soggetti che devono essere inseriti in dette sezioni, “che comprendono e unificano le preesistenti sezioni penitenziarie per osservandi e ‘minorati psichici”, sono i “soggetti detenuti che presentano disturbi psichici gravi, con specifico riferimento ai soggetti di cui all’articolo 111 (commi 5: imputati e condannati con infermità psichica sopravvenuta che non comporti applicazione di misura provvisoria o ordine di ricovero in Opg o CCC; e comma 7: condannati a pena diminuita per vizio parziale di mente) del DPR 230/2000 sull’ordinamento penitenziario, ai soggetti di cui all’articolo 112 del DPR medesimo ed ai soggetti di cui all’art. 148 CP”.

Questa *soft law* formata dalle regole di attuazione dettate negli Accordi Stato-Regioni ha mano a mano esteso l’area di competenza delle articolazioni psichiatriche penitenziarie, inglobando tra i soggetti destinatari anche i detenuti in esecuzione pena ex art. 148 c.p. Soluzione che però non è rispettosa della riserva di legge stabilita dall’art. 13 Cost. a tutela della libertà personale, secondo la quale i modi di privazione della libertà, e il regime previsto dal 148 è uno di questi, devono essere disciplinati da norme dettate con legge. La Corte di Cassazione e il Tribunale di Messina sono intervenuti sulla materia prospettando soluzioni differenti (su cui si veda il paragrafo 7).

Tuttavia, non sarebbe certo auspicabile invocare un ritorno all’impostazione precedente, per esempio inviando i detenuti ex art. 148 in Rems, a seguito della chiusura dell’Opg. Si ricostituirebbe in tal modo quell’insieme eterogeneo di malati reclusi che popolava l’Opg, e si tornerebbe indietro verso la vecchia concezione manicomiale.

## Alcune esperienze applicative delle articolazioni psichiatriche penitenziarie

E così, chiusi finalmente gli ospedali psichiatrici giudiziari<sup>18</sup>, è emersa in modo evidente la mancanza di un’indicazione chiara e legittima sul percorso che i *rei folli* dovevano seguire. Un’indicazione chiara si aveva, ovvero quella di realizzare negli istituti penitenziari delle sezioni speciali per detenuti con patologie psichiatriche. Ma non era un’indicazione adottata in modo legittimo, provenendo da una norma inserita in un Accordo Stato-Regioni e non in una legge dello Stato, unica tipologia di atto normativo in grado di incidere in modo legittimo sulla libertà personale (ex art. 13 Costituzione), e restando così in vigore l’art. 148 c.p. con l’indicazione del ricovero in manicomio giudiziario (ora abolito) come risposta all’insorgenza di patologia psichiatrica in ambito detentivo. Manca anche una definizione normativa sui requisiti che le articolazioni psichiatriche dovrebbero avere: a parte l’indicazione che gli interventi diagnostici e terapeutico riabilitativi sono assicurati dai dipartimenti di salute mentale, non si hanno regole su come, e da chi, la sezione deve essere gestita, e su come deve essere organizzata spazialmente (arredamento, letti, bagni). Non si hanno soprattutto indicazioni sui trattamenti sanitari

<sup>18</sup>) Ricordiamo che l’ultimo Opg, quello di Montelupo Fiorentino (FI) è stato chiuso nel febbraio 2017, a seguito dell’intervento del Commissario governativo per la chiusura degli Opg Franco Corleone.

che vi possono essere effettuati e sui livelli essenziali di assistenza a cui devono attenersi.

Nel caos derivante dall'incertezza delle norme e nella necessità di far fronte ai casi concreti, che senza più l'Opg sono diventati più visibili, sono state adottate soluzioni "fantasiose". Una delle prime è stata quella della "truffa delle etichette", ovvero del chiamare come articolazione psichiatrica penitenziaria una sezione detentiva che non presentava niente di sostanzialmente differente rispetto alle sezioni ordinarie, né di adeguato alla cura della malattia psichiatrica. Un caso di questo tipo si è verificato al carcere Dozza di Bologna ed è stato portato davanti alla Magistratura di sorveglianza con il supporto dell'associazione L'altro diritto. L'Ufficio di Sorveglianza di Bologna, nell'accogliere il ricorso<sup>19</sup> perché la detenzione si era svolta in violazione degli artt. 13 e 32 Cost., ha stabilito che la sezione denominata "psichiatrica" non aveva niente di sanitario e che, poiché l'art. 148 richiede il ricovero in Opg o in ospedale psichiatrico civile, come forma differenziata di esecuzione della pena che non può proseguire in regime ordinario a causa dell'infermità sopravvenuta, doveva ritenersi, nel caso di specie, di assegnare la persona ricorrente a una struttura adeguata per la cura psichiatrica e la sicurezza, sita nel territorio nazionale, preferibilmente vicina al territorio di provenienza della ricorrente.

Una seconda soluzione è stata quella di creare un gran numero di articolazioni psichiatriche penitenziarie "cartacee", collocate, secondo il criterio degli Accordi Stato-Regioni, nei maggiori istituti penitenziari, e comunque almeno una per Regione. Tuttavia a questa geografia delineata negli atti amministrativi è corrisposta una realizzazione discrepante: alcune sezioni non sono ancora state realizzate, nonostante sulla carta ci siano da tempo, come quella nel carcere di Sollicciano. Il Commissario per la chiusura degli Opg nelle sue Relazioni ha messo in evidenza la discrepanza dei dati forniti dai diversi livelli dell'Amministrazione penitenziaria e tra il dato amministrativo e quello fattuale.<sup>20</sup> Anche il Garante Nazionale dei diritti delle persone detenute o private della libertà personale, che ha recentemente visitato le strutture della Sicilia orientale, ne ha messe in evidenza le criticità: "gravi ritardi nella messa a punto operativa delle articolazioni di salute mentale nelle carceri della Sicilia: mai aperta quella del Pagliarelli di Palermo e priva di un protocollo con l'azienda sanitaria competente quella del carcere di Barcellona Pozzo di Gotto".<sup>21</sup>

La Corte di Cassazione ha riportato, a fine 2017, la cifra di 38 sezioni, che risultano attivate in base ai dati del Dipartimento dell'Amministrazione penitenziaria, per una capienza complessiva di 500 posti letto.<sup>22</sup>

19) Ordinanza dell'ufficio di Sorveglianza di Bologna n. 2016/1782 del 6/7/2016, depositata in cancelleria in data 11/7/2016, pronunciata su ricorso ex art. 35 bis O.P.

20) Si veda la F. Corleone, *Seconda Relazione Semestrale sulle attività svolte dal Commissario unico per il superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari*, 19 agosto 2016 – 19 febbraio 2017, p. 47 ss.

21) Garante Nazionale dei diritti delle persone detenute o private della libertà personale, *Significative criticità nelle strutture per la salute mentale in Sicilia orientale*, Comunicato stampa del 9 luglio 2018

22) Corte di Cassazione, sezione I, n. 13382/2018, data udienza 23/11/2017, su cui per esteso il prossimo paragrafo 7.

Due luoghi sono però stati realizzati, non solo sulla carta, e accolgono un numero consistente di detenuti: Reggio Emilia e Barcellona Pozzo di Gotto. Riconvertendo i due ex Opg dismessi in sezioni detentive, sono state realizzate due articolazioni psichiatriche penitenziarie che ospitano i detenuti a cui è applicato l'art. 148 c.p. Questi luoghi, che concentrano e gestiscono il disagio mentale che sorge nei penitenziari, svolgono una funzione ambigua, in cui il principio di territorialità è applicato solo in parte. A luglio 2018, a Reggio Emilia, vi sono 47 presenti, dei quali solo 16 provengono dalla regione Emilia Romagna. A Barcellona Pozzo di Gotto vi sono 69 presenti, dei quali 53 sono residenti in Sicilia<sup>23</sup>. È importante notare che i detenuti presenti, ma non residenti sul territorio regionale sono, in entrambi i casi, stranieri o senza fissa dimora.

Sembra quindi che, più che di una non corretta territorializzazione della presa in carico sanitaria, si tratti di luoghi in cui si raccolgono le situazioni di disagio. Rafforza questa ipotesi il fatto che, in queste strutture, siano numerosi anche i cosiddetti "minorati psichici": categoria a cui fa riferimento l'art. 65 O.P., ma che non trova né definizione né disciplina nella legge. Si tratta di una qualificazione che viene attribuita dall'amministrazione penitenziaria, tramite l'atto dell'assegnazione all'articolazione penitenziaria, senza una norma di riferimento e un procedimento giurisdizionale, nel quale un magistrato vagli la situazione soggettiva della persona. A Reggio Emilia, sui 47 presenti, ben 34 sono qualificati come minorati psichici (i restanti sono: 10 in art. 148 c.p., 3 in osservazione). A Barcellona Pozzo di Gotto, sui 69 presenti, 43 sono minorati psichici (i restanti sono: 11 in art. 148 c.p., 11 in osservazione, 4 internati in attesa di Rems). A Barcellona sono presenti anche le donne, che sono 7 in tutto, delle quali 5 minorate psichiche e 2 in art. 148 c.p.

## La legge delega per la riforma dell'Ordinamento penitenziario

Di fronte a questo quadro che, per la sua poca chiarezza e ambiguità, rischia di mettere in discussione i risultati ottenuti con la riforma per il superamento degli Opg, è intervenuto il legislatore, che ha inserito sia il tema delle misure di sicurezza, sia quello della salute in carcere nella Legge delega per la riforma dell'Ordinamento penitenziario (Legge 103/2017). Per le misure di sicurezza la Legge delega prevedeva come criterio generale che le Rems fossero destinate in via prioritaria ai soggetti sottoposti a misura di sicurezza, mentre i condannati con infermità mentale sopravvenuta vi dovevano accedere solo se il trattamento loro riservato nelle sezioni penitenziarie non era adeguato. Questo dopo l'emendamento Mussini, che aveva aperto le Rems anche ai condannati con infermità sopravvenuta. Mentre la precedente versione destinava le Rems, coerentemente con l'impostazione complessiva della riforma della sanità penitenziaria, ai soli soggetti sottoposti a misura di sicurezza.

La legge inoltre delegava il governo a legiferare affinché le misure di sicurezza fossero riordinate e articolate in misure terapeutiche e di controllo, determinate nel massimo e tenendo conto della necessità di cura.

23) Dati richiesti dal Garante regionale dei diritti dei detenuti della Regione Toscana ai responsabili delle strutture.

Le Commissioni governative incaricate di attuare la delega avevano declinato la casistica in più misure di diversa intensità custodiale, a seconda della gravità del delitto commesso. Tra queste, il ricovero in Rems costituiva la misura più incisiva sulla libertà personale, mentre la libertà vigilata con prescrizioni sanitarie quella di media intensità, lasciando invece senza specifiche misure, ma con segnalazione al SPDC i casi più lievi, seguendo il modello delineato dal Tavolo I I degli Stati Generali dell'esecuzione penitenziaria. Lo schema di decreto inoltre, non aveva recepito l'indirizzo di aprire le Rems ai detenuti con sopravvenuta patologia psichiatrica, ma aveva mantenuto separati i due percorsi, come del resto indicato originariamente dalle linee guida sulla riforma della sanità penitenziaria concordate nella Conferenza Stato-Regioni.

Quanto alla salute in carcere individuava il criterio di rivedere le disposizioni dell'ordinamento penitenziario alla luce del riordino della medicina penitenziaria disposta dal D.Lgs. 230/1999, tenendo conto della necessità di potenziare l'assistenza psichiatrica negli istituti di pena (comma 85, lett. l). Le disposizioni elaborate dalle Commissioni governative riguardo alla salute in carcere avevano previsto di abrogare l'art. 148 c.p. e di assorbire il caso dell'infermità psichica sopravvenuta al condannato nell'art. 147, sottoponendo così l'infermità psichica alla medesima disciplina prevista per l'infermità fisica<sup>24</sup>. Questo avrebbe permesso di applicare al condannato infermo di mente la disciplina prevista dall'art. 47-ter, co. 1-ter, che si riferisce ai casi definiti negli artt. 146-147 c.p. e dunque, finora, alla sola malattia fisica, ma, con la modifica del 147 c.p., si sarebbe riferito anche a quella psichica. Inoltre, si prevedeva l'inserimento nell'ordinamento penitenziario di una nuova forma di affidamento in prova in casi particolari, modellato su quello previsto per i tossicodipendenti dall'art. 94 TU 309/90, e specificamente dedicato agli infermi di mente (art. 47-septies). Affidamento finalizzato a far sì che la persona detenuta con patologia psichiatrica uscisse dal carcere e fosse affidata ai servizi psichiatrici territoriali per potersi curare. Tale forma di affidamento, da eseguire secondo le modalità dell'affidamento in prova, doveva essere applicabile solo nei limiti di pena, anche residua, di sei anni (oppure di quattro anni se delitto 4-bis). Mentre la detenzione domiciliare ex art. 47-ter, co. 1-ter, si esegue al domicilio/struttura sanitaria e non sottostà a limiti di pena. Per la maggiore libertà che la misura nuova concedeva, la Commissione Pelissero, nella sua relazione illustrativa della proposta, riteneva che la nuova tipologia di affidamento fosse da preferire, quando possibile, alla detenzione domiciliare. La previsione dell'esecuzione della pena nelle articolazioni psichiatriche penitenziarie era inserita, in questo disegno, come residuale rispetto alla applicazione di una misura alternativa alla detenzione e al rinvio dell'esecuzione ex art. 147 c.p.: solo nel caso in cui nessuna di queste fosse stata applicabile si sarebbe trasferito il detenuto nella sezione psichiatrica penitenziaria.

In tal modo veniva delineata una nuova disciplina per il detenuto con infermità sopravvenuta, in cui la permanenza in carcere doveva configurarsi come residuale rispetto all'esecuzione della pena all'esterno. Ma, come si sa, i decreti preparati dalle Commissioni governative non sono stati approvati dal Consiglio dei Ministri, e così gran parte dell'elaborazione normativa compiuta è caduta nel nulla. Il termine per la loro appro-

24) Si veda il testo della bozza di decreto pubblicato in questo volume.

vazione, in scadenza il 4 agosto 2018, è stato prorogato dal nuovo governo fino al 3 ottobre, e è stato dato il via libera a una parte della riforma.

Il nuovo decreto, approvato con D.Lgs. 2 ottobre 2018, n. 123, nella parte riguardante la sanità, ha mantenuto l'adeguamento dell'ordinamento penitenziario ai principi del D.Lgs 230/1999. Tuttavia il decreto approvato vanifica quanto di più innovativo era stato previsto dello schema precedente, ovvero il potenziamento dell'assistenza psichiatrica in carcere: non sono più presenti le disposizioni che abrogano l'art. 148 c.p., equiparando il trattamento dell'infermità psichica a quella fisica, né quelle sulle sezioni psichiatriche penitenziarie. Soprattutto salta la previsione della nuova misura alternativa specifica per malati psichici. A questo punto, l'unica via di tutela dei detenuti con infermità psichica sopravvenuta sarà quella aperta dalla magistratura, a cui è dedicato il prossimo paragrafo.

## L'intervento della magistratura

Nel frattempo anche la magistratura è intervenuta, ponendo all'attenzione della Corte Costituzionale la questione della legittimità costituzionale non direttamente dell'art. 148 c.p., ma delle norme che permettono alle persone detenute affette da patologie fisiche di accedere alla detenzione domiciliare in luoghi di cura (artt. 146-147 c.p. e art. 47-ter, co. 1-ter O.P.), la cui ricostruzione, nell'interpretazione che si auspica dalla Corte, riverbera sulla complessiva disciplina a cui sottoporre i soggetti detenuti con patologia psichiatrica sopravvenuta. La Corte di Cassazione (sezione I, n. 13382/2018, data udienza 23/11/2017), da cui promana l'ordinanza di rimessione, domanda alla Corte Costituzionale se non sia da considerarsi illegittimo l'art. 47 ter, comma 1-ter, alla luce della disciplina riguardante la patologia psichiatrica, come ricostruita dopo l'intervento della legge del 2014 sul superamento degli Opg<sup>25</sup>.

La Corte di Cassazione, analizzando l'impatto della riforma sulle norme in esame, ricostruisce tale disciplina come caratterizzata da un vuoto normativo, derivante dall'abrogazione tacita dell'art. 148 c.p. ad opera della Legge del 2014, che avendo stabilito la chiusura degli Opg e destinato le Rems all'esecuzione delle misure di sicurezza, e non avendo fatto parola dei detenuti con patologia psichiatrica sopravvenuta, avrebbe reso inapplicabile l'art. 148. Tale abrogazione si traduce in un vuoto di tutela per il detenuto con patologia psichiatrica che, contrariamente al detenuto con patologia fisica, non può accedere alla sospensione della pena e alla detenzione domiciliare in luogo di cura. I principi e le norme chiamati in causa sono gli artt. 2, 3, 27 e 32 della Costituzione: la dignità della persona, l'uguaglianza, il divieto di pene contrarie al senso di umanità e il principio della rieducazione, nonché il diritto alla salute. Anche l'art. 3 della Convenzione EDU, che vieta la tortura e i trattamenti inumani e degradanti, è richiamato per il tramite dell'art. 117 Costituzione. Il giudizio è attualmente pendente presso la Corte Costituzionale (atto 101/2018) e l'udienza non è stata ancora calendarizzata.

La Corte ha anche sottolineato come l'art. 65 dell'O.P. non sia una sufficiente base giuridica per il trattamento dei detenuti con patologia psichiatrica sopravvenuta, ma

25) Si veda il testo pubblicato in questo volume.

costituisca piuttosto un “regresso trattamentale”:<sup>26</sup> attribuendo all’amministrazione penitenziaria il potere di organizzare sezioni speciali e di allocarvi determinate categorie di detenuti, ma non prevedendo nessuna verifica giurisdizionale a tutela del detenuto oggetto di tale assegnazione riguardo all’idoneità del trattamento. La Corte rinviene in tale procedura il rischio di una sostanziale de-giuridificazione della materia.

Nelle more del pronunciamento della Corte Costituzionale anche la Magistratura di Sorveglianza è intervenuta sulla materia, con un’applicazione diretta di quanto dalla Corte di Cassazione auspicato. Il Tribunale di Sorveglianza di Messina ha infatti, con una recente ordinanza (28 febbraio 2018), ritenuto non più applicabile l’art. 148 c.p. in quanto implicitamente abrogato, e ha applicato direttamente l’art. 47-ter, comma 1-ter, operando tramite analogia *legis*, non rientrando in questo caso nel divieto di analogia in ambito penale poiché analogia *in bonam partem*, che salvaguarda il *favor libertatis*<sup>27</sup>. Ha così concesso la detenzione domiciliare a un detenuto con infermità mentale sopravvenuta che versava in condizioni di incompatibilità con lo stato di detenzione.

Si è cercato fin qui di tratteggiare il quadro del trattamento del *reo folle* al momento attuale in cui, pendente il giudizio davanti alla Consulta, e in attesa di capire se l’ordinanza del Tribunale di Messina diverrà un precedente rilevante, con la scelta di non esercitare la delega legislativa relativamente all’assistenza psichiatrica negli istituti di pena, si aspetta di capire quali saranno le norme che resteranno in vigore, e quali saranno modificate. In questo momento di attesa si possono indicare alcuni punti critici e dare alcune indicazioni nella prospettiva di una riforma organica della sanità penitenziaria.

### **Amministrativizzazione e de-giurisdizionalizzazione nel collocamento del detenuto qualificato come art. 148 c.p. nelle articolazioni psichiatriche penitenziarie.**

Come si è visto, la norma che è restata salda nel processo di superamento degli Opg è l’art. 65 dell’Ordinamento Penitenziario, inserito nel Titolo II relativo all’organizzazione penitenziaria. L’art. 65 prevede la possibilità di istituire apposite sezioni penitenziarie dedicate a detenuti con specifiche problematiche di salute, tra cui quelle psichiche. A tali istituti o sezioni speciali, recita l’art. 65, devono essere assegnati “i soggetti affetti da infermità o minorazioni fisiche o psichiche”. Il secondo comma poi prosegue dicendo che a tali istituti o sezioni “sono assegnati i soggetti che, a causa delle loro condizioni, non possono essere sottoposti a regime negli istituti ordinari”. La categoria di persone destinate nelle sezioni speciali è dunque definita in base alla capacità di adeguarsi al regime penitenziario ordinario, capacità determinata dalle loro condizioni, ma non meglio definita.

L’art. 65, come evidenzia la sua collocazione sistematica, è una norma di organizzazione penitenziaria. Le assegnazioni alle articolazioni psichiatriche penitenziarie consistono, di conseguenza, in provvedimenti dell’Amministrazione penitenziaria, al pari degli atti con i quali i detenuti sono trasferiti da un istituto a un altro. Si tratta di una procedura am-

26) Ivi, punto 7.1.

27) Si veda il testo pubblicato in questo volume.

ministrativa di assegnazione, di competenza dell'Amministrazione penitenziaria, nella quale il magistrato di sorveglianza non viene chiamato in causa<sup>28</sup>.

Leggendo l'art. 65 O.P. alla luce del processo di superamento degli Opg, esso rivela il non detto che faceva da sfondo alla gestione della sanità in carcere prima della riforma. Nel precedente paradigma la salute dei detenuti era percepita in primo luogo nella sua dimensione di interesse della collettività alla prevenzione e alla tutela contro la diffusione di malattie: esigenze di profilassi contro le malattie infettive, igiene pubblica e controllo sanitario della popolazione detenuta, sono richiamate più di una volta nell'art. 11 dell'O.P., che regola il servizio sanitario in carcere. Anche la sua dimensione individuale, come diritto del singolo, era ed è presente nell'art. 11, che fa riferimento alla possibilità per i detenuti di richiedere di essere visitati dal medico penitenziario, e anche di richiedere a proprie spese la visita di medici di fiducia. Tuttavia, il diritto alla salute delle persone detenute stentava a essere percepito nella sua pienezza, soprattutto quando entrava in contrasto con le esigenze organizzative del carcere, o richiedeva modalità specifiche di organizzazione, in quanto gli operatori destinati a garantirne l'attuazione, ovvero medici e altro personale sanitario, erano parte integrante dello staff penitenziario, cosa che rendeva di fatto impossibile opporsi alle dinamiche istituzionali.<sup>29</sup>

Nel nuovo paradigma, introdotto con la riforma della sanità penitenziaria, la salute dei detenuti è stata posta espressamente alla pari con quella dei cittadini liberi (art. 1 D.Lgs. 230/1999), rafforzando tale scelta con il passaggio del personale sanitario al servizio sanitario nazionale (DPCM 1° aprile 2008). Da tale principio discende la regola della parità nelle prestazioni dei servizi sanitari interni al carcere rispetto a quelli esterni, secondo gli standard definiti dai livelli essenziali di assistenza.

Il nuovo paradigma sottolinea che i principi in materia di diritto alla salute previsti in generale per la cittadinanza, devono valere anche all'interno del carcere. Infatti i diritti, come ha affermato più volte la Corte Costituzionale, non sono persi dal soggetto detenuto a causa del suo stato detentivo, se non nel minimo necessario per assicurare l'esecuzione della pena<sup>30</sup>. La privazione della libertà in forza della sentenza di condanna

28) Il magistrato di sorveglianza può intervenire con un controllo ex post, ex art. 35-bis O.P., .

29) Sulle dinamiche che si sviluppano nello staff di un'istituzione totale si può vedere il classico E. Goffmann, *Asylums. Essay on the Social situation of mental patients and other inmates*, Anchor Book, Doubleday & Company, New York 1961, trad. it. *Asylums. Le istituzioni totali: i meccanismi dell'esclusione e della violenza*, Einaudi, Torino 1970

30) Così Corte Costituzionale 114/1979: "è principio di civiltà giuridica che al condannato sia riconosciuta la titolarità di situazioni soggettive attive, e garantita quella parte di personalità umana, che la pena non intacca. Tale principio è accolto nel nostro ordinamento: nell'art. 27, comma terzo, Cost. è detto, anzitutto che "le pene non possono consistere in trattamenti contrari al senso di umanità" (considerato in diritto, punto 4). La Corte sviluppa poi, con le sentenze nn. 349 e 410/1993, il principio nel senso che dalla sussistenza di tali diritti dei detenuti deriva che gli atti dell'Amministrazione penitenziaria che incidono sul trattamento, pur essendo atti amministrativi di sua competenza, sono sottoposti al controllo del giudice ordinario, ovvero del giudice dei diritti: "una volta affermato che nei confronti dell'Amministrazione penitenziaria i detenuti restano titolari di posizioni giuridiche che per la loro stretta ineranza alla persona umana sono qualificabili come diritti soggettivi costituzionalmente garantiti, occorre conseguentemente riconoscere che la tutela giurisdizionale di dette posizioni, costituzionalmente necessaria ai sensi dell'art. 24 della Costituzione, non può che spettare al giudice dei diritti e cioè al giudice ordinario" (punto 3.5., Considerato in diritto).

non tocca tutti gli altri diritti del detenuto “il cui esercizio non è rimesso alla discrezionalità amministrativa preposta all'esecuzione della pena detentiva”<sup>31</sup>, che restano integri e devono quindi poter essere esercitati. Tra questi diritti, che non possono essere compresi dalla condizione di detenzione, vi è il diritto alla salute, inteso non solo come diritto a ricevere cure adeguate, ma anche come diritto ad autodeterminarsi in materia di cure a cui sottoporsi.<sup>32</sup>

A partire dalla piena parità tra detenuti e altri cittadini in relazione al diritto alla salute, si dovrebbe riflettere anche sulla valenza che assume l'assegnazione alle sezioni speciali psichiatriche, che sono un luogo chiuso in cui si curano le malattie mentali, collocato all'interno di un altro luogo chiuso, che è il carcere. In alcuni casi, quando la sezione è ricavata in un penitenziario, essa si trova materialmente all'interno del carcere, ma, anche quando la sezione è collocata in un edificio autonomo, come sono le sezioni di Reggio Emilia e Barcellona Pozzo di Gotto, essa si colloca comunque all'interno del penitenziario come riferimento istituzionale, come insieme di procedure e cultura di riferimento. Considerando che l'assegnazione alle sezioni è fatta in funzione dell'effettuazione di trattamenti sanitari, e considerati i principi che hanno portato alla chiusura dei manicomi e alla nuova prospettiva sulla salute mentale, divenuta norma generale con la Legge Basaglia, l'allocazione dovrebbe essere fatta tenendo conto di tali principi e dunque della volontà del detenuto, prendendo come modello di riferimento la presentazione volontaria in ospedale della persona che vuole essere curata. Questo per evitare che le ragioni del controllo vincano su quelle della cura. Nell'attuale quadro normativo invece, l'assegnazione alle sezioni è fatta con un provvedimento amministrativo dell'Amministrazione penitenziaria, che è sottoposto a controllo giurisdizionale successivo da parte del magistrato di sorveglianza, che vigila sul rispetto dei diritti dei detenuti ex art. 35-bis. Tuttavia, trattandosi di provvedimento amministrativo, manca in via generale un procedimento giurisdizionale che ne controlli preventivamente la legittimità, dal punto di vista dei suoi presupposti sanitari e giuridici, compresa l'esistenza del consenso del detenuto.

Una modalità per garantire che la volontà del soggetto detenuto sia effettivamente richiesta e presente è quello di renderla un presupposto dell'assegnazione alla sezione psichiatrica, da sottoporre al controllo del giudice. Ogni decisione in merito alla collocazione dei detenuti con problematiche di salute mentale dovrebbe essere sottoposta a procedimenti giurisdizionali, come sono quelli dettati dall'art. 148 e dall'art. 112 Reg

---

Il principio generale è ribadito dalla sentenza della Corte Costituzionale 26/1999 secondo il quale la detenzione non incide sul nucleo dei diritti fondamentali dell'uomo: “La dignità della persona (art. 3, primo comma, della Costituzione) anche in questo caso - anzi: soprattutto in questo caso, il cui dato distintivo è la precarietà degli individui, derivante dalla mancanza di libertà, in condizioni di ambiente per loro natura destinate a separare dalla società civile - è dalla Costituzione protetta attraverso il bagaglio degli inviolabili diritti dell'uomo che anche il detenuto porta con sé lungo tutto il corso dell'esecuzione penale, conformemente, del resto, all'impronta generale che l'art. 1, primo comma, della legge n. 354 del 1975 ha inteso dare all'intera disciplina dell'ordinamento penitenziario”. (punto 3.1.)

31) Ancora nello stesso senso C. Cost. 212/1997

32) Su cui più ampiamente si veda il paragrafo 10.

Att. O.P. Nelle norme vigenti, le decisioni in merito all'osservazione psichiatrica<sup>33</sup> e all'applicazione dell'art. 148 c.p.<sup>34</sup> sono sottoposte all'esame della magistratura; e l'art. 148 c.p., nella lettura successiva alla sentenza della Corte Costituzionale n. 146 del 1975, pur restando ancorato al sistema dell'Opg, può essere considerato una diversa modalità di esecuzione della pena, che mette in primo piano la dimensione della salute del detenuto.<sup>35</sup>

Si dovrebbe partire da qui, ovvero dalla previsione di una norma a tutela della salute mentale dei detenuti, attraverso una modalità differente di esecuzione della pena, sottoposta a piena giurisdizionalizzazione, per estendere a tutti i soggetti con patologia psichiatrica, comunque questa sia definita, la garanzia del diritto individuale alla salute. Le norme necessitano di essere modificate dal legislatore, o interpretate dalla giurisprudenza, in modo conforme ai principi della riforma della sanità penitenziaria, ma quello che si dovrebbe salvare dell'impostazione attuale è la previsione per legge di un percorso esecutivo specifico, mirato alla tutela della salute del detenuto, e la sottoposizione piena di questo percorso al potere di controllo sul rispetto dei diritti dei detenuti attribuito alla magistratura di sorveglianza.

Senza una visione organica della salute mentale in carcere e senza una norma di legge, che ridefinisca in modo coerente con lo spirito della riforma della sanità penitenziaria e del superamento degli Opg, le modalità esecutive della pena e il trattamento dei rei folli, l'art. 65 O.P., se lasciato a se stesso, rischia di operare in direzione opposta a tali principi, riproponendo le vecchie modalità del controllo, attraverso una completa amministrativizzazione della procedura e la degiurisdizionalizzazione di una parte significativa del trattamento<sup>36</sup>.

Dalle norme che disciplinano le modalità di esecuzione della pena per i detenuti con patologia psichiatrica non dovrebbero residuare ulteriori modalità di trattamento di fatto applicate alle patologie psichiatriche. Così si definirebbero tassativamente i modi in cui i soggetti detenuti sono assegnati in una struttura all'esterno, oppure in una se-

33) L'osservazione è disposta dall'autorità che procede nel caso degli imputati e dalla magistratura di sorveglianza nel caso dei condannati (art. 112 Reg. Att. O.P.) e non può durare più di trenta giorni, al termine di quali deve essere disposto il provvedimento ex art. 148 c.p. oppure il rientro nella sezione ordinaria.

34) Sui ricoveri ex art. 148 c.p. provvede con ordinanza il magistrato di sorveglianza (art. 69, co. 8, O.P.), su richiesta del pubblico ministero, dell'interessato, del difensore o d'ufficio (art. 678, 1° co. c.p.p.).

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

36) La Corte di Cassazione ha accennato a tali rischi nella sua ordinanza di rimessione alla Corte Costituzionale, sopra citata parlando di "manifesto 'regresso trattamentale'".

zione penitenziaria, e questi dovrebbero essere tutti controllati preventivamente dal giudice.

Tale visione dovrebbe poi tradursi in norme che disciplinano la posizione del detenuto con patologia psichiatrica immaginando un percorso chiaro per il suo trattamento, da svolgersi all'esterno del carcere. In tale visione le articolazioni psichiatriche penitenziarie avrebbero un ruolo residuale: utilizzate per gli accertamenti delle patologie e come collocazione di passaggio nel periodo in cui viene approntata la misura alternativa all'esterno. Punto centrale di tale percorso dovrebbe essere la volontà del detenuto di sottoporsi a trattamento sanitario, sia per quanto riguarda l'assegnazione a sezioni psichiatriche, sia per il trattamento all'esterno in misura alternativa. La piena giurisdizionalizzazione della procedura di applicazione di modalità alternative di esecuzione, nonché di assegnazione alla sezione dovrebbe completare il quadro delle garanzie, attraverso la predisposizione di un momento in cui, davanti al giudice si accerta la presenza della volontà del detenuto e l'adeguatezza del trattamento sanitario a cui nello specifico (anche in base alle caratteristiche della sezione) sarebbe sottoposto.

### **Amministrativizzazione e mancanza di giurisdizione ab initio per la figura del minorato psichico: un modo per gestire il disagio *hors la loi*?**

L'art. 65 O.P. prevede, tra i soggetti da destinare alle sezioni speciali, i minorati psichici, categoria che non trova nessuna definizione nella legge, né una disciplina specifica a cui sottoporre i soggetti così qualificati. Il secondo comma dell'art. 65 detta solo un criterio funzionale per assegnare i detenuti alle sezioni speciali, ovvero coloro che, per le loro condizioni, non possono essere sottoposti a regime negli istituti ordinari. Inoltre, e diversamente dai casi degli accertamenti delle infermità psichiche (art. 112 Reg. Att. O.P.) e dell'applicazione dell'art. 148 c.p., il caso del minorato psichico non è sottoposto a nessun tipo di procedura giurisdizionale. Soltanto la decisione amministrativa dell'Amministrazione penitenziaria è dunque alla base dell'allocazione nelle sezioni psichiatriche penitenziarie, e tale allocazione è costitutiva dello status del minorato psichico.

Nonostante, o forse proprio in ragione della, sua vaghezza, la categoria del "minorato psichico" è di fatto molto utilizzata nelle assegnazioni dei detenuti alle articolazioni psichiatriche penitenziarie (a Reggio Emilia sono 34 su 47 presenti, a Barcellona Pozzo di Gotto sono 43 su 69 presenti).

Per la categoria del minorato psichico vale tutto quanto già detto al punto precedente, in riferimento all'amministrativizzazione della procedura di assegnazione e al rischio di violazione dei diritti individuali, che non possono essere vagliati preventivamente da un magistrato. E vale a maggior ragione perché in questo caso i fenomeni della amministrativizzazione e della de-giurisdizionalizzazione avvengono, se così si può dire, in forma pura, poiché non esiste nessuna procedura giurisdizionale che valuti l'assegnazione alle sezioni psichiatriche. Nel caso del minorato psichico si può parlare più che di de-giurisdizionalizzazione, di mancanza di giurisdizione ab initio, poiché tale figura non ha mai ricevuto una disciplina sostanziale e procedurale, che desse tutela ai detenuti qualificati in tal modo.

Una figura di questo tipo sembra, alla luce dei numeri, nonché della composizione della

popolazione penitenziaria definita come minorata psichica (in maggioranza giovane, e spesso di provenienza straniera)<sup>37</sup> una modalità per gestire il disagio penitenziario, per collocare altrove i soggetti ingestibili. Altrove anche rispetto al carcere.

Le caratteristiche di questa figura fanno propendere per la sua abrogazione. I soggetti che vi sono stati ricondotti dovrebbero eseguire la pena nelle forme del l 48 c.p. riformato, se ne ricorrono le circostanze, oppure riprendere l'esecuzione ordinaria. Anche in questo caso si tratta di fare chiarezza su come affrontare la questione della salute mentale in carcere, e di ricondurre tutti i casi possibili sotto fattispecie giuridicamente definite e disciplinate, nonché sottoposte alla giurisdizione del magistrato di sorveglianza.

## Tutela del diritto alla salute e territorializzazione del trattamento del reo folle

Nella riflessione su come affrontare la questione della salute mentale in carcere si dovrebbero tenere come punti di riferimento i principi che hanno animato il percorso di superamento degli Opg, e fare gli ultimi passi che restano da fare per essere certi di aver chiuso con l'epoca dei manicomi.

La salute mentale come diritto del detenuto, se posta al centro della disciplina a cui sottoporre il trattamento del reo folle, è generatrice di una serie di positivi sviluppi.

Come si è visto la salute, in quanto diritto fondamentale, è parte di quell'insieme di diritti che non sono compressi dallo stato detentivo<sup>38</sup> e che anzi devono potersi esprimere nella loro pienezza. Vi rientra il diritto all'autodeterminazione in tema di salute, che si estrinseca nel consenso informato: la Corte Costituzionale ha affermato, nella sentenza 438 del 2008, che il consenso informato in materia sanitaria è un diritto fondamentale della persona, e l'ha declinato a partire dall'art. 13 Cost., come un aspetto del diritto di libertà individuale (inteso come autodeterminazione) e 32 Cost., come diritto a non essere obbligati a un trattamento sanitario, se non in casi stabiliti per legge. La libertà e la salute sono i diritti fondamentali che insieme alla dignità personale (art. 2) danno fondamento al consenso informato, un principio fondamentale che svolge una funzione di sintesi rispetto ai due diritti fondamentali della persona, quello all'autodeterminazione e quello alla salute.<sup>39</sup> La Corte richiama anche le norme internazionali

37) Si veda la F. Corleone, *Seconda Relazione Semestrale sulle attività svolte dal Commissario unico per il superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari*, cit., p. 50: a Barcellona Pozzo di Gotto erano presenti, all'inizio del 2017, 40 detenuti maschi qualificati come minorati psichici, dei quali la metà aveva meno di 35 anni, con la presenza di alcuni giovanissimi, di cui 3 infra-ventunenni.

38) In una sentenza riguardante la detenzione militare la Corte Costituzionale ha affermato che il diritto alla salute gode di una tutela speciale rispetto anche agli altri diritti fondamentali: "Diversa valenza ha invece il bene fondamentale della vita e della salute, di cui all'art. 32 della Costituzione. Esso ha forza di sottrarre il cittadino alle armi, condannato alla pena della reclusione militare, alla soggezione alla disciplina e alle modalità della espiazione speciale, quando egli richieda conversione di questa in detenzione domiciliare. Il valore della dignità e della salute di ciascun essere umano è valore supremo che non conosce distinzioni e graduazioni di status personali e dunque annienta ogni separazione tra cittadini e soldati." (Sentenza n. 4141/1991, punto 4).

39) La Corte spiega così la funzione di sintesi tra libertà e salute svolta dal consenso informato: "in quanto,

che si riferiscono alla necessità del consenso informato in ambito di trattamenti medici<sup>40</sup>, nonché alcune leggi nazionali, tra cui l'art. 33 della Legge 833/1978, istitutiva del servizio sanitario nazionale, secondo il quale le cure sono di norma volontarie e nessuno può essere obbligato a un trattamento sanitario, se questo non è previsto per legge. Il diritto alla salute dunque, garantisce, afferma Marta Cartabia, "un insieme variegato di posizioni giuridiche soggettive"<sup>41</sup> e mentre il primo comma dell'art. 32 è la base giuridica di un diritto di prestazione, il secondo comma "contiene, anche se non si esaurisce in, un vero e proprio diritto di libertà, che potremmo definire in termini di 'libertà di scelta terapeutica'".<sup>42</sup> Si tratta di un diritto che si esprime come autodeterminazione riguardo alla propria salute e al proprio corpo e si concretizza nella libertà di scelta sulle cure, nella sovranità sul proprio corpo e la propria mente, nel consenso informato. Tali libertà, prosegue Cartabia, possono essere ricondotte alla classica distinzione tra libertà negativa (libertà da) e libertà positiva (libertà di). Mentre la libertà negativa riguarda la libertà da trattamenti sanitari imposti, la libertà positiva riguarda la libertà di scelta terapeutica, quindi di informazione e fruizione dei trattamenti.

La libertà negativa, ovvero di non essere sottoposti a trattamenti sanitari se non in modo volontario, viene limitata nei due casi dei trattamenti obbligatori, che in base all'art. 32, secondo comma, solo la legge dello Stato può richiedere a tutela della salute come interesse della collettività (per es. le vaccinazioni)<sup>43</sup>, e dei trattamenti coattivi, che sono legittimi solo a patto di essere previsti per legge e sottostare al vaglio dell'autorità giudiziaria, ovvero con i limiti stabiliti per la libertà personale dall'art. 13 Cost., della doppia riserva di legge e di giurisdizione (per es. nel caso dei ricoveri coattivi praticati nei casi previsti dagli artt. 33 e ss. della Legge 833/1978)<sup>44</sup>.

---

se è vero che ogni individuo ha il diritto di essere curato, egli ha, altresì, il diritto di ricevere le opportune informazioni in ordine alla natura e ai possibili sviluppi del percorso terapeutico cui può essere sottoposto, nonché delle eventuali terapie alternative; informazioni che devono essere le più esaurienti possibili, proprio al fine di garantire la libera e consapevole scelta da parte del paziente e, quindi, la sua stessa libertà personale, conformemente all'art. 32, secondo comma, della Costituzione". (Corte Cost. sentenza n. 438/2008, punto 4).

40) In particolare si riferisce all'art. 24 della Convenzione per i diritti del fanciullo (New York, 20 novembre 1989) secondo il quale è necessario che "tutti i gruppi della società in particolare i genitori ed i minori ricevano informazioni sulla salute e sulla nutrizione del minore"; all'art. 5 della Convenzione sui diritti dell'uomo e sulla biomedicina (Oviedo, 4 aprile 1997) secondo cui "un trattamento sanitario può essere praticato solo se la persona interessata abbia prestato il proprio consenso libero ed informato"; l'art. 3 della Carta dei diritti fondamentali dell'Unione europea (Nizza, 7 dicembre 2000) che afferma che "ogni individuo ha diritto alla propria integrità fisica e psichica" e che in ambito medico e biologico deve essere rispettato "il consenso libero e informato della persona interessata, secondo le modalità definite dalla legge". (Corte Cost. sentenza n. 438/2008, punto 4).

41) M. Cartabia, "La giurisprudenza costituzionale relativa all'art. 32, secondo comma, della Costituzione italiana", in *Quaderni costituzionali*, 2, 2012, p. 455

42) *Ibid.*

43) A patto che il trattamento non danneggi la salute del singolo che vi si sottopone adempiendo all'obbligo e sia previsto un equo indennizzo per eventuali danni: Corte Costituzionale n. 258/1994 e n. 307/1990

44) *Ibid.*

La libertà positiva, ovvero la libertà di cura, riguarda la scelta del trattamento sanitario a cui sottoporsi. In tale ambito sono rilevanti le tematiche della relazione tra scienza medica e legislatore, su cui la Corte costituzionale si è espressa a favore del primato della scienza e della medicina sulla legislazione,<sup>45</sup> e del consenso informato.<sup>46</sup> Sulla tematica del consenso informato la Corte si è espressa solo nel contesto delle competenze Stato-Regioni, e la sua affermazione come principio fondamentale è volta a riservare allo Stato la legislazione relativa. Manca ancora, perché non portata all'attenzione della Corte costituzionale, un'elaborazione giurisprudenziale nel merito delle diverse problematiche sollevate dalla materia, in particolare della forma del consenso, la sua attualità e concretezza, il suo esercizio in caso di incoscienza o riguardo al testamento biologico.<sup>47</sup>

L'autodeterminazione in relazione al proprio corpo, che sta alla base del consenso informato, rappresenta, come sostiene Stefano Rodotà, un'espressione del nucleo più intimo della libertà della persona, poiché riguarda il corpo, base fisica della propria identità, e quelle scelte che solo la persona interessata può prendere riguardo a se stessa, esprimendo tramite queste la propria personalità, e si estende "al riconoscimento alla persona del diritto al governo della propria vita, al pieno esercizio della sovranità sul proprio corpo"<sup>48</sup>. È una forma di tutela che sostiene la resistenza del singolo paziente al potere dell'autorità, sia di quella statale che di quella medica, quando si tratta della propria dimensione fisica e psichica, che ora può essere modificata con trattamenti medici. Il diritto all'autodeterminazione integra la tradizionale nozione di *habeas corpus*, limite al potere del sovrano e sovranità dell'individuo su se stesso.<sup>49</sup> Inoltre, l'art. 32 Cost., anche nel caso dei trattamenti obbligatori sottoposti a riserva di legge, pone un limite invalicabile nella necessità che le legge non violi in nessun caso "i limiti imposti dal rispetto della persona umana". Si tratta di quello che Rodotà definisce il "nucleo duro dell'esistenza", nel quale nemmeno la legge può inserirsi, in quanto nessuna volontà può prendere il posto di quella dell'interessato.<sup>50</sup>

Dalla permanenza in capo al soggetto, pur se detenuto, dell'autodeterminazione come diritto fondamentale della persona si dovrebbe trarre l'orientamento che in ambito

45) Sentenze 282 del 2002 e 338 del 2003

46) Su cui la già richiamata sentenza 438 del 2008, nonché la 253 del 2009.

47) Così M. Cartabia, *op. cit.*, p. 464. Negli anni successivi a questo scritto la Corte Costituzionale ha mantenuto la stessa linea di giudizio, dichiarando incostituzionali alcune leggi regionali che disciplinavano specifici aspetti del consenso informato, in quanto riservati alla competenza statale: sentenza 253/2009 riguardante la forma del consenso informato in un caso analogo a quello della sentenza del 2008; sentenza n. 195/2015 riguardante l'acquisizione del consenso alla donazione di organi post-mortem da parte dell'ufficiale di anagrafe. Con la Legge 22 dicembre 2017, n. 219 il consenso informato ha trovato una disciplina specifica, che si è soffermata sulle sue caratteristiche, sulle modalità di espressione, sulle modalità di assistenza alla volontà di minori e incapaci. La Corte non ha ancora avuto modo di esprimersi sulla nuova disciplina.

48) S. Rodotà, *Il diritto di avere diritti*, Laterza, Roma-Bari, 2012, p. 250 ss.

49) S. Rossi, *La salute mentale tra libertà e dignità. Un dialogo costituzionale*, Franco Angeli, Milano, 2015, p. 249 ss.

50) Ivi, p. 256-257.

sanitario la persona detenuta deve poter esercitare la propria libertà terapeutica in senso pieno. E questo sia nel senso di ricevere le cure necessarie al proprio stato e di non essere sottoposto a trattamenti non volontari (o non resi obbligatori per legge, o non imposti con le dovute garanzie di legge e di giurisdizione). Sia nel senso di poter mettere in pratica il proprio diritto alla libertà di cura, tramite la scelta del medico e delle terapie, e di essere richiesto del consenso informato, quando la legge lo prevede, come ogni cittadino che si trovi ad affrontare una situazione analoga<sup>51</sup>. Questa libertà di autodeterminarsi deve potersi esprimere anche nel caso si tratti di persone detenute con patologia psichiatrica, che conservano il diritto alla salute nella sua pienezza, compreso il necessario consenso ai trattamenti sanitari, assistito dalla dovuta informazione riguardo alle cure possibili e dall'obbligo per il medico di ricercare l'intesa con il paziente riguardo al trattamento a cui sottoporlo, con il solo limite previsto dagli artt. 33 e ss. della Legge 833/1978 in caso di trattamenti sanitari obbligatori e ricoveri coattivi<sup>52</sup>.

A partire da tali principi si potrebbe pensare a una nuova disciplina della salute mentale in carcere.

Trattandosi di un diritto (anche) di libertà, quello ad autodeterminarsi in materia sanitaria dovrebbe essere sottoposto alle garanzie che assistono la libertà personale (ex artt. art. 13 e 32 Cost.), ovvero la riserva di legge in caso di trattamenti obbligatori e la riserva di legge e di giurisdizione in caso di trattamenti coattivi.

La riserva di legge si esprimerebbe in una previsione tassativa delle modalità di esecuzione della pena per detenuti con patologia psichiatrica, in modo che non vi siano figure o modalità residuali, che vengono utilizzate a discrezione dell'amministrazione, senza la protezione delle garanzie a tutela della libertà personale.

Quello della scelta infatti è un nodo fondamentale della disciplina: a partire dal principio della volontarietà delle cure mediche anche per le persone detenute diviene naturale domandarsi se non dovrebbe essere il detenuto stesso a decidere, dopo essere stato informato dal medico, se e quale tipo di trattamento psichiatrico effettuare, compresa la scelta di essere collocato in una sezione psichiatrica penitenziaria. Volendo andare in questa direzione la presenza nel Codice penale di un articolo ad hoc (sia il 148 rivisitato, sia il 147 come prospettato dalla giurisprudenza) sarebbe importante come base giuridica per l'intervento del giudice, che interverrebbe così nella fase applicativa della misura, che sarebbe pienamente giurisdizionalizzata. Dovrebbero essere previste, come prima scelta, modalità di esecuzione della pena all'esterno, con affidamento ai DSM, e solo come *extrema ratio* la sezione penitenziaria.

La riserva di giurisdizione si realizzerebbe attraverso il necessario intervento del giudi-

51) Sul tema del consenso informato ai fini del trattamento dei dati sanitari, il Tribunale di Roma ha recentemente (con Sentenza n. 13282/2018, del 26/06/2018 - passata in giudicato) affrontato la questione di un trattamento di dati sensibili (su referti di analisi di campioni biologici) delle detenute della Casa Circondariale di Sollicciano (Firenze), effettuato per fini disciplinari e dichiarato illecito dall'Autorità garante per la protezione dei dati personali. La casa Circondariale aveva effettuato il trattamento senza predisporre l'opportuna informativa, ai sensi dell'art. 13 del Codice della Privacy, per cui il consenso ne risultava viziato e il trattamento illegittimo.

52) Sul consenso al trattamento psichiatrico si veda S. Rossi, *op. cit.*, p. 273 ss.

ce nei casi in cui si discuta di una misura alternativa data a scopo di cura ma anche dello spostamento di un detenuto nella sezione psichiatrica. In tal modo le scelte in merito al trattamento, incidendo su diritti fondamentali dei detenuti come quello alla salute, sono vagliate da un magistrato che tra i suoi compiti ha proprio la tutela dei diritti dei detenuti<sup>53</sup>, garantendo che siano operate per il perseguimento del fine primario della salute del detenuto interessato al provvedimento.

Tale controllo della magistratura di sorveglianza sul provvedimento di allocazione nelle sezioni psichiatriche penitenziarie è ormai pacificamente ammissibile nelle forme del ricorso ex art. 35-bis O.P. Come la Corte Costituzionale aveva affermato nella sentenza n. 26 del 1999 la tutela dei diritti dei detenuti deve essere effettiva, tramite la possibilità di ricorso ad un magistrato in un procedimento giurisdizionale, anche quando la violazione dei diritti "sia potenziale conseguenza del regime di sottoposizione a restrizione della libertà personale e dipenda da atti dell'amministrazione a esso preposta".<sup>54</sup>

Si tratta tuttavia di un rimedio ex-post, che permette al detenuto che ritiene violato il proprio diritto alla salute di adire il magistrato di sorveglianza per vagliare l'eventuale violazione e intimare all'Amministrazione penitenziaria una differente soluzione.<sup>55</sup>

Sarebbe invece opportuno che il controllo della magistratura sulle collocazioni nelle articolazioni psichiatriche fosse preventivo, cosa che darebbe maggiori garanzie di tutela al diritto del detenuto perché renderebbe più trasparente, tramite la proceduralizzazione, la scelta sulla collocazione. In tale procedimento potrebbe essere valutata anche l'adeguatezza della scelta di collocare il detenuto nell'articolazione, in relazione alla tipologia dei trattamenti sanitari che in essa possono essere attuati.

Inoltre, il principio della territorialità nel trattamento della salute mentale, dovrebbe essere valorizzato per completare la nuova disciplina. Il principio indica il ruolo primario dei servizi psichiatrici aperti e decentrati sul territorio, utile anche a ridurre il potere esercitato sul malato istituzionalizzato: è già presente nella Legge Mariotti (Legge

53) Si vedano i principi in tema di giurisdizione e diritti inviolabili dell'uomo affermati dalla Corte Costituzionale nella sentenza n. 26 del 1999. In questa sentenza la Corte parte dall'affermazione che "l'idea che la restrizione della libertà personale possa comportare conseguenzialmente il disconoscimento delle posizioni soggettive attraverso un generalizzato assoggettamento all'organizzazione penitenziaria è estranea al vigente ordinamento costituzionale, il quale si basa sul primato della persona umana e dei suoi diritti". E prosegue richiamando un altro orientamento fondamentale: "al riconoscimento della titolarità di diritti non può non accompagnarsi il riconoscimento del potere di farli valere innanzi a un giudice in un procedimento di natura giurisdizionale", a cui deve conformarsi l'ordinamento penitenziario.

54) C.Cost. n. 26/1999, punto 3.2.

55) Si vedano i modelli di istanze predisposti dall'Associazione L'Altro diritto in G.Melani, *Il superamento degli Opg e la collocazione dei rei folli: le istanze ex art. 35-bis o.p.*, <http://www.altrodiritto.unifi.it/sportelli/artt-148-32/>

431/1968)<sup>56</sup> e poi pienamente sviluppato con la Legge Basaglia (Legge 180/1978)<sup>57</sup>, ed è stato ulteriormente declinato nelle Leggi e negli Accordi che hanno tracciato il superamento degli Opg, anche come mantenimento o recupero del legame del detenuto con i servizi del proprio territorio di residenza. L'ovvia premessa per il mantenimento di tale legame è che i soggetti detenuti non siano trasferiti in istituti posti in luoghi lontani dalla propria residenza, cosa che peraltro dovrebbe già valere in via generale per tutte le persone in stato di detenzione (art. 42 o.p.). A cui segue la necessità che venga tenuto come criterio preminente nell'assegnazione del detenuto con patologia psichiatrica quello della vicinanza al proprio territorio di residenza, o comunque al proprio servizio psichiatrico territoriale di riferimento.

Territorialità del trattamento significa anche che la gestione sanitaria delle articolazioni psichiatriche dovrebbe essere esclusiva, creando degli spazi che, seppur collocati all'interno degli istituti penitenziari, siano una parte integrante dei servizi sanitari territoriali, in modo del tutto simile alle Rems. Anche le loro caratteristiche strutturali e organizzative dovrebbero assomigliare a quelle delle Rems: senza polizia penitenziaria all'interno, ma con sorveglianza esterna. Una gestione sanitaria esclusiva non può tuttavia prescindere dalla fissazione di standard di trattamento sanitario e di caratteristiche strutturali e organizzative delle sezioni, che dovrebbero essere individuati negli accordi Stato-Regioni.

Ma il principio della territorialità, affermando che il trattamento del paziente psichiatrico lo si fa sul territorio e non in strutture chiuse, ha anche conseguenze più importanti sul trattamento dei detenuti con patologia psichiatrica. Si dovrebbe, anche nel caso dello stato di detenzione del soggetto riaffermare il principio del trattamento sul territorio. Quindi non soltanto i servizi psichiatrici dovrebbero entrare, ed essere organizzati, in carcere, ma il detenuto dovrebbe uscire e scontare la sua pena all'esterno

56) Già con la Legge Mariotti del 1968 alcuni passi fondamentali furono fatti nella direzione dell'uscita dall'istituzionalizzazione: la possibilità per il malato di chiedere il ricovero volontario, o di trasformare un ricovero forzato in volontario, e di poter chiedere le dimissioni, mantenendo quindi la capacità del malato di autodeterminarsi, nonché l'introduzione del ruolo di cura dei servizi di igiene e profilassi mentale sul territorio. Questa legge "consentì agli operatori di uscire nel territorio e, al contempo, di sperimentare pratiche volte a forzare la realtà manicomiale, mirando esplicitamente al suo smantellamento. Dentro quelle esperienze di de-istituzionalizzazione la nuova psichiatria riuscì a costruire anche rilevanti rapporti con il territorio e sperimentare nuove forme terapeutiche nella relazione diretta con i pazienti, abbattendo le barriere gerarchiche e mettendo in discussione i saperi professionali di cui erano portatori i diversi tipi di operatori (medici, infermieri, assistenti ospedalieri)". Si veda S. Rossi, *op. cit.*, p. 202.

57) In sintesi, con la Legge Basaglia, poi assorbita nella legge di riforma del servizio sanitario nazionale (Legge 833/1978), avviene il cambiamento di paradigma in tema di cura della malattia mentale: la libertà diviene la regola e la costrizione l'eccezione. Il consenso diviene elemento determinante di tutti i trattamenti sanitari, compresi quelli psichiatrici (art. 33) e i trattamenti sanitari obbligatori vengono disciplinati con legge (artt. 33-34) con le garanzie giurisdizionali a tutela della libertà personale (art. 35). Vengono disciplinati i servizi di salute mentale sul territorio e vengono coinvolte le Regioni nella loro organizzazione (art. 34), ospedalieri, come i servizi psichiatrici di diagnosi e cura (SPDC) ed extra ospedalieri. Si prevede espressamente che "gli interventi di prevenzione, cura e riabilitazione relativi alle malattie mentali sono attuati di norma dai servizi e presidi territoriali extraospedalieri" (art. 34, comma 3). Si veda S. Rossi, *op. cit.*, p. 20; D. Piccione, *Riflessi costituzionalistici del pensiero di Franco Basaglia, a trent'anni dalla morte*, in "Giur. Cost.", 2010, 5, 4137; D. Piccione, *Il pensiero lungo. Franco Basaglia e la Costituzione*, Alphabeta, Merano, 2013, 31 ss.

con forme alternative. La nuova misura alternativa inserita nel testo elaborato dalle Commissioni governative in base alla Legge delega 103/2017 andava in questa direzione, prevedendo (art. 47-septies) una forma di affidamento in prova specificamente dedicato agli infermi di mente, modellato su quello previsto per i tossicodipendenti dall'art. 94 TU 309/90.

## Conclusioni

Concludendo questo contributo credo sia importante ribadire la necessità di arrivare a un progetto coerente riguardo al trattamento dei detenuti con patologia psichiatrica, una riforma organica che si articoli intorno al tema centrale del diritto alla salute e della sua necessaria tutela anche per le persone detenute.

Nell'attuale fase politica, dopo che la delega sulla riforma dell'Ordinamento penitenziario è stata attuata in modo ridottissimo per quanto riguarda la salute, non si hanno indicazioni dal legislatore nel senso di un progetto coerente. Sembra quindi più probabile che uno sviluppo della disciplina possa avvenire in via giurisprudenziale, come già hanno segnalato gli interventi della Corte di Cassazione e del tribunale di Sorveglianza di Messina.

Una riforma organica del trattamento dei detenuti con patologia psichiatrica dovrebbe fondarsi su, e sviluppare i, principi in materia di diritto alla salute, che già hanno stimolato la riforma della sanità penitenziaria, tenendoli come punti di riferimento da cui partire per realizzare i passaggi mancanti: volontarietà dei trattamenti sanitari, consenso informato, principio di territorialità della cura psichiatrica.

Anche i principi posti a tutela della libertà personale, come la riserva di legge e la riserva di giurisdizione, dovrebbero modellare le norme relative al trattamento dei detenuti con patologia psichiatrica, per preservare la sovranità dell'individuo sul proprio corpo e sulla propria mente, e salvaguardare quella parte di libertà che l'esecuzione della pena non intacca, e che trova un'espressione privilegiata in un diritto fondamentale come è quello alla salute.

In tal modo si porterebbe avanti quel percorso di liberazione iniziato negli anni '70 del secolo scorso, con una prima apertura con la Legge Mariotti e poi con la Legge Basaglia, affermando sempre più la presenza di soggetti di diritto anche in quei luoghi in cui fino ad allora erano reclusi solo oggetti di controllo.

- Agenzia Regionale di Sanità della Toscana, *La salute dei detenuti in Italia: i risultati di uno studio multicentrico*, aprile 2015
- Comitato dei Ministri del Consiglio d'Europa, *Raccomandazione n. R(98)7 sugli aspetti etici e organizzativi della salute in carcere*
- Corleone, F., (a cura di), *Manicomi criminali. La rivoluzione aspetta la riforma*, numero monografico della rivista "Quaderni del Circolo Rosselli", 1/2018, fascicolo 130
- Corleone, F. e Pugiotto, A. (a cura di), *Volti e maschere della pena. Opg e carcere duro, muri della pena e giustizia ripartiva*, Ediesse, Roma 2013
- Corleone, F., *Relazione Semestrale sulle attività svolte dal Commissario unico per il superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari*, febbraio 2016 – agosto 2016
- Corleone, F., *Seconda Relazione Semestrale sulle attività svolte dal Commissario unico per il superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari*, 19 agosto 2016 – 19 febbraio 2017
- Esposito, M. (a cura di), *Malati in carcere. Analisi dello stato di salute delle persone detenute*, Franco Angeli, Milano 2007
- European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (CPT), *3<sup>rd</sup> General report on the CPT's activities, covering the period 1 January to 31 December 1992*, Strasbourg, 4 June 1993
- Garante Nazionale dei diritti delle persone detenute o private della libertà personale, *Significative criticità nelle strutture per la salute mentale in Sicilia orientale*, Comunicato stampa del 9 luglio 2018
- Goffmann, E., *Asylums. Essay on the Social situation of mental patients and other inmates*, Anchor Book, Doubleday & Company, New York 1961, trad. it. *Asylums. Le istituzioni totali: i meccanismi dell'esclusione e della violenza*, Einaudi, Torino 1970
- Gonin, D., *La santé incarcérée. Médecine et condition de vie en détention*, L'Archipel, 1991, trad. it., *Il corpo incarcerato*, Gruppo Abele, Torino 1994
- Melani, G., "Il superamento degli Opg e la collocazione dei rei folli: le istanze ex art. 35-bis o.p.", <http://www.altrodiritto.unifi.it/sportell/artt-148-32/>
- Foucault, M., *Surveiller et punir. Naissance de la prison*, Gallimard, Paris 1975, trad. it. *Sorvegliare e punire. Nascita della prigione*, Einaudi, Torino 1993
- Foucault, M., *Histoire de la folie à l'âge classique*, Gallimard, Paris 1972, trad. it. *Storia della follia nell'età classica*, Rizzoli, Milano 1977

- Piccione, D., *Riflessi costituzionalistici del pensiero di Franco Basaglia, a trent'anni dalla morte*, in "Giur. Cost.", 2010, 5, 4137
- Piccione, D., *Il pensiero lungo. Franco Basaglia e la Costituzione*, Alphabeta, Merano, 2013
- Piccione, D., *Il metodo dell'integrazione dei saperi e i nuovi scenari del trattamento dell'infermo di mente autore di reato*, in Corleone, F., *Relazione Semestrale sulle attività svolte dal Commissario unico per il superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari, febbraio – agosto 2016*
- Re, L., *Carcere e globalizzazione*, Laterza, Roma-Bari, 2006
- Rodotà, S., *Il diritto di avere diritti*, Laterza, Roma-Bari, 2012
- Rossi, S., *La salute mentale tra libertà e dignità. Un dialogo costituzionale*, Franco Angeli, Milano, 2015
- Rossi, S., "Salute mentale e dignità della persona: profili di un dialogo costituzionale", in *La Rivista del Gruppo di Pisa*, 3, 2013: <https://www.gruppodipisa.it/rivista/la-rivista-del-gruppo-di-pisa>
- Santoro, E., *Carcere e società liberale*, 2° edizione, Giappichelli, Torino, 2004
- WHO, *Health in prisons. A WHO guide to the essentials in prison health*, 2007



# Documenti

**Consiglio Superiore della Magistratura.  
Risoluzione sui Protocolli operativi in tema di misure  
di sicurezza psichiatriche**

**Consiglio Superiore della Magistratura.  
Settima Commissione, audizione di Franco Corleone**

**Ordinanza della Corte di Cassazione**

**Ordinanza del Tribunale di Sorveglianza di Messina**

**La proposta fallita sulla salute psichica in carcere**



# Consiglio Superiore della Magistratura

## Risoluzione sui Protocolli operativi in tema di misure di sicurezza psichiatriche

### (relatore Consigliere Nicola Clivio)

La presente risoluzione si pone in linea di continuità con la delibera del 19 aprile 2017, con la quale, su iniziativa della Sesta Commissione, erano state dettate *Direttive interpretative ed applicative in materia di superamento degli Ospedali psichiatrici giudiziari (Opg) e di istituzione delle Residenze per l'esecuzione delle misure di sicurezza (Rems), di cui alla legge n. 81 del 2014.*

Tra le indicazioni di maggior rilievo sul piano organizzativo, quella delibera aveva in particolare sottolineato la necessità di una costante integrazione funzionale, ai fini della gestione di tutte le misure di sicurezza per il non imputabile, tra Ufficio di Sorveglianza, Dipartimenti di salute mentale e sue unità operative complesse, direzione delle Rems, Ufficio per l'esecuzione penale esterna (UEPE). In questa prospettiva, nell'ambito di una rassegna delle prime iniziative adottate dagli Uffici, si dava altresì atto che in alcune realtà territoriali erano in fase avanzata di elaborazione le intese tra Uffici di Sorveglianza e amministrazioni pubbliche per favorire la soluzione dei problemi di esecuzione delle misure.

In questo quadro di riferimento generale, la Settima Commissione ha svolto un breve ciclo di audizioni finalizzate ad approfondire l'aspetto specifico rappresentato dalla formalizzazione di intese mediante la sottoscrizione di protocolli, nella prospettiva di conferire alla già auspicata collaborazione tra gli organismi pubblici e privati coinvolti carattere stabile e forma strutturata.

La finalità ultima è quella di tracciare un percorso che consenta agli Uffici giudiziari di procedere nel solco dei principi fissati dalla citata legge n. 81 del 2014 e di perfezionare il quadro degli interventi in un sistema che appare ancora non del tutto soddisfacente per la prevenzione della recidiva, il controllo della pericolosità sociale e la garanzia del fondamentale diritto alla salute di cui all'art. 32 della Costituzione.

Le disposizioni recate dalla citata legge n. 81 del 2014, hanno stabilito determinati principi, alcuni dei quali, peraltro, analiticamente svolti nelle argomentazioni e ribaditi dalla giurisprudenza costituzionale: il principio della priorità della cura sanitaria necessaria, il principio di territorialità che stabilisce che la presa in carica dei servizi di salute mentale deve essere effettuata presso il territorio di residenza o comunque di provenienza dell'interessato; la centralità del progetto terapeutico individualizzato; l'essere il ricovero in Rems uno strumento di extrema ratio, solo là dove le misure di sicurezza non detentive non siano assolutamente praticabili.

Discende dall'esigenza di rispettare tali principi, l'importanza di una *piena integrazione* tra i servizi di salute mentale sul territorio e l'ordine giudiziario. E' cruciale, infatti, che i rapporti di conoscenza dell'offerta terapeutica e riabilitativa sul territorio (che insiste sui singoli distretti di Corte di Appello e sui relativi Uffici giudiziari ad essi afferenti) siano saldi e costantemente aggiornati. In tale prospettiva, il *"Protocollo operativo"* si presenta come uno strumento di lavoro che può consentire di integrare il procedimento giudiziario in ciascuna delle sue fasi – dall'eventuale irrogazione della misura provvisoria ex art. 206 c.p. fino alla gestione della misura medesima presso gli Uffici di Sorveglianza – con le esigenze e le opportunità offerte dai modelli di assistenza sanitaria presenti sul territorio.

Al centro della riflessione va posto il fondamentale obiettivo di offrire soluzioni adatte ad assicurare una corretta applicazione alla legge n. 81/14, con particolare riguardo alla necessità che la misura di sicurezza detentiva sia solo estrema e residuale.

A questo riguardo, vanno richiamate le raccomandazioni sull'applicazione della legge n. 81 del 2014, già espresse dal Consiglio Superiore nella citata delibera dell'aprile 2017, le quali così disponevano: *"La riforma ha, dunque, posto al centro del nuovo sistema i dipartimenti di salute mentale, divenuti titolari dei programmi terapeutici riabilitativi allo scopo di attuare, di norma, i trattamenti in contesti territoriali e residenziali. Le Rems sono, pertanto, soltanto un elemento del complesso sistema di cura e riabilitazione dei pazienti psichiatrici autori di reato. L'internamento in Rems ha assunto non solo, come si è anticipato, il carattere dell'eccezionalità, ma anche della transitorietà: il Dipartimento di salute mentale competente infatti, per ogni internato deve predisporre, entro tempi stringenti, un progetto terapeutico riabilitativo individualizzato, poi inviato al giudice competente, in modo da rendere residuale e transitorio il ricovero in struttura ... Corollario rilevante della nuova direzione terapeutica e riabilitativa attribuita all'istituto dal legislatore è il principio della territorialità del ricovero."*

Dunque, la continuità terapeutico-riabilitativa e la territorialità restano i cardini dell'intervento, nella premessa della priorità della cura sanitaria necessaria; il Protocollo Operativo, quindi, potrà articolare le sue opzioni in direzione di questi obiettivi, sviluppando un rapporto costante tra magistrati assegnatari del procedimento e servizio psichiatrico.

In tal modo, si potranno realizzare, nella distinzione dei ruoli e delle competenze, quelle risposte personalizzate (fondate sul Progetto Terapeutico Riabilitativo Individualizzato, denominato PTRI) capaci di promuovere processi inclusivi attraverso la presa in carico, il lavoro e la socializzazione che possono garantire la salute mentale dei pazienti e, al contempo, la sicurezza dei cittadini, evitando il ricorso a risposte standardizzate e volte alla mera custodia neutralizzante; quest'ultima, infatti, sortisce effetti indesiderati e di scompenso complessivo per la tenuta del sistema.

Il fatto che uffici giudiziari e sanità territoriale possano contare su un dialogo costante e non impostato secondo saltuarie e contingenti esigenze dovute al flusso di procedimenti penali, può determinare alcune preziose conseguenze operative. I programmi individualizzati – e ciò è emerso dalle audizioni svolte in Commissione che hanno posto all'attenzione alcuni modelli di Protocollo già sottoscritti in alcuni contesti territoriali, come Emilia Romagna e Lombardia – potranno essere congiuntamente validati ed impostati; per essi si eviterà di limitare le risposte al solo ambito clinico e si garantirà, a tutte le parti contraenti il Protocollo, effettività e tempestività delle scelte compiute.

Inoltre, ove la misura di sicurezza venisse disposta presso l'abitazione dell'indagato o

dell'imputato, oppure facendo ricorso alla misura della libertà vigilata presso le articolazioni funzionali del Dipartimento di Salute Mentale, si potrebbero anticipare termini e interessi da perseguire nel bilanciamento tra esigenze di sicurezza e di cura o riabilitazione.

L'istituto dei Protocolli Operativi appare altresì foriero di positive conseguenze nel facilitare l'approccio alle situazioni più critiche. Tra queste vanno annoverate: le scelte delle misure di sicurezza da eseguire in via provvisoria; la gestione dell'acuzie nell'autore di reato con ipotizzabile prognosi di non imputabilità o semi-imputabilità; l'esecuzione della misura di sicurezza nei riguardi di soggetti che non abbiano avuto una pregressa presa in carico presso il territorio di riferimento; una prospettica soluzione del problema del sovraffollamento dei posti letto nelle Residenze per l'Esecuzione delle misure di sicurezza, giacché i Protocolli dovrebbero consentire sia di evitare *un eccessivo ricorso all'applicazione dell'art. 88 c.p. ai c.d. "cripto-imputabili"*, sia un *accesso massivo e indiscriminato alle Rems*, per via dell'assenza di alternative concrete.

Nella formulazione del Progetto Organizzativo, paiono prospettabili i seguenti elementi che ne possono costituire il contenuto minimo costante:

#### **a. Sul piano dei soggetti di cui si raccomanda il coinvolgimento**

Il Protocollo Operativo potrebbe essere sottoscritto dal Presidente e dal Procuratore Generale della Corte d'Appello, dal Presidente del Tribunale di Sorveglianza, dal Presidente del Tribunale e dal Procuratore capo dell'Ufficio, oltre che dal Direttore del o dei D.S.M. competenti per territorio. In tal modo si potrebbe realizzare la continuità terapeutica e trattamentale tra la fase della cognizione (con la provvisoria esecuzione, se del caso, e l'accertamento in punto di imputabilità) e quella della esecuzione della misura di sicurezza. Il Protocollo andrà firmato anche dall'UEPE (Ufficio Esecuzione Penale Esterna), in quanto Ufficio preposto all'accompagnamento delle persone sottoposte alle misure di sicurezza.

Per via del considerevole numero di persone affette da disturbi psichiatrici e sottoposte a pene detentive intramurarie, i servizi di salute mentale operanti nel carcere possono essere inclusi nello scambio di informazioni e nella generale applicabilità del *Protocollo operativo*. Anzi, è auspicabile, anche in questo delicato ambito, la massima integrazione con i servizi dipartimentali, per poter garantire un'offerta sistematica di tutela della salute mentale in carcere, sul territorio e nei luoghi di esecuzione delle misure di sicurezza. Soprattutto in un sistema che, come è stato rilevato nel corso delle audizioni, è rimasto sostanzialmente invariato, non essendo stato portato a termine l'iter legislativo dopo che avrebbe dovuto sfociare nella novella dagli artt. 147 e 148 c.p..

E' possibile che in taluni contesti il territorio di pertinenza delle ASL spesso non coincida più con quello del Tribunale; per facilitare l'operatività del sistema, in tali casi, il Direttore del DSM può certamente delegare un suo incaricato per l'area di competenza del singolo circondario giudiziario.

Al *Protocollo operativo* può essere allegato l'elenco dei responsabili delle articolazioni territoriali del DSM nonché delle strutture psichiatriche, sia diurne che residenziali e semi-residenziali, nella disponibilità del DSM, in modo da facilitare i contatti consentendo l'individuazione degli interlocutori competenti nel più breve tempo possibile.

Nell'elenco andrebbero ricomprese anche le Comunità convenzionate con l'Azienda

Sanitaria Locale, il cui utilizzo, nel caso concreto, rimane comunque di competenza del Responsabile del DSM, in base alle esigenze del progetto terapeutico riabilitativo da redigere e condurre.

Come esplicitato nelle premesse del Protocollo stipulato per Milano e provincia, “è indispensabile assicurare il coinvolgimento dell'avvocatura” perché attraverso i suoi organismi rappresentativi partecipi al progetto e contribuisca a fungere da collante sul piano procedurale e da soggetto attivo nella ricerca di soluzioni eque per le esigenze di cura delle persone affette da patologie psichiatriche che abbiano commesso reati.

**b. In ordine al tipo di soluzioni, all'efficacia tempestiva ed alle fasi dei procedimenti cui riferirsi**  
L'attivazione del protocollo con il DSM dovrebbe poter essere la più tempestiva possibile; è opportuno, dunque, che le risorse operative siano attivate al primo momento utile rispetto alla notizia di reato e alla sua riconducibilità alla persona di cui si prospetta la possibile non imputabilità e la conseguente irrogazione della misura di sicurezza provvisoria. Ciò vale, tanto nel caso di soggetti già noti ai servizi psichiatrici che per quelli ad essi sconosciuti, sino al momento della consumazione del fatto reato. A tal fine, possono essere individuati alcuni momenti di contatto, in cui l'impulso all'applicazione del Protocollo consente il tempestivo predisporre delle soluzioni più adeguate al caso concreto.

Di tali momenti di contatto si citano alcuni esempi: *la richiesta di misura di sicurezza provvisoria (ex art. 206 c.p.); la celebrazione dell'udienza in caso di riti speciali (si pensi al giudizio immediato); l'eventuale disposizione di perizia psichiatrica; la celebrazione di udienza per un reato ascrivibile a soggetto recidivo al quale sia stata comminata, in precedenza, altra misura di sicurezza per il non imputabile pericoloso socialmente.*

In ogni caso, il *Protocollo operativo* dovrebbe tendere a consentire la immediata presa in carico e la tempestiva formulazione del PTRI (Progetto Terapeutico Riabilitativo Individuale).

E' altresì auspicabile che gli accertamenti relativi all'eventuale disturbo o disagio psichico correlati al reato siano affidati al servizio psichiatrico territoriale di riferimento e che il *Protocollo operativo* risolva in radice i problemi di competenza territoriale e gli eventuali aspetti collegati alla possibile “doppia diagnosi”.

I contatti tra giudici dell'udienza preliminare, pubblici ministeri, magistrati di sorveglianza e servizi di salute mentale potranno prioritariamente puntare alla presa in carico da parte del servizio psichiatrico territoriale, utilizzandone, ove necessario, le strutture in dotazione e riservando l'invio in Rems solo a quelle situazioni in cui ogni altra alternativa risulti non praticabile.

**c. Sul piano dei principi residuali cui informare il Protocollo Operativo**

Stante la variegata natura dell'offerta di assistenza psichiatrica per i soggetti autori di reato provenienti dall'accertamento giudiziario, presente sul territorio nazionale, si raccomanda la redazione di analitici Protocolli Operativi, informati al principio di differenziazione. Esso potrebbe tenere conto, in particolare, del numero assoluto dei posti letto in Rems presenti sul territorio di competenza dell'Ufficio giudiziario; del bacino di utenza di ciascuna ASL e della singola unità dipartimentale (centro diurno; comunità terapeutica; servizio di diagnosi e cura; luoghi di residenzialità autonoma assistita; centri per la salute mentale specializzati per l'Infanzia).

Nel presupposto di garantire massima efficacia alle prassi fondate sul Protocollo operativo, è auspicabile che esso sia informato al principio della continuità terapeutica e della pluralità di soluzioni offerte, da quella di cui i Servizi si facciano sostenitori in via primaria, a quelle raccomandabili in subordine, ma ritenute meno efficaci e funzionali.

Si ipotizza l'esigenza di distinguere con accuratezza le *fasi relative all'accertamento della sussistenza del disturbo mentale, della diagnosi e della sua interrelazione con la consumazione del reato, dai provvedimenti a valenza trattamentale o riabilitativa*; da tale distinguo, potrebbe discendere, nei *Protocolli operativi*, anche l'orientamento, da parte dei servizi psichiatrici territoriali, ad indicare analiticamente e dettagliatamente articolazioni e risorse utili alla fase della diagnosi ed alla cura e alla riabilitazione.

Sul piano delle attività permanenti sviluppate nei Protocolli, sarebbe proficuo dare adeguato spazio alla formazione permanente e a sedi di costante confronto e rapporto tra ordine giudiziario e psichiatria di territorio, con particolare riguardo ai magistrati requirenti e ai giudici della cognizione.

Sembra altresì auspicabile provare a delineare tecniche, tempi e quesiti di massima che improntino lo svolgimento degli incarichi peritali, con particolare riguardo all'eventuale previsione e opportunità dei *"periodi di osservazione"*.

Appare consigliabile, infine, prendere in particolare considerazione il sovrapporsi o il succedersi di *procedimenti giudiziari con la disposizione di eventuali trattamenti o accertamenti sanitari obbligatori*, disposti ai sensi degli artt. 33, 34 e 35 della legge n. 833 del 23 dicembre 1978.

#### **d. Formazione congiunta e monitoraggio della fase esecutiva**

Il Protocollo operativo è destinato a fissare alcuni punti fermi nell'ambito di una relazione dinamica tra i soggetti interessati che vede nella comune formazione il momento del confronto permanente e nell'attento controllo delle ricadute pratiche un momento di indispensabile riflessione sulle soluzioni migliorative dell'esistente.

Appare pertanto funzionale a questo percorso prevedere momenti formativi finalizzati alla reciproca conoscenza tra gli operatori del settore psichiatrico e gli appartenenti dell'ordine giudiziario. Per i primi si tratta di calare il percorso terapeutico nella scansione procedimentale penale, per i secondi di comprendere meccanismi di ragionamento e necessari fondamenti della complessa materia psichiatrica.

Quanto al monitoraggio, si indica quale soluzione adeguata quella già prevista dai protocolli acquisiti dalla Settima Commissione nella fase istruttoria, cioè la costituzione di un tavolo tecnico composto dalle istituzioni che sottoscrivono il protocollo che dovrà occuparsi di verificare l'esito delle prassi operative anche allo scopo di apportare i necessari correttivi ed elaborare nuove soluzioni.

Alla luce di tali argomenti, il Consiglio

delibera

di approvare la presente risoluzione, disponendone la trasmissione di copia – per quanto di rispettiva eventuale competenza – al Ministro della Giustizia, al Comitato direttivo della Scuola Superiore della Magistratura ed ai Dirigenti degli Uffici giudiziari interessati, per la diffusione ai Magistrati ivi in servizio.



## Consiglio Superiore della Magistratura. Settima Commissione, audizione di Franco Corleone

*Nella seduta del 24 luglio 2018 si è svolta l'audizione in merito ai protocolli operativi riguardanti le Rems e i soggetti autori di reato con problemi psicologico/psichiatrici di Franco Corleone, nella qualità di ex Commissario unico per la chiusura degli Opg. Sono intervenuti, oltre al Vice Presidente Zaccaria, i Consiglieri Balduzzi e Napoleone. È stata altresì audita la dott.ssa Mila Ferri della Regione Emilia-Romagna. Nella seduta del 14 giugno erano invece stati auditi sullo stesso tema i dottori Emilio Lupo, Cesare Bondioli, Salvatore di fede e Antonello D'Elia.*

Ringrazio di questo invito, e ricordo che vi è stato un precedente nell'aprile 2017. In quell'occasione l'esito è stato particolarmente significativo con l'approvazione di un documento del Consiglio Superiore della Magistratura che è andato anche di pari passo con un parere del Comitato Nazionale di Bioetica. Erano segni di particolare interesse da parte della giustizia ma anche di sensibilità più vaste, con un orizzonte – quello del 2017 – che faceva conto sul fatto che la politica battesse un colpo. Ormai siamo all'ultima settimana di luglio, la legge delega per gli interventi sull'Ordinamento penitenziario e sulle misure di sicurezza, va a scadere e a morire. Quindi il quadro che ci si aspettava di cambiamento di almeno alcune norme essenziali, non esiste più, nonostante che gli articoli del decreto sull'ordinamento penitenziario, riguardanti la salute psichica in carcere, avessero trovato un accordo generale. Una riforma complessiva delle misure di sicurezza era stata predisposta dalla Commissione Pelissero, ma non è neppure arrivata al Consiglio dei Ministri. Però nel decreto sull'ordinamento penitenziario c'erano i primi due articoli che riguardavano la salute psichica, in particolare la modifica dell'articolo 147 del codice penale, e l'abrogazione del 148 sempre del CP; ed era prevista una norma che interveniva sulla costruzione di una rete di articolazioni di salute mentale in carcere, e una specificazione delle misure alternative al carcere per persone con disturbi psichici o psichiatrici, assimilato all'articolo 94 previsto per i detenuti classificati come tossicodipendenti. Queste misure a mio parere erano fondamentali, perché la rivoluzione – come io ho definito – fatta con la chiusura degli Opg, si realizzasse con un processo di riforma. Questo intervento è caduto insieme all'ampliamento delle misure alternative. La questione del 147/148 è affidata ora alla Corte Costituzionale che è stata investita del problema dalla Cassazione. Si procede, dunque,

miracolosamente, – questa è la mia impressione – attraverso buone pratiche e sperimentazioni fondate sull'impegno, la buona volontà, l'entusiasmo di chi lavora nei dipartimenti di salute mentale e/o nelle Rems, ma senza una base solida di norme. Il problema che intendo porre al Consiglio Superiore della Magistratura, è che i magistrati della cognizione soprattutto, ma anche in certi casi i magistrati di sorveglianza, non hanno compreso fino in fondo la portata della legge 81. La legge 81 non prevede che le Rems siano un sostituto degli Opg, ma semmai debbano essere una sorta di struttura di comunità nel quadro dei dipartimenti di salute mentale. Se non c'è questa consapevolezza il rischio è che le Rems siano viste come un contenitore di corpi, com'era l'Opg; un mero contenitore senza prospettive. Finora questo nei fatti non è accaduto. Perché si sono consolidati alcuni punti fermi: il numero chiuso, la territorialità, il rifiuto della contenzione e l'entusiasmo di chi ci lavora. Senza queste condizioni saremmo già ai mini Opg. Invece non è così, e questo è importante. Lo si vede dal fatto che centinaia di persone, almeno 500 e forse più in questi due anni, sono uscite dalle Rems, dimostrando nei fatti che è un luogo non di abbandono ma di uscita per prospettive di vita compatibili con la situazione difficile delle persone. Non si fanno miracoli, ma compatibilmente con lo stato delle persone si individuano delle possibilità di vita dignitosa. Alcuni dati preoccupanti che ho visto emergere, è che nel paese si stanno ampliando le misure di sicurezza, anche quelle non detentive, in maniera molto accentuata. Può darsi che il paese stia impazzendo in maniera rilevante, e quindi c'è un contenimento, ma parliamo di cifre preoccupanti. Questo vuol dire che per i dipartimenti di salute mentale il rapporto con l'autorità giudiziaria diventa decisivo, perché parliamo anche delle libertà vigilate. Questo può voler dire che i servizi debbono assumersi un compito anche di prevenzione dei reati futuri, ma si deve essere consapevoli della delicatezza e della necessità di un rapporto molto solido e in cui non ci siano percorsi che non si incontrano. Invece io ho l'impressione che da parte della magistratura non c'è la consapevolezza, del rischio di un utilizzo massiccio delle misure di sicurezza provvisoria. Come si può affrontare questo nodo, nel quadro della legislazione vigente? Io penso che si dovrebbe approfondire questo tema, perché se si pensa che le Rems possano essere il contenitore per oltre il 40% di misure di sicurezza provvisoria, noi precipitiamo nel meccanismo dell'Opg, contenitore di folli rei, rei folli e detenuti in osservazione psichiatrica e, *dulcis in fundo*, minorati. Diversa è la condizione dei prosciolti. I prosciolti sono una categoria su cui io ho molto da discutere; il nodo della imputabilità, della non imputabilità, della incapacità di intendere e volere, eccetera. Però è così, pigliamola per buona. Ma ora i prosciolti hanno un termine di pena, perché con la legge 81 la misura di sicurezza non è più infinita ma è collegata al reato e la pena è commisurata al massimo della pena edittale per il delitto compiuto. Quindi chi lavora nella Rems deve progettare, attraverso un programma personalizzato e individualizzato, l'uscita secondo il termine previsto, tranne per chi ha l'ergastolo. Quindi può essere interpretata come una contraddizione rispetto al quadro legislativo che abbiamo, però a me piace interpretarla come una felice contraddizione. Il lavoro che si fa con persone che hanno una pena e una prospettiva di uscita sarà di un tempo definito. È diversa la condizione di chi invece è in un limbo e in custodia cautelare in Rems, in cui ancora può far valere la sua innocenza, non ha una pena – detentiva oltretutto – ed è in una con-

dizione, anche per il terapeuta, molto diversa da quello che invece è stato prosciolto perché è incapace. È una situazione così abissalmente diversa, per cui penso che andrebbe assolutamente affrontato questo nodo che è concettuale, e bisogna capire se e come intervenire. Si possono usare di più le libertà vigilate, per esempio? Questo tema diventa esplosivo quando il dipartimento dell'amministrazione penitenziaria dichiara che ci sono centinaia di misure di sicurezza non eseguite. Io ho quasi la certezza che al DAP aggiungono le nuove richieste ma non sottraggono le situazioni che hanno trovato una soluzione attraverso la modifica della misura, l'inserimento in comunità, o altro provvedimento. Comunque pigliamo per buono, perché ci fa capire di più il tema, il dato di 400 misure di sicurezza non eseguite. Dove sono queste persone? Perché non è che sono nella strada. Allora se si va a verificare regione per regione, si constata che molte di queste persone – ma in misura di tre quarti e più – sono già in altre strutture, che non sono la Rems ma sono altre strutture terapeutiche. Allora in questi casi non sarebbe più opportuno rendere evidente la situazione e dire: "Non è più misura di sicurezza detentiva, ma l'abbiamo trasformata anche di diritto, e non solo di fatto, in libertà vigilata?" perché questa chiarezza eviterebbe di creare un allarme immotivato. Quindi questo problema di non caricare nelle Rems soggetti che hanno una condizione diversa da quella dei prosciolti, e dall'altro verificare le possibilità pratiche di usare gli strumenti che ci sono e non scegliere la via facile, che una volta era l'Opg e adesso si pretenderebbe che fosse la Rems. Oltretutto le Rems, avendo per fortuna il numero chiuso, non possono accogliere più persone e non credo ci sia la possibilità di aumentare il numero delle Rems. Forse posso aggiungere altre due note. Ormai nelle Rems c'è una capienza di 630 posti, forse per fine anno diventeranno 650 con l'apertura di una piccola Rems a Empoli. A mio parere è già un numero alto. Se noi pigliassimo per buona la cifra del DAP di 400 misure di sicurezza non eseguite e sommassimo i due dati, noi supereremmo le mille presenze e raggiungeremmo il livello degli Opg, anzi quasi una quota superiore a quando era iniziata negli stessi Opg un'opera di dimissioni. Se poi aggiungessimo le persone che sono uscite dalle Rems in questi due anni, saremmo sopra le 1500 persone internate. Allora c'è qualcosa che non va, forse si è imposta l'idea che le Rems non sono dei luoghi orrendi, mediamente sono dei luoghi puliti, con una gamma di attività terapeutiche, non ci sono celle ma camere con porte normali e non con i blindati, gli arredi e i servizi igienici decenti e che quindi la destinazione in Rems è considerata un fatto positivo.

Per quanto riguarda le decisioni di definire i reati legati a una incapacità di intendere e volere sulla base di perizie psichiatriche (ma in alcuni casi in assenza di perizie) a me pare che sarebbe indispensabile un organismo che monitori l'uso di questo strumento così delicato. Siamo di fronte a un uso eccessivo dell'art. 88 del Codice Penale. In passato presentai proposte di legge per cancellare questa norma ed ebbi il consenso di un magistrato come Michele Coiro; in ogni caso penso che uno strumento così forte come classificare una persona incapace totalmente di intendere e volere (le perplessità sul volere sarebbero anche più pesanti), dovrebbe limitarsi per casi eccezionalissimi, perché l'affermazione della responsabilità avrebbe anche una valenza terapeutica. Invece dichiarare una persona incapace non lo aiuta. Oltretutto l'uso eccessivo si accompagna ad eccezioni incomprensibili. Ricordo l'episodio terribile accaduto a Milano quando

una persona con un'ascia uccide due persone inermi per strada, in quel caso non si concede il proscioglimento, perché probabilmente si sarebbe verificata una reazione dell'opinione pubblica e così lo "squilibrato" è rinchiuso nel carcere di San Vittore. E' importante anche una riflessione sulle decisioni adottate sulla base di perizie. Io se fossi un magistrato preferirei decidere sulla base di due perizie. Così accadde in Norvegia nel caso Breivik; una perizia sosteneva che era matto e una no. I giudici scelsero la via della responsabilità, una scelta condivisa dalla società, e Breivik fu condannato al massimo della pena (in Norvegia non è prevista la pena dell'ergastolo) ed è in carcere. Forse questa strada aiuterebbe a valutare meglio, perché le perizie molto spesso – mi assumo la responsabilità di questa affermazione- appaiono molto superficiali, e in alcune realtà d'Italia possono essere anche pericolose. Perché la storia dell'Opg di Aversa e di Barcellona Pozzo di Gotto è costellata di camorristi e mafiosi che si facevano passare per matti, e poi risanavano quasi miracolosamente in tempi rapidissimi. Ho notizia che in Sicilia qualche infiltrazione di questo genere si sia verificata anche nella Rems, prontamente sventata.

Allora io non mi fiderei molto di una perizia, il confronto tra due pareri potrebbe essere una buona idea. Secondo me sono troppi i proscioglimenti e in alcuni casi in cui anch'io – che sono per superare gli articoli 88 e 89 – come quello citato di Milano, non mi sarei stupito di una tale decisione invece in quel caso devo constatare la scelta del processo e la condanna. Allora qualche contraddizione c'è. Che cosa fare? Una soluzione intelligente potrebbe essere la stipula di patti interdisciplinari. Questi patti dovrebbero coinvolgere sia la dimensione della cura che quella della custodia, sia il versante della giustizia che quello della psichiatria. Non è facile, certo, tenere assieme due aspetti così diversi.

Probabilmente sarebbe più semplice se fossero realmente misure alternative, quindi pensare ad un patto, come quello che viene scritto per i detenuti che escono dal carcere in misura alternativa. Viene stipulato un patto con il magistrato, in questo caso il magistrato di sorveglianza, però con la messa alla prova anche con il magistrato addirittura prima del processo, che non si fa ma si sospende. In questo modo forse si potrebbe pensare che lo psichiatra, pur avendo una responsabilità della struttura comunitaria, come la Rems, sia però in qualche modo sgravato dal compito della custodia, ma gli sia affidato essenzialmente una *mission* terapeutica. Questo indicazione forse potrebbe essere adottata anche a legislazione vigente. L'altra indicazione è che i magistrati dovrebbero avere, oltre una formazione specifica, anche il quadro di riferimento nazionale per capire le differenze enormi di proscioglimenti in certe regioni rispetto ad altre. Com'è possibile che in tutto il Nord Italia i proscioglimenti per incapacità di intendere e volere siano in una misura molto limitata, ed esplodano in Sicilia? Non credo che si possa accettare una concezione lombrosiana, applicata a questo aspetto. Siccome i dati sono contraddittori tra il Friuli Venezia Giulia, il Trentino Alto Adige e il Veneto e in genere il Nord Italia in cui sono numeri contenuti e invece si verifichi una esplosione dal Lazio La situazione esplode dal Lazio in giù, occorre capire le ragioni, facendo i conti con i comportamenti dei periti e dei giudici. Non credo che questo abbia a che fare con la criminalità organizzata e per altro le grandi città, le periferie e le aree metropolitane sono diffuse su tutto il territorio. Nel precedente documento del

Consiglio Superiore della Magistratura si puntava molto sulla formazione, però avere anche l'informazione che può aiutare ad avere questo quadro di comparazione credo che potrebbe essere una via saggia.

Preciso che al momento sono attive 31, 32 Rems che hanno delle differenze notevoli, sia nelle modalità di funzionamento, ma anche nella dimensione. Perché, è vero, la legge prevederebbe dei moduli al massimo da 20 posti. Esistono però delle Rems da 2 posti in Friuli Venezia Giulia (2 posti a Trieste, 2 a Udine e 2 a Pordenone). Quindi complessivamente una regione di 1 milione di abitanti ha 6 posti. Invece Castiglione delle Stiviere in Lombardia ha addirittura 160 posti ancora. Il vecchio Opg che aveva una gestione sanitaria ed era considerato un modello è stato trasformato nel cosiddetto sistema polimodulare di otto Rems provvisorie. In queste condizioni è difficile non dire che siamo in presenza ancora di un manicomio. Cito queste due differenze enormi per domandarmi quale è il rapporto della magistratura con i dipartimenti e le Rems in una regione che ha una misura minima, e quale è in una realtà bulimica ben oltre il rapporto demografico. Queste differenze abissali dovrebbero spingere a riprendere l'invito di Piero Calamandrei per il carcere: Bisogna aver visto. Allo stesso modo bisogna andare a vedere le Rems. I magistrati di sorveglianza credo che le conoscano, mentre i magistrati della cognizione forse meno o per nulla. Un approfondimento di conoscenza e un rapporto con la psichiatria territoriale per valutare assieme la misura più adatta per un soggetto, magari già conosciuto dai servizi eviterebbe automatismi perniciosi. Si è perduta l'occasione di porre in una discussione pubblica la riforma delle misure di sicurezza e la mia idea rischia di apparire astratta. Certo se avessimo una linea chiara, "chi ha compiuto un reato viene giudicato", ovviamente non per andare necessariamente o obbligatoriamente in carcere, ma per andare anche subito in luoghi alternativi al carcere, tutto sarebbe più semplice, perché sulla base delle condizioni patologiche della persona e del delitto compiuto ci sarebbe una graduazione delle misure alternative e una scelta delle strutture più adatte al singolo caso. Allora per tutti il percorso sarebbe più chiaro e coerente. Il destino non sarebbe certo quello di restare in carcere, come qualcuno paventa. Tornando alla dura realtà mi pare doveroso far conoscere la realtà di due articolazioni psichiatriche attivate dall'Amministrazione penitenziaria a Reggio Emilia e a Barcellona Pozzo di Gotto. Che siano state fatte negli ex Opg ora trasformati in carcere, secondo me è stato già simbolicamente sbagliato.

Ho scoperto che non viene rispettata la territorialità. Per esempio a Reggio Emilia su 47 presenti solo 16 sono dell'Emilia Romagna. A Barcellona Pozzo di Gotto è impressionante, oltre alla violazione della territorialità, che la maggioranza delle persone ricoverate siano definite, secondo l'ordinamento penitenziario, con la classificazione "minorati psichici", che non solo non è bella ma non ha alcuna base scientifica, dal punto di vista psichiatrico.

Dopo le grandi guerre, soldati o civili colpiti da trauma venivano rinchiusi nelle istituzioni totali con lo stigma di "scemi di guerra"; quarant'anni dopo la approvazione della legge 180 ci si potrebbe aspettare qualcosa di meglio. Invece a Barcellona Pozzo di Gotto, su 62 presenti, vi sono 38 minorati psichici, ma anche a Reggio Emilia su 47 presenti, 34 sono classificati come minorati psichici. Alla domanda: "Chi sono?" mi è

stato risposto che sono detenuti che danno fastidio, ingestibili e che vengono richiusi con questa etichetta; alcuni hanno una perizia, altri no. Anche in questo caso si pone un problema legato al ruolo della magistratura nel controllo del destino di soggetti difficili che vengono inghiottiti nel silenzio. Penso davvero che la decisione debba essere fondata sulla conoscenza del luogo e delle persone; basandosi sul fatto che comunque le persone, ammesso che al momento del fatto fossero incapaci, successivamente non è una condizione permanente, perché è vero che alcuni ricoverati dicono: "No, ma io faccio quello che voglio tanto sono incapace" e gli operatori li riportano alla realtà dicendogli: "No, guarda che se fai un nuovo reato ci sarà un nuovo giudizio per capire se sei incapace o responsabile".

Con la maggior parte dei pazienti gli operatori sostengono che un rapporto di cambiamento e un dialogo ri-costruttivo di relazioni, si può realizzare. Gli psichiatri sono terrorizzati dal compito di custodia, ma non solo perché c'è la concezione ormai difensiva del rischio, non è per questo, ma perché va in contraddizione col compito terapeutico. Ritengono che la soluzione terapeutica deve essere basata sulla libertà e non sulla coercizione. La soluzione potrebbe consistere nel realizzare con la stessa persona due patti distinti e convergenti, uno per l'aspetto della patologia, e uno relativo alla sicurezza legato al reato compiuto. Forse questa modalità aiuterebbe a lavorare meglio, fidandosi, e vedendo giorno dopo giorno come funzionano i due patti. Il rischio di un patto sottoscritto solo con lo psichiatra, può mettere frequentemente sotto scacco il medico. Infatti, la relazione terapeutica rischia di rompersi se il paziente ritiene responsabile lo psichiatra o il personale sanitario della decisione del magistrato relativa a un permesso negato o a un altro provvedimento sulle condizioni giuridiche.

Forse dividere i due piani potrebbe essere una sperimentazione che aiuti a portare una soluzione originale, di sperimentazione, di buone pratiche.

Per la riforma del 147, dicevo all'inizio, speriamo nel giudizio della Corte Costituzionale, perché oggi molti magistrati di sorveglianza ci dicono che non possono concedere la misura alternativa, perché la norma prevede la possibilità della misura alternativa solo in presenza di una grave infermità fisica. Il Presidente del Tribunale di sorveglianza di Messina in un caso specifico ha applicato la norma estendendola anche alla patologia mentale. Credo che i magistrati di sorveglianza stiano discutendo se questa forzatura del dottor Mazzamuto è fondata oppure no. Quel che è indiscutibile è che nel 1930 Sigmund Freud aveva già scritto i suoi testi fondamentali, ma nel Codice Rocco ci si riferisce solo al corpo e si trascura la mente. Considerando la presenza sempre più consistente nelle carceri del disagio mentale, è auspicabile che con una modifica che sciolga alla radice il dilemma o con sentenze "pilota", si equipari un malato di cancro a chi ha una psicosi, un cardiopatico a uno schizofrenico. La strada della civiltà e della giustizia passa anche da qui.

Concludo ribadendo la mia convinzione che in presenza di un grave delitto, evidentemente la persona sta in detenzione. Però il carcere dovrebbe offrire un luogo adatto per poter affrontare anche il disagio psichico. Se in carcere l'articolazione psichiatrica

fosse non una sezione carceraria che cambia l'etichetta, ma fosse sul serio un luogo in cui è possibile l'osservazione psichiatrica, in cui fosse possibile l'incontro fra il magistrato e lo psichiatra che deve prendere in carico il soggetto, sarebbe il luogo giusto. Purtroppo queste articolazioni psichiatriche in carcere sono strutturalmente sezioni penitenziarie, con le celle, i blindati e tutto il personale di polizia penitenziaria. Quindi è un carcere, non è un luogo sanitario. A quelli che dicono "Ma facciamo più Rems" io rispondo che, invece, le sezioni di articolazione psichiatrica in carcere dovrebbero avere come modello la Rems. Allora l'osservazione potrebbe funzionare, e produrre una soluzione adeguata all'individuo. Teniamo conto che molte persone – e dalla composizione sociale emerge questo dato – non hanno compiuto un grave delitto. Noi abbiamo un numero molto alto di stranieri e di senza fissa dimora. Per questi soggetti legati all'area dell'emarginazione e dell'abbandono servirebbe non una perizia di incapacità con il rischio di cronicizzare la disperazione, ma un luogo di vita. Alla fine viene da dire che l'alternativa è tra un welfare umano e il carcere o il manicomio, sotto qualunque forma si presentino.



# Ordinanza della Corte di Cassazione



13382-18

REPUBBLICA ITALIANA  
In nome del Popolo Italiano  
LA CORTE SUPREMA DI CASSAZIONE  
PRIMA SEZIONE PENALE

Composta da:

FRANCESCO MARIA SILVIO BONITO  
ROBERTO BINENTI  
FRANCESCO CENTOFANTI  
GAETANO DI GIURO  
RAFFAELLO MAGI

CAMERA DI CONSIGLIO  
DEL 23/11/2017  
- Presidente - ORD.  
Penit n. sez. 3841/2017

REGISTRO GENERALE  
N.47081/2016

- Rel. Consigliere -

ha pronunciato la seguente

ORDINANZA

sul ricorso proposto da:

MONTENERO NINO nato il 14/05/1956 a NAPOLI

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

sentita la relazione svolta dal Consigliere RAFFAELLO MAGI;

lette/sentite le conclusioni del PG *Roberto Aiello, che ha chiesto il ripetersi del ricorso;*

RT

## RITENUTO IN FATTO

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

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

Viene, in seguito, evidenziato che in data 4 luglio 2016 ed in data 30 settembre 2016 si sono verificati, in costanza di detenzione, due comportamenti autolesionistici (taglio della gola) posti in essere dal detenuto, che risulta seguito dal medico psichiatra del carcere. Nel valutare la attuale condizione del Montenero, il Tribunale afferma che costui è affetto esclusivamente da un disturbo di natura psichica, inquadrato dal consulente di parte in termini di «grave disturbo misto di personalità, con predominante organizzazione border line in fase di scompenso psicopatologico» .

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

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

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

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

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

2.2 Si rappresenta, pertanto, che il caso andava inquadrato nella previsione di legge di cui all'art. 148 cod.pen., trattandosi di infermità psichica sopravvenuta tale da impedire l'esecuzione della pena. Era stato chiesto, in alternativa, il ricovero in luogo esterno di cura.

Il ricorrente si duole della omessa esecuzione di una perizia, posto che il Tribunale, pur aderendo alla prospettazione del consulente di parte non ha ritenuto che il quadro patologico insorto potesse determinare la sospensione dell'esecuzione, ed evidenzia - quanto al preteso vizio argomentativo- da un lato che l'inquadramento operato appare semplicistico, posto che la gravità della patologia psichica induce a ritenere

probabili le ricadute sul piano fisico, dall'altro che - in ogni caso - la prosecuzione della detenzione finisce con il determinare una condizione contraria al senso di umanità.

## CONSIDERATO IN DIRITTO

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

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

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

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

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

Ciò che rileva è, infatti, che il dubbio di legittimità costituzionale - sia esso introdotto dalla parte o formulato di ufficio - rilevi sull'esercizio dei poteri giurisdizionali tipici della fase di legittimità e, dunque, sull'accoglimento o meno del ricorso (v. Sez. I n. 409 del 10.12.2008, ric. *Sardelli*, rv 242456 in tema di riproponibilità di eccezione di legittimità costituzionale respinta in sede di merito; quanto al potere di sollevare di ufficio la questione, v. Sez. VI n. 1523 del 9.12.1970, dep. 4.2.1971, Benassi, rv 116570). E' evidente, infatti, che la Corte di Cassazione - in quanto giurisdizione di controllo - è chiamata a compiere una applicazione sui generis delle disposizioni di legge rilevanti per la soluzione del caso trattato, ponendosi quale organo cui spetta la verifica della corretta applicazione della legge vigente avvenuta nei precedenti gradi di giudizio, ma ciò non ridimensiona in alcun modo il potere/dovere di attivazione del controllo di legittimità costituzionale lì dove la disposizione o il «complesso di disposizioni» incidenti sul tema determini un rilevante dubbio di legittimità costituzionale.

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

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

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

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

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

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

Il soggetto portatore di infermità esclusivamente di tipo psichico - sopravvenuta alla condanna - non può accedere, pertanto, secondo l'orientamento interpretativo costante di questa Corte, agli istituti del differimento obbligatorio o facoltativo della pena previsti dagli articoli 146 e 147 cod.pen. nè alla particolare ipotesi di detenzione domiciliare 'in deroga' (a limiti di pena ed ostatività del titolo di reato) di cui all'art. 47 ter co.1 ter ord.pen. (disposizione introdotta dall'art. 4 della legge n. 165 del 27.5.1998, sulle cui caratteristiche v. Sez. I n. 17208 del 19.2.2001, *Mangino*, rv 218762; Sez. I n.8993 del 13.2.2008, *Squeo*, rv 238948; Sez. I n. 18439 del 5.4.2013 ric. *Lo Bianco*, rv 255851), posto che nel corpo di tale disposizione vengono richiamate esclusivamente le condizioni di infermità di cui agli articoli 146 e 147 del codice penale (infermità fisica) e non anche quelle evocate nel testo dell'art. 148 (infermità psichica sopravvenuta).

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

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

Tali aspetti, pertanto, vanno esaminati dal Collegio, posto che anche nella ipotesi di omessa statuizione espressa da parte del giudice del merito su un punto della decisione, lì dove la Corte di legittimità dovesse apprezzare l'esistenza di un limite insuperabile all'accoglimento della domanda, il ricorso non potrebbe trovare accoglimento. La considerazione appena esposta rende rilevante - anche in riferimento ai contenuti dell'art. 23 co.2 legge n.53 del 1987 - l'esame del reticolato normativo in tema di trattamento della infermità psichica sopravvenuta al condannato (come recita la rubrica dell'art. 148 cod. pen.) al fine di comprendere se ed in quali termini :

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

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

5. Al primo interrogativo va fornita risposta negativa.

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

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

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

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

Ciò è, del resto, confermato dal fatto che il processo di superamento degli Opg è stato accompagnato dalla realizzazione, all'interno degli Istituti Penitenziari ordinari, di apposite Sezioni denominate "Articolazioni per la tutela della Salute Mentale", che - previste dall'Accordo del 13 ottobre 2011, sancito in Conferenza Unificata in attuazione del Decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 10 ottobre 2008 - sono dedicate all'accoglienza dei detenuti appartenenti a specifiche categorie giuridiche in precedenza ospitati negli Opg per ricevere le necessarie cure ed assistenza psichiatriche. Risultano attivate, da dati del Dipartimento Amministrazione Penitenziaria, 38 Sezioni, per una capienza complessiva di circa 500 posti letto. La previsione di legge che ha consentito la realizzazione delle «sezioni speciali» è rappresentata dall'art. 65 ord.pen., ove si prevede l'assegnazione dei soggetti affetti da infermità o minorazioni fisiche o psichiche devono essere assegnati ad istituti o sezioni speciali per idoneo trattamento. Può dirsi dunque realizzata, allo stato, una innovazione del quadro legislativo nel modo che segue :

- la condizione del soggetto portatore di infermità psichica tale da escludere la capacità di intendere o di volere al momento del fatto, lì dove si riscontri pericolosità sociale, è quella di sottoposizione al trattamento riabilitativo presso le Rems, strutture ad esclusiva gestione sanitaria ;

- la condizione del soggetto in esecuzione pena portatore di patologia psichica sopravvenuta è quella di detenuto, ove possibile allocato presso una delle 'Articolazioni per la tutela della salute mentale' poste all'interno del circuito penitenziario.

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

piena cittadinanza del dubbio di legittimità, sufficiente ad attivare l'incidente di costituzionalità.

6. Allo stato attuale della normativa, dunque, non paiono sussistere alternative alla de-

tenzione carceraria, per il soggetto in esecuzione pena con residuo superiore ad anni quattro (o per reato ricompreso nella elencazione di cui all'art. 4 bis ord.pen.) affetto da patologia psichica sopravvenuta - come nel caso del Montenero qui in trattazione -, stante da un lato la impossibilità di usufruire, per assenza dei presupposti di accessibilità, della detenzione domiciliare ordinaria (art. 47 ter co. I ord. pen.), dall'altro la già segnalata impossibilità di accedere, per il criterio della interpretazione letterale, alla detenzione domiciliare 'in deroga' di cui all'art. 47 ter co. I ter ord. pen. (la disposizione testualmente recita : quando potrebbe essere disposto il rinvio obbligatorio o facoltativo della esecuzione della pena ai sensi degli articoli 146 e 147 del codice penale..) .

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

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

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

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

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

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

7.1 Va anzitutto ricordato che la stessa previsione dell'art. 148 cod. pen. era ispirata,

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

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

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

b) l'allocazione in tali Articolazioni viene di regola realizzata senza alcuna previa verifica giurisdizionale dell'idoneità del trattamento praticabile da parte della Magistratura di Sorveglianza, il che equivale a realizzare una complessiva «de-giurisdizionalizzazione» di un segmento trattamentale di notevole rilievo, in assenza di alternative praticabili, per quanto detto in precedenza (nè Rems, nè ammissione alla detenzione domiciliare). Ciò determina la ricorrenza di contrasto - sotto il profilo della non manifesta infondatezza del relativo dubbio - della disposizione dell'art. 47ter comma 1 ter ord. pen. con i parametri costituzionali rappresentati dai contenuti degli articoli 2, 3, 27, 32 e 117 Cost., nella parte in cui detta disposizione non include tra i presupposti della detenzione domiciliare 'in deroga' l'ipotesi della infermità psichica sopravvenuta.

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

8.1 La Corte Costituzionale ha in più occasioni ribadito come la tutela del «bene primario della salute» (art.32 Cost.), impone la considerazione particolare della condizione vissuta da un soggetto privato della libertà personale, in un ambito in cui il bene primario in questione «deve trovare adeguate garanzie» (v. sent. n. 70 del 1994), sempre in rapporto alla valutazione in concreto dello stato patologico da parte del giudice (v. sent. n. 438 del 1995) e deve essenzialmente rapportarsi alla preminente finalità rieducativa che la Carta assegna alla pena, ampiamente evidenziata nella decisione n.313 del 1990, che appare utile riportare per stralcio : [...] incidendo la pena sui diritti di chi vi è sottoposto, non può negarsi che, indipendentemente da una considerazione retributiva, essa abbia necessariamente anche caratteri in qualche misura afflittivi. Così come è vero che alla sua natura ineriscano caratteri di difesa sociale, e anche di prevenzione generale per quella certa intimidazione che esercita sul calcolo utilitaristico di colui che delinque. Ma, per una parte (afflittività, retributività), si tratta di profili che riflettono quelle condizioni minime, senza le quali la pena cesserebbe di

essere tale. Per altra parte, poi (reintegrazione, intimidazione, difesa sociale), si tratta bensì di valori che hanno un fondamento costituzionale, ma non tale da autorizzare il pregiudizio della finalità rieducativa espressamente consacrata dalla Costituzione nel contesto dell'istituto della pena. Se la finalizzazione venisse orientata verso quei diversi caratteri, anziché al principio rieducativo, si correrebbe il rischio di strumentalizzare l'individuo per fini generali di politica criminale (prevenzione generale) o di privilegiare la soddisfazione di bisogni collettivi di stabilità e sicurezza (difesa sociale), sacrificando il singolo attraverso

l'esemplarità della sanzione. È per questo che, in uno Stato evoluto, la finalità rieducativa non può essere ritenuta estranea alla legittimazione e alla funzione stesse della pena. L'esperienza successiva ha, infatti, dimostrato che la necessità costituzionale che la pena debba <tendere> a rieducare, lungi dal rappresentare una mera generica tendenza riferita al solo trattamento, indica invece proprio una delle qualità essenziali e generali che caratterizzano la pena nel suo contenuto ontologico, e l'accompagnano da quando nasce, nell'astratta previsione normativa, fino a quando in concreto si estingue. Ciò che il verbo <tendere> vuole significare è soltanto la presa d'atto della divaricazione che nella prassi può verificarsi tra quella finalità e l'adesione di fatto del destinatario al processo di rieducazione: com'è dimostrato dall'istituto che fa corrispondere benefici di decurtazione della pena ogniqualvolta, e nei limiti temporali, in cui quell'adesione concretamente si manifesti (liberazione anticipata). Se la finalità rieducativa venisse limitata alla fase esecutiva, rischierebbe grave compromissione ogniqualvolta specie e durata della sanzione non fossero state calibrate (né in sede normativa né in quella applicativa) alle necessità rieducative del soggetto. La Corte ha già avvertito tutto questo quando non ha esitato a valorizzare il principio addirittura sul piano della struttura del fatto di reato (cfr. sentenza n. 364 del 1988). Dev'essere, dunque, esplicitamente ribadito che il precetto di cui al terzo comma dell'art. 27 della Costituzione vale tanto per il legislatore quanto per i giudici della cognizione, oltre che per quelli dell'esecuzione e della sorveglianza, nonché per le stesse autorità penitenziarie. [...] .

Da qui la considerazione, espressa nella decisione numero 70 del 1994 (relativa al tema del differimento obbligatorio ex art. 146 cod.pen.) in punto di prevalenza della esigenza di tutela del bene primario della salute, ove gravemente minacciato, rispetto alla tutela di esigenze di contenimento della pericolosità : [...] Se, infatti, a fondamento della nuova ipotesi di differimento della esecuzione della pena sta, come si è detto, l'esigenza di assicurare il diritto alla salute nel particolare consorzio carcerario, la liberazione del condannato non può allora ritenersi frutto di una scelta arbitraria, così come neppure può dirsi che la liberazione stessa integri, sempre e comunque, un fattore di compromissione delle contrapposte esigenze di tutela collettiva: non è la pena differita in quanto tale, infatti, a determinare una situazione di pericolo, ma, semmai, la carenza di adeguati strumenti preventivi volti ad impedire che il condannato, posto in libertà, commetta nuovi reati. Tuttavia, se a colmare una simile carenza può provvedere, ed è auspicabile che provveda, soltanto il legislatore, deve escludersi che la eventuale lacunosità dei presidi di sicurezza possa costituire, in sè e per sè, ragione sufficiente per incrinare, sull'opposto versante, la tutela dei valori primari che la norma impugnata

ha inteso salvaguardare, giacchè, ove così fosse, nel quadro del bilanciamento tra le esigenze contrapposte, solo una prevarrebbe a tutto scapito dell'altra. D'altra parte, occorre anche osservare che qualora la norma in esame fosse ritenuta non conforme ai principii costituzionali per il sol fatto che dalla sua applicazione possono in concreto scaturire situazioni di pericolosità per la sicurezza collettiva, ne conseguirebbe che alla esecuzione della pena verrebbe assegnata, in via esclusiva, una funzione di prevenzione generale e di difesa sociale, obliterandosi in tal modo quella eminente finalità rieducativa che questa Corte ha invece inteso riaffermare anche di recente (v. sentenza n. 313 del 1990), e che certo informa anche l'istituto del rinvio che viene qui in discorso [...]. Si tratta di linee-guida che informano, doverosamente, l'intero sistema esecutivo penale che per essere costituzionalmente compatibile deve offrire : a) opportunità giurisdizionali di verifica in concreto della condizione patologica; b) strumenti giuridici di contemperamento dei valori coinvolti che siano tali da consentire la sospensione della esecuzione o la modifica migliorativa delle condizioni del singolo, lì dove le ricadute della patologia finiscano con l'espore il bene primario della salute individuale a compromissione, sì da concretizzare - in ipotesi di mantenimento della condizione detentiva - un trattamento contrario al senso di umanità (art. 27 co.3 Cost.) o inumano o degradante (con potenziale violazione dell'art. 3 Convenzione Edu).

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

In particolare, anche a fronte della avvenuta constatazione di inadeguatezza di simile trattamento, non risulta consentita - allo stato - nè la sospensione dell'esecuzione (a meno di non ridiscutere, come pure parrebbe opportuno, il fondamento scientifico della rigida distinzione tra le due classi di patologia, ormai ampiamente posto in crisi da avanzati studi sul fenomeno della comorbidità) nè l'approdo alla detenzione domiciliare 'in deroga' (art. 47 ter co.1 ter ), lì dove non risulti applicabile quella ordinaria (art. 47 ter co.1)

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

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

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

nè a quella in deroga .

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

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

Va ricordato, sul tema, che lì dove sia individuabile una «potenziale tensione» tra una o più norme di legge ordinaria e i principi della Convenzione Europea (per come gli stessi vivono nella interpretazione loro data dalla Corte di Strasburgo, primo - anche se non unico - interprete di quel testo) il giudice interno, prima di investire la Corte Costituzionale ha il preciso dovere - più volte sottolineato dal giudice delle leggi - di ricorrere allo strumento della interpretazione -costituzionalmente e convenzionalmente - conforme delle disposizioni in rilievo, nel senso che la questione va sollevata solo nel caso in cui il testo della disposizione (o delle disposizioni) non sia interpretabile in modo tale da evitare ogni potenziale conflitto di significato precettivo. Si veda, in proposito, quanto di recente ribadito da Corte Cost. sent. n. 109 del 5 aprile 2017: [...] nell'attività interpretativa che gli spetta ai sensi dell'art. 101, secondo comma, Cost., il giudice comune ha il dovere di evitare violazioni della Convenzione europea e di applicarne le disposizioni, sulla base dei principi di diritto espressi dalla Corte EDU, specie quando il caso sia riconducibile a precedenti di quest'ultima (sentenze n. 68 del 2017, n. 276 e n. 36 del 2016). In tale attività, egli incontra, tuttavia, il limite costituito dalla presenza di una legislazione interna di contenuto contrario alla CEDU: in un caso del genere - verificata l'impraticabilità di una interpretazione in senso convenzionalmente conforme, e non potendo disapplicare la norma interna, né farne applicazione, avendola ritenuta in contrasto con la Convenzione e, pertanto, con la Costituzione, alla luce di quanto disposto dall'art. 117, primo comma, Cost. - deve sollevare questione di legittimità costituzionale della norma interna, per violazione di tale parametro costituzionale (ex plurimis, sentenze n. 150 del 2015, n. 264 del 2012, n. 113 del 2011, n. 93 del 2010, n. 311 e n. 239 del 2009) [...].

Si è già spiegato come, ad avviso del Collegio, l'unica disposizione interna che potrebbe offrire - in caso di patologia psichica sopravvenuta - l'accesso alla composizione del conflitto in chiave di tutela delle garanzie fondamentali (art. 47 ter co.1 ter ord.pen.) non risulta interpretabile in senso costituzionalmente e convenzionalmente orientato. La protrazione della detenzione del soggetto affetto da grave infermità psichica, pertanto, si espone - in aggiunta a quanto prima rilevato - a rischio concreto di violazione del divieto di trattamenti inumani o degradanti, in un contesto normativo come quello italiano che ha di recente elevato (v. artt. 35 bis e 35 ter ord.pen.) il divieto in questione a regola fondante del sistema di tutela dei diritti delle persone detenute.

8.3 Non appare dunque possibile prescindere dall'esame sia dell'art. 3 Conv. Eur. secondo cui nessuno può essere sottoposto a tortura nè a pene o trattamenti inumani o degradanti disposizione che fornisce ulteriore protezione al diritto al trattamento 'non contrario' al senso di umanità, in piena assonanza con la disposizione di cui all'art. 27 Cost. . Come è noto, nella giurisprudenza della Corte Edu il divieto di cui all'art. 3

configura un obbligo positivo per lo Stato e non trova forma alcuna di bilanciamento in esigenze antagoniste. In tale ambito, ricorrente è infatti l'affermazione (v. decisione Labita contro Italia del 2000) per cui [ ..] anche nelle circostanze più difficili, quali la lotta contro il terrorismo e il crimine organizzato, la Convenzione vieta in termini assoluti la tortura e le pene o trattamenti disumani o degradanti. L'articolo 3 non prevede restrizioni, in contrasto con la maggior parte delle clausole normative della Convenzione e dei Protocolli nn. 1 e 4, e secondo l'articolo 15 par. 2 non ammette alcuna deroga, anche in caso di pericolo pubblico che minaccia la vita della nazione (sentenze Selmouni c/ Francia [GC], n. 25803/94, par. 95, CEDU 1999-V; Assenov e altri c/ Bulgaria del 28 ottobre 1998, par. 93). Il divieto della tortura o delle pene o trattamenti disumani o degradanti è assoluto, quali che siano i comportamenti della vittima (sentenza Chahal c/ Regno Unito del 15 novembre 1996, Raccolta 1996-V, p. 1855, par. 79). La natura del reato ascritto al ricorrente non è pertanto pertinente per quanto riguarda l'esame sulla base dell'articolo 3 .. [..].

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

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

Ancora, appare opportuno ricordare che l'obbligo di interruzione (nelle forme del differimento o della misura alternativa di cui all'art. 47 ter co. I ter) della detenzione non conforme ai contenuti dell'art. 3 della Convenzione Europea per la tutela dei diritti dell'uomo e delle libertà fondamentali, è patrimonio giurisdizionale accresciuto dalle decisioni emesse dalla Corte di Strasburgo, più volte intervenuta (anche nei confronti dell'Italia) con decisioni accertative di violazione, proprio nel delicato settore del diritto alla salute del soggetto recluso e del correlato obbligo di valutare, a fronte di gravi patologie, la opportunità di mantenere o meno lo stato detentivo carcerario. Nella nota decisione Contrada contro Italia del 11.2.2014 (in cui si è affermato che .. il mantenimento in stato detentivo di quest'ultimo era incompatibile con il divieto di trattamenti inumani e degradanti stabilito dall'articolo 3 ) la Corte Edu ha affermato, tra l'altro, quanto segue : .. l'articolo 3 impone allo Stato l'obbligo positivo di assicurarsi che esse siano detenute in condizioni compatibili con il rispetto della dignità umana, che le modalità di esecuzione della misura non facciano piombare l'interessato in uno stato di sconforto né lo esponano ad una prova di intensità superiore all'inevitabile livello di sofferenza inerente alla detenzione e che, tenuto conto delle esigenze pratiche della carcerazione, la salute e il benessere del detenuto siano assicurati adeguatamente, in modo particolare attraverso la somministrazione delle necessarie cure

mediche (Kudla c. Polonia [GC], n. 30210/96, § 94, CEDU 2000 XI, e Riviere c. Francia, n. 33834/03, § 62, 11 luglio 2006). Così, la mancanza di cure mediche adeguate e, più in generale, la detenzione di una persona malata in condizioni non adeguate, può in linea di principio costituire un trattamento contrario all'articolo 3 (si vedano, ad esempio, ilhan c. Turchia [GC], n. 22277/93, § 87, CEDU 2000-VII, e Gennadi Naumenko sopra citata, § 112). ..La Corte deve tenere conto, in particolare, di tre elementi al fine di esaminare la compatibilità di uno stato di salute preoccupante con il mantenimento in stato detentivo del ricorrente, vale a dire: a) la condizione del detenuto, b) la qualità delle cure dispensate e c) l'opportunità di mantenere lo stato detentivo alla luce delle condizioni di salute del ricorrente (si vedano Farbtuhs c. Lettonia, n. 4672/02, § 53, 2 dicembre 2004, e Sakkopoulos c. Grecia, n. 61828/00, § 39, 15 gennaio 2004).

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

In particolare la Corte Edu ha in più occasioni affermato la necessità di fornire adeguata tutela a soggetti reclusi portatori - in quanto affetti da patologia psichica - di accentuata vulnerabilità, affermando - nel caso W.D. c. Belgium deciso il 6 settembre 2016 (n. 73548/2013) che anche l'allocatione in reparto psichiatrico carcerario può dar luogo a trattamento degradante quando le terapie non risultino appropriate (without appropriate medical supervision) e la detenzione si prolunghi per un periodo di tempo significativo: ... "la Corte segnala che l'obbligazione derivante dalla Convenzione non si limita a proteggere la società contro i potenziali pericoli posti in essere da criminali affetti da disturbi psichici, ma esigeva altresì di fornire un trattamento idoneo a tali criminali per aiutarli al fine della loro reintegrazione all'interno della società nel modo migliore. Si affermava perciò che le autorità nazionali non si erano sufficientemente prese cura della salute di W.D. per garantirgli che non fosse posto in situazione tale da violare l'articolo 3 della Convenzione. Il fatto che questi fosse stato posto in un'ala di un carcere psichiatrico per un periodo significativo di tempo, senza reale speranza di cambiamento e senza appropriati controlli medici, ha assoggettato lo stesso a difficoltà particolarmente gravi, causandogli afflizione di intensità eccedente l'inevitabile livello di sofferenza intrinseco alla detenzione. La Corte considerava che qualsiasi ostacolo potesse aver creato W.D. col suo comportamento, questo non liberava lo Stato dalle sue obbligazioni nei suoi confronti. Si ripeteva che la posizione di inferiorità e di incapacità che erano tipiche di pazienti ristretti in ospedali psichiatrici esigevano un aumento di controllo nell'esaminare la conformità con la Convenzione; che erano ancora maggiori i casi dove persone che soffrivano di disturbi della personalità erano detenuti in un ambiente carcerario. La Corte perciò concludeva affermando che vi era stato tratta-

mento degradante a causa dell'ininterrotta detenzione di W.D. per più di nove anni in ambiente carcerario senza idoneo trattamento per la sua patologia mentale né prospettiva di reintegrazione sociale con violazione dell'articolo 3 della Convenzione ». Analoghe affermazioni risultano operate in arresti precedenti, tra cui *Claes v. Belgium* del 10 gennaio 2013 e *Bamouhammad v. Belgium* del 17 novembre 2015, il che dimostra come la verifica della adeguatezza del trattamento sanitario praticato, in concreto e non in astratto, sia il parametro su cui occorre misurare la valutazione circa il mantenimento o meno della condizione detentiva, pena il rischio concreto di violazione del divieto di infliggere al detenuto un trattamento inumano o degradante.

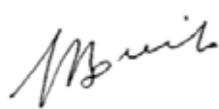
9. Per tutte le ragioni sin qui esposte il Collegio ritiene di sollevare di ufficio la questione di legittimità costituzionale con riferimento agli artt. 2, 3, 27, 32 e 117 della Costituzione, dell'art. 47ter co.lter della legge 26.07.1975 n.354 e succ. mod., nella parte in cui detta previsione di legge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

Va sospeso il procedimento, come da dispositivo.

### P.Q.M.

Vista la l. 11 marzo 1953 n.87 art. 23 solleva, di ufficio, questione di legittimità costituzionale, con riferimento agli artt. 2, 3, 27, 32 e 117 della Costituzione, dell'art. 47ter co.lter della legge 26.07.1975 n.354 e succ. mod., nella parte in cui detta previsione di legge non prevede la applicazione della detenzione domiciliare anche nelle ipotesi di grave infermità psichica sopravvenuta durante l'esecuzione della pena. Sospende il giudizio in corso e dispone l'immediata trasmissione degli atti alla Corte Costituzionale. Dispone altresì che a cura della Cancelleria la presente ordinanza sia notificata al ricorrente, al Procuratore Generale presso questa Corte, al Presidente del Consiglio dei Ministri nonché ai Presidenti delle due Camere del Parlamento.

Così deciso il 23 novembre 2017

<b>Il Consigliere estensore</b> Raffaello Magi	<b>Il Presidente</b> Francesco Maria Silvio Bonito
	





# Ordinanza del Tribunale di Sorveglianza di Messina

N. SIUS 2017/999 – TDS MESSINA

ORDINANZA N.....



Tribunale di Sorveglianza di Messina

## IL TRIBUNALE

L'anno 2018 giorno 28 del mese di febbraio in Messina si è riunito in Camera di Consiglio nelle persone dei componenti:

Dott. Nicola Mazzamuto  
" Luana Lino  
" Giuseppe Caruso  
" Fabio Giuseppe Bilardi

Presidente  
Mag. Sorv.  
Esperto  
Esperto

per deliberare sull'istanza presentata da [REDACTED], attualmente detenuto presso la Casa di Reclusione [REDACTED], già detenuto presso la Casa Circondariale di [REDACTED], in relazione alla pena residua di anni 8 mesi 9 giorni 1 di reclusione, di cui al provvedimento di cumulo emesso dalla Procura della Repubblica presso il Tribunale di [REDACTED] in data 06.04.2017, con decorrenza pena dal 22.02.2017 e fine pena previsto al 09.10.2025, per i reati di cui agli artt. 110, 81, 628 c.p. e 110, 81 c.p., 23 comma 4 L. 110/1975, 110 e 648 c.p., commessi nel 1991 e nel 2001; nonché per i reati di cui agli artt. 82, 629 comma 2, 628 comma 2 c.p., 7 L. 203/1991 e 8 L. 575/1965, commessi tra il 2002 ed il 2003; rilevato che trattasi di istanza volta ad ottenere il differimento dell'esecuzione della pena, ai sensi dell'art. 146 comma 1 n. 3 c.p. o dell'art. 147 comma 1 n. 2 c.p. o, in subordine, il differimento nelle forme della detenzione domiciliare, di cui all'art 47 ter comma 1 ter O.P.; sentiti il P.G. di udienza nella persona della dott.ssa Vincenza Napoli ed i difensori, che hanno concluso come da verbale in atti, ha pronunciato la seguente

## ORDINANZA

Il condannato, oltre ai reati di cui al titolo in epigrafe, presenta precedenti per furto in concorso, violazione delle norme del codice della strada, violenza per costringere altri a commettere un reato, danneggiamento in concorso, evasione, cessione illecita di sostanze stupefacenti, commessi tra il 1993 ed il 2001, nonché per inosservanza dei provvedimenti dell'autorità, commesso nel 2012.

Dal certificato carichi pendenti in atti risultano procedimenti per i reati di cui agli artt. 605, 56 e 628 c.p., 2 L. 895/1967, contestati come commessi nel 1998; 73 DPR 309/1990, diversi fatti contestati come commessi nel 2001; 74 DPR 309/1990, contestato come commesso nel 2001; 9 L. 1423/1956, 629 c.p. e 7 L. 575/1965, contestati come commessi tra il 2002 ed il 2003; 336 c.p., contestato come commesso nel 2011; 341 bis e 612 c.p., contestati come commessi nel 2014.

Dalla relazione della C.C. di [REDACTED] del 03.11.2017 emerge come il soggetto, nel periodo trascorso presso l'istituto (dal 13.06.2017 al 25.09.2017 e dal 02.10.17 al 28.10.2017) abbia mantenuto una condotta adeguata al contesto, effettuando regolari colloqui con i familiari.

La C.R. di [REDACTED] (ove si trova allo stato ristretto), nella relazione comportamentale del 07.12.2017, evidenzia come il [REDACTED] sia stato sottoposto, sin dal suo ingresso in istituto, al regime di grande sorveglianza, perché affetto da "disturbo bipolare" e "depressione", con "manifestazioni psicotiche".

Nel corso dei colloqui ha chiesto informazioni circa la possibilità di ottenere misure alternative alla detenzione. È separato dalla moglie con la quale mantiene buoni rapporti e da poco ha instaurato una relazione con un'altra donna. È stato riconosciuto invalido al 100% e percepisce la relativa pensione. Tiene condotta regolare presso tale istituto.

Nella relazione di aggiornamento del 10.01.2018, la C.R. di ██████ riferisce che, in data 09.01.2018, il suo caso è stato sottoposto all'attenzione dell'Unità locale per la prevenzione dei suicidi (ULPS), operante presso l'istituto.

Dagli accertamenti effettuati è emerso come il soggetto sia affetto da patologia psichiatrica "grave", documentata da referti specialistici precedenti il periodo di detenzione e confermata dall'anamnesi desumibile dal diario clinico della carcerazione. Durante il periodo di osservazione presso l'istituto ha continuato a dimostrare disturbi psicotici ascrivibili alla diagnosi di *"disturbo bipolare più recente disturbo depressivo"*. Al paziente, come riferito dalla C.R. di ██████ a seguito di richiesta avanzata dal Tribunale di Sorveglianza di ██████, è stata redatta relazione sanitaria in cui si specifica che *"le condizioni cliniche attuali lo rendono incompatibile con il regime penitenziario"*. I componenti dell'ULPS hanno, quindi, concluso nel senso della necessità di mantenere il regime di grande sorveglianza.

La Questura di ██████, nella nota del dicembre 2017, riporta i precedenti penali del ██████ ed evidenzia come lo stesso sia stato in passato e sia tuttora un personaggio di spicco della criminalità organizzata ██████ e che continui a mantenere rapporti con famiglie facenti parte di organizzazioni criminali, al fine di tutelare i propri interessi, nonostante si trovi in regime detentivo. La relazione conclude nel senso della sua elevata pericolosità sociale.

Quanto alle condizioni di salute in cui versa in detento, dalla relazione redatta dall'ASP di ██████ in data 19.12.2017, risulta come il ██████ sia affetto da *"disturbo bipolare"*. È trattato con Depot, si trova in condizione depressiva e presenta cattiva e insoddisfacente compliance psicofarmacologica. È stato posto in regime di grande sorveglianza per depressione, con manifestazioni psicotiche; presenta difficoltà adattive e limiti nella gestione autonoma dei propri bisogni. Si conclude nel senso della sussistenza di un *"disturbo psichiatrico maggiore grave"*.

Dalla relazione di aggiornamento redatta dalla stessa ASP in data 23.01.2018 risulta che il predetto sia stato sottoposto nell'ultimo periodo a consulenze psicologiche da cui è risultato che *"necessita di supporto psicologico e di trattamento psicoterapico continuativo"*, che presenta *"idee suicidarie"* e che versa in situazione di *"alto rischio di condotte autolesive"*.

La relazione precisa, inoltre, come dalla visita psichiatrica sia emersa una *"compliance terapeutica insoddisfacente"*.

L'ASP di ██████ conferma la diagnosi di *"disturbo psichiatrico maggiore grave"* e conclude nel senso che il percorso più adeguato sarebbe quello del ricovero in luogo esterno di cura, individuabile in un centro di riabilitazione psichiatrica per pazienti cronici gravi.

All'odierna udienza, la difesa ha presentato memoria difensiva, ove evidenzia l'inesattezza di alcuni dati riportati dalla nota di PS in atti (come, ad esempio, la sussistenza di una condanna per associazione mafiosa e per omicidio) e contesta la conclusione cui giunge la Questura in ordine alla pericolosità sociale del soggetto, rappresentando come sia i precedenti che i carichi pendenti si riferiscano a fatti ormai risalenti agli anni 2001 - 2003, ad eccezione di qualche fatto di reato "bagatellare" contestato come commesso in epoca più recente, sino al 2014.

Alla luce delle risultanze dell'istruttoria appena riportate, questo Tribunale osserva quanto segue.

Dalle relazioni sanitarie in atti risulta come il ██████ sia affetto da *"disturbo psichiatrico maggiore grave"*, sebbene la sua malattia non sia così grave ed in stadio così avanzato da non rispondere più, secondo le certificazioni del servizio sanitario penitenziario o esterno, ai trattamenti disponibili ed alle terapie curative, ai sensi dell'art. 146 c.p..

Si aggiunga che nei confronti del condannato non è ipotizzabile l'applicazione del beneficio di cui all'art. 47 ter comma 1 lett. c) O.P., giacché, al di là del presupposto sanitario, vi osta il limite della pena che, nel caso in esame, è superiore a quattro anni e neppure può ricorrersi in via diretta all'art. 147 comma 1 n. 2) c.p., giacché la riscontrata patologia psichiatrica non ha determinato nel quadro clinico del ██████ una grave infermità fisica, che sia rilevante, secondo la giurisprudenza di legittimità, ai fini dell'applicabilità della norma.

Resta tuttavia il fatto che l'infermità psichica da cui è affetto il condannato contrasta con l'esecuzione della pena in regime di detenzione in carcere.

È, infatti, emerso come il soggetto presenti idee suicidarie, versi in situazione di alto rischio di condotte autolesive e presenti una compliance terapeutica insufficiente, al punto che, già in passato, una relazione

sanitaria richiesta dal Tribunale di Sorveglianza di [REDACTED] ha concluso nel senso che *“le condizioni cliniche attuali lo rendono incompatibile con il regime penitenziario”* e da ultimo, con relazione del 23.01.2018, l’ASP di [REDACTED] ha rappresentato che il percorso più adeguato da seguire sia quello di un ricovero in luogo esterno di cura, individuabile in un centro di riabilitazione psichiatrica per pazienti cronici gravi, non essendo il regime carcerario idoneo a garantire le opportune cure al soggetto.

Ciò premesso, occorre rilevare come la fattispecie andrebbe ricondotta nell’alveo dell’art. 148 c.p. che prevede che *“in caso di infermità psichica sopravvenuta al condannato”*, il giudice, ove ritenga che l’infermità sia tale da impedire l’esecuzione della pena, ordina il differimento o la sospensione della stessa e dispone che il condannato venga ricoverato in un manicomio giudiziario ovvero in una casa di cura e custodia.

Com’è noto, sino ad un recente passato, nei confronti dei soggetti affetti da infermità psichica sopravvenuta veniva disposto, ai sensi dell’art. 148 c.p., il ricovero negli Ospedali Psichiatrici Giudiziari (OPG).

Dal 2011 il legislatore ha avviato un percorso volto a progressivo superamento degli OPG.

In particolare, con l’art. 3 ter del D.L. 211/2011, convertito in Legge 9/2012 e con il D.L. 52/2014 convertito in Legge 81/2014 è stata prevista la *“chiusura”* degli OPG ed è stato disposto che le misure di sicurezza del ricovero in ospedale psichiatrico giudiziario e dell’assegnazione a casa di cura e custodia vengano eseguite esclusivamente nelle Residenze per l’esecuzione delle misure di sicurezza (REMS).

Si tratta di strutture a gestione specificamente ed esclusivamente sanitaria, con sicurezza garantita dalle forze dell’ordine soltanto a livello perimetrale, ove si svolgono attività terapeutiche - riabilitative nei confronti di soggetti sottoposti alle misure di sicurezza citate.

Il percorso di dismissione degli OPG è stato portato a termine nel 2017.

Tale intervento normativo, con cui sono stati istituiti nuovi luoghi ove dare esecuzione solo ed esclusivamente alle misure di sicurezza, non è stato accompagnato da una contestuale presa di posizione da parte del legislatore in ordine alla *“sorte”* dei soggetti affetti da infermità psichica sopravvenuta e, quindi, da una modifica della disciplina di cui all’art. 148 comma 1 c.p..

Si pone, quindi, oggi il problema di individuare uno strumento giuridico idoneo ad assicurare adeguata tutela a coloro che nel corso dell’esecuzione della pena vengono colpiti da infermità psichica, che li rende incompatibili con il regime carcerario e che non possono più ricorrere al rimedio di cui all’art. 148 c.p., a seguito della *“chiusura”* degli OPG.

Occorre evidenziare come con l’art. 1 comma 16 lett. d) della L. 103/2017 il Governo è stato delegato ad adottare decreti legislativi per la modifica della disciplina delle misure di sicurezza personali e per il riordino di alcuni settori del codice penale, secondo il seguente principio e criterio direttivo: *“tenuto conto dell’effettivo superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari e dell’assetto delle nuove residenze per l’esecuzione delle misure di sicurezza (REMS), previsione della destinazione alle REMS prioritariamente dei soggetti per i quali sia stato accertato in via definitiva lo stato di infermità al momento della commissione del fatto, da cui derivi il giudizio di pericolosità sociale, nonché dei soggetti per i quali l’infermità di mente sia sopravvenuta durante l’esecuzione della pena, ...”*.

La delega tuttavia non è stata ancora esercitata, pertanto, è da escludere che i soggetti di cui all’art. 148 c.p. possano essere oggi collocati in REMS. Anzi, la sussistenza di una delega in tal senso induce proprio ad escludere che gli stessi possano, prima dell’esercizio della stessa, essere destinatari di un provvedimento che disponga il *“ricovero”* in tali strutture.

Ad avviso di questo Tribunale, sulla scorta di quanto evidenziato, deve oggi ritenersi, a seguito degli interventi normativi che hanno condotto alla chiusura degli OPG, che il primo capoverso del primo comma dell’art. 148 c.p. sia norma tacitamente abrogata.

Si pone a questo punto il problema per l’interprete, allo stato della legislazione vigente e nelle more di un intervento legislativo sul punto, di trovare uno strumento nel sistema che consenta di apprestare adeguata tutela nei confronti dei soggetti affetti da infermità psichica sopravvenuta nel corso dell’esecuzione della pena, onde evitare che gli stessi, in assenza di rimedio espressamente previsto, siano costretti a rimanere in carcere con un conseguente indubbio pregiudizio per la loro salute.

La necessità di trovare un rimedio in via interpretativa si manifesta con tutta evidenza se si considera la particolare delicatezza della presente vicenda, venendo in rilievo una serie di diritti e principi garantiti

sia a livello costituzionale che a livello europeo che rischierebbero di essere seriamente compromessi in assenza di una sollecita risposta da parte dell'ordinamento.

Il riferimento corre innanzitutto al diritto alla salute garantito dall'art. 32 della Costituzione, "salute" intesa in senso ampio ed onnicomprensivo in modo da ricomprendervi sia quella fisica che quella psichica, che verrebbe indubbiamente compromesso ove il soggetto permanesse in una condizione detentiva che non gli consenta di fruire di adeguate cure e di vivere in condizioni dignitose.

In conseguenza della soppressione degli OPG e della mancanza di una legge che indichi un nuovo luogo di ricovero, rischiano, altresì, di essere compromessi i principi del finalismo rieducativo della pena e del divieto di una pena contraria al senso di umanità.

La pena espiata da soggetto in stato di infermità psichica tale non comprendere il significato della stessa, non può, infatti, tendere alla rieducazione e potrebbe risolversi in trattamento inumano ove la patologia non possa essere adeguatamente curata in regime detentivo.

Ancora, vi è il rischio di frizione con il principio di uguaglianza di cui all'art. 3 Cost., se si considera, come si avrà modo di specificare nel prosieguo, che l'ordinamento prevede, per l'analoga situazione in cui il soggetto versi in condizioni di grave infermità fisica, gli strumenti del rinvio facoltativo dell'esecuzione della pena e della detenzione domiciliare in luogo del differimento.

La mancata individuazione di adeguata risposta a fronte dell'esigenza di tutelare tali soggetti può comportare, infine, la violazione dell'art. 117 Cost. ed, in particolare, dell'art. 3 CEDU che stabilisce che nessuno può essere sottoposto a tortura, né a pene o a trattamenti inumani o degradanti, quali potrebbero rivelarsi quelli destinati a soggetti che permangono in carcere nonostante la particolare patologia psichica e l'inadeguatezza delle cure riscontrate, sol perché lo Stato non ha individuato luoghi idonei in cui espletare i trattamenti necessari.

Alla luce di quanto evidenziato, appare evidente la necessità di un intervento tempestivo da parte dell'interprete per far fronte alle lacune dell'ordinamento appena evidenziate.

Una prima via seguita dalla Corte di Cassazione, prima sezione penale, con ordinanza n. 13382/2018 - intervenuta nelle more dello scioglimento della riserva assunta da questo Tribunale - è stata quella di sollevare questione di legittimità costituzionale dell'art. 47 ter comma 1 ter della legge 354/1975, nella parte in cui non prevede l'applicazione della detenzione domiciliare anche nelle ipotesi di grave infermità psichica sopravvenuta durante l'esecuzione della pena, con riferimento agli artt. 2, 3, 27, 32 e 117 della Costituzione.

La Cassazione, muovendo dal presupposto secondo cui l'art. 148 c.p., a seguito della "chiusura" degli OPG, deve ritenersi tacitamente abrogato, sulla scorta di una serie di condivisibili argomentazioni, ha chiesto alla Corte Costituzionale adita un intervento additivo, volto ad estendere all'infermità psichica sopravvenuta la disciplina prevista dalla detenzione domiciliare in luogo del differimento di esecuzione pena, al fine di risolvere il contrasto con le norme costituzionali indicate.

Ad avviso di questo Tribunale, è percorribile altra via che consente di apprestare tempestiva ed adeguata tutela al soggetto affetto da infermità psichica sopravvenuta e di colmare l'attuale lacuna dell'ordinamento, determinata dall'abolizione degli ospedali psichiatrici giudiziari, ossia quella dell'applicazione in via analogica della disciplina prevista dagli artt. 147 c.p. e 47 ter comma 1 ter O.P..

L'analogia *legis* è strumento finalizzato a colmare i vuoti normativi. Si tratta di un'operazione di integrazione dell'ordinamento giuridico, volta ad estendere l'ambito di operatività di una norma ad un caso non previsto, ma simile o a materie analoghe.

L'istituto è regolato dagli artt. 12 e 14 delle preleggi, che escludono l'analogia in presenza di leggi penali e leggi eccezionali.

Il divieto di analogia in ambito penale costituisce proiezione applicativa del principio di tassatività, che risponde all'esigenza di salvaguardare il *favor libertatis* e, in considerazione di ciò, secondo la tesi prevalente in dottrina ed in giurisprudenza, non ha carattere assoluto, ma è limitato alla sola analogia in *malam partem*.

L'analogia in *bonam partem*, che non incide negativamente sulla libertà personale del soggetto, deve considerarsi invece ammissibile.

Nella fattispecie in esame, deve ritenersi possibile l'applicazione analogica della disciplina prevista dagli artt. 147 c.p. e 47 ter comma 1 ter O.P. all'ipotesi in cui sopraggiunga, in corso di esecuzione della pena,

un'infermità psichica, in quanto tale analogia, colmando una lacuna ordinamentale, produce effetti favorevoli al condannato. Infatti, non solo non incide negativamente sulla sua libertà personale, ma consente di evitare la protrazione di uno stato detentivo incompatibile con le condizioni di salute del soggetto.

Perché sia possibile l'applicazione analogica della norma ad un caso simile è necessaria la sussistenza di un'identità di *ratio*, che può ritenersi presente nella fattispecie di cui si discute.

Ritiene, infatti, questo Tribunale che l'art. 147 comma 1 n. 2) c.p. nel prevedere il rinvio facoltativo dell'esecuzione della pena se la stessa deve essere eseguita contro chi si trova "in condizioni di grave infermità fisica" possa essere applicato all'ipotesi non prevista, ma analoga, dell'infermità psichica, proprio in quanto sia in caso di infermità fisica che in caso di infermità psichica, stante il vuoto normativo, sussiste l'esigenza di tutelare il diritto alla salute del soggetto e fornire allo stesso la possibilità di ottenere, in presenza di determinate condizioni, un rinvio dell'esecuzione della pena o una detenzione domiciliare in luogo del differimento.

La scienza medica tende ormai a superare la rigida dicotomia tra le malattie fisiche e quelle psichiche, pertanto, eliminati gli ospedali psichiatrici ed abbandonata l'idea per cui il soggetto affetto da infermità psichica debba essere curato in istituto con tali caratteristiche, nel silenzio del legislatore, non vi sono ragioni per ritenere che il diritto "salute", onnicomprensivamente inteso, debba ricevere tutela differenziata, con la conseguenza di mantenere di una condizione detentiva, anche lì dove venga in giudizio accertato che la condizione mentale non è compatibile con il regime carcerario ed il soggetto necessita di cure praticabili solo in luoghi esterni. Tale soluzione, infatti, rischierebbe di determinare non solo una irrazionale disparità di trattamento, ma anche l'esecuzione di una pena in condizioni inumane e degradanti in violazione degli artt. 27, 117 Cost. e 3 CEDU.

Occorre, inoltre, precisare che la via dell'applicazione analogia degli artt. 147 c.p. e 47 ter comma 1 ter O.P. appare praticabile non solo perché trattasi di applicazione in *bonam partem* di "norme penali", ma anche alla luce del fatto che le stesse non devono ritenersi "norme eccezionali" (per le quali è vietata l'analogia), essendo piuttosto norme espressione di principi generali, quali l'umanità della pena, la tutela della salute, la rieducazione del condannato, contemperati con il principio di difesa sociale e con la conseguente necessità di apprestare strumenti e presidi a tutela della collettività, potendosi così affermare che l'analogia *legis* trova qui conforto e conferma nell'analogia *iuris*.

Alla luce di quanto evidenziato, ritiene questo Tribunale che il vuoto normativo determinato dall'abrogazione tacita dell'art. 148 c.p. possa appunto essere colmato con il ricorso allo strumento dell'analogia e con la conseguente applicazione dell'istituto di cui all'art. 147 c.p. e/o di quello di cui all'art. 47 ter comma 1 ter O.P. (che richiama proprio l'art. 147 c.p.).

Tale soluzione consente così, allo stato della legislazione vigente e nelle more di un intervento del legislatore o di una sentenza additiva della Corte Costituzionale, di fornire al condannato affetto da infermità psichica sopravvenuta una celere, tempestiva, immediata ed adeguata tutela e di ricondurre così il sistema nei binari di compatibilità e conformità ai principi sanciti dalla Carta Costituzionale e dalla CEDU, evitando che si consumino pregiudizi al diritto alla salute del condannato ed al diritto ad una pena che non si risolva in un trattamento inumano e degradante.

Nella fattispecie, dall'istruttoria svolta, come già anticipato, è emerso che il [REDACTED] sia affetto da "disturbo psichiatrico maggiore grave". Presenta idee suicidarie con alto rischio di condotte autolesive ed una compliance terapeutica insufficiente; le sue condizioni non possono essere adeguatamente fronteggiate in ambito intramurario e vi è l'indicazione della necessità di un ricovero in struttura esterna di riabilitazione psichiatrica per pazienti cronici gravi.

La condizione in cui versa il condannato - affetto, come si è visto, da patologia grave incompatibile con il regime carcerario - è assimilabile, sulla scorta di un rigoroso ragionamento analogico costituzionalmente e convenzionalmente orientato, alla infermità fisica "grave" di cui all'art. 147 comma 1 n. 2) c.p., con conseguente applicazione della relativa disciplina e del suo corollario previsto dall'art. 47 ter comma 1 ter O.P., funzionale ai concorrenti bisogni di prevenzione speciale e di continuità espiativa della pena.

Quanto al giudizio di pericolosità, questo Tribunale osserva che i reati di cui al titolo in esecuzione risalgono al periodo 1991 - 2003; che dal certificato carichi pendenti risultano per lo più procedimenti

per reati contestati come commessi tra il 1998 ed il 2003; che i reati contestati come commessi nel 2011 e 2014 (artt. 336, 341 bis e 612 c.p.) sono di minore allarme sociale; che dal certificato penale in atti non risulta che il [REDACTED] abbia riportato condanna per associazione mafiosa, per omicidio tentato né per omicidio consumato. Ciò considerato, alla luce della gravità dei reati commessi, dell'entità della pena da espiare e della grave patologia psichiatrica da cui risulta affetto il soggetto, dichiarata incompatibile con il regime carcerario, ad avviso di questo Tribunale, non è tuttavia possibile concedere il mero rinvio dell'esecuzione della pena, in quanto inidoneo ai fini specialpreventivi, bensì il differimento della stessa nelle forme della detenzione domiciliare, ai sensi del combinato disposto di cui agli artt. 147 c.p. e 47 ter comma 1 ter O.P., apparendo tale misura - attraverso un regime stringente di prescrizioni e controlli ed il ricovero residenziale presso struttura terapeutica - idonea a fronteggiare adeguatamente il grado attuale di concreta pericolosità sociale del soggetto e a creare un equo contemperamento tra l'esigenza di tutelare il diritto alla salute e quella di garantire un'ampia difesa sociale.

### **PQM**

Visti gli artt. 12 e 14 delle preleggi, 146 c.p., 147 comma 1 n. 2 c.p., 47 ter comma 1 ter O.P. e 684 c.p.p.;  
su conforme parere del P.G.;

### **RIGETTA**

l'istanza *ex art.* 146 comma 1 n. 3 c.p..

### **DISPONE**

il differimento dell'esecuzione della pena nei confronti di [REDACTED], come sopra generalizzato, nelle forme della detenzione domiciliare *ex artt.* 147 c.p. e 47 ter comma 1 ter O.P., per un periodo di mesi 6, da eseguirsi presso la CTA che il DSM dovrà individuare con la massima sollecitudine, tra quelle dallo stesso già indicate con la nota prot. n. 551 del 05.02.2018 che si trovano nel territorio della Provincia di [REDACTED].

Il condannato sarà accompagnato presso la CTA con adeguato servizio di scorta.

La misura avrà luogo sotto la sorveglianza del Magistrato di Sorveglianza di [REDACTED].  
Sottopone [REDACTED] alle seguenti

### **PRESCRIZIONI**

- 1) divieto di allontanamento dal domicilio imposto senza autorizzazione del Magistrato di Sorveglianza competente, fatta eccezione per gli spostamenti da e per i presidi sanitari territoriali pubblici, secondo le modalità preventivamente concordate e comunicate all'Autorità di P.S. preposta alla vigilanza, con onere di immediata esibizione a tale autorità di idonea documentazione medica attestante l'avvenuto espletamento dell'incombente ed il relativo arco temporale;
- 2) divieto di contatti, con qualsiasi mezzo anche telefonico e/o con mezzi telematici, con persone diverse da quelle che con lui coabitano e/o che lo assistono;
- 3) divieto di detenzione, a qualsiasi titolo, di stupefacenti, di armi o di altri strumenti atti ad offendere;
- 4) eventuali variazioni del luogo di detenzione domiciliare devono essere preventivamente autorizzate dal Magistrato di Sorveglianza competente, salvo comprovate ragioni di urgenza da comunicarsi immediatamente al detto Magistrato.

### **AVVERTE**

[REDACTED] che qualunque istanza diretta al Magistrato di Sorveglianza potrà essere inoltrata tramite le Forze dell'ordine preposte alla vigilanza.

### **AVVERTE**

██████ che la detenzione domiciliare sarà revocata se verranno a mancare le condizioni di legge e se si verificheranno violazioni alle (ed anche di una sola delle) suddette prescrizioni;

**AVVERTE**

██████ che in caso di allontanamento non preventivamente autorizzato dal Magistrato di Sorveglianza si procederà alla denuncia per il reato di evasione;

**DISPONE**

che la sorveglianza sia affidata al Comando dell'Arma territorialmente competente;

**DISPONE**

che allo scadere del termine di sei mesi si proceda ad ulteriore esame innanzi il Tribunale di Sorveglianza di ████████, stabilendo che nelle more del procedimento la misura continui a decorrere.

Manda alla cancelleria per gli adempimenti di rito.

Messina, 28 febbraio 2018.

Il Magistrato estensore  
(Dott.ssa Luana Lino)

Il Presidente  
(Dott. Nicola Mazzamuto)

Alla redazione del presente provvedimento ha partecipato il magistrato ordinario in tirocinio, dott.ssa Federica Ferrara.

Il Magistrato estensore  
(Dott.ssa Luana Lino)



# La proposta fallita sulla salute psichica in carcere

*Queste norme sono state elaborate dalla Commissione di studio nominata dal Ministro della Giustizia del precedente Governo, Andrea Orlando e, pur non costituendo una riforma organica della materia, come sarebbe stata quella elaborata dalla Commissione Pelissero e mai approvata, avrebbero offerto uno strumento per affrontare le difficoltà in carcere e dare un quadro più chiaro per la vita delle REMS.*

## **CAPO I DISPOSIZIONI PER LA RIFORMA DELL'ASSISTENZA SANITARIA IN AMBITO PENITENZIARIO**

### Articolo 1

*(Modifiche al codice penale in tema di infermità psichica dei condannati)*

1. Al codice penale, approvato con regio decreto 19 ottobre 1930, n. 1398, sono apportate le seguenti modificazioni:
  - a) all'articolo 147, primo comma, numero 2), sono aggiunte in fine le seguenti parole: «o psichica»;
  - b) l'articolo 148 è abrogato;

### Articolo 2

*(Modifiche alle norme sull'ordinamento penitenziario in tema di assistenza sanitaria)*

1. Alla legge 26 luglio 1975, n. 354, sono apportate le seguenti modificazioni:
  - b) dopo l'articolo 11 è aggiunto il seguente articolo:

«Art. 11-bis. Accertamento delle infermità psichiche.  
1. L'accertamento delle condizioni psichiche degli imputati, dei condannati e degli internati, ai fini dell'adozione dei provvedimenti previsti dagli

articoli 147, primo comma, numero 2), 206, 212, secondo comma, del codice penale, dagli articoli 70, 71 e 72 del codice di procedura penale, è disposto, anche d'ufficio, nei confronti degli imputati, dal giudice che procede e, nei confronti dei condannati e degli internati, dal magistrato di sorveglianza. L'accertamento è espletato presso le sezioni di cui all'articolo 65. Il giudice può, altresì, disporre che l'accertamento sia svolto presso idonea struttura indicata dal competente dipartimento di salute mentale.

2. Il soggetto non può comunque permanere in osservazione per un periodo superiore a trenta giorni.

3. All'esito dell'accertamento il giudice che procede o il magistrato di sorveglianza, quando non adotta uno dei provvedimenti previsti dagli articoli 147, primo comma, numero 2), 206 e 212, secondo comma, del codice penale, e sempre che non debba essere pronunciata sentenza di proscioglimento o di non luogo a procedere, dispone il rientro nell'istituto di provenienza.»;

c) l'articolo 65 è sostituito dal seguente articolo:

«Art. 65. Sezioni per detenuti con infermità.

1. Quando non sia applicabile una misura alternativa alla detenzione che consenta un adeguato trattamento terapeutico-riabilitativo, nei confronti dei condannati a pena diminuita ai sensi degli articoli 89 e 95 del codice penale e nei confronti dei soggetti affetti da infermità psichiche sopravvenute o per i quali non sia stato possibile disporre il rinvio dell'esecuzione ai sensi dell'articolo 147, quarto comma, del codice penale, le pene detentive sono eseguite in sezioni speciali finalizzate a favorire il trattamento terapeutico e il superamento delle suddette condizioni.

2. Le sezioni speciali sono ad esclusiva gestione sanitaria.

3. Alle sezioni di cui al presente articolo sono assegnati altresì i soggetti per i quali si procede all'accertamento di cui all'articolo 11-bis.

4. I soggetti di cui al presente articolo sono assegnati alle sezioni ordinarie, previo eventuale periodo di prova, quando siano venute meno le condizioni di infermità psichica o di disabilità fisica.».

## Articolo 14

(Modifiche in tema di affidamento in prova al servizio sociale)

1) Alla legge 26 luglio 1975, n. 354, sono apportate le seguenti modificazioni:

a) [...]

b) dopo l'articolo 47-sexies è aggiunto il seguente articolo: «Art. 47-septies. Affidamento in prova di condannati con infermità psichica.

1. Se la pena detentiva deve essere eseguita nei confronti di persona condannata a pena diminuita ai sensi degli articoli 89 e 95 del codice penale o nei casi di grave infermità psichica, ai sensi dell'articolo 147, comma 1, numero 2, del codice penale, l'interessato può chiedere in ogni momento di essere affidato in prova ai sensi delle disposizioni di questo articolo per proseguire o intraprendere un programma terapeutico e di assistenza psichiatrica in libertà concordato con il dipartimento di salute mentale dell'azienda unità sanitaria locale o con una struttura privata accreditata. L'affidamento in prova può essere concesso solo quando deve essere espiata una pena detentiva, anche residua e congiunta a pena pecuniaria, non superiore a sei anni o a quattro anni se relativa a reato di cui all'articolo 4-bis, comma 1. Affinché il trattamento sia eseguito a carico del servizio sanitario nazionale la struttura interessata deve essere in possesso dell'accreditamento istituzionale di cui all'articolo 8-quater del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, ed aver stipulato gli accordi contrattuali di cui all'articolo 8-quinquies del citato decreto legislativo.

2. All'istanza è allegata, a pena di inammissibilità, certificazione rilasciata dal dipartimento di salute mentale attestante le condizioni di salute del soggetto e il programma terapeutico e di assistenza psichiatrica.

3. Se l'ordine di carcerazione è stato eseguito, la domanda è presentata al magistrato di sorveglianza il quale, se ritiene che sussistano i presupposti per il suo accoglimento e il grave pregiudizio al percorso di cura derivante dal protrarsi della detenzione, e sempre che non vi sia pericolo di fuga, dispone con ordinanza la liberazione del condannato e l'applicazione provvisoria dell'affidamento in prova. L'ordinanza conserva efficacia fino alla decisione del tribunale di sorveglianza cui il magistrato trasmette immediatamente gli atti. Il tribunale decide entro sessanta giorni.

4. Il tribunale accoglie l'istanza se ritiene che il programma, unitamente alle altre prescrizioni, contribuisca alla cura e al recupero del

condannato e assicuri la prevenzione del pericolo che commetta altri reati. All'atto dell'affidamento in prova è redatto verbale in cui sono indicate le modalità del programma e le prescrizioni.

5. Tra le prescrizioni impartite sono comprese quelle che determinano le modalità di esecuzione del programma e quelle di cui all'articolo 47, comma 5, in quanto compatibili con la condizione di infermità psichica della persona e le sue esigenze di cura e assistenza. Sono altresì stabilite le prescrizioni e le forme di controllo per accertare che la persona inizi immediatamente o prosegua il programma terapeutico.

6. L'esecuzione della pena si considera iniziata dalla data del verbale di affidamento; tuttavia qualora il programma terapeutico al momento della decisione risulti già positivamente in corso, il tribunale, tenuto conto della durata delle limitazioni alle quali l'interessato si è spontaneamente sottoposto e del suo comportamento, può determinare una diversa data di decorrenza dell'esecuzione più favorevole.

7. Fermo restando l'obbligo dell'ufficio di esecuzione penale esterna, ai sensi dell'articolo 47, comma 10, il dipartimento di salute mentale riferisce periodicamente al magistrato di sorveglianza sul comportamento del soggetto.

8. Qualora nel corso dell'affidamento disposto ai sensi del presente articolo l'interessato abbia positivamente terminato la parte terapeutica del programma, il magistrato di sorveglianza, previa rideterminazione delle prescrizioni, può disporre la prosecuzione ai fini del reinserimento sociale anche qualora la pena residua superi quella prevista per l'affidamento ordinario di cui all'articolo 47.

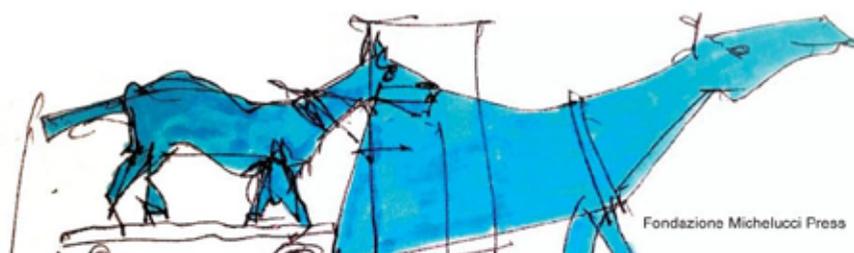
9. Si applicano, per quanto non diversamente stabilito, le disposizioni previste dall'articolo 47.».

# L'ABOLIZIONE DEL MANICOMIO CRIMINALE

tra utopia e realtà

155

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



Copertina del volume *L'abolizione del manicomio criminale tra utopia e realtà* (2015), originale approfondimento sullo stato di attuazione della riforma che ha statuito la chiusura degli Opg, nonostante resistenze e boicottaggi.



# Il destino dell'Ambrogiana. L'odissea del tempo perduto

## Restituire la Villa alla comunità.

### Omaggio a Basaglia

Enrico Rossi

*Presidente della Giunta Regionale Toscana*

Quaranta anni fa l'approvazione della legge 180, passata alla storia con il nome di Franco Basaglia, lo psichiatra che cambiò l'approccio alla salute mentale in Italia e non solo, aboliva per la prima volta al mondo gli ospedali psichiatrici.

Basaglia, con il suo lavoro, sovvertì completamente il rapporto fra l'istituzione ospedaliera e la malattia. Intuì che erano i manicomi stessi a produrre malattia, finendo con il rafforzare nei pazienti le parti malate e reprimere quelle sane. Descrisse gli ospedali psichiatrici come strutture che avevano lo scopo non di curare la follia, ma di mettere la società al riparo da essa, segregandola in luoghi di contenzione dove la guarigione era impossibile. Si trattava di una svolta epocale, che apriva all'idea che le barriere, i muri, la segregazione potevano essere vinti. Anzi, di più, che il folle poteva dare un contributo, che il suo sguardo sulla realtà poteva rappresentare un'opportunità di vita e di conoscenza.

Fu un periodo di grande fermento e progresso per l'Italia, anche se, in effetti, si può dire che quella rivoluzione non si è ancora del tutto compiuta. Solo con la legge 9 del 2012 e la legge 81 del 2014 è stata stabilita anche la chiusura degli ospedali psichiatrici giudiziari (Opg), le cui condizioni erano ancora troppo simili a quelle dei vecchi manicomi. Il superamento degli Opg è arrivato nel 2017. Al loro posto ci sono oggi le residenze per le misure di sicurezza (Rems), che comunque non sono esenti da problemi e criticità.

In Toscana l'addio definitivo all'Opg ospitato nella Villa Medicea Ambrogiana di Montelupo fiorentino lo abbiamo dato il 30 giugno 2017, a oltre 130 anni di distanza dall'istituzione, in quella sede, del "manicomio criminale".

L'impegno che, come Regione, abbiamo preso fino dal 2016, è quello di dare il nostro contributo per restituire la Villa alla comunità, offrendo il nostro supporto a tutte le iniziative di valorizzazione culturale e paesaggistica, tutela, conservazione, di un edificio che, pur presente "fisicamente", è stato sempre vissuto, negli anni del suo utilizzo come struttura carceraria, come estraneo e distaccato dal tessuto cittadino.

Ogni ragionamento sul futuro utilizzo della Villa Medicea, che dovrà tornare ad essere fruibile e fonte di sviluppo per il territorio, non potrà naturalmente non fare i conti con il suo passato: una storia che ha beffardamente trasformato quello che era nato come luogo di svago per la vita di corte – fu la residenza prediletta di Cosimo III – in luogo di detenzione e sofferenza per più di un secolo.

E' necessario innanzitutto recuperare la struttura alla fruizione della comunità cittadina, e per far questo penso che il progetto di abbattimento delle mura, proposto fino dal

1988 dall'Architetto Michelucci e ormai unanimemente condiviso, abbia un valore anche fortemente simbolico.

Un ulteriore passaggio dovrebbe essere l'inserimento della villa nel sito seriale Unesco delle 12 ville e giardini medicei presenti in Toscana (nel quale a suo tempo non fu inserita perchè non fruibile dal pubblico).

La Toscana su queste idee si è già espressa pubblicamente in maniera positiva, auspicando per l'Ambrogiana un futuro nel quale un mix di funzioni pubbliche e private consentano il recupero e la rifunzionalizzazione del complesso immobiliare nel rispetto dei suoi caratteri storici e architettonici.

La restituzione alla collettività della Villa Medicea potrà essere, anche simbolicamente, la testimonianza che in Toscana abbiamo appreso e fatta nostra la lezione di Basaglia.



# L'Opg lascia per sempre l'Ambrogiana: la Villa diventa città

Saverio Migliori

**31 marzo 2015**

Dopo un lungo e, per molti aspetti, estenuante percorso, gli Ospedali Psichiatrici Giudiziari terminavano la loro corsa. Dal giorno seguente questi "dinosauri", noti come Opg, venivano posti definitivamente "fuori legge", rendendo così possibile il completamento della *Riforma Basaglia*, la Legge 180, approvata dal Parlamento il 13 maggio del 1978.

La data è storica, si volta pagina!

In realtà occorrerà ancora del tempo – e precisamente altri due anni – affinché il processo per la definitiva chiusura degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari si concluda e le persone ivi internate avviino i loro percorsi di dimissione e di reinserimento oppure accedano alle Residenze per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza (Rems), le nuove strutture che, con presupposti e metodi assai diversi, subentrano e sostituiscono gli Opg.

Come noto, alla data del 31 marzo 2015 – indicata dalla Legge 81 del 2014 come la deadline per il definitivo superamento degli Opg – il processo era tutt'altro che concluso, tant'è che nel febbraio 2016 rimanevano ancora da chiudere quattro dei sei Opg esistenti: Aversa, Barcellona Pozzo di Gotto, Montelupo Fiorentino e Reggio Emilia. E dunque, il Governo decide di nominare un Commissario per la definitiva chiusura di queste strutture, o meglio, per rimuovere questi tenaci "dinosauri" e per attivare, nelle sei regioni italiane ancora inadempienti, le Residenze per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza ed avviare i programmi per la dimissione delle persone ancora internate negli Opg. È nel febbraio del 2017 che il Commissario unico Franco Corleone conclude il suo incarico, sigillando la fine di questa lunghissima vicenda. Gli Ospedali Psichiatrici Giudiziari vengono finalmente svuotati e questa volta sì, inizia un'altra storia. L'Italia torna così ad essere Paese all'avanguardia nella legislazione sulla malattia mentale. Alle persone internate viene restituita dignità, a partire dal fatto di perdere, banalmente, lo stigma di "internati". A queste persone vengono ridati diritti, viene consentito loro di poter fare delle scelte, di autodeterminarsi, di tornare alla società libera, evitando il passaggio dal tunnel dell'istituzione totale.

Il percorso non è ancora terminato, oggi però le sfide sono di ordine diverso, legate all'inquadramento giuridico delle misure di sicurezza, ai percorsi di cura e di reinserimento di queste persone, all'effettiva qualità delle Residenze per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza, luoghi che certamente devono smarcarsi dal solo somigliare agli

Opg, tenendo fermo il principio della territorialità dei pazienti che accolgono ed il loro numero massimo, tetto che ha l'arduo compito di segnare il confine tra una struttura sanitaria in grado di promuovere percorsi individualizzati di cura e di riabilitazione, e luoghi ove si torni ad ammassare corpi.

Come ben ricorda Franco Corleone nella sua *Introduzione*, la *Rivoluzione gentile* che ha portato alla definitiva chiusura degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari arricchisce e celebra il quarantennale della Legge *Basaglia*, spingendo verso un nuovo percorso di riforme che negli anni è sembrato sempre più dissolversi, fino ad arrestarsi. Basti ricordare la stagione, ricca, che ha visto non solo la Riforma *Basaglia* e, pochi mesi dopo, la Riforma del Sistema sanitario nazionale (1978), ma anche la Riforma dell'Ordinamento penitenziario (1975) o la Riforma del Processo penale minorile (1988). Queste Riforme, insieme ad altre ovviamente, hanno contribuito in maniera determinante ad affermare la centralità della persona, a restituire a quest'ultima diritti, a rendere il nostro Paese più civile. La mancata applicazione di quelle Riforme impatta direttamente sui corpi, sulle persone, sui loro diritti. Deprecare oggi la chiusura dei manicomi e degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari rischia effettivamente di far regredire il nostro Paese. Bisogna ricordare che solo cinque anni fa – e precisamente l'8 gennaio 2013 – l'Italia è stata condannata dalla Corte Europea dei Diritti dell'Uomo (CEDU) di Strasburgo per la grave situazione che si era venuta a creare nelle carceri del Paese. La Sentenza "Torreggiani ed altri" condannava l'Italia per violazione dell'art. 3 della Convenzione Europea sui Diritti Umani. Nella sostanza la Corte stigmatizzava le condizioni delle persone detenute come inumane e degradanti!

La mancata applicazione delle norme che hanno posto l'Italia all'avanguardia ed il rischio di una revisione – a volte acclamata – in senso regressivo di queste ultime, altro non significa che esporre il nostro Paese ad una cultura della separazione tra chi si trova in uno stato di vulnerabilità e chi vive una situazione di autosufficienza, tra chi è debole e chi non lo è, tra chi può difendersi, far fronte, e chi non ne ha le possibilità.

### 30 giugno 2017

L'ultimo pezzo di storia dell'Ospedale Psichiatrico Giudiziario tocca, in maniera diretta, impegnativa, profonda, la storia della Villa medicea dell'Ambrogiana a Montelupo Fiorentino, sede dal 1886, di carcere prima, di manicomio criminale dopo e di Opg negli ultimi decenni.

Alla fine del giugno 2017 l'Amministrazione penitenziaria lascia definitivamente la Villa medicea. Dopo aver accompagnato la dimissione dell'ultima persona lì internata, aver ridestinato il personale sino a quel momento in servizio, aver concluso tutti i necessari atti amministrativi interni ed aver dato luogo agli ultimi traslochi, l'Amministrazione penitenziaria chiude per l'ultima volta il portone d'ingresso – questa volta dall'esterno – stacca dal muro la scritta posta su una targa in pietra serena che indicava: "Ospedale Psichiatrico Giudiziario", e se ne va.

Termina così la storia penitenziaria della Villa medicea dell'Ambrogiana, una storia lunga, lunghissima, e profondamente intrecciata con la storia ed il tessuto sociale di un piccolo paese che per sua ventura venne scelto dalla famiglia Medici nel 1573 quale sede di

questa meravigliosa residenza, con approdo, per giunta, al fiume Arno, in prossimità della confluenza con il fiume Pesa.

Chiusi i battenti dell'Ospedale Psichiatrico Giudiziario, la Villa medicea dell'Ambrogiana torna dunque nelle disponibilità del Demanio. Diventa così reale la possibilità, per lungo tempo auspicata da cittadini, amministratori locali, studiosi ed esperti, di avviare un percorso per la valorizzazione di questa struttura e per una diversa destinazione d'uso. Come già sottolineato da chi scrive nel volume intitolato: *L'abolizione del manicomio criminale. Tra utopia e realtà*, curato dal Garante regionale dei diritti dei detenuti della Toscana e dalla Fondazione Giovanni Michelucci e pubblicato nel 2015, per Montelupo Fiorentino viene così ad aprirsi una sfida che necessita di scelte condivise e coraggiose<sup>1</sup>. Nel novembre 2016, l'Agenzia del Demanio, il Comune di Montelupo Fiorentino, il Ministero della Giustizia e la Regione Toscana, sottoscrivono un Protocollo d'intesa finalizzato, nella sostanza, a dar vita ad un percorso interistituzionale per la valorizzazione del Complesso della Villa medicea, assumendosi, ciascuno per la propria parte, degli oneri. In questa prospettiva, il Demanio si impegna tra le altre cose: a rendere disponibili le risorse finanziarie per realizzare uno *Studio di fattibilità* sul recupero della Villa ed a procedere – una volta rivisitato e concluso l'iter di valorizzazione urbanistica dell'area – “all'immissione sul mercato del bene, utilizzando gli strumenti forniti dalla legislazione vigente al fine di contribuire agli obiettivi di finanza pubblica, ovvero ad attività di razionalizzazione ed ottimizzazione degli spazi in uso alle Amministrazioni dello Stato, al fine di ridurre la spesa per locazioni passive”<sup>2</sup>.

D'altro canto, il Comune di Montelupo Fiorentino si impegna a “recepire integralmente gli esiti e le indicazioni condivise nell'ambito della concertazione istituzionale all'interno della propria strumentazione urbanistica”. Inoltre, riconoscendo “la primaria importanza della riqualificazione del Complesso della Villa medicea [...], in quanto funzionale alla più ampia rigenerazione del territorio comunale, [...] il Comune si impegna ad attivare i più idonei strumenti di semplificazione ed accelerazione amministrativa per addivenire alla variazione dello strumento urbanistico, anche attraverso la sottoscrizione di un accordo di programma anche nell'osservanza della vigente normativa regionale e nello specifico della LR 65/2014”<sup>3</sup>.

Il Protocollo d'intesa, a fronte di un impegno del Ministero della Giustizia e, in particolare del Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria, a dismettere e riconsegnare la Villa medicea all'Agenzia del Demanio – impegno effettivamente onorato – prevede altresì che la Regione Toscana fornisca, per quanto di sua competenza, “ogni utile supporto nella costruzione degli elementi di sostenibilità dell'iniziativa di valorizzazione

1) S. Migliori, *Dopo l'Opg. La sfida di Montelupo Fiorentino e l'esigenza di scelte condivise e coraggiose*, Fondazione Giovanni Michelucci, Garante dei diritti dei detenuti della Toscana (a cura di), *L'abolizione del manicomio criminale. Tra utopia e realtà*, Consiglio regionale della Toscana, Firenze 2015, pp. 137-156.

2) Protocollo d'intesa tra Ministero della Giustizia - Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria, Regione Toscana, Agenzia del Demanio e Comune di Montelupo Fiorentino per *l'Attuazione di un programma di valorizzazione dell'immobile di proprietà dello Stato denominato Complesso Villa Ambrogiana*.

3) *Ibidem*.

che sarà definita nell'ambito del *Gruppo di lavoro*, con particolare riferimento alle tematiche del governo del territorio, della tutela e valorizzazione paesaggistica e della conservazione e valorizzazione culturale anche in riferimento al Sito seriale UNESCO *Ville e giardini medicei in Toscana*, con un eventuale reperimento di risorse finanziarie, nell'ambito della programmazione dei Fondi europei a gestione diretta<sup>4</sup>.

L'intesa prevedeva, poi, la costituzione di un *Gruppo di lavoro interistituzionale*, coordinato dal Comune di Montelupo Fiorentino, avente vari compiti, tra i quali:

- "verificare possibili sinergie tra le esigenze di valorizzazione, sviluppo, razionalizzazione, gestione efficiente e dismissione dei patrimoni immobiliari pubblici [tra i quali poter individuare] interventi che, senza inficiare future destinazioni, [possano costituire] elementi di prima valorizzazione oltre a prefigurare utilizzi, anche parziali, nelle more della realizzazione delle definitive valorizzazioni";
- "definire gli elementi tecnici, amministrativi ed economico-finanziari delle iniziative di valorizzazione e rifunzionalizzazione, verificando la coerenza delle stesse con le norme del governo del territorio e della tutela paesaggistica sia a carattere nazionale che regionale ovvero individuando le linee guida e le procedure più semplificate per le eventuali varianti alla pianificazione urbanistica vigente";
- "definire i contenuti di studi di fattibilità, di supporto all'individuazione del programma di valorizzazione del bene";
- "collaborare per tutte le attività che risultino necessarie o utili alla valorizzazione, razionalizzazione, ottimizzazione e dismissione del patrimonio immobiliare dello Stato"<sup>5</sup>.

Il previsto *Gruppo di lavoro interistituzionale* avvia il proprio operato all'inizio del 2017 e, oltre ai rappresentanti dei previsti Enti firmatari, coinvolge anche una rappresentanza della Soprintendenza. Nel luglio 2017 Il Gruppo conclude l'elaborazione del *Documento preliminare* al progetto di valorizzazione, documento che acquisisce il valore di *linee guida* per lo *Studio di fattibilità per il recupero del Complesso della Villa medicea*.

L'Agenzia del Demanio, attraverso proprie risorse, in data 8 settembre 2017, pubblica l'Avviso finalizzato alla raccolta ed alla selezione delle Manifestazioni di interesse, procedendo ad istruire la Gara per l'affidamento dello *Studio* nel dicembre 2017 e firmando il Contratto con l'operatore economico selezionato il 15 marzo del 2018.

Il Servizio di elaborazione di uno *Studio di fattibilità ed analisi tecniche funzionali ad azioni di valorizzazione del bene immobile di proprietà dello Stato denominato Complesso Villa medicea dell'Ambrogiana* viene, dunque, affidato alla Società Cooperativa Culture di Venezia, per un importo di 48.836,76 euro, oltre IVA e oneri di Legge, a fronte dei 65.115,63 euro previsti a base d'asta.

Nel mese di agosto 2018, così come confermato dal Sindaco di Montelupo Fiorentino nella seduta del Consiglio comunale del 26 settembre 2018, lo *Studio di fattibilità* è stato consegnato al Demanio. Nel momento in cui scriviamo lo *Studio* risulta in fase di valutazione, prossimo ormai alla pubblicazione.

Le poche notizie circa il *Documento preliminare* al progetto di valorizzazione, mai pub-

---

4) Ibidem.

5) Ibidem.

blicato in versione integrale, evidenziano l'intenzione di eliminare la cinta muraria che nasconde alla vista la Villa medicea. L'abbattimento delle alte mura consentirebbe certamente di apprezzare tutta la maestosità di questo Complesso. D'altra parte, come descritto anche nel saggio elaborato dal Comune di Montelupo Fiorentino per questo volume, il *Documento* ipotizza l'interruzione del traffico veicolare attorno alle attuali mura, la valorizzazione dell'asse nord-sud con la realizzazione di una nuova piazza nella parte sud e di un terrazzamento che degrada ad est fino all'attuale viale di accesso alla Villa. Nel *Documento* si traccia anche la risistemazione dell'area nord e l'accessibilità al prezioso Grottino fluviale.

Il *Documento* propone, infine, un mix di funzioni pubblico-private che lascia intravedere una fruibilità pubblica delle aree al piano terra della Villa ed un recupero del Percorso del Granduca, ossia del Piano nobile e del collegamento di questo con la Chiesa parrocchiale dell'Ambrogiana. L'edificio originariamente destinato a Scuderie, lungamente utilizzato quale terza sezione dell'Ospedale Psichiatrico Giudiziario, potrebbe invece – data la sua autonoma ubicazione all'interno dell'area su cui insiste il Complesso mediceo – essere destinato ad un uso privato ed essere quindi messo a reddito.

Si tratta di linee guida certamente parziali e che attendono l'esito dello *Studio di fattibilità*, studio che deve misurarsi con un'attenta valutazione della sostenibilità economica. Quanto esposto nel corso del richiamato Consiglio comunale del 26 settembre 2018 e, successivamente, sulla stampa locale, sembra aggiungere alcuni elementi, conseguenti forse anche ad alcune ipotesi derivanti dallo Studio di fattibilità. Anzitutto pare essere stata rimossa l'ipotesi di una destinazione a fini alberghieri di parti della Villa poiché relativamente sostenibile dal punto di vista economico. Le parti esterne del Complesso dovrebbero, invece, essere valorizzate mediante l'abbattimento delle mura e, come indicato dal *Documento preliminare*, attraverso un ampliamento del parco che, per mezzo di gradoni a verde, ripristini un ampio accesso alla Villa. Anche il Grottino fluviale vedrebbe un nuovo accesso mediante una rampa a verde. Per quanto concerne, invece, l'interno della Villa medicea, vengono individuate parti presso la ex prima sezione dell'OPG da destinarsi ad iniziative comunali quali mostre ed iniziative culturali e la realizzazione di strutture di accoglienza, sul modello di quelle presenti in molti Castelli della Loira, nella ex seconda sezione dell'Opg. Il Percorso del Granduca manterrebbe una fruibilità pubblica, mentre il Piano nobile sarebbe destinato ad eventi e, in parte, ad attività culturali e formative, intendendo queste ultime come attività di "alta specializzazione ed eccellenza". L'immobile originariamente destinato alle Scuderie – la ex terza sezione dell'Opg – risulterebbe, invece, edificio da alienare in maniera integrale ed il cui ricavato potrebbe essere reinvestito nel recupero delle altre parti della Villa. Su quest'ultimo immobile pare non essere stata considerata l'iniziale idea di trasformarlo in hub tecnologico mediante il coinvolgimento di importanti aziende del territorio o nazionali.

Da quanto è possibile comprendere mentre scriviamo, il lavoro tecnico sviluppato sino ad oggi, in attesa delle definitive soluzioni che lo *Studio di fattibilità* porrà in chiaro, punta verso una destinazione funzionale mista del Complesso e conferma l'alienazione dell'edificio delle ex Scuderie. Ad oggi risultano peraltro già effettuati, così come affermato in sede di Consiglio comunale, calcoli circa i costi del percorso di recupero, gli

eventuali introiti derivanti dall'alienazione di parte del bene e le possibili partecipazioni – in termini di risorse private – nel piano di restauro e ristrutturazione.

Il Sindaco di Montelupo Fiorentino riferisce, peraltro, di contatti con soggetti economici interessati alla Villa e dell'esigenza, a questo punto, di muoversi per ricercare investitori interessati. Insomma, di fatto, si afferma che conclusa la "fase tecnica" si passa alla "fase politica"!

## 09.09.2017

L'abbraccio alla Villa medicea.

È stato certamente un grande evento quello celebrato in questa data. Nell'ambito dell'iniziativa intitolata: *La città entra in villa*, organizzata dal Comune di Montelupo Fiorentino – e nota come *l'abbraccio alla villa* – sembra che le persone accorse siano state tra le 2.500 e le 3.000. Un segnale che certamente celebra e sottolinea l'entusiasmo della cittadinanza nel poter tornare a fruire, liberamente, di questo Complesso.

Si è trattato di un momento simbolico in cui i cittadini intervenuti si sono passati, di mano in mano, la chiave del portone di ingresso della Villa, per poi farvi ingresso e visitarne alcune parti.

Altre sono state le iniziative messe successivamente in campo dall'Amministrazione comunale di Montelupo Fiorentino, per tornare progressivamente a vivere quell'area, in attesa che si compia il suo nuovo destino, periodo che, gioco-forza, non sarà brevissimo. In questa prospettiva il Comune di Montelupo Fiorentino ha chiesto all'Agenzia del Demanio una *Concessione per la valorizzazione temporanea* di taluni spazi interni al Complesso mediceo allo scopo di organizzarvi delle attività aperte alla cittadinanza che, in qualche forma, proseguano questa lenta e progressiva riappropriazione collettiva di questo luogo. L'Agenzia del Demanio ha accolto questa richiesta ed ha concesso l'uso temporaneo della Villa (lungo un percorso definito e validato dalla stessa Agenzia) al Comune di Montelupo Fiorentino, per sette mesi a partire dal dicembre 2018.

Queste iniziative, da leggersi certamente come estremamente positive, fanno emergere l'entusiasmo della cittadinanza ma anche un bisogno di partecipazione alla cosa pubblica, alla vita pubblica, che non deve essere né sottovalutato, né strumentalizzato. E di questo bisogno di partecipazione, in questo momento storico, forse bisogna tener conto.

Come già scritto: "quello di cui si parla è un Complesso la cui importanza, ampiezza e caratura, potrebbero riverberarsi decisamente sull'identità e l'economia dell'intero territorio. [E'] con questa consapevolezza [...] che [un] processo di partecipazione [deve] tener presenti le legittime istanze di tutti quei soggetti istituzionali coinvolti: dal Demanio [...], alla Regione, al Comune, alla Soprintendenza [...]; ma anche di quei soggetti che a diverso titolo si sono occupati della Villa medicea [...]: dall'Università, [...], al Garante dei diritti dei detenuti, a Fondazioni o Associazioni che spesso sono intervenute competentemente e per lungo tempo nel dibattito [...]. Ovviamente in questo processo di partecipazione dovrebbe essere assicurato ampio spazio alle per-

sone e, quindi, in primis, alla cittadinanza di Montelupo Fiorentino”<sup>6</sup>.

L'esito dello *Studio di fattibilità* può, dunque, costituire un momento di confronto, di nuova interlocuzione tra istituzioni, associazioni, cittadini. Per quanto lo *Studio* possa indirizzare la successiva opera del Demanio che, ovviamente, ha tra i suoi compiti quello di tutelare e di valorizzare nelle varie forme il Complesso mediceo, risulta indispensabile aprire un nuovo, franco, dialogo con la cittadinanza. Se così non fosse risulterebbe del tutto aleatoria, vana, l'idea emersa nel richiamato Consiglio comunale secondo la quale una volta “conclusa la fase tecnica” si debba passare alla “fase politica”. Il percorso politico non può essere autoreferenziale e non può, dunque, ritenersi concluso se non accetta, su questa importante vicenda, di incontrare le istanze ed il punto di vista della cittadinanza. Le scelte, difficili e complesse, debbono essere necessariamente coraggiose, ma anche condivise, soprattutto quando si parli di un bene che appartiene così intimamente alla storia di un territorio e ad un'identità locale collettiva.

Forse il processo di partecipazione, come sostenuto in più sedi, doveva essere attivato in precedenza, sostenuto con forza prima ancora di dare avvio alla “fase tecnica”, oppure condotto contestualmente alle procedure ed alle analisi doverosamente condotte dall'Agenzia del Demanio in accordo con le altre istituzioni coinvolte. Appare paradossale che la politica debba “attendere” la completa ricomposizione di cifre, numeri e studi tecnici, prima di poter produrre un pensiero, un progetto locale, prima ancora di promuovere un'azione sinergica, organica, che provi a costruire un percorso di senso, possibilmente condiviso. E per quanto le analisi e gli *Studi di fattibilità* siano da guardare positivamente e certamente aiutino nel tracciare delle opzioni e delle alternative plausibili, non possono essere evitati, o ridotti a complementari, studi ed approfondimenti esistenti e di grande qualità, o istanze – forse fuori dal coro – che, oltre a tracciare delle ipotesi e delle proposte, domandano di prendere attivamente parte al dibattito sulla valorizzazione della Villa medicea. A questo proposito, come dimostrano i saggi che seguono in questo volume, sulla Villa medicea dell'Ambrogiana, molto si è detto e molto si è scritto, sovente con grande competenza e compiutezza di analisi e di proposta. Ne sono un bell'esempio gli studi condotti a partire dal 1988 dalla Fondazione Giovanni Michelucci, di cui ne se ne dà ampia ed articolata testimonianza nel bel saggio di Corrado Marcetti intitolato: *La sfida dell'Ambrogiana: una nuova magnificenza civile?*; oppure nel prezioso saggio degli architetti Andrea Cocchini, Daniele Forgione e Marco Nucci, dal titolo: *La storia della Villa medicea dell'Ambrogiana: una bussola per la futura valorizzazione*, che offre anche un'ampia documentazione grafica.

D'altra parte, merita anche ricordare alcuni elementi di riflessione tracciati nell'ambito del Laboratorio partecipato sul *Destino della Villa medicea dell'Ambrogiana*, promosso localmente dal Progetto culturale *Cities-Cafés* di Montelupo Fiorentino. Il *Documento finale* del Laboratorio, pubblicato il 4 novembre 2016, oltre ad individuare delle proposte e delle soluzioni per la valorizzazione del Complesso mediceo, tracciava una *cornice di riferimento* entro la quale inserire le proposte concrete di sviluppo. Gli elementi che compongono questa *cornice* dovrebbero ancora oggi essere tenuti in grande considerazione perché, in un'ottica partecipata, contribuiscono a disegnare un orizzonte di

6) S. Migliori, op. cit., pp. 147-148.

senso entro il quale ripensare, più audacemente, l'intera città e non soltanto l'area su cui insiste la Villa medicea.

Il Laboratorio partecipato, secondo questa *cornice di riferimento*, auspicava:

- un *Progetto di valorizzazione* che, anzitutto, abbandonasse "l'idea di intervenire sulla sola Villa medicea, intesa come complesso di strutture comprese tra le attuali mura di cinta dell'[ex] Ospedale Psichiatrico Giudiziario, [orientandosi verso] un ripensamento, una riqualificazione, dell'intera area di riferimento. Per estensione, quindi: dalla Torre sino alla fine del Viale Umberto I, passando per la Scuola Margherita Hack, costeggiando l'Arno; dalla porzione di parco circostante la Chiesa di Santa Lucia, oggi Museo Archeologico, sino alla Chiesa parrocchiale di San Quirico, Santa Lucia e San Pietro d'Alcantara; dall'Orto dei Frati, alla seconda, grande, porzione di parco lungo la ferrovia, sino alla ex fabbrica Fanciullacci";
- un *Progetto di valorizzazione* in grado di farsi "un nuovo, potente, veicolo di sviluppo per la città di Montelupo Fiorentino, sia dal punto di vista culturale, sia dal punto di vista sociale, sia dal punto di vista economico. La riqualificazione dell'area, in sostanza, [dovrebbe] coincidere con una nuova, importante, fase di crescita della città. Gli interventi [...] immaginati e realizzati [dovrebbero] allora favorire uno sviluppo di lungo periodo, evitando di cedere all'estemporaneità o a scelte di tipo transitorio, incapaci in poche parole di investire sui prossimi venticinque-trent'anni";
- un *Progetto di valorizzazione* fondato "sulle prospettive aperte nell'ambito di percorsi partecipati cittadini";
- un *Progetto di valorizzazione* "ispirato ad un principio di organicità complessiva. Gli interventi che [potrebbero] essere realizzati nell'area [dovrebbero] trovare un comune denominatore, una variabile indipendente, per così dire, attorno alla quale ruotare. [...] In poche parole: la realizzazione di singoli interventi o progetti, non coerenti tra di loro, non [prometterebbero] quello sviluppo di lungo periodo che qui, invece, viene sottolineato e fortemente auspicato";
- un *Progetto di valorizzazione* che mantenga pubbliche "la proprietà del Complesso mediceo e, ancor più, la sua fruibilità"<sup>7</sup>.

Quanto emerso nell'ambito del Laboratorio partecipato, assieme alle molte analisi e proposte tracciate dalla Fondazione Giovanni Michelucci, piuttosto che da altri ricercatori ed esperti, rappresentano ancora oggi spunto per l'elaborazione di un progetto condiviso di valorizzazione della Villa medicea dell'Ambrogiana.

L'aperura della Villa medicea, la possibilità di valicarne l'ingresso e, domani, di fruirne liberamente, riapre la possibilità di vedere annoverato questo Complesso tra i Siti UNESCO, e precisamente nel Sito seriale *Ville e giardini medicei in Toscana*, già tra i Beni Italiani UNESCO dal 2013.

---

7) Progetto culturale Cities-Cafés, *Il destino della Villa medicea dell'Ambrogiana, dopo la chiusura dell'Opg*, Relazione finale del Laboratorio partecipato, Montelupo Fiorentino, 04 novembre 2016, <http://citiescafes.blogspot.it/>

Questa nobile prospettiva, oltre a richiamare l'azione sinergica di tutte le istituzioni coinvolte, a partire dalla Regione Toscana, pone nuovamente l'esigenza di promuovere un percorso di valorizzazione della Villa medicea organico, condiviso con la cittadinanza e le istituzioni territoriali, ed in grado di mantenere interamente accessibili i locali e le aree di questo Complesso.

La Villa medicea diventa città.

Perché questo accada vi è la necessità di scelte condivise e coraggiose.



# La storia della Villa Medicea dell'Ambrogiana, una bussola per la futura valorizzazione

Andrea Cocchini, Daniele Forgione e Marco Nucci

## Presentazione

La storia dell'architettura come disciplina autonoma, separata dalla storia dell'arte, nasce nell'ambito del progetto didattico di Gustavo Giovannoni (1874-1947) e della fondazione della Scuola superiore di architettura di Roma, nel terzo decennio del Novecento. In quel contesto, lo studio dei monumenti diveniva pratica indispensabile per l'impostazione di un corretto progetto di restauro, oltre a definire un articolato bacino di competenze indispensabili per il profilo che si andava disegnando dell'architetto integrale: la pratica del disegno come strumento di conoscenza dell'architettura, si affiancava allo studio delle fonti documentarie e iconografiche.

L'attenzione che la cultura materiale, la storia quantitativa, gli aspetti della produzione, della tecnologia, dei mezzi di lavoro, l'apertura a temi come le mentalità, la considerazione dei manufatti, la demografia, la vita quotidiana portata avanti dalla scuola francese delle *Annales* ha avuto anche in Italia importanti ripercussioni nell'orizzonte epistemologico della storia dell'architettura: gli aspetti stilistici o le analisi puro-visibiliste sono state così affiancate da serrate ricerche documentarie che allargavano lo spettro dello studio alle fonti di tipo economico e fiscale, dando sempre più spazio all'indagine sul ruolo della committenza e dunque ai documenti che risultavano funzionali alla conoscenza di tali questioni. La ravvicinata esperienza dei caratteri materiali del monumento da crearsi mediante le operazioni di rilievo metrico e di indagini strumentali non invasive, allo stesso tempo, è diventata negli ultimi decenni sempre più importante per acquisire informazioni oggettive, da incrociare con le ricerche d'archivio: le proficue contaminazioni che si sono venute a creare fra archeologici e storici dell'architettura hanno avuto un ruolo determinante in questo scenario.

Non è sempre facile trasferire i più aggiornati strumenti ermeneutici dalla ricerca scientifica alla didattica, ma quando questo accade si viene a definire un proficuo percorso di crescita, sia per gli studenti che per chi li guida nella prima ricerca in cui sono protagonisti in prima persona: la tesi di laurea. Fine di un itinerario, ma anche punto di inizio, l'elaborazione della tesi può essere un'occasione straordinaria di scambio e reciproco arricchimento. Così è stato nel caso del gruppo di studenti formato da Andrea Cocchini, Daniele Forgione e Marco Nucci. Come correlatrice del loro lavoro di tesi, coordinato dal prof. Pietro Ruschi, ho potuto apprezzare la solida formazione acquisita negli

anni studio nel corso di Laurea in Ingegneria Edile-Architettura dell'Università di Pisa, e l'abitudine all'impegno, accompagnata a una precipua attitudine all'approfondimento. I tre studenti, oggi tecnici professionisti, hanno messo a frutto specifiche competenze nell'ambito del rilievo restituendo per la prima volta un quadro dettagliato ed esaustivo dell'assetto plani-volumetrico del monumento. Una instancabile curiosità li ha spinti a misurarsi non solo con bibliografie articolate, ma anche con serie documentarie di non facile reperimento e/o comprensione. Il risultato è stato di grande importanza e queste pagine che seguono ne danno pienamente conto.

Grazie al lavoro di Cocchini, Forgione e Nucci non solo si offrono alla collettività rilievi precisi e corretti (mai realizzati prima d'ora), ma si vanno a precisare le fasi cronologiche, le autografie e i caratteri morfologici e materici della maestosa fabbrica che fu degli Ambrogi e che i Medici granduchi avrebbero poi profondamente riconfigurato. Nella delineazione puntuale delle vicende costruttive della villa, inoltre, spicca l'inedita stagione dei Da Cepparello, che rappresenta una acquisizione di primo piano. Allo stesso modo, la distinzione di più fasi nella committenza di Ferdinando I dei Medici (1587-1609), apre nuove prospettive storiografiche e fa dell'Ambrogiana un cantiere modello nel panorama delle ville Medicee della seconda generazione: la prima fase, con la villa che assume un assetto molto simile a quello della villa Medicea di Seravezza, rafforza la linea interpretativa tracciata da Suzzanne Butters (2004), che vedeva nella committenza di Ferdinando I il continuo riallacciarsi alle azioni del padre Cosimo I. Non possiamo non salutare con favore, alla vigilia della redazione di un complesso progetto di recupero e rifunzionalizzazione del complesso dell'Ambrogiana, la pubblicazione di alcune porzioni significative delle tesi di laurea di Cocchini, Forgione e Nucci auspicando che, nel concretizzarsi delle fasi progettuali e nell'indispensabile confronto con gli organi di tutela dello Stato, la ricerca dei tre giovani ingegneri possa diventare lo strumento più importante per accompagnare le scelte e orientare i responsabili, sia sul piano tecnico sia sul piano amministrativo e politico, nelle scelte più delicate che si troveranno ad affrontare intervenendo sul monumento e sulle sue preziose pertinenze.

Firenze, 5 giugno 2018

Emanuela Ferretti

Docente di Storia dell'Architettura

Dipartimento DIDA, Università di Firenze

## Ringraziamenti

Profondo è il ringraziamento che riserviamo ai docenti Pietro Ruschi ed Emanuela Ferretti per il continuo supporto e il proficuo sostegno con cui ci hanno accompagnato in questi anni di ricerche e studi nonché ai docenti Marco Giorgio Bevilacqua, Valerio Cutini, Anna De Falco, Fabrizio Cinelli e all'arch. Simone Rusci per averci trasmesso con passione gli strumenti tecnici e conoscitivi indispensabili per affrontare un tema così complesso.

Desideriamo infine ringraziare anche la Soprintendenza per i beni architettonici, paesaggistici, storici, artistici ed etnoantropologici per le provincie di Firenze, Pistoia e Prato, la Biblioteca Comunale di Empoli, la Biblioteca Comunale di Montelupo Fiorentino, la Biblioteca Leonardiana di Vinci, la Biblioteca Statale di Lucca, l'Archivio di Stato di Firenze e quello di Pisa nella figura di tutti gli operatori e tecnici che ci hanno assistito durante la ricerca di testi e documenti, l'Amministrazione Comunale di Montelupo Fiorentino ma, soprattutto, il personale amministrativo, sanitario e di polizia penitenziaria dell'ex Ospedale Psichiatrico Giudiziario dell'Ambrogiana, nelle persone della direttrice amministrativa dr.ssa Antonella Tuoni, del direttore sanitario dott. Franco Scarpa e del comandante Massimo Mencaroni per averci accolto nella struttura con grande disponibilità.

Il rilievo della villa è stato effettuato da Flavia Bonzi, Andrea Cocchini, Daniele Forgione e Marco Nucci. Per questo, e per aver condiviso con noi parte di questa avventura, un grazie va anche alla nostra collega e amica Flavia Bonzi.

## Introduzione

Il dibattito sul tema della rifunzionalizzazione o della "riappropriazione" della villa dell'Ambrogiana è un tema che affonda le sue radici negli anni Ottanta del Novecento ma che a seguito dell'effettiva chiusura degli Opg e della decisione di realizzare le nuove strutture, le REMS toscane, lontano da tutto ciò che rappresentava l'Opg di Montelupo F.no, è ancora più acceso e di estrema attualità tanto da essere oggetto di un bando del Demanio per l'assegnazione di un "Servizio di studio di fattibilità per la valorizzazione del complesso villa Medicea dell'Ambrogiana sito nel Comune di Montelupo Fiorentino (FI)" Protocollo n. 2017/1617 del 06/09/2017.

Nell'arco degli ultimi 30 anni l'argomento del recupero della villa Medicea dell'Ambrogiana è stato trattato da varie amministrazioni politiche, da tecnici e anche da personalità importanti, tra cui l'arch. Michelucci e il suo gruppo di lavoro<sup>1</sup>, senza che però si individuasse quel focus progettuale in grado di sbrogliare la matassa degli interessi delle varie amministrazioni ed organi interessati e competenti<sup>2</sup> sul monumento.

Alla luce di questo delicato contesto, il nostro contributo al tema della rifunzionalizzazione della villa dell'Ambrogiana non può che essere fondato sulla nostra conoscenza dell'immobile e della sua articolata storia, una strada fino ad oggi non completamente battuta ed approfonditamente esplorata. Grazie alla collaborazione dell'amministrazione penitenziaria, che fin dal 2012 ci ha permesso di accedere ripetute volte alla struttura, abbiamo potuto portare a termine un accurato e dettagliato rilievo dello stato di fatto, "fotografare" il monumento e "trasmetterlo" al futuro analizzandone le caratteristiche estetico-formali e strutturali<sup>3</sup>.

Solo in seguito all'elevato ed inedito livello di conoscenza del monumento raggiunto, è stato possibile spingersi nella definizione di invarianti operative, capisaldi fondamentali per qualsiasi progetto o studio di fattibilità. L'obiettivo di questo contributo è quindi

- 1) G. Michelucci, *Carcere e città* in "La Nuova Città" n. I/IV, Rivista della fondazione Giovanni Michelucci, Firenze, 1983; G. Michelucci, *Un fossile chiamato carcere*. Collana: Architettura vissuta – Quaderni della Fondazione Michelucci, a cura di Corrado Marcelli e Nicola Solimano, Pontecorboli, Firenze, 1993.
- 2) L'articolo 3 ter (Disposizioni per il definitivo superamento degli Ospedali psichiatrici giudiziari) della legge 17 febbraio 2012 n°9, al punto 10, afferma che "a seguito dell'attuazione del presente articolo la destinazione dei beni immobili degli ex Ospedali psichiatrici giudiziari è determinata d'intesa tra il Dipartimento dell'Amministrazione penitenziaria del Ministero della Giustizia, l'Agenzia del Demanio e le Regioni ove gli stessi sono ubicati". È inoltre scontato considerare che anche il Comune di Montelupo Fiorentino abbia voce in capitolo sul tema essendo la villa sul proprio territorio di competenza.
- 3) A. Cocchini, *Il restauro della Villa medicea dell'Ambrogiana: il recupero dell'architettura tra sostenibilità economica e sociale*, tesi di laurea in Ingegneria Edile-Architettura, Università di Pisa, 2015, Relatori: Prof. Ing. Valerio Cutini, Prof. Arch. Pietro Ruschi, Arch. Emanuela Ferretti e Arch. Simone Rusci; D. Forgione, *Il restauro della Villa medicea dell'Ambrogiana: analisi statiche e di vulnerabilità sismica*, tesi di laurea in Ingegneria Edile-Architettura, Università di Pisa, 2015, Prof. Ing. Anna De Falco, Prof. Arch. Pietro Ruschi e Arch. Emanuela Ferretti; M. Nucci, *Il restauro della Villa medicea dell'Ambrogiana: rilievo e riqualificazione ambientale del complesso architettonico*, tesi di laurea in Ingegneria Edile-Architettura, Università di Pisa, 2015, Prof. Ing. Marco Giorgio Bevilacqua, Prof. Arch. Pietro Ruschi, Arch. Emanuela Ferretti e Dott. Agr. Fabrizio Cinelli;

quello di rendere note alcune possibili invarianti operative e progettuali basate sui valori e sulle criticità del complesso architettonico individuate a valle del nostro studio, invarianti che potrebbero indirizzare le azioni di restauro e di riqualificazione da intraprendersi a trecentosessanta gradi dal punto di vista strutturale, architettonico e funzionale.

## L'indagine evolutiva

Indagare sul nucleo originale di un edificio storico, sulla sua definizione ed evoluzione nei secoli, è un esercizio articolato e complesso ma allo stesso tempo una sfida affascinante ed irrinunciabile per qualsiasi studioso o tecnico che deve approcciarsi ad un'architettura del passato. Consultare una messe di documenti storici<sup>4</sup>, svolgere un rilievo scientifico e indagarne i dettagli più nascosti, realizzare ed analizzare termografie dei paramenti esterni ed infine studiare le varie tipologie edilizie coeve (alla ricerca di analogie formali con altri edifici storici) sono stati i prodromi essenziali per portare a termine l'indagine correttamente dal punto di vista metodologico. Si è trattato di delineare un quadro interpretativo che, seppur fondato su una notevole quantità di documentazione d'archivio - in gran parte inedita - e su dati oggettivi derivanti dagli studi scientifici<sup>5</sup>, mantiene necessariamente un certo grado di incertezza. Le vicende edificatorie oggetto di indagine sono state soprattutto quelle che permisero alla "casa da signore" comprata da Niccolò Ambrogi nel 1450 di divenire la grandiosa villa dotata di quattro torri angolari, rappresentata da Giusto Utens alla fine del XVI secolo. Infatti se per le fasi costruttive più tarde, da Ferdinando II de' Medici (1621 - 1670) in poi, riguardanti la villa ma soprattutto i vari corpi di fabbrica facenti parte del complesso (il corridoio, il convento, la chiesa e le scuderie), esiste una documentazione che rende evidente quali siano stati gli interventi e la loro autografia, più scarse e frammentarie risultano invece le informazioni relative a quelle vicende edificatorie e a quelle soluzioni architettoniche messe in atto per ottenere, nonostante le irregolarità e i vincoli dettati dalle preesistenze e dal contesto ambientale, quella *facies* omogenea e unitaria che dai tempi di Ferdinando I (1587 - 1609) caratterizza la villa.

È necessario tener presente che l'aspetto delle facciate a intonaco e pietra serena, stilema architettonico fiorentino d'origine brunelleschiana, veniva utilizzato sia in quanto formula progettuale ben definita e riconoscibile che identificava la villa come espressione del potere mediceo, sia per cancellare ogni traccia di preesistenza che una muratura faccia vista avrebbe potuto invece rivelare. Infatti, a differenza degli edifici di campagna costruiti da altre famiglie signorili fiorentine in cui la visibilità delle preesistenze antiche (solitamente torri) dimostrava il legame ancestrale della famiglia con un territorio<sup>6</sup>, le

4) Più di venti sono i fondi archivistici consultati tra gli Archivi di Stato di Firenze e Pisa, gli archivi della Soprintendenza e del Genio Civile di Firenze e l'archivio storico di Montelupo Fiorentino.

5) Studi da noi condotti per la prima volta sulla villa grazie alla disponibilità dell'allora direzione dell'OPG, la Dott.ssa Antonella Tuoni.

6) A. Lillie, *Florentine villas in fifteenth century. An Architectural and Social History*, Cambridge University Press, Cambridge, 2005.

ville dell'epoca granducale rappresentavano il segno tangibile del potere mediceo che permetteva al granduca di acquistare i possedimenti e le ville di altre famiglie e "cancellarle" trasformandole totalmente.

Anche se, per questi motivi, la villa dell'Ambrogiana può apparire, a una prima e superficiale osservazione, un *unicum* architettonico estraneo a fenomeni di riutilizzo delle preesistenze, gli studi storici sulla villa, fin dal saggio di Mazzino Fossi<sup>7</sup>, non hanno mai messo in dubbio un riutilizzo del primigenio "*palagio degli Ambrogi*". In effetti iniziando a osservare, seppur sempre preliminarmente, la pianta della villa dell'Ambrogiana, è la soluzione planimetrica del cortile a rappresentare il primo vero indizio a suffragio dell'ipotesi che alcune preesistenze siano state mantenute. La presenza del cortile è infatti solitamente una caratteristica che contraddistingue gli edifici sorti incorporando, in tutto o in parte, corpi di fabbrica esistenti, consentendone un'organica ricomposizione. La corte, infatti, rappresentava in questi casi la soluzione più adeguata dal punto di vista distributivo, funzionando da elemento di collegamento tra l'esistente e il nuovo. Analizzando le ville medicee si possono riscontrare, relativamente a tale argomento, due filoni principali. Se si prendono in considerazione le architetture più recenti o, comunque, di nuova costruzione, l'elemento centrale di distribuzione spaziale non è il cortile bensì il salone che permette l'accesso ai vari ambienti e ai vani scala, come si trova a Poggio a Caiano, a Cerreto Guidi e ad Artimino. Nelle ville più antiche e, soprattutto, nel caso siano state costruite su una preesistenza, la tipologia compositiva più utilizzata è invece quella avente la corte centrale come snodo distributivo, attorno al quale si organizzano i vari ambienti di servizio e di vita, fra cui anche il salone principale. Quest'ultimo è il caso che caratterizza le ville di Castello, di Seravezza, La Petraia, La Magia e dell'Ambrogiana<sup>8</sup>. Oltre alla presenza di uno schema distributivo incentrato su una corte, a denunciare le possibili preesistenze sono principalmente le forme irregolari degli ambienti, un elevato spessore murario e anche la diversificazione nelle dimensioni dei vani, oltre che negli elementi decorativi, tra le varie zone del corpo di fabbrica<sup>9</sup>.

Nel caso dell'Ambrogiana le fasi dell'evoluzione da "casa da signore" a villa sono state individuate intersecando le notizie desunte dalla documentazione storica con le osservazioni ricavabili da un'attenta analisi dello stato attuale della villa per mezzo del rilievo scientifico e delle termografie. Questa base solida, scientifica ed oggettiva di conoscenza, su cui i precedenti studi non hanno potuto fare affidamento, ci permette sia di avanzare delle ipotesi finora inedite che di rivedere, almeno in parte, quelle a oggi formulate.

L'analisi del rilievo mette in evidenza una spiccata regolarità in pianta caratterizzante sia il corpo nord che quello sud della villa ed è proprio questa regolarità che li differenzia dai corpi est e ovest, la cui suddivisione in vani appare quasi "casuale" in quanto

7) M. Fossi, *Note documentarie sul gruppo di Ettore e Anteo dell'Ammannati e sulla villa Ambrogiana*, in G. Spini, *Architettura e politica da Cosimo I a Ferdinando I*, Olschki, Firenze, 1976, pp.463-479.

8) G. C. Romby, in E. Ferretti, G. Micheli, *Il palazzo di Cosimo I a Cerreto Guidi*, Strumenti-Memoria del Territorio, Vinci, 1999, pp 12-13.

9) A. Lillie, *Florentine villas in fifteenth century. An Architectural and Social History*, Cambridge University Press, Cambridge, 2005



Figura 1 - Analisi delle proporzioni in pianta dei vari corpi di fabbrica, il corpo nord in giallo, il corpo sud ed in blu le ipotetiche proporzioni del palagetto

non rispettosa di alcun allineamento, simmetria o proporzione. Infatti se si osservano i corpi est, ovest e anche la parte del corpo nord che si affaccia sulla corte interna, si riscontrano spessori murari non omogenei e i vani sembrano non riferirsi, almeno non in modo diretto, a una modularità ma piuttosto si configurano come "spazi di risulta". A un'attenta osservazione si nota anche come il corpo nord sia in realtà organizzato secondo uno schema proporzionale decisamente differente rispetto al corpo sud e come nonostante risultino entrambi ordinati dal punto di vista del disegno planimetrico (regolare e simmetrico) siano caratterizzati da una differente ampiezza dei vani (fig.1). Il corpo nord presenta tre tipologie di vani, disposti simmetricamente rispetto all'androne, le cui dimensioni sono pari a 10 braccia<sup>10</sup> × 8 braccia e ½, 10 braccia × 12 braccia e 12 braccia × 8 braccia e ½. Il corpo sud invece presenta quattro vani di dimensioni pari a 16 braccia × 11 braccia disposti a coppie ai lati di un salone di dimensioni pari a 23 braccia × 16 braccia. Questi dati rendono evidente come il corpo sud, al di là di ogni ragionevole dubbio, sia stato costruito in un'epoca successiva rispetto al corpo nord ricalcandone la dimensione longitudinale esterna (le misure del corpo nord sono 78 braccia × 24 braccia e quelle del sud (78 braccia × 16 braccia) ma prevedendo un'organizzazione interna dei vani decisamente più moderna.

L'ipotesi avanzata per la prima volta da Mazzino Fossi, e poi ripresa da tutta la letteratura seguente, che l'edificio primigenio della villa fosse il "palagio degli Ambrogii", posto in corrispondenza dell'attuale corpo nord e magari già dotato di una o due torri, sembrerebbe allora confermata. Ma non è così: il rilievo ci permette solamente di affermare, con ragione, che il corpo nord è una costruzione più antica del corpo sud. I documenti inediti reperiti in Archivio di Stato di Firenze ci rivelano invece che la struttura primigenia è antecedente al "palagio degli Ambrogii". Infatti si ha notizia (dal catasto del 1480) che Niccolò di Simone Ambrogii comperò nel 1450 dalle monache di S. Pietro Martire un podere detto "al palagetto" con una "casa da hoste" e una "da lavoratore" posto nel popolo di San Quirico a Montelupo<sup>11</sup>.

Una ricerca presso l'archivio storico di Montelupo e la lettura di una pubblicazione relativa agli Statuti della comunità di Montelupo Fiorentino<sup>12</sup> non hanno fornito alcuna informazione aggiuntiva riguardo il toponimo "al palagetto", ma se l'esistenza del "palagio degli Ambrogii" ha determinato la nascita e l'uso, fin dal XVI secolo<sup>13</sup>, del toponimo "Ambrogiana" per indicare la zona dove sorge la villa, è lecito supporre che col toponimo "al palagetto" ci si riferisse a una zona in cui si trovava, appunto, un "palagetto". È possibile allora ipotizzare che "la casa da oste" acquistata da Niccolò si presentasse

10) Antica unità di misura, usata nel territorio toscano fin dal tardo Medioevo, il braccio fiorentino corrisponde circa a 0,583 metri.

11) *Volume registi, doc.4*, in A. Cocchini, D. Forgione, M. Nucci, *Il restauro della Villa medicea dell'Ambrogiana*, tesi di laurea in Ingegneria Edile-Architettura, Università di Pisa, 2015.

12) S. Floria, *Un' antica forma normativa del comune di Montelupo: lo statuto del 1389*, saggio in A. Bellucci, *Cittadini e istituzioni a Montelupo – Statuti e organi di governo di una comunità*, Montelupo Fiorentino, 2003, pp.7-13.

13) *Volume registi, doc. 13*, in A. Cocchini, D. Forgione, M. Nucci, *Il restauro della Villa medicea dell'Ambrogiana*, tesi di laurea in Ingegneria Edile-Architettura, Università di Pisa, 2015.

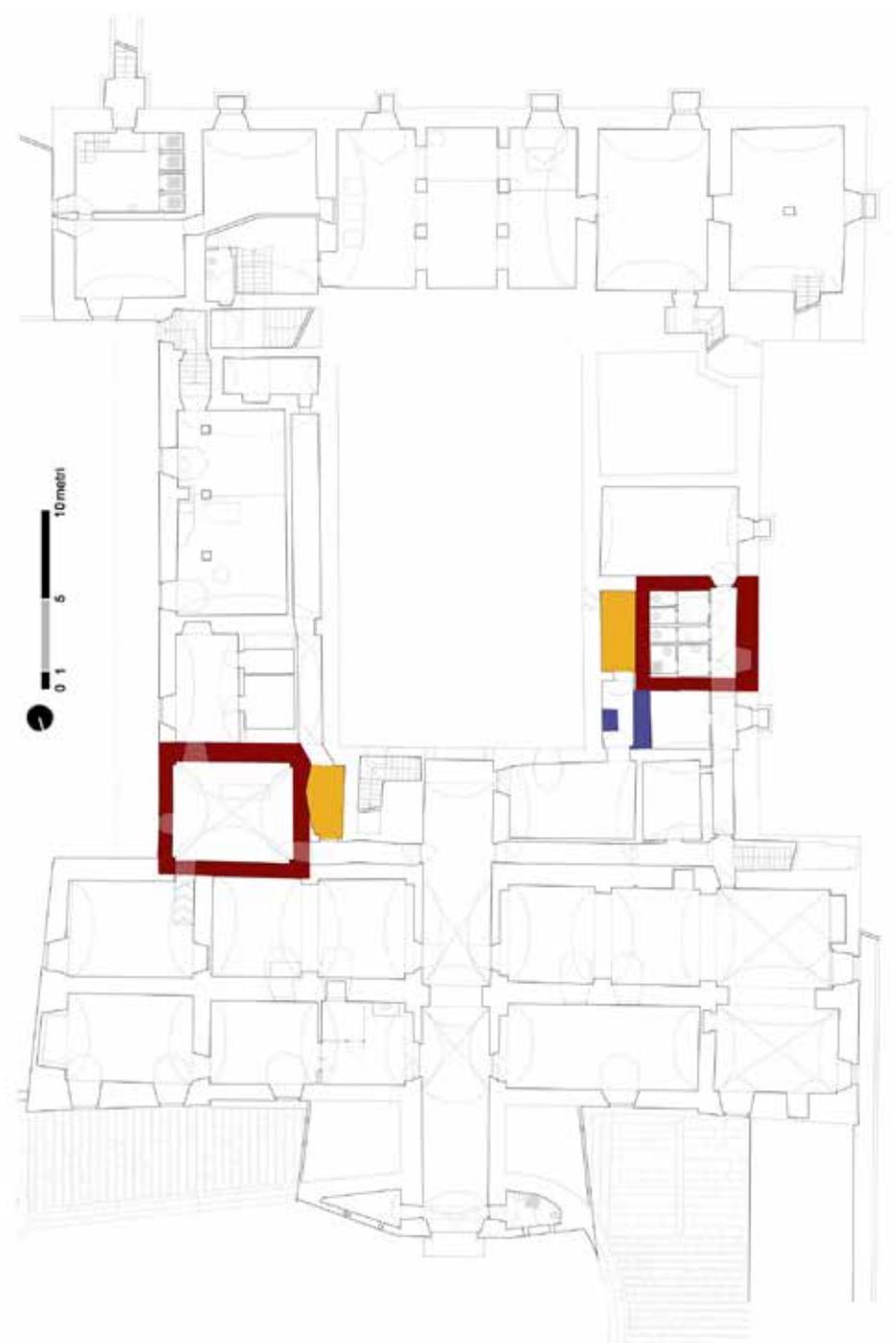


Figura 2 - Preesistenze delle prime fasi della villa ancora evidenti nelle parti basamentali del piano interrato

proprio come una di quelle strutture tipiche del XIII e XIV secolo definite “palagi”. Con il termine *palagio* si indicava un edificio caratterizzato da uno sviluppo prevalentemente orizzontale e, sovente, derivato dall'accrescimento planivolumetrico di una casa torre preesistente, ovvero una di quelle arcaiche abitazioni signorili del contado fiorentino del XI secolo. La possibilità che l'elemento primigenio potesse essere una torre “appalgiata” ci ha indotto a proseguire nella nostra accurata opera di ricerca sviluppando in modo ancora più approfondito il rilievo e realizzando una sistematica scansione termografica dei prospetti della villa alla ricerca di qualche discontinuità nelle tessiture murarie celate dall'intonaco (non potendo effettuare per ovvi motivi, delle stonacature).

## Torre (XI-XII secolo)

La sovrapposizione grafica del piano terra e del piano interrato della villa dimostra una generale coerenza tra i due livelli. Si riscontra solo una evidente anomalia nel corpo ovest, dove al livello interrato sono presenti muri che non trovano continuità ai piani superiori, nonché un corridoio senza sfondo tra pareti molto massicce che si configura proprio come uno spazio di risulta dovuto a una preesistenza, in questo caso individuabile nel vano adiacente (fig.2). Effettivamente il vano in questione, presente solo al piano interrato, ha una forma quadrata di dimensioni pari a 8 braccia x 8 braccia e, con le spesse murature che lo definiscono, si configura come l'impianto planivolumetrico di base di un'antica casa torre. Questi edifici erano caratterizzati da un'estrema semplicità: forma quadrata o rettangolare, rivestimenti murari di solito realizzati a bozze di pietra disposte secondo file regolari oppure con il basamento in pietra e le restanti parti in muratura di laterizio mista a pietre; un solo vano per piano e, di conseguenza, uno sviluppo prevalentemente verticale. Non dobbiamo immaginarci una torre dotata di caratteri militari, ossia di beccatelli o merlature, ma una semplice abitazione “a torre”, probabilmente dotata di un tetto a una o due falde e dall'aspetto simile agli edifici coevi del territorio.

Molti di questi edifici turriti furono inglobati, con il tempo, in più grandi e articolati edifici, i palagi, subendo rimaneggiamenti e alterazioni delle caratteristiche originarie. Dalle termografie effettuate sul prospetto ovest della villa, poco utili all'indagine a causa del cattivo stato di conservazione degli intonaci, non sono emerse invece evidenti tracce di discontinuità nel paramento murario esistente in corrispondenza della primigenia torre. Questo dato non nega però necessariamente quanto precedentemente affermato ma suggerisce che la torre potrebbe aver subito profondi rimaneggiamenti durante il fenomeno di “appalgiamento”<sup>14</sup>.

14) R. Stopani, *Medievali “case da lavoratore” nella campagna fiorentina*, Salimbeni, Firenze, 1978.

R. Stopani, *Medievali “case da signore” nella campagna fiorentina*, Salimbeni, Firenze 1981.

R. Stopani, *“Case da padrone” L'edilizia signorile nella campagna toscana ai primordi della mezzadria*, FirenzeLibri, Reggello, 2001.

P. Pirillo, *Forme e strutture del popolamento nel contado fiorentino*, Voll. I-II, Olschki, Firenze, 2008.

H. Burns, *Castelli travestiti? Ville e residenze di campagna nel rinascimento italiano*, in D. Calabi, E. Svalduz (a cura di), *Il Rinascimento italiano e l'Europa*, Volume VI. Luoghi, spazi, architetture. Colla, Vicenza, 2010, pp.465-543.



Figura 3 - Dettaglio di preesistenza sotto l'intonaco. Finestra murata di antica foggia

## Palagetto/Casa da hoste (XIII-XIV secolo)

La finestra murata di antica foggia, caratterizzata da archivolto e montanti in mattoni, rintracciabile sul prospetto interno ovest (fig.3) e la regolarità, allo stato attuale non di immediata lettura, individuabile nella conformazione planimetrica del corpo ovest, sono indizi a favore dell'ipotesi che in quest'area della villa sorgesse un "palagetto" che incorporava la casa-torre medioevale. A oggi il corpo ovest presenta al piano terreno un salone che è il frutto di alcuni lavori di ammodernamento realizzati tra il 1602 e il 1604. Le piante del 1593 (fig.4), seppur schematiche, indicano in effetti la suddivisione del braccio ovest in cinque vani, e non negli attuali 4, definendo il vano centrale come "andito al giardino". Il muro di divisione, demolito per ottenere l'attuale salone, si sarebbe trovato in corrispondenza, al livello interrato, del muro che abbiamo ipotizzato appartenere alla casa torre e, al piano mezzanino, di un muro portante che, a oggi, poggia sulla volta del salone. La distribuzione planimetrica del corpo ovest antecedente ai lavori di inizio XVII secolo vedeva allora la presenza di tre vani di medesima grandezza (8 braccia x 14 braccia) che, con ogni probabilità, corrispondono al vecchio "palagetto" (fig.1 e fig.5).

È difficile stabilire se la preesistenza della casa torre caratterizzasse il palagio dal punto di vista volumetrico e se quindi emergesse rispetto al nuovo corpo dell'edificio, molto probabilmente sviluppato su due piani, ma, sicuramente, ne influenzò la scansione planimetrica in tre vani di larghezza pari al vano della torre. Del resto dobbiamo tener presente che la tendenza nettamente predominante nella campagna era il pragmatismo: non si costruiva niente dal nulla ma si aggiungeva all'esistente modificandolo e aggiornandolo perché più vantaggioso dal punto di vista economico e funzionale. In quest'ottica anche solo le fondazioni o il piano interrato di una precedente casa torre, magari in rovina, se non l'intero volume erano riutilizzabili. Ai due lati dei tre vani suddetti è possibile anche individuare altri due ambienti uguali, di dimensioni pari a 6 braccia x 14 braccia (fig.1). Questi due vani si configurano come minori sia dal punto di vista delle misure che dell'importanza. Sul prospetto ovest, infatti, in semplice corrispondenza del vano più a nord, è rintracciabile una finestrella di piccole dimensioni dotata di una cornice in pietra, non paragonabile (per cura nelle finiture e per grandezza) alla finestra del "palagetto" (fig.6). Questa finestrella doveva quindi dare luce a un vano che si può definire "di servizio" e che potrebbe essere stato costruito contestualmente, pure come successivamente, al corpo principale.

Abbiamo inoltre appurato che Niccolò nel 1450 insieme alla "casa da oste" acquista anche una "casa da lavoratore". Tornando al rilievo ci accorgiamo che anche il corpo est mostra almeno una "anomalia". Un vano al piano interrato presenta un livello di calpestio sfalsato rispetto a tutti gli altri e risulta coperto con l'unica volta a crociera di tutta la zona, per altro di fattura non accurata (fig.2). Si riscontra inoltre sul prospetto est l'insolito posizionamento della finestra che illumina il vano: decentrata rispetto a tutte le altre interrompe la continuità del maschio murario. Questi dati suggeriscono che anche in questo caso si tratti di una preesistenza e, magari, proprio della casa da lavoratore, sorta in prossimità del "palagetto". Le case da lavoratore di quel periodo, del resto, erano particolarmente povere e consistevano di uno o due piani fuori terra

con un solo ambiente per piano: quello superiore era adibito ad abitazione del contadino, quello inferiore a ricovero e stalla per gli animali. Dal punto di vista volumetrico la fabbrica avrebbe potuto avere un aspetto simile a quello ricostruito in figura 7.

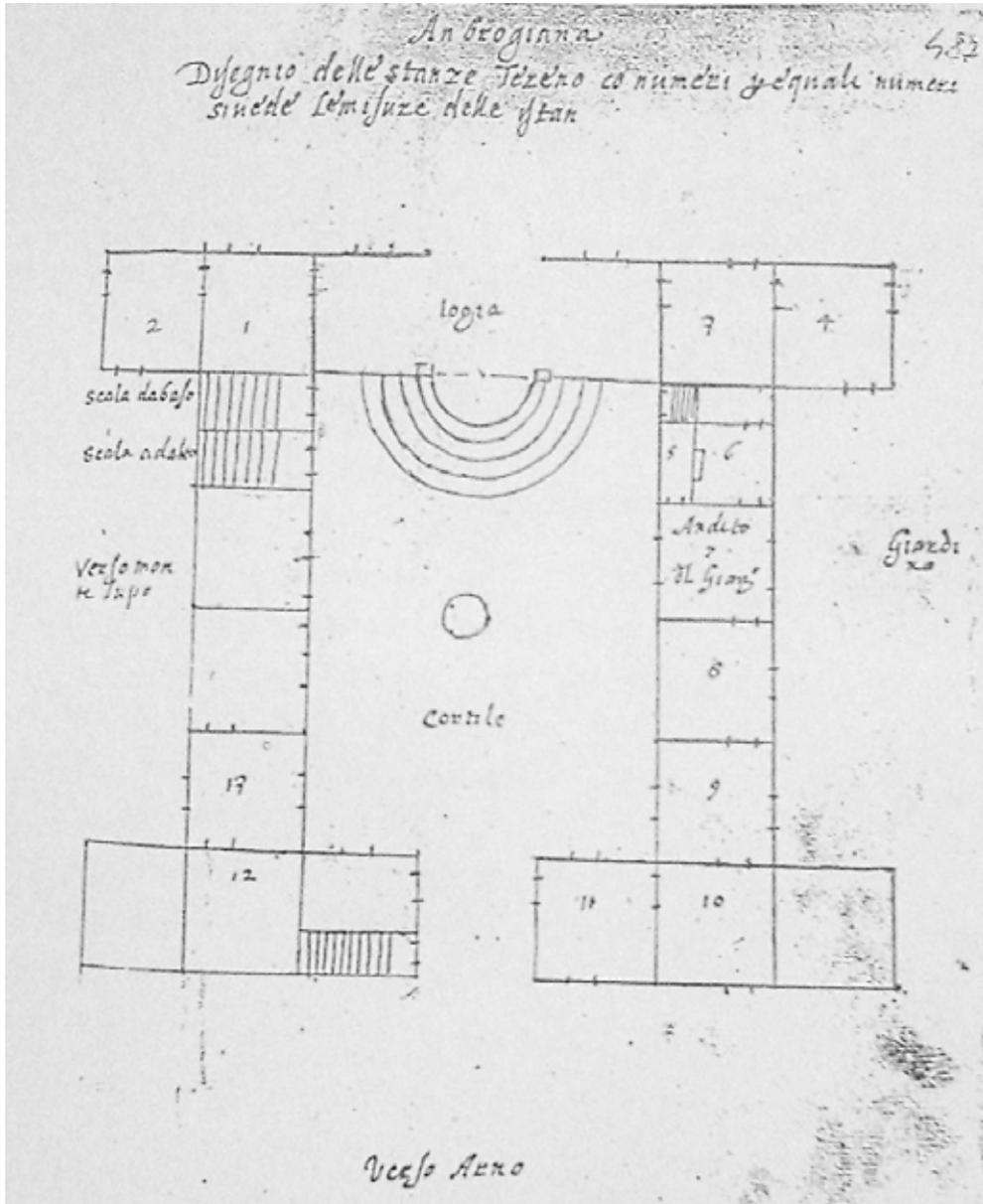


Figura 4 - Pianta della Villa in uno schizzo della Guardaroba Medicea.  
Tratta da C.Vasic Vatovec, *L'Ambrogiana: una villa dai Medici ai Lorena*, Karta, Firenze, 1984

## Palagio degli Ambrogi (XV-XVI secolo)

Dal momento che il toponimo "Ambrogiana", che tutt'oggi permane, deriva chiaramente dal cognome Ambrogi è ipotizzabile che, nell'arco temporale che va dall'acquisto del podere da parte di Niccolò nel 1450 alla vendita di tutti i beni a Giovanni di Domenico Ardinghelli nel 1536<sup>15</sup>, sia stato costruito un edificio di notevole importanza. Del resto solo una costruzione più maestosa delle preesistenze, ma anche di molti altri edifici che dovevano trovarsi sul territorio circostante, poteva fissarsi nella toponomastica conferendo il nome alla zona del comune di Montelupo su cui sorgeva. Dall'analisi planimetrica svolta sul rilievo è possibile affermare allora che la casa da signore degli Ambrogi corrispondesse all'attuale braccio nord. Questo corpo dell'attuale villa è, del resto, dotato di un disegno unitario e di una spiccata simmetria, caratteristiche tipiche dell'architettura del XV secolo. Proprio per la precisa modularità dei vani, perfettamente simmetrici rispetto ad un ambiente con funzione di androne, è possibile sostenere che questa parte dell'edificio non abbia dovuto dialogare con delle preesistenze ma che sia stata costruita *ex-novo* (fig.1). L'elegante disegno planimetrico restituisce dunque la natura imponente di questo antico edificio che doveva emergere nel panorama della campagna di Montelupo. Difficile stabilire con certezza quale fosse l'aspetto di questo "palagio degli Ambrogi" dal punto di vista volumetrico. Le due torri che ora definiscono la facciata avranno caratterizzato anche l'originale volumetria? La tipologia di edificio con un corpo stretto tra due torri non era sicuramente insolita nel contado fiorentino dell'epoca, ma non è possibile escludere anche la possibilità che esistesse solo una torre e in corrispondenza dell'altra fosse presente un semplice avancorpo o, addirittura, che l'edificio non prevedesse torri ma solamente due avancorpi. Sicuramente possiamo individuare nella fattoria di Collesalveti, uno dei possedimenti medicei dipinti da Utens (fig.8), una costruzione formalmente analoga e quindi un buon modello di edificio rurale dell'epoca. La fattoria di Collesalveti, in base a quanto raffigurato nella lunetta, era anch'essa caratterizzata da un impianto planimetrico ad U con un avancorpo da un lato e una torre dall'altro. La rappresentazione di Utens risulta preziosa anche perché ci rivela come la villa-fattoria fosse circondata da tutti gli annessi di servizio necessari all'attività agricola e quindi come esistesse una relazione di simbiosi tra la villa e il suo contesto agricolo, che risultava inscindibile. Infatti le case da signore erano, nella maggior parte dei casi, allo stesso tempo fattorie, cioè edifici residenziali ma anche produttivi, e tra i possedimenti "collegati" vi erano i poderi, numerose case da lavoratore, stalle ed eventualmente fornaci o mulini. Ci possiamo allora immaginare per il palagio degli Ambrogi un edificio che si elevava per due piani fuori terra impostato su un piano seminterrato che, regolarizzando il profilo ad U dei piani superiori, dava origine ad una terrazza, raggiungibile tramite una scalinata meno grandiosa dell'attuale scalera, su cui si affacciavano finestre e porte che adesso risultano tamponate ma le cui tracce sono emerse proprio grazie all'indagine termografica eseguita (fig.9). Altre tracce che "traspaiono da sotto l'intonaco" del prospetto rivolto verso l'Arno indicano

15) *Volume registi, doc. 10*, in A. Cocchini, D. Forgione, M. Nucci, *Il restauro della Villa medicea dell'Ambrogiana*, tesi di laurea in Ingegneria Edile-Architettura, Università di Pisa, 2015.

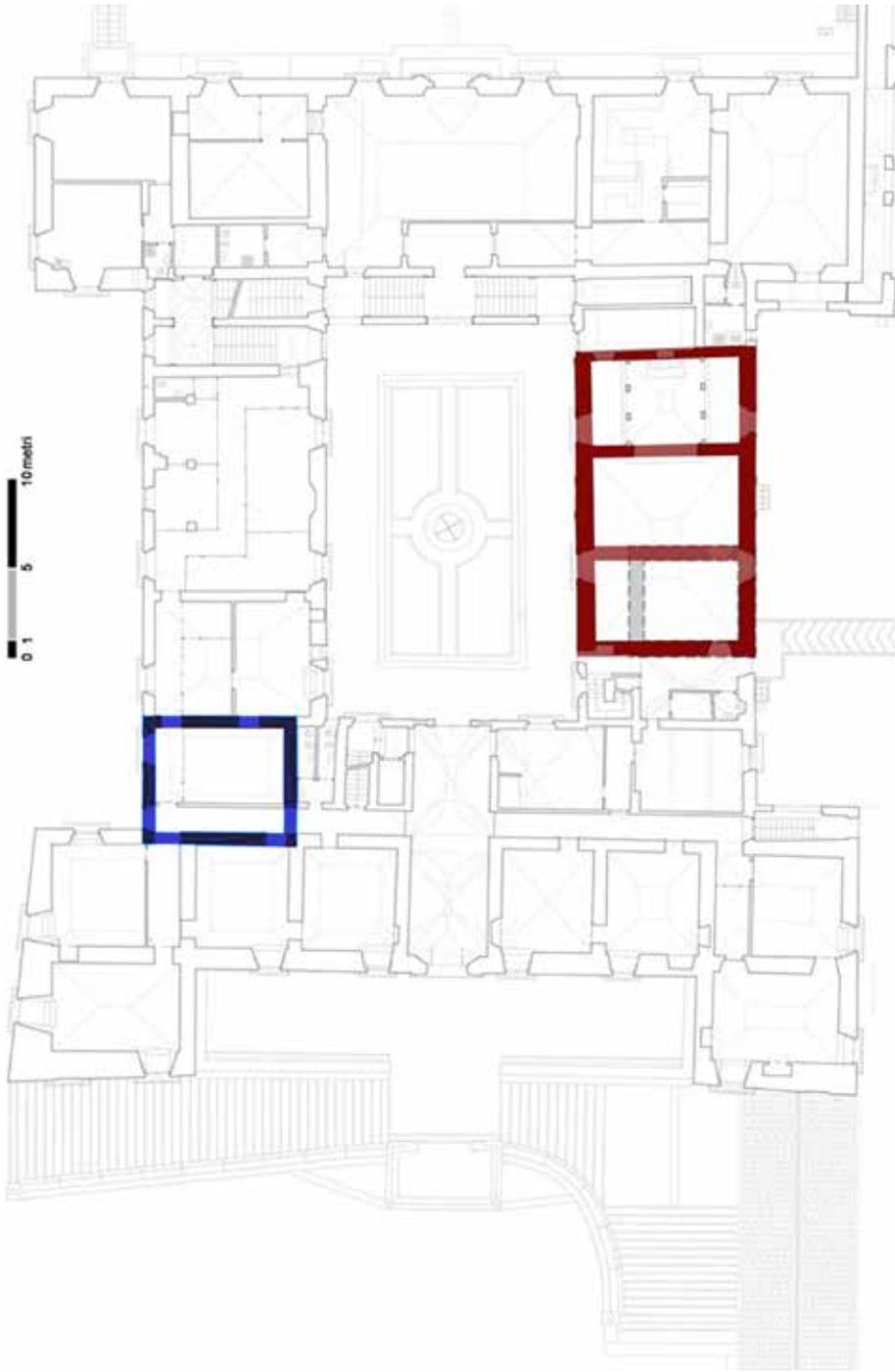


Figura 5 - L'antico palagetto (in rosso), la primigena torre (tratteggiata in grigio) e la casa da lavoratore (in blu)



Figura 6 - Dettaglio di preesistenza sotto l'intonaco

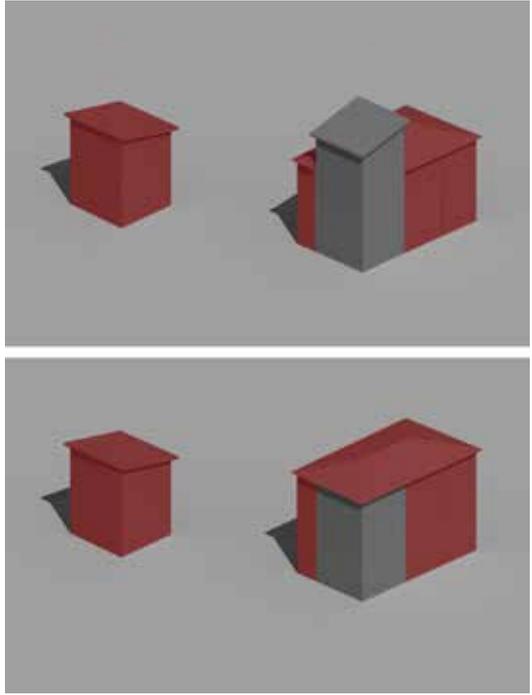


Figura 7 - Fase Pre-Medicea con Palagetto, Casa da lavoratore e Torre



Figura 8 - La lunetta di Giusto Utens raffigurante il possedimento mediceo di Collesalveti

che questa parte del corpo di fabbrica ha raggiunto la sua consistenza attuale solo dopo numerosi adattamenti che hanno stravolto il sistema distributivo e funzionale dell'edificio. Un segno di questa stratificazione è la discontinuità derivante dalla sopraelevazione del corpo tramite l'aggiunta del secondo piano (databile all'inizio del XVII secolo), mentre altre tracce utili per ipotizzare l'aspetto dell'antico palagio risultano essere gli elementi verticali lapidei che, come si vede dalle termografie, intersecano proprio la linea di discontinuità dovuta alla sopracitata sopraelevazione: potrebbero forse rappresentare i segni di mensole in pietra (superstiti solo nella parte ammorsata nella muratura) che costituivano un coronamento a beccatelli dell'edificio. Inoltre, grazie alle termografie, si nota che la tessitura muraria della facciata appare, nella parte più antica, di buona fattura, di pregio e organizzata in filaretti regolari di bozzetti lapidei (impressione confermata dalle foto conservate in Soprintendenza ed eseguite in occasione del restauro di quella facciata) ma, se nel corpo centrale del prospetto nord individuiamo una demarcazione netta riconducibile al sopraelevamento dell'ala, non riscontriamo nulla di simile nelle torri. Questo non può però consentire di asserire con oggettività che le torri nord siano nate della consistenza che oggi le caratterizza; in effetti una sopraelevazione eseguita demolendo il precedente cornicione di coronamento (spesso in mattoni e quindi visibile nell'indagine termografica) sarebbe comunque risultata non apprezzabile durante i nostri sopralluoghi, così come una sottile linea di demarcazione potrebbe nascondersi sotto il cordone lapideo che delimita l'ultimo piano delle torri. Va inoltre considerato che le due torri hanno probabilmente visto un ispessimento murario necessario alla realizzazione del "gioco dei fuochi prospettici"<sup>16</sup>: se così è, questo rimaneggiamento copre oggi, agli occhi della termocamera, ogni traccia di una eventuale precedente sopraelevazione. Ulteriore dato da tenere in considerazione, e che avvalorava l'ipotesi fin qui presentata, è la caratteristica conformazione del portale e delle finestre del piano terra in corrispondenza della terrazza di sbarco della scalera: le quattro finestre in questione sono di dimensioni minori e sono ornate da cornici con modanature più semplici rispetto a quelle degli altri prospetti, la stessa discrepanza di cura nelle finiture si ha relativamente al portale d'ingresso, che nel caso del corpo nord, presenta una corrispondenza tra conci e bugnato, che invece non si riscontra in quello sud dove i conci sono appositamente sagomati per ottenere l'effetto bugnato tradendo un'origine più tarda (fig.10).

Alla luce di quanto detto, proviamo ad analizzare le parole del testamento di Niccolò Ambrogi redatto nel 1493: *"lo lascio a Giovanni di Santi di simone ambrogi et a simone d'antonio di simone ambrogi tutti e due miei nipoti et a ciaschuni per metà la casa mia chon labitazioni e chiuso chiamata il palagio chon ogni sua habitatione et apartentia. E più una chasa da lavoratore et una fornace da chalcina e mattoni et una da embrici chon tutte loro appartenentie posta a pie ditto palagio appresso adarno et nel popolo di Sanchirico amontelupo chon più e più loro chonfini"*<sup>17</sup>.

16) Con questa espressione si fa riferimento all'andamento convergente verso un fuoco prospettico centrale delle testate delle due torri come si ritrova anche nelle ville di Seravezza e di Artimino. Si tratta di un motivo compositivo ispirato alla coeva architettura militare.

17) *Volume regesti, doc.6*, in A. Cocchini, D. Forgione, M. Nucci, *Il restauro della Villa medicea*

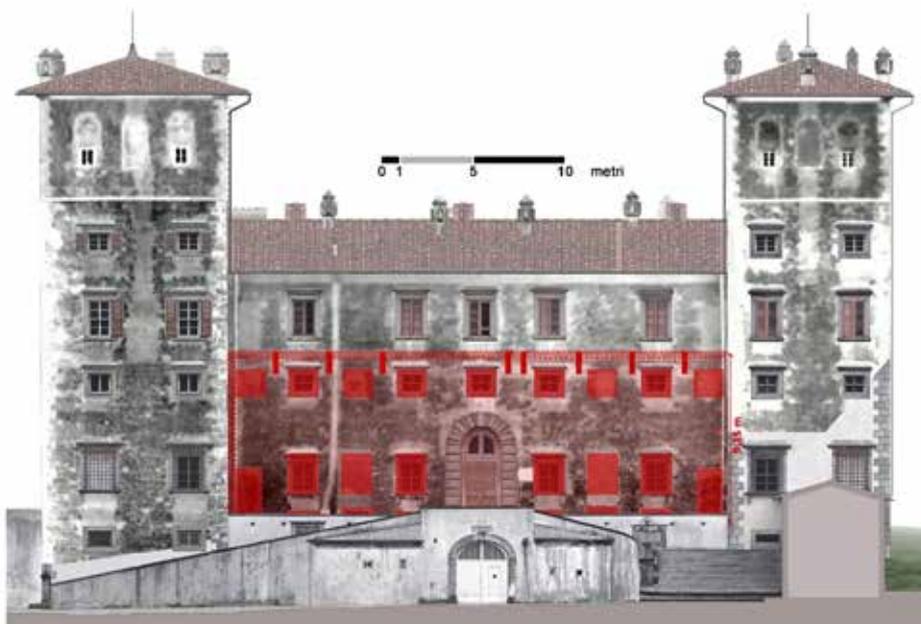


Figura 9 - Termografia del prospetto esterno nord

Da queste parole ricaviamo dunque un'altra informazione: la presenza di un "chiuso", ovvero una corte. Risulta invece difficile capire se il nuovo palagio verso Arno esistesse già. Dal punto di vista storico si è maggiormente portati a pensare che l'edificio sia stato costruito per volere di Niccolò poiché dai documenti sappiamo che, probabilmente, negli anni dell'acquisto disponeva di elevate possibilità economiche - dal *lodo* del 1451 tra i fratelli Ambrogi risulta chiara la ricchezza della famiglia<sup>18</sup>, mentre nel catasto del 1480 si dichiara in povertà e costretto a vivere in villa (l'Ambrogiana) e non in Firenze<sup>19</sup>. Ma è altrettanto probabile che la casa di Niccolò potesse essere ancora il "palagetto" acquistato dalle suore<sup>20</sup> e che il "palagio degli Ambrogi" possa essere stato costruito successivamente, fra il 1493 e il 1532 (anno in cui si inizia a vendere la proprietà agli Ardinghelli), magari da uno dei nipoti di Niccolò, che dovevano condividere il bene avuto in eredità. Le parole riportate nella decima granducale di Giovanni di Domenico Ardinghelli, dove dichiara di possedere il "detto palagio degli Ambrogi (...) parte del palagio grande"<sup>21</sup>, suggeriscono invece che in questa fase coesistano due strutture, il palagio degli Ambrogi e il palagetto, che assieme costituiscono il "palagio grande" in comproprietà fino al 1536 tra gli Ambrogi e gli Ardinghelli<sup>22</sup>.

*dell'Ambrogiana, tesi di laurea in Ingegneria Edile-Architettura, Università di Pisa, 2015.*

18) *Ibidem*, doc. 2.

19) *Ibidem*, doc. 4.

20) *Ibidem*, doc. 4. Nel 1450 Niccolò di Simone degli Ambrogi acquista il podere detto "il Palagetto" posto nel Popolo di San Quirico a Montelupo dalle monache di S. Pietro Martire.

21) *Ibidem*, doc. 9.

22) *Ibidem*, doc. 10. Nel 1536 Giovanni di Domenico Ardinghelli risulta proprietario di tutti i beni degli

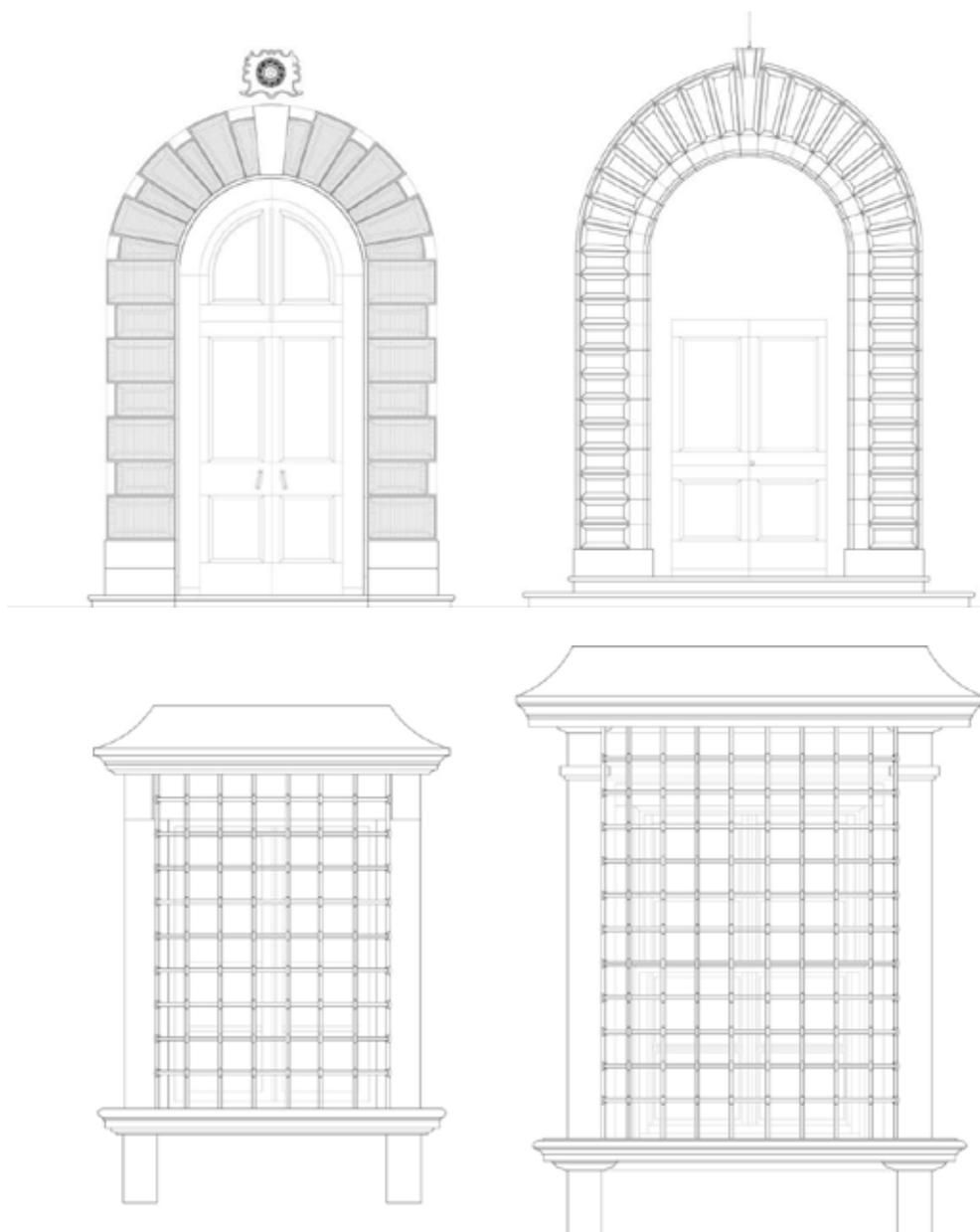


Figura 10 - La differenza morfologica di portali e finestre del piano terra tra il corpo Sud e il corpo Nord

Leggendo il rilievo alla luce di queste informazioni, è lecito ipotizzare una prima fase evolutiva con un “chiuso” a racchiudere il resede compreso tra il “palagetto” e la casa da lavoratore e una seconda fase con l’aggiunta del nuovo palagio posto verso l’Arno.

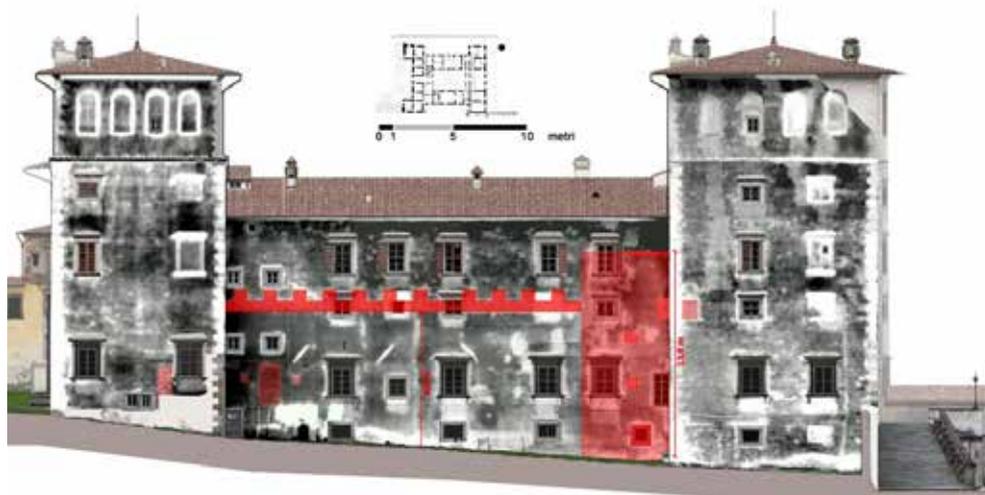


Figura 11 - Termografia del prospetto esterno Est

Le termografie realizzate sul prospetto est della villa rivelano la presenza di una merlatura per tutta la lunghezza della facciata, dalla torre nord a quella sud tranne nel punto in cui doveva essere presente la casa da lavoratore avvalorando l'ipotesi avanzata (fig. 11). È probabile che il muro del *chiuso* fosse merlato, del resto beccatelli, merli ed altri elementi tipici degli apparati difensivi erano molto diffusi nelle case di campagna dell'epoca<sup>23</sup>, e che poi sia stato utilizzato come base per edificare l'attuale corpo est della villa. Allora la villa sarebbe stata organizzata planimetricamente come rappresentato in figura (fig. 12) con il palagetto e la casa da lavoratore disposte ad "L" e affacciate su una corte, perimetrata dal muro merlato e caratterizzata dalla presenza di un loggiato e magari anche di un pozzo (da evidenziare che l'attuale pozzo risulta al centro dell'ipotetica corte quattrocentesca). La presenza del loggiato, elemento molto diffuso nelle ville dell'epoca, è stata ipotizzata sulla base del rilievo che mostra come la stanza a ovest dell'androne del corpo nord, affacciata sul cortile, sia paragonabile dimensionalmente all'androne e sia caratterizzata anche dalla stessa copertura a crociera. Quindi la parte di androne verso sud, che si affaccia sul cortile, insieme alla stanza adiacente, ad ovest, si configuravano come un loggiato aperto sul "chiuso". La definitiva conferma è stata fornita dalle termografie effettuate: sul prospetto interno nord si leggono con chiarezza delle arcate tamponate a livello terreno (fig. 13). Pare inoltre significativo che il terzo modulo del prospetto (verso est) non presenti alcun segno di arcate; in effetti in prossimità di quell'area avevamo già individuato delle probabili preesistenze in fase di rilievo, alle quali va forse associata la presenza di una scala già da lunga data. Proprio sul volume del vano scala, infatti, emerge dall'analisi termografica una piccolissima finestrella dalla spessa cornice lapidea. Anche se questa prima fase può sembrare "povera", o

23) Un esempio nell'area dell'Empolese-Valdelsa è la villa del Cotone appartenuta agli Spini, poi ai Mannelli e infine agli Strozzi. Si veda il censimento delle ville empolesi a cura di Emanuela Ferretti con la collaborazione di Davide Turrini - [http://www.comune.empoli.fi.it/archivio\\_storico/htm/mappa.htm](http://www.comune.empoli.fi.it/archivio_storico/htm/mappa.htm)

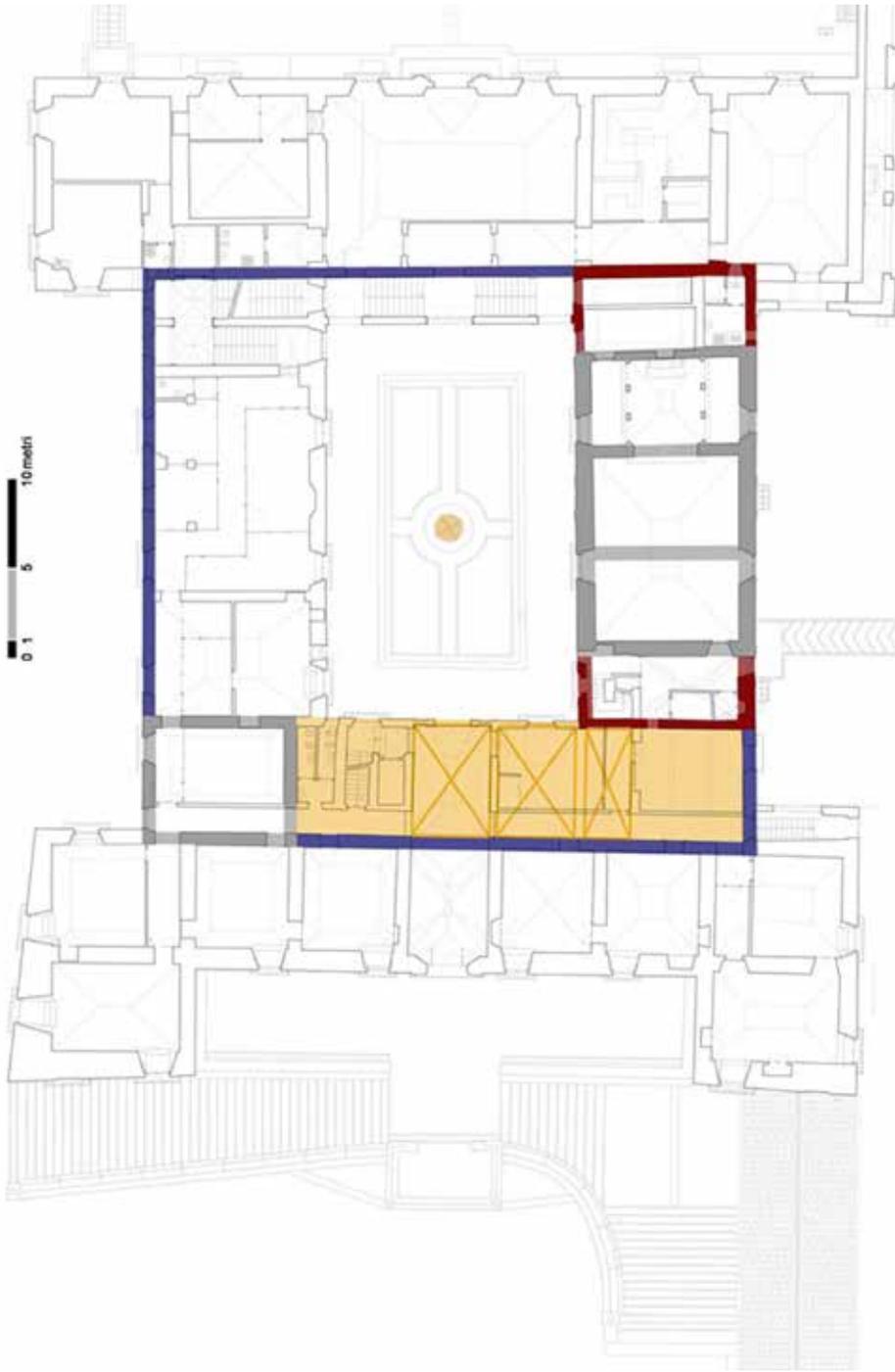


Figura 12 - La prima fase della fabbrica durante la proprietà degli Ambrogi (in grigio le strutture esistenti; in blu le mura del chiuso ed in giallo il loggiato)

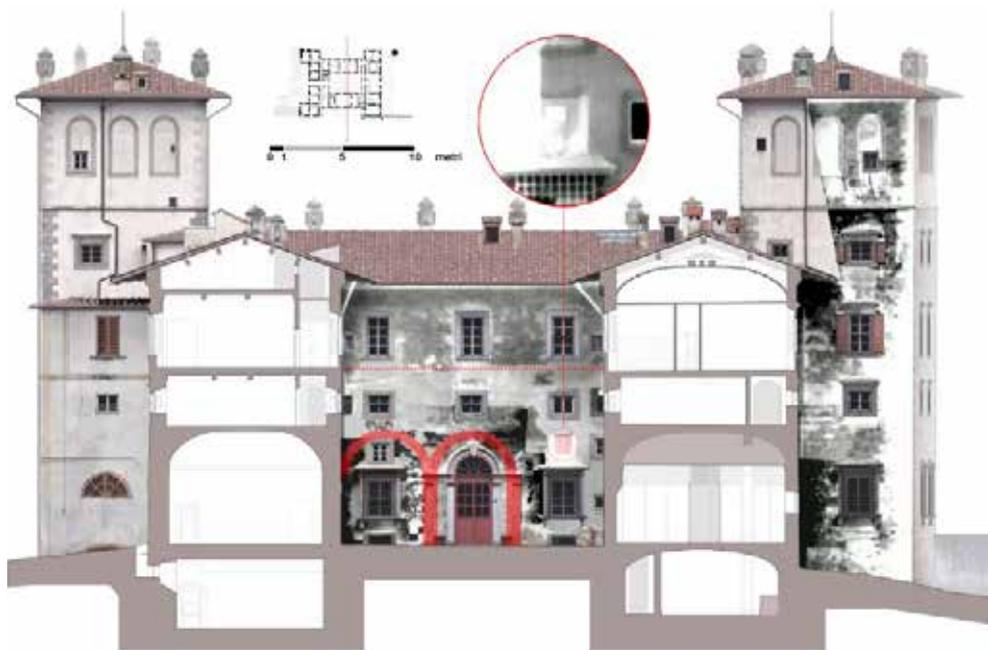


Figura 13 - Termografia del prospetto interno Nord

non troppo distante da ciò che Niccolò aveva acquistato, bisogna tener presente che il bene apparteneva ad un ente ecclesiastico. Di per sé questo dato non rappresenta un fatto insolito per l'epoca, anzi era prassi comune che un proprietario terriero, in caso di mancanza di eredi o per grande devozione, donasse alcuni o tutti i propri beni ad un ente ecclesiastico. È quindi probabile che le monache avessero ricevuto in dono il bene e che, non sfruttandolo, lo avessero rivenduto. Allora è possibile ipotizzare anche uno stato di abbandono o di decadenza del bene all'atto di acquisto da parte di Niccolò che dovette, probabilmente, in una prima fase ristrutturarlo. In un non ben precisato momento successivo, sarebbe stato edificato l'attuale corpo nord della villa sfruttando l'esistente muro nord del chiuso. Dal rilievo risulta come il muro verso sud, di quello che abbiamo identificato come "palagio degli Ambrogi", sia di spessore minore rispetto ai setti di spina e alle pareti nord, ma equivalente al muro "merlato" del prospetto est. Quindi il nuovo palagio sarebbe sorto in adiacenza alle preesistenze ipotizzate ma dal lato verso l'Arno, a sottolineare l'importanza del legame con l'acqua (fig. 14). Il fiume del resto garantiva la bellezza della vista panoramica ma soprattutto, oltre all'accesso tramite navicello, risorse idriche abbondanti per l'irrigazione dei campi, la possibilità di pescare, di lavare i panni e anche di abbeverare gli animali. Un accesso diretto al fiume poteva risultare così importante da arrivare ad influenzare l'architettura e la disposizione planimetrica di una casa da signore.

Dal punto di vista volumetrico la fabbrica avrebbe potuto avere un aspetto simile a quello ricostruito nei modelli in figura 15.

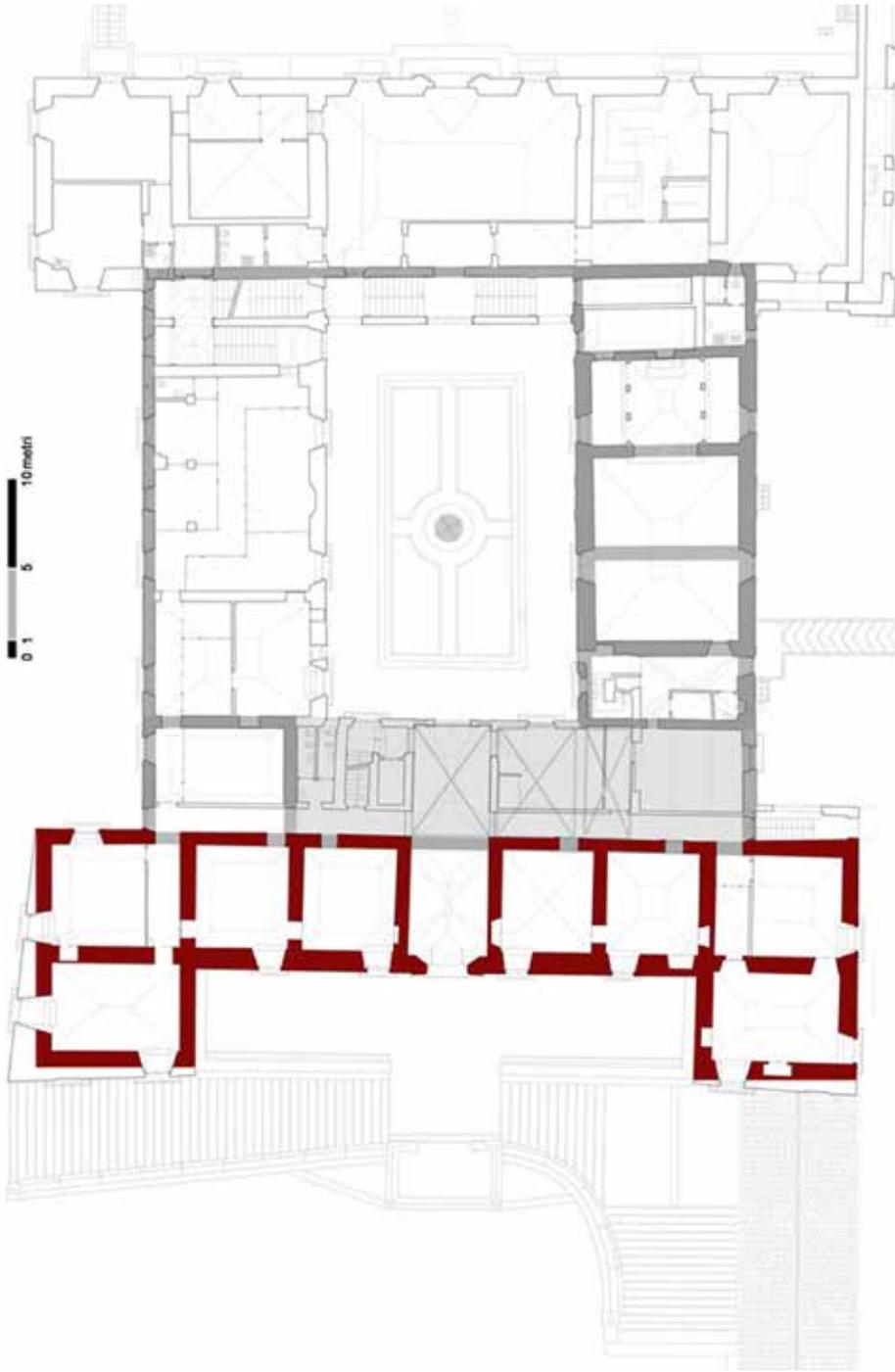


Figura 14 - La seconda fase della fabbrica durante la proprietà degli Ambrogi (in rosso il nuovo edificio verso il fiume)

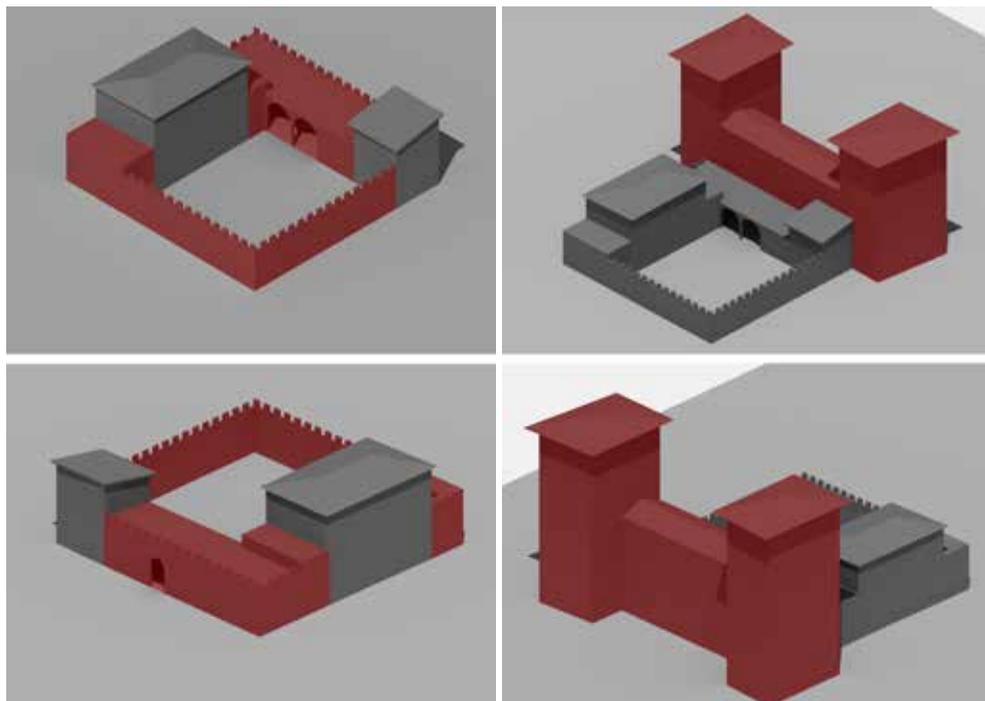


Figura 15 - Fase Pre-Medicea Palagio degli Ambrogi (Prima fase)      Figura 15 - Fase Pre-Medicea Palagio degli Ambrogi (Seconda fase)

## La villa di Ferdinando cardinale

È ipotizzabile che l'edificio acquistato da Ferdinando dei Medici nel 1574 corrispondesse all'incirca a quanto venduto dagli Ambrogi a Giovanni di Domenico Ardinghelli. Del resto i documenti ci raccontano che il bene rimase di proprietà Ardinghelli solo fino al 1555, anno in cui passò nelle mani di Giovanni e Bernardo Da Cepparello, e risulta quindi improbabile che in questi 20 anni scarsi siano state realizzate ingenti opere architettoniche. Così come risulta improbabile che abbia subito modifiche anche nel periodo tra il 1555 ed il 1574, anni in cui dopo la morte dei fratelli Da Cepparello, avvenuta già nel 1556, si scatenò una battaglia legale che, solo nel 1558, sancì Maddalena Da Cepparello, sorella di Bernardo e Giovanni, erede legittima del bene. Nel 1568 il bene fu poi sottoposto a una commenda dell'Ordine di Santo Stefano e dato in uso per 5 anni a Lorenzo Corboli, esponente di spicco della burocrazia fiorentina, prima di passare ai Medici.

Ci permettiamo di seguito una digressione su questa nuova famiglia che intreccia la propria storia con quella della villa e che mai era stata collegata all'Ambrogiana fino ad ora ma che costituisce un tassello fondamentale per delinearne la via diretta verso casa Medici: i Da Cepparello.

Nel 1555, infatti, Giovanni di Domenico di Tommaso Ardinghelli vende ai fratelli Gio-

vanni di Piero e Bernardo di Piero Da Cepparello i possedimenti di Montelupo<sup>24</sup>: è da questo momento che il “podere posto nel popolo di San Quirico” verrà individuato come il “podere dell'ambrogiana”, in memoria della famiglia che evidentemente vi lasciò un segno tale da caratterizzarne il toponimo. Già nell'agosto 1556 entrambi i fratelli moriranno insieme al padre Piero di Giovanni Da Cepparello, mentre si trovavano a Roma<sup>25</sup>. La morte improvvisa dei tre uomini della famiglia vede aprirsi un duro contenzioso fra le esponenti femminili della casata: Maddalena di Piero Da Cepparello con la sorella da una parte, e la loro madre Monna Nanna Popoleschi dall'altra. Conosciamo così Maddalena Da Cepparello (la ritroviamo anche come Lena o Elena) che si caratterizza da subito come una donna forte, capace di far pesare i propri interessi e coltivare rapporti importanti nonostante la sua condizione di vedova: non apparirà mai in ombra, ma sempre ben in luce rispetto agli uomini che avranno a che fare con lei. La lite è spiegata nelle carte del notaio Ser Francesco di Ser Niccolò Parenti<sup>26</sup> cui la stessa Maddalena si rivolge per avere giustizia. In queste, ella si definisce “*donna di Giovanbattista Da Cepparello*” ed in effetti sappiamo che il suo primo matrimonio è con un suo lontano parente, membro di un altro ramo della famiglia, dal quale non avrà figli. Ma il fatto che sia Maddalena in prima persona a battersi per la propria causa facendo riferimento ad altri uomini, e mai al marito, ci fa credere che questo sia già venuto a mancare all'epoca della diatriba. A suo nome, infatti, la Da Cepparello fa muovere Francesco di Bernardo Ridolfi e vengono marginalmente nominati anche Luigi Ridolfi e Piero Ridolfi che mettono a disposizione alcuni loro uomini. È già evidente quindi un certo legame tra Maddalena e i Ridolfi<sup>27</sup> che sappiamo poi concretizzarsi, oramai vedova, con il matrimonio della Da Cepparello e Luigi di Piero di Niccolò Ridolfi, anch'egli vedovo di Anna Soderini.

“*La lite che pende tanto in Roma quanto in Firenze quanto in Pisa e altrove*” nasce dal fatto che i testamenti originali dei tre uomini deceduti non si trovano. Saranno quindi necessari una serie di viaggi e permanenze in Roma alla ricerca degli autografi nei vari archivi e presso molteplici notai; un impiccio di cui si occuperà Francesco Ridolfi, remunerato da Maddalena. Ella annoterà tutte le spese sostenute “*ad mia stantia et con consenso di Matteo de Pazzi et di Antonio, Piero et Braccia sua figliuoli et mia nepoti di sorella*” per risalire alla verità e far valere i suoi diritti, per poi essere risarcita dai familiari e renderne conto davanti al notaio. Veniamo quindi a sapere che una copia autentica del testamento sembrò apparire in mano a “*monna Iacopa figlia di Michele Da Cepparello*” ma la prima volta che Francesco Ridolfi va per vederlo questi dissero di “*averlo dato a concigliare*” e la seconda volta dissero che Tommaso Palmieri l'aveva preso e se n'era

24) *Volume regesti, doc. 111*, in A. Cocchini, D. Forgione, M. Nucci, *Il restauro della Villa medicea dell'Ambrogiana*, tesi di laurea in Ingegneria Edile-Architettura, Università di Pisa, 2015. Si avverte che in D. Barsanti (a cura di), *Le commende dell'ordine di s. Stefano attraverso la cartografia antica*, ETS, Pisa, 1991, p.58, il riferimento risulta non corretto.

25) *Ibidem, doc. 102*.

26) *Volume regesti, doc. 102*, in A. Cocchini, D. Forgione, M. Nucci, *Il restauro della Villa medicea dell'Ambrogiana*, tesi di laurea in Ingegneria Edile-Architettura, Università di Pisa, 2015

27) *Ibidem, doc. 103*.

“*ito con esso a Roma*”. Maddalena si adoperava allora per far rinchiudere il Palmieri nelle carceri di Pisa ed estorcergli informazioni: egli confessa che il testamento è a Roma negli atti del notaio che tiene le pratiche del defunto ser Filippo Caroli, il quale aveva rogato il testamento di Piero Da Cepparello. A Roma l'atto non si trova, ma si riscontra che quando Palmieri era stato in città aveva portato con sé una copia di detto testamento autografa di messer Caroli e l'aveva riscontrata con altri documenti scritti per mano del notaio poiché il testamento originale non si era trovato. Da ciò Francesco trae “*fede autentica per potere mostrare che detto palmieri haveva detto testamento*”. Nel frattempo i vari eredi in gioco si incolpano a vicenda di occultare il tanto bramato testamento: il sospetto ricade sicuramente sulla madre Nanna, poi su Francesco da Poggibonsi (“*cognato della detta monna Iacopa*”), ed infine sulla stessa “*Lena*”. La disputa si risolverà solo con l'atto del 23 dicembre 1558, trovandosi rallentata anche dai “*tempi di guerra*” vissuti a Roma<sup>28</sup>, probabilmente in seguito alla morte di Nanna di Piero Popoleschi poiché tra tutti i personaggi in gioco è l'unica di cui manca la scritta autografa “*io sono contento*”, posta a suggello e validazione dell'atto. Non è chiaro quale sia la spartizione, ma già prima della conclusione della lite, Maddalena annota una spesa fatta da Francesco Ridolfi per andare con ser Giovanni da San Miniato a Montelupo al podere “*dela brogiana a pigliarne possesso per ordine della corte del podestà*”. La “*brogiana*” sembra inoltre stare molto a cuore alla Da Cepparello, dato che la nomina più volte e già nell'agosto 1556 annota una spesa per “*fare uno sequestro a montelupo al podere della Brogiana*” assistita dal notaio ser Giovanni: evidentemente è convinta di quale eredità le spetti nonostante il testamento rimanga occultato. D'altra parte, ereditando “*Lena*” solo metà dei possedimenti di San Quirico, vorrà acquistare l'altra parte dai suoi nipoti “*figliuoli di Matteo [de Pazzi]*”<sup>29</sup>.

La storia ci racconta che Maddalena, rimasta vedova di Giovanbattista (dalla cui unione non ci risultano figli), sposerà Luigi Ridolfi, anch'egli vedovo senza eredi e figlio di Pietro di Niccolò Ridolfi e Contessina de' Medici: Lorenzo il Magnifico era quindi suo nonno materno, e Leone X, papa fra il 1513 e il 1521, suo zio. A differenza dei suoi fratelli Lorenzo e Niccolò (Cardinale dal 1517), Luigi terrà sempre posizioni filomedicee; dopo la morte del potente Cardinal Niccolò, probabilmente avvelenato durante il conclave del 1550, Lorenzo riparò tuttavia verso la corte medicea e, dopo che le accuse di cospirazione nei suoi confronti risultarono false, fu riammesso anche alle maggiori cariche pubbliche. Lorenzo morirà, per ironia della sorte, il 29 settembre 1576 col cuore spezzato dalla sorte del figlio Piero che, avendo partecipato alla congiura dei Pucci, fu incolpato di tradimento e costretto alla fuga: fu così che la villa di Lorenzo a Marignolle, in quanto eredità del figlio, passò nelle mani dei Medici come bene confiscato ai ribelli<sup>30</sup>. È quindi curioso il parallelismo tra i due fratelli – Luigi e Lorenzo –, legati a due

28) Probabilmente la Guerra del Sale combattuta tra lo Stato Pontificio, sotto papa Paolo IV, e la Spagna, dal 1° settembre 1556 e il 12 settembre 1557.

29) *Volume regesti, doc. I I*, in A. Cocchini, D. Forgione, M. Nucci, *Il restauro della Villa medicea dell'Ambrogiana*, tesi di laurea in Ingegneria Edile-Architettura, Università di Pisa, 2015.

30) P. Ruschi, *Le vicende costruttive di Marignolle. Da “Casa da Signore” a Villa Medicea*, in M. Siedel, *La villa di Marignolle: da Franco Sacchetti a Gino Capponi*, Marsilio, Venezia, 2000, pp. 67-105.

poderi che diverranno entrambi sede di prestigiose ville medicee. Come detto però, il podere dell'Ambrogiana arriverà ai Ridolfi da un legame matrimoniale, e non si troverà invischiato nelle vicende relative al filone antimedicco della famiglia. Maddalena, infatti, avrà da Luigi un figlio – “*naturale legittimato*” dice Sebregondi<sup>31</sup> – che chiamerà Piero, come i suoi due nonni: è lui il primo Ridolfi ad avere in mano L'Ambrogiana.

Non sappiamo in che anno nasce Piero, ma probabilmente non è abbastanza grande quando l'11 giugno 1568 sua madre, ancora una volta “*vedova*” – ma questa volta vedova Ridolfi –, fonda una commenda dell'Ordine di Santo Stefano sopra i poderi di San Donato in Lucardo e San Quirico a Montelupo, dandola da subito in gestione “*con patto resolutivo di anni cinque*” a Lorenzo Corboli<sup>32</sup> e non a lui.

Il podere de “*lambrusina*” si costituisce adesso di una casa da signore, una da lavoratore e una fornace, oltre a “*terre lavorative, olivate, vignate, et sode e tutte sue pertinentie*”<sup>33</sup>. È questo il passaggio che segna l'entrata del “*podere posto nel popolo di San Quirico*” nella sfera d'influenza medicea. Evidentemente donna Lena, ritrovandosi vedova con un figlio a carico e una cospicua eredità sulle spalle, vede nell'organizzazione religiosa ma anche economica dell'Ordine un organo di tutela cui affidarsi<sup>34</sup>. Può forse essere indicativa la cessione che viene fatta in favore di Lorenzo Corboli, il magistrato incaricato già da Cosimo I e poi dal figlio Francesco di gestire le indagini relative rispettivamente alla prima e seconda congiura dei Pucci, e che in seguito, come ricompensa per il lavoro svolto, acquisì oltre a vari titoli anche la casa dello stesso Orazio Pucci. Mentre il Corboli ha in uso il podere di Montelupo – che leggiamo estendersi tra Arno e Pesa da un lato e i poderi di Lorenzo Antinori, “*l'herede Giovan Battista Gotti*”, “*Giovanni detto Galanti da montelupo*” e i “*beni detti spedale di montelupo*” dall'altro<sup>35</sup> – la nostra Maddalena “*offre*”, il 24 luglio 1571, la sua commenda al figlio Piero che probabilmente raggiunge un'età idonea<sup>36</sup>. Il 5 febbraio 1574 (secondo il calendario normalizzato) infine (come in effetti riportano anche i documenti delle Possessioni Medicee<sup>37</sup>), allo scadere del “*patto*” col Corboli, Piero di Luigi Ridolfi vende al Cardinal Ferdinando Medici i beni di Montelupo che rientrano nella sua commenda per 3000 scudi<sup>38</sup>. Con questo atto il podere dell'Ambrogiana esce dalla religione di Santo Stefano e diventa proprietà della famiglia Medici, anche se, come visto, già dal 1568 con la costituzione della commenda e la presenza del Corboli sembra sia gestita secondo la volontà dei Granduchi.

31) *Volume registi, doc. 103*, in A. Cocchini, D. Forgione, M. Nucci, *Il restauro della Villa medicea dell'Ambrogiana*, tesi di laurea in Ingegneria Edile-Architettura, Università di Pisa, 2015.

32) *Ibidem, doc. 11*.

33) *Ibidem, doc. 11*.

34) Inoltre dagli atti del notaio Matteo Carlini, di seguito citati, apprendiamo che già il padre di Maddalena era commendatore dell'Ordine di Santo Stefano.

35) *Volume registi, doc. 11*, in A. Cocchini, D. Forgione, M. Nucci, *Il restauro della Villa medicea dell'Ambrogiana*, tesi di laurea in Ingegneria Edile-Architettura, Università di Pisa, 2015.

36) *Ibidem, doc. 16*.

37) *Ibidem, doc. 15*.

38) *Ibidem, doc. 16*.

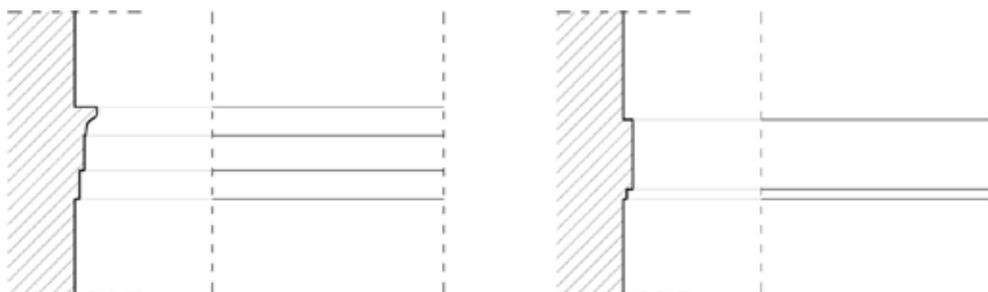


Figura 16 - differenza di modanatura interna nella cornice degli ambienti del piano terra

È lecito dunque affermare che in questo periodo (1555-1574) la villa non fu oggetto di interventi architettonici e che potesse anzi essere, se non in rovina, quanto meno in stato di abbandono. È necessario ricordare invece che Ferdinando aveva ereditato dal padre Cosimo la passione per la costruzione e una spiccata sensibilità per la strategia militare, qualità che lo portarono a scegliere proprietà immobiliari dislocate in punti strategici del territorio<sup>39</sup>. Appurata infatti la presenza all'Ambrogiana di Dosio e Ammannati<sup>40</sup> nel 1574 è probabile che Ferdinando de' Medici abbia chiesto immediatamente che al bene, appena acquistato, fosse data fin da subito una **facies** adeguata ad una proprietà medicea. All'epoca possiamo pensare che il modello di villa di riferimento per Ferdinando fosse rappresentato dalla villa di Seravezza progettata molto probabilmente da Ammannati per volontà di Cosimo I e terminata di costruire nel 1565. Alcune discontinuità nelle finiture e "anomalie" individuate durante la fase di rilievo contestualmente a evidenti analogie stilistiche, proprio con la villa di Seravezza, permettono di ipotizzare che la villa dell'Ambrogiana del cardinale Ferdinando fosse infatti caratterizzata da un impianto ad U. Dal rilievo è stato possibile osservare che le volte al piano terra dei corpi nord, est ed ovest sono caratterizzate da una cornice identica, molto semplice nella foggia, ma diversa da quella delle volte del corpo sud, molto più elaborata (fig.16). Il corpo sud inoltre si imposta, fin dal piano delle fondazioni, su un livello altimetrico totalmente differente e, come già detto, presenta dei vani dalle dimensioni molto maggiori rispetto al resto della villa e chiaramente organizzati in base ad un elegante disegno unitario. Anche le termografie suggeriscono che il corpo sud sia un corpo costruito ex-novo, dal momento che la muratura appare omogenea, se non si considera la traccia dovuta al rialzamento di inizio XVII secolo. Alla luce di queste considerazioni se immaginiamo la villa senza l'attuale corpo sud, otterremo una costruzione che, planimetricamente, è paragonabile a quella di Seravezza. Gli elementi che caratterizzano fortemente la villa di Seravezza sono la pianta ad U organizzata intorno alla corte centrale, dotata di un pozzo e chiusa sul quarto lato da una quinta muraria, e la soluzione stilistica del "gioco dei fuochi prospettici" che definisce gli avan-

39) S.B. Butters, *Ferdinando de' Medici e l'arte del possibile*, in M. Chiarini, A.P. Darr, C. Giannini (a cura di), *L'ombra del Genio Michelangelo e l'arte a Firenze 1537 - 1631*, Skira, Firenze, 2002, pp. 77-88.

40) C. Vasic Vatovec, *L'Ambrogiana: una villa dai Medici ai Lorena*, Karta, Firenze, 1984.

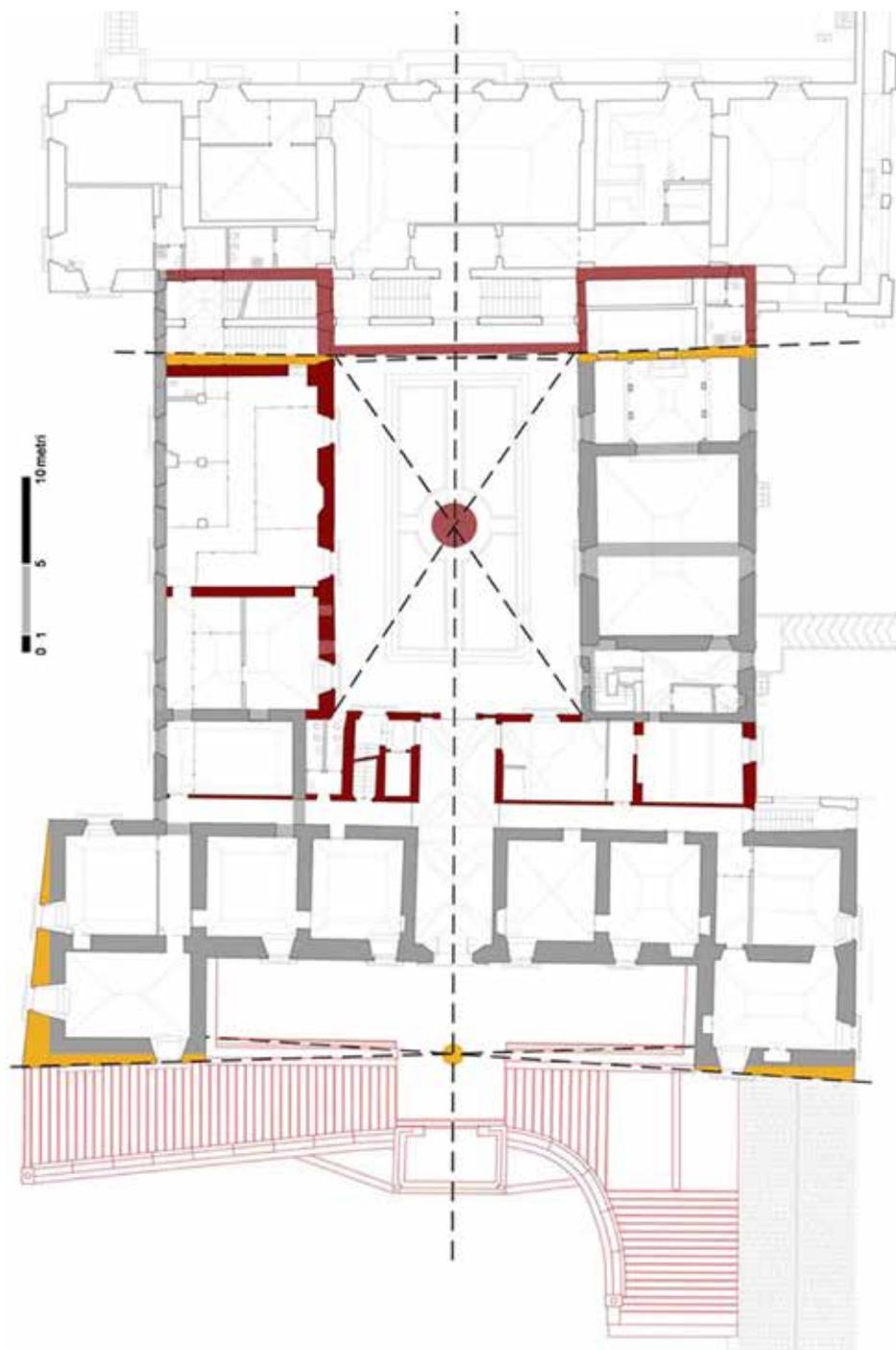


Figura 17 - La villa di Ferdinando cardinale (sono evidenziati il gioco dei fuochi sulle torri nord e l'impianto ad U)

corpi<sup>41</sup>. È possibile allora immaginare che i primi interventi ferdinandei abbiano generato un edificio con pianta ad U che inglobava le preesistenze in un unico ed omogeneo organismo architettonico. Del resto l'impianto ad U doveva essere in quegli anni un modello ben presente nella mente dei progettisti granducali se è riscontrabile anche in un altro edificio mediceo edificato intorno al 1570: la villa di Lappoggi. Quindi in questa fase fu edificata l'attuale zona del corpo nord che si affaccia sul cortile interno, il corpo est della villa (sfruttando il preesistente muro del chiuso) e, tramite l'ispessimento delle pareti esistenti, venne messo in opera il "gioco dei fuochi prospettici" che caratterizza le torri nord (fig. 17). Altri interventi riguardano il trattamento delle facciate ad intonaco e pietra serena con bugne angolari, la riconfigurazione delle finestre nord dell'antico "palagio degli Ambrogi", ovvero quelle caratterizzate tutt'oggi da una diversa foggia (secondo il tipico schema di aggregazione in prossimità del centro della facciata) il tamponamento delle porte che abbiamo individuato tramite le termografie e la sostituzione delle cornici delle finestre delle torri nord. Infatti è possibile ipotizzare che anche le finestre delle torri nord fossero originariamente dello stesso tipo di quelle al piano terra del corpo centrale ma che siano state sostituite, a causa dell'ispessimento murario, con cornici analoghe a quelle installate, nello stesso periodo, sulle finestre dei corpi est ed ovest.

L'ipotesi di una conformazione ad U è avvalorata anche da altri due fattori: se ipotizziamo che il cortile potesse essere delimitato da un muro "a vela", come a Seravezza, posto in corrispondenza del setto che divide, a oggi, la chiesa dalla sagrestia, il pozzo sarebbe risultato in posizione centrata e i due vani più a sud del cortile si sarebbero configurati come due avancorpi; l'inclinazione del muro della cappella, che si riscontra anche ai piani superiori al piano terra, ricorda nuovamente il "gioco dei fuochi prospettici" per cui è possibile ipotizzare che questa parete fosse più alta dell'avancorpo e inclinata prospetticamente verso la corte. Tale inclinazione avrebbe dovuto caratterizzare anche la parete tra il salone del corpo est e le scale, ma a oggi non è presente, probabilmente a causa di una regolarizzazione più tarda dovuta proprio alla creazione del vano scala che attualmente serve l'ala sud della villa. Questa caratteristica conformazione planivolumetrica andò persa proprio con la costruzione del corpo sud che comportò la demolizione, o quanto meno un rimaneggiamento, dei fronti sud dei corpi est e ovest. Troviamo una possibile conferma di questa ipotesi dalla lettura del documento dei Nove Conservatori: "8 aprile 1589. A Marco di Francesco Pistolesi e suoi compagni lire nove, soldi quattro, per buon conto d'aver cavato terra da' fondamenti di scale e necessari e fondamenti del palazzo vecchio diverso il giardino"<sup>42</sup>. Interpretiamo questi lavori come le opere di adattamento necessarie all'aggiunta del corpo sud: se all'estremità dell'ala est viene inserito, o rimodulato, un vano scala, dall'altra parte, all'estremità del corpo ovest cioè "il palazzo vecchio diverso il giardino", vengono effettuati dei lavori per collegare le strutture nuove a quelle esistenti a creare così l'assetto con le quattro torri.

Difficile invece capire l'esatta consistenza volumetrica delle torri nord. È probabile che

41) F. Buselli, *Palazzo mediceo a Seravezza*, Barbieri, Empoli, 1965, pp. 25 e seguenti.

42) *Volume registi, doc. 20*, in A. Cocchini, D. Forgione, M. Nucci, *Il restauro della Villa medicea dell'Ambrogiana*, tesi di laurea in Ingegneria Edile-Architettura, Università di Pisa, 2015.

fossero già caratterizzate dall'altezza attuale e dalle grandi finestre decorative, cieche e arcuate poste in sommità, o che fossero più basse e che siano state rialzate solamente nel corso dell'ultima fase dei lavori per uniformarle al progetto delle nuove torri sud. Pare evidente infine che un edificio così consistente sia stato dotato proprio in questa fase della maestosa scalera d'accesso verso l'Arno, ricondotta, dalla letteratura, proprio alla presenza di Dosio e Ammannati<sup>43</sup>. Dal punto di vista volumetrico la fabbrica avrebbe potuto avere un aspetto simile a quello ricostruito nel modello in figura 18.

## La villa di Ferdinando granduca

La fase dei lavori che donò all'Ambrogiana la **facies** rappresentata da Utens ebbe inizio nel 1587, subito dopo che Ferdinando divenne granduca ottenendo così una maggiore disponibilità economica e, di conseguenza, una totale libertà riguardo agli interventi edilizi da effettuare alla villa. In questa nuova campagna di lavori si completò l'impianto quadrangolare con l'edificazione del corpo sud, elegantemente simmetrico e di forma regolare, caratterizzato da vani più ampi e da un salone di rappresentanza, con funzione di elemento di distribuzione orizzontale. La corte interna mantenne, anche con questa nuova conformazione planimetrica, la funzione di elemento distributivo degli spazi. Come consuetudine dell'epoca l'ala nuova era caratterizzata da finiture di maggior pregio, in quanto destinata agli appartamenti, e i lavori vennero effettuati in due fasi, come siamo riusciti a dedurre anche dalla lettura dei documenti.

Infatti per gli interventi effettuati nel 1587 disponiamo di un documento molto particolare: un registro di entrate e uscite di cantiere, il pezzo 3706 del corpo dei "Nove Conservatori del Dominio e della Giurisdizione Fiorentina" conservato in ASF. L'esistenza di questo documento è stata resa nota da Mazzino Fossi nella pubblicazione "Note documentarie sul gruppo di Ettore e Anteo dell'Ammannati e sulla villa Ambrogiana"<sup>44</sup>. L'autore ha anche il merito di mettere in luce, per la prima volta, informazioni importanti desunte da questa fonte e relative ad una villa poco studiata. Dall'analisi del documento, Fossi rende nota la presenza sul cantiere di "maestro Raffaello" (Raffaello Pagni) chiamato, dopo sei mesi dall'inizio del cantiere, "a pigliare misure e fare pianta della nuova fabbrica" – mettendo così in seria discussione la storica attribuzione del progetto al Buontalenti – e del "Tadda" (Giovanbattista di Francesco Ferrucci del Tadda scultore da Fiesole), autore della grotta lungo l'Arno. Questo documento è stato poi citato e, presumibilmente, consultato da molti autori della successiva letteratura dedicata alla villa, ma nessuno di loro ha mai effettuato un'analisi critica, ordinata e puntuale del documento, da cui vengono estrapolata le solite, e ormai note, informazioni relative al Pagni. Solo Carla Romby<sup>45</sup> nel suo studio ha estrapolato altri interessanti passaggi contenuti nel documento, senza tuttavia contestualizzarli a sufficienza e dandone, di

43) C. Vasic Vatovec, *L'Ambrogiana: una villa dai Medici ai Lorena*, Karta, Firenze, 1984, p. 9;

44) M. Fossi, *Note documentarie sul gruppo di Ettore e Anteo dell'Ammannati e sulla villa Ambrogiana*, in G. Spini, *Architettura e politica da Cosimo I a Ferdinando I*, Olschki, Firenze, 1976, pp.463-479.

45) G.C. Romby (a cura di), M. Fusco, *La villa dell'Ambrogiana a Montelupo Fiorentino* (relazione dattiloscritta), Montelupo Fiorentino, 1993, pp. 1-16

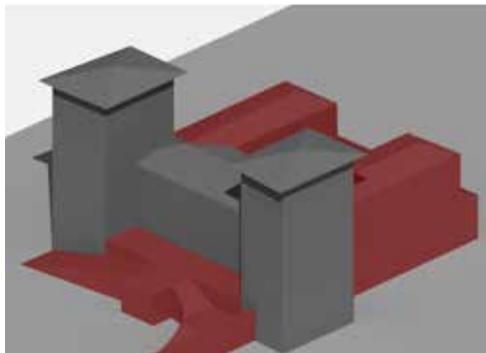
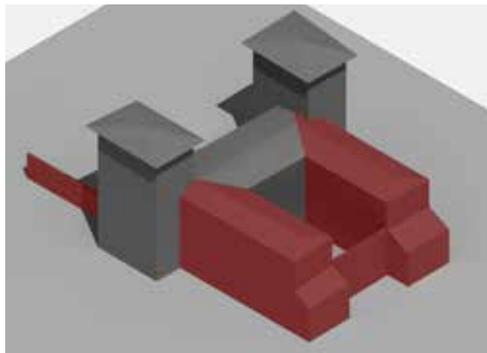


Figura 18 - Fase Medicea, fine lavori 1574-1587

conseguenza, un'interpretazione soggettiva.

Nel documento sono riportate le "uscite" del cantiere per mano del camarlingo Antonio di Niccolò del Ghalante da Montelupo, annotate con cadenza settimanale, dalla data di inizio dei lavori fino a quella di fine, ossia dal 2 novembre 1587 al 17 febbraio 1590 (secondo il calendario attuale e non quello fiorentino che seguiva lo stile dell'Incarnazione prevedendo il capodanno il 25 marzo). Le "uscite" non sono altro che i pagamenti effettuati dal camerlingo responsabile che, nel registro, specificava il destinatario e la somma che veniva corrisposta per ogni esborso, annotando le singole voci come nel seguente esempio:

20 dicembre 1587

A Luigi di Domenico e suo compagno segatori R1 y3 b- d-

A Jacopo di Niccolò e suo compagno segatori R1 y3 b- d-

"R, y, b e d" sono misure di valuta e indicavano rispettivamente lo scudo, la lira, il soldo e il denaro. Lo scudo valeva circa 7 lire, la lira valeva 20 soldi e un soldo corrispondeva a 12 denari.

Tramite un'analisi minuziosa di tutte le voci di spesa contenute nel documento, riportandone l'andamento su un grafico nell'arco temporale dei lavori (fig. 19 e 20), si riesce ad avere un'idea della complessità e della grandezza del cantiere.

Tra le voci analizzate troviamo "A spese della fabbrica" (che è una dicitura usata dal camarlingo all'interno del documento e che si riferiva alle spese fisse sostenute dal cantiere, probabilmente per il pagamento dei lavoratori presenti in pianta stabile) nonché alle spese "straordinarie" per le quali veniva riportata anche una breve descrizione o spiegazione. È stato possibile individuare anche le spese sostenute per la grotta, dato che sono state registrate con la dicitura "a spese della grotta", per i "sassi da murare e da calcina" e per le "ortonaie". Le altre voci di spesa prese in considerazione corrispondono invece alle lavorazioni per cui venivano pagati i vari operai chiamati in cantiere: segatori (coloro che erano addetti solo alla segatura per la realizzazione dei vari elementi in legno), legnaiuoli (coloro che sapevano costruire con il legno, erano "maestri legnaiuoli" e non semplici operai come i segatori), scalpellini (coloro che lavoravano le pietre, anche loro "maestri"), cavatori di sassi da calcina, fabbri, fornacai (coloro che possedevano e gestivano una fornace da mattoni; la maggior parte dei pagamenti veniva effettuata a "maestro Franc.o Pazini" il fornacciaio che gestiva la fornace situata nei

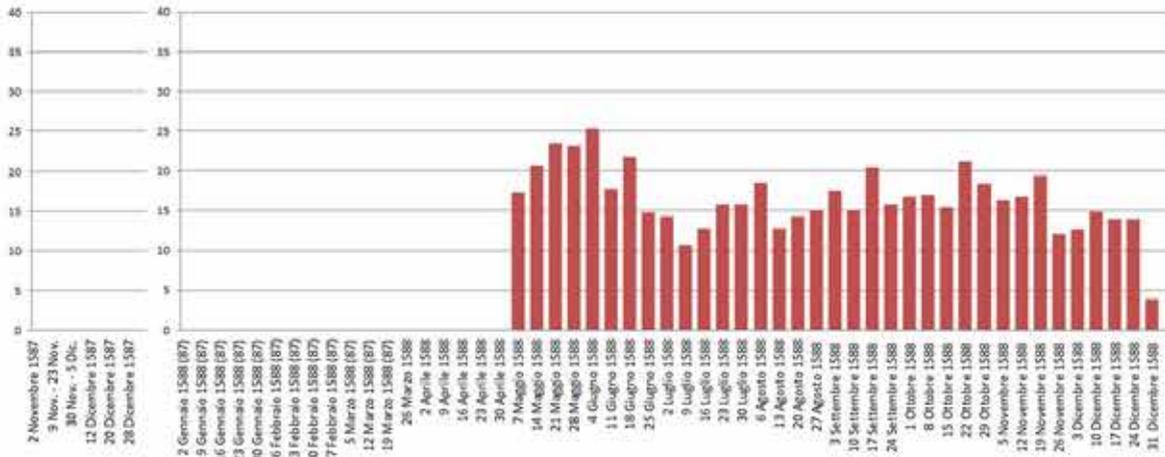
pressi del palazzo e acquistata insieme al palazzo), spianatori (coloro che realizzavano i mattoni crudi, spianando la pasta da cuocere su appositi modani in legno, da mandare poi alla fornace), arrotatori di mezzane (l'arrotatura delle mezzane per mezzo di mole era una lavorazione solitamente effettuata per la realizzazione delle pavimentazioni), muratori ("maestri muratori"), cavatori di terra (operai che scavavano la terra per la realizzazione delle fondazioni o la toglievano dai piani interrati solo dopo le costruzione delle volte di copertura realizzate utilizzando la terra come cassaforma) e dipintori. Ulteriori voci di spesa sono invece riconducibili alle materie prime che venivano trasportate in cantiere dai vari vetturali e navicellai (lungo l'Arno), tra cui embrici (che venivano forniti e non prodotti dalla fornace della villa), sassi da calcina, calcina bianca di Pisa, "truovoli" di calcina, "stipa" (da ardere per la fornace), legna (per la fornace), legnami da costruzione, rena e ghiaia.

Da una lettura parallela dei grafici relativi a tutte queste voci è possibile individuare le seguenti fasi di cantiere:

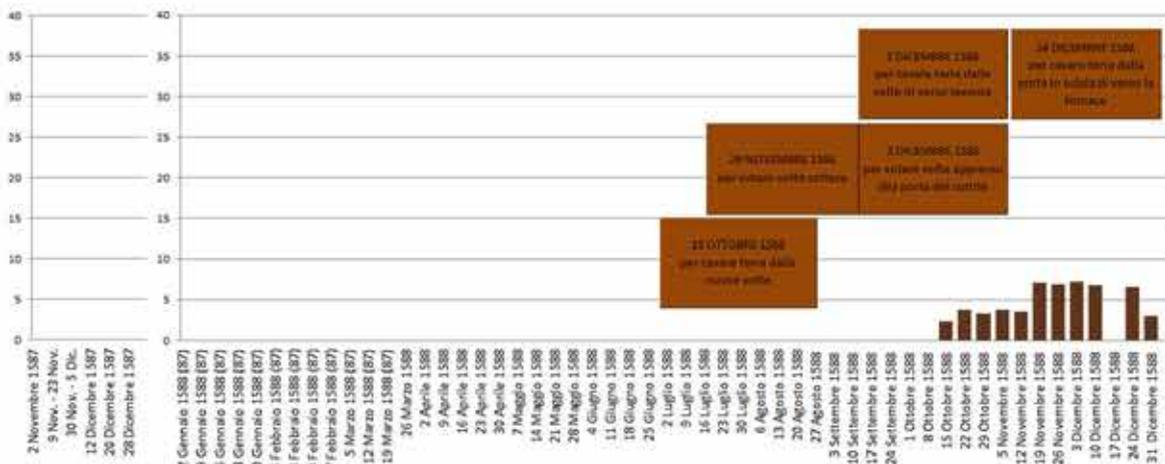
- Attivazione e messa a regime del cantiere (novembre 1587 - gennaio 1588)
- Aggiornamento architettonico e paesaggistico dell'esistente (gennaio 1588 - giugno 1588)
- Edificazione di un nuovo corpo di fabbrica, la "fabbrica nuova" (maggio 1588 – gennaio 1589)
- Modifiche alla "fabbrica vecchia" e collegamento con la "fabbrica nuova" (dicembre 1588 - agosto 1590)
- Lavori alla grotta (ottobre 1588 - ottobre 1589)
- Lavori alla torre di San Quirico (ottobre 1589 - febbraio 1590)
- Lavori di finitura e arredo della villa (gennaio - febbraio 1590)

Ovviamente la datazione delle fasi è indicativa, dal momento che le considerazioni effettuate si basano su pagamenti che, anche se effettuati settimanalmente e con molta precisione, potrebbero presentare degli sfasamenti temporali rispetto al periodo di effettiva realizzazione delle opere; senza contare che alcuni mestieri, come quello degli spianatori e dei segatori, prevedono un lavoro anticipato rispetto al momento dell'effettiva posa in opera del materiale. Altre informazioni interessanti ricavate dal documento studiato riguardano la provenienza dei materiali: le spugne per la grotta vengono da "petriuolo" (nel senese); i sassi da calcina da "samomeo" o "san momeo"; i sassi da murare sono "di gonfalina"; la stipa per la fornace viene dai boschi delle "pinete di SAS" o dalla "fattoria di Calappiano" (Vinci), i legnami provengono dalla "fattoria dell'Antinori" (fra Camaioni e Samminiatiello) o dalla "fattoria di SAS ad Arnovecchio" (Empoli). I lavoratori e i vetturali sono originari dei popoli e delle frazioni intorno a Montelupo: Samminiatiello, Capraia, Empoli, Camaioni, Poggio alla Malva, Sammontana, San Quirico.

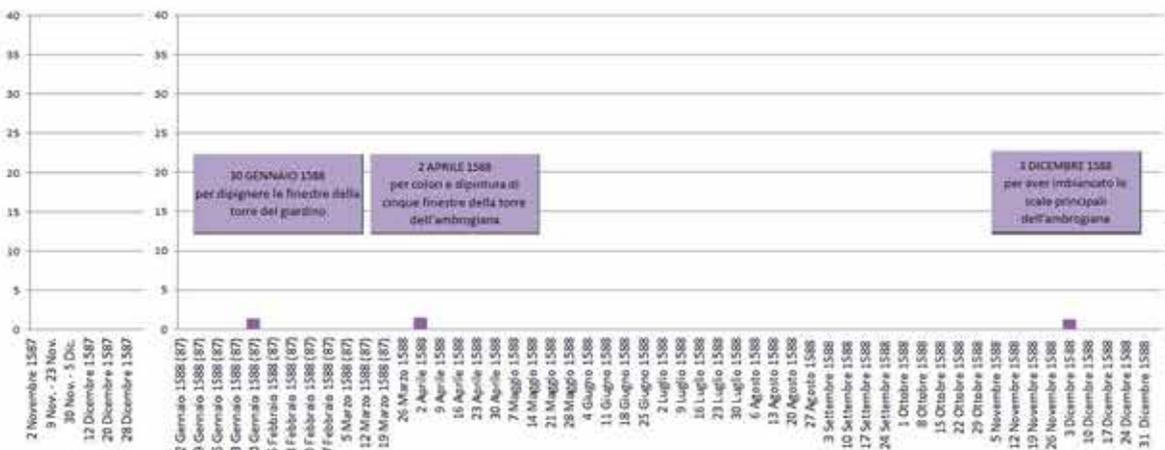
Quindi in sostanza la prima fase prevedeva la sistemazione e l'aggiornamento dell'esistente tramite il rifacimento, quantomeno, dei solai e delle coperture, mentre la seconda fase prevedeva la costruzione della nuova ala. Questa divisione in fasi risultava funzionale in quanto si poteva comunque continuare ad abitare la casa mentre erano



"MURA"

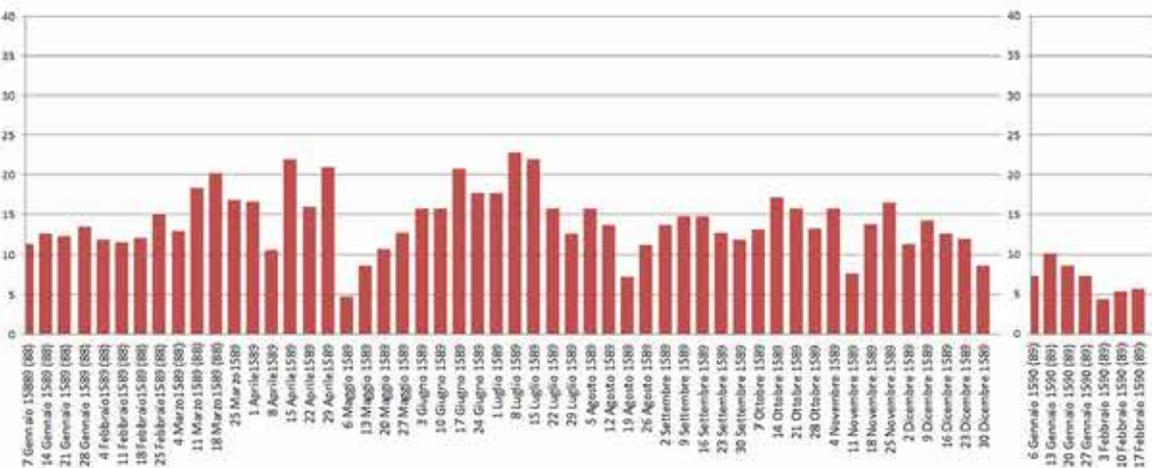


"CAVA"

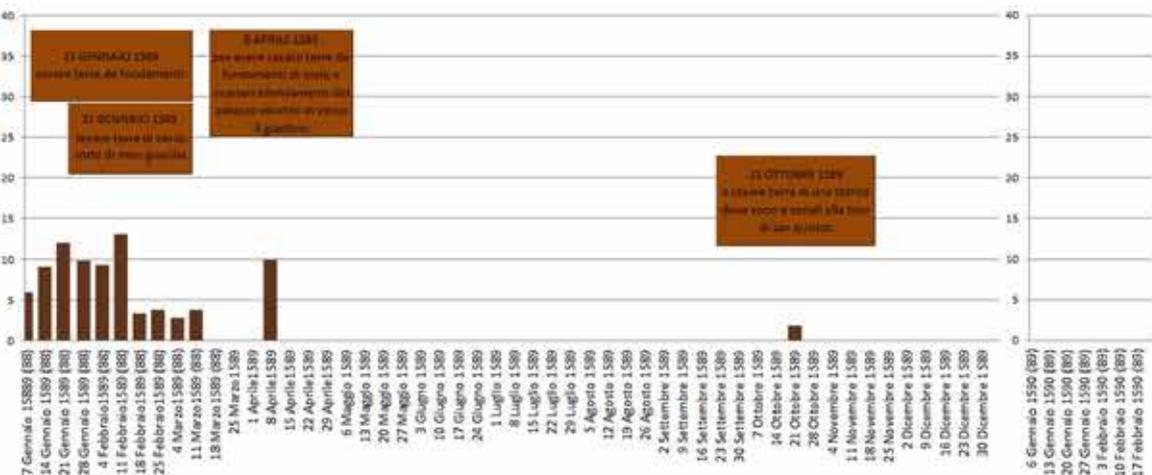


"DIPINTI"

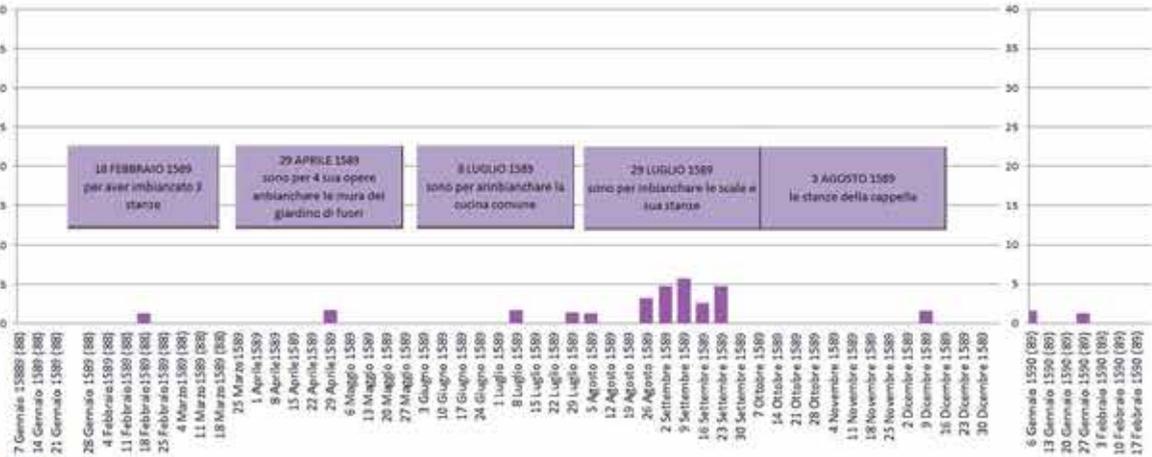
Figura I9 - Grafico esplicativo dell'andamento di alcune lavorazioni durante il cantiere



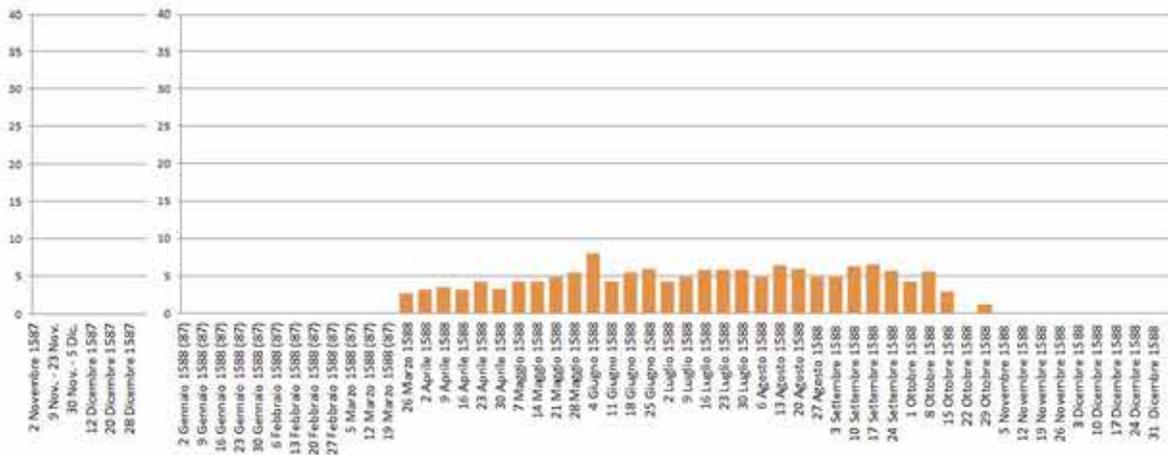
TORI"



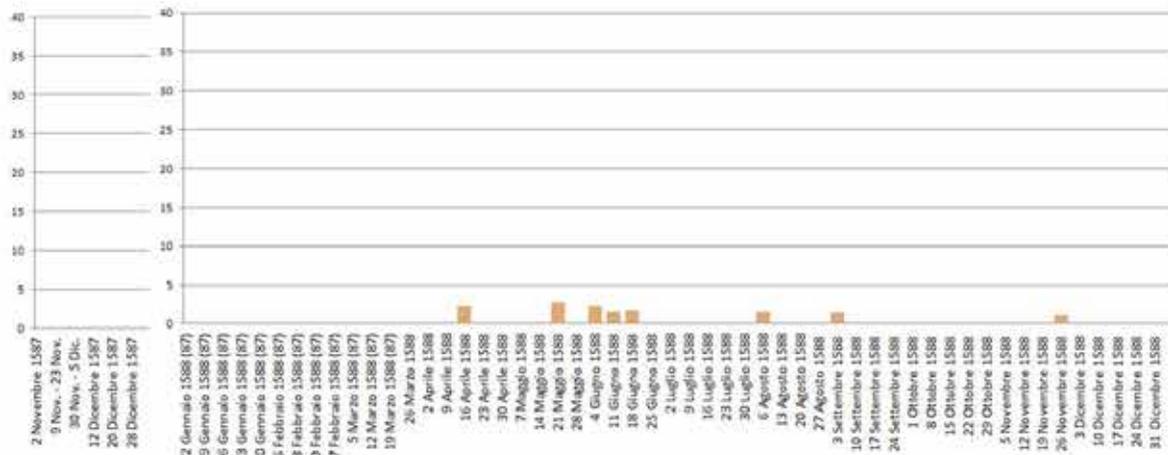
TORI"



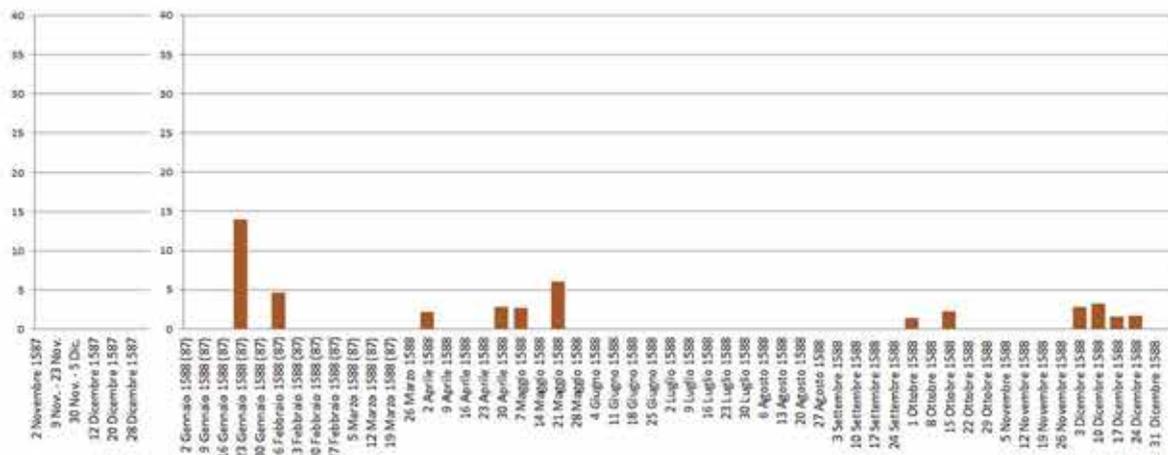
TORI"



"SPIAN"

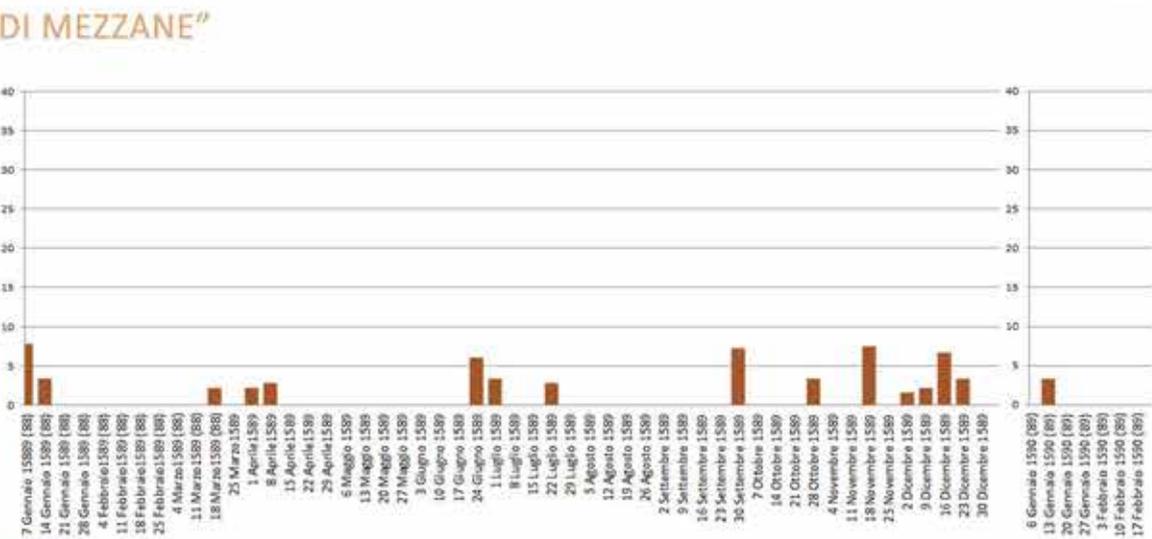
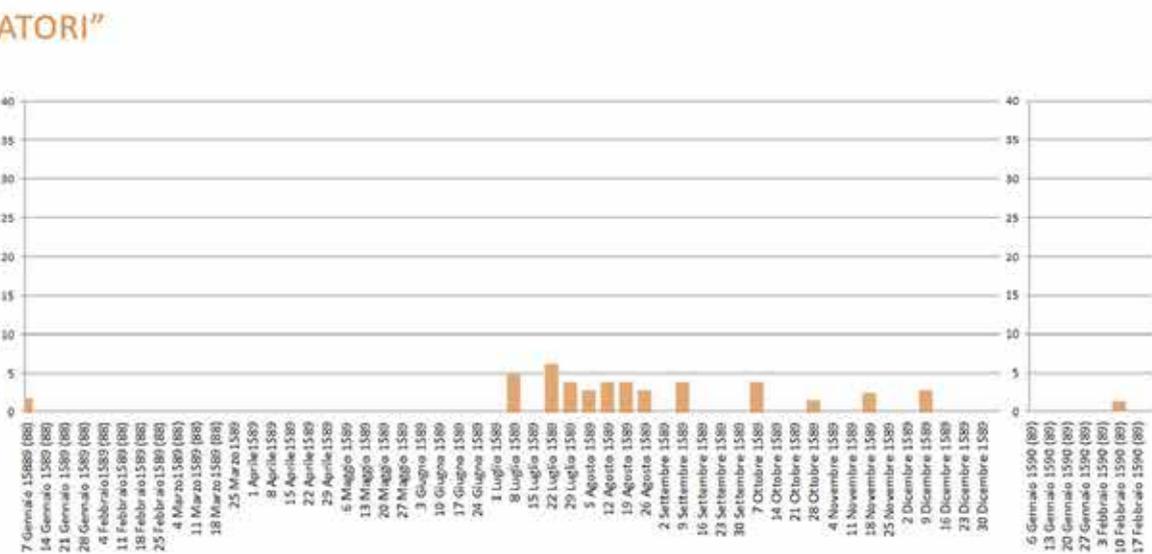
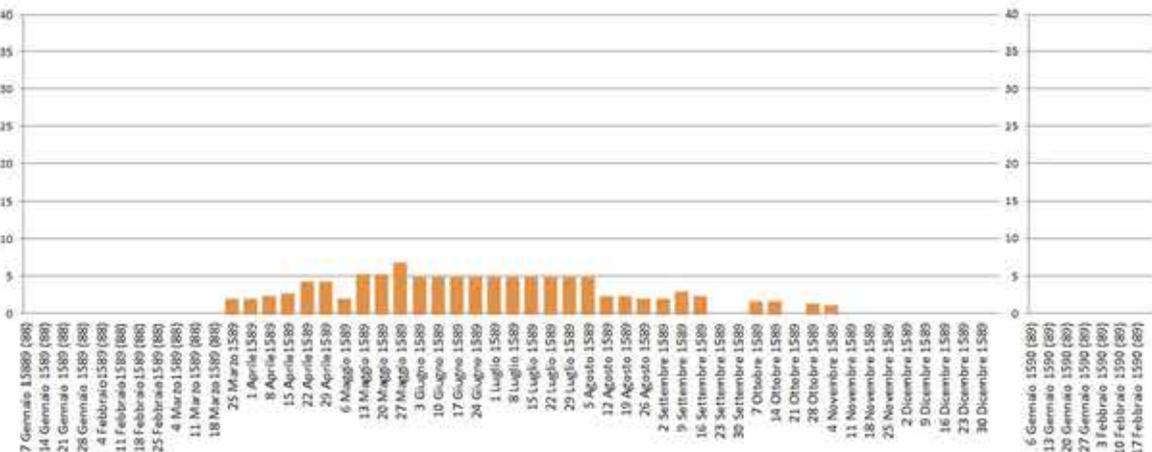


"ARROTATORI"



"EMB"

Figura 20 - Grafico esplicativo dell'andamento di alcune lavorazioni durante il cantiere



ancora in fase di esecuzione i lavori per la nuova ala. In sintesi, alla fine dei lavori, la villa risultava dotata di due piani fuori terra (il piano principale e il mezzanino), di un cortile centrale e di quattro torri angolari. Con gli stessi lavori si organizzarono anche gli spazi esterni intorno alla villa che prevedevano due pratelli, un giardino recintato, a ovest della villa, collegato tramite una scalinata al porticciolo sull'Arno e la grotta del Tadda. Per quanto riguarda la progettazione della villa risulta a nostro avviso plausibile ipotizzare una collaborazione tra Ammannati, Pagni e Mechini che, in successione, avrebbero realizzato una delle più particolari e affascinanti fra le ville medicee.

Enigmatico rimane il disegno della villa pubblicato da Nicodemo Delli nel suo saggio sul convento. Lo studioso non rivela la fonte ma solo che è una "*veduta dell'Ambrogiana, prima dell'acquisto, in un particolare di un'antica pianta*"<sup>46</sup>. È da tener presente che le piante a scala territoriale dell'epoca spesso non riportavano una riproduzione fedele dell'immobile ma una rappresentazione simbolica che ne desse l'idea. Nel disegno la villa è rappresentata con solo due torri che, in base alla loro disposizione rispetto al corpo che le unisce, sembrano essere le torri sud (fig.21). Questo è indice, a nostro avviso, che il documento iconografico da cui è stato estrapolato il disegno potrebbe essere successiva al 1590 e rappresentare esclusivamente la parte dell'edificio appena costruita, quella realizzata da Ferdinando granduca. Il resto della villa potrebbe non esser stato rappresentato perché ancora in rifacimento o, molto più probabilmente, perché per semplicità grafica è stato ommesso a favore del corpo della villa più importante, quello raffigurato in primo piano anche da Utens. Interessante e di difficile interpretazione il muro che si sviluppa dalla villa verso Arno con addossato un edificio. In questo caso potrebbe essere rappresentato in modo schematico l'insieme di edifici che si trovavano tra la villa e il fiume: il pallottolaio addossato al muro di confine del giardino e la fureria.

Per verificare la consistenza e lo sviluppo del palazzo subito dopo i lavori conclusi nel 1590 è stato indispensabile avvalersi di un'altra fonte: il fondo "Guardaroba Medicea". L'analisi di questi documenti, che consiste sostanzialmente nella ricostruzione del percorso del guardarobiere durante la stilatura del suo inventario, non è stata affatto semplice, ma sfogliando gli otto pezzi consultati relativamente all'Ambrogiana (in senso cronologico e non) siamo riusciti a ritrovare alcune indicazioni spaziali e nomenclature che ci hanno permesso di individuare con una certa oggettività la posizione delle stanze, la loro consistenza, la loro destinazione d'uso, oltre alla macro suddivisione in appartamenti con l'evolversi del palazzo e il susseguirsi dei Granduchi. L'obiettivo principale, per il quale il fondo delle Guardaroba risulta particolarmente adatto, è quello di datare e quindi attribuire la sopraelevazione della villa ovvero il passaggio dall'immagine che ci viene consegnata dall'Utens – di una villa con piano terreno e piano mezzanino – a quella che vediamo tutt'oggi con un alto piano nobile sopra i mezzanini. La sopraelevazione è stata datata da Carla Romby intorno agli anni '40 del Seicento in base ad alcuni tra gli inventari della Guardaroba più recenti e una relazione di Ferdinando

46) N. Delli, *Il convento del Granduca Cosimo III all'Ambrogiana*, Pagnini, Firenze, 1998, p. 38.

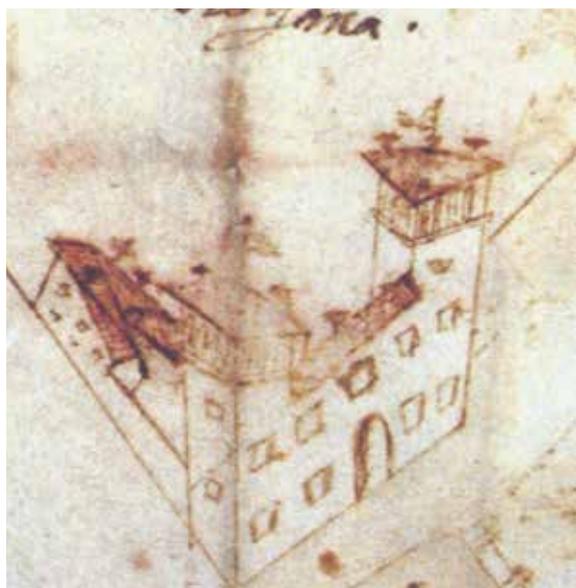


Figura 21 - Rappresentazione dell'Ambrogiana con impianto a L

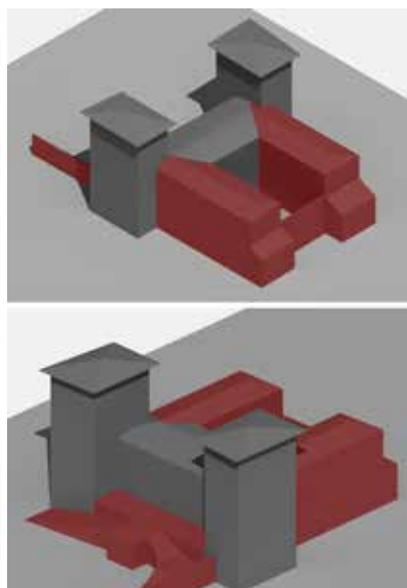


Figura 22 - Fase Medicea - I lavori 1587-1590 e il rialzamento datato inizio 1600

Tacca<sup>47</sup> (1619 – 1686) mentre Luigi Falsetti<sup>48</sup> data la sopraelevazione nel 1637 riferendosi al documento della Guardaroba dello stesso anno. La nostra puntuale analisi di tutti gli inventari porta invece, come di seguito illustrato, a retrodatare questo importante intervento riconducendolo allo stesso Ferdinando I, e non al nipote Ferdinando II come fino ad ora si era erroneamente creduto. Trovando il giusto orientamento tra l'inventario del 16 ottobre 1588<sup>49</sup> e quello del maggio 1593<sup>50</sup> si comprende come sia il documento della Guardaroba del 26 gennaio 1602<sup>51</sup> (1603 stile moderno) a restituirci la consistenza di una villa assai cambiata la quale, secondo la ricostruzione da noi avanzata, si organizza in piano terreno, mezzanini, piano nobile, sottotetti abitabili e torri, oltre al livello interrato. Eloquente è l'assenza nell'inventario delle camere dell'ala ovest: solo le stanze del piano mezzanino sono elencate, tutte identificate dall'attributo "vecchia". Possiamo quindi accertare che all'inizio del 1602 la villa abbia visto il suo sopraelevamento almeno nelle ali sud, est e nord. Il fatto che il guardarobiere salti del tutto le stanze del piano nobile e sottotetto dal lato ovest suggerisce a nostro avviso che i lavori di sopraelevazione siano in corso d'opera su quel versante; nel frattempo il mezzanino e probabilmente anche il piano terra verso il giardino sono abitati, ma

47) G.C.Romby (a cura di), M.Fusco, *La villa dell'Ambrogiana a Montelupo Fiorentino* (relazione dattiloscritta), Montelupo Fiorentino, 1993, p. 22.

48) L. Falsetti, *L'Ambrogiana: da palagio a ospedale psichiatrico giudiziario*, Comune di Montelupo fiorentino, Città della ceramica - Salone granducale, O.P.G. Montelupo fiorentino, lunedì 24 giugno 1996.

49) *Volume registi, doc.24*, in A. Cocchini, D. Forgione, M. Nucci, *Il restauro della Villa medicea dell'Ambrogiana*, tesi di laurea in Ingegneria Edile-Architettura, Università di Pisa, 2015.

50) *Ibidem, doc.23*

51) *Ibidem, doc.24*

per loro deve prevedersi comunque un riassetto generale se le si riconosce come vecchie mentre nel 1604 le ritroveremo come “nuove”. Il tutto, com'è logico, rientra in un'organizzazione dei lavori per lotti, mentre quelle parti della villa non interessate dai rimaneggiamenti continuano ad essere utilizzate. È allora lo stesso Ferdinando I che predispone una nuova e consistente campagna di lavori all'Ambrogiana appena dodici anni dopo averne conclusa un'altra; e se nell'ultimo cantiere avevamo trovato con chiarezza la presenza del maestro Raffaello Pagni, in quello in corso è Gherardo Mechini a guidare i lavori. Nel 1597 infatti, alla morte del Pagni, è Mechini, tecnico formato e braccio destro proprio di Raffaello dal 1587, a diventare architetto del Granduca<sup>52</sup>. Possiamo allora dare ben altro significato alla lettera che Mechini scrive l'8 giugno 1602 al Provveditore per informarlo che Sua Altezza lo ha condotto all'Ambrogiana “dove saveva a risolvere il modello della nuova fabbrica che vi si deve fare”<sup>53</sup>; lettera che finora aveva ottenuto marginali attenzioni credendola riferita ad alcuni lavori di riorganizzazione dell'intorno della villa (come la piantumazione di alberi lungo il viale d'accesso)<sup>54</sup>: in effetti, senza l'approfondimento da noi svolto, l'acquisto di terre del 26 settembre 1602 “per far lo stradone dell'Ambrogiana”<sup>55</sup> poteva risultare ingannevole. Nei due anni successivi Mechini è infatti spessissimo in quella villa che quasi diventa il suo quartier generale: da qui invia ordini per ogni luogo dello Stato. D'altronde Sua Altezza praticamente vi risiede e qui riceve gli ospiti di passaggio<sup>56</sup>. Sappiamo inoltre che il 20 ottobre 1603 “Sua Altezza partì da Artimino et andò a desinare alla Ambrogiana a vedere la nuova fabbrica che Sua Altezza fa fare a detto palazzo”<sup>57</sup>. Mechini avanza ancora nel dicembre e nel gennaio 1603 richieste scritte “per servizio della Fabbrica dell'Ambrogiana” tra la quali appare adesso illuminante la lettera del dicembre 1603 relativa a una consegna di 400 “corenti o vero piane d'albero”<sup>58</sup> evidentemente necessari ai nuovi palchi. Infine il 12 ottobre 1604 scrive: “Domattina si va a Artimino e quando saremo là forse vorrà Sua Altezza Serenissima arivare sino alabrogiana poi che la fabricha che vi abbian fatta è finita”<sup>59</sup>. In effetti la guardaroba del 30 settembre 1604 conferma la fine dei lavori di sopraelevazio-

52) G. Salvagnini, *Gherardo Mechini, architetto di Sua Altezza: architettura e territorio in Toscana 1580-1620*, Salimbeni, Firenze, 1983, pp.61-62.

53) *Volume registi, doc. 104*, in A. Cocchini, D. Forgione, M. Nucci, *Il restauro della Villa medicea dell'Ambrogiana*, tesi di laurea in Ingegneria Edile-Architettura, Università di Pisa, 2015.

54) G. C. Romby (a cura di), M. Fusco, *La villa dell'Ambrogiana a Montelupo Fiorentino* (relazione dattiloscritta), Montelupo Fiorentino, 1993, p.12.

55) *Volume registi, doc. 15*, in A. Cocchini, D. Forgione, M. Nucci, *Il restauro della Villa medicea dell'Ambrogiana*, tesi di laurea in Ingegneria Edile-Architettura, Università di Pisa, 2015.

56) Per la permanenza di Ferdinando all'Ambrogiana si faccia riferimento a: G. Salvagnini, *Gherardo Mechini, architetto di Sua Altezza: architettura e territorio in Toscana 1580-1620*, Salimbeni, Firenze, 1983, p. 62.

57) *Volume registi, doc. 104*, in A. Cocchini, D. Forgione, M. Nucci, *Il restauro della Villa medicea dell'Ambrogiana*, tesi di laurea in Ingegneria Edile-Architettura, Università di Pisa, 2015.

58) C. Vasic Vatovec, *L'Ambrogiana: una villa dai Medici ai Lorena*, Karta, Firenze, 1984, p.16.

59) G. Salvagnini, *Gherardo Mechini, architetto di Sua Altezza: architettura e territorio in Toscana 1580-1620*, Salimbeni, Firenze, 1983, pp.61-62.

ne. Possiamo allora concludere ricollocando la nascita dell'attuale piano nobile in un arco temporale compreso tra l'8 giugno 1602 – dove si parla ancora di progetto della nuova fabbrica – e il 30 settembre 1604 – dove l'inventario della guardaroba descrive un piano nobile ultimato in tutti i suoi appartamenti ed arredato. Dal punto di vista volumetrico la fabbrica avrebbe potuto avere un aspetto simile a quello ricostruito nel modello in figura 22.

## La villa dopo Ferdinando

Dopo Ferdinando I de' Medici le vicende costruttive del complesso dell'Ambrogiana diventano maggiormente documentate e di conseguenza vengono riportate anche dalla letteratura. La consistenza del complesso architettonico rimase pressoché immutata fino alla metà del Seicento quando Cosimo III (1670 – 1723) si impegnò nella fondazione e costruzione della chiesa e convento di S. Pietro d'Alcantara, un complesso progettato ed edificato tra il 1678 e il 1681 dall'architetto Pier Maria Baldi (1630 – 1686). Questo nuovo edificio arricchì ulteriormente il valore architettonico dell'intero complesso che a quel punto comprendeva, oltre alla villa, al giardino, alla grotta e al porticciolo, una chiesa e la struttura conventuale annessa – con i locali del refettorio, l'edificio delle celle dotato di un chiostro centrale, gli orti e i giardini recintati – nonché una sorta di corridoio sopraelevato su arcate, il quale, correndo lungo il muro di cinta del giardino, collegava la villa direttamente alla chiesa. Alla fine del corridoio, infatti, il granduca fece costruire un coretto, raggiungibile dagli appartamenti senza mai uscire all'esterno, da cui era possibile seguire le funzioni religiose in tutta tranquillità. Il corridoio, che ricorda quello eseguito dal Vasari a Firenze un secolo prima, risulta un elemento distintivo della villa e la differenziano dagli altri palazzi di campagna medicei, rendendola unica nella sua complessità spaziale e volumetrica.

Nei secoli successivi lo splendore della villa conobbe fasi alterne: fra i granduchi lorenesi solo Ferdinando III garantì un nuovo periodo di splendore al complesso che nel 1792 si arricchì degli affreschi che adornano il salone del piano nobile (ad opera di Niccolò Contestabile - fig.23) e nel 1795 delle nuove scuderie, mentre gli altri sovrani non se ne occuparono se non per quanto riguarda la manutenzione ordinaria e straordinaria<sup>60</sup>. Il reale declino della fabbrica è invece databile intorno alla metà del XIX secolo, imputabile alla costruzione della linea ferroviaria Firenze-Pisa che ancora oggi attraversa in modo sopraelevato il viale alberato che collega Montelupo al complesso dell'Ambrogiana. La villa perse, di fatto, la sua funzione di tappa intermedia negli spostamenti della corte e, contestualmente, ogni altra attenzione e considerazione da parte dei granduchi. Nel 1824 Leopoldo II, ultimo granduca di Toscana, decise di destinare il convento dei padri alcantarini, già soppresso a seguito delle riforme leopoldine, a casa di pena femminile e le scuderie dell'Ambrogiana a penitenziario maschile, scelte che segnarono le successive destinazioni dell'edificio che nel 1861 divenne proprietà dello Stato italiano e nel 1884 fu definitivamente trasformato in manicomio criminale. Que-

60) A. Alderighi, *La Villa dell'Ambrogiana e i Lorena*, tesi di laurea, Università degli Studi di Firenze, Facoltà di Architettura, rel. Luigi Zangheri, a.a.1998-1999; A. Alderighi, *L'Ambrogiana: una villa atipica. contributi documentari di epoca lorenesi*, in «Miscellanea storica della Valdelsa», 107 (2001), 1/2, p. 113-133.

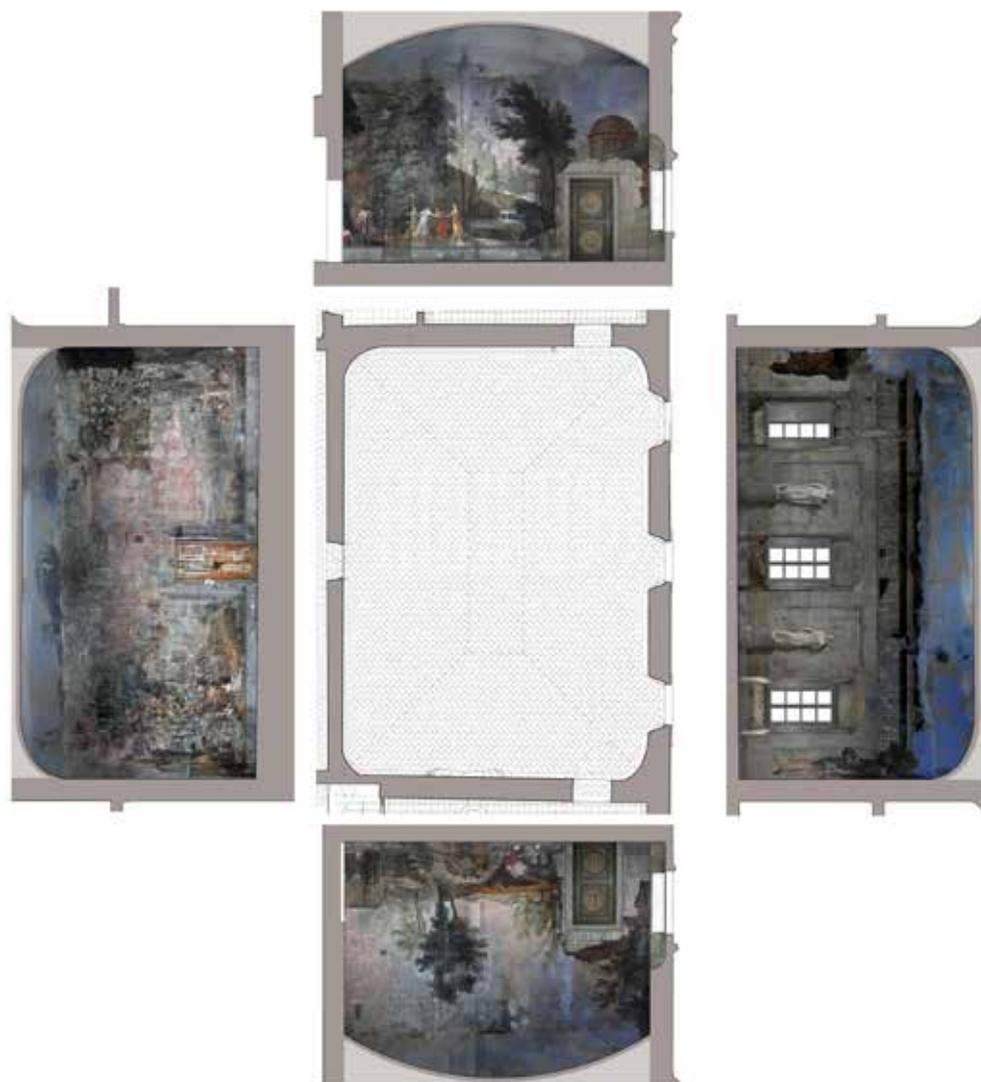


Figura 23 - Salone granducale, stato di fatto

sta conversione comportò la perdita dei giardini e l'avvio di una fase di utilizzi impropri e impattanti per l'immobile: il quartiere detentivo fu distribuito non solo presso le scuderie, ma anche lungo il corridoio di connessione tra la villa e l'ex chiesa del convento. All'interno dell'edificio alcune stanze vennero usate come magazzini, altre mutate nella loro conformazione per servire come uffici amministrativi e caserma.

Appare chiaro, quindi, che la decadenza dell'Ambrogiana sia stata causata non solo dalla perdita della funzione originale, ma parimenti dall'interruzione dello stretto rapporto che l'intera struttura presentava con la campagna e con tutti i suoi elementi caratterizzanti: i boschi, il fiume e i campi. Tale cesura con il territorio limitrofo è stata, come ultimo atto, sancita dalla costruzione di altissimi muri di cinta e del portone blindato

d'accesso, che racchiudono ancora oggi la zona entro un limite invalicabile.

Lo stato di decadenza che connota attualmente l'imponente edificio, destinato da oltre un secolo ad usi "impropri", non ha tuttavia svilito il suo aspetto sobrio e grandioso, memore delle scelte politiche e progettuali dei signori di Toscana. Infatti, nonostante le alte mura che lo circondano, il complesso della villa delle scuderie e del corridoio insieme al convento e alla chiesa, nonché ai giardini, all'oratorio di Santa Lucia e alla vicina torre "dei Frescobaldi" si configura, ancora oggi, come una presenza importante e fondamentale nel panorama territoriale di Montelupo. Appare chiaro, dunque, che un oggetto architettonico come quello dell'Ambrogiana, tanto per la sua posizione quanto per il suo aspetto, rimanga, oggi come allora, un emblema distintivo per il territorio circostante (fig.24).

## Le coordinate per il progetto di recupero: le invarianti operative

L'approfondita analisi storica rappresenta una preziosa **milestone** per la definizione dei valori e delle criticità dell'oggetto architettonico e per l'elaborazione di "invarianti operative" in grado di guidare, su binari condivisi e condivisibili, ogni aspetto di una futura progettazione.

Innanzitutto è possibile affermare che la villa Medicea, come le altre fabbriche del complesso, necessita di una serie di azioni mirate a eliminare o attenuare tutti quei fenomeni di degrado dei paramenti esterni dovuti all'incuria e alla funzione a cui essi sono stati adibiti. Sulla base di un rilievo macroscopico dei fenomeni di degrado sulle facciate esterne, si è potuto realizzarne una mappatura grafica a falsi colori (fig.25). La codifica dei fenomeni e il riconoscimento delle cause sono i primi due passi che permettono l'individuazione degli interventi conservativi che sarebbero necessari a rallentare il decadimento dei paramenti, eliminando le cause estrinseche e riducendo quelle intrinseche, e a ripristinare lo stato originale dei luoghi, laddove possibile e compatibile, nonché conservare gli elementi e i materiali esistenti.

Con le informazioni desunte dallo studio approfondito delle fasi evolutive delle parti del complesso, che rende chiare quali siano le aggiunte e le superfetazioni più o meno incongrue, e dalle termografie, che rivelano le tracce di antiche aperture sotto l'intonaco, è possibile formulare un'ipotesi anche in merito alle modifiche e agli interventi più corretti e adeguati, sia in pianta che sui prospetti, per poter restituire al complesso architettonico una propria identità artistica senza correre il pericolo di compromettere l'integrità e la stratificazione storica (da fig.26 a fig.33).

Grazie al materiale tecnico e fotografico dei restauri subiti dalla villa<sup>61</sup>, unitamente alle informazioni ricavate visivamente e dall'analisi termografica, è stato possibile anche portare a termine un rilievo di tipo strutturale del corpo di fabbrica della villa. A valle di un'analisi dei carichi, del calcolo delle azioni del vento, della neve e del sisma, è stato possibile effettuare le verifiche di compressione, di snellezza e di eccentricità sulle murature, oltre alle verifiche di resistenza e di deformabilità sui solai da cui sono emerse le varie criticità statiche proprie dell'immobile. La valutazione delle criticità sismiche è

61) La più importante campagna di restauro sulla villa è stata quella svolta negli anni dal 1984 al 1990.



Figura 24 - Planimetria

stata svolta seguendo le linee guida MIBAC (data ultimo aggiornamento 19 gennaio 2011): verificata la scolarità dell'edificio per mezzo dell'analisi di secondo livello, con riferimento ai cinematici individuati dal quadro fessurativo redatto per l'intero corpo di fabbrica, si è proceduto con un'analisi globale LV3 per mezzo della quale si è studiato l'influenza esercitata dalla scalera nord e dalle torri angolari sulla risposta dinamica della villa. Una volta affinato il modello si è eseguita un'analisi modale e un'analisi pushover per poter arrivare ad esprimere un giudizio sulla vulnerabilità sismica dell'edificio e sull'opportunità di alcuni interventi strutturali (fig.34). Le analisi LV2 eseguite sulla villa danno risultati positivi in termine di verifica per la presenza di cordolature sommitali su tre ali della villa (è esclusa l'ala sud) e per l'innescarsi di tipi di ribaltamento sempre composto. Ciò evidenzia un buon ammorzamento tra le pareti di facciata e quelle di spina che si lesionano, specialmente in corrispondenza di porte, nel seguire i cinematici delle prime: questo è evidenziato dal quadro fessurativo. L'analisi LV1 fornisce valori rassicuranti di vulnerabilità sismica, non riuscendo a cogliere le criticità derivanti dalle caratteristiche volumetriche della struttura. Di fatto, anche l'analisi LV3, eseguita per mezzo di un'analisi pushover, certifica un collasso globale sempre innescato da un'azione sismica superiore a quella prevista. Con l'analisi LV3 possiamo però indagare quali danni subisca l'edificio prima di raggiungere il collasso. Notiamo allora che le torri vedono precocemente una crisi per taglio in quei maschi murari che per primi si



Figura 25 - Prospetto Ovest analisi di degrado

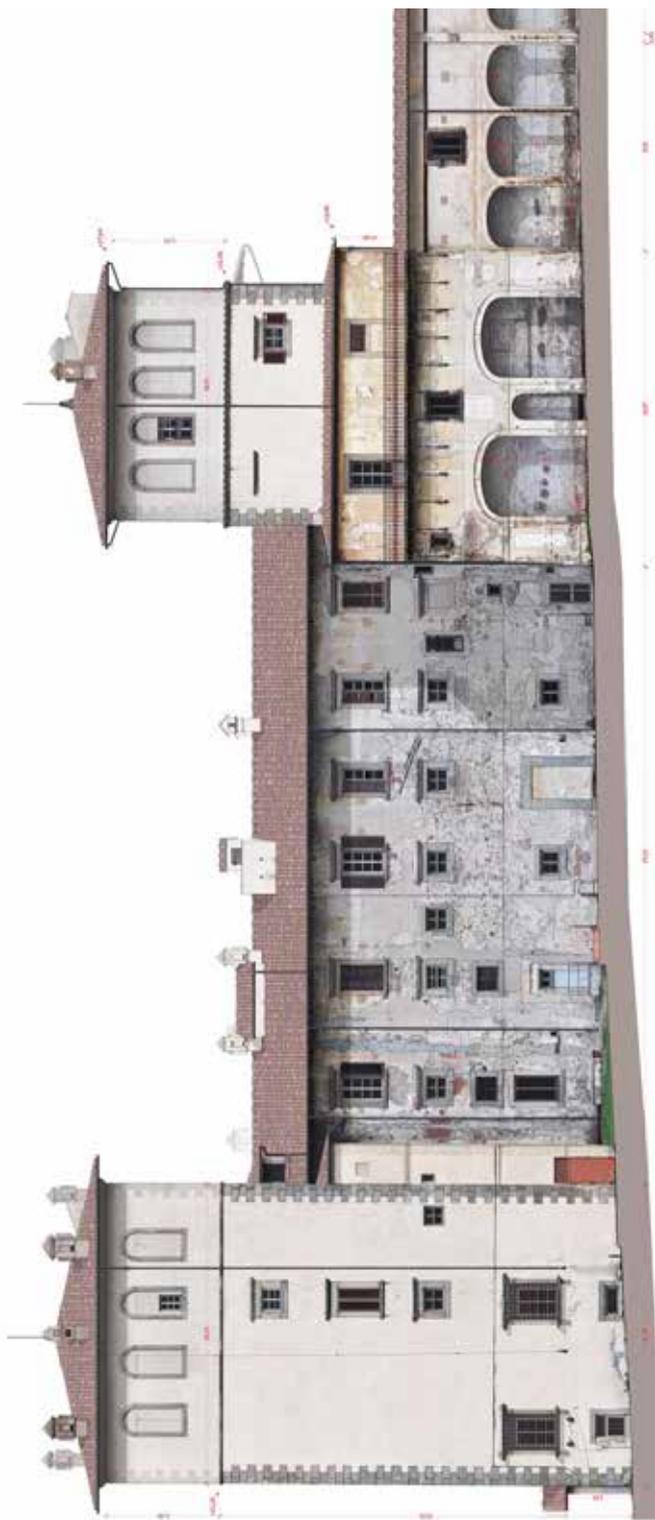


Figura 26a - Prospetto Ovest, stato di fatto



Figura 26b - Prospetto Ovest, restaurato

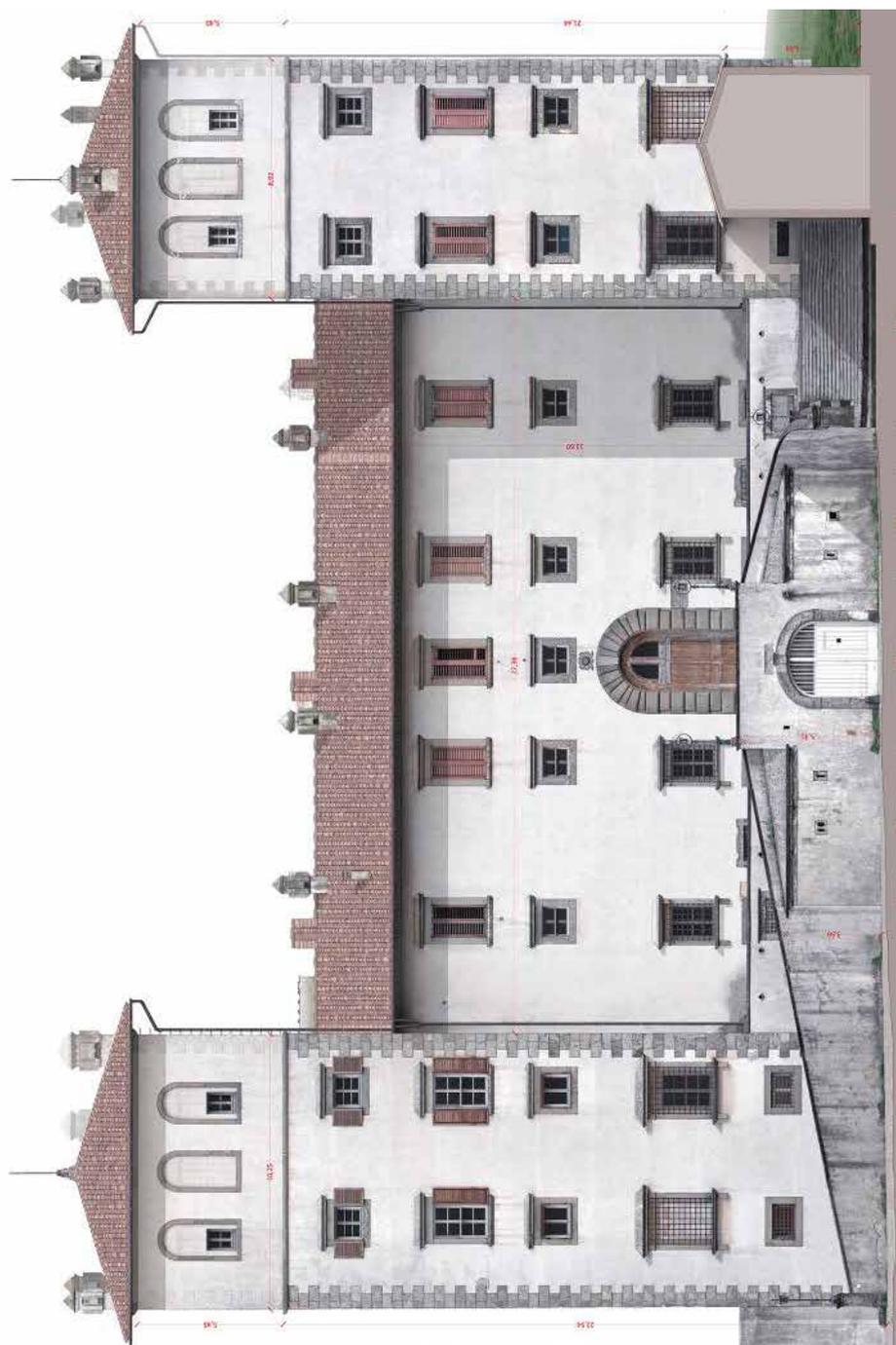


Figura 27a - Prospetto Nord, stato di fatto

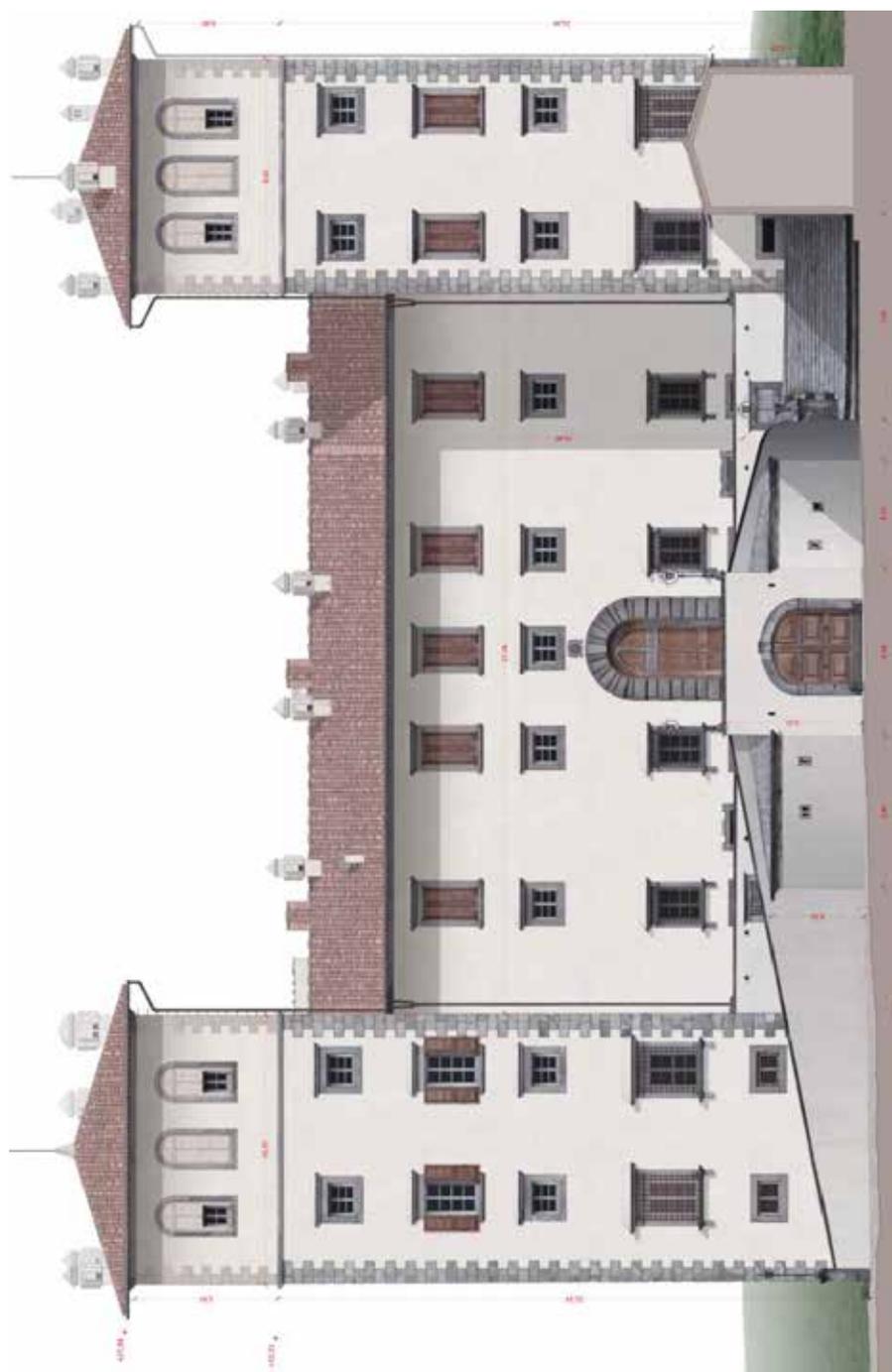


Figura 26b - Prospetto Nord, restaurato



Figura 28a - Prospetto Est, stato di fatto



Figura 28b - Prospetto Est, restaurato



Figura 29a - Prospetto Sud, stato di fatto

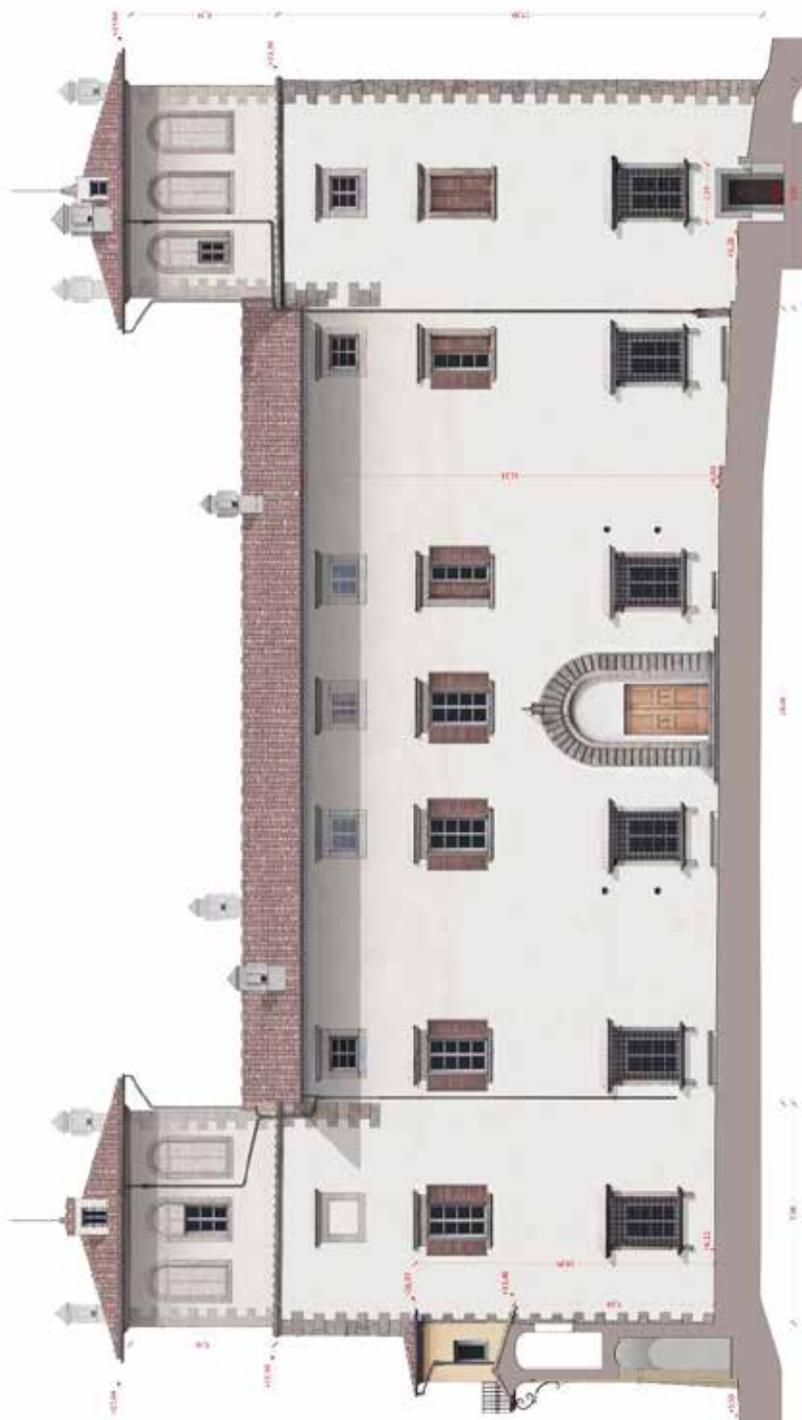


Figura 29b - Prospetto Sud, restaurato





Figura 30b - Prospetto interno Sud, restaurato



Figura 3 1a - Prospetto interno Ovest, stato di fatto



Figura 3 1b - Prospetto interno Ovest, restaurato







Figura 33a - Prospetto interno Est, stato di fatto



Figura 33b - Prospetto interno Est, restaurato

stagliano dal parallelepipedo di base. Ciò comporta un danno inaccettabile al valore artistico del monumento e, provocando anche la probabile distruzione delle parti del corpo di fabbrica immediatamente prossime, è da ritenersi motivo di non verifica della struttura soggetta all'azione sismica di progetto. A livello di interventi appare prioritario ripristinare una coesione della muratura il cui disgregamento è dovuto all'incapacità della malta di legare tra loro gli inerti trovandosi degradata da protratti periodi di infiltrazioni piovane subite a causa della mancata manutenzione delle coperture e il loro essere soggette, come testimoniano le fonti storiche, a periodiche forti raffiche di vento incanalato lungo la vallata dell'Arno e della Pesa. Questa condizione muraria sancisce l'inefficacia di interventi quali cerchiature o incatenamenti che richiedono una certa monoliticità delle pareti coinvolte. Appare quindi prioritario ristabilire una coesione della muratura che può essere ottenuta tramite iniezioni di malta appositamente studiate.

Vista l'importanza del monumento l'approccio di un eventuale futuro restauro dovrebbe essere di tipo filologico, teso alla conservazione del costruito e all'individuazione di nuove funzioni compatibili che valorizzino gli spazi di maggior pregio. A tal proposito il progetto di rifunzionalizzazione del bene si dovrebbe porre l'obiettivo di individuare la migliore combinazione di funzioni tra modernizzazione e tradizione, valutando l'impatto del progetto nello sviluppo urbano e analizzandone la fattibilità nel contesto architettonico, sociale ed economico. Qualsiasi eventuale intervento di recupero non potrebbe inoltre prescindere da una valutazione preliminare della rilevanza architettonica e dello stato manutentivo di ogni singolo fabbricato del complesso architettonico (fig.35 e fig.36).

Questa delicata operazione valutativa è ancor più impegnativa se svolta per un complesso come quello dell'Ambrogiana, caratterizzato da una massiccia stratificazione architettonica relativa ad un ampio arco temporale che va dal XVI secolo a oggi. Il valore storico-artistico di edifici come la villa turrita voluta da Ferdinando I de' Medici o il corridoio coperto che permetteva al granduca Cosimo III di raggiungere la vicina chiesa di San Pietro d'Alcantara è assoluto e inconfutabile ma è necessario considerare che anche gli altri edifici realizzati, prima a servizio della villa in epoca lorenesa e poi per adattare la struttura a carcere e a manicomio nel XIX secolo, hanno una loro dignità architettonica da preservare e valorizzare. Tutti gli edifici, anche se caratterizzati da una minore rilevanza artistica, sono monumenti in quanto posseggono la dignità di testimonianze storiche del passato. È possibile dunque definire un edificio come privo di valore architettonico solo nel caso eserciti un'azione degradante nei confronti dei monumenti o del contesto dei monumenti.

Ma l'articolazione del complesso dell'Ambrogiana non è data solo da edifici ma anche dagli spazi aperti e la riqualificazione deve necessariamente passare dalla considerazione del rapporto tra questi due elementi e il rapporto tra essi, l'ambiente e il territorio circostante (fig.37). Gli obiettivi della riqualificazione ambientale devono essere quelli di mantenere e ripristinare il dialogo tra i vari elementi che costituiscono il giardino storico e l'intero complesso architettonico con interventi essenziali, riconoscibili e reversibili.

Il giardino e gli altri spazi aperti dovrebbero essere riqualificati in modo tale da contri-

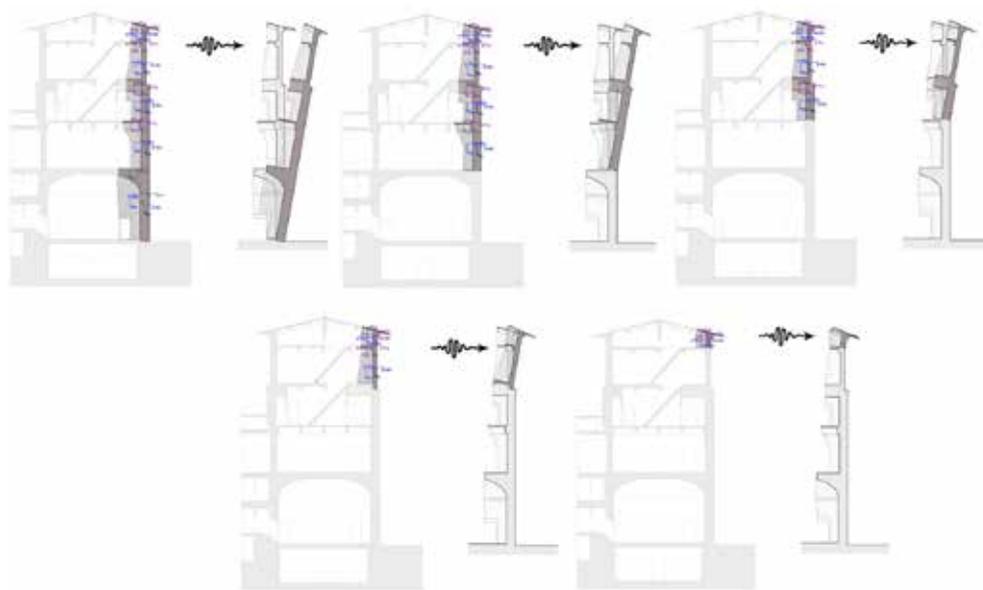


Figura 34 - Possibile meccanismo di ribaltamento della torre Sud-Ovest



Figura 35 - Rilevanza architettonica dei fabbricati del complesso



Figura 36 - Stato di conservazione dei fabbricati del complesso

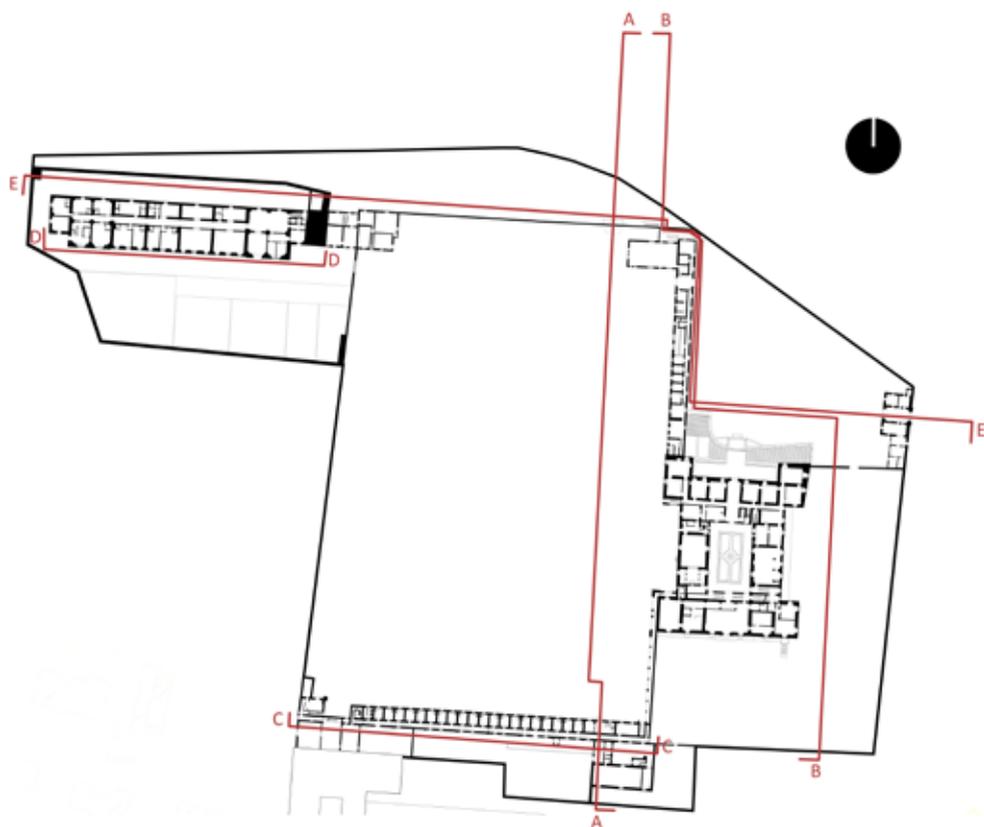


Figura 37a - Mappa di riferimento delle sezioni ambientali delle pagine seguenti



Figura 37b - Sezione ambientale AA

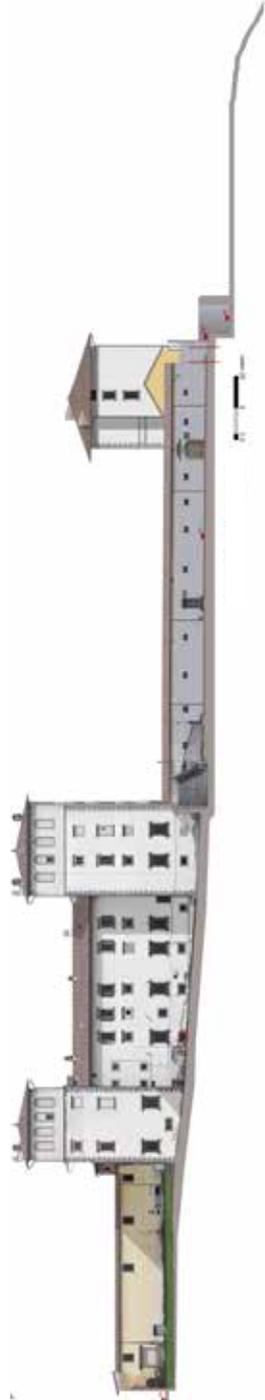


Figura 37c - Sezione ambientale BB



Figura 37e - Sezione ambientale DD



Figura 37d - Sezione ambientale CC

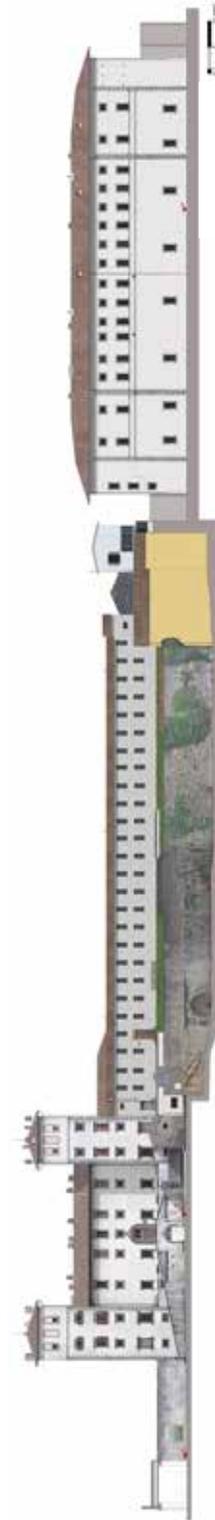


Figura 37f - Sezione ambientale EE

buire a ridisegnare l'intero assetto del complesso. Per riaprirli verso l'esterno, ripristinando così il rapporto sia fisico che percettivo con il territorio, è possibile prevedere quanto meno l'abbassamento e in parte l'abbattimento delle mura che cingono l'attuale zona militare del carcere.

Dislocate in punti specifici sparsi per il parco dovrebbero essere individuate delle zone dove installare i servizi ad esso collegati ed inoltre gli accessi e i percorsi dovrebbero essere progettati in modo da poter essere fruiti sia da utenti ordinari che da portatori di handicap, sia di giorno che di notte. La riqualificazione del giardino storico della villa (fig.38) dovrebbe passare attraverso un'analisi climatica e ambientale specifica al fine di individuare quali siano le essenze più idonee da usare per ridisegnarlo, anche solo nelle sue linee essenziali, laddove sorgeva in passato il giardino all'italiana rappresentato da Utens in modo però da esaltare sia alcuni elementi di pregio ma realizzati di epoche diverse come le fontane – di probabile epoca lorenese – sia capolavori troppo a lungo trascurati come il grottesco artificiale presente già al tempo dei Medici, anch'esso da restaurare e rendere visitabile (fig.39).



Figura 38 - Ipotesi di riqualificazione ambientale

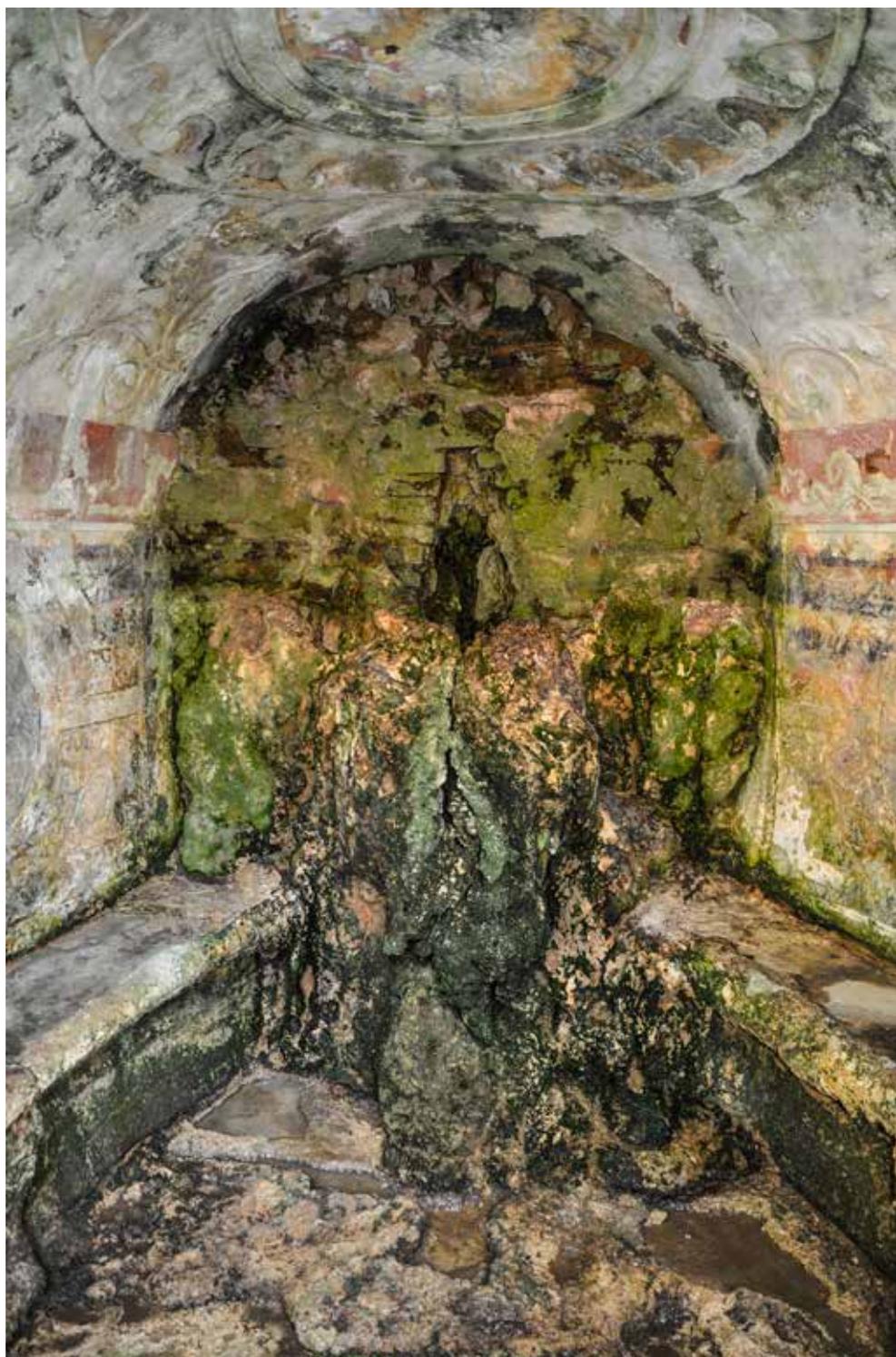


Figura 39 - Vista dell'interno della nicchia



# La sfida dell'Ambrogiana: una nuova magnificenza civile?

Corrado Marcetti

È accaduto un fatto di grande rilevanza a Montelupo Fiorentino: la dismissione della Villa Ambrogiana dall'uso manicomiale in seguito alla chiusura dell'Ospedale psichiatrico giudiziario dopo circa 130 anni<sup>1</sup>. Nell'opportunità di recupero del complesso architettonico molti leggono l'apertura di possibilità a lungo compresse per la comunità. E non solo per l'auspicata inclusione della Villa Ambrogiana nel patrimonio Unesco, già ottenuto da altre dodici Ville medicee<sup>2</sup>, ma perché l'architettura ritrovata può essere considerata un patrimonio strategico per il territorio, in grado di innescare lo sviluppo di processi positivi ampi per la società. Tra i soggetti che da più lungo tempo hanno sostenuto questa opportunità va sicuramente annoverata la Fondazione Michelucci. Guidata dall'architetto Giovanni Michelucci, la Fondazione nel lontano 1988 aprì il confronto pubblico sul destino dell'Ambrogiana, prospettando come gli spazi di questa straordinaria architettura, una volta resi fruibili, avrebbero potuto incarnare il senso più bello dell'appropriazione pubblica di un luogo. A quel tempo apparve come un fatto atipico che un grande architetto si occupasse col suo gruppo di lavoro<sup>3</sup> dell'Ospedale psichiatrico giudiziario, ne prospettasse il superamento e proponesse di reperire per gli internati ipotesi residenziali alternative all'internamento detentivo.

La proposta di realizzare strutture residenziali alternative all'Opg e riconvertire il complesso dell'Ambrogiana ad usi culturali e civili, fu ascritta allora al carattere anticonformista, radicale e utopista dell'architetto Michelucci. La proposta meritava piuttosto di essere valutata nei suoi contenuti anticipatori che, sollevando la coltre della grande rimozione sull'Ospedale psichiatrico giudiziario, aprivano la società sia ad un diverso rapporto con la follia sia al recupero del patrimonio architettonico, maldestramente destinato un secolo prima al suo contenimento. Con la sua Fondazione, Michelucci stava promuovendo nella seconda metà degli anni '80 un progetto culturale che aveva

1) Il manicomio criminale di Montelupo era stato inaugurato il 12 giugno 1886.

2) L'inserimento nella Lista del Patrimonio Mondiale dell'UNESCO di dodici Ville e due Giardini medicei in Toscana è stato approvato nel corso del 37° Committee World Heritage Unesco, svoltosi dal 16 al 27 giugno 2013 a Phnom Penh. L'Ambrogiana non fu inclusa nella Lista a causa dei vincoli derivanti dalla sua destinazione a Ospedale psichiatrico giudiziario.

3) Il gruppo di lavoro coordinato da Giovanni Michelucci era composto da Andrea Aleardi, Guido De Masi, Luca Emanuelli, Corrado Marcetti, Nicola Solimano.



MONTELUPO FIORENTINO - Una veduta del fiume Arno e manicomio dell'Ambrogiana

Cartolina. Veduta del fiume Arno e manicomio dell'Ambrogiana - Collezione Paolo Scardigli

per titolo *I Confini della Città* e in tale ambito si occupava dei capisaldi segregativi della società, dalle carceri all'Ospedale psichiatrico giudiziario. Attraverso la lettura critica di questi elementi di 'anti-città' intendeva in realtà aprire una riflessione sulla direzione e sul senso della stessa città contemporanea. Nei luoghi di confinamento degli esclusi proponeva l'inserimento di nuclei di urbanità in grado di eroderne la condizione di extra-territorialità, attraverso la costituzione di una relazione nuova col tessuto civile circostante<sup>4</sup>. Lo studio condotto dalla Fondazione Michelucci tra il 1987 e il 1988 va opportunamente considerato nel contesto di quegli anni, in cui, da un lato l'abolizione dell'Opg appariva una meta ancora lontana, dall'altro si era inabissata l'ipotesi di una delocalizzazione della funzione manicomiale<sup>5</sup> in altra parte del territorio comunale di Montelupo. Infatti il dibattito sulla dismissione della Villa Ambrogiana dalla sua funzione manicomiale, avviato nei primi anni Sessanta<sup>6</sup> e rilanciato dieci anni dopo dal Comune di Montelupo, fino all'individuazione dell'area su cui edificare la nuova struttura, era poi rimasto in gran parte sottotraccia, salvo periodici affioramenti sulla stampa. Ciononostante, nella seconda metà degli anni '80, qualcosa era positivamente cambiato, sia fuori che all'interno dell'Opg. Michelucci e la Fondazione ebbero nell'assessore regionale Bruno Benigni<sup>7</sup> un interlocutore di eccezionale qualità rispetto all'azione

4) Nel carcere di Sollicciano la proposta progettuale fu quella del *Giardino degli Incontri*.

5) Il P.R.G. del Comune di Montelupo del 1974 aveva individuato l'area del nuovo manicomio giudiziario in località Sammontana.

6) Il primo impegno politico per la dismissione della Villa Ambrogiana dal suo uso come Manicomio Giudiziario era stato preso nel 1972-73 dall'allora Ministro Di Grazia e Giustizia Guido Gonella.

7) Bruno Benigni fu dal 1983 al 1990 assessore regionale alle attività sanitarie territoriali, alla prevenzione,



Cartolina. Veduta del manicomio criminale dell'Ambrogiana - Collezione Paolo Scardigli

progettuale da condurre nelle Istituzioni totali come il carcere e il manicomio. Nel suo ruolo istituzionale Benigni seguì attentamente la ricerca della Fondazione sull'Opg di Montelupo e impegnò gli uffici per l'individuazione, al fine di decongestionare l'Istituto, di due strutture alternative, destinabili, rispettivamente, a sicurezza attenuata e all'accoglienza di internati dimettibili, privi di altre possibilità residenziali.

All'interno dell'Opg, la possibilità per Michelucci e i suoi collaboratori di visitare il complesso, permise di conoscere quel paesaggio reso desolato dalla lunga destinazione manicomiale, di discutere con la Direzione e gli operatori e rendersi conto delle condizioni degli internati in edifici detentivi del tutto inappropriati – e non solo per le evidenti carenze strutturali e igienico-sanitarie.

La cognizione diretta della realtà manicomiale racchiusa nel complesso della Villa medicea fu determinante nell'elaborazione della proposta della Fondazione. Questa fu resa pubblica col titolo "Né carcere né manicomio, una villa per la città", all'interno di un ampio *Dossier sull'Ospedale psichiatrico giudiziario*<sup>8</sup>. La proposta indicava una progressione di interventi di ricucitura tra città e complesso dell'Ambrogiana con la realizzazione di un parco esterno alle mura che dialogasse col giardino interno e l'insediamento graduale di attività civili e culturali nella Villa. La volontà era quella di dare la massima evidenza fisica a questi passaggi. La demolizione del tratto di mura che solo dagli inizi del '900 recingeva la Villa avrebbe costituito un atto concreto nel recupero delle relazioni del complesso storico con la città e il fiume. Tanto più che quella cortina muraria non

---

alla salute mentale, alle dipendenze e alle politiche sociali e sociosanitarie. È stato tra i protagonisti della battaglia culturale per la chiusura dell'Opg.

8) La proposta della Fondazione, contenuta nel dossier "*La presenza del rimosso*", *la villa Ambrogiana a Montelupo Fiorentino*, fu pubblicata su "La Nuova Città", n.4/5, pp. 67-79, Giunti, Firenze, 1988.

aveva alcuna finalità relativa alla sicurezza, ma rappresentava un elemento ridondante di separazione del complesso dell'Ambrogiana dal contesto urbano e paesaggistico. Le proposte di recupero dell'area a giardino, con la collaborazione di gruppi di internati e realtà associative esterne, del rapporto col fiume, del restauro del grottino indicavano ulteriori tappe di un ritrovato dialogo con la storia e con l'identità peculiare del complesso. Il riuso pubblico del Salone al piano nobile sarebbe stato un concreto atto preparatorio del futuro riuso civile della Villa.

La proposta della Fondazione, col suo carattere sperimentale ed evolutivo, se accolta, avrebbe consentito di anticipare notevolmente i tempi anche rispetto alla presa di coscienza pubblica della condizione di degrado del patrimonio architettonico, e alla sollecitazione dei necessari interventi di restauro. Poteva essere l'avvio di un grande progetto culturale che interessava tutti gli ambiti coinvolti, dalla riabilitazione delle persone alla riabilitazione del luogo, senza lasciare fuori nessuno dei soggetti interessati. Si è invece dovuto attendere per quasi trent'anni l'esito della lunga battaglia culturale per la soppressione dell'Opg. Anche su questo fronte la Fondazione Michelucci ha dato il suo contributo, in particolare attraverso l'azione del presidente Alessandro Margara<sup>9</sup>. L'ultimo tratto del tormentato iter che ha condotto alla legge di chiusura dell'Opg è stato innestato dalla "Relazione sulle condizioni di vita e di cura all'interno degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari" della Commissione del Senato sul funzionamento del Servizio Sanitario Nazionale<sup>10</sup>. Il rapporto sul sopralluogo effettuato in data 22 luglio 2010 presso l'Ospedale psichiatrico giudiziario di Montelupo Fiorentino<sup>11</sup> registrò una situazione strutturalmente e igienicamente grave in diverse parti, rilevò la condizione di sovraffollamento e lo stato dei lavori di ristrutturazione in corso nelle sezioni detentive<sup>12</sup>. In seguito alle risultanze del sopralluogo effettuato, fu disposto il sequestro della seconda sezione (Ambrogiana) e dei locali al piano terra della III sezione, costituenti il reparto Pesa<sup>13</sup>. Dopo il completamento degli interventi di adeguamento e ristrutturazione<sup>14</sup>, i locali, nel marzo 2014, furono restituiti alla disponibilità dell'Amministrazione penitenziaria. La ristrutturazione delle celle della sezione Ambrogiana, attraverso un

9) Alessandro Margara fu tra i promotori della Proposta di Legge di Riforma dell'Opg presentata dalle Regioni Emilia Romagna e Toscana. Sul suo contributo al superamento dell'Opg si veda F. Corleone (a cura di), *Alessandro Margara. La Giustizia e il senso di umanità. Antologia di scritti su carcere, Opg, droghe e magistratura di sorveglianza*, Fondazione Michelucci Press, Fiesole, 2015.

10) La Commissione del Senato sul funzionamento del Servizio Sanitario Nazionale, istituita il 30 luglio 2008 e presieduta da Ignazio Marino, denunciò una situazione intollerabile e propose interventi radicali con la Legge n. 9 del 17 febbraio 2012; successivamente, con alcune proroghe, si è giunti alla Legge n. 81 del 30 maggio 2014, che ha sancito la fine di un iter laborioso: il 31 marzo 2015 gli Opg avrebbero dovuto cessare la loro attività.

11) Senato della Repubblica, Atti Parlamentari, XVI Legislatura, Disegni di legge e relazioni, Documenti: Doc. XXII-bis n. 4, pp. 16-17.

12) Dopo il loro ripristino, l'intervento del Garante regionale delle persone sottoposte a misure restrittive della libertà personale, Franco Corleone, favorì il provvedimento di dissequestro dell'edificio della terza sezione.

13) Il sequestro fu operato dai Nas nel dicembre del 2012.

14) Il costo complessivo è stato indicato da fonti ministeriali in circa 7,5 milioni di euro.

finanziamento di 900 mila euro, venne per fortuna congelato, in attesa di maggiore chiarezza sulla destinazione futura di questo corpo storico del complesso. L'azione di Franco Corleone, nominato, in seguito all'inadempienza di alcune Regioni, Commissario unico del Governo per la definitiva chiusura degli Opg e il completamento delle Rems (Residenze per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza) nelle Regioni inadempienti, determinò infine le condizioni per la soppressione dell'Istituto di Montelupo. Nel dibattito culturale sulla chiusura dell'Opg ebbero un ruolo efficace seminari e convegni che la Fondazione Michelucci e il Garante della Regione Toscana promossero col Centro Franco Basaglia e altre associazioni<sup>15</sup>. In questi incontri ampio spazio fu sempre dedicato al presente e al futuro della Villa. La pubblicazione del volume *L'abolizione del manicomio criminale tra utopia e realtà* nel 2015 raccolse una serie rilevante di saggi che da diverse angolazioni valutarono il processo di superamento in atto dell'Opg<sup>16</sup>. Nel novembre 2016 viene firmato il Protocollo d'Intesa tra il Demanio, il Ministero della Giustizia, la Regione Toscana e il Comune di Montelupo, il 30 giugno 2017 l'O.P.G. è finalmente dismesso.

La dismissione ha evidenziato agli occhi di tutti ciò che era ben noto agli addetti ai lavori e cioè il cattivo stato conservativo della Villa derivante dalla condizione di prolungata incuria, dai mancati interventi<sup>17</sup> e da quelli fortemente rimarcanti l'uso carcerario-manicomiale. Ad eccezione della ristrutturazione dell'edificio detentivo della terza sezione, che è stata consistente, gli altri interventi si sono limitati a sporadiche azioni di manutenzione e circoscritti interventi di restauro. Se si pensa al tempo trascorso dalla proposta fatta da Michelucci e collaboratori nel 1988 non ci si può non rammaricare di come essa sia stata lasciata cadere nel vuoto.

Con la liberazione della Villa Ambrogiana dalla sua precedente funzione<sup>18</sup> e, quindi, con l'apertura di un quadro completamente nuovo rispetto a quello in cui era maturata la proposta della Fondazione Michelucci, nessuna prospettiva sarebbe stata più virtuosa di quella che poteva emergere sia da un percorso istruttorio, approfondito delle diverse questioni, che avrebbe potuto giovare dei lavori di ricerca condotti da quanti si sono occupati a vario titolo, e da vari punti vista, della Villa Ambrogiana e del territorio circostante; sia da un processo di partecipazione, il più ampio e coinvolgente possibile rispetto al territorio. Questo percorso avrebbe potuto indicare la prospettiva da se-

15) Tra gli ultimi convegni: "Le persone e gli spazi. Un impegno collettivo per la chiusura dell'Opg di Montelupo Fiorentino", Auditorium del Consiglio Regionale, 19 aprile 2013; "La chiusura dell'Opg di Montelupo Fiorentino. Per il superamento della logica manicomiale, per il recupero della Villa Ambrogiana", Firenze, Palazzo Strozzi Sacinati, 5 giugno 2014; "Opg addio, per sempre", Firenze, Palazzo Bastogi, 4 marzo 2015; "La chiusura dell'Opg alla prova dei cento giorni", Firenze, Palazzo Bastogi, 14 luglio 2015.

16) Nel mio contributo al volume *L'abolizione del manicomio criminale tra utopia e realtà* (Firenze 2015, Fondazione Michelucci Press), *La doppia anima dell'Ambrogiana: polarità culturali del suo recupero, sono sviluppati alcuni aspetti, a mio avviso, imprescindibili del percorso di recupero del complesso.*

17) L'intervento che era stato programmato su una delle torri, interessata da crepe e fessurazioni fu bloccato nel 2015, smobilitando i ponteggi inutilmente allestiti.

18) Con la dismissione il complesso è passato di competenza dal Ministero della Giustizia al Demanio dello Stato.

guire, l'interesse collettivo da porre al centro dell'azione di recupero del complesso, il ventaglio di possibilità da considerare. L'interesse che tanti cittadini hanno voluto esprimere verso l'Ambrogiana con la partecipazione alla manifestazione "la Città entra in Villa"<sup>19</sup>, testimonia della percezione del complesso come bene comune, come patrimonio culturale materiale e immateriale della collettività. Temi su cui l'associazione Cities Cafés ha attivato un Laboratorio partecipato sul futuro della Villa medicea dell'Ambrogiana che ha prodotto una relazione finale dei sei appuntamenti organizzati in cui sono evidenziate le proposte condivise <sup>20</sup>.

Le Istituzioni interessate hanno preferito ignorare il passaggio fondamentale della partecipazione, per il quale era possibile richiedere i finanziamenti previsti dall'apposita Legge Regionale. Hanno scelto di attivare un altro percorso, avviato sulla base del Protocollo d'intesa firmato nel novembre del 2016: la formazione di un Gruppo interistituzionale che elabora un Documento preliminare con le linee d'indirizzo per la valorizzazione dell'Ambrogiana; l'attivazione da parte dell'Agenzia del Demanio della procedura per l'affidamento dello studio di fattibilità <sup>21</sup>; l'elaborazione tecnica del gruppo di professionisti selezionato che opera con riferimento al Documento preliminare<sup>22</sup>; la valutazione da parte del gruppo interistituzionale degli esiti tecnico finanziari forniti dai professionisti; infine, sulla base di un Accordo di programma tra gli Enti, l'avvio da parte del Comune della variante urbanistica. Questo, più o meno, il circuito intrapreso con la procedura adottata. Il Piano di fattibilità è stato consegnato dal gruppo che si è aggiudicato il servizio (RTI Società Cooperativa Culture e P&M Palterer Medardi Architetture srl) nell'agosto 2018 ma, a fine ottobre, non si conoscono che in forma troppo sommaria i suoi contenuti. Indubbiamente la presentazione pubblica del Piano di fattibilità potrà fornire tutti i necessari chiarimenti per comprendere e valutare con maggiore cognizione come si intenda corrispondere alla rilevanza delle problematiche affrontate e alle attese dei cittadini; quale scenario sia prospettato rispetto alla complessità dei valori storici, architettonici, culturali, sociali che il complesso dell'Ambrogiana rappresenta; con quali mezzi, modi e tempi si preveda di restituire vita al complesso; rispetto a quali aspetti e parti del complesso ci si rivolga al mercato per la ricerca di una convergenza di capitali interessati alla valorizzazione del "bene" Ambrogiana e se

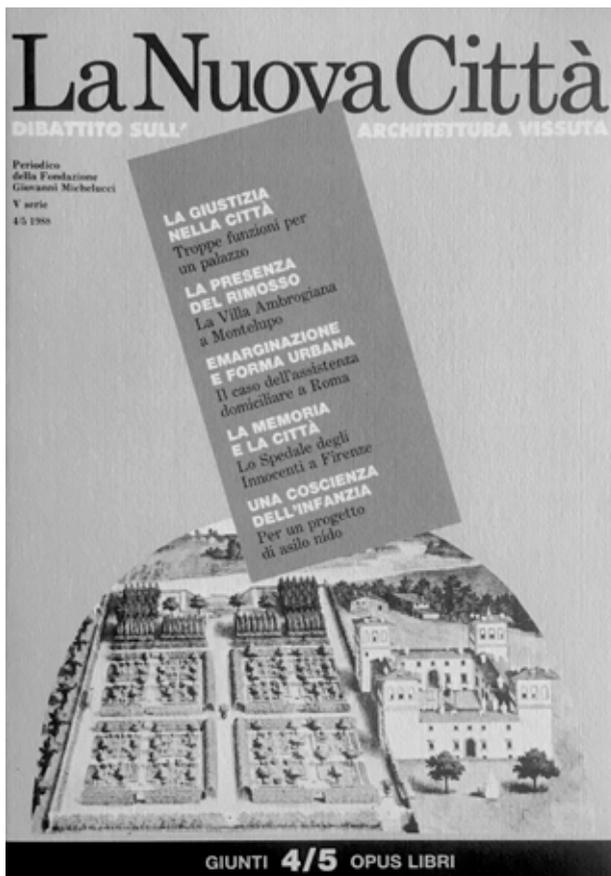
---

19) La manifestazione "La città entra in villa" si è tenuta nel Parco dell'Ambrogiana il 9 settembre 2017.

20) "Il destino della Villa Medicea dell'Ambrogiana dopo la chiusura dell'Opq" Laboratorio partecipato, Relazione finale, Montelupo Fiorentino, 4 novembre 2016.

21) L'Awiso è stato presentato pubblicamente il 9 settembre 2017 con una conferenza stampa. Tra i compiti dello studio di fattibilità quello di consentire di individuare nel programma di valorizzazione un'articolazione per stralci funzionali: «dovranno quindi essere indicati i diversi gradi di trasformabilità in relazione alle funzioni proposte e possibile frazionamento del compendio in parti prevalentemente autonome». In definitiva allo studio di fattibilità è richiesto di «fornire un supporto ai soggetti coinvolti per la definizione delle future e possibili scelte relative alle migliori strategie attuative di trasformazione del bene, al fine del recupero, valorizzazione ed incremento del valore di mercato dello stesso».

22) I contenuti del Documento preliminare con le linee d'indirizzo sono riassunti nel contributo fornito dall'Amministrazione Comunale di Montelupo, pubblicato in questo volume.



Copertina della rivista La Nuova Città n.4/5, serie V, 1988

ciò preveda o meno la sottrazione di beni all'uso pubblico<sup>23</sup>.

Nel contributo di Saverio Migliori è contenuto un primo commento rispetto agli elementi del Piano di fattibilità che le Amministrazioni interessate hanno inteso al momento rendere pubblici. È mia convinzione che la partita sul destino futuro dell'Ambrogiana sia appena ai suoi inizi, tanto più nella difficoltà dei tempi presenti, ed è importante ribadire che è bene che il processo partecipativo entri in gioco. E ancora di più che la rigenerazione dell'Ambrogiana divenga un caso esemplare di coinvolgimento della collettività, di interazione di idee e saperi, affinché sia un elemento importante della nuova città, usando un termine caro a Michelucci. Fosse pure possibile ottene-

23) La Villa Ambrogiana ha sempre avuto una vita separata dal contesto sociale circostante. Nel periodo in cui era adibita a residenza granducale era concesso talvolta ai "paesani" di fare dei rinfreschi sotto un albero chiamato "Albero di Pacienza" e, due volte l'anno, di attraversare il selvatico con le processioni. In tempi molto recenti l'Ospedale psichiatrico giudiziario ha attivato, come altre istituzioni carcerarie, un processo di limitata apertura, consentendo episodicamente l'utilizzo convegnistico del grande Salone degli Affreschi, affrescato nel 1792 da Niccolò Contestabile, e la partecipazione pubblica a rappresentazioni ed esposizioni organizzate nell'ambito delle attività culturali degli internati.



Museo della memoria carceraria all'interno della Castiglia di Saluzzo - foto: Giorgio Olivero

re una convergenza di risorse private su una destinazione di riuso istituzionalmente concertata, ciò avrebbe assai meno valore senza un processo partecipativo in cui la comunità abbia la possibilità di interrogarsi sul rapporto tra la storia del luogo e il suo futuro cambiamento, sulla qualità del processo di riuso che si intende intraprendere. Dar vita a un percorso in cui i cittadini siano chiamati a una valutazione delle attività che potranno essere ospitate nel complesso dell'Ambrogiana e delle risorse pubbliche e private che potranno esservi impegnate, non è in definitiva la prima risorsa su cui contare? Quella che può garantire al meglio l'interesse pubblico e collettivo? Quella che può interrogarsi su quali attività espositive, museali, congressuali e convegnistiche, culturali, universitarie, formative, di coworking, ricettive, ricreative, potranno essere ospitate nel complesso? E dove, cioè, quali nella villa, quali negli edifici annessi, negli ex edifici detentivi, nel giardino? Sicuramente quando sarà possibile conoscere con tutta la necessaria ampiezza lo studio di fattibilità e le considerazioni degli Enti interessati, sarebbe un fatto importante ascoltare, prima di avviare la procedura di variante urbanistica, cosa ne pensano i cittadini. In questa prospettiva, e in ogni caso per mantenere aperto il confronto, è stato concepito questo contributo, che affronta alcuni dei temi che pone la discussione sul riuso del complesso.

## Progetti con la memoria

Qualsiasi progetto sul complesso della Villa Ambrogiana dovrà fare i conti con la sua lunga storia, ricca di nessi e di memorie. Ha senso immaginare un doppio processo di lettura: luogo di agio e svago della vita di corte, di sosta degli ospiti dei granduchi



Museo della memoria carceraria all'interno della Castiglia di Saluzzo - Foto: Giorgio Olivero

diretti da Livorno a Firenze<sup>24</sup> e luogo di detenzione del disagio psichiatrico di folli rei e detenuti folli.

Riservare, nel riuso del complesso, spazi altamente qualificati per il racconto di questa doppia anima dell'Ambrogiana non costituirebbe semplicemente un tributo alla memoria, ma aiuterebbe la configurazione di un suo ruolo di pregio sul piano culturale. Le caratteristiche della Villa invitano alla realizzazione al suo interno di un sistema di spazi culturali, associativi e museali integrati, in cui la storia granducale e quella dell'istituzione totale possano trovare il loro giusto rilievo insieme agli altri utilizzi che meritano di essere presi in considerazione.

Alcune esperienze realizzate in Italia possono essere un utile riferimento in chiave di museografia aperta, con forti legami nel territorio della città metropolitana, e con una dimensione partecipativa e laboratoriale, produttrice di nuovi strumenti di conoscenza. La prima esperienza di riferimento è quella del recupero della Castiglia di Saluzzo<sup>25</sup> che come l'Ambrogiana a Montelupo, fu dimora signorile sul modello delle altre corti italiane, conobbe decadenza e degrado e, a conclusione della parabola discendente, fu ridotta a prigione. In seguito alla dismissione di questa funzione per il trasferimento dei detenuti nel nuovo carcere della città, conobbe un periodo di abbandono, finché dal 2006 il complesso divenne oggetto di un lungo e attento restauro, per essere conse-

24) Tra i tanti, il principe libanese Fakhr ad-Din II, considerato tra i fondatori del Libano moderno, in esilio forzato dal proprio regno e ospite nel 1613 di Cosimo II dei Medici.

25) Antica dimora del Marchesato di Saluzzo, costruita tra il 1270 e il 1286 dal Marchese Tommaso I alla sommità del borgo medioevale della città, divenuta istituzione penitenziaria nel 1828, dismessa nel 1992.

gnato alla fruizione pubblica<sup>26</sup>. I suoi ampi locali ospitano oggi l'Archivio Storico del Comune, spazi museali, collezioni artistiche ed esposizioni di arte contemporanea<sup>27</sup>, eventi di promozione culturale e turistica. Al suo interno sono stati inaugurati, il 22 febbraio 2014, il *Museo della civiltà cavalleresca* e il *Museo della memoria carceraria*<sup>28</sup>. Il recupero della Castiglia è stato interessante anche sotto l'aspetto economico, visto che l'operazione è costata, secondo i dati ufficiali, un milione e settecentocinquantamila euro (468 euro al metro quadro), di cui un milione proveniente dai fondi europei e 750.000 dalle casse comunali, «43 euro per ogni saluzzese», secondo le parole del sindaco della città. La seconda esperienza di riferimento è quella del *Museo Laboratorio della mente* realizzato nel padiglione 6 dell'ex ospedale psichiatrico Santa Maria della Pietà, nel quartiere di Monte Mario a Roma. Avviato nel 2000, ma assunto a fama internazionale<sup>29</sup> dopo l'allestimento curato da Studio Azzurro<sup>30</sup> nel 2008, il museo ripercorre in maniera originale la storia del complesso manicomiale dalle origini fino ai movimenti di riforma radicale originati dal pensiero e dall'azione di Franco Basaglia e alla definitiva chiusura del complesso nel 1999. Il costante afflusso di visitatori testimonia dell'interesse riscosso. Sia l'esperienza di Saluzzo che quella di Roma costituiscono casi di museografia aperta, di integrazione di linguaggi didattici e artistici, che hanno reso attrattiva la scelta di salvaguardare la memoria delle vicende vissute nei recinti contenitivi. In entrambi i casi il riuso è stato operato in un quadro di sostenibilità, un criterio importante da adottare nel recupero dell'Ambrogiana, attraverso la ricerca di un progetto comune tra istituzioni e cittadini sul nodo partecipazione-memoria-innovazione-sviluppo sostenibile-

- 26) L'esperienza di recupero è conosciuta per via diretta da chi scrive in seguito alla collaborazione avuta dalla Fondazione Michelucci, prima con l'architetto Dezzi Bardeschi, nel percorso progettuale di restauro e riqualificazione della Castiglia, e successivamente con il professor Claudio Sarzotti, curatore del Museo della memoria carceraria inaugurato il 22 febbraio 2014, nell'ideazione della sezione dedicata all'"Architettura della pena". Il progetto delle installazioni è stato redatto dagli architetti Ugo Mauro e Federica Maffioli.
- 27) Alla Castiglia sono presenti opere di arte contemporanea appartenenti alla Collezione privata Garuzzo per le Arti Visive - IGAV (Torino), che offrono, con opere sempre diverse, uno spaccato rappresentativo della scena artistica contemporanea.
- 28) Il Museo della Civiltà Cavalleresca, collocato al terzo piano della parte ottocentesca, presenta i tratti salienti dell'identità culturale espressa dal Marchesato e dai ceti dirigenti ad esso collegati fra XII e XV secolo. Il Museo si articola in undici sale, ognuna delle quali illumina un aspetto o un momento significativo della società cavalleresca e cortese del Marchesato. Il Museo della memoria carceraria (cura scientifica di Claudio Sarzotti), realizzato anch'esso con un impianto d'allestimento multimediale, nelle sezioni detentive semi-interrate, a suo tempo utilizzate come celle di disciplina e di isolamento, non ha opere d'arte, ma oggetti e manufatti «poveri», documenti d'archivio e narrazioni che raccontano la storia di un'istituzione. Nell'ambito delle attività della Fondazione ho collaborato alla parte relativa all'Architettura della pena.
- 29) Il Museo Laboratorio della mente ha ricevuto il Premio Icom Italia nel 2010 quale "Museo dell'anno per l'innovazione e l'attrattiva nei rapporti con il pubblico".
- 30) Studio Azzurro è un gruppo di artisti della comunicazione che usa tra l'altro tecnologie e sistemi informatici innovativi. Al Museo Laboratorio della mente ha realizzato un lungo muro trasparente su cui si riflettono tutte le vicende e che, dividendo a metà l'intero piano in cui è collocato, obbliga i visitatori a un continuo passaggio, fisico e percettivo, tra il dentro e il fuori del mondo del disagio mentale. Studio Azzurro ha anche lavorato con i suoi allestimenti all'ex-ospedale psichiatrico di Trieste.

fruizione qualificata. Come è noto, la Villa Ambrogiana non è stata inserita a suo tempo tra le Ville Medicee comprese fra i beni Unesco perché non fruibile a causa della sua difficile accessibilità (era ancora Opg) e delle condizioni strutturali. La restituzione alla sua magnificenza civile dopo la lunga riduzione a istituzione totale, potrebbe favorire quell'inclusione nei beni Unesco che è stata precedentemente scoraggiata dal suo stato, oltre che dalla sua inaccessibilità. Una carta in più, oltre alla fondamentale azione di salvaguardia del patrimonio architettonico, potrebbe essere quella della promozione del Patrimonio Culturale Immateriale, di cui pure tratta la Convenzione Unesco per la salvaguardia dei patrimoni d'interesse dell'umanità.

Uno dei primi impegni dovrebbe essere perciò la ricomposizione del patrimonio conoscitivo del complesso documentale esistente, sia sul versante della storia dell'Ambrogiana come residenza di corte, che su quello del suo utilizzo prima detentivo, poi manicomiale. Oltre al valore in sé dell'iniziativa, questo impegno sarebbe utile nella strutturazione di due itinerari espositivi, dedicati l'uno alla storia della corte granducale, l'altro alla storia della prigione psichiatrica. È possibile immaginare itinerari narrativi a contrasto, allestiti con l'ausilio di strumenti multimediali e interattivi ad alta qualità visiva e comunicativa, preceduti dal racconto della genesi del complesso della Villa e delle trasformazioni intervenute nel corso del tempo<sup>31</sup>.

Il primo itinerario museale è quello sul tema della residenza di corte e del modello ideale di vita medicea nella Villa suburbana che fu prediletta prima dal granduca Ferdinando I dei Medici e poi da Cosimo III. Il secondo è quello sulla prigione dei folli, il manicomio criminale, inaugurato il 12 giugno 1886, realizzato sul programma di Leopoldo Ponticelli<sup>32</sup>, ispirato da Cesare Lombroso e dalla Scuola di antropologia criminale. Gli itinerari sarebbero preceduti dal racconto delle trasformazioni del complesso dell'Ambrogiana, torreggiante residenza della corte granducale, dominante sul territorio circostante, unica villa medicea concepita in rapporto al paesaggio fluviale, che conobbe significative

31) Sulla fisionomia del complesso come residenza di corte intervennero dal 1574 schiere di valenti architetti, da Bartolomeo Ammannati a Giovannantonio Dosio e Raffaello di Pagno, fino ad Alfonso Parigi, a Gherardo Mechini, Pier Maria Baldi, Jean Nicholas Jadot, Giuseppe Del Rosso, Pasquale Poccianti. Sull'adattamento penitenziario, dopo il fallimento del progetto Cappellini di riduzione a manicomio civile, intervenne l'architetto Francesco Mazzei a partire dal 1856. Sul riadattamento a manicomio criminale (inaugurato il 12 giugno 1886) intervenne l'ingegnere Oreste Bulgarini. La riduzione a Manicomio della Villa Ambrogiana avvenne utilizzando la mano d'opera di detenuti provenienti da tutto il Regno.

32) Leopoldo Ponticelli, che aveva realizzato la colonia agricola di Pianosa, fu incaricato dal Direttore generale delle carceri Beltrami-Scalia di stendere il progetto del nuovo manicomio criminale del Regno d'Italia e individuarne la migliore ubicazione. L'apertura dell'Istituto si era resa necessaria perché la sezione per maniaci istituita presso il manicomio «civile» di Aversa, unico contenitore precedentemente destinato a tale scopo, non era in grado di accogliere i pazzi criminali di tutto il Regno. La sua ubicazione, preso atto dell'elevato costo che comportava il trasferimento di detenuti provenienti dalle regioni del sud e del nord della penisola, doveva essere, per motivi logistici, in una località del centro Italia, località salubre e abbastanza isolata da non arrecare disturbo all'abitato. La Villa, situata a poca distanza dalla ferrovia comunicante con i principali snodi ferroviari, offriva il vantaggio di consentire un rapido trasporto di detenuti da ogni carcere del Regno. Per adeguare la Villa alle esigenze del nuovo uso erano necessarie notevoli modifiche che, progettate da Oreste Bulgarini, furono immediatamente approvate. I lavori vennero eseguiti in economia, utilizzando la mano d'opera di detenuti provenienti da tutto il Regno.

modifiche già nel periodo mediceo, altre col passaggio alla reggenza lorenese ed altre ancora con lo stato unitario. La sua riduzione, prima a complesso carcerario sottoposto al regime di totale isolamento previsto dal sistema filadelfiano, poi a manicomio criminale<sup>33</sup>, determinò incisivi cambiamenti nello stato fisico dei luoghi e al contempo una profonda modificazione della percezione sociale del complesso. Quando potrà essere completata l'esplorazione degli archivi, e potrà essere sistematica la campagna di ricerca sulle fonti dirette, come gli stessi muri degli edifici, sarà possibile ricostruire la complessità delle vicende costruttive e adattative che hanno interessato questa grande fabbrica, di cui pure molto si sa attraverso importanti studi che sono stati condotti<sup>34</sup>. Sull'esigenza e l'interesse dell'itinerario museale "granducale", visto il ruolo della Villa Ambrogiana come luogo notevole di rappresentanza delle ambizioni, del potere, della cultura e degli svaghi di corte, non è il caso di soffermarsi. Gli ambienti della Villa in cui maggiormente risaltavano gli splendori di corte potrebbero essere i più adatti per ospitare questo Museo. Sull'itinerario museale "manicomiale" merita sottolineare l'importanza di contrastare quella voglia di smemoratezza dei luoghi dell'alterità e della sofferenza umana che caratterizza la società italiana e la rende propensa alla rimozione. E aggiungere che la storia dell'istituzione manicomiale-giudiziaria potrebbe polarizzare un interesse culturale e sociale sorprendente. E non solo per il racconto dei trattamenti disciplinari e "terapeutici" che comprendevano l'uso di letti e poltrone di contenzione, camicie di forza, vari strumenti per lo studio e la coercizione dei soggetti, oltre al locale attrezzato per l'autopsia che completava lo studio "scientifico" dei soggetti che morivano nel manicomio criminale. Quanto piuttosto perché musei e spazi di documentazione e ricerca della storia della psichiatria svolgono un ruolo importante contro lo stigma che ancora circonda la malattia mentale. Un percorso come quello che in quest'ambito si potrebbe realizzare all'Ambrogiana rientrerebbe pienamente in quella promozione della cultura e della conoscenza nel campo della salute mentale che è un obiettivo riconosciuto dell'Organizzazione Mondiale della Sanità e delle Istituzioni europee. In Europa sono attivi numerosi musei che documentano la storia della psichiatria e, più in generale, le tematiche della salute mentale<sup>35</sup>. In Italia, oltre al

33) Il manicomio criminale di Montelupo fu istituito dopo la sperimentazione avvenuta con la sezione speciale istituita presso il manicomio civile di Aversa. La Sezione di Aversa era stata istituita il 20 settembre 1876 nella casa per invalidi di S. Francesco. Il dottor Raffaele Nulli, nel suo libro *Una visita al nuovo manicomio criminale dell'Ambrogiana e l'istituzione dei manicomi criminali in Italia* (Tipografia della Perseveranza, Milano, 1887), informa che «Il personale addetto alla custodia ed alla cura dei detenuti, sotto il comando del direttore comm. Ponticelli e del medico dottor Algeri non consta in tutto che di 18 guardie carcerarie e 11 infermieri». Aggiunge quest'osservazione: «Una delle parti più notevoli dello stabilimento è indubbiamente l'infermeria, disposta in stanzoni assai bene ventilati e rispondenti in tutto alle esigenze dell'igiene. Vi ho notato un ingegnossissimo sistema di latrina affatto inodora, che mi fu detto essere invenzione di un forzato del bagno di Pozzuoli, operaio certamente di non comune talento; di più un buon numero di letti speciali per epilettici».

34) Si veda, a questo proposito, il contributo di Andrea Cocchini, Daniele Forgione e Marco Nucci.

35) In Austria (Vienna e Baden), Belgio (Geel e Gent), Danimarca (Augustenborg, Middelfart, Risskov), Francia (Parigi, Clermont Oisi), Finlandia (Mikkeli, Siilinjärvi), Germania (Berlino, Brandenburg, Baruth/Mark, Bremen, Marburg, Giessen, Herborn, Weilmünster, Bedburg-Hau, Bonn, Warstein, Riedstadt, Merzig, Tübingen, Göppingen, Weinsberg, Kehl-Kork, Achern, Freiburg, Emmendingen, Haar, Zwiefalten, Passau, Leipzig, Zschadrass), Gran Bretagna (Londra, Kent), Italia (Roma, Reggio

già citato esempio del Museo Laboratorio della Mente di Roma, occorre ricordare che a Reggio Emilia è stato trasformato in Museo uno degli edifici simbolo del complesso manicomiale del San Lazzaro: il padiglione Lombroso<sup>36</sup>. Per quanto riguarda gli Ospedali psichiatrici giudiziari, è giusto ricordare che l'esperienza del piccolo Museo storico dell'ospedale psichiatrico giudiziario "Filippo Saporito" di Aversa, inaugurato da Adolfo Ferraro nel 1997, dopo la chiusura dell'O.P.G e la riconversione dell'edificio a carcere circondariale, è stato ridotto in uno dei padiglioni dell'Istituto restrittivo.

Per le caratteristiche peculiari che ha avuto l'Ospedale psichiatrico giudiziario, la realizzazione di un Museo della prigione psichiatrica a Montelupo potrebbe avere una sua originale collocazione nella rete europea dei musei della psichiatria, in quanto racconterebbe, oltre alla storia di un singolo istituto, quella più generale dell'istituzione psichiatrico-giudiziaria, entrando a far parte di un network europeo importante che favorirebbe l'arrivo di flussi di visitatori interessati a questo specifico tema e l'ingresso in un circuito di attività e scambi culturali e scientifici internazionali. Tanto più ciò avrebbe valore con la predisposizione di un impianto narrativo impostato sia con rigore scientifico che con una coinvolgente capacità comunicativa della lunga e complessa vicenda del manicomio giudiziario. È importante infatti riuscire a coinvolgere un pubblico quanto più possibile ampio, spesso carente di conoscenza su ciò che è stato l'internamento psichiatrico giudiziario, il suo arsenale terapeutico-contenitivo e i trattamenti disciplinari<sup>37</sup>. In questo ambito potrebbe avere il giusto spazio anche la conoscenza dello studio «scientifico» che veniva operato sui casi ritenuti di maggiore interesse tra i folli criminali, i rei impazziti, i briganti, gli antifascisti e i rivoluzionari, che vi furono rinchiusi insieme alla folla eterogenea degli internati con alterità psichiatrica giudicata pericolosa. Nonostante le gravi perdite registrate nella documentazione, la materialità documentaria e iconografica esistente può consentire di istruire il progetto dell'itinerario espositivo. I materiali sono diversi, dalla documentazione dell'Archivio dell'Opg, consegnata all'Archivio di Stato di Firenze contenente gruppi di fascicoli degli internati, cartelle cliniche e registri, ai materiali presenti nel Museo Criminologico di Roma (già Museo Criminale dell'Amministrazione penitenziaria) e nel Museo di Antro-

---

Emilia, Venezia), Lettonia (Jelgava), Olanda (Haarlem), Repubblica Ceca (Praga), Romania (Beclean), Russia (Mosca, Ryazan).

36) Il Museo di Storia della Psichiatria è stato aperto nel 2012 all'interno del Campus realizzato nell'ex-ospedale psichiatrico San Lazzaro di Reggio Emilia.

37) I trattamenti usati sugli internati del Manicomio criminale erano principalmente di tipo disciplinare, mentre le terapie farmacologiche non trovavano grande impiego, ad eccezione del bromuro o altri calmanti, salassi e bagni nelle vasche idroterapiche. Praticamente all'ordine del giorno erano invece i letti e le poltrone di contenzione (si usava legare saldamente il folle al letto o alla poltrona per un periodo variabile da qualche giorno a qualche mese!), oltre all'uso delle note camicie di forza. Il dottor Algeri scriveva però a riguardo: "tali mezzi di coercizione non vengono adoperati se non quando certe circostanze lo esigono onde prevenire tristi conseguenze, vale a dire quando si tratta di malati molto agitati, pericolosi verso sé o verso altri: di malati che hanno la tendenza a lacerare e rompere ogni cosa". Infine, si usava il metodo della segregazione a scopo terapeutico, in cui il folle, in una condizione di totale isolamento, poteva usufruire solo di un'ora d'aria, vivendo secondo rigidi criteri prestabiliti. Quasi la metà degli internati moriva all'interno dell'istituto, mentre l'altra metà riusciva a lasciare il manicomio più a seguito di grazie, indulti, amnistie o esaurimento della pena che per dichiarata guarigione.

pologia Criminale Cesare Lombroso di Torino, alla serie fotografica dell'Archivio dell'Istituto Luce, ai filmati disponibili, agli archivi privati, alle testimonianze sui vissuti degli internati, ai giornali e alle opere artistiche realizzate all'interno del manicomio<sup>38</sup>, fino al "Drago di Montelupo" che con la collaborazione di Giuliano Scabia dialogò con "Marco Cavallo"<sup>39</sup>. Il taglio dovrebbe essere quello di un progetto partecipato, interdisciplinare, educativo e creativo, coinvolgente in primo luogo le scuole, che potrebbe consentire la conoscenza di queste vicende e il loro approfondimento da parte di chiunque sia interessato o soltanto incuriosito da quanto accadde all'interno delle mura dell'Ambrogiana. Oltre il passato del manicomio giudiziario, questo percorso espositivo potrebbe sollecitare una capacità di interrogazione sul rapporto società-follia oggi. Ricostruire la storia dell'Opg non significa occuparsi di un'istituzione marginale ma del processo di costituzione della società moderna, del suo modo di affrontare l'alterità psichiatrica e del suo tramonto nella post-modernità. Si tratta di un anticorpo salutare nei confronti della detenzione psichiatrica, collocabile in un determinato momento storico e quindi superabile. L'estensione del tema potrebbe andare dalle origini del manicomio criminale sino al dopo Opg, cioè alle Rems (Residenze per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza), su cui occorre oggi spostare la strategia d'attenzione in un processo di conoscenza dinamico che dovrebbe investire, più in generale, la gestione dei progetti terapeutici riabilitativi da parte del sistema dei Servizi psichiatrici territoriali. Dall'interno dei recinti contenitivi dell'istituzione totale l'itinerario museale potrebbe stimolare una riflessione ampia sui fragili confini tra normalità e diversità, sulle dimensioni istituzionali e sociali del controllo, della custodia e del **prendersi cura**. È un itinerario che aiuterebbe i visitatori a interrogarsi sulla malattia mentale, i vissuti delle persone, le rappresentazioni sociali della malattia psichica, le forme del controllo psichiatrico, le pratiche terapeutiche e i percorsi di cura e riabilitazione, i diritti umani e di cittadinanza. Quale potrebbe essere il luogo espositivo più adeguato nell'ambito del complesso dell'Ambrogiana se non quello in cui contenente e contenitore si richiamano reciprocamente e quest'ultimo diventa esso stesso oggetto di interesse attrattivo. Un luogo cioè in cui il racconto delle vicende storiche della istituzione manicomiale sia lo spazio stesso in cui essa ha operato. Dunque andrebbe preferibilmente scelto tra gli edifici che hanno ospitato le sezioni detentive, l'osservazione e il trattamento degli internati e, ad esempio, potrebbe essere scelto un piano della sezione Ambrogiana. Il corridoio-galleria, che ospitò la sezione, fu fatto costruire da Cosimo III (1642-1723) per collegare il suo appartamento nella villa alla chiesa dei Santi Lucia, Quirico e Pietro d'Alcantara del convento dei frati minori della Riforma di Spagna e della Chiesa che egli stesso aveva

38) Nell'Opg è stato attivo un laboratorio creativo fino a tempi recenti. Nel salone affrescato dell'Ambrogiana la Fondazione Michelucci curò un'esposizione di opere realizzate da un gruppo di internati. Fu anche stampato un catalogo a titolo *Non cancellatemi*. L'importanza di questo tipo di raccolte è testimoniato dalle collezioni di Outsider Art prodotte negli anni nel laboratorio della Tinaia a San Salvi.

39) Marco Cavallo è stato il simbolo della liberazione dal manicomio creato all'Ospedale Psichiatrico di Trieste diretto da Franco Basaglia nel 1973. Il Drago di Montelupo è stato realizzato nel 2003 da un gruppo di internati dell'Opg con la collaborazione di Giuliano Scabia. Sul tema si veda il libro: G. Scabia, P. Cantini, *Il Drago di Montelupo. Cronaca del teatro e dello storico incontro fra il Drago e Marco Cavallo*, Titivillus, 2004



Cartolina. Veduta della Villa Ambrogiana dal fiume Arno - Collezione Paolo Scardigli



Cartolina. Veduta della Villa Ambrogiana dal fiume Arno - Collezione Paolo Scardigli

fatto erigere e che costituiva il suo polo spirituale di riferimento. La Galleria assunse nel tempo anche un ruolo espositivo nell'ambito delle Scienze naturali. In seguito alla scelta di adattare l'Ambrogiana in senso detentivo l'ex convento degli Alcantarini fu trasformato in carcere femminile. Con l'esigenza di ampliare il numero delle celle anche il corridoio di collegamento fu interessato nel 1858 e poi nel 1864 da lavori di

costruzione delle celle. Con l'istituzione del manicomio criminale l'impianto esistente fu adattato per ospitare la sezione giudiziaria. Gli internati furono sistemati nei due piani, uno riservato ai soggetti più pericolosi, detti "furiosi", l'altro destinato alle personalità cosiddette più tranquille; alcune camere, dotate di maggiori comfort, furono destinate a pagamento per i ricoverati più facoltosi.

È in definitiva uno spazio fortemente evocativo della condizione vissuta dagli internati ed inoltre è direttamente collegato alla Villa in cui potrebbe essere previsto il polo museale nell'ambito dell'organizzazione dello spazio pubblico.

## Decostruzione e riconnessione

L'abbattimento del muro che Giovanni Michelucci con la sua Fondazione aveva già proposto nel 1988 tra gli interventi da programmare è oggi una proposta d'intervento su cui tanti convergono. Lo stesso documento preliminare del Gruppo interistituzionale lo indica tra i punti qualificanti del recupero del complesso. L'alto muro di cinta era stato realizzato col pretesto di impedire la comunicazione degli internati con l'esterno. La sua edificazione aveva allora aggravato l'interramento in corso del ninfeo che da ciò subì ulteriori danni. La sua demolizione potrà sancire la rimessa in comunicazione della Villa sia col contesto urbano che col paesaggio fluviale. Oggi l'antico approdo delle barche che rendeva possibile gli spostamenti fluviali della corte è sepolto dai rovi della scarpata che costeggia la strada ciclabile che corre lungo il perimetro delle mura. Il recupero dello spazio a giardino e la valorizzazione ecologico-naturalistica del rapporto col fiume si integrerebbero armoniosamente con il recupero della Villa e costituirebbero una nuova opportunità di rigenerazione del ruolo del complesso dell'Ambrogiana nel territorio. La Villa era stata originariamente concepita nel suo rapporto col fiume e questa unicità che la caratterizza nel complesso delle Ville medicee merita di essere pienamente recuperata e valorizzata. La dotazione di un nuovo approdo fluviale, laddove è andato distrutto quello un tempo realizzato per i Medici, potrebbe costituire una tappa della navigabilità leggera lungo il corso del fiume.<sup>40</sup>

## Il recupero dell'area a giardino

In questo caso occorre ripartire dalla preziosa testimonianza figurativa della lunetta attribuita al pittore fiammingo Giusto Utens<sup>41</sup> che a volo d'uccello raffigura il giardino della Villa nella sua complessa articolazione. Il giardino giungeva fin sul greto dell'Arno, dove era collocata la grotta manieristica con giochi d'acqua, opera nel 1587 di Giovan Battista Ferrucci detto il Tadda, che simbolicamente rappresentava il tramite tra la natura fluviale e la natura artificiale realizzata dall'uomo. Per facilitare l'arrivo dall'Arno, era stato costruito un piccolo molo che permetteva l'attracco dei navicelli. In epoca

40) Il tema è stato riproposto nel libro Magnaghi, A., Giacomozzi, S. (a cura di) *Un fiume per il territorio. Indirizzi progettuali per il parco fluviale del Valdarno empoiese*, Firenze University Press, 2009.

41) Come le altre lunette del ciclo attribuito all'Utens raffigurante le ville medicee, eseguito tra il 1599 e il 1604, è dal 2014 conservata nel Museo fiorentino di Villa La Petraia.



Cartolina. L'ingresso al giardino della Villa Ambrogiana - Collezione Paolo Scardigli

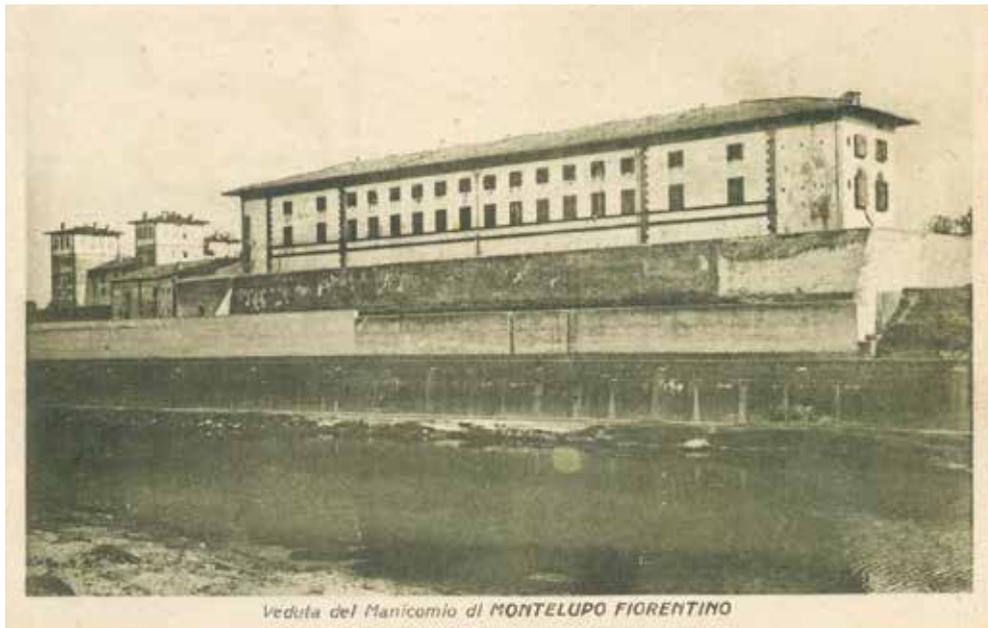
lorenese il giardino conobbe insieme alla villa periodi di decadimento (oltre al danneggiamento causato dalle alluvioni che lo riempirono più volte di fango) e un periodo di ripresa attraverso l'opera di Leopoldo Prucher, Regio giardiniere di Boboli, che oltre alla manutenzione dell'impianto esistente, provvide nel 1793 a formare delle siepi di separazione dei boschetti da viali e controviai. Le vicende che hanno interessato il complesso della Villa nel corso dei secoli hanno cancellato questo straordinario esempio di Arte dei giardini concepito per gli svaghi della corte<sup>42</sup>. Con la destinazione manicomiale le ultime tracce del giardino delle «delizie» furono cancellate e divenne dominante nell'area la destinazione ad orto in cui erano impegnati gruppi di internati. Un'attività agricola specializzata ad indirizzo biologico anche con coltivazione in serra interessò una parte dell'area in tempi più recenti ma l'esperienza era già conclusa prima della dismissione. Questo il quadro degli utilizzi pregressi da tenere in considerazione nella prospettiva di recupero generale del giardino.

## Quale ospitalità, quale residenzialità

Sul riuso dell'edificio delle ex-scuderie che ha ospitato fino a poco tempo fa tre reparti dell'Opg ( Pesa, Arno, Torre) si è sviluppato un confronto serrato tra chi sosteneva la completa dismissione da parte del Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria e chi invece riteneva che in questa parte del complesso, ristrutturata in tempi recenti, con una spesa dichiarata di 7,5 milioni, fosse possibile avviare un'esperienza di carcere a sicurezza attenuata<sup>43</sup>. La dismissione totale del complesso da ogni residua funzione

42) Sul tema si veda il volume Acidini, C., Griffo, A. ( a cura di), *L'immagine dei giardini e delle ville medicce nelle lunette attribuite a Giusto Utens*, Polistampa, Firenze 2017.

43) Da un lato la tesi dell'Amministrazione Comunale di Montelupo sull'incompatibilità della funzione



Cartolina. Veduta del manicomio. - Collezione Paolo Scardigli

detentiva consegna alla storia passata questo confronto ma resta l'evidenza di quanto sia paradossale immaginare il cambiamento solo dopo la cessazione di ogni forma detentiva e non nel durante. Tanto più che ciò avrebbe potuto significare capacità di intervenire non solo sul degrado del complesso ma anche sul degrado della detenzione. In un' intervista rilasciata dopo la scomparsa di Michelucci i suoi collaboratori dichiararono a questo proposito: "Perché non prevedere un intervento attivo degli internati, facendoli diventare i protagonisti della trasformazione del luogo e delle condizioni della loro riabilitazione, attraverso la programmazione di attività interne finalizzate ad alcuni aspetti del progetto? Noi intendiamo infatti dare la massima evidenza fisica ad un passaggio dal manicomio a qualcosa di completamente altro..."<sup>44</sup>. Ma ritornando sulla struttura in questione è utile ricordare i passaggi di trasformazione subiti dall'edificio. L' edificio delle scuderie nuove, edificato nel 1795 sotto Ferdinando III di Lorena, era stato trasformato in carcere su progetto dell'architetto/ingegnere Francesco Mazzeo Mazzei nel 1854.<sup>45</sup> Ulteriori lavori, fatti sempre su progetto di Mazzei nel 1859, portarono alla realizzazione di un edificio articolato su più piani: al terreno un locale per la

---

carceraria nel recupero dell'Ambrogiana, dall'altro la tesi della direzione e dei dipendenti dell'Istituto sull'opportunità di un carcere a custodia attenuata, i cui detenuti, nell'ambito della convenzione tra Anci e Amministrazione penitenziaria, potessero svolgere lavori di pubblica utilità nel recupero del complesso.

44) *Un altro muro da abbattere. Progetto della Fondazione Michelucci per Montelupo Fiorentino*, "Led quotidiano", 5 gennaio 1991.

45) L'architetto Mazzei aveva già realizzato tra il 1837 e il 1847 l'adattamento carcerario dell'antica fortezza di Volterra. E nel 1845 aveva portato a compimento lo stabilimento penitenziario di San Gimignano.



Il complesso delle Murate a Firenze. Piazza Madonna della Neve - Foto: Francesco Bini



Il complesso delle Murate a Firenze. Piazza delle Murate - Foto: Francesco Bini

distribuzione del vitto, uno stanzone per il laboratorio di calzoleria, uno per la sartoria e i fiascai, uno per la falegnameria, l'infermeria e le celle di osservazione oltre al locale delle guardie; al primo e al secondo piano le celle che, concepite come cubicoli singoli (in ossequio al regime "filadelfiano" dell'isolamento totale), raggiunsero la cifra di 86; nelle soffitte le celle di rigore. Nel successivo adattamento a manicomio, i lavori vennero fatti in economia, utilizzando la mano d'opera di detenuti provenienti da tutto il Regno. Lo stabile fu adattato per accogliere la sezione penale dei condannati che avevano

manifestato segni di demenza durante l'espiazione della pena. Al primo e al secondo piano, in un quadro di netta separazione dei reparti, furono predisposte camere da quattro a otto letti. Tenendo nella giusta considerazione gli interventi che sono stati effettuati in tempi recenti con ingenti risorse e d'altra parte la necessità di ribaltare la caratterizzazione detentiva dell'edificio, andrebbe valutato un ventaglio di ipotesi per il riuso dell'edificio. Indubbiamente la collocazione separata dell'edificio rispetto al resto del complesso può favorire un autonomo percorso di recupero pur nell'ambito di una visione generale di congruità rispetto all'assetto dell'intera area. Nel ventaglio delle ipotesi andrebbe valutata anche quella di un riuso abitativo rispetto a cui sono presenti riferimenti di un certo interesse sia in Italia che sul piano internazionale. A Firenze, ad esempio, merita di essere ricordata la trasformazione abitativa della terza sezione delle Murate con fondi destinati all'edilizia economico-popolare. Nei circa settanta appartamenti realizzati hanno trovato alloggio soprattutto giovani coppie e anziani. Inoltre l'investimento residenziale ha trainato il recupero di altre parti dell'edificio in termini di strutture di servizio e laboratori. In una situazione di grave penuria di alloggi a costo sostenibile e di notevoli impedimenti all'emancipazione abitativa dei giovani probabilmente una caratterizzazione di questo tipo sarebbe da tenere nella dovuta considerazione. La riconversione abitativa dell'edificio non è semplice per la forza della precedente organizzazione degli spazi di custodia ma può essere una strategia interessante quella di puntare alla pratica sociale del **cohousing**. Il termine, genericamente utilizzato per definire degli insediamenti abitativi composti da abitazioni private corredate da ampi spazi destinati all'uso comune ed alla condivisione, presuppone un modello di socialità, scelta elettivamente come forma solidaristica mirata ad un modello sostenibile ed ecologico. Si potrebbe immaginare un modello di prossimità solidale, di condominio intergenerazionale, in grado di determinare una qualità dell'abitare innovativa rispetto ai modelli tradizionali di edilizia residenziale.

Ci vorranno più tempi e più fasi per riuscire a ridare magnificenza civile al complesso della Villa Ambrogiana ma soprattutto occorrerà più partecipazione attiva dei cittadini e condivisione delle scelte.

## Bibliografia

- L. Ponticelli, *Il Manicomio Criminale dell'Ambrogiana presso Montelupo Fiorentino*, in "Rivista di Discipline Carcerarie", Anno XVIII, fasc. 1-2, 1888, Tipografia delle Mantellate, Roma 1988
- E. Ferri, *Il manicomio criminale di Montelupo Fiorentino*, "Archivio di Psichiatria Scienze Penali ed Antropologia Criminale", 1887
- G. Algeri, *Il manicomio criminale dell'Ambrogiana*, "Rivista di discipline carcerarie", 1888
- L. Rusticucci, *Nelle galere. Studio di Clinica criminale con la descrizione dei penitenzieri e dei manicomi criminali d'Italia*, Società editrice partenopea di G. Rocco, Napoli 1925.
- F. Corleone (a cura di), *Alessandro Margara. La Giustizia e il senso di umanità. Antologia di scritti su carcere, Opg, droghe e magistratura di sorveglianza*, Fondazione Michelucci Press, Fiesole 2015
- Fondazione G. Michelucci, *Garante delle persone sottoposte a misure restrittive della libertà personale della Regione Toscana (a cura di), L'abolizione del manicomio criminale tra utopia e realtà*, Fondazione Michelucci Press, Fiesole 2015
- N. Delli, *Il convento del Granduca Cosimo III all'Ambrogiana*, Pagnini, Firenze 1998
- G. Grassi, C. Bombardieri (a cura di), *Il Policlinico della delinquenza: storia degli ospedali psichiatrici giudiziari italiani*, Franco Angeli, Milano 2016
- A. Borzacchiello, *I luoghi della follia. L'invenzione del manicomio criminale*, in "Rivista Di Psicodinamica Criminale", Anno V, n. 3, ottobre 2012, Padova
- M. Valcarenghi, *I Manicomi Criminali*, Mazzotta, Milano 1975
- P. Conti, *L'Opg di Montelupo Fiorentino*, in G. Grassi, C. Bombardieri, (a cura di), *Il Policlinico della delinquenza*, Franco Angeli, Milano 2016
- A. Magnaghi, S. Giacomazzi (a cura di), *Un fiume per il territorio. Indirizzi progettuali per il parco fluviale del Valdarno empoiese*, Firenze University Press, Firenze 2009
- C. Acidini, A. Griffo (a cura di), *L'immagine dei giardini e delle ville medicee nelle lunette attribuite a Giusto Utens*, Polistampa, Firenze 2017
- G. Scabia, P. Cantini, *Il Drago di Montelupo. Cronaca del teatro e dello storico incontro fra il Drago e Marco Cavallo*, Titivillus, 2004



# La Villa dell'Ambrogiana: da “isola” a “pezzo di città”.

## Calamita di funzioni strategiche.

### Le scelte dell'Amministrazione Comunale

Paolo Masetti

La Villa Medicea dell'Ambrogiana con le sue mura di recisione ha sempre suscitato un sentimento ambivalente nella comunità: disagio nei confronti di una barriera fisica che col tempo è divenuta simbolo di una separazione netta fra il dentro e il fuori e inevitabile senso di appartenenza.

Un sentimento testimoniato dalle tante, tantissime richieste di poter accedere anche solo ai giardini, di poter varcare quello spazio che per secoli è stato precluso ai cittadini comuni.

**La villa Medicea può tornare ad essere, forse può divenire per la prima volta, parte integrante del tessuto urbano, della città.**

Le diverse amministrazioni, che si sono succedute nel tempo, hanno creato importanti presupposti in questa direzione: si va dalla scelta nell'ultimo decennio del secolo scorso di trasformare 11 ettari di terreni, prevalentemente incolti attorno alle mura della villa, in parco urbano, all'evidenziare anche al di fuori (forse) delle specifiche competenze le criticità della vita dei degenti nell'Opg, a frenare ipotesi, anche recenti, di recupero del complesso a fini carcerari.

Da un punto di vista urbanistico nel tempo è stato ridisegnato il quartiere detto appunto dell'Ambrogiana (si pensi ad esempio alla riqualificazione e al recupero di una ex area industriale) oltre a progettare, all'interno dei finanziamenti europei, funzioni a carattere prevalente sociale nell'area ex Fanciullacci su viale Umberto, porta di accesso al Parco dell'Ambrogiana e alla villa.

Dopo essere intervenuti con azioni mirate a includere comunque il complesso nel tessuto urbano, dal momento che da tempo era prevista la dismissione dell'ospedale psichiatrico giudiziario, l'attuale Amministrazione Comunale ha avviato un confronto serrato col Ministero di Grazia e Giustizia, che aveva in concessione il compendio, col proprietario che è il Demanio dello Stato e con la Regione Toscana.

Nel 2015 è iniziato un percorso che ha coinvolto le Istituzioni; in prima battuta è stato complesso e lento, anche in relazione alle difficoltà insite nella dismissione della funzione di Opg, ma che nel suo svolgersi ha definito un nuovo importante approccio basato su una importante fase di dialogo-ascolto tra Enti.

Se le questioni burocratico-gerarchiche avessero avuto il sopravvento lo Stato, nelle figure del Ministero di Grazia e Giustizia e del Demanio, avrebbe potuto decidere in piena autonomia tempi e modi dando per scontato l'importante e gravosa decisione

della dismissione della funzione di Opg. Questa importante attività relazionale ha portato prima alla predisposizione di un Protocollo d'intesa tra gli Enti e quindi alla sua firma, avvenuta definitivamente ai primi di novembre del 2016. A un anno e mezzo di distanza dalla firma del protocollo, l'Amministrazione Comunale ritiene che il tempo occorso per la definizione e perfezionamento dello stesso sia stato ben speso in quanto da quel momento, non vi è dubbio, che si è avuto una forte accelerazione in tutti i processi decisionali.

In primo luogo i singoli firmatari si sono presi ognuno specifici impegni.

In particolare, il **Demanio** si è impegnato a finanziare uno studio di fattibilità, a procedere - concluso l'iter di valorizzazione urbanistica- all'immissione sul mercato del bene e/o a prefigurare attività di razionalizzazione ed ottimizzazione degli spazi in uso alle Amministrazioni dello Stato al fine di ridurre la spesa per locazioni passive, ad assegnare al Comune quote economiche dei ricavi e/o quota parte dei beni in caso di alienazioni e o concessioni.

Il **Ministero** di Giustizia- Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria (DAP) si è impegnato a dismettere e riconsegnare all'Agenzia del Demanio gli immobili costituenti il compendio. La **Regione Toscana** si è impegnata ad attivare ogni possibile azione a favorire il processo di dismissione, a essere di supporto nella costruzione degli elementi di sostenibilità dell'iniziativa di valorizzazione in collegamento con le tematiche del governo del territorio e culturale anche in riferimento al Sito seriale UNESCO "Ville e Giardini medicei in Toscana".

Il **Comune di Montelupo** si è impegnato a essere promotore di scelte e contenuti e quindi disposto a recepire integralmente le indicazioni della concertazione istituzionale all'interno della propria strumentazione urbanistica e ad attivare i più idonei strumenti di semplificazione ed accelerazione amministrativa.

Nel percorrere la strada della condivisione di intenti, il protocollo individua la costituzione di un gruppo interistituzionale a cui vengono attribuiti una serie di compiti fra i quali quello di elaborare un documento preliminare al progetto di valorizzazione come riferimento per lo studio di fattibilità. Rispetto agli impegni presi nel Protocollo questi sono i risultati oggettivi:

1) la funzione di Opg nel compendio della Villa è stata dismessa dal Dap il 30 giugno 2017. Deve essere riconosciuto che ottenere questo risultato in soli 7 mesi non è stata impresa da poco, soprattutto se si pensa che quel luogo era destinato a tale funzione da oltre 130 anni.

2) Dai primi mesi del 2017 è iniziata l'attività del gruppo di lavoro al quale sono stati aggiunti da subito funzionari della Sovrintendenza che, in piena autonomia e con notevoli difficoltà vista anche la carenza di sistematiche documentazioni sul compendio, ha prodotto e perfezionato il documento nel luglio 2017.

3) Il Demanio dopo aver, da subito, trovato le risorse economiche per la redazione dello studio di fattibilità ha effettuato la manifestazione d'interesse per l'incarico ai primi di settembre del 2017, istruito la gara per l'affidamento nel dicembre 2017 e firmato il contratto nel marzo 2018. Anche in questo caso, visti i tempi canonici per l'espleta-

mento di tale procedure, siamo di fronte ad una grossa volontà di agire con grande tempestività;

4) Il gruppo di lavoro ha incontrato i professionisti incaricati "Culture srl" a maggio ed è stato avviato un confronto che ha portato alla consegna del progetto di fattibilità nel mese di agosto 2018. Tale progetto è ora in fase di analisi per valutarne le caratteristiche e la sostenibilità economica.

Preme sottolineare, prima di entrare sinteticamente nel merito di quanto specificato nel documento preliminare che questo, conseguentemente all'approccio introdotto dal Protocollo d'intesa, vuole costituire un **nuovo metodo per intervenire nella valorizzazione dei beni di proprietà pubblica**. Lo Stato, proprietario, al fine di definire le strategie da sviluppare per la valorizzazione del bene si confronta preventivamente con gli Enti interessati per verificarne la coerenza delle ipotesi con le norme del governo del territorio, della tutela paesaggistica ma anche con le aspettative dell'Amministrazione Comunale.

Tale confronto, nel caso della Villa, è stato funzionale alla definizione delle richieste oggetto dello studio di fattibilità, le cui conclusioni condivise tra gli enti diventeranno i contenuti della Variante allo strumento urbanistico accorciando considerevolmente i tempi per il nuovo utilizzo del compendio.

Il documento preliminare consegnato dal gruppo di lavoro allo studio per la stesura del progetto di fattibilità prevede alcuni capi saldi.

In primo luogo la scelta di ipotizzare l'**eliminazione sostanziale della cinta muraria**.

Da tale scelta ne seguono "a cascata" molte altre che mirano a individuare una "visibilità del bene" ed a evidenziarne la sua monumentalità.

Sono da considerare in quest'ottica l'interruzione del sistema veicolare intorno alle attuali mura, l'individuazione di una fruibilità pubblica che valorizzi l'asse nord-sud del compendio con la realizzazione di una piazza a sud (su via Don Primo Mazzolari) a cui si correla un terrazzamento che si affaccia ad est fino al Viale Umberto I per giungere a una nuova sistemazione dell'area a nord fronte Arno con recupero ed accessibilità all'area della grotta ed ad una più corretta delimitazione con il parco urbano esistente. Il documento preliminare fornisce anche alcune considerazioni sugli aspetti funzionali indicando che le parti interne edificate devono recuperare una loro identità in quanto fortemente compromesse a seguito delle realizzazioni di stratificate partizioni interne funzionali all'uso quale Opg.

Viene proposto un dosato mix funzionale pubblico-privato che non può prescindere da una capillare fruizione pubblica della collettività con particolare riferimento ad aree al piano terra della Villa, dal recupero del "percorso del Granduca" caratterizzato dal piano nobile, dal collegamento di questo con la seconda sezione e quindi con la chiesa dell'Ambrogiana e dalla previsione di spazi finalizzati al mantenimento della memoria e della testimonianza della vita dell'ex Opg.

Viene, inoltre approfondito, anche il ruolo che potrebbe essere svolto dalla ex terza sezione (le originarie scuderie) la cui collocazione e ubicazione consente anche un uso del tutto autonomo ed anche, eventualmente, del tutto privato nel caso di una sua messa a reddito.

Tale approfondimento sull'ex terza sezione è funzionale anche alle indicazioni che lo studio di fattibilità deve dare sulla sostenibilità economica che non deve riguardare esclusivamente gli interventi ma anche, e soprattutto, un definito progetto imprenditoriale e di gestione.

Il processo di valorizzazione necessita di un percorso di medio – lungo periodo e ciò è un aspetto da tenere presente quando si ha a che fare con un bene di valore e dimensioni come la Villa dell'Ambrogiana.

La necessità è quella di lavorare lungo due direttrici, da un lato non accrescere lo stato di degrado del luogo e dell'altro eliminare quel senso di disagio e di timore anche riverenziale che la collettività tutta ha nei confronti nel compendio quando una volta percorso il Viale Umberto I ci si trova di fronte all'ingresso e dinanzi alle mura.

Il Comune si è offerto, da subito, di essere "custode" di questo luogo e si è proposto come promotore di primi eventi che da un lato costituiscano presidio e dall'altro soddisfano quella necessità della collettività montelupina (e non solo) di conoscere la realtà oltre le mura. Emblematico è ciò che avvenuto il 9 settembre 2017 con l'evento "la Città entra in Villa". Nel pomeriggio del 9 settembre oltre 3000 persone tutte intorno alle mura del complesso mediceo si sono passate una simbolica chiave che, tornata al punto di partenza, ha aperto simbolicamente il portone di accesso e le persone hanno effettuato un percorso di visita all'esterno.

Ancora con un aspetto "simbolico" ben individuabile è risultata altamente significativa la visita di quasi 200 alunni delle medie che nelle mattine del 18 e 20 aprile 2018 sono entrati all'interno del compendio visitando anche alcuni parti della 3 sezione e percorrendo l'asse nord – sud del compendio la cui fruizione pubblica costituisce per l'Amministrazione Comunale una condizione irrinunciabile.

È importante per il comune mettere a sistema tale iniziative e intraprendere un'azione continuativa; da qui la scelta di chiedere al Demanio una "concessione temporanea" degli spazi, che dovrebbe concretizzarsi nel dicembre 2018.

Infine si ritiene indispensabile che siano stanziati fondi finalizzati a risolvere in prima istanza le criticità statiche della torre in prossimità del salone granducale proprio per poter rendere accessibile la parte attualmente interdotta.

L'Amministrazione è ben consapevole che il processo di valorizzazione della Villa dell'Ambrogiana costituisca un processo complesso fatto, necessariamente, di azioni nel medio-lungo periodo ma anche nell'immediato, che necessita di una "presenza costante" delle Istituzioni e che deve avere necessariamente come bussola di riferimento quanto ebbe ad affermare l'architetto Michelucci trent'anni fa durante una visita all'Ambrogiana: "Né carcere né manicomio, ma una Villa per la vostra città".



# Gli autori

## Biografie

### **Andrea Cocchini**

Ingegnere. Laureato nel 2015 in Ingegneria edile-architettura presso l'Università di Pisa discutendo una tesi sul restauro e la riqualificazione dell'Ambrogiana con particolare attenzione al tema della rifunzionalizzazione del complesso monumentale nel rispetto della rilevanza storico-artistica del bene e alla luce di un'analisi di sostenibilità economico sociale.

### **Franco Corleone**

E' stato deputato e senatore poi Sottosegretario alla Giustizia dal 1996 al 2001. Si è occupato a lungo delle questioni della psichiatria denunciando le condizioni disumane dei manicomi, Commissario unico nominato dal Governo per la chiusura degli OPG. Attualmente è Garante dei diritti dei detenuti della Regione Toscana.

### **Daniele Forgione**

Abilitato alla professione di ingegnere e a quella di architetto, è specializzando in beni architettonici e del paesaggio presso l'Università di Firenze. Ha conseguito la Laurea in Ingegneria Edile-Architettura presso l'Università di Pisa nel 2015, con una Tesi sul restauro e la vulnerabilità sismica del complesso dell'Ambrogiana di Montelupo Fiorentino.

### **Corrado Marcetti**

Architetto. Coordinatore del Comitato Scientifico della Fondazione Giovanni Michelucci. Redattore della rivista "La Nuova Città". Studioso di architettura delle istituzioni totali. Si interessa della Villa Ambrogiana dal 1988.

### **Paolo Masetti**

Sindaco del Comune di Montelupo

### **Saverio Migliori**

Giudice onorario presso il Tribunale per i minorenni di Firenze, è dottore di ricerca in Qualità della formazione. Lavora come ricercatore presso la Fondazione Giovanni Michelucci dove si occupa di studi, ricerche e progetti sulle condizioni penitenziarie, la formazione in carcere e la tutela dei diritti delle persone detenute. Collabora con il Garante regionale dei diritti dei detenuti della Toscana.

**Marco Nucci**

Ingegnere edile architetto laureato nel 2015 presso l'Università di Pisa discutendo una tesi sul restauro e la riqualificazione del complesso dell'Ambrogiana, con particolare attenzione alla valorizzazione degli spazi esterni e del giardino. Lo studio ha preso piede da un'indagine archivistica e dall'inedito rilievo integrale della Villa eseguito con i colleghi Andrea Cocchini, Daniele Forgione e Flavia Bonzi.

**Giancarlo Paba**

Professore ordinario di Tecnica urbanistica all'Università degli Studi di Firenze fino al 2017. Dal 2012 è il Presidente della Fondazione Michelucci.

**Pietro Pellegrini**

Psichiatra. Docente presso la scuola di specializzazione in psichiatria dell'Università di Parma. Direttore del Dipartimento assistenziale integrato salute mentale dipendenze patologiche dell'Ausl di Parma, ha partecipato attivamente alla campagna per la chiusura degli Opg e ha curato l'apertura della Rems di Parma nell'aprile 2015.

**Katia Poneti**

Dottoressa di ricerca in Teoria e Storia del Diritto, ricercatrice presso il Centro interuniversitario di ricerca su carcere, devianza e marginalità e governo delle migrazioni "L'Altro diritto". Lavora presso l'Ufficio del Garante per i diritti dei detenuti della Regione Toscana.

**Armando Punzo**

Attore e regista. Fondatore e direttore artistico dell'Associazione culturale Carte Blanche e della Compagnia della Fortezza. Opera con i detenuti a Volterra dal 1988.

**Franco Scarpa**

Psichiatra, Psichiatra Forense e Criminologo. Direttore SOC Riabilitazione pazienti psichiatrici autori di reato e Referente Salute Mentale in Carcere per il DSM della USL Toscana Centro. Già Direttore OPG di Montelupo Fiorentino. Già rappresentante per l'Italia di progetti europei nel settore psichiatrico forense.

**Evelin Tavormina**

Criminologa. Ha condotto una ricerca all'OPG di Montelupo Fiorentino nel 2014/2015. Esperta di Servizio Sociale presso l'Ufficio di Esecuzione Penale Esterna di Firenze. Coordinatrice del Centro diurno Attavante – AVP Onlus.







Il volume presenta, dopo la definitiva chiusura degli Opg, una ricerca sul sistema delle Rems e una valutazione del loro funzionamento, tracciando le linee attraverso cui questo può svilupparsi verso il progressivo recupero della libertà dei pazienti.

Nella prima parte si presentano i dati sulle Rems esistenti, mostrando come alcuni dei nodi lasciati aperti dalla legislazione vengono affrontati nella ricerca sulla struttura di Volterra. Si analizza anche il versante penitenziario della malattia psichiatrica, con un focus sulla disciplina penalistica e la salute in carcere. Si riportano documenti significativi, come il parere del CSM sulle misure di sicurezza per gli infermi di mente, che invita a intensificare i contatti tra magistratura e servizi di salute mentale sul territorio, e l'eccezione d'incostituzionalità sollevata dalla Corte di Cassazione in merito alla disciplina dell'infermità mentale dei condannati, che verrà discussa a breve e da cui si auspica l'apertura verso misure alternative alla detenzione per detenuti con patologia psichica.

Nella seconda parte si presenta uno studio originale sull'architettura della Villa dell'Ambrogiana, e si ripercorre la storia della Villa e la sua collocazione sociale e simbolica nel territorio. Alla luce dello studio di fattibilità per la sua valorizzazione come struttura da dedicare in prevalenza all'uso pubblico, si mette in evidenza il ruolo degli enti locali, quali rappresentanti della cittadinanza, nella scelta della destinazione da dare alla Villa. Il primo passo per realizzare questo progetto è l'abbattimento del muro di cinta, che da troppi anni chiude l'accesso all'Ambrogiana.

Contributi di:

Franco Corleone, Evelin Tavormina, Franco Scarpa, Giancarlo Paba, Armando Punzo, Pietro Pellegrini, Katia Poneti, Saverio Migliori, Andrea Cocchini, Daniele Forgione, Marco Nucci, Corrado Marcetti, Paolo Masetti.



REGIONE TOSCANA  
Consiglio Regionale



GARANTE DEI DIRITTI  
DEI DETENUTI



FONDAZIONE  
GIOVANNI  
MICHELUCCI