



2/2018

IL REO FOLLE E LE MODIFICHE DELL'ORDINAMENTO PENITENZIARIO

di Mario Iannucci e Gemma Brandi

***Abstract.** Il Governo, dopo che le Commissioni Giustizia e Bilancio delle Camere hanno espresso il loro parere favorevole, potrebbe approvare nei prossimi giorni lo schema di decreto legislativo attuativo della legge 103 del 2017, recante “modifiche all’ordinamento penitenziario”. Non si intende qui prendere in esame lo schema nel suo complesso, ma precipuamente le norme previste al Capo I: “Disposizioni per la riforma dell’assistenza sanitaria in ambito penitenziario”. Cercheremo di comprendere la strada attraverso la quale si è giunti a proporre un simile schema e di capire se, percorrendo detta strada, sia possibile rintracciare taluni fattori fra quelli che hanno influenzato la sostanza delle modifiche normative proposte. Passeremo poi a esaminare questa sostanza, nel tentativo di valutare la reale attuabilità delle disposizioni e gli effetti che sarebbero destinate a produrre, qualora fossero approvate dal governo.*

SOMMARIO: 1. Introduzione – 2. La normativa – 2.1. Le norme dello schema di DL – 2.2. L. 103 del 2017 – 2.3. Le leggi sul “superamento degli OPG” e altri recenti documenti che riguardano la materia – 3. Breve storia del “doppio binario” e delle proposte della sua abolizione: verso la cancellazione del concetto di “internamento” – 4. Informazione e disinformazione sui malati di mente in ambito penitenziario. – 5. L’ipocrita e contraddittoria utopia della “responsabilizzazione” dei folli-rei – 6. Le camaleontiche trasformazioni della “malattia trasgressiva” e la granitica resistenza delle istanze punitive della società – 7. La cattiva coscienza degli psichiatri: il conformismo o il silenzio – 7.1. La bisbigliante arrendevolezza della cosiddetta “psichiatria forense” – 8. Considerazioni finali sulle norme dello schema e sulle possibili conseguenze della loro applicazione.

1. Introduzione.

Lo schema di DL che ci apprestiamo a esaminare è stato elaborato in ottemperanza a quanto previsto dall’art. 1, punto 16, della L. 103 del 2017. Per le questioni che riguardano la presente trattazione, la L. 103/2017 ha indicato i principi e criteri che avrebbero dovuto guidare l’elaborazione del DL, delegando il Governo ad adottarlo “nel termine di un anno”. La L. 103/2017 conteneva peraltro talune indicazioni sulla materia, che cercheremo di capire se siano confermate o smentite nello schema di DL.

Potremmo indicare tale materia, per comodità e senza ipocrisie, come quella che riguarda il trattamento penitenziario del reo folle o del folle detenuto¹. Le norme contenute nell'articolato dello schema dovranno quindi essere confrontate con tutta la legislazione degli ultimi due decenni in materia di "sanità penitenziaria" e, in particolare, con quella relativa alle leggi sul "superamento degli OPG".

Si tratta, come si capisce, di una materia "delicata", che solo in apparenza è "specialistica", ma che ha invece una relazione molto profonda con i "fondamenti del diritto penale", poiché è correlativa al tema della "responsabilità"². È, questo, un terreno sul quale è facile rinvenire orientamenti ideologici quasi diametralmente opposti, da cui originano divergenti strategie trattamentali. Non sarà difficile constatare come, nella elaborazione delle recenti norme, vi sia stato un orientamento ideologico che ha prevalso. Cercheremo di rintracciare tale orientamento, andando peraltro a verificare se le norme che ha espresso, insieme alle strategie trattamentali che ne derivano, siano coerenti, univoche e, soprattutto, utili al raggiungimento dei fini dichiarati.

La questione della "irresponsabilità" d'altronde, come capisce persino un profano, implica inevitabilmente l'esame di taluni dati epidemiologici recenti relativi alla follia reclusa. Ammesso che a questa categoria, che mantiene per noi un valore euristico perché "clinico", abbia ancora un senso continuare a riferirsi.

Se è vero che gli autori del presente articolo, che sono psichiatri psicoanalisti, ritengono che abbia un valore – clinico e trattamentale – la categoria della follia reclusa, occorre però capire se tale valore essa lo abbia anche per la psichiatria accademica e istituzionale del nostro Paese. Infatti, nel caso in cui quest'ultima psichiatria misconoscesse ampiamente dignità e valore a tale categoria, *nulla questio*. I giochi sarebbero fatti: l'orientamento ideologico prevalente, che rintracceremo alla base delle recenti disposizioni di legge, si troverebbe infatti a essere consonante con le posizioni della psichiatria "ufficiale". Tanto più se un simile orientamento, attraverso una sorta di capriola suicida, fosse condiviso anche dalla cosiddetta psichiatria forense.

C'è peraltro da considerare che la prevalenza delle posizioni ideologiche che hanno sostenuto e che sostengono l'adozione di molte recenti norme, surrettiziamente tese a restituire al reo folle il "diritto alla pena", colludono, in maniera nemmeno troppo sotterranea, con le istanze vendicative che restano alla base dell'azione penale e dei trattamenti penitenziari. Anche perché le recenti norme (uno degli Autori del presente articolo le ha definite "leggi Alcina"), dietro l'apparenza di una lodevole innovazione tesa alla "cura", appaiono non solo lacunose, contraddittorie e scritte in

¹Vedremo più avanti perché alla malattia mentale reclusa vada restituita la dignità di un riconoscimento chiaro per riuscire a trattarla. Ci piace parlare di "folle reo" con chiaro riferimento alla rivista "Il reo e il folle", fondata dagli Autori di questo articolo nel 1996 e che fino al 2008 ha ospitato contributi rilevanti e anticipatori sui temi a cavallo tra Psichiatria e Giustizia.

Gli Autori di lingua anglosassone, un po' più asettici di noi ma non ipocriti, designano i soggetti ai quali ci riferiamo come *mentally ill offenders*.

² Per qualche chiarimento su questi rapporti si vedano, ad esempio, le interessanti riflessioni di LUCA SANTA MARIA, [Diritto penale sospeso tra neuroscienze ancor giovani e una metafisica troppo antica](#), in *questa Rivista*, 19 dicembre 2017.



2/2018

maniera tale da generare interpretazioni incerte ed equivoche, ma anche e soprattutto inapplicabili.

Coloro che si occupano direttamente della cura dei folli rei in ambito detentivo, coloro quindi che affrontano direttamente il problema e non misconoscono le difficoltà di una ineludibile conciliazione della cura con la pena, dovrebbero prendere la parola in maniera autorevole, esigendo la partecipazione ai tavoli nei quali si stabilisce se la cura dei folli rei debba avvenire, come debba avvenire e dove debba avvenire. Se questo non accadrà, dilagheranno le norme inapplicabili, la cura della malattia reclusa diverrà impossibile e la società continuerà a mostrare una grande afflizione per lo straripare, in carcere, dell'autolesionismo e del suicidio, al di là e al di qua delle sbarre.

2. La normativa.

L'esame della normativa prende l'avvio dalle norme dello schema di DL e, subito dopo, della L. 103/2017 che prevedeva l'adozione di tale DL. Citeremo per esteso le disposizioni che ci appaiono maggiormente rilevanti.

Esamineremo quindi le leggi e i decreti che, a partire dal 1999, hanno disciplinato la materia, con particolare attenzione, com'è ovvio, alle disposizioni relative al "superamento degli OPG".

2.1. Le norme dello schema di DL

La parte normativa dello schema che maggiormente interessa ai nostri fini è la seguente³:

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** [Rinvio facoltativo dell'esecuzione della pena], primo comma, numero 2), **sono aggiunte in fine le seguenti parole: «o psichica»;**
- b) **l'articolo 148** [Infermità psichica sopravvenuta al condannato] **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:

- a) l'articolo 11 è sostituito dal seguente articolo:
«Art. 11. Servizio sanitario.
[...]

³Il grassetto, nel testo dello schema è aggiunto dagli Autori del presente articolo.



2/2018

4. Ove siano necessarie cure o accertamenti sanitari che non possono essere apprestati dai servizi sanitari degli istituti, gli imputati sono trasferiti in strutture sanitarie esterne di diagnosi o di cura [...]

5. Quando non vi è pericolo di fuga **i detenuti e gli internati trasferiti in strutture sanitarie esterne di diagnosi o di cura non sono sottoposti a piantonamento durante la degenza, salvo che sia necessario per la tutela della loro incolumità personale.**

[...]

7. All'atto dell'ingresso nell'istituto il detenuto e l'internato sono sottoposti a visita medica generale e ricevono dal medico informazioni complete sul proprio stato di salute. **Nella cartella clinica del detenuto o internato il medico annota immediatamente, anche mediante comunicazione fotografica, ogni informazione relativa a segni o indicazioni che facciano apparire che la persona possa aver subito violenze o maltrattamenti** e, fermo l'obbligo di referto, dà comunicazione al direttore dell'istituto e al magistrato di sorveglianza. I detenuti e gli internati hanno diritto altresì di ricevere informazioni complete sul proprio stato di salute durante il periodo di detenzione e all'atto della rimessione in libertà. **L'assistenza sanitaria è prestata, durante la permanenza nell'istituto, con periodici e frequenti riscontri, indipendentemente dalle richieste degli interessati, e si uniforma ai principi di globalità dell'intervento sulle cause di pregiudizio della salute, di unitarietà dei servizi e delle prestazioni, d'integrazione dell'assistenza sociale e sanitaria e di garanzia della continuità terapeutica.**

[...]

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.



2/2018

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.»;

[...]

4. L'articolo 112 del decreto del Presidente della Repubblica 30 giugno 2000, n. 230, è abrogato.

[...]

CAPO IV MODIFICA DELLE NORME DELL'ORDINAMENTO PENITENZIARIO IN TEMA DI MISURE ALTERNATIVE

Articolo 14

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

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

a) all'articolo 47:

1) al comma 1 le parole «inflitta non supera tre anni» sono sostituite dalle seguenti parole: «da eseguire non supera quattro anni»;

[...]

b) dopo l'articolo 41-sexies è aggiunto il seguente articolo: «**Art. 41-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. [...]**

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.**

[...]

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.

[...]

Articolo 15

(Modifiche in tema di detenzione domiciliare)

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

a) all'articolo 41-ter:

[...]

5) il comma 1-ter è sostituito dal seguente comma: «1-ter. Quando potrebbe essere disposto il rinvio obbligatorio o facoltativo dell'esecuzione della pena ai sensi degli articoli 146 e 147 del codice penale, **il tribunale di sorveglianza**, anche se la pena supera il limite di cui al comma 1 e sempre che non ricorrano i presupposti per l'affidamento in prova ai sensi dell'articolo 47-septies, **può disporre l'applicazione della detenzione**



2/2018

domiciliare, stabilendo un termine di durata che può essere prorogato. L'esecuzione della pena prosegue durante l'esecuzione della detenzione domiciliare.»;

[...]

Articolo 26

(Clausola di invarianza finanziaria)

1. Dall'attuazione delle disposizioni di cui al presente decreto non devono derivare nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica.
2. Le amministrazioni interessate provvedono agli adempimenti previsti dal presente decreto con le risorse umane, finanziarie e strumentali disponibili a legislazione vigente.

Esprimeremo soltanto nelle considerazioni finali una critica ragionata delle norme dello schema del DL, dopo averle raffrontate con le disposizioni di legge che esse andrebbero a modificare, se fossero approvate. Ne valuteremo la praticabilità e l'efficacia. Qui ci preme soprattutto elencare, in sintesi, gli aspetti apparentemente "innovativi" di tali norme:

- 1) viene abrogato l'art. 148 c.p. [*Infermità psichica sopravvenuta al condannato*]; tuttavia i «soggetti affetti da infermità psichiche sopravvenute» sono comunque previsti nelle norme del nuovo schema, non più per essere "ricoverati" ex art. 148 c.p. nelle REMS, strutture sanitarie, ma per espiare le pene detentive nelle «Sezioni per detenuti con infermità» di cui al modificato art. 65, peraltro «ad esclusiva gestione sanitaria», seppure inserite all'interno delle carceri;
- 2) viene abrogato l'art. 112 DPR 230/2000, che però risulta ampiamente assorbito nell'art. 11-bis dello schema;
- 3) nell'art. 147 c.p. viene prevista la concessione del *Rinvio facoltativo dell'esecuzione della pena* anche ai casi di «infermità psichica»;
- 4) viene previsto uno specifico «*Affidamento in prova di condannati con infermità psichica*»;
- 5) anche se non in modo non specifico, si può desumere che le nuove norme estendano anche ai condannati con infermità psichica la possibilità di ricorrere alla *detenzione domiciliare*;
- 6) sono istituite, modificando l'art. 65 della legge 26 luglio 1975, n. 354, «Sezioni per detenuti con infermità [...] ad esclusiva gestione sanitaria».

Un particolare, assolutamente rilevante ai fini dell'esame che ci proponiamo: le "commissioni ministeriali di studio per la riforma dell'ordinamento penitenziario e del sistema delle misure di sicurezza persona", quelle che hanno messo a punto lo schema di DL, erano stracolme di esperti del diritto (universitari, magistrati e avvocati), ma in esse non compariva nemmeno un medico o un esperto sanitario in psichiatria penitenziaria (fra parentesi noteremo che non c'è nemmeno un direttore di carcere)⁴.

⁴La Commissione che aveva il compito di redigere lo schema di decreto legislativo sulle modifiche alla disciplina delle misure di sicurezza e di assistenza sanitaria, era così composta:

Presidente: Marco Pelissero – ordinario di Diritto penale, Università di Torino;

Componenti: Roberto Bartoli – ordinario di Diritto penale, Università di Firenze; Daniele Caprara – avvocato; Giuseppe Cherubino – avvocato; Francesco Paolo De Simone Policarpo – avvocato; Giovanna Di

2.2. Le norme della L. 103/2017

Sappiamo che lo schema di DL è stato elaborato in ottemperanza a quanto previsto dall'art. 1, punto 16, della L. 103 del 2017. Vediamo dunque, nella L. 103, quali sono i punti che rilevano per quanto concerne il nostro tema⁵.

16. Il Governo è delegato ad adottare, nel termine di un anno dalla data di entrata in vigore della presente legge, decreti legislativi per la modifica della disciplina del regime di procedibilità per taluni reati e delle misure di sicurezza personali e per il riordino di alcuni settori del codice penale, secondo i seguenti principi e criteri direttivi:

[...]

c) **revisione della disciplina delle misure di sicurezza personali** ai fini della espressa indicazione del divieto di sottoporre a misure di sicurezza personali per fatti non preveduti come reato dalla legge del tempo in cui furono commessi; **rivisitazione, con riferimento ai soggetti imputabili, del regime del cosiddetto «doppio binario»**, prevedendo l'applicazione congiunta di pena e misure di sicurezza personali, nella prospettiva del minor sacrificio possibile della libertà personale, soltanto per i delitti di cui all'articolo 407, comma 2, lettera a), del codice di procedura penale e prevedendo comunque la durata massima delle misure di sicurezza personali, l'accertamento periodico della persistenza della pericolosità sociale e la revoca delle misure di sicurezza personali quando la pericolosità sia venuta meno; **revisione del modello definitorio dell'infermità, mediante la previsione di clausole in grado di attribuire rilevanza, in conformità a consolidate posizioni scientifiche, ai disturbi della personalità**; previsione, nei casi di non imputabilità al momento del fatto, di misure terapeutiche e di controllo, determinate nel massimo e da applicare tenendo conto della necessità della cura, e prevedendo l'accertamento periodico della persistenza della pericolosità sociale e della necessità della cura e la revoca delle misure quando la necessità della cura o la pericolosità sociale siano venute meno; **previsione, in caso di capacità diminuita, dell'abolizione del sistema del doppio binario e previsione di un trattamento sanzionatorio finalizzato al superamento delle condizioni che hanno diminuito la capacità dell'agente, anche mediante il ricorso a trattamenti terapeutici o riabilitativi e l'accesso a misure alternative, fatte salve le esigenze di prevenzione a tutela della collettività**;

d) 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**

Rosa – presidente del Tribunale di sorveglianza di Milano; Benedetta Galgani – associato di Diritto processuale penale, Università di Pisa; Gian Luigi Gatta – ordinario di Diritto penale, Università di Milano; Oliviero Mazza – ordinario di Diritto processuale penale, Università Milano-Bicocca; Nicola Mazzamuto – presidente del Tribunale di sorveglianza di Messina; Michele Giacomo Carlo Passione – avvocato; Francesco Patrone – giudice di Tribunale, Roma; Giovanni Maria Pavarin – presidente del Tribunale di sorveglianza di Venezia; Giorgio Pighi – associato di Diritto penale, Università di Modena e Reggio Emilia; Giovanna Spinelli – magistrato del Tribunale di sorveglianza di Avellino. Anche nella Commissione per la riforma dell'ordinamento penitenziario nel suo complesso non era presente alcun medico. V. Redazionale, [Istituite le commissioni di studio per la riforma dell'ordinamento penitenziario e del sistema delle misure di sicurezza personali](#), in *Giur. pen.*, 19 luglio 2017.

⁵Anche in questo caso il grassetto è degli Autori del presente articolo.

l’infermità di mente sia sopravvenuta durante l’esecuzione della pena, degli imputati sottoposti a misure di sicurezza provvisorie e di tutti coloro per i quali occorra accertare le relative condizioni psichiche, qualora le sezioni degli istituti penitenziari alle quali sono destinati non siano idonee, di fatto, a garantire i trattamenti terapeutico-riabilitativi, con riferimento alle peculiari esigenze di trattamento dei soggetti e nel pieno rispetto dell’articolo 32 della Costituzione.”

85. [...] i decreti legislativi recanti modifiche all’ordinamento penitenziario, per i profili di seguito indicati, sono adottati nel rispetto dei seguenti principi e criteri direttivi:

[...]

1) revisione delle disposizioni dell’ordinamento penitenziario alla luce del riordino della medicina penitenziaria disposto dal decreto legislativo 22 giugno 1999, n. 230, tenendo conto della **necessità di potenziare l’assistenza psichiatrica negli istituti di pena;**

[...]

Come si vede chiaramente, le norme dello schema di DL non ottemperano che molto parzialmente ai principi e criteri direttivi della L. 103/2017. Senza dubbio, nello schema, si procede a una “rivisitazione” del sistema del *doppio binario*, prevedendo in apparenza percorsi di maggiore garanzia terapeutica e trattamentale per i *seminfermi di mente*, anche se non si procede, per i casi di diminuita capacità per vizio parziale di mente, alla “abolizione del doppio binario”, poiché per farlo, come si capisce, occorrerebbe abrogare, nel codice penale, l’art. 89 c.p., modificando contestualmente l’art. 95 lì dove prevede il ricorso all’art. 89.

La L. 103/2017 aveva accolto appieno l’emendamento della senatrice Maria Mussini lì dove, fra i principi e criteri direttivi, indicava la «previsione della destinazione alle REMS [...] dei soggetti per i quali l’infermità di mente sia sopravvenuta durante l’esecuzione della pena, degli imputati sottoposti a misure di sicurezza provvisorie e di tutti coloro per i quali occorra accertare le relative condizioni psichiche, qualora le sezioni degli istituti penitenziari alle quali sono destinati non siano idonee, di fatto, a garantire i trattamenti terapeutico-riabilitativi»⁶. Lo schema di DL al contrario, facendo proprie le indicazioni contenute nel contro-emendamento della senatrice Emilia Grazia De Biasi, non solo abroga l’art. 148 c.p. stabilendo che i condannati colpiti da infermità sopravvenuta restino in carcere (anche se in «sezioni a completa gestione sanitaria»), ma stabilisce inoltre che nelle REMS non vengano più ricoverati i soggetti da sottoporre a osservazione psichiatrica qualora le deputate sezioni penitenziarie non siano idonee. Di fatto, quindi, si prevede che nelle REMS non vengano più “ricoverati” gli ex 148 c.p. e gli osservandi, procedendo surrettiziamente a una “rivisitazione del doppio binario”, visto che fino a pochi anni addietro, nelle

⁶ Contro l’introduzione di tali principi e criteri direttivi della L. 103 si era schierato apertamente in *questa Rivista* F. SCHIAFFO, [Psicopatologia della legislazione per il superamento degli OPG: un raccapricciante acting out nella c.d. “Riforma Orlando”](#), in *questa Rivista*, 21 agosto 2017.

Le argomentazioni di Francesco Schiaffo, per quanto da noi non condivise, sono tutt’altro che irrilevanti. In ogni caso viene sottolineato il lapalissiano contrasto (definito “schizofrenico”) fra quelle indicazioni della L. 103 e tutta la “ideologia” che era stata alla base, dal 2011 in poi, delle disposizioni legislative sul “superamento degli OPG”.

strutture di internamento a direzione sanitaria (Ospedali Psichiatrici Giudiziari, Case di Cura e Custodia e Reparti per Minorati Psichici), ben più di un terzo della popolazione “internata” era costituita da seminfermi di mente (artt. 219 e 89 c.p.), condannati con sopravvenuta infermità (art. 148 c.p.), osservandi (art. 112 DPR 230/2000) e minorati psichici (art. 111 DPR 230/2000).

Non si capisce, infine, come i decreti legislativi attuativi possano ottemperare alla disposizione di “potenziare l’assistenza psichiatrica negli istituti di pena” quando si prevede, nello schema di DL, una “*Clausola di invarianza finanziaria*”: si pensa forse di stornare, sul capitolo dell’assistenza psichiatrica in capo al Ministero della Salute, fondi di altri capitoli, del Ministero della Salute stesso o di quello della Giustizia?

2.3. Le leggi sul “superamento degli OPG” e altri recenti documenti che riguardano la materia

Le norme dello schema di DL dovrebbero integrarsi con quelle relative al cosiddetto “superamento” degli OPG e con le altre disposizioni correlate. Diamo per scontato che tutti conoscano, almeno sommariamente, le disposizioni di legge che hanno portato al superamento degli OPG e della CCC, istituti che il Presidente Giorgio Napolitano, dopo aver visto le immagini girate in quei luoghi dalla “Commissione Marino”, definì degli “orrori indegni di un Paese appena civile”. Riassumiamo brevemente gli elementi innovativi delle leggi 9/2012 e 81/2014.

- 1) In primo luogo i soggetti che, giudicati totalmente o parzialmente infermi di mente e socialmente pericolosi, debbono essere sottoposti a una misura di sicurezza detentiva, vanno “ricoverati” in una REMS (Residenza per le Misure di Sicurezza [detentive]) e non più “internati” in un OPG o in una CCC.
- 2) La misura di sicurezza detentiva del ricovero in una REMS deve rappresentare, per i soggetti totalmente o parzialmente infermi di mente e socialmente pericolosi, l’*extrema ratio*, vale a dire la misura da adottare solo quando ogni altra soluzione trattamentale e terapeutica (comprese le misure di sicurezza non detentive) non possa essere adottata per la cura del soggetto e per il controllo della sua pericolosità sociale⁷.
- 3) L’adozione della misura di sicurezza detentiva del ricovero in una REMS non può e non deve dipendere dal fatto che un programma terapeutico/trattamentale non detentivo, ove opportuno per il paziente autore di reato, sia effettivamente elaborato e messo a disposizione dai Servizi Sanitari (in particolare di Salute Mentale) competenti⁸.

⁷ L. 81/2014: “Il giudice dispone nei confronti dell’infermo di mente e del seminfermo di mente l’applicazione di una misura di sicurezza, anche in via provvisoria, diversa dal ricovero in un ospedale psichiatrico giudiziario o in una casa di cura e custodia, salvo quando sono acquisiti elementi dai quali risulta che ogni misura diversa non è idonea ad assicurare cure adeguate e a fare fronte alla sua pericolosità sociale”.

⁸ L. 81/2014: “Non costituisce elemento idoneo a supportare il giudizio di pericolosità sociale la sola mancanza di programmi terapeutici individuali”



2/2018

- 4) "L'accertamento [della pericolosità sociale del reo folle] è effettuato sulla base delle qualità soggettive della persona e senza tenere conto delle condizioni di cui all'articolo 133, secondo comma, numero 4, del codice penale"⁹, vale a dire "delle condizioni di vita individuale, familiare e sociale del reo".
- 5) "Le misure di sicurezza detentive provvisorie o definitive, compreso il ricovero nelle residenze per l'esecuzione delle misure di sicurezza, non possono durare oltre il tempo stabilito per la pena detentiva prevista per il reato commesso, avuto riguardo alla previsione edittale massima"¹⁰.

Le disposizioni di legge sul "superamento degli OPG" prevedevano che, di pari passo con la realizzazione delle REMS si andassero organizzando anche le "sezioni psichiatriche penitenziarie". Segneremo qui di seguito solo talune di queste disposizioni¹¹.

DPCM 1 Aprile 2008 . (GU n. 126 del 30-5-2008)

ALLEGATO C

Ministero della Salute

Ministero della Giustizia

Linee di indirizzo per gli interventi negli ospedali psichiatrici giudiziari (OPG) e nelle case di cura e custodia

"[...]

"[Comma 3] È da sottolineare che il successo del programma specifico per gli OPG è strettamente connesso con la realizzazione di tutte le misure e azioni indicate per la tutela della salute mentale negli istituti pena, con particolare riferimento **all'attivazione, all'interno degli istituti, di sezioni organizzate o reparti, destinati agli imputati e condannati, con infermità psichica sopravvenuta nel corso della misura detentiva che non comporti l'applicazione provvisoria della misura di sicurezza del ricovero in ospedale psichiatrico giudiziario o l'ordine di ricovero in O.P.G. o in case di cura o custodia**³; presso le stesse sezioni potrebbero essere assegnati, per l'esecuzione della pena, anche i soggetti condannati a pena diminuita per vizio parziale di mente."

La **Conferenza Unificata Stato-Regioni raggiungeva, in data 13/10/2011, un Accordo**¹² nel quale forniva ulteriori indicazioni per la realizzazione di dette "sezioni psichiatriche".

(Implementazioni per la tutela della salute mentale negli istituti penitenziari ordinari)

- Ogni Regione e Provincia autonoma, attraverso i propri DDSSMM, programmi, in accordo con all'Amministrazione Penitenziaria, ed attivi entro il 30 giugno 2012, in almeno uno degli Istituti Penitenziari del proprio territorio, o, preferibilmente, in quello di ognuna delle Aziende Sanitarie, in una specifica **sezione**, ai fini dell'implementazione della tutela intramuraria della salute mentale delle persone ristrette negli Istituti del

⁹ L. 81/2014

¹⁰ L. 81/2014

¹¹ Anche in questo caso il grassetto è degli Autori del presente articolo.

¹² [Accordo ai sensi dell'art. 9 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281](#), sul documento recante "Integrazioni agli indirizzi di carattere prioritario sugli interventi negli Ospedali Psichiatrici Giudiziari (OPG) e nelle Case di cura e Custodia (CCC) di cui all'Allegato C al DPCM 1 aprile 2008". (Comitato Paritetico Interistituzionale), in GU n. 256 del 3/11/2011



2/2018

territorio di competenza (regionale o aziendale), **un'ideale articolazione del servizio sanitario**.

- La suddetta articolazione, con riferimento alle pertinenti azioni ed obiettivi di cui all'Allegato C ai D.P.C.M. 01.04.2008, dovrà operativamente concorrere al superamento dell'OPG garantendo almeno le seguenti due funzioni:
 - con riferimento alle persone detenute negli Istituti del territorio della Regione o Provincia autonoma, assicurando l'espletamento negli Istituti ordinari delle osservazioni per l'accertamento delle infermità psichiche di cui all'art. 112 del DPR 230/2000 e prevenendo l'invio in OPG o in CCC nei casi di persone con infermità psichica sopravvenuta nel corso della misura detentiva o condannate a pena diminuita per vizio parziale di mente (art. 111, comma 5 e 7 del DPR 230/2000);
 - con esclusivo riferimento alle persone di competenza presenti in uno degli Istituti-OPG, anche se diverso da quello del bacino macroregionale di riferimento, rispondendo ai loro bisogni di salute mentale e accogliendole e prendendole in carico - sì da determinarne sia la dimissione dall'OPG che il ritorno in un Istituto ordinario della Regione o Provincia autonoma.
- L'Amministrazione Penitenziaria, contestualmente all'avvio dell'operatività delle suddette sezioni, ed a seguito di formale comunicazione da parte della Regione o della Provincia Autonoma, non disporrà più invii di detenuti negli Ospedali Psichiatrici Giudiziari per osservazione psichiatrica, ai sensi dell'art. 112 DPR 230/00 e concorrerà, per quanto di competenza, a garantire e facilitare l'utilizzo delle stesse sezioni per le restanti funzioni di cui ai commi precedenti.
- Anche nel caso di Regioni e P.A. di piccole dimensioni, ove l'attivazione di una vera e propria sezione risulti eccedente il bisogno, le suddette funzioni dovranno comunque essere assicurate all'interno di un Istituto Penitenziario ordinario.

In molteplici occasioni, nell'arco degli ultimi anni, la **Commissione Interministeriale (Salute e Giustizia)** riferiva al Parlamento sugli stati di avanzamento del Programma di superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari. Per comodità riporteremo soltanto quanto si trova scritto nella **Relazione del 1/10/2014**¹³. Le successive Relazioni non aggiungono granché al sommario riferimento che, nella suddetta Relazione, troviamo alle sezioni psichiatriche penitenziarie.

“Interventi per garantire il funzionamento delle sezioni psichiatriche interne agli istituti penitenziari”.

I soggetti destinatari sono detenuti con disturbo mentale, con particolare riferimento alle fattispecie disciplinate dagli articoli 111 e 112 del DPR 230/2000 e ai soggetti di cui all'articolo 148 del Codice Penale, che in passato potevano essere assegnati agli OPG, e che in futuro saranno assegnati alle sezioni psichiatriche dedicate negli istituti penitenziari.

Franco Corleone, come Commissario unico governativo per il superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari, fra il 2016 e l'inizio del 2017, si è ovviamente occupato molto della chiusura degli OPG e della CCC e, contestualmente, dell'apertura e del consolidamento delle REMS. Com'era inevitabile ha anche trattato il tema delle “articolazioni penitenziarie per la tutela della salute mentale”. Noi esamineremo brevemente l'analisi che Franco Corleone fa di dette articolazioni nella **Seconda**

¹³ [Relazione al Parlamento sul Programma di superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari](#), ai sensi del decreto-legge 31 marzo 2014, n.52, convertito dalla legge 30 maggio 2014 n. 81. Trasmessa alla Camera dei Deputati il 1/10/2014.



2/2018

Relazione Semestrale sulle attività da lui svolte, quella relativa al semestre compreso fra il 19 agosto 2016 e 19 febbraio 2017¹⁴. I dati di Franco Corleone sulle

“Articolazioni psichiatriche” penitenziarie sono per sua stessa ammissione molto lacunosi, ancorché “forniti dal DAP al 31 gennaio 2017” e integrati “con quelli inviati da alcuni Provveditorati regionali”.

Apprendiamo, dalla Seconda Relazione semestrale del Commissario, che negli Istituti Penitenziari italiani vi sarebbero 34 Articolazioni psichiatriche, fra quelle “funzionanti”, quelle “in attesa di affettiva attuazione” e quelle “non confermate”. I posti letto totali delle 34 Articolazioni sarebbero 192.

Franco Corleone ci indica le categorie di detenuti che sono ospitati o che dovrebbero essere ospitati nelle Articolazioni: soggetti cui è stato applicato l’art. 148 c.p. (al 31/12/2017 erano 35 uomini e 7 donne); soggetti in Osservazione Psichiatrica ex art. 112 DPR 230/2000 (inevitabilmente, come dispone il comma 1 di detto articolo, molti soggetti in Osservazione non sono ospiti delle “Articolazioni psichiatriche”, ma restano nelle Sezioni ordinarie degli Istituti); soggetti sottoposti alla “minorazione psichica” di cui all’art. 111 DPR 230/2000. Si capisce, nella Relazione di Franco Corleone, che il Commissario manifesta un atteggiamento critico non solo nei confronti della permanenza nelle Articolazioni dei soggetti appartenenti alle suddette categorie, ma anche e soprattutto nei confronti del mantenimento stesso di tali categorie giuridiche. Questo non meraviglia conoscendo le posizioni che Franco Corleone ha espresso chiaramente da molti lustri a questa parte e che esprime peraltro in modo esplicito nel proseguo della Relazione quando tratta, al **punto 6, la “necessaria riforma” del Codice penale**.

È interessante leggere quali sono, sulla riforma del codice penale, le posizioni del Commissario governativo Franco Corleone. Le citeremo riassumendole.

“Sarebbe necessario intraprendere un lavoro di “pulizia” del Codice penale, per far sì che la Riforma compiuta con la Legge 81/2014, abbia anche il sostegno di un linguaggio che la esprima adeguatamente. [...]

Si tratta di dare sistemazione a delle reliquie e accettare che siano veramente parte del passato. Un lavoro di questo tipo non è stato fatto perché non si è mai proceduto, nonostante i vari progetti, a una riforma organica di quella parte del Codice che riguarda le misure di sicurezza, **la loro impostazione su doppio binario con la pena** e il loro modo di gestione.

[...] La questione degli articoli 88 e 89 riguardanti l’incapacità d’intendere e di volere, tocca l’impostazione di fondo del Codice in tema di misure di sicurezza, ovvero il sistema del doppio binario: tali articoli potrebbero essere modificati solo nell’ambito di un ripensamento complessivo del sistema delle misure di sicurezza. Più nell’immediato si può pensare d’intervenire sui seguenti articoli:

Art. 148. [...] Sarebbe piuttosto necessario riconoscere alla malattia mentale pari dignità e necessità di cure rispetto a quella fisica e prevedere una disciplina uguale per entrambe le situazioni. **Si suggerisce di abolire la parte dell’art. 148** (le parole dopo “differita o sospesa”) **che delinea un trattamento differente rispetto a quello previsto nell’art. 147** [...]

¹⁴ Per il testo della Relazione rinviamo al [sito di Franco Corleone](#). Le posizioni ideologiche della Relazione sono le stesse del Comitato “Stop OPG”.



2/2018

Art. 206. [...] Come si è suggerito nelle precedenti relazioni **l'art. 206 dovrebbe essere abrogato e sostituito con la custodia cautelare, con affidamento al SPDC.** [...]

Artt. 215-219-222. [...] Alla luce dell'elaborazione effettuata dal Tavolo 11 degli Stati generali dell'esecuzione penale **si propone di sostituire le misure di sicurezza destinate attualmente dal Codice penale agli incapaci d'intendere e volere con misure giudiziarie terapeutiche**, da applicare ai "pazienti psichiatrici giudiziari", modificando così anche il termine "internati". Come indicato dal Tavolo 11 **tali misure, di natura terapeutica, dovrebbero essere distinte in tre tipologie, differenziate a seconda della gravità del fatto commesso, alla quale seguono trattamenti differenti.** [...]"

Se ci siamo soffermati un poco sulle posizioni espresse dal Commissario Corleone, è perché queste posizioni sono le stesse che sono rappresentate nello schema di DL che stiamo esaminando e che sono emerse con chiarezza come prevalenti nei documenti conclusivi dei Tavoli degli Stati generali dell'Esecuzione Penale convocati fra il 2015 e il 2016 dal Ministro Orlando. Non è per caso che le conclusioni del Tavolo 11 vengano citate dal Commissario Corleone a sostegno del progetto della riforma del Codice penale da lui preconizzata.

È di grande interesse esaminare i lavori dei Tavoli 10 e 11 degli "Stati generali". Lo faremo brevemente, cominciando dalla loro composizione per finire a una sintetica panoramica delle loro conclusioni.

Occorre premettere che entrambi i tavoli, curiosamente, si occupavano (non a caso, come vedremo) di una materia affine. Il primo Tavolo si sarebbe dovuto occupare della "salute in carcere" in generale, ma guarda caso aveva il titolo di "Salute e disagio psichico" e di quest'ultimo aspetto si è molto occupato. Il Tavolo 11 era relativo alle "Misure di sicurezza" in generale, ma ha finito per occuparsi prevalentemente, "in coordinamento con il Tavolo 10", di misure di sicurezza psichiatriche.

Argomenti psichiatrici prevalenti, dunque, per entrambi i Tavoli, in nessuno dei quali, però, ci sembra fossero presenti psichiatri con specifiche competenze ed esperienze cliniche di salute mentale in carcere (c'era un direttore di OPG, ma l'OPG non è certo il carcere).

Diamo uno sguardo sommario alle proposte di modifica normativa avanzate dai due Tavoli.

Cominceremo con le conclusioni raggiunte dal Tav. 10, così come sintetizzate nel **"Documento finale" degli Stati Generali**¹⁵.

"[...]

Parte seconda - Dignità e diritti: una reciproca implicazione

[...]

5. Il diritti inerenti al bene salute

[...]

5.4 La tutela dei soggetti con disagio psichico

Un'attenzione maggiore deve essere riservata alle esigenze di cura e tutela della salute delle persone detenute portatrici di problematiche psichiatriche. **La considerevole**

¹⁵ Il Testo integrale e definitivo degli "Stati Generali sull'Esecuzione Penale è consultabile [qui](#). Solo alcune delle evidenziazioni in grassetto, di questa citazione e delle successive, sono degli autori dell'articolo.



2/2018

presenza di soggetti con varie tipologie di disagio psichico è stata più volte segnalata come elemento di criticità nella gestione della vita detentiva, nonché di stress per il personale che opera a diretto contatto quotidiano con essi, peraltro senza una specifica formazione. Per questo si ritiene opportuno prevedere interventi normativi che consentano per le persone affette da tali patologie l'espiazione della pena in forme alternative, compatibilmente con le esigenze di sicurezza. Tali forme dovranno armonizzarsi con le esigenze di cura, **equiparando la posizione di chi è affetto da grave patologia psichiatrica a quella di chi è affetto da grave patologia fisica**. Considerato che il ricorso a misure alternative potrebbe non essere sempre possibile, si sottolinea l'esigenza di **adeguare agli standard fissati dai Rapporti di visita del CPT l'organizzazione e le caratteristiche dei reparti specializzati degli istituti penitenziari (le c.d. articolazioni per la salute mentale) per i detenuti con infermità psichica sopravvenuta durante l'esecuzione della pena e per i condannati seminfermi di mente.**"

Se poi andiamo a vedere la **Versione Integrale della Relazione Finale del Tav. 10**¹⁶, ci accorgiamo che le norme dello schema di DL si sovrappongono alle trasformazioni preconizzate in tale Relazione.

Già nell'Abstract della Relazione si avanza:

"[...] la previsione di nuove **misure alternative alla detenzione per i portatori di problematiche psichiatriche** [...] e inoltre la] previsione di un **intervento sugli articoli 147 e 148 codice penale al fine di armonizzare la tutela prevista per i portatori di patologie fisiche e per i portatori di problematiche psichiatriche.**"

Il Tavolo 10 avanza quindi delle Proposte di modifiche normative. La Proposta 3 è quella che ci riguarda.

"PROPOSTA 3.

"Previsione di alternative alla detenzione più aperte e flessibili per i condannati con patologie psichiatriche."

"[Ci riferiremo direttamente, per brevità, a] "l'articolato normativo di riferimento con le modifiche proposte":

"Art. 147. Rinvio facoltativo dell'esecuzione della pena

L'esecuzione di una pena può essere differita (684 c.p.p.):

2) se una pena restrittiva della libertà personale deve essere eseguita contro chi si trova in condizioni di grave infermità fisica **o di grave infermità psichica tale da comportare una compromissione del funzionamento psichico e dell'adattamento;**

[...]

Art. 148. Infermità psichica sopravvenuta al condannato. *Abrogato*

Art. 47 quater. Misure alternative alla detenzione nei confronti dei [...] soggetti affetti da disturbo psichiatrico con compromissione del funzionamento psichico e dell'adattamento.

[...]

¹⁶ La Relazione Finale del Tavolo 10, è consultabile [qui](#).



2/2018

1. bis Le misure previste dagli articoli 47 e 47-ter possono essere applicate [...] nei confronti di coloro che sono affetti da disturbi psichiatrici con compromissione del funzionamento psichico e dell'adattamento che hanno in corso o intendono intraprendere un programma terapeutico riabilitativo.

[...]

2 bis Le istanze di cui al comma 1 bis devono essere corredate da certificazione del servizio sanitario pubblico competente o del servizio sanitario penitenziario che attesti la sussistenza della patologia psichiatrica e devono essere accompagnate da idoneo programma terapeutico riabilitativo individuale redatto dai servizi sanitari del territorio.

[...]

Le modifiche sopra indicate imporrebbero interventi sugli artt. 111 e 112 DPR n. 230/2000 nella misura in cui contengono riferimenti all'art. 148 c.p.

I riferimenti che sarebbero da espungere sono quelli contenuti nelle seguenti previsioni: art. 111 comma 3; art. 111 comma 4, art. 111 comma 6; art. 112 comma 1; art. 112, comma 3."

Passiamo quindi alle conclusioni raggiunte dal Tav. 11, così come sintetizzate nel **"Documento finale" degli Stati Generali**¹⁷.

"[...]

Parte quarta - L'esecuzione penitenziaria: responsabilizzazione e nuova vita detentiva

[...]

7. L'ineludibile riconfigurazione delle misure di sicurezza

Anche se fin qui si è fatto esclusivo riferimento alla sanzione detentiva in senso stretto, sarebbe ingiustificato escludere dalle tematiche trattate in questa sede l'argomento delle misure di sicurezza. Ciò è tanto più vero se si riflette sulla progressiva osmosi tra le componenti del c.d. doppio binario, un'osmosi in seguito alla quale le misure di sicurezza hanno assunto nel corso del tempo funzioni tipiche delle pene. [...]

[...]

7.2 I "pazienti psichiatrici giudiziari"

Occorre anzitutto segnalare il **carattere anacronistico ed etichettante della parola «internato»** che, soprattutto per quanto riguarda i soggetti con patologie psichiatriche, andrebbe sostituito, ricorrendo ad una terminologia che sottolinei la situazione di deficitaria salute psichica (potrebbe risultare adeguata, ad esempio, la locuzione «**pazienti psichiatrici giudiziari**»). Tale cambiamento sarebbe coerente con l'idea che **bisogna finalmente abbandonare il concetto di pericolosità sociale**, mettendo in primo piano i bisogni terapeutici del "paziente".

Muovendo da tale premessa, si tratterebbe di rendere davvero effettivo il principio [...] secondo cui la misura custodiale interviene come *extrema ratio* [...]. Esplicitando quanto appena detto, **si auspica la creazione di due misure: la prima – da prevedere come prioritaria – a carattere non custodiale** (si tratterebbe, come già accennato, di una particolare tipologia della libertà vigilata attentamente calibrata sulle esigenze terapeutiche del soggetto sulla base del programma di presa in carico formulato dal presidio sanitario); **la seconda, da riservare ai soggetti con un più intenso "bisogno di cure", consistente nel ricovero in una struttura contenitiva a vocazione esclusivamente terapeutica.**

7.3 L'esigenza di una disciplina uniforme nelle REMS

Si è appena parlato di **strutture contenitive «a vocazione esclusivamente terapeutica»**. Tale formula, se è idonea a fornire una prima connotazione dei **luoghi in cui**

¹⁷ Ancora, per il Testo integrale e definitivo degli "Stati Generali sull'Esecuzione Penale, v. [qui](#). Solo alcune delle evidenziazioni in grassetto sono degli autori dell'articolo.



2/2018

dovrebbero essere ospitati i pazienti psichiatrici giudiziari per i quali è più intenso il “bisogno di cure”, non può tuttavia essere ritenuta sufficiente. [...]

Nella Versione Integrale della Relazione Finale del Tav. 11¹⁸ vengono precisati i criteri ispiratori della “ineludibile riconfigurazione delle misure di sicurezza” e puntualizzate le modifiche proposte.

Nell’**Abstract**, intanto, si precisa che:

[...]

b) Per quanto riguarda le **misure giudiziarie di cura e controllo per i “pazienti psichiatrici giudiziari”**, la proposta muove dalla **necessità di un più attento accertamento peritale sull’imputabili**, dalla **crisi del concetto di “pericolosità sociale”**, dall’**esigenza di disegnare misure che provvedano anzitutto ai bisogni terapeutici del paziente psichiatrico giudiziario** e dalla necessità di rendere effettivo il principio di *extrema ratio* delle misure coercitive. Si prevedono in tale ottica tre aree distinte il trattamento del paziente psichiatrico giudiziario, differenziate per gravità del reato commesso, da cui discendono risposte trattamentali differenti, tutte improntate alle esigenze terapeutiche del paziente, denominate “misure giudiziarie di cura e controllo” (distinguibili tra il “**ricovero in S.P.P.G. –Servizio Psichiatrico per Paziente Giudiziario** e misure obbligatorie di cura e controllo). La proposta avanza soluzioni anche in materia di misure cautelari psichiatriche e di misure provvisorie di cura e controllo e propone una dettagliata riforma delle principali norme in materia (in particolare art.206 e 222 c.p. e 286 c.p.p.)

c) Strettamente connessa con la proposta riguardante le **misure giudiziarie di cura e controllo per i “pazienti psichiatrici giudiziari”**, vi è quella di proporre un nuovo “**ordinamento per S.P.P.G.**”, che non si limiti ad una mera riproposizione o rinvio all’Ordinamento penitenziario, ma che abbia una sua autonomia, che ne esalti la funzione sanitaria.

d) Per quanto riguarda i c.d. **gravi disturbi della personalità**, si ritiene di doversi uniformare alla guideline secondo cui **essi non rilevano ai fini dell’applicabilità degli artt. 88 e 89 c.p., fermo restando tuttavia che i medesimi devono assumere la connotazione di infermità giuridicamente rilevante allorché abbiano inciso in maniera significativa sul funzionamento dei meccanismi intellettivi o volitivi dell’autore di reato e il reato sia in connessione psicopatologica e funzionale con il disturbo grave**. Deve essere attribuito al perito il compito di pronunciarsi in punto necessità di cura a elevata o attenuata intensità terapeutica.

Con questi presupposti il Tavolo 11 ha formulato precise **Proposte**:

[...]

“PROPOSTA 2

PROPOSTA UNANIME SU “SOGGETTI NON IMPUTABILI” (E BREVI CENNI SU NUOVA CONFIGURAZIONE DEI SERVIZI PSICHIATRICI PER PAZIENTI GIUDIZIARI – S.P.P.G. E MISURE OBBLIGATORIE DI CURA E CONTROLLO)

Si propongono le seguenti modifiche all’impianto normativo vigente:

A - Misure giudiziarie di cura e controllo distinte sulla base di tre aree e diversi presupposti di intervento. [... A proposito delle] attuali misure di sicurezza per il non

¹⁸ La Relazione Finale del Tavolo 11, è consultabile [qui](#).



2/2018

imputabile, [si sottolinea che] l'alterazione deve essere collegata in modo diretto ed evidente al disturbo psichiatrico e alla consumazione del fatto delittuoso [e che] solo in quel caso conduce alla non imputabilità, al proscioglimento ed alla eventuale comminazione di una "Misura giudiziaria di cura e controllo".

Di qui il riparto in tre distinte aree di trattamento.

a) Per i reati puniti con la pena detentiva non superiore, nel massimo, a tre anni, **il magistrato della cognizione si limita a segnalare al Dipartimento di salute mentale competente il soggetto** cui va materialmente ricondotto il fatto reato, **invitando** i servizi sanitari a predisporre un progetto terapeutico individualizzato e a prendere in carico la persona.

b) Per i reati puniti con la pena della reclusione superiore, nel massimo, a tre anni, **il giudice può statuire che il Dipartimento di salute mentale competente si prenda cura del soggetto, predisponendo un progetto terapeutico individualizzato e stabilisce le limitazioni delle libertà che ritiene necessarie [...].** Il nome dell'istituto è quello di "misura obbligatoria di cura e controllo", proprio al fine di evidenziarne la natura non coercitiva.

c) Per i soli delitti contro l'incolumità pubblica di cui al Titolo VI del Libro II o contro la persona di cui al Titolo XII del medesimo Libro II, purché puniti con la pena non inferiore nel minimo a quattro anni nonché per il reato di cui all'articolo 612-bis c.p. e se, oltre al reato presupposto, sussista il fondato motivo di ritenere probabile il tentativo o la consumazione di altro reato della medesima indole e di almeno pari gravità, il giudice, dopo che i sanitari competenti hanno predisposto un progetto terapeutico individualizzato, **può disporre che la cura e il trattamento abbiano contenuto coercitivo** e si possano protrarre per un minimo di tre mesi fino ad un massimo di tre anni.

B - Misure provvisorie di cura e controllo

[...] La riforma dell'articolo 286 del codice di procedura penale dovrebbe facilitare l'ipotesi di eseguire alternativamente la custodia cautelare dell'infermo di mente di cui si ipotizza il possibile proscioglimento in sezioni specializzate del carcere, oppure presso idonea struttura del servizio psichiatrico ospedaliero. Quest'ultima evenienza, tuttavia, può avere luogo solo al fine di procedere con l'accertamento peritale e per le cure indifferibili di disturbi tali da richiedere urgenti interventi terapeutici [...]. Il Tavolo assegna notevole rilievo all'ampliata latitudine applicativa dell'articolo 286 c.p.p. come rivisto, poiché il nuovo tenore della norma potrebbe scongiurare l'eccessivo e disinvolto ricovero coercitivo provvisorio nei Servizi per pazienti psichiatrici giudiziari. I servizi psichiatrici per pazienti giudiziari rimangono strutture esclusivamente sanitarie con sorveglianza perimetrale esterna. Vi possono essere ricoverati soltanto i soggetti dichiarati non imputabili per infermità mentale in via definitiva o con sentenza di primo grado ovvero ritenuti tali ai sensi dell'articolo 206 come modificato dalla proposta. Ciò dovrebbe ridurre ulteriormente l'afflusso di soggetti infermi di mente nelle Residenze, rinforzandone il ruolo di extrema ratio trattamentale.

C – Seminfermità e di relativo trattamento

In punto di seminfermità e di relativo trattamento, si propone comunque l'**abrogazione dell'art. 219 c.p.** e il tavolo, all'unanimità, si dichiara favorevole a prevedere un trattamento simile a quello dell'affidamento terapeutico per i soggetti tossicodipendenti, con una misura di carattere comunque non coercitivo ed evitando per costoro ogni forma di "internamento speciale" e cioè autonomo e diverso rispetto al trattamento carcerario.

PROPOSTA 3



2/2018

PROPOSTA SU “ORDINAMENTO PER SERVIZI PSICHIATRICI PER PAZIENTI GIUDIZIARI”

È quanto mai necessario addivenire ad una **completa regolamentazione con fonte primaria dell’organizzazione delle R.E.M.S.** [...].”

I suddetti principi e le proposte del Tav. 11 si traducono in precisi progetti di modifica di alcuni articoli del codice penale e di quello di procedura, progetti contenuti nell’**Allegato 1 della Relazione Finale del Tav. 11**¹⁹ (per quanto concerne l’**art. 222 c.p.**, vengono proposte le “**Misure giudiziarie di cura e controllo distinte sulla base di tre aree**” di cui abbiamo già detto).

“Si propone la **sostituzione dell’articolo 206 c.p.** con il seguente:

Nel corso delle indagini preliminari o del giudizio, **il giudice può disporre che alla persona sottoposta alle indagini o all’imputato sia applicata una delle misure di cui all’articolo 222 soltanto nel caso in cui sussistano gravi indizi di commissione del fatto, nonché vi sia fondato motivo di ritenere che il soggetto possa essere assolto ai sensi dell’articolo 88.** [...]

Si propone l’**abrogazione dell’articolo 219 c.p.**

[...]

Si propone la **sostituzione dell’articolo 286 c.p.p.**, con il seguente:

Art. 286.

Custodia cautelare in luogo di cura.

1. Se la persona da sottoporre a custodia cautelare si trova in stato di infermità di mente che ne esclude o ne diminuisce grandemente la capacità di intendere o di volere, **il giudice**, in luogo della custodia in carcere, **può disporre** il ricovero provvisorio in idonea struttura del servizio psichiatrico ospedaliero [...]

2. Nello stesso modo può procedere il giudice se ritiene di **sottoporre con urgenza a perizia psichiatrica la persona indagata** e qualora ricorrano i presupposti per l’applicazione della custodia cautelare in carcere.

3. **Una volta effettuati gli accertamenti peritali, il ricovero in regime di degenza ospedaliera si può protrarre soltanto per fare fronte a gravi alterazioni tali da richiedere indifferibili interventi terapeutici.**

4. Qualora sia accertata la capacità di intendere e di volere e sussistano i presupposti per disporre la custodia cautelare in carcere, questa è **eseguita in apposite sezioni presso gli istituti di pena idonee a garantire la cura del soggetto.**

[...] 6. Nel caso previsto dal primo comma, qualora sia cessato il ricovero provvisorio in idonea struttura del servizio psichiatrico ospedaliero o sia stato disposto l’obbligo di presentazione alla polizia giudiziaria, l’obbligo di dimora o gli arresti domiciliari, **il giudice dispone che il Dipartimento di salute mentale competente prenda in carico il soggetto.**

3. Breve storia del “doppio binario” e delle proposte della sua abolizione: verso la cancellazione del concetto di “internamento”.

Abbiamo analizzato abbastanza dettagliatamente le norme e i documenti che hanno condotto alla elaborazione dello schema di DL che ci proponiamo di

¹⁹ Per l’Allegato 1 alla Relazione Finale del Tavolo 11, clicca [qui](#).



2/2018

commentare. Questa analisi dettagliata l'abbiamo ritenuta necessaria per illustrare il percorso, giurisdizionale e ideologico, attraverso il quale le norme dello schema hanno preso forma. Si tratta in verità, come si può facilmente vedere, dell'introduzione, surrettizia ma non troppo, dei principi che, da oltre trentacinque anni, hanno sostenuto le varie proposte di legge intese ad abolire il "doppio binario", restituendo il "diritto alla pena" al malato di mente autore di reato. Tutte le argomentazioni sulle quali si sono basate negli anni le diverse proposte di abolizione del "doppio binario", non si discostano granché da quelle che il senatore Vinci Grossi, primario radiologo eletto con il PCI, illustrò nel lontano 1982²⁰, a sostegno della prima proposta di legge in questo senso. Come ha riassunto efficacemente Giulia Melani, nel suo scritto del 2014²¹, la proposta di riforma Vinci Grossi era fondata sui seguenti presupposti:

1. "la legislazione psichiatrica del 1978 disconosce la pericolosità del malato di mente e ne vieta l'emarginazione, Quindi la misura di sicurezza è in contrasto con i principi della nuova legislazione psichiatrica;
2. "è necessario trovare misure idonee a garantire il controllo sulla devianza penale in una sede diversa dall'ospedale psichiatrico giudiziario;
3. "la devianza penale del malato di mente non è un aspetto della sua malattia ed è entità autonoma di controllo.

"Inoltre, l'obiezione secondo la quale l'abrogazione dell'imputabilità si sostanzia in una ingiustizia in quanto si sottopone alla pena un soggetto incapace di intendere e volere rappresenterebbe un falso problema, infatti prosciogliere il malato di mente per applicargli una misura di sicurezza detentiva a tempo indeterminato non rappresenta certo un trattamento più umano della pena detentiva carceraria."

Negli anni successivi Franco Corleone, che sarebbe poi diventato nel 2015 e 2016 "Commissario governativo per il superamento degli OPG", presentò per due volte, al Senato, delle proposte di legge per l'abolizione del doppio binario. Vediamo come ne parla lui stesso nel 2012²².

«Così nel 1991 presentai in Senato un disegno di legge (A.S. 2894) dal titolo: "Imputabilità del malato di mente autore di reato e trattamento penitenziario del medesimo" che riprendeva una proposta del senatore Vinci Grossi del 1983 depositata nella nona legislatura (A.S. 177). La relazione, ricollegandosi ad alcuni recenti indirizzi della psichiatria volti a considerare il malato di mente come soggetto autore della propria condotta, riteneva l'infermità psichica "uno stato patologico transitorio, come tale curabile ed in molti casi anche sanabile... La transitorietà riconosciuta dalla psichiatria moderna al disturbo psichico, la variabilità e la mutabilità di forme e di intensità che questo conosce nel corso del tempo, impediscono oggi di attribuire validità alla (e quindi di conservare la) soluzione adottata dai codici penale e di procedura penale e dalla legislazione penitenziaria oggi vigenti in Italia, che catalogano gli infermi

²⁰ V. GROSSI, *Per l'abolizione dei manicomi giudiziari*, in *Fogli di informazione*, 85-85, 1982, pp. 263-264.

²¹ G. MELANI, *Le proposte di riforma e il 'definitivo superamento' degli OPG*, in *L'altro diritto*, 2014.

²² F. CORLEONE, *La rimozione dell'ospedale psichiatrico giudiziario*, in *StopOPG*, agosto 2012.



2/2018

di mente che hanno commesso un reato in una categoria a sé, contrassegnata da caratteri stabili ed immanenti e come tale destinataria di una normativa penale speciale”».

Nel frattempo diverse altre proposte di legge, intese a modificare la legislazione sul tema dell'imputabilità del reo folle e delle misure di sicurezza, erano state presentate²³. Tra i progetti riformatori appare degno di una particolare attenzione il disegno di legge di iniziativa del Consiglio Regionale della Toscana e dell'Emilia Romagna²⁴. Vediamo perché, persino secondo Michele Miravalle che è stato uno dei partecipanti al Tav. 11 degli Stati Generali, il Progetto merita questa attenzione²⁵. L'innovazione riguarda il metodo e il merito. Il metodo: alla elaborazione del Progetto -all'interno del gruppo di lavoro riunito alla Fondazione Michelucci dal Presidente Alessandro Margara- parteciparono diversi giuristi, psichiatri (e fra questi gli Autori del presente articolo), psicologi e operatori dell'OPG. Il Progetto venne dunque elaborato attraverso la discussione approfondita e il confronto fra professionisti che avevano tutti una documentata competenza "clinica" nel settore e che, per via di tale attività, erano riguardati dalle misure che andavano a proporre. Ma soprattutto, per entrare nel merito delle soluzioni proposte, il Progetto proponeva soluzioni praticabili a legislazione pressoché invariata, davvero utili ai gravi pazienti psichiatrici internati negli OPG e nelle CCC, nonché detenuti nelle carceri ordinarie. È vero che veniva proposta l'eliminazione delle norme relative alla *seminfermità mentale*, ma contemporaneamente si introducevano, per il paziente psichiatrico autore di reato, diverse e graduate misure di cura e di controllo²⁶. Proprio perché realistiche e competenti, le modifiche normative proposte hanno costituito un terreno fertile sul quale sono cresciute, negli anni, molte delle innovazioni legislative che hanno modificato sensibilmente, migliorandola, l'assistenza dei rei folli. Ci riferiamo, per citarne solo talune, alle seguenti innovazioni legislative:

- DL 230/1999, con il quale -nella breve ma fertile stagione durante la quale, miracolosamente, Alessandro Margara fu Direttore Generale del DAP-

²³ Si veda, in proposito, il già citato scritto di G. MELANI.

²⁴ D.D.L. 8 agosto 1997, n. 2746, Senato della Repubblica, Disposizioni per il superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari.

²⁵ M. MIRAVALLE, *La riforma della sanità penitenziaria: il caso ospedali psichiatrici giudiziari*, Tesi di laurea, Facoltà di Giurisprudenza, Università degli studi di Torino, a.a. 2010-2011, pp. 185-188, pubblicata in *Ristretti Orizzonti*. È interessante leggere l'analisi di Miravalle, poiché sottolinea non pochi degli aspetti innovativi nel DL che, non dimentichiamolo, è del 1997.

²⁶ La bozza originaria della proposta di Legge conteneva, fra le altre innovazioni che consideriamo essenziali (la territorializzazione dell'internamento; la totale gestione sanitaria dello stesso con la custodia collocata all'esterno; la gradualità delle misure detentive e di controllo, con la possibilità di ricorrere all'affidamento al servizio socio-sanitario; l'osmosi tra il carcere, le strutture di internamento e i servizi territoriali di salute mentale) anche interessanti indicazioni relative al coinvolgimento dei Servizi di Salute Mentale nelle Consulenze Tecniche di Ufficio. Si veda A. Margara, *Nuova disciplina della imputabilità, del difetto della stessa, della sentenza di assoluzione per tale causa e delle misure conseguenti, della perizia psichiatrica e della ammissibilità della revisione delle sentenze sul capo della imputabilità. Superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari e delle case di cura e custodia.*, in *Il reo e il folle*, 1997, 3-4:318-331.



2/2018

L'assistenza sanitaria all'interno degli Istituti di pena cominciò a transitare dal Ministero di Grazia e Giustizia a quello della Sanità;

- il DPR 230/2000, il *Regolamento di esecuzione* dell'OP, che cominciò ad esempio a spostare sugli Istituti di pena ordinari le operazioni di Osservazione Psichiatrica che, prima, venivano compiute solo negli OPG;
- le Sentenze 235/2003 e 364/2004 della Corte Costituzionale, con le quali vennero ammessi alla misura non detentiva della libertà vigilata i pazienti che, prima, erano destinati alle misure detentive dell'OPG e della CCC anche se la loro pericolosità sociale non era così elevata da richiedere tali misure così contenitive e restrittive;
- la sentenza delle Sezioni Unite Penali della Cassazione n.9163 del 22/1/2005 (Raso), la cui motivazione illustra con chiarezza le ragioni che possono condurre i disturbi di personalità a trascendere il livello di mera anomalia caratteriale o di disarmonia della personalità e possono, invece, avere consistenza, intensità e gravità tali da incidere sulla capacità di intendere e di volere e da scemare o, addirittura, escludere la condizione di imputabilità della persona²⁷; le motivazioni della sentenza della Cassazione, ormai risalente, andrebbero lette con attenzione, poiché appaiono molto più "cliniche" di tanti ragionamenti di certi clinici che hanno fermamente contestato le conclusioni di quella sentenza;
- il DPCM del 1/04/2008, che trasferiva ogni competenza sanitaria all'interno dei penitenziari in capo ai Servizi Sanitari regionali. Tutto il personale sanitario degli Istituti di pena (escluse talune figure psicologiche) transitò alle Aziende Sanitarie; transitò anche il personale sanitario degli OPG e delle CCC. Non solo: il DPCM tracciò anche, nell'Allegato C, le "Linee di indirizzo per gli interventi negli ospedali psichiatrici giudiziari (OPG) e nelle case di cura e custodia". È ben vero che, anche nell'Allegato C, c'erano alcune norme che hanno consentito di "ridurre l'internamento" giudiziario ("superando l'OPG") senza garantire una adeguata terapia ai pazienti psichiatrici autori di reato (come quelle che prevedevano di spostare negli Istituti ordinari di pena tutti gli osservandi e tutti i soggetti con sopravvenuta infermità ex art. 148 c.p.²⁸; spostamenti che sono stati effettuati senza che a tutt'oggi, in molte Regioni italiane, siano state istituite le previste "sezioni di cura e riabilitazione" o "articolazioni

²⁷ Cfr. A. MARGARA, *cit*, a proposito della non imputabilità per vizio totale di mente: "Non è imputabile chi, nel momento in cui ha commesso il fatto, era, per infermità, ivi compresa quella derivante da cronica intossicazione da sostanze psicotrope o psicoattive, o per grave anomalia psichica o per grave menomazione sensoriale, in tale stato di mente da escludere la capacità di intendere o di volere".

²⁸ All C del [DPCM 1 Aprile 2008](#):

"[...]

- riportare nelle carceri di provenienza i ricoverati in OPG per 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.
- assicurare che le osservazioni per l'accertamento delle infermità psichiche di cui all'art. 112 D.P.R. 230/2000 siano espletate negli istituti ordinari."

- [penitenziarie] di salute mentale” che dir si voglia), ma il DPCM disegnava in ogni caso un percorso ancora sufficientemente praticabile;
- talune norme e disposizioni regionali che hanno consentito di allestire in anticipo delle soluzioni trattamentali (specie di tipo residenziale) alternative all’internamento giudiziario e alla carcerazione del reo folle. In Toscana, ad esempio, fino dal 1999 prese avvio il ‘Progetto Eracle’ per pazienti psichiatrici autori di reato, al cui interno, dal 2001, ha cominciato l’attività clinica della ‘Residenza Le Querce’, nella quale, fino ad oggi, hanno fatto ingresso un centinaio di pazienti, ottenendo nella quasi totalità dei casi risultati straordinari, sotto il profilo della cura e della sicurezza. L’esperienza de ‘Le Querce’ ha costituito il modello, non solo in Toscana, per la costruzione di Strutture Intermedie che hanno contribuito in maniera sostanziale alla “decostruzione perseverante”²⁹ dell’OPG;
 - anche le norme sul “superamento dell’OPG”, benché ideate e redatte in maniera tale da renderle difficilmente praticabili e potenzialmente dannose, nascevano comunque dallo spirito che, oltre venti anni or sono, portò diverse persone competenti a riunirsi attorno ad Alessandro Margara per ideare un Progetto non solo avveniristico ma davvero realizzabile e, soprattutto, utile ai pazienti e alla società.

Il nostro atteggiamento, relativo alla gestione del reo folle, si colloca dunque nella linea che abbiamo definito di “decostruzione perseverante” dell’internamento giudiziario. Una linea molto distante da quella “trasgressione speculativa” che ha sostenuto le proposte di “abolizione del doppio binario”, avanzate negli ultimi decenni da Vinci Grossi (1983) in poi e, attualmente, sostenute dal “Comitato StopOPG”. Vediamo come ne parla Michele Miravalle³⁰, che citiamo volentieri visto che fa parte di talune Associazioni (Antigone e Abele) che hanno costituito il Comitato Promotore di StopOPG.

“Tutte queste proposte, politicamente trasversali all’arco costituzionale e che attraversano temporalmente oltre venti anni di storia politica italiana sono accomunate dalla volontà di abolizione delle differenze giuridiche tra soggetti imputabili e non imputabili (45), in nome delle c.d. quote di responsabilità del malato psichiatrico, principio cardine della antipsichiatria, favorevole a riconoscere la capacità di porre in

²⁹ L’espressione “decostruzione perseverante”, ideata da Gemma Brandi, venne usata per la prima volta una decina di anni or sono, per indicare l’atteggiamento di chi, in maniera realistica e costruttiva, adotta strategie efficaci di uscita da situazioni insostenibili e vergognose, come erano ad esempio gli OPG. Per comprendere il senso dell’espressione si veda ad esempio: BRANDI G. e IANNUCCI M., *Psichiatria penitenziaria oggi, salute mentale in carcere domani*, in *Psichiatria forense, criminologia ed etica psichiatrica*, V. Volterra (a cura di), Elsevier 2010, p. 512-521.

In quel capitolo del Trattato curato da V. Volterra, la “decostruzione perseverante” veniva confrontata con la “trasgressione speculativa” (cfr. p. 514).

³⁰ M. MIRAVALLE, *cit*, pagg. 179-181. Le note di chiusura dello scritto di Miravalle sono consultabili attraverso i link contenuti nel nostro testo.



2/2018

essere scelte valide, da cui, inevitabilmente, consegue una piena responsabilità, anche sul piano penale.

“Per alcuni la proposta è derubricabile a semplice «utopia» (46), volta a rivendicare pari dignità sociale e porre fine alla politica dell’esclusione, che ha storicamente influenzato il rapporto tra società e malato psichiatrico.

“Tuttavia, benché utopiche, tali proposte non si sono spinte fino alla misura limite dell’«abolizionismo custodiale» (47), che teorizza l’abolizione di qualsiasi intervento privativo della libertà personale, ma si sono limitate a proporre un «modello abolizionista carcerizzante» (48).

“Paradossalmente infatti l’idea di un controllo custodiale non è stata soppressa, ma rafforzata, poiché il folle-reo sarebbe dovuto rientrare all’interno del paradigma della pena, con la conseguente abolizione *tout court* del sistema del doppio binario, in favore di un rinnovato regime monistico, in cui tutti i rei sono sottoposti al medesimo regime sanzionatorio.

“È proprio questa il profilo di maggior criticità di tali proposte, limpidamente riassunto dalla dottrina maggioritaria: «In nome dell’uguaglianza dei diritti del malato di mente, non si dovrebbe giungere a sostituire un’istituzione totalizzante con un’altra, com’è il carcere, pur sempre improntata sull’idea della segregazione» (49).

“Il rischio di peggiorare le condizioni degli internati in O.P.G. scaricando le loro problematiche su un sistema carcerario già in forte affanno, è concreto, soprattutto se si “dimentica” di prevedere, come fanno alcuni dei disegni di legge, una diversificazione dei percorsi carcerari, con l’istituzione, ad esempio, di sezioni speciali per i folli-rei e di servizi psichiatrici penitenziari”.

4. Informazione e disinformazione sui malati di mente in ambito penitenziario.

Qualcuno, negli ultimi anni, si è accorto che la questione dei rei folli è davvero rilevante all’interno del sistema penitenziario. Se ne è accorto di recente Mauro Palma, nell’intervista pubblicata il 9 dicembre 2017 su *Left* e ripresa da *Ristretti Orizzonti*³¹. In sintesi si è accorto che, per dirla con le parole di Ian McEwan, “il divario fra una buona e una cattiva assistenza è pressoché infinito”³²: persino nelle diverse REMS e nei diversi Servizi Territoriali di Salute Mentale si registrano abissali difformità nella capacità di cura. Si è accorto forse, Mauro Palma, di come una buona terapia possa e debba persino giovare di una “coazione benigna”. Ma si è accorto, soprattutto, della rilevanza del problema della “follia reclusa” e della estrema difficoltà che si riscontra, all’interno dei penitenziari, nel garantire il diritto alla cura per questi pazienti.

Siamo quindi contenti che alcuni dei problemi del reo folle siano stati opportunamente sollevati da Mauro Palma. Così, magari, qualcun altro si accorgerà di quanto siano rilevanti tali problemi. Noi ne stiamo parlando da decenni, ancora adesso largamente inascoltati. In Italia ne abbiamo diffusamente parlato ne “*Il reo e il folle*” fino

³¹ D. COCCOLI, *Intervista a Mauro Palma: “terapia psichiatrica in carcere, un diritto negato”, 9 dicembre 2017, in Left e ripresa da Ristretti Orizzonti.*

³² MCEWAN IAN, *Saturday*, London, Jonathan Cape, 2005; trad. it. *Sabato*, Einaudi 2005, p. 288.



2/2018

dal 1996³³. Ma persino la grande stampa internazionale ha da decenni sollevato il problema. *The New York Times* ne parlò una prima volta il 5 marzo 1998³⁴, quando mise in evidenza che le prigioni, in America, avevano soppiantato gli ospedali per i malati di mente della nazione. Ma la medesima testata, attraverso la penna autorevole di Nicholas Kristof, in una review dell'8 febbraio 2014³⁵, si addentrava “nell'ospedale psichiatrico chiamato carcere”. Si consiglia a tutti gli operatori penitenziari di leggere questo articolo, nel quale si fa peraltro riferimento ad alcuni studi molto seri, uno pubblicato nel 2006 dal Dipartimento della Giustizia degli US³⁶, l'altro nel 2010 dalla National Sheriff's Association e dal Treatment Advocacy Center³⁷, nei quali si documenta come più della metà dei detenuti nelle carceri americane soffra di rilevanti turbe psichiche.

Lavorando in carcere non distrattamente, ci si accorge ben presto che il luogo altro non è che un grande e misconosciuto ospedale psichiatrico. Una delle ricerche più estese e dettagliate compiute in Europa sulla presenza di disturbi mentali in ambito penitenziario, l'abbiamo fatta proprio a Sollicciano e a Montelupo, tra il 2001 e il 2002, in collaborazione con l'Università di Firenze³⁸. I dati della ricerca comprovano il punto di vista statunitense e anticipano il divenire della clinica psicopatologica, annunciando una inclinazione autolesiva elevatissima, oggi diventata il problema più vistoso degli istituti di pena. Questa ricerca, già nel 2002, ha mostrato, intanto, il preoccupante elevarsi dei disturbi di Asse I del DSM all'interno dei penitenziari (con una prevalenza del 46,7% sui soggetti nuovi-giunti), quindi la notevolissima incidenza, fra i disturbi di Asse I, di Episodi Depressivi Maggiori (soggetti nuovi-giunti 24,8%), infine la fortissima incidenza dei gravi Disturbi di Personalità (non solo del Disturbo Antisociale di Personalità, ma anche degli altri Disturbi, del Borderline e del Paranoide in particolare). I dati diffusi dalla Agenzia Regionale di Sanità della Toscana³⁹ nel 2013, relativi allo stato di salute dei detenuti nella Regione per l'anno 2012, confermano quelli della *Grande Ricerca* di Sollicciano e di tutta la letteratura internazionale: “Il 71,8% dei detenuti nelle carceri toscane è affetto da almeno una patologia. La più diffusa è il **disturbo mentale**, che interessa il **41% [dei detenuti]**”.

I dati diffusi dalla Agenzia Regionale di Sanità della Toscana nel 2015⁴⁰, relativi allo stato di salute di 16.000 detenuti ospiti di 57 carceri italiane, confermano quelli

³³ Si vedano, ad esempio, i risultati di una delle più estese ricerche europee di epidemiologia psichiatrica, quella che effettuammo proprio nel carcere fiorentino di Sollicciano fra il 2001 e il 2002 e che è stata pubblicata ne *Il reo e il folle* n° 30/31 del 2008, numero monografico su *La Grande Ricerca*.

³⁴ FOX BUTTERFIELD, *Asylums Behind Bars: A special report.; Prisons Replace Hospitals for the Nation's Mentally Ill*, *The New York Times*, March 5, 1998.

³⁵ NICHOLAS KRISTOF, *Inside a Mental Hospital Called Jail*, *The New York Times*, February 8, 2014.

³⁶ DORIS J. JAMES, LAUREN E. GLAZE, *Mental Health Problems of Prison and Jail Inmates*, *Bureau of Justice Statistics Special Report, U.S: Department of Justice*, September 2006.

³⁷ *More Mentally Ill Persons Are in Jails and Prisons Than Hospitals: A Survey of the States*, May 2010, in *Treatment Advocacy Center* (online).

³⁸ Ne *Il reo e il folle* n° 30/31 del 2008, numero monografico su *La Grande Ricerca*.

³⁹ Dati tratti dal [sito dell'Agenzia Regionale di Sanità della Toscana](#), settembre 2015.

⁴⁰ V. [sito dell'Agenzia Regionale di Sanità della Toscana](#), 13 aprile 2015.

della *Grande Ricerca* di Sollicciano e di tutta letteratura internazionale: “Oltre il 70% dei detenuti è affetto da almeno una patologia [...]. La prima patologia, che coinvolge il 24% dei detenuti dell’indagine, è la dipendenza da sostanze [...] Oltre il 40% dei detenuti arruolati è affetto da almeno una patologia psichiatrica [...]”.

Questi dati epidemiologici, ovviamente, non riguardano soltanto la popolazione detenuta in Italia. I dati internazionali che provengono da molti altri Paesi occidentali sono sovrapponibili a quelli italiani. Uno degli ultimi articoli, pubblicato poche settimane or sono su *The Lancet*⁴¹, sottolinea la “*crisi della Salute Mentale nelle prigioni del Regno Unito*”: “*Si stima che due terzi dei prigionieri soffra di disturbi di personalità, all’incirca la metà soffre di depressione e ansia, e uno su dodici soffre di psicosi. La situazione si sta deteriorando. [...] 120 suicidi in Inghilterra e Galles nel 2016, quasi il doppio rispetto al 2012*”. Seena Fazel e altri, in una review comparsa un anno prima sempre su *The Lancet*⁴², avevano fornito dati lievemente inferiori sulla prevalenza di malattie psichiche nelle carceri, basando i loro risultati su una revisione sistematica di tutta una serie di studi sulla salute mentale dei detenuti compiuti fra il 2003 e il 2015.

	Men	Women
Psychotic illness	4% (3–4)	4% (3–5)
Major depression	10% (9–12)	14% (10–18)
Alcohol misuse	18–30%	10–24%
Drug misuse	10–48%	30–60%

Table 1: Prevalence of different psychiatric diagnoses in adult prisoners based on systematic reviews

Ci sono indubbiamente molti uomini d’onore, psichiatri e giuristi, che come abbiamo visto sostengono con convinzione che gli psichiatri debbano uscire dalle aule dei tribunali. Almeno fra gli psichiatri si tratta, in genere, di professionisti che non hanno mai lavorato all’interno degli istituti di pena. A sostegno delle loro argomentazioni, costoro usano invariabilmente questa considerazione⁴³: i pazienti psichiatrici non delinquono più degli altri, semmai commettono più reati bagatellari, come hanno sostenuto taluni psichiatri forensi⁴⁴. I dati epidemiologici del carcere, di cui abbiamo parlato poc’anzi, smentiscono però clamorosamente tale leggenda metropolitana. Così come l’hanno smentita gli studi epidemiologici compiuti qualche anno addietro in taluni OPG italiani (ci riferiamo in particolare allo studio

⁴¹ BURKI T., *Crisis in UK Prison Mental Health*, in *The Lancet*, Vol. 4, No. 12, p. 904, Dec. 2017, v. [abstract](#).

⁴² FAZEL S. ET AL, [Mental health of prisoners: prevalence, adverse outcomes, and interventions](#), in *Lancet Psychiatry* 2016, July 14, 2016.

⁴³ Cfr., per tutti, COLLICA M.T., [La crisi del concetto di autore non imputabile “pericoloso”](#), in *questa Rivista*, 19 novembre 2012, p. 14, apparentemente con ampia e autorevole bibliografia.

⁴⁴ Si veda ad esempio FORNARI U. (a cura di), *Trattato di psichiatria forense*, V ed., Torino, 2013, p. 215.

Mo,Di.OPG⁴⁵), che hanno anche precisato qualcosa relativamente alle diagnosi psichiatriche, che frequentemente, secondo taluni, non sarebbero gravi:

- il 70,1% della popolazione internata aveva una diagnosi di schizofrenia o di disturbo delirante
- il 42,4% era internato per omicidio
- il 32,2% per altri gravi reati contro la persona.

Un punto resta assodato incontrovertibilmente: negli Istituti ordinari di pena si va affollando un numero impressionante di persone affette da gravi o gravissime patologie psichiatriche. Se solo ci tenessimo alle stime fatte negli UK da Talha Burki su *The Lancet*⁴⁶, fra i 60.029 detenuti/e delle carceri italiane al 31/12/2017, ben 5.000 sarebbero affetti da psicosi e circa 30.000 soffrirebbe di depressione e ansia. Senza contare le tossicodipendenze (malattie psichiatriche a tutti gli effetti, secondo il DSM e l'ICD) e i disturbi di personalità.

5. L'ipocrita e contraddittoria utopia della "responsabilizzazione" dei rei folli.

Se le presenze nelle prigioni ordinarie di pazienti affetti da gravi patologie psichiche sono quelle che abbiamo qui riportato (e sono quelle!), usando un ragionamento inferenziale potremmo ammettere che con uno sforzo modesto potremmo provvedere senza gravi problemi, nelle carceri, al trattamento di 5.569 persone invece che di 5.000. Anzi, oltre ai 569 che erano "ricoverati" nelle REMS al 19 febbraio 2017 (data dell'ultimo rapporto semestrale del Commissario Corleone) potremmo aggiungere senza grandi imbarazzi anche i 235 prosciolti in lista di attesa, visto che non pochi di questi ultimi sono già nelle carceri. Avremmo così detto addio al "doppio binario", alla presenza nei tribunali di "esperti" che decidono sulla infermità di mente di una persona lanciando in aria una monetina, al vituperato concetto di pericolosità sociale, malattia infantile della criminologia e ambiguità di fondo della pratica penale.

Ci saremmo sbarazzati della psichiatria forense e magari della psichiatria nel suo complesso, poiché, come sappiamo, il trattamento della "folie à l'âge classique" nasce nel carcere e nasce lì dove, con Santa Dorotea de' Pazerelli a Firenze ancora prima che con la Salpêtrière di Pinel, si tenta di garantire una cura e non una punizione ai rei folli. Ci saremmo anche incamminati, velocemente e senza tanti fardelli, lungo la strada per "liberarsi dalla necessità del carcere".

Non è questa la sede per affrontare il tema, assolutamente centrale peraltro ai fini che qui ci riguardano, della centralità della follia nella comprensione dell'essenza dell'uomo e di questioni che toccano da vicino tale essenza, come la questione della verità e della libertà. Sarebbe sufficiente rileggere con un minimo di attenzione ciò che

⁴⁵ FIORITTI A, MELEGA V, ET AL. *Violenza e malattia mentale: uno studio sulla popolazione di tre Ospedali Psichiatrici Giudiziari*. Il reo e il folle 1999; 9-10: 137-48

⁴⁶ BURKI T., *Crisis in UK Prison Mental Health*, in *The Lancet Psychiatry*, Vol. 4, No. 12, p. 904, v. [abstract](#).



2/2018

scrisse Lacques Lacan⁴⁷, nel lontano settembre 1946, confutando “l’organodinamismo” di Henry Ey che tanto ci ricorda, *mutatis mutandis*, l’odierna neuropsicoanalisi.

“Lungi dall’essere per le libertà un «insulto», [la follia] ne è la più fedele compagna, ne segue i movimenti come un’ombra.

“E l’essere dell’uomo non solo non può essere compreso senza la follia, ma non sarebbe l’essere dell’uomo se non portasse in sé la follia come limite della sua libertà.

“E per rompere questa severa affermazione con l’humour della nostra giovinezza, è proprio vero che, come avevamo scritto in una formula lapidaria sul muro della nostra sala [...di guardia]: «Non diventa pazzo chi vuole».”

Non sarà d’altronde col solo richiamare il folle al salvifico effetto dell’esercizio di un “forte volere” che ne otterremo la guarigione.

Non è nostra intenzione, come abbiamo detto, approfondire qui la centralità della questione della follia per chiunque voglia saperne un po’ di più sull’essenza dell’uomo. Sull’essenza dell’uomo, ma anche sull’addivenire del soggetto a quella dimensione fraterna che, mentre lo lega a una dimensione sociale, non lo priva certo degli effetti patogeni dei rimproveri del Super Io ai cedimenti del suo desiderio. Ecco dunque che, nel momento in cui ritenessimo di avere eliminato la follia dall’orizzonte di quella sfera morale cui resta legata l’origine del diritto, ci saremmo preclusi la strada per “giustificare” ciò che legittima, almeno secondo il “buon senso” se non secondo la logica, ogni azione collettiva dell’uomo contro l’uomo. La follia è una moneta illusoria e insieme concreta, che su di un lato ha inscritta la *colpevolezza* e sull’altro la *responsabilità*.

Se ci illudessimo di trascurare o di ignorare, in maniera stolido e irresponsabile, quel limite della libertà che è riconoscibile dove la follia fa la sua comparsa, gli effetti di questa dissennatezza ci ricondurrebbero ben presto a un diverso e più congruo esame di realtà. Misconoscimenti simili rischierebbero di farci cadere nel tranello disegnato così bene da Poe in “The System of Doctor Tarr and Professor Fether”, con quel leggerissimo ma panioso scarto linguistico che ha una doppia significazione, considerando che ci stiamo riferendo a un Autore che con la ricerca della verità e col paradigma indiziario, a partire da *La lettera rubata*, ha uno stretto legame.

Comunque, poiché siamo chiamati a esprimerci su un tema che, seppure da tutti ritenuto centrale per il diritto, rappresenta in ogni caso una ineludibile frontiera, è decisivo che si dichiari, *apertis verbis* e in maniera inequivocabile, da quale parte della frontiera intendiamo disporre le nostre truppe. Ci fa piacere che almeno taluni di coloro che si battono per abrogare il sistema del “doppio binario”, abolendo nel diritto e nei codici la figura dell’irresponsabile per infermità di mente, dichiarino senza tema le ragioni della loro esplicita proposta⁴⁸:

“[Questa] nuova legislazione, da considerare assolutamente auspicabile perché solo essa può porre definitivamente fine all’OPG [...] dovrebbe fondarsi sulla consapevolezza sempre più diffusa tra gli psichiatri e gli operatori del diritto che la

⁴⁷ J. LACAN, *Discorso sulla causalità psichica*, in *Scritti*, Torino 1974, p. 170.

⁴⁸ Il testo che segue è tratto da [La Piattaforma](#) del Comitato StopOPG.



2/2018

incapacità totale di intendere e volere è evento talmente eccezionale da non giustificare affatto la esistenza di una istituzione da essa fattispecie motivata, essendo di norma il disturbo mentale, anche grave e gravissimo, non in grado di spegnere completamente la capacità della persona di aver coscienza di star commettendo un reato”.

È curioso: in quarant’anni di attività clinica, dentro le istituzioni detentive e fuori da esse, ci è capitato frequentissimamente di riscontrare, nei gravi pazienti ai quali siamo stati chiamati a dare una cura, una “totale incapacità di intendere e di volere”, una impossibilità di conformare le loro azioni a un corretto esame di realtà e/o a sottrarsi alla costrizione di elementi pulsionali ai quali non erano assolutamente in grado di resistere e che sfuggivano totalmente al controllo di una volontà *sufficientemente libera*. Torneremo dopo sull’argomento, ben sapendo, comunque, che non è questa la sede per affrontarlo in maniera compiuta.

6. Le camaleontiche trasformazioni della “malattia trasgressiva” e la granitica resistenza delle istanze punitive della società.

Per proseguire nel nostro ragionamento, dovremmo basarci su un assioma di partenza che la nostra lunga esperienza clinica ci consente di dare come assodato e irrinunciabile, confortati come siamo dal saperci in ottima compagnia: Freud, Ferenczi e Lacan non ci abbandonano. L’assioma è questo: coloro che soffrono di gravi turbe psichiche, così come molti di coloro che delinquono, sono dominati da un costante e forte senso di colpa inconscio. Un senso di colpa improprio che, proprio perché inconscio e originato dal “misconoscimento” radicale insito in ogni “delirio” (con la molteplice significazione che questo termine ha), non cesserà di generare, nel soggetto che ne sperimenta gli effetti senza saperlo, la coazione a ricercare le conseguenze esterne dei rimproveri del Super Io. Che si tratti della prigione della follia o della prigione vera e propria ha un rilievo secondario. Per sottolineare una tendenza seclusiva che è anche quella di Alceste⁴⁹, abbiamo spesso fatto riferimento alla “Conversazione con l’uomo nell’armadio”, racconto di esordio di Ian McEwan⁵⁰.

Il fatto di porre questo assioma a fondamento del nostro argomentare, sembra esporci alla critiche di coloro che qui antagonizziamo. Costoro, infatti, potrebbero criticarci su due fronti. Il primo fronte è quello di una malcelata logica dei dentisti. Si potrebbero appellare a Lacan, il quale per primo sottolinea che il termine “misconoscimento” contiene una “essenziale antinomia”. “Misconoscere infatti suppone un riconoscimento, com’è manifestato dal misconoscimento sistematico, in cui si deve ammettere che ciò che è negato sia in qualche modo riconosciuto”⁵¹. Col che i nostri antagonisti potrebbero ritenere soddisfatta la loro pretesa del mantenimento, nel

⁴⁹ “*Et chercher sur la terre, un endroit écarté, Où d’être homme d’honneur, on ait la liberté*”. Sono i versi del protagonista con cui si chiude l’opera di Molière. Il nostro debito nei confronti di Lacan è evidente: cfr. *Op. Cit.* p. 169.

⁵⁰ IAN MCEWAN, in *First Love, Last Rites*, Londra 1975; *Primo amore, ultimi riti*, Torino 1979.

⁵¹ J. LACAN, *Op. cit.*, p. 159.



2/2018

folle che delinque, almeno di un minimo di coscienza e di volontà, col che saremmo legittimati a chiamarlo a rispondere (*respondere*, da cui *responsabilis*) del reato compiuto. Il secondo fronte è quello operativo. Se tutti (o quasi tutti) i delinquenti, come Freud ci ha per primo segnalato⁵², si rendessero protagonisti dei loro reati per un senso di colpa improprio, in preda dunque a una insopprimibile e incontrollabile coazione e ripetere, perché distinguerli dai folli che semplicemente raddoppiano con delle azioni illecite la loro egualmente incontrollabile tendenza seclusiva? Non trascureremo il valore di queste eventuali obiezioni semplicemente appellandoci alla loro consistenza paradossale. Osserveremo soltanto, per esaltarne tale consistenza, che nulla ci impedisce di pensare che per non *trascurare* il senso di una ineludibile analogia, occorrerà magari in futuro cimentarsi con la cura della *malattia trasgressiva* nel suo insieme, estendendo la categoria della *folia reclusa*.

Una sfida, quest'ultima, che non sarà certo di poco conto, considerando che, le istanze autopunitive che sostengono ogni movimento seclusivo, fanno sì che il soggetto manifesti una speciale abilità mimetica e, quindi, una camaleontica abilità nello sfuggire agli sforzi di una cura che pensi di fare a meno del peso di una cattura. Il gesto di Pinel alla Salpêtrière trova quindi la sua piena efficacia solo lì dove si sostituiranno, nella direzione di una comprensione che -persino nell'etimo- non rifugge dalla funzione di controllo, alle catene in cui si concretizzano il biasimo e la punizione, quelle metaforiche della significazione fraterna, a un soggetto riluttante, di ciò che in lui rende *necessario* il transito attraverso la pena e la rinuncia. Se trascureremo gli effetti di dissimulazione epifenomenica sostenuti dalla pressione autopunitiva, saremo sempre costretti a rincorrere, affannati e in ritardo, le continue trasformazioni della follia e della malattia trasgressiva. Se l'uso delle droghe e dell'alcool rimane a segnalare tutta la antica forza di abitudini rituali nelle quali si apprezza l'intreccio originario del tabù violato, della soddisfazione immaginaria e dell'autopunizione, ci saranno altri "usi" egualmente anancastici e autopunitivi, come il *gaming* e il *gambling*, attraverso i quali l'ombra della follia si estenderà con tutto il suo potenziale suicidario.

È bene non trascurare altri fattori. Se è vero che un piacere dissimulato si manifesta nella ricerca di una punizione e di una gogna da parte di chi tradisce in questo modo la presenza di una malattia trasgressiva, è altrettanto vero che un piacere niente affatto dissimulato e molto più "presentabile" compare sulla scena quando prendono la parola le istanze aggressive e vendicative, del singolo e della società, nei confronti di coloro che hanno trasgredito, poco importa che si tratti di mafiosi, di pedofili o di folli⁵³.

⁵² S. FREUD, *I delinquenti per senso di colpa*, in *Alcuni tipi di carattere tratti dal lavoro psicoanalitico* (1916).

⁵³ Due sole "vignette cliniche" per illustrare come sia labile il confine fra "sete di giustizia" e "sete di vendetta".

La prima: il padre delle ragazzine ginnaste abusate che si lancia contro il pedofilo al processo. La seconda: i parenti delle vittime di Adam Kabobo, il ghanese che nel 2013 uccise tre persone a Milano a colpi di piccone, chiedono che vada in carcere e non in un luogo di cura. Con Matteo Salvini che afferma apertamente: "Kabobo deve marcire in galera".

Perché -sarà bene non dimenticarlo mai- le funzioni “rieducative” della pena, cui ci richiama il mandato costituzionale, nulla tolgono alle preminenti funzioni retributive -e restitutive perché afflittive- che in ogni caso il carcere mantiene. Possiamo girarci attorno finché vogliamo, ma il cerchio si chiuderà davvero solo quando saremo in grado di evitare -asintoticamente, come chiunque capirebbe- di assecondare le pulsioni seclusive dei rei (specie dei rei folli) con l’invocare nei loro confronti una risposta aggressiva contraria ed eguale alla loro.

Ecco perché, in quella ricerca del movimento della verità che dovrebbe connotare almeno il percorso dello psicoanalista se non del terapeuta, occorrerebbe uscire fuori da ogni ipocrisia e cominciare ad affermare che, *rebus sic stantibus*, chiunque sostenga che ai rei folli va restituito il “diritto alla pena”, altro non fa che sottolineare la legittimità della richiesta, da loro stessi avanzata senza saperlo, di un “diritto alla punizione”. Così tutti i Pierre Rivière e tutti i Moosbrugger, ascoltati nelle loro richieste, potranno rimanere in carcere, dove, senza che alcuno si scandalizzi, continueranno a dare conto della “struttura fondamentale della follia”, dove è riconoscibile il “sacrificio primitivo come essenzialmente suicidario”⁵⁴.

7. La cattiva coscienza degli psichiatri: il conformismo o il silenzio

Poiché -come capisce anche lo stolto- la questione del trattamento del reo folle riguarda da vicino non solo la nascita della psichiatria, ma anche la sussistenza del suo diritto a occuparsi della follia senza essere costantemente denigrata o irrisa, ci saremmo aspettati che molti psichiatri prendessero la parola per presidiare il campo della loro “impossibile professione”. Noi lo abbiamo fatto in un certo modo⁵⁵, venendo subito additati -era peraltro inevitabile che così fosse- come degli Alceste. Ciò nonostante continuiamo a farlo, consapevoli del fatto che è più facile essere delle pecore che dei Leoni⁵⁶. Quando ci siamo pronunciati, abbiamo anche delineato delle strade per la soluzione dei complessi problemi, di cura/controllo e per questo multidisciplinari e interistituzionali, che la materia pone.

⁵⁴ J. LACAN, *Op. cit.*, p. 181.

È decisivo non dimenticare che, nonostante la “perizia” di Esquirol, Pierre Rivière, rimasto in carcere, finì col darsi da solo quella morte che reclamava.

⁵⁵ Segnaliamo soltanto, a mo’ di esempio:

IANNUCCI M. - BRANDI G., [Carcere, REMS detentive, REMS non detentive](#), Relazione al Convegno “Fragilità, storie, diritti ...”, Zugliano, 12 Giugno 2015, pubblicato su *Persona e Danno*.

IANNUCCI M., [Le liste d’attesa per le Rems e il pericoloso gioco al rimbalzo fra le istituzioni deputate alla cura/controllo](#), in *Quotidiano sanità*.

IANNUCCI M. - BRANDI G., [Quanti rinvii, ancora, per il superamento degli OPG?](#), in *L’Altro Diritto* on line, 2014,

⁵⁶ Il debito riferimento è a quel Leone Ginzburg che proprio il 5 febbraio (giorno in cui scriviamo questa nota) del 1994 moriva in carcere torturato dai nazisti. Ginzburg fu uno dei pochissimi universitari a non sottoscrivere il “Giuramento di fedeltà al regime fascista”. Norberto Bobbio ci ricorda che Ginzburg, suo coetaneo e compagno di classe, in “ciò che diceva portava l’impronta di una personalità ormai formata che non si lasciava guidare dall’opinione corrente”.



2/2018

Diversi altri psichiatri, oltre a noi, hanno espresso delle opinioni sull'argomento. Prenderemo in esame le posizioni più significative.

Cominceremo da chi ha sostenuto le posizioni (che intendono abrogare il "doppio binario") di StopOPG. Fra costoro citeremo soltanto Pietro Pellegrini, che ha scritto addirittura un libro sull'argomento. Non ci rifaremo al libro, ma piuttosto a quanto Pellegrini ha recentissimamente sostenuto, sul sito di StopOPG⁵⁷, in risposta all'articolo pubblicato su DPC da un magistrato, Paola Di Nicola, il 13 dicembre 2017⁵⁸. L'appartenenza di Pellegrini alla schiera "abolizionista" è non solo documentata, ma dichiarata da lui medesimo nell'articolo quando, con una sorta di *excusatio non petita*, ci fa sapere che (il grassetto è nostro):

"[...] a rigore di logica e **in modo che può sembrare ideologico**, il concetto di residualità fa pensare che la dotazione [di posti letto nelle REMS] debba essere la più bassa possibile, tendenzialmente a zero e che le REMS restino comunque sempre temporanee sia per i pazienti ma anche come strutture. In altre parole, secondo questo orientamento, chiusi gli OPG attraverso le REMS, l'ulteriore fase potrebbe essere quella di superare anche le stesse REMS in favore di percorsi personalizzati da attuarsi nell'ambito dei DSM."

Affrontiamo dunque questa materia delicata e specialistica. Pellegrini sostiene, intanto, che è indispensabile che magistratura e salute mentale entrino in una dialettica costante. Anche qui siamo tutti d'accordo, specie noi che una interlocuzione col mondo della giustizia l'abbiamo sempre ricercata e spesso trovata. All'esito di questo incontro, però, Pellegrini invita i giudici a seguirlo su un terreno scivoloso, quello dell'adeguamento dei loro tempi e dei loro modi di giudizio ai criteri invalsi nel sistema salute. Secondo Pellegrini -che opportunamente si rifà almeno in parte a talune delle valutazioni contenute nella Delibera del Consiglio Superiore della Magistratura adottata il 19/04/2017⁵⁹- i giudici, specie quelli di merito, per decretare o sentenziare l'adozione di una misura di sicurezza, specie se detentiva, sarebbe opportuno che adottassero le strategie della "salute mentale, la quale da molto tempo ha superato l'idea che la cura possa dipendere dal luogo [...] ma [che] deve essere funzionale alla realizzazione del programma terapeutico". I giudici, insomma, non dovrebbero tenere conto della disponibilità (insufficiente) di "posti" letto nelle REMS, ma dovrebbero piuttosto attenersi ai "percorsi" disegnati, con criteri sanitari, dai responsabili territoriali della salute mentale. E questi ultimi dovrebbero in ogni caso, secondo Pellegrini, interessarsi tempestivamente della presa in cura dei folli di loro competenza sottoposti a procedimento penale, elaborando contestualmente i PTRI previsti dalla

⁵⁷ PELLEGRINO P., [Contributo al tentativo di risoluzione del problema della \(supposta\) carenza dei posti in REMS: il punto di vista dello psichiatra](#), su StopOPG online.

⁵⁸ DI NICOLA P., [Vademecum per tentare di affrontare \(e risolvere\) il problema dell'assenza di posti nelle residenze per l'esecuzione delle misure di sicurezza \(REMS\)](#), in *questa Rivista*, 13 dicembre 2017.

Prenderemo dopo in esame qualcosa di questo interessante articolo.

⁵⁹ CSM, Seduta del 19/04/2017, Delibera relativa a "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" del 19 aprile 2017. Consultabile [in Quotidiano Sanità](#).



2/2018

legge e i PDTA previsti dal sistema salute. Benissimo, verrebbe da dire. Solo che, almeno dalle nostre parti (e la Toscana non sembra essere fra le Regioni più arretrate), i PTRI, per i folli sottoposti a procedimento penale, non vengono davvero redatti tempestivamente (nemmeno per i pazienti che hanno commesso dei reati mentre erano già in cura presso i SSM) e l'elaborazione dei PDTA è quantomeno carente persino per i pazienti esterni. Secondo Pellegrini poi, per rendere davvero residuale il ricorso alle misure di sicurezza detentive, è indispensabile implementare quelle non detentive, qualora il livello di pericolosità sociale lo consenta. Andrebbe quindi potenziata la dotazione (immaginiamo di spazi e di personale) dei servizi di salute mentale penitenziari, in modo da provvedere adeguatamente, nelle carceri, all'assistenza dei "minorati psichici" (il cui numero calerebbe vertiginosamente con l'abrogazione dell'art. 89 c.p.), dei detenuti cui viene applicata la misura di sicurezza detentiva provvisoria e di coloro che vengono colpiti da una "sopraggiunta infermità psichica" durante l'esecuzione della pena. Tutti obiettivi davvero lodevoli quelli indicati da Pellegrini, che sembra voler fare da apripista alle norme contenute nello schema di DL che stiamo esaminando. Solo che tutte le indicazioni "ideologiche" che Pellegrini fornisce sono destinate a risuonare vuote nel panorama di fronte al quale coloro che operano nella realtà, vale a dire i giudici e gli operatori penitenziari (in particolare gli psichiatri), costantemente si trovano. La situazione è infatti, inequivocabilmente, quella messa in rilievo anche dal CSM oltre che da Paola Di Nicola. Una situazione che noi, da dentro il carcere, possiamo tranquillamente descrivere in questi termini:

- i posti letto per l'esecuzione delle misure di sicurezza detentive (detentive!) sono largamente insufficienti;
- il sistema giustizia allora, per ovviare a questo difetto, da un lato ricorre con decrescente frequenza ad accertamenti peritali, dall'altro lato prescrive sempre meno le misure detentive;
- quando vengono prescritte misure di sicurezza detentive e non ci sono posti nelle REMS, i giudici, siccome spesso hanno ritenuto necessario applicare al reo folle la misura della custodia cautelare in carcere, di fronte alla comunicazione del DAP della mancanza di posto nelle REMS, lasciano il reo folle nelle carceri ordinarie (in tal modo la responsabilità, insostenibile, del trattamento, che dovrebbe essere sanitario, ricade sugli operatori, sanitari e non, del sistema penitenziario);
- se fortunatamente i giudici, prima di prescrivere la misura di sicurezza detentiva, durante la custodia cautelare in carcere del reo folle avevano ritenuto di doverlo ricoverare in un SPDC a norma dell'art. 286 c.p.p., non possono che lasciarlo in un luogo di cura, visto che il ricovero in REMS è una misura sanitaria e il giudice cadrebbe in una palese contraddizione logico/giuridica se consentisse il rientro del reo folle nel carcere;
- sempre i giudici, quando prescrivono le misure di sicurezza non detentive, magari su indicazione del perito, attenendosi alle indicazioni della L. 81/2014 e quindi anche in assenza di un programma terapeutico/trattamentale concordato con i SSM, affidano il reo folle a questi ultimi che chiamano (implicitamente o esplicitamente) nella posizione di garanzia;



2/2018

- anche quando, su indicazione del perito o degli psichiatri penitenziari che hanno magari effettuato una osservazione psichiatrica, è decretato il ricorso all'art. 111 DRP 230/2000 (minorazione psichica) o all'art. 148 CP (infermità sopravvenuta nel condannato), il sistema giustizia non sembra preoccuparsi del fatto che non ci sia alcuna "sezione psichiatrica penitenziaria" che abbia posto per accogliere il detenuto sofferente e da curare: saranno gli operatori penitenziari, in particolare gli psichiatri, a doversela cavare, chiamati come sono, di fatto e di diritto, nella posizione di garanzia.

Un bagno di realtà è opportuno per tutti, ma è assolutamente indispensabile per coloro (pensiamo ai magistrati e agli operatori penitenziari) che quotidianamente devono affrontare, nell'emergenza "clinica", tali situazioni. Se fossimo nei panni di un magistrato, ad esempio di Paola Di Nicola, a Pietro Pellegrini noi chiederemmo, nella direzione di quella reciprocità tra salute e giustizia che lui stesso invoca, di spostare sul versante dei doveri e non delle opportunità, il reperimento (anche in termini di disponibilità di posti letto) di soluzioni trattamentali (sanitarie e penitenziarie insieme) che rispondano ai bisogni (alle necessità cliniche e giuridiche). Oppure potremmo chiedere ai magistrati di estendere il fronte di quell'adeguamento del mondo giudiziario ai criteri della salute mentale che Pellegrini invoca, evitando nel prossimo futuro, in particolare se verrà approvato lo schema di DL, di decretare o sentenziare per il reo folle la custodia cautelare quando fossero piene e non più ricettive (come accadrà in breve dopo la loro istituzione) le sezioni psichiatriche penitenziarie. E infine -perché no- potremmo chiedere ai pubblici ministeri e ai giudici di non ricorrere più alla custodia cautelare in carcere ove i nostri istituti penitenziari avessero superato (come accade da sempre) la capienza regolamentare. Eviteremmo fra l'altro, in questo modo, persino le sanzioni della CEDU.

Poiché condividiamo non poche delle considerazioni di Paola Di Nicola, vorremmo però porre, relativamente alle sue proposte, talune domande. Se è vero come è vero che le funzioni dello psichiatra CTU dovrebbero evolvere nella direzione che lei indica (compiti e quesiti molto più articolati e complessi, operazioni più accurate e clinicamente orientate, collaborazione con i SSM cui richiedere tempestivi pareri, elaborazione di una gamma di soluzioni nelle quali il giudice possa orientarsi e fra cui possa scegliere), come si pensa di "indurre" i periti e i servizi ad assumere queste nuove funzioni, che sono fortunatamente e ineludibilmente cliniche? Noi auspichiamo da anni tale assunzione, ma siamo preparati ad essere delusi. Come si pensa di farlo, visto che anche in Italia abbiamo negato per legge che tali funzioni abbiano un valore clinico e terapeutico, sottoponendole anche nella fatturazione al versamento IVA? Magari i giudici riuscissero a indurre i periti a sobbarcarsi tale oneri clinici lasciando invariati i compensi, davvero vergognosamente irrisori, previsti dalla legge⁶⁰ per le perizie psichiatriche!

⁶⁰ È bene ricordare che il DM 30/05/2002, per le CTU psichiatriche, prevede la liquidazione di € 387,86, raddoppiati a € 775,72, ai sensi dell'Art. 5 L. 319/80, per i casi di particolare difficoltà. Per le perizie collegiali o eccezionalmente complesse, può essere richiesta la liquidazione per vacanze, ma c'è da tenere

Torniamo comunque agli psichiatri che hanno trattato questa materia. Alle indicazioni che la L. 103/2017 aveva dato accogliendo l'emendamento Mussini, si è opposta fermamente anche la Società Italiana di Psichiatria⁶¹, dichiarando di "sposare appieno" le posizioni della senatrice De Biasi⁶², posizioni che sono quindi state trasferite nello schema di DL che stiamo esaminando. In buona sostanza gli argomenti usati dalla SIP sono i seguenti. Nelle REMS devono essere ricoverati solo i rei folli con sentenza definitiva per i quali sia indicato un trattamento residenziale. Anche i periti dovrebbero orientare i loro pareri in questa direzione. Fin quando il giudice non abbia deciso in via definitiva che il ricovero nella REMS è la misura adatta per il reo folle, ogni terapia/trattamento a quest'ultimo deve essere garantito lì dove il soggetto si trova. Se si trova in carcere, ebbene egli va curato in carcere, a meno che non abbia incontrovertibile necessità di indifferibili cure da effettuare in un SPDC. Per il resto, a meno che la situazione non sia iperacuta, se il giudice stabilisce che il reo folle debba rimanere detenuto, è in carcere che va curato. Certo, "l'assistenza psichiatrica" in carcere (nemmeno si parla di assistenza di salute mentale) andrebbe "potenziata [...] sia in termini di adeguamento strutturale che funzionale", ma il reo folle, proprio perché lo si vuole far "divenire artefice del cambiamento che può sperimentare collaborando alla terapia", in carcere è bene che rimanga. "In tale ottica la SIP auspica il superamento definitivo de cosiddetto 'doppio binario' (giuridico e sanitario) previsto dal vigente codice penale". Quindi, per non "scaricare alle REMS" l'assistenza dei folli autori di reato, con grandissima nonchalance e con artifici logici che ci lasciano interdetti, la si scarica quasi interamente sul carcere. La SIP siciliana⁶³, così come Enrico Zanalda in un intervento congressuale del 2016 poi diffuso in rete⁶⁴, ritengono persino che (cosa cui peraltro noi non siamo "ideologicamente" contrari, ma che non è per ora ammessa dalla legge) "si dovrebbe poter prevedere anche il ritorno o il ricorso a situazioni di detenzione, nei casi di cessazione della collaborazione alle cure o violazioni delle disposizioni giuridiche" per il soggetto con vizio totale di mente al quale fosse stata già applicata una misura della REMS o altra misura non detentiva. I rei folli potrebbero dunque tranquillamente, al bisogno, "ritornare in carcere" dopo essere stati prosciolti, ovviamente solo se fossero molto cattivi e riluttanti alle cure.

Nelle dichiarazioni della psichiatria ufficiale italiana -di quella territoriale e clinica, intendiamo- non c'è chi non lodi la bontà delle leggi sul superamento dell'OPG. Poi, però, si manifesta una resistenza diffusa e malcelata, da parte della salute mentale territoriale, a condividere con il sistema giudiziario/penitenziario quelle funzioni di controllo che inevitabilmente sono connesse con la cura del reo folle. Una resistenza

presente che i compensi, sempre molto contenuti, vengono in genere pesantemente decurtati nei decreti di liquidazione.

⁶¹ MENCACCI C., CARPINIELLO B. e ZANALDA E. per la SIP, [Ecco perché l'emendamento Mussini sulle REMS è sbagliato](#), in *Quotidiano Sanità*, 5 Aprile 2017.

⁶² DE BIASI E. G.,: [Ecco perché le Rems non possono accogliere tutti. Non torniamo indietro di 20 anni](#), in *Quotidiano Sanità*, 17 Marzo 2017.

⁶³ Il documento è inserito sempre da E. Zanalda nel [sito della SIP Sicilia](#), sezione comunicati, verosimilmente nel 2016.

⁶⁴ ZANALDA E., [Il punto di vista dei servizi sanitari](#), Giornata di studio [...] "Non solo REMS: psichiatria, giustizia e servizi dialogano" - Torino, 16 maggio 2017.



2/2018

che viene peraltro talora apertamente espressa. Leggiamo, ad esempio, come si esprime in proposito il “Coordinamento Psichiatri Toscani” in un documento diffuso nel novembre 2015:

“Entriamo così nella grande questione della deriva manicomiale causata dalla crescente delega ai servizi di tutta la gestione della devianza comportamentale, inclusa quella che conduce al reato ed alla pericolosità sociale. Stiamo assistendo ad un fatto macroscopico. La legge 9 del 2012 di fatto restituisce la funzione di custodia al Servizio Sanitario e non riguarda solo il passaggio dall’OPG alle REMS: stiamo assistendo all’aumento dell’immissione forzata nella rete ordinaria dei presidi (soprattutto SPDC e strutture residenziali) di pazienti che hanno commesso reati, da parte del sistema giudiziario. Tale fenomeno è il portato pratico della legge che assegna i pazienti psichiatrici autori di reato ad una struttura “forte”, ma nella sostanza sanitaria, facendo sì che i pazienti in attesa di giudizio o autori di reati minori siano destinati dal sistema giudiziario ad altre strutture meno forti, ma sempre sanitarie. Non ci vogliono grandi sforzi di immaginazione per figurarsi il mutamento del clima interno degli SPDC e del loro funzionamento. È altresì totale la delega ai DSM del reinserimento del paziente autore di reato nel tessuto sociale: il risultato è il forte rischio di proseguimento *ad vitam* di una carriera residenziale, non senza costi umani ed economici”.

A quanto ci risulta l’atteggiamento espresso a chiare lettere dal Coordinamento Psichiatri Toscani è largamente condiviso da non poca parte della cosiddetta “psichiatria democratica”, con un atteggiamento che, come spiegheremo meglio dopo, manifesta aspetti contraddittori e, almeno per noi, difficilmente comprensibili.

7.1. La bisbigliante arrendevolezza della cosiddetta “psichiatria forense”

Le leggi sul superamento degli OPG hanno avviato un percorso che sta procedendo attraverso lo schema di DL. Un percorso che, a detta di molti come abbiamo visto, si dirige spedito verso la revisione radicale o l’abrogazione del “doppio binario”. Di fronte a queste norme ci saremmo attesi che la psichiatria forense italiana prendesse la parola con una certa autorevolezza. Magari ci è sfuggito qualcosa, ma non ci risulta che l’abbia fatto. C’è da osservare che questo dipende soprattutto dalla particolare posizione nella quale, in Italia, la psichiatria forense si trova. Tale disciplina, infatti, non si occupa assolutamente della terapia del reo folle, ma solo della valutazione, su delega del giudice, della imputabilità, della pericolosità sociale e della capacità di stare in giudizio. È però palese che, con le leggi 9/2012 e 81/2014 molte cose sono cambiate. Come ha sottolineato con precisione Paola Di Nicola, le indicazioni che i periti devono dare, secondo le nuove previsioni di legge, sono molto più complessi e articolate.

- Devono intanto pronunciarsi sulle “capacità di intendere e di volere” e sull’eventuale presenza di alterazioni mentali (malattie o disturbi) che le precludano o le riducano (l’art. 89 c.p. è ancora vigente).
- Devono quindi indicare se sia presente la pericolosità sociale e in quale misura lo sia, poiché dal livello di imputabilità e di pericolosità sociale dipenderà l’individuazione delle soluzioni trattamentali maggiormente idonee.



2/2018

- Per fare questo i periti non solo devono conoscere approfonditamente il soggetto, ma anche le opzioni trattamentali offerte dai SSM o comunque dal territorio.
- Diventa quindi inevitabile, per i periti, ricercare immediatamente e ottenere la collaborazione e il parere dei SSM, nella valutazione della gravità della eventuale psicopatologia, della sua incidenza sulla imputabilità e sulla pericolosità sociale. Questa collaborazione e questi pareri dei SSM sono ineludibili in caso di *vizio totale di mente*, poiché i SSM dovrebbero allora redigere i PTRI e i PDTA. Ma si tratta di collaborazione e pareri ineludibili anche allorché ci si orienti per un *vizio parziale* (con eventuale successivo ricorso alla *minorazione psichica*) o di altre turbe psichiche che, magari ininfluenti ai fini dell'imputabilità, necessitino comunque di cure specifiche di salute mentale.

Guardiamo allora come si pronuncia la psichiatria forense italiana sulla materia e, in particolare, il punto di vista del perito. Lo faremo scorrendo brevemente quanto ha detto Rolando Paterniti ad Alghero nel maggio 2017⁶⁵. Segnala intanto il collega come sia difficile comprendere bene “la portata della L. 81/2014 e quello che produrrà sui Servizi di Salute Mentale”. Secondo lui è “una situazione gravosa, che però dobbiamo comunque affrontare”. Proviamo a seguire il filo del discorso di Rolando Paterniti. Egli per esempio, si dichiara d'accordo con le posizioni della SIP, anche se ritiene che la L. 81 sia stata “subita” dagli psichiatri. È dell'avviso che l'art. 89 c.p. (vizio parziale) vada “eliminato”. Immagina che, quando si applica l'art. 206 c.p. (misura di sicurezza provvisoria), il soggetto non vada inviato nelle REMS, a meno che ciò non avvenga su parere del perito; non deve nemmeno essere ricoverato nei SPDC: deve andare “magari in carcere” o altrimenti in qualche “struttura intermedia, di quelle attenuate”. Ammette, Paterniti, che il perito, dopo la L. 81, non può esimersi dall'interloquire e dal confrontarsi con i colleghi del Dipartimento di Salute Mentale, anche se “percepisce nei servizi psichiatrici un atteggiamento un po' rinunciatario, di rimpallo di queste situazioni”. Il perito comunque, che pure deve avere “una grande esperienza clinica e un'ottima conoscenza dei SSM”, è indispensabile che sia “qualcuno che non ha alcuna responsabilità terapeutica e riabilitativa”. Il confronto con gli psichiatri dei SSM risulta dunque inevitabile, ma gli “psichiatri del carcere, che si sentono un corpo a parte, non possono e non devono esprimere giudizi sulla imputabilità e sulla pericolosità sociale” del loro paziente.

Dimentica, il Dr. Paterniti, che gli psichiatri del carcere sono psichiatri dei SSM e che non soltanto è un loro diritto, ma addirittura un loro dovere fornire a tutti, specie al giudice, precise indicazioni terapeutiche e trattamentali. Si pensa dunque che non sia una precisa necessità terapeutica comunicare al giudice come e dove quel paziente possa ottenere la cura adatta alle sue gravi condizioni psicopatologiche? Si pensa forse

⁶⁵ R. PATERNITI, [Legge 81 REMS. Il ruolo del perito](#), Relaz. al XX Congresso Nazionale di Psichiatria Forense, Alghero, 26 Maggio 2017.

che gli psichiatri del carcere, chiamati ogni giorno ad occuparsi della difficile cura dei loro pazienti, chiamati ogni giorno dai giudici, anche attraverso la osservazione psichiatrica, a pronunciarsi sulla compatibilità dello stato di salute dei loro pazienti con la detenzione in carcere, sulla opportunità di ricorrere alla minorazione psichica, all'art. 148 c.p. o all'art. 286 c.p.p. (ricovero in luogo esterno di cura), conoscano meno bene il loro paziente di quanto lo conosca un perito che, quando va bene, lo visita un paio di volte? Sarebbe bene non ci fosse più spazio per "questa" psichiatria forense, per questo "*angelo della medicina*" tanto incline, nelle aule dei tribunali, a "ripiegare le sue ali fruscianti di fronte all'*angelo della giustizia*". Dimostrando così, come lo stesso Paterniti sostiene, che qualità indispensabile del buon perito è quella di sapersi "mettere nei panni del giudice".

Vorremmo che il tempo fosse scaduto per questa psichiatria forense italiana, a tal punto distante dalla clinica. Si potrebbe pensare che in fondo, con il progressivo e surrettizio avvicinarsi non della abrogazione, non della "eliminazione", ma della surrettizia elisione del doppio binario, anche le funzioni dello psichiatra forense si ridurrebbero al lumicino. Ma c'è qualcuno che ci richiama alla realtà, alla insopprimibile necessità della psichiatria forense. Sono due psichiatri forensi e un direttore di un DSM di Roma (quest'ultimo è anche "Direttore ad interim" di alcune REMS laziali)⁶⁶. Secondo costoro gli psichiatri forensi sono gli unici titolati a esprimere pareri che orientino i giudici, poiché ad esempio non possono e non debbono farlo gli psichiatri che hanno compiti clinici e terapeutici nelle REMS. Le argomentazioni dei colleghi sono troppo profonde ed erudite, per noi che abbiamo un rapporto diuturno con i nostri pazienti da un lato, con i giudici che ci chiedono dei pareri dall'altro. Fornendo queste informazioni, nell'interesse primario del paziente (che è informato delle richieste del giudice e dei nostri pareri, che sono terapeutici e trattamentali), siamo certi di non violare alcun codice deontologico e di non tradire il rapporto fiduciario col paziente. Chi non sa fare questo, forse, non sa fare il terapeuta e allora è bene che lo faccia fare a qualcun altro. Anche perché, i criminologi/psichiatri forensi, qualcosa bisognerà pure che facciano. Se scompare il doppio binario e insieme a lui le REMS, rimarrà sempre il carcere per andare a esprimervi pareri scollati dalla diagnosi, dalla terapia, dalla prognosi cliniche.

8. Considerazioni finali sulle norme dello schema e sulle possibili conseguenze della loro applicazione.

L'analisi di buona parte della normativa degli ultimi anni sul tema del reo folle, magari un po' lunga e noiosa, ci è servita soprattutto a dimostrare che tutte le nuove norme, comprese quelle che vengono proposte nello schema di DL (che quasi certamente verrà approvato dal Parlamento), nascono da lontano e sono tutte sottese

⁶⁶ POMPILI P., NICOLÒ G. e FERRACUTI S., [Dagli Opg alle Rems. Ma i medici non possono fare i poliziotti](#), su *Quotidiano Sanità* del 2 Novembre 2016.



2/2018

dalla medesima finalità, che ha una evidente impronta ideologica: l'abolizione del "doppio binario" e la "restituzione del diritto alla pena" al reo folle. Si tratta di un progetto che ha un evidente presupposto assiomatico: quanto a condizioni mentali, non c'è poi una gran differenza fra un uomo e un altro, con lo sconfinamento asintotico verso l'inesistenza o l'insussistenza giuridica della malattia mentale. Non avendo la forza o l'opportunità di abrogare semplicemente le norme del codice penale e di quello di procedura relative alla *incapacità di intendere e di volere* e alla *pericolosità sociale*, con il trattamento specifico che queste norme garantiscono al folle autore di reato, una molteplicità di provvedimenti radicali è intervenuta a mutare la griglia regolamentare attraverso la quale si garantisce al momento l'assistenza al paziente autore di reato. Molti di questi provvedimenti sono estremamente positivi, altri appaiono di dubbia utilità. Sono stati estremamente positivi:

- Il DL 230/1999, che cominciò a far transitare la gestione della salute in carcere verso i vari SSR, obbligando il mondo giudiziario/penitenziario a una interlocuzione (che auspichiamo divenga adulta) con il mondo della salute, anche ai fini trattamentali. Sfortunatamente questo passaggio non solo è stato lungamente messo in *standby*, ciò che ha consentito un progressivo ritiro di risorse finanziarie da parte del Ministero della Giustizia in vista del passaggio definitivo, ma non è stato sufficientemente accompagnato verso le fasi successive.
- Il DPR 230/2000 (Regolamento di esecuzione), con il quale, ai fini che qui ci riguardano, si predisponavano migliori strumenti per la gestione della salute in carcere. In particolare, con l'art. 112, si disponeva che le osservazioni psichiatriche fossero effettuate in prima battuta nelle sezioni ordinarie del carcere, comprese quelle di OP; solo come *extrema ratio* si sarebbero dovute effettuare in ambito specialistico (allora c'era l'OPG).
- Le sentenze 253/2003 e 367/2004 della Consulta, che hanno esteso agli art. 222, 219 e 206 c.p. quanto era già previsto all'art. 219 per i reati di minore gravità, vale a dire la possibilità di applicare misure di sicurezza non detentive al posto di quelle detentive, allorquando lo consente il livello di pericolosità.
- La sentenza "Raso" delle Sezioni Penali unite della Cassazione, che nel 2005 ha indicato come anche per i gravi disturbi di personalità vada valutata l'imputabilità del soggetto che delinque.
- Il DPCM 1/04/2008, che fortunatamente, seppure con quasi dieci anni di ritardo, ha completato il passaggio della gestione sanitaria nei penitenziari dal Ministero della Giustizia a quello della Salute, prefigurando anche il "superamento degli OPG", passandone completamente la gestione sanitaria ai SSR, ma mantenendo all'interno di quegli Istituti di Internamento la presenza di una direzione amministrativa e della polizia penitenziaria, che facevano ancora capo al Ministero della Giustizia. Il carattere piuttosto approssimativo delle norme attuative del DPCM ha reso ancora più disomogenei, a livello nazionale, i tempi e i modi della sua attuazione.
- Le leggi sul "superamento degli OPG", apparentemente sorte sull'onda di un inevitabile sdegno per quell'orrore di cui tutti sapevano, ma che nessuno



2/2018

voleva vedere finché non è stato disvelato brutalmente, hanno certo introdotto lodevoli novità. Intanto la gestione “quasi completamente” sanitaria delle misure di sicurezza detentive, sollecitando il sistema di salute mentale a sussumere gli oneri e gli onori di una cura che non può prescindere dal controllo. Hanno poi sollecitato una maggiore e migliore interlocuzione dei sistemi di salute mentale “detentivi” (non dimentichiamo che le REMS sono e restano Residenze sanitarie “detentive”) con quelli “esterni”, inducendo questi ultimi a impegnarsi maggiormente anche nella gestione della salute mentale degli istituti ordinari di pena. Istituti dove -tutte le indagini epidemiologiche lo certificano inequivocabilmente- si va sempre più ammassando una quantità straordinaria di patologie mentali gravi. I servizi di salute mentale “esterni” lo hanno fatto, ma molto *obtorto collo*, adducendo a loro discarico la penuria di risorse e di investimenti specifici. Ciò che è testimoniato anche dal fatto che, dal 2011 al 2018 (vale a dire in sette anni), solo pochissime delle “Sezioni Psichiatriche” (o “Articolazioni penitenziarie di Salute Mentale” che dir si voglia) sono state realizzate e, soprattutto, dotate di spazi e di personale in misura adeguata. Le leggi sul superamento dell’OPG, inoltre, dando conto di come al loro fondo vi fosse soprattutto l’impulso ideologico della “eliminazione del doppio binario”, hanno apportato due modifiche che destano qualche perplessità. Poco importa che una di queste modifiche sia stata “garantita” persino dalla Consulta. La prima riguarda la previsione che “non costituisce elemento idoneo a supportare il giudizio di pericolosità sociale la sola mancanza di programmi terapeutici individuali”. Il Giudice, pertanto, allorché qualche esperto gli segnala che il livello di pericolosità del reo folle non è tale da indicare la necessità di un ricovero in REMS o magari nemmeno di una libertà vigilata con obblighi di cura, pur in assenza di uno specifico programma terapeutico/trattamentale formulato dai SSM, affida a questi ultimi il paziente, magari ricoverandolo (se in custodia cautelare in carcere) in un SPDC ex art. 286 c.p.p.. Possiamo dire che il giudice agisca male? Agisce in ogni caso a norma di legge e, forse, nemmeno nel peggiore dei modi. La seconda modifica avviene lì dove la L. 81 prescrive che “l’accertamento [della pericolosità sociale del reo folle sia] effettuato sulla base delle qualità soggettive della persona e senza tenere conto delle condizioni di cui all’articolo 133, secondo comma, numero 4, del codice penale”, vale a dire “delle condizioni di vita individuale, familiare e sociale del reo”. Siccome capita mediamente che i giudici non siano dissennati -e che talora non lo siano nemmeno gli psichiatri che devono formulare pareri diagnostici, prognostici e terapeutico/trattamentali tenendo conto delle determinanti bio-psico-sociali della malattia- di quest’ultima prescrizione, fortunatamente, si è tenuto conto in misura modesta.

Le leggi sul superamento degli OPG e le disposizioni normative correlate hanno anche dato l’indicazione di non più inviare in OPG gli osservandi (art. 112) e i condannati con sopravvenuta infermità psichica (art. 148). Questi ultimi, insieme ai minorati psichici (art. 111) li si sarebbe dovuti ospitare nelle “sezioni psichiatriche”



2/2018

penitenziarie (assenti almeno dalle nostre parti). Si è disputato molto, nel frattempo, sul destino di coloro cui fosse stata applicata la MdS provvisoria (ex art 206): i più, com'era inevitabile, si sono dichiarati contrari all'invio nelle REMS.

Poi, nel 2017, è stata approvata la L. 103, nella quale era stato accolto l'emendamento Mussini, che prevedeva "la 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 [...], nonché dei soggetti per i quali l'infermità di mente sia sopravvenuta durante l'esecuzione della pena [art148], degli imputati sottoposti a misure di sicurezza provvisorie [art 206] e di tutti coloro per i quali occorra accertare le relative condizioni psichiche [art 112], qualora le sezioni degli istituti penitenziari alle quali sono destinati non siano idonee, di fatto, a garantire i trattamenti terapeutico-riabilitativi". L'approvazione della L. 103/2017 ha determinato una immediata levata di scudi da parte di molti, come abbiamo visto, e questa reazione si è tradotta nello schema di DL le cui **indicazioni** ci apprestiamo a commentare.

Partiamo da quelle **positive**.

Per quanto riguarda le modifiche del codice penale, come non rallegrarsi che sia estesa ai disturbi psichici, nell'art. 147, la previsione del *rinvio facoltativo dell'esecuzione della pena*? Non si capisce, però, come questo possa essere messo in diretta correlazione con l'abrogazione dell'art. 148 (ne parleremo dopo).

Passando alle modifiche dell'Ordinamento Penitenziario, non potremmo che giudicare molto positivamente le norme che estendono alle patologie psichiche precise modalità di "detenzione domiciliare" e di "affidamento in prova". Con Alessandro Margara avevamo avanzato tale proposta fino dal 1997 e ci fa piacere che si arrivi infine a questa previsione, poco importa se con venti anni di ritardo.

Bene anche la sottolineatura dell'importanza del Servizio Sanitario all'interno dei penitenziari, che assume sempre più autonomi compiti di garanzia nel momento in cui assume quelli di cura. Degli aspetti negativi parleremo dopo.

Abbastanza neutra appare la previsione di "travasare" nell'art. 11-bis dell'OP le norme dell'art. 112 del RE, articolo che viene quindi abrogato. Con alcuni aspetti negativi di cui parleremo dopo.

Ottimo anche l'intento di realizzare, col nuovo Art. 65 dell'OP, le sezioni psichiatriche penitenziarie, che si dovrebbero infine chiamare "Sezioni per detenuti con infermità". Diversi aspetti negativi e/o irrealizzabili li stiamo per dire.

Passiamo dunque alle indicazioni dello schema che riteniamo **negative**.

Per quanto riguarda il CP, a meno che non si ragioni nell'ottica della "eliminazione del doppio binario", non si capisce la ratio della abrogazione dell'art. 148. Nella nostra esperienza i soggetti per i quali viene proposta e disposta l'applicazione dell'art. 148 c.p. sono quasi sempre soggetti ai quali non è stato riconosciuto una grave malattia mentale prima della condanna. Questo accade in genere per diversi motivi: a) perché il giudice non riconosce tale malattia; b) perché ritiene che la malattia sia ininfluenza ai fini dell'imputabilità; c) perché, pur essendo stata disposta una CTU, la malattia non viene riconosciuta; d) perché il CTU giudica tale malattia ininfluenza ai fini dell'imputabilità. È "il perito" stesso -in apparenza in

maniera del tutto paradossale- a suggerire agli avvocati che, in certi casi, è meglio che i rei folli vengano giudicati come sani di mente⁶⁷. L'infermità psichica "sopravvenuta" in ogni caso esiste. Lo dice a chiare lettere lo stesso schema, quando prevede che siano eseguite le pene detentive nelle "Sezioni [penitenziarie] per detenuti con infermità" per i "soggetti affetti da infermità psichiche sopravvenute". Fra l'altro, mancando una specifica disposizione di legge che identifichi tale categoria, non si comprende come la si possa proporre al giudice (che ci pare inevitabile sia il giudice dell'esecuzione, trattandosi di detenuti condannati in via definitiva; altrimenti la previsione sarebbe quella dell'art. 206 c.p.) e come il giudice possa disporre il "ricovero" delle suddette "sezioni".

Passiamo agli aspetti negativi delle modifiche dell'OP. C'è da chiedersi, intanto, a cosa miri la norma secondo la quale, quando non vi sia pericolo di fuga, non deve essere "disposto il piantonamento durante la degenza [in luogo esterno di cura] salvo che sia necessario per la tutela della [...] incolumità personale [dei detenuti ricoverati]". Stentiamo francamente a comprendere la *ratio* della norma. Si ricovera all'estero (supponiamo in un SPDC) un detenuto in grave stato di alterazione psichica e lo si piantona solo lì dove vada tutelata la sua incolumità personale? Tutelata da cosa? Immaginiamo unicamente da aggressioni esterne, ma in questo caso sarebbe bene specificarlo! Talvolta è necessario ricoverare in luogo esterno di cura detenuti molto ammalati ma molto pericolosi: senza il piantonamento il ricovero in luogo esterno di cura sarebbe improponibile! A meno che non avvenga in idonee e deputate sezioni penitenziarie ospedaliere, dove la presenza delle forze di polizia è già prevista. Noi, però, consigliamo di valutare molto attentamente e con grande prudenza l'opportunità di ricoverare in un ambiente ospedaliero non specialistico un grave malato mentale che si trovi in una fase critica.

Le prescrizioni secondo le quali tutti medici che operano nel penitenziario debbano quindi dare "comunicazione fotografica" delle lesioni eventualmente riscontrate, ci pare francamente eccessiva. Non lo si fa nemmeno all'esterno per le lesioni che impongono l'obbligo del referto, ma dovrebbe essere fatto in carcere. Abbiamo l'impressione che ci si muova, con questa disposizione, sull'onda di reazioni negative a fatti di cronaca, più o meno recenti, nei quali è magari da stigmatizzare l'atteggiamento omissivo, nello stilare una certificazione o un referto, da parte di sanitari, più o meno conniventi, che sono in ogni caso molto esposti a palesi pressioni ambientali.

Per quanto concerne l'aspetto negativo del proposto art. 11-bis 1. (L'accertamento delle condizioni psichiche degli imputati, dei condannati e degli internati), sottolineiamo soltanto come rappresenti un elemento regressivo il fatto di prevedere che le Osservazioni Psichiatriche debbano essere tutte compiute (all'infuori di quelle effettuate all'esterno) nelle Sezioni di cui all'art. 65. Questo non solo riempirebbe ben presto tali sezioni, ma deresponsabilizzerebbe gli operatori dei singoli istituti del territorio dall'effettuare, in loco e autonomamente, valutazioni

⁶⁷ Cfr. R. PATERNITI, *Relaz., cit.*



2/2018

diagnostico/prognostico/terapeutiche. È assolutamente indispensabile lasciare la vecchia prescrizione dell'art. 112: in prima battuta le OP devono essere effettuate nell'istituto dove il soggetto è recluso.

Passiamo, *last but not least*, al nuovo art. 65 dell'OP. Si prevede, con ogni evidenza anche se non è scritto da nessuna parte, che le "sezioni per detenuti con infermità" siano collocate *all'interno* degli istituti ordinari di pena. Dipendono quindi da un direttore del carcere. Nello schema non si prevede che non debba operarvi la polizia penitenziaria e, tuttavia, si scrive che tali "**sezioni speciali sono ad esclusiva gestione sanitaria**". Francamente, lavorando in carcere da molti anni, non comprendiamo cosa questo voglia dire. La polizia penitenziaria sarà ben lieta di delegare completamente al personale sanitario la gestione dei casi di patologia mentale più severi, che sono spesso anche quelli più disturbanti per il carcere. I sanitari dovranno attrezzarsi per fare fronte agli atteggiamenti pericolosi e aggressivi dei loro pazienti. Una indicazione, quello dello schema, a nostro parere completamente inapplicabile, specie considerando che non viene prescritta alcuna vincolante indicazione sugli spazi e sul personale di cui le sezioni dovrebbero essere dotate. Una vera "norma Alcina"⁶⁸, che ricadrebbe totalmente sulle deboli spalle degli operatori penitenziari di salute mentale. Questa debolezza delle norme dello schema è stata opportunamente segnalata, nei giorni scorsi, in un Comunicato della Conferenza Stato-Regioni⁶⁹, nel quale si evidenzia il "disaccordo a creare strutture all'interno degli istituti penitenziari ad esclusiva gestione sanitaria, perché [...tale progetto] risulterebbe troppo complesso, rischioso ed oneroso".

Un ultimo rilievo infine, avanzato non solo da noi, ma anche da altri⁷⁰. Le modifiche dell'ordinamento penitenziario che abbiamo preso in esame, quelle che potrebbero introdurre degli effettivi miglioramenti per i rei folli e per il sistema complessivo (introduzione di un affidamento in prova "terapeutico", maggiore coinvolgimento dei Servizi di Salute Mentale per le misure non detentive, effettivo allestimento delle "sezioni per detenuti con infermità"), come è possibile attuarli se non è previsto alcun "nuovo o maggiore onere a carico della finanza pubblica", dovendo "le amministrazioni interessate provvedere agli adempimenti previsti dal presente decreto con le risorse umane, finanziarie e strumentali disponibili a legislazione vigente"?

L'unica certezza, qualora le norme dello schema fossero approvate, specie se fossero approvate a costo zero, è che il prezzo delle modifiche sarebbe precipuamente pagato dai rei folli *in primis* e dagli operatori penitenziari poi. Non è difficile prevedere, infatti, che i SSM esterni, già gravati da compiti che non riescono a sostenere, finiranno per scaricare sul carcere il peso dell'assistenza ai rei folli che in numero crescente vi trovano il loro ultimo rifugio. I SSM esterni, già molto insofferenti per quel controllo sociale delegato che si trovano a dover esercitare insieme alle

⁶⁸ Così Gemma Brandi definisce tutti i provvedimenti che ci si affanna a presentare bene ma che, sia nella sostanza che nella forma, si dimostrano inapplicabili o inefficaci, quindi potenzialmente molto dannosi.

⁶⁹ [Comunicato del 2 febbraio 2018](#) della Conferenza Stato-Regioni.

⁷⁰ Cfr il Comunicato di cui sopra.

funzioni terapeutiche, non ci pare probabile che mettano a punto tempestivamente le “certificazioni [...] attestanti le condizioni di salute del soggetto e il programma terapeutico e di assistenza psichiatrica” per i molti pazienti che potrebbero accedere alle “nuove” misure non detentive. I “seminfermi di mente” durante l’esecuzione della pena detentiva ordinaria, i detenuti con sopravvenuta infermità, i soggetti con misura di sicurezza provvisoria, affolleranno il carcere in maniera crescente. Nel carcere gli operatori della polizia penitenziaria, che già ora stentano a provvedere a compiti di assistenza per i quali non sono preparati, accoglieranno di buon grado la delega del compito di trattare i reclusi più problematici alle “sezioni per detenuti con infermità”, “ad esclusiva gestione sanitaria”. Anche tutti gli operatori degli istituti di pena dove tali sezioni non verranno attivate chiederanno che i rei folli dal problematico trattamento vi siano tempestivamente trasferiti. Il cerino acceso rimarrà in mano al carcere e, in particolare, agli operatori, solo sanitari, delle suddette sezioni. Questo non preoccupa nessuno: dell’inclinazione seclusiva/autodistruttiva, che abbiamo visto essere un paradigma pressoché irrinunciabile per coloro che fanno ingresso in carcere, si possono facilmente rilevare gli indizi sia al di là che al di qua delle sbarre.

È giustificato il timore che i suicidi, in carcere, non diminuiranno. C’è anzi da pensare che aumentino, come è successo in Inghilterra e nel Galles, dove sono raddoppiati fra il 2012 e il 2016⁷¹. Noi pensiamo che debba far riflettere quanto hanno messo in evidenza Seena Fazel e altri⁷², i quali hanno trovato, analizzando i dati amministrativi di 24 Paesi europei, che l’unico valore con cui correla il dato della prevalenza del suicidio in carcere è il tasso di prisonizzazione. Ma non, come qualcuno si sarebbe atteso, che all’aumento del tasso di prisonizzazione corrisponda un aumento della prevalenza dei suicidi, ma proprio il contrario. Quello che vogliamo dire è che occorre stare attenti a non peggiorare le cose facendosi guidare dal pregiudizio che, in automatico, maggiore liberazione (che è molto diverso da maggiore libertà) voglia dire, per certuni, maggiore benessere.

Noi coltiviamo da sempre e per sempre -poco importa se delusi con costanza- una fantasia di desiderio: che le norme per il trattamento del reo folle siano semplici, non contraddittorie, elaborate da persone competenti, intelligenti e appassionate in un confronto aperto, efficaci e sottoposte a costante verifica. Abbiamo già indicato diverse volte la strada per convertire in realtà questa fantasia di desiderio⁷³ e, quando ascoltati, abbiamo realizzato non poche cose: il primo Servizio Psichiatrico in carcere nel 1990, la Proposta di Legge delle Regioni per la evoluzione dell’internamento giudiziario e delle perizie nel 1997, il Decreto di attuazione del DL 230/1999 in quello stesso anno, il Progetto Eracle e la Residenza Le Querce nel 2000, una attività di Osservazione Psichiatrica degna di questo nome negli ultimi due anni nella AUSL Toscana Centro, solo per fermarci agli aspetti penali della coazione benigna. Se ci attendessimo di essere esauditi saremmo di certo un po’ folli, fors’anche un po’ rei, se non altro di ingenuità.

⁷¹ T. BURKI, *cit.*

⁷² S. FAZEL ET AL, *Suicide in prisons: an international study of prevalence and contributory factors*, The Lancet Psychiatry, Vol. 4, No. 12, p. 946-52.

⁷³ Si veda, ad esempio, IANNUCCI M. e BRANDI G., [Quanti rinvii, ancora, per il superamento degli OPG?](#), *cit.*