

# La riforma della sanità penitenziaria: il caso Ospedali Psichiatrici Giudiziari

## Esigenze etiche e giuridiche dell'oltre

Michele Miravalle

### Capitolo primo

- 1.1 L'insicurezza collettiva e il diritto penale del rischio. Introduzione e premessa metodologica
- 1.2 La società e il folle reo. Il tempo degli stigma
- 1.3 Il folle reo e la società. Il tempo della (in)differenza
- 1.4 La pericolosità sociale: dalla presunzione all'accertamento in concreto
- 1.5 Imputabilità, quando teorizzare il problema significa nascondere
- 1.6 Prima escono i cavalli, poi gli uomini. Breve storia di un'istituzione totale
  - 1.6.1 1876: I *maniaci* di Aversa
  - 1.6.2 1890: Il codice Zanardelli e il vizio di mente
  - 1.6.3 1891: «Signor Ministro, abbiamo un problema!»
  - 1.6.4 1904: La prima legge sui manicomi
  - 1.6.5 1923-1925: I manicomi criminali crescono
  - 1.6.6 1930: Il codice Rocco e il sistema del doppio binario
  - 1.6.7 1968: Un assordante silenzio
  - 1.6.8 1974: La Corte Costituzionale e la durata minima delle misure di sicurezza
  - 1.6.9 1974 (bis): Antonia Bernardini, imprenditrice morale inconsapevole
  - 1.6.10 1975: Da manicomio giudiziario a O.P.G. *Nomina non sunt consequentia rerum*
  - 1.6.11 1978: La *primavera dei matti*. La grande riforma
  - 1.6.12 1982: Il necessario attivismo della Corte Costituzionale
  - 1.6.13 1998: I minori e l'O.P.G.
  - 1.6.14 2003: La sentenza della Corte Costituzionale n.253/2003: l'inizio di una nuova epoca
  - 1.6.15 2005: L'O.P.G. diventa problema internazionale
  - 1.6.16 2008: L'attesa *regionalizzazione*
  - 1.6.17 2010-2011: L'O.P.G. in diretta

## Capitolo secondo

### 2.1

Uno sguardo altrove. High Security Hospitals, gli O.P.G. d'Oltremarica

## Capitolo terzo

### 3.1

L'O.P.G., istituzione *dísomogenea*: I problemi

#### 3.1.1

Le strutture

#### 3.1.2

Gli internati

#### 3.1.3

Il personale, gli operatori

#### 3.1.4

Le risorse finanziarie

### 3.2

O.P.G., istituzione *tenace*, soluzioni sostenibili di superamento tra abolizionismo e revisionismo

### 3.3

Dall'O.P.G. alle comunità, una ricerca sul campo tra Piemonte e Emilia Romagna

#### 3.3.1

Persone 1/ Silvia Morrone: «La *legge* è importante, la *clinica* è fondamentale»

#### 3.3.2

Persone 2/ Giovanni Gardelli: «In comunità non si reprime, si ricostruisce un paese»

#### 3.3.3

Il *primato dell'esistenza*: il resoconto delle visite in comunità

## Considerazioni conclusive

## Bibliografia

## Capitolo primo

### 1.1 L'insicurezza collettiva e il diritto penale del rischio. Introduzione e premessa metodologica

Dov'è finita la *dolcezza*? È in nome di questo principio che avviene il più epocale dei cambiamenti della storia del sistema sanzionatorio: il *tramonto dei supplizi* è sentito come esigenza sociale improcrastinabile a partire dalla seconda metà del XVIII secolo nella Francia rivoluzionaria, quando si palesa la necessità di *punire diversamente*, abolendo lo «scontro fisico del sovrano con il condannato, sciogliendo il corpo a corpo che si svolge tra la vendetta del principe e la collera contenuta nel popolo con intermediari il boia e il suppliziato» (1).

Lo scardinamento improvviso di quel connubio atroce e sanguinario, fino ad allora indissolubile, tra la *violenza tirannica del re* e il piacere nel *veder soffrire* del popolo (2), avviene paradossalmente attraverso il più mite dei sentimenti: la dolcezza. Che è poi, nella lucida ricostruzione storica *foucaultiana*, la naturale «necessità di un castigo senza supplizio formulata dapprincipio come un grido del cuore o della natura indignata, poiché anche nel peggiore degli assassini, una cosa almeno deve essere rispettata quando si punisce: la sua *umanità* » (3).

È l'uomo insomma, scevro del suo aspetto criminale, ad essere eretto a misura contro il dispotismo del patibolo, simbolizzazione materiale del Potere.

Oggi, uomini e giuristi del XXI secolo, sono chiamati a interrogarsi sul collocamento della società su tale parabola dell'umanità. Occorre constatare un arretramento (4), con conseguente ritorno *al supplizio*, o un avanzamento nel segno dell'umanità?

Per tentare di dare risposta a tale quesito occorre analizzare la problematica sotto due differenti aspetti: il *sociale* (o *comunitario*) (5) e l'*individuale*, concentrandosi in particolare, ai fini di tale ricerca, sulle azioni criminali commesse da soggetti psicotici, fenomeno forse numericamente marginale (6) rispetto alla totalità del crimine, ma certamente più problematico e complesso da una prospettiva tanto giuridica quanto sociologica.

Non vi è l'intenzione di aggirare il quesito, anzi è impellente la volontà di darne una risposta quanto più esaustiva e sostenibile.

Esploreremo dunque i meandri reconditi di uno spazio, tanto ideale quanto materiale, che il sociologo del diritto Pierre Bourdieu definisce «campo giuridico» (7), nella sua particolare accezione di «campo giuridico del penitenziario» (8), inteso come quel «cosmo sociale costituito dall'insieme di microcosmi sociali relativamente autonomi, spazi di relazioni oggettive in cui funzionano una logica e una necessità specifiche, non riconducibili a quelle che regolano altri campi» (9).

Non uno spazio qualunque abitato solo da un sistema di regole codificate, che il giurista moderno suole definire *diritto positivo*, ma anche da figure professionali che rappresentano, nel linguaggio di Bourdieu, gli *agenti specializzati di produzione di enunciati linguistici seri*.

Ma l'oggetto della ricerca è ancora più peculiare, si intende infatti ricostruire il *sotto-campo giuridico dei folli-rei*, particolarmente interessante poiché caratterizzato da un livello di sovraffollamento di agenti specializzati, che non ha pari in altri settori di campi simili e che è causa, come verrà dimostrato, di ambiguità, disfunzioni, "schizofrenie".

Alle figure professionali più strettamente giuridiche (per formazione e funzioni): i magistrati di cognizione e di sorveglianza, gli avvocati, i direttori penitenziari, si affiancano infatti figure *para-giuridiche*, come gli agenti di Polizia penitenziaria e figure *extra-giuridiche*, con ruoli riconducibili alle esigenze di cura degli internati, come gli psichiatri (tanto lo psichiatra territoriale del Dipartimento di Salute Mentale, quanto quello di istituto), gli psicologi, gli educatori, gli operatori di comunità.

Le interazioni tra tali soggetti sono riconducibili al modello sociologico della *cooperazione conflittuale* (10), concetto proprio della sociologia dell'organizzazione, che intende definire l'azione sociale instaurata da soggetti portatori di obiettivi differenti e con ineguale potere decisionale, tenuti ad adottare delle forme di negoziazione al fine del raggiungimento dei propri obiettivi individuali.

È chimerico pensare al raggiungimento di un'armonia di azioni e una unitarietà di intenti che possa risolvere il dannoso conflitto tra agenti specializzati? L'*oltre etico e giuridico* evocato dal sottotitolo di questa ricerca è sterile esercizio teorico o è futuro prossimo?

Per tentare di dare una risposta a questi difficili quesiti si è scelto di adottare un metodo di ricerca ingiustamente marginalizzato dall'apprendista giurista contemporaneo, abituato alla comodità delle *torri d'avorio* della manualistica e del troppo spesso sterile dibattito dottrinale, che rimane smarrito e sorpreso nello scoprire un mondo, come quello carcerario e quello degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari (11) in cui vige una «perenne contraddizione tra le finalità dichiarate (di emenda, di recupero sociale, di rieducazione dei condannati) e quelle attuate di fatto mediante consolidate e apparentemente immutabili prassi carcerarie» (12).

Il metodo scelto è la riaffermazione *del primato dell'esistenza sul teorico* concettualizzato e praticato, in tutt'altro contesto, dal sociologo torinese Mauro Rostagno (13). In queste pagine tale primato si concretizza in una ricerca esplorativa sul campo delle strutture di esecuzione penale dedicate ai folli-rei.

Non solo gli O.P.G. e le Case di Cura e Custodia, previste dai nostri codici, ma considerati luoghi destinati, presto o tardi, ad essere superati e sostituiti da istituzioni-altre come le comunità terapeutiche specializzate nel ricovero di folli-rei, i reparti di osservazioni psichiatrica delle carceri e i servizi di psichiatria territoriale.

Il primo capitolo è sostanzialmente suddiviso in due parti, nella prima si delinea il contesto sociale all'interno del quale il folle-reo si colloca e lo *stigma* con cui viene marchiata la sua doppia devianza (la commissione del reato e la malattia mentale) dalla moderna società dell'insicurezza, ciò aiuterà a capire i principali istituti giuridici che riguardano i folli-rei, concentrandosi, in particolare, anche se non esaustivamente, sui concetti di imputabilità e di pericolosità sociale e sulla loro evoluzione in dottrina e

in giurisprudenza, nel solco di quella precipua tradizione italiana che è il c.d. sistema del doppio binario.

Nella seconda parte del primo capitolo si adotta invece la prospettiva dello storico del diritto, ripercorrendo, anno dopo anno, dal 1876 al 2011, le tappe fondamentali riguardanti il controverso binomio cura e sicurezza e descrivendo quell'intricato intreccio di corsi e ricorsi storici, fatto di assordanti silenzi, precipitose riforme, gattopardeschi affanni. Tale ricostruzione è fondamentale, oltre che a introdurre alcuni concetti sociologici salienti ai fini della trattazione, quali quello dell'imprenditore morale, a far da preambolo alla seconda parte della tesi.

Nel secondo capitolo infatti, rivendicando l'impellente necessità di un'analisi comparatistica del problema, si inquadrerà il fenomeno dei *mentally ill offenders* (i folli-rei) e degli *high security hospitals*, gli O.P.G. d'Oltremarica, nella tradizione di common law e, in particolare, nel contesto statunitense e anglosassone, scelta non casuale, ma dettata dalla possibilità data all'Autore di svolgere un semestre di ricerca sul campo al Center for Transnational Legal Studies di Londra.

Il terzo capitolo è certamente quello in cui il primato dell'esistenza si afferma con maggior determinazione, accogliendo scientemente il rischio, di compiere un'analisi e un'attività poco ortodossa per una tesi di giurisprudenza. In questa sezione infatti non si illustrano soltanto le principali proposte di riforma del sistema sanzionatorio delle misure di sicurezza, distinguendo tra posizioni *abolizioniste* e *revisioniste*, facendo largo uso degli strumenti statistici, ma ci si affretta a riaffermare la prevalenza dell'Uomo sul Numero, dando conto delle visite svolte dall'Autore all'interno delle comunità terapeutiche protette, specializzate nell'ospitare pazienti psichiatrici autori di reato.

Si è ritenuto infatti che l'unica modalità con cui: apprezzare gli effetti concreti della decisioni della giurisprudenza (soprattutto quella costituzionale) e dei più recenti interventi legislativi in tema di folli-rei e sanità penitenziaria, sondare la fattibilità delle proposte di riforma e valutare la sostenibilità della alternative agli attuali O.P.G., sia quella di visitare tali strutture, interloquire con ospiti e operatori, comparare le metodologie e le prassi di intervento, per poi proporre una analisi sociologica e giuridica delle osservazione sul campo.

Solo così si può cogliere, nella relazione tra legislazione (riferimento a normativa in tema di salute e riabilitazione), definizioni dei servizi (carte dei servizi), discorsi e pratiche di operatori e utenti della comunità, la complessità di una realtà che si genera nella confluenza di aspetti giuridici, sociologici, antropologici, psicologici e psichiatrici.

Parte essenziale di tale ricerca sono stati gli incontri e le interviste con diverse figure professionali, alcuni riportati integralmente nelle pagine seguenti, altri parzialmente, altri semplicemente citati o utilizzati per creare un sostrato di conoscenze e opinioni necessario ad orientare le varie fasi della ricerca.

La scelta dei soggetti da intervistare è il risultato del tentativo di dar conto della complessità del problema e del sovraffollamento del campo giuridico dei folli-rei, evitando così di affrontare la questione dal punto di vista di una sola categoria professionale, ma allargando il più possibile lo spettro di opinioni, competenze, professionalità e obiettivi.

Le interviste sono state raccolte, nei contesti più vari, nell'arco temporale tra il settembre 2010 e il settembre 2011 e hanno seguito uno *schema libero*, per evitare di imbalsamare le idee in un rigido questionario, con il rischio di non cogliere le differenze di approccio alla problematica. Ecco l'elenco degli intervistati in ordine alfabetico:

- Andrew Bridges, direttore del Probation System del Ministero della Giustizia del Regno Unito,
- Andrew Coyle, già direttore penitenziario, presidente dell'International Center for Prison Studies, Essex University,
- Angelo Fioritti, psichiatra, direttore D.S.M. Bologna e coordinatore progetto di ricerca Mo.di.O.P.G.,
- Anna Greco, coordinatrice educatori casa circondariale Lorusso e Cutugno di Torino, responsabile Forum Giustizia e Salute del Piemonte,
- Anna Maria Frammartino, psicologa a contratto, reparto di Osservazione Psichiatrica "Sestante", casa circondariale Lorusso e Cutugno di Torino,
- Antonino Calogero, Direttore sanitario O.P.G. Castiglione delle Stiviere,
- Caterina Corbascio, psichiatra, direttrice D.S.M. Asti e referente piemontese del progetto di ricerca Mo.di.O.P.G.,
- Dario Stefano dell'Aquila, referente Antigone Campania, autore del libro inchiesta sugli O.P.G. "Se non ti importa il colore degli occhi",

- Franco Scarpa, Direttore Sanitario O.P.G., Montelupo Fiorentino,
- Giovanni Gardelli, psicologo, responsabile comunità Casa Zacchera di Sadurano (Forlì),
- Ignazio Marino, Senatore della Repubblica, presidente della Commissione per l'efficienza del Servizio Sanitario nazionale,
- Luigi Missiroli, psichiatra, ex direttore D.S.M. Forlì,
- Nunziante Rosania, Direttore Sanitario O.P.G., Barcellona Pozzo di Gotto,
- Peter Tague, professore di procedura penale e deontologia forense, Georgetown University di Washington,
- Santi Consolo, Vice capo Dipartimento Amministrazione Penitenziaria,
- Silvia Morrone, psicoterapeuta, direttrice clinica comunità Il Montello di Serravalle Scrivia (Alessandria),
- Ugo Zamburru, psichiatra, direttore D.S.M. Asl 4 Torino, scrittore e animatore del Caffè Basaglia di Torino.

A questi si aggiungono i veri protagonisti di questa ricerca esplorativa, i *pazzi criminali*, con cui ho parlato, mangiato, guardato l'orizzonte, giocato a carte. Soggetti sospesi, loro malgrado, tra mondi incomunicabili, tra le ragioni (e i torti) del diritto e quelli della psichiatria, tra esigenze di cura e di sicurezza. Uomini e donne senza vie di mezzo, o compatiti o puniti.

Il lettore, nelle pagine che seguono, non troverà né facile pietismo, né livorosa intransigenza nei confronti delle loro azioni e delle loro esistenze.

Si cercherà piuttosto di dare loro, quello che chiedono e quello che meritano, la *dolcezza*.

## 1.2 La società e il folle reo. Il tempo degli stigma

Posto che si accettino come presupposto ideologico i due fondamentali assiomi della criminologia correzionale (14) e considerando quindi (a) l'azione sociale come intersoggettivamente significativa e (b) il "crimine" come costruzione sociale e non esistente *per se*, il più convincente tra i tre maggiori approcci sociologici (15), per spiegare come l'odierna *società dell'insicurezza* si relaziona con i folli-rei, è probabilmente l'*interazionismo simbolico*.

Le "pietre angolari" del pensiero interazionista, secondo uno dei suoi principali teorizzatori, Herbert Blumer (16), sono:

- a. Gli esseri umani agiscono nei confronti delle cose sulla base dei significati che queste hanno per loro;
- b. Il significato di tali cose è derivato dall'*interazione sociale* che ciascuno ha con i propri simili;
- c. Questi significati vengono negoziati e modificati attraverso un processo interpretativo messo in atto dalla persona nel relazionarsi con le cose che ha di fronte.

Tutto gravita intorno alla *definizione sociale* del crimine data dalla collettività in un preciso contesto spazio-temporale. Quindi, se è vero che da un lato, «l'interpretazione di un atto dipende da come la situazione o l'ambiente interazionale viene definito dai partecipanti» (17) e, dall'altro, occorre superare una visione puramente *positivistica*, evitando di appiattare il fenomeno criminale su una misurazione statisticoquantitativa (18), con il rischio di dimenticarne l'aspetto qualitativo, cioè perché e come nasce e si sviluppa il crimine, occorre constatare che i comportamenti umani vengono continuamente valutati ed *etichettati* (19).

Etichettati sia dal soggetto che li pone in essere - il *self* - sia dagli altri consociati - la *community* - (è la c.d. Labelling Theory o Teoria dell'Etichettamento).

Le azioni, tutte le azioni umane, vengono categorizzate, o meglio etichettate, e definite conseguentemente *conformi* o *difformi* (20). Molto dipende dai soggetti che effettuano il processo di *interpretazione del crimine* (21): possono essere soggetti "istituzionali", come i magistrati o le forze di polizia (22), chiamati a loro volta a dar seguito a processi di definizione del crimine compiuti dalla legislazione penale, oppure soggetti "non istituzionali", le cui interpretazioni non vanno tuttavia sottovalutate in termini di grado di *severità della reazione sociale* (23), poiché possono concretamente avere conseguenze ben peggiori per i soggetti etichettati come devianti o criminali.

Sulla base del pensiero interazionista occorre dunque capire i contorni della fase storica-culturale odierna, per indagare come il soggetto psicotico autore di reato (il folle-reo) viene etichettato.

Grave errore sarebbe pensare che tale analisi dell'interpretazione sia vuoto esercizio accademico senza apprezzabili conseguenze nella realtà, basti pensare, a titolo di esempio, come la categoria della *pericolosità sociale* (che coinvolge direttamente i folli-rei) influenzi il dibattito del mondo del diritto, modificando, come vedremo, le strategie di controllo penale rispetto agli autori di reato "pericolosi".

Secondo l'analisi di Ullrich Beck (24) siamo passati dalla *Società classista* alla *Società del rischio*, cioè da una società costruita sul concetto di «produzione e distribuzione della ricchezza» ad una realtà in cui ci si preoccupa della «distribuzione dei rischi». Nello specifico per *rischio* si intende l'aleatoria conseguenza di decenni di sviluppo scientifico e tecnologico senza pari nella Storia dell'Uomo, che hanno ampliato il grado di incertezza nel futuro e la consapevolezza (o la percezione) di Istituzioni incapaci di arginare la violenza e dare sicurezza al cittadino.

Il legame tra sviluppo tecnologico beckeriano e folli-rei può, *prima facie*, apparire totalmente inesistente, ma non lo è affatto, se si pensa che il senso di insicurezza nasce come paura di uno sviluppo tecnologico incontrollato e investe direttamente, in seconda battuta, le *relazioni tra consociati*. «Nella società postindustriale, migrazioni, disoccupazioni, conflitti culturali, problemi di articolazione interna determinano una situazione di coesistenza che genera conflitti interindividuali con episodi più o meno espliciti di violenza, in questo contesto, il primo fattore di rischio percepito è costituito dall'*Altro*» (25).

Ma l'Altro non è più un singolo individuo, ma è «il gruppo, la moltitudine, la società nel suo insieme» (26): sono infatti intere città ad essere considerate "insicure", non i singoli cittadini che abitano in quel contesto.

Così ragionando, la posizione del *folle-reo*, già storicamente considerato un "diverso" con il quale ridurre al minimo le relazioni umane, si aggrava, andandosi a sommare a quel senso di insicurezza collettiva (e quindi di diffidenza) che investe tutte le classi sociali, nessuno escluso (27). Se già essi partivano quindi da una posizione di svantaggio, le loro condizioni si sono ulteriormente aggravate nella Società del rischio.

Urge ora, prima di proseguire nella descrizione dell'aspetto *individuale*, cioè del crimine visto dal punto di vista del suo autore (nel nostro caso lo psicotico), compiere un ulteriore passo nell'esplorazione della Società del Rischio, senza il quale la nostra analisi risulterebbe monca e fallace.

È necessario infatti indagare lo scollamento tra *criminalità effettiva* e *criminalità percepita*: spesso a condizionare le relazioni umane è una *sensazione di insicurezza*, più che un'insicurezza *oggettiva* (28). Ritornano le riflessioni di Hagan (29) sulla *percezione del danno sociale* come elemento costitutivo della criminalità: «Alcuni comportamenti come il gioco d'azzardo, la prostituzione o l'utilizzo di droghe vengono considerati relativamente poco dannosi, tant'è vero che sono chiamati *reati senza vittime*, anche se talvolta producono danni significativi sia a chi li pratica che alla rete sociale in cui queste persone sono inserite. Vi sono invece atti criminali che hanno un forte impatto sociale, basti pensare al terrorismo, alla violenza della criminalità organizzata, ai crimini predatori o d'impresa, alle violenze sessuali. (...) Vi sono crimini, insomma che, pur producendo danni seri, possono essere considerati, nella percezione pubblica, relativamente poco dannosi» (30).

Cosa produca e chi sia il responsabile di tale paradosso è analisi complessa, da rimandarsi ad altra e specifica ricerca; merita comunque in questa sede compiere una riflessione sul ruolo primario svolto dai mass media (31) e della rappresentazione mediatica della criminalità. Quest'ultima mira, in primo luogo, all'identificazione del fruitore (telespettatore o lettore) con la vittima (32) e, in secondo luogo, alla demonizzazione dell'autore di reato, in una sorta di linciaggio mediatico, considerando «ogni attenzione ai diritti dell'autore una mancanza di rispetto per le vittime» (33).

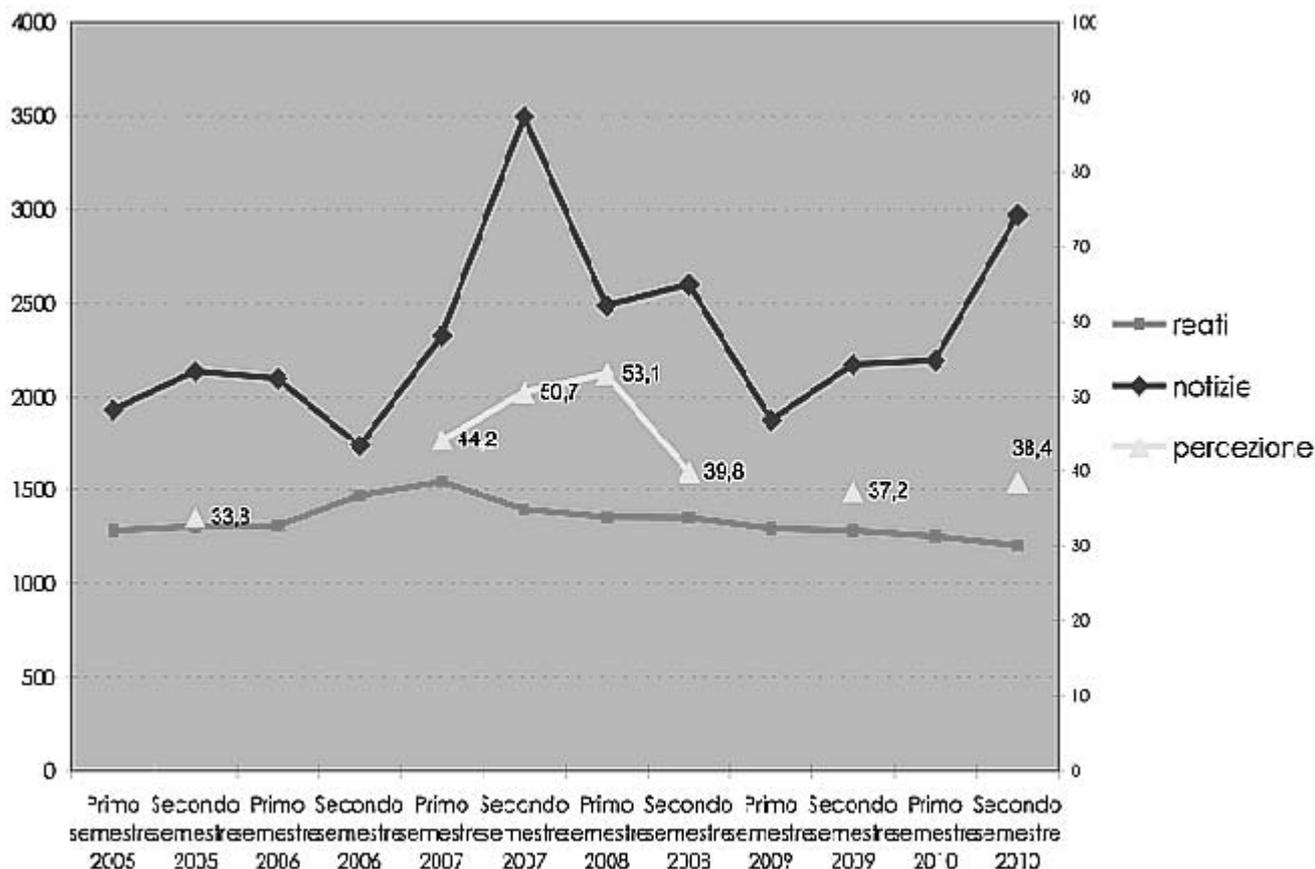
L' Osservatorio di Pavia-Media research (34) trasforma annualmente in dati statistici la correlazione tra "percezione dell'insicurezza" e "media".

Come si evince dalla Tabella 1.1, se si confrontano tre parametri statistici (il numero di reati conosciuti dall'Autorità giudiziaria (35) sulla base dei dati ufficiali raccolti dal Ministero dell'Interno, il numero di notizie (36) riguardanti episodi di criminalità (37) e la "percezione di insicurezza" (38)), si nota che a fronte del numero di reati che resta sostanzialmente stabile, con una lieve decrescita a partire dal secondo semestre del 2009, il numero di notizie ha un andamento variabile, ma quantitativamente di gran lunga sempre maggiore rispetto al numero di reati, con "picchi" in corrispondenza dei c.d. *Casi criminali* (39).

Il dato della "percezione dell'insicurezza" invece di seguire la "criminalità effettiva", è molto influenzato dalla *mediatizzazione* della criminalità, producendo così quello scollamento tra "criminalità percepita" e

"criminalità effettiva".

Tabella 1.1. Trend delle percezione, delle notizie e dei dati reali sulla criminalità nei telegiornali italiani (Edizione di prima serata, da Gennaio 2005 a Dicembre 2010)



Occorre domandarsi se la «bolla dell'insicurezza mediatica» sia questione tutta italiana o riguardi più in generale un trend mondiale o, per lo meno, europeo.

Occorre quindi confrontare le agende dei principali telegiornali europei, scoprendo così come «le notizie relative a *fatti criminali* rappresentano un tratto strutturale e costante della pagina dell'informazione pubblica e privata italiana, posizionandosi al terzo posto nell'agenda con una percentuale pari all'11,9%, doppia rispetto alla media europea del 5,9% e addirittura 11 volte superiore alla Germania, ferma all'1,5%» (Tab. 1.2) (40).

Emerge insomma una tipicità tutta italiana di attenzione alle *soft news* e alla cronaca nera, che si combinano con le notizie politiche, economiche e sociali.

Il confronto con la narrazione dei fatti criminali negli altri paesi europei si svolge su due piani: uno *quantitativo*, il numero di notizie riguardanti fatti criminali, e uno *qualitativo*, relativo alle modalità di narrazione. Dal primo emerge la distanza numerica tra il telegiornale pubblico italiano e quelli degli altri paesi (41).

Rispetto alle modalità di narrazione della criminalità, da un lato si conferma l'attenzione che tutti i telegiornali europei dedicano ai c.d. "casi criminali", ovvero quei crimini che in ragione della loro efferatezza ed eccezionalità ricevono un'ampia copertura mediatica, dall'altro si evidenzia la pervasività delle notizie criminali nel telegiornale italiano rispetto a quelli europei.

Tabella 1.2: Agenda tematica dei telegiornali delle reti pubbliche europee (edizioni 2010 in prima serata valore in percentuale sul complessivo dei servizi)

	UE	RAI 1	ARD	BBC ONE	FRANCE 2
Economia	16,1%	8,8%	16,9%	17,0%	18,7%
Politica	13,9%	18,2%	15,4%	15,0%	11,8%
Esteri e Politica estera	12,6%	6,2%	20,1%	9,4%	14,0%
Questioni sociali e Giustizia	7,7%	7,3%	7,1%	6,7%	7,8%
Sport	7,0%	5,1%	6,8%	10,0%	8,8%
Ambiente	6,1%	7,4%	5,8%	4,2%	7,1%
Guerra e terrorismo	5,9%	3,9%	4,1%	8,5%	6,7%
Criminalità	5,9%	11,9%	1,5%	7,6%	4,2%
Cultura e spettacolo	5,9%	7,1%	3,3%	2,4%	6,6%
Meteo	5,7%	3,3%	10,2%	7,5%	3,7%
Costume e società	5,3%	12,8%	1,9%	2,7%	3,0%
Scienza e Salute	4,0%	3,3%	3,6%	4,8%	4,2%
Cronaca - Incidenti	3,9%	4,7%	3,3%	4,2%	3,4%
Totale	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

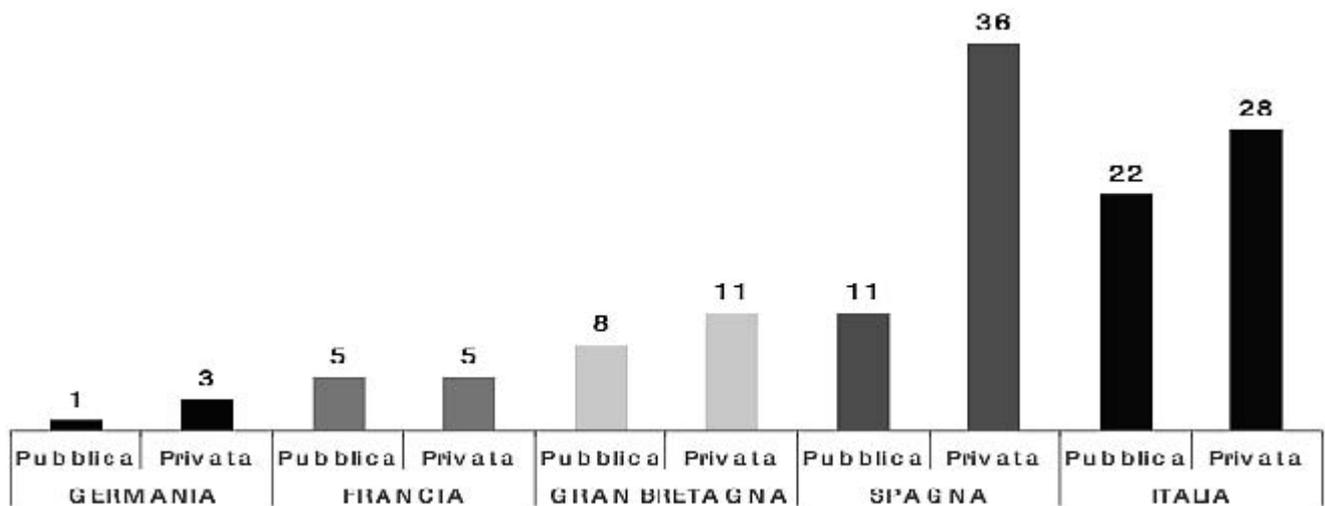
È lapalissiano il primato dei temi economici nell'agenda dei telegiornali delle reti pubbliche europee, con l'unica eccezione dell'Italia dove l'economia si ferma all'8,8% (rispetto a una media europea del 16,1%) e dell'Ard tedesco, dove le questioni di Politica Estera (20,1%) superano di qualche punto percentuale le notizie economiche (16,1%).

Il dato italiano acquista maggior rilevanza se si addizionano la percentuale di servizi dedicati al Costume e Società (le c.d. *Soft news*) alla cronaca nera, arrivando al 24,7%, cioè un quarto dell'intero telegiornale.

In sintesi si può notare che «in Europa il primato delle notizie ansiogene corrisponde alla crisi economica e all'impatto sulla vita dei cittadini (generico peggioramento delle condizioni di vita, disoccupazione, riduzione del potere di acquisto per le famiglie), in Italia il primato dell'insicurezza spetta alla criminalità» (42).

La situazione non cambia in termini di numeri assoluti con l'aggiunta delle emittenti private, se si confronta in una settimana tipo (nella Tab. 1.3, la prima settimana di settembre 2009), il numero unitario di servizi dedicati alla criminalità, sempre nella fascia serale *prime time*, si nota come solo le reti private spagnole superano il dato italiano (con la cifra record di 36 servizi), che, tuttavia, aggregando reti pubbliche e reti private, l'Italia arriva a 50 servizi settimanali (circa 7 al giorno). Una vera e propria "bulimia criminale".

Tabella 1.3. Le notizie sulla criminalità: confronto tra reti pubbliche e private per Paese (numero assoluto di servizi per settimana- settembre 2009)



Se si tratti solamente di semplici scelte editoriali o di una pianificata strategia di politica criminale non si riesce ad evincere dai numeri; sicuramente spostare ogni responsabilità sui *mass media* significherebbe banalizzare il problema, compiendo un'analisi parziale.

Ma anche se permangono dubbi sul mezzo, quel che appare innegabile è il risultato: il diritto penale diventa mezzo di comunicazione politica e difficilmente sa resistere a pressioni populiste frutto di una politicizzazione della questione criminale senza precedenti storici (43). Il rischio è tradurre, in modo del tutto semplificatorio, le legittime richieste di maggiore sicurezza in un impulso abnorme verso una maggiore penalità o verso forme di privatizzazione dei mezzi di difesa, da cui può conseguire una pericolosa contrazione di un compito che dovrebbe rimanere allo Stato (44), quale *monopolista della forza*.

Per i folli-rei le conseguenze possono essere devastanti, in quanto essi sono legati a doppio mandato al giudizio di *pericolosità sociale*, che essendo *giudizio di valore* è «fortemente influenzato dal grado di colpevolezza morale e di allarme sociale che, nei vari momenti storici, viene attribuito a determinate categorie di delitti» (45).

La paura dei consociati da una parte, e l'ansia del legislatore di trovare soluzioni tanto più rapide quanto più repressive per dare risposta ad un popolo che «percepisce di essere insicuro» dall'altra, portano alla *schizofrenia penale* descritta da David Garland e dalla Scuola criminologica di Chicago (46). Si configurano così le caratteristiche salienti della sociologia *postmoderna*, destinata a plasmare il sostrato culturale e teorico di questo inizio secolo.

Garland parte infatti dall'osservazione di due dati di realtà, riferiti all'area delle sue ricerche (gli Stati Uniti), ma estendibili anche alla società europea, come vedremo:

- a. Il primo è la rilevazione statistica che un afroamericano su tre di età compresa tra i 20 e i 35 anni, negli Stati Uniti, è sottoposto a "controllo penale" in strutture carcerarie. Tali strutture sono prepotentemente tornate ad utilizzare strumenti di "caratterizzazione visiva" del carcerato, come ad esempio l'uso di manette e catene, anche all'interno dell'istituto penitenziario, e l'obbligo di vestire uniformi a strisce bianche e nere, che esplicitamente ricordano quelle dei *galeotti* a cavallo tra XIX e XX secolo. Ciò avviene soprattutto nell'area meridionale degli U.S.A., storicamente più conservatrice.
- b. Il secondo dato è la crescita smodata, soprattutto nelle aree metropolitane, di sistemi di sorveglianza affidati a telecamere a circuito chiuso o a agenzie di sicurezza private (47).

Secondo il sociologo americano questi due elementi sono contraddittori, poiché «nel primo caso il criminale è un individuo radicalmente *diverso*, un vero e proprio *monstrum* incorreggibile i cui istinti atavici minacciano la società, e perciò deve essere neutralizzato fisicamente e socialmente ad ogni costo (compreso il ricorso al forte *simbolismo visivo* che evocano catene, manette, uniformi *N.d.A.*). Nel secondo, il criminale è al contrario un individuo perfettamente *normale*, razionale e opportunistico come ogni attore economico, che probabilmente sarà dissuaso dal delinquere dalla presenza di una telecamera discreta o di una pattuglia di vigilanza privata. Nel primo scenario le prerogative penali dello Stato sovrano si mostrano in modo spettacolare sul palcoscenico di un *teatro punitivo* in cui il deviante è stigmatizzato e degradato. Nel secondo, lo stesso Stato sovrano sembra rinunciare al proprio monopolio su *legge e ordine*, lasciando che il controllo della criminalità si insinuino silenziosamente fra le

pieghe del mercato e della privatizzazione» (48).

Ecco spiegata la schizofrenia: la società moderna (o meglio, postmoderna) alterna risposte *adattive* e risposte *non adattive*, differenziando conseguentemente tra *Criminologia della vita quotidiana* (o *Criminologia del sé*) e *Criminologia dell'Altro*.

Le risposte adattive sono tipiche della Criminologia della vita quotidiana: il reato è considerato niente di più che un semplice *fattore economico*, «un rischio attuale da calcolare o un evento accidentale da evitare, non più un'aberrazione morale che necessita di una spiegazione specifica» (49); oppure «la manifestazione di una patologia, di una personalità disturbata o, in generale, di fattori sociali di emarginazione» (50).

Il fatto che un consociato possa essere vittima o autore di un atto criminale rientrerebbe insomma nella *quotidianità*, in quella alea di rischio che caratterizza ogni relazione umana. Ecco allora che si ricorre sempre più frequentemente a *risposte adattive*, meno visibili dal punto di vista del consenso dell'opinione pubblica (51), ma considerate dal singolo più rassicuranti ed efficaci. Gli stessi cittadini, consci del fatto che l'Istituzione pubblica non riesce a garantire la sicurezza, ricorrono a *tecniche di prevenzione situazionale*, derivanti dalle stesse rete delle interazioni della vita quotidiana.

In concreto, seguendo i dogmi di una persuasiva *retorica neoliberista* (52), essi scelgono di affidarsi a soggetti altri, che non siano le agenzie statali centrali: si "comprano" guardie private, si "comprano" complessi sistemi di antifurto, si "compra", in definitiva, la propria sicurezza.

Sulla *Criminologia della vita quotidiana* è difficile, ma auspicabile, dare un giudizio globale valido per ogni tipo di sistema giuridico nazionale, poiché le c.d. tecniche adattive di prevenzione presentano gradi diversi di efficacia e problemi di compatibilità differenti con il monopolio statale dell'ordine pubblico (53), a seconda del quadro giuridico istituzionale in cui operano.

Se è vero che Garland affronta la tematica da un punto di vista marcatamente statunitense, dove il fenomeno della *privatizzazione della sicurezza* ha radici più profonde storicamente e più salde ideologicamente rispetto all'Europa continentale, è pur vero che le sue teorie si adattano bene alla situazione italiana, se si accetta di far ricorso a piccoli accorgimenti.

Sostituiamo, ad esempio, ad una nozione restrittiva di «soggetti privati» (54) una definizione maggiormente estensiva, che possa includere tutte le Agenzie amministrative territoriali (i c.d. Enti locali), dando così accoglienza a quell'idea di autorità pubblica "poli-centrica" prevista dal nostro ordinamento costituzionale (55). Così ragionando si includerebbero tra i mezzi di prevenzione situazionale anche le *ordinanze amministrative* come forma di controllo del territorio, poste in essere dalle Amministrazioni comunali e provinciali.

In Italia è innegabile il ruolo svolto dagli enti pubblici territoriali, non statali, a tutela della sicurezza urbana e per soddisfare la nascente funzione preventiva della criminalità (56).

L'apice di tale tendenza è stato tradotto in legge dal legislatore nazionale con il Decreto Legge 23 maggio 2008, n.92 (il c.d. Decreto Sicurezza), convertito nella legge 24 luglio 2008, n. 125, il cui art. 6 dispone «(...) Il sindaco, quale ufficiale del Governo, sovrintende:

- a. all'emanazione degli atti che gli sono attribuiti dalla legge e dai regolamenti in materia di ordine e sicurezza pubblica;
  - b. allo svolgimento delle funzioni affidategli dalla legge in materia di pubblica sicurezza e di polizia giudiziaria;
  - c. alla vigilanza su tutto quanto possa interessare la sicurezza e l'ordine pubblico, informandone preventivamente il prefetto.
2. Il sindaco, nell'esercizio delle funzioni di cui al comma 1, concorre ad assicurare anche la cooperazione della polizia locale con le Forze di polizia statali, nell'ambito delle direttive di coordinamento impartite dal Ministro dell'Interno-Autorità nazionale di pubblica sicurezza» (57).

Ampliando il potere dei Sindaci in materia di ordine pubblico, attraverso lo strumento dell'ordinanza, oltre a sancire legislativamente la «supplenza delle funzione repressive dall'autorità locale, in sostituzione di quella statale» (58), non si fa altro che dare italiana accoglienza ai principi teorici della *Criminologia della vita quotidiana garlandiana*.

## 1.3 Il folle reo e la società. Il tempo della (in)differenza

Fino ad ora si è rimasti su un piano di analisi comunitario-sociale, delineando, dal punto di vista della Sociologia del diritto, qual'è il palcoscenico (le condizioni ambientali, culturali e politiche) in cui si muove l'attore al centro della ricerca: il folle reo.

Ora occorre compiere un passo fondamentale, andando a indagare chi è stato, chi è tutt'oggi e chi sarà nel futuro prossimo il folle reo e se e come la società/comunità si relaziona con la sua *doppia devianza*.

Anzitutto è necessario completare il pensiero di Garland, affrontando la seconda tipologia di criminologia secondo la Scuola di Chicago, vale a dire la *Criminologia dell'Altro*, che si concretizza in risposte *non adattive*. Risposte, cioè, basate sul «recupero morale della responsabilizzazione individuale, che rifiuta di giustificare o attenuare la responsabilità [del singolo per il reato commesso] in nome dei condizionamenti sociali o psicologici (59) che contrassegnano il vissuto del reo» (60).

La conseguenza di tale teorizzazione è il riconoscimento di una piena responsabilità per il fatto commesso, che merita solamente la più severa delle pene possibili.

È la ri-nascita di un *neoretribuzionismo*, che vorrebbe cancellare, o per lo meno attenuare fortemente, l'idea *rieducativa* della pena.

C'è un chiaro passaggio dalla *comprensione* per l'autore alla sua *responsabilizzazione* (61), pienamente recepito dal legislatore con le tanto discusse politiche di "tolleranza zero" e di "legge e ordine". D'altronde, nel pensiero del legislatore moderno, c'è la volontà di evitare che «ad una finestra rotta, per un processo degenerativo di imitazione, segua un'altra finestra rotta e poi un'altra e un'altra ancora» (62); è la già descritta società dell'insicurezza a chiedere di «non ridurre la pena ad una sorta di grida secentesca di manzoniana memoria» (63).

Se la Criminologia della vita quotidiana intende la criminalità come un fatto "quotidiano" e quindi normale e abituale in ogni comunità/società, il concetto chiave della Criminologia dell'Altro (64) è la *differenza*: il soggetto deviante non è un "consociato *perbene*" uguale agli altri, ma è *antisociale*, perché presenta profili "negativi" che lo rendono diverso dalla massa e quindi dalle sue potenziali vittime.

In sintesi, «più si è diversi, più si è pericolosi» (65). È come se, consciamente o più probabilmente inconsciamente, si crei una *diversità costituzionale* (quasi ontologica), frutto di quell'«allarme per l'alterità, che porta ad identificare tutto ciò che è estraneo da me come minaccioso e pericoloso» (66).

Non è questa certamente una novità caratterizzante dell'età postmoderna in cui viviamo; tuttavia la differenza rispetto ad altre epoche storiche è la provenienza dell'*altro*: egli può venire "dall'esterno" o "dall'interno" della comunità in cui vive.

In questo senso, Antonio Scurati (67) descrive sapientemente la differenza tra *paura esternalizzante* e *paura internalizzante*. La prima segue il paradigma *proiezione esclusione* (se tutto il "male" viene da fuori, allora "nessuno deve venire da fuori"), la seconda si basa invece su *introiezione-eliminazione* ("il male" proviene dall'interno della società, ma è una realtà talmente inconfessabile che viene occultata) (68).

Da qui all'insegnamento della Scuola del positivismo criminologico italiano (69) di lombrosiana memoria il passo è davvero breve; l'unica differenza è che, mentre i criminologi positivisti ipotizzavano che la "delinquenza" di un soggetto nascesse da differenze biologiche (o comunque nosograficamente rilevanti), la Scuola di Chicago sottolinea il *profilo sociale del soggetto* e la sua appartenenza a determinate categorie sociali (il "matto", l'"immigrato clandestino", il "mafioso", il "drogato").

Ed ecco avvenire il passaggio saliente: la società necessita di un pena che sappia *neutralizzare* (più che *rieducare*, *reinserire* o *risocializzare*) il reo, allontanandolo dalla società per mezzo della segregazione fisica. Ma la *neutralizzazione* non è esattamente l'originaria e principale funzione delle misure di sicurezza, applicate ai folli-rei in quanto non imputabili? L'equazione, almeno da un punto di vista teorico, è alquanto sorprendente. Le misure di sicurezza, tra le quali l'Ospedale Psichiatrico Giudiziario, nate da presupposti antitetici rispetto alle pene, si adattano alla crisi del sistema penale e si ritrovano paradossalmente a svolgere le stesse funzioni e ad ottenere il medesimo risultato (70): neutralizzare il deviante.

Occorre ora domandarsi quali siano gli strumenti giuridici attraverso i quali si concretizza tale *neutralizzazione*.

È proprio questa la questione che occuperà il prossimo paragrafo: prima di scoprire l'istituzione O.P.G. e le sue possibili alternative, è necessario studiare il percorso del folle-reo. Le coordinate geografiche (o meglio giuridiche) da seguire hanno nomi che evocano nel giurista (e nel sociologo) anni di decisioni giurisprudenziali, svolte legislative, accesi dibattiti in dottrina: la *pericolosità sociale* e l'*imputabilità*.

## 1.4 La pericolosità sociale: dalla presunzione all'accertamento in concreto

Gli estensori del Codice Rocco hanno dovuto lavorare di fino per arrivare a definire la *pericolosità sociale*, presupposto necessario per l'applicazione delle misure di sicurezza, andando così a delineare il caratteristico sistema del *doppio binario*.

Correvano gli anni Venti, il regime chiedeva "ordine e disciplina": non potendo accettare l'idea che "i pericolosi" potessero recar danno alle persone "perbene", occorreva essere più autoritari, a cominciare dai nuovi codici. Infatti, dalla fine dell'Ottocento ai primi decenni del Novecento, la politica criminale non solo italiana, ma europea, fu chiamata a dare risposte nuove ed efficaci a «impennate delle forme più gravi di criminalità» (71).

Il modello *monista* basato solo sulla pena era strumento inadeguato di contrasto dei plurirecidivi, evidentemente non persuasi al delinquere. Lo stesso «cavallo di razza» (72) Alfredo Rocco, Guardasigilli del Regno all'epoca dell'emanazione del codice penale, nel 1929 commentava così la stesura definitiva del testo: «La necessità di predisporre nuovi, e in ogni caso più adeguati, mezzi di lotta contro le aggressioni all'ordine giuridico, da adoperarsi quando le pene siano da sole impari allo scopo, è ormai universalmente riconosciuta» (73).

Da un lato insomma c'erano le ragioni della politica, che esortava i tecnici del diritto a «svincolarsi dai limiti garantistici della pena» (74), dall'altro vi era sotteso un duro scontro in dottrina tra la *Scuola classica* e la *Scuola positiva* (o *moderna*) (75). Entrambe proponevano un sistema monistico, basato però su presupposti contrapposti: i "classici" erano sostenitori di pene con funzioni principalmente retributive e soprattutto proporzionate alla gravità del reato commesso, i "positivi" immaginavano pene con funzioni preventive, che, basandosi su una valutazione soggettiva dell'autore del reato, evitassero, con la loro durata indeterminata, la commissione di nuovi reati.

La soluzione *cerchiobottista* trovò la sua sintesi nel sistema del *doppio binario*, cioè l'affiancare alla pena, fondata sulla colpevolezza, la responsabilità e l'imputabilità dell'individuo, un'ulteriore "sanzione", chiamata *misura di sicurezza*. Per essere applicata, quest'ultima ha bisogno sostanzialmente di due presupposti, enumerati all'art. 202 c.p.: «Le misure di sicurezza possono essere applicate soltanto alle persone socialmente pericolose che abbiano commesso un fatto preveduto dalla legge come reato. La legge penale determina i casi nei quali a persone socialmente pericolose possono essere applicate misure di sicurezza per un fatto non preveduto dalla legge come reato».

È pertanto necessario che il soggetto abbia compiuto un reato (o un quasi reato) (76) e soprattutto, più interessante ai fini di questa ricerca, che sia *socialmente pericoloso*, caratteristica in prima battuta solo enunciata, ma non riempita di significato, fornito dall'art. 203 c.p.: «Agli effetti della legge penale, è socialmente pericolosa la persona, anche se non imputabile o non punibile, la quale ha commesso taluno dei fatti indicati nell'articolo precedente, quando è probabile che commetta nuovi fatti preveduti dalla legge come reati. La qualità di persona socialmente pericolosa si desume dalle circostanze indicate nell'articolo 133 c.p.».

Il legislatore, in definitiva, chiede al giudice di stabilire quanto sia *probabile* che il soggetto compia nuovi reati in futuro, oppure, nell'ipotesi di quasi-reato, quanto sia probabile che il soggetto compia reati. Il termine "reato" va inteso nel significato più ampio possibile, come qualsiasi fatto previsto dalla legge come tale e non soltanto quelli della stessa indole del reato già commesso. Il concetto di *probabilità di commettere nuovi reati*, non è poi così distante da quello di *temibilità*, introdotto nel dibattito dottrinale italiano dal giurista napoletano Roberto Garofalo già nel 1878, che pretendeva di misurare la «capacità criminale del delinquente, cioè la sua perversità e la quantità di male che si può attendere da lui» (77).

Termini come *prevedibilità*, *probabilità* o *temibilità* non hanno nessun significato da un punto di vista psicopatologico e, probabilmente, proprio per questa mancanza di scientificità sono stati scelti dal legislatore del codice e "sostenuti" da larga parte della dottrina, che sentiva la necessità di «far recuperare al mondo del diritto ciò che aveva concesso alla psichiatria, definendo la pericolosità mediante parametri non tanto psichiatrici, quanto giuridici». (78)

Ma la svolta sociologicamente più significativa riguarda l'art. 204, rimasto in vigore fino al 1986 (79) e poi abrogato dalla c.d. Legge Gozzini (l.663/1986) (80). Il passaggio è epocale, poiché si sancisce la necessità di eliminare ogni forma di *pericolosità presunta* imposta dalla legge, lasciando spazio solo ad un accertamento in concreto da parte del giudice (81).

Ecco affermarsi prepotentemente quel «clima di fiducia nel potere regolativo dell'autorità giudiziaria, alla quale si rimettono le sorti dell'intero apparato delle misure di sicurezza, il cui ruolo di difesa sociale e prevenzione speciale è stato mediato dalle scelte dell'autorità giudiziaria nel far ricorso a sanzioni, il cui presupposto soggettivo è quanto mai vago» (82).

Ricapitolando, l'art. 204 così statuiva: «Le misure di sicurezza sono ordinate, previo accertamento che colui il quale ha commesso il fatto è persona socialmente pericolosa [c.p. 203].

Nei casi espressamente determinati [c.p. 109, 210, 219, 221, 222, 224, 225, 226, 230, 234, 235, 240, 312, 417, 538], la qualità di persona socialmente pericolosa è presunta dalla legge. Nondimeno anche in tali casi l'applicazione delle misure di sicurezza è subordinata all'accertamento di tale qualità, se la condanna o il proscioglimento è pronunciato:

1. dopo dieci anni dal giorno in cui è stato commesso il fatto, qualora si tratti di infermi di mente, nei casi preveduti dal primo capoverso dell'articolo 219 e dell'articolo 222;
2. dopo cinque anni dal giorno in cui è stato commesso il fatto, in ogni altro caso.

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

Se alla creazione di *presunzioni di pericolosità*, che, come si evince dalla lettera della norma, erano un numero piuttosto significativo, si aggiunge l'aggravamento portato dalla non previsione di *termini minimi di durata* delle misure di sicurezza, si profila un quadro vessatorio insostenibile nei confronti dell'internato (così è definito il soggetto sottoposto a misura di sicurezza personale detentiva).

Si concretizza insomma quella *truffa delle etichette*, che porta, sul piano concreto applicativo, a svuotare di significato l'intero costrutto teorico del *doppio binario*, poiché si trasformano le misure di sicurezza in una «ulteriore pena a tempo indeterminato» (83), facendo venire meno quell'auspicabile *diversità di contenuti* tra misure di sicurezza e pena, senza la quale lo stesso doppio binario diverrebbe costituzionalmente incompatibile.

Massimo Niro (84) nota polemicamente: «Se l' O.P.G. [ed estensivamente qualsiasi misura di sicurezza personale, *N.d.A.*] fosse pienamente assimilabile al carcere, non avrebbe senso esonerare dalla pena l'infermo di mente pericoloso autore di reato e la distinzione pena-misura di sicurezza si ridurrebbe ad un artificio giuridico, ma così non può essere e dunque occorre conferire caratteri e requisiti ulteriori che lo differenzino da un normale istituto di pena. Tale *quid pluris*, che ne giustifichi l'esistenza sta' appunto nella funzione di cura dell'infermo di mente e nella su intrinseca, quanto necessaria funzione terapeutica.»

"Presumere la pericolosità" significava invece accettare, e anzi imporre legislativamente, quell'insostenibile equazione *malato di mente = pericoloso* (85).

A questo punto si staglia come fortezza (apparentemente) inespugnabile il cuore del problema della *pericolosità sociale*. E cioè: chi la accerta e, soprattutto, in base a quali parametri?

È la prima, ma non certamente ultima volta, che si propone il problema del coordinamento e della convivenza tra poteri, da una parte le ragioni del diritto, dall'altra quelle della scienze psichiatrica; da una parte il giudice e il giurista, dall'altra lo psichiatra perito.

La legge impone il superamento delle presunzioni, ma non si sobbarca il peso di stabilire chi debba effettuare questo accertamento.

In linea teorica il giudice dovrebbe valutare autonomamente, poiché il legislatore ha ritenuto non opportuno inserire nel rinnovato codice di procedura penale la c.d. *perizia criminologia*(86), nonostante fosse prevista dalla legge delega votata dal Parlamento nel 1974. In pratica, però, il giudice aggira il problema chiedendo al perito già in sede di perizia psichiatrica per valutare la capacità di intendere e volere dell'imputato (dalla quale deriva l'imputabilità), di pronunciarsi anche sulla *pericolosità sociale*, badando bene a non valicare i limiti imposti dall'art. 220 c.p.p. (87). Con tale stratagemma si "anticipa" la questione, rischiando di confondere due valutazioni diversissime tra loro, nella *perizia*

sull'imputabilità il giudice chiede infatti al perito di «operare una *diagnosi* e, dunque, di valutare i complessi patologici del soggetto» (88), nella *perizia sulla pericolosità* al perito viene chiesta una *prognosi*, per la quale, paradossalmente, il legislatore non rinvia a scienze sociali e psichiatriche, bensì a criteri in tutto e per tutto giuridici, più precisamente, come previsto ex art. 203.2 c.p. ai criteri di cui all'art. 133 c.p. e quindi: «Nell'esercizio del potere discrezionale indicato nell'articolo precedente, il giudice deve tenere conto della gravità del reato, desunta:

- 1.dalla natura, dalla specie, dai mezzi, dall'oggetto, dal tempo, dal luogo e da ogni altra modalità dell'azione;
- 2.dalla gravità del danno o del pericolo cagionato alla persona offesa dal reato;
- 3.dalla intensità del dolo o dal grado della colpa.

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

- 1.dai motivi a delinquere e dal carattere del reo;
- 2.dai precedenti penali e giudiziari e, in genere, dalla condotta e dalla vita del reo, antecedenti al reato;
- 3.dalla condotta contemporanea o susseguente al reato;
- 4.delle condizioni di vita individuale, familiare e sociale del reo».

Provocatoriamente si potrebbe affermare che la legge chiede al perito di sostituirsi al giudice, per di più usando gli stessi suoi parametri.

Il rischio è che il concetto di *pericolosità sociale* perda totalmente ogni *scientificità* non potendo trovare metodi di accertamento predittivi e falsificabili (89), acquisendo «lo stesso grado di certezza del lancio di una moneta o di un tiro a dadi» (90).

Ad oggi i tre metodi conosciuti e utilizzati per stabilire il grado di pericolosità di un soggetto sono l'*intuitivo*, il *clinico* e lo *statistico* (91).

Il *metodo intuitivo* è, tra i tre, quello che presenta un grado di *scientificità* più basso, poiché valuta fattori culturali e sociali (l'esperienza di vita del soggetto, l'ambiente dove vive ed è cresciuto, la rete di relazioni) che poco si addicono ad una perizia. Il rischio più grosso è che nel giudizio si *soggettivizzi* la personalità dello psichiatra perito piuttosto che quella del soggetto.

Il *metodo clinico* ricorre all'osservazione ed alla analisi psichiatrica della personalità. In pratica, seguendo questo metodo, le distanze tra perizia psichiatrica e perizia criminologica si accorciano notevolmente e, in determinati casi, si annullano del tutto, è come se il giudizio di pericolosità non fosse altro che un'appendice conseguenza della valutazione psichiatrica.

Il *metodo statistico* prende in considerazione i fattori causali su scala generale e cerca di oggettivizzare la prognosi, attribuendo determinati punteggi ai fattori negativi e positivi di predittività. Il limite è che non si deduce *soggettivamente* qual'è il rischio di recidivanza del soggetto esaminato, ma soltanto quello del suo gruppo sociale di appartenenza, trasformandosi spesso in una sterile generalizzazione.

Occorre quindi una riflessione seria e a-ideologica (o meglio, post-ideologica) sul ruolo delle misure di sicurezza e quindi dello stesso sistema del *doppio binario* nel nostro ordinamento; liberarsi da pericolose spinte neo-positiviste potrebbe essere un primo importante passo affinché concetti astratti e difficilmente definibili, come quello di *pericolosità sociale*, vengano plasmati a immagine e somiglianza di un contesto sociale dominato dall'insicurezza.

## 1.5 Imputabilità, quando teorizzare il problema significa nascondarlo

Quello dell'imputabilità è, a dir poco, il *core* del diritto penale, poiché rientra nell'ancor più complesso tema della colpevolezza e quindi dell'elemento soggettivo del reato (92). Parafrasando la morale kantiana si può affermare che «l'imputabilità costituisce l'anello di congiunzione tra l'essere della realtà fenomenica e il *dover essere* del diritto (penale)» (93). È, in definitiva, il recepimento formale dell'idea di persona moralmente cosciente e responsabile di un fatto, dell'uomo cartesiano identificato nella ragione e nella volontà delle proprie azioni.

Il dibattito della dottrina, non solo giuridica e sociologica, ma anche medica, filosofica e politica intorno all'imputabilità, ha dimensioni pari alla sconfinata estensione territoriale dei grandi imperi dell'Antichità, pertanto questa ricerca non ha alcuna pretesa di spingersi alla scoperta degli angoli più reconditi

dell'"impero imputabilità", né di darne una descrizione onnicomprensiva.

Non è questo l'obiettivo, anzi, si intende contestare l'eccessiva attenzione data all'argomento, che più in generale, è sintomatica della tendenza del giurista a concentrarsi sui processi e le teorizzazioni della c.d. fase di cognizione, relegando in secondo piano la c.d. fase esecutiva, quasi a voler negare l'evidenza di come le sfide di un sistema penale giuridicamente e eticamente sostenibile passino oggi, anzitutto, dall'applicazione e dalla concreta esecuzione di pene e misure di sicurezza, più che dalla loro concettualizzazione teorica.

Tuttavia, riconoscendo la centralità della problematica dell'imputabilità, si cercherà di fornire un sintetico quadro generale, capace di descrivere le recenti linee di sviluppo in dottrina e giurisprudenza, che potrebbero addirittura portare, in un futuro prossimo, al superamento totale dell'imputabilità, così come descritta dal codice Rocco (94).

Solo uno "shock riformista", infatti, potrebbe portare a una rivalutazione del *comprendere* (95) a discapito del *classificare*: «Cogliere l'essenza della persona umana implica un percorso che non persegua l'obiettivo di mettere ordine e semplificare, che non privilegi criteri classificatori, bensì richiede una sospensione del giudizio. Il modello delle scienze umane esige la posposizione di ogni teoria preconstituita per avvicinare la persona nella sua unitarietà ed irripetibilità fondamentali, per come si presenta l'Altro e per come si declina nel mondo. C'è bisogno quindi di un "modo altro" di porsi di fronte alla sofferenza umana, agita o subita» (96).

Partendo dai fondamentali, occorre anzitutto badare alla lettera della norma, vale a dire all'art. 85 c.p., che statuisce: «Nessuno può essere punito per un fatto preveduto dalla legge come reato, se, al momento in cui lo ha commesso, non era imputabile. È imputabile chi ha la capacità di intendere e di volere».

È questo il principio generale che lega la possibilità di punire il soggetto alla sua *capacità di comprendere il significato sociale e le conseguenze dei propri atti* (capacità d'intendere) e all'*autodeterminarsi liberamente* (capacità di volere).

Il ragionamento è apparentemente semplice: se il soggetto possiede tali capacità, allora egli può legittimamente essere indotto dalla minaccia della pena ad astenersi da questo o quel comportamento; può dunque essere rimproverato per aver scelto di tenere il comportamento criminale, vietato dalla legge penale (97).

Al principio generale, il codice fa seguire le applicazioni concrete, vale a dire i casi in cui la capacità di intendere e volere si intende assente.

Così, come in tema di pericolosità sociale, esistono casi in cui l'incapacità d'intendere e volere è *presunta* e altri in cui deve effettuarsi un *accertamento in concreto*, tramite perizia.

Nella prima categoria (c.d. Presunzioni di non imputabilità) rientrano casi legati all'età del reo: ex art. 97 c.p. (98) non è mai imputabile il minore di anni quattordici, mentre, ex art. 98, se il reo è di età compresa tra i quattordici e i diciotto anni, si esige un accertamento in concreto dell'imputabilità.

Nella seconda categoria invece rientrano i casi di (99): *vizio totale o parziale di mente* (art. 88 e 89), *assunzione di sostanze alcoliche o stupefacenti* (con la tanto puntigliosa quanto contorta e anacronistica differenziazione tra intossicazione derivata da caso fortuito o forza maggiore ex art. 91 c.p., quella volontaria o colposa ovvero preordinata ex art. 92 c.p., quella abituale ex art. 94 e infine la cronica ex art. 95) e il *sordomutismo* (art. 96).

Ed ecco, se si cerca di andare sociologicamente oltre la mera statuizione normativa, stagliarsi nuovamente il problema della *scientificità*. Su quali basi scientifiche si fondano i casi di non imputabilità previsti dal codice?

La risposta più intellettualmente onesta, ma anche più provocatoria, è «nessuna». Il codice, infatti, non fa altro che riflettere ancora una volta precise scelte di politica criminale, creando delle c.d. *fictiones* giuridiche (100), in alcuni casi apertamente smentite dalla scienza psichiatrica.

Basti pensare, ad esempio, a due casi paradigmatici: il minore di quattordici anni non è in nessun caso imputabile, quando invece è lapalissiano che un adolescente, anche se infra quattordicenne, possa possedere *coscienza* e *volontà* tali da scegliere se porre in essere o meno azioni criminali. Tanto è vero che, in altri sistemi giuridici, il limite d'età per l'imputabilità è più basso o del tutto assente: nel Regno Unito è, ad esempio, dieci anni (con l'eccezione della Scozia dove scende addirittura a otto anni). Non vi sono ragioni oggettive per considerare l'adolescente inglese diverso e "più responsabile" del pari età

italiano.

In negativo, il codice ex art. 92 considera imputabili coloro che abusano di alcool o assumono sostanze stupefacenti volontariamente o colpevolmente, mentre sono non imputabili ex art. 95 coloro che presentano una intossicazione cronica da alcool o stupefacenti. In concreto, da un punto di vista scientifico, le due situazioni non presentano differenze rilevanti, a cambiare è la valutazione etica e politica.

Ancora una volta occorre constatare che ci troviamo di fronte «non ad un mero concetto giuridico, ma ad un principio intriso di fattori morali e sociali espressione di una concezione filosofica che riconosce nelle azioni umane il requisito fondamentale della libera autodeterminazione della volontà» (101).

Dietro ad un'espressione così apparentemente immediata come quella di *capacità di intendere e volere*, si cela infatti lo scontro tra due visioni: da una parte la c.d. Teoria del libero arbitrio (o dell'indeterminismo), che sostiene la libertà di scelta e la capacità di autodeterminazione della persona, dall'altra la c.d. Teoria determinista che, invece, sostiene la determinazione aprioristica di ogni azione umana, necessitata e prodotta da cause incontrollabili dall'uomo (motivazioni inconsce, cause biologiche, ingiustizie sociali).

Alla questione fa diretto riferimento il legislatore durante i lavori preparatori del codice penale (102), riguardo allo sfuggente concetto di infermità psichica, causa di esclusione dell'imputabilità: «Basta che colui che ha posto in essere l'azione abbia attitudine psicologica di volere, perché vi sia imputabilità. Si nega dunque il determinismo? Sì e no.

Sì, se per determinismo dell'azione umana si intende quello fisico, meccanico e fisiologico, giacché la volontà umana non si trova di fronte alla casualità, come il grave di fronte alla legge di gravità.

No, se per determinismo si intende il determinismo psicologico. Non si può concepire una volontà senza causa, una volontà senza motivi, una volontà come un *fiat* che nasca dal nulla, come *arbitrium indifferentiae*. Di fronte a questi motivi la volontà umana non soggiace in modo fatale, perché l'uomo ha la facoltà di discernere e di selezionare, ed, in definitiva, la volontà non è puramente ricettizia e passiva di fronte ai motivi, ma ha la possibilità di contrapporre un motivo ad un altro» (103).

Persino l'insigne giurista Francesco Antolisei non va oltre la definizione di imputabile come «persona normale, con normale capacità di autodeterminarsi, cioè colui che reagisce normalmente ai motivi ed è persona sana e matura» (104).

Il concetto di normalità è quindi palesemente evanescente e aleatorio. In definitiva si è di fronte ad una scelta: o continuare ad avvilupparsi intorno ad un dibattito infinito sul libero arbitrio, proseguendo lo scontro secolare tra deterministi e indeterministi, oppure andare oltre e riconoscere alla libertà di intendere e volere il valore di postulato della ragion pratica e, pertanto, considerare l'imputabilità parametro di convivenza tra le persone a cui è attribuita pari dignità di soggetti. L'imputabilità si trasformerebbe in mera convenzione sociale, importante, da una parte, per la società, perché agevola e favorisce la convivenza pacifica, dall'altra, per l'individuo, che sa se e quando è "assoggettabile" ad una pena.

Ma è importante soprattutto per il diritto, poiché, finché non verrà legislativamente sancito il suo superamento, continuerà ad avere la fondamentale triplice funzione, sottolineata dalle Sezioni Unite della Cassazione, nella sentenza n. 9163/05:

~di principio costituzionale, ex art. 27, in cui si stabilisce la *personalità della responsabilità penale*, intendendo, secondo l'interpretazione della Corte, sia la non responsabilità per fatto altrui, sia che il fatto personale è quello ascrivibile al soggetto sotto il profilo della sua coscienza e volontà (la c.d. *suitas* della condotta).

~di categoria dogmatica del reato.

~di presupposto e criterio guida della sanzione penale.

Una volta accennato alle problematiche definitorie dell'imputabilità, occorre ora soffermarsi sull'accertamento. Anzitutto va rilevato che esistono tre modelli possibili per addivenire ad un giudizio sulla capacità di intendere e volere (105):

1. Il *modello psicopatologico puro* (o *biologico puro*). La non imputabilità deriva dall'essere affetto da quelle date gravi malattie, specificamente indicate dal codice, senza avere riguardo all'incidenza della malattia stessa sulla capacità di intendere e volere. La critica rivolta a tale metodo si concentra sulla automatica assimilazione tra malattia mentale ed incapacità di intendere e volere.

2. Il *modello normativo puro* (o *psicologico puro*). È un modello scarsamente diffuso, poiché slega del tutto l'infermità psicofisica dall'imputabilità, prescindendo da qualsiasi dato empirico e scientifico, con il rischio di costruire un accertamento metafisico e aprioristico.

3. Il *modello psicopatologico-normativo* (o *misto*). È il modello più diffuso, adottato dalla maggior parte dei Paesi europei (Italia compresa). Prevede una sorta di "doppio accertamento", il primo è di carattere clinico, viene svolto dal perito a cui viene chiesto di accertare l'esistenza e l'entità di una psicopatologia, il secondo, che prende le mosse dalla perizia, ma non si conclude in essa (106), tendente ad accertare il grado di incidenza che il disturbo mentale ha avuto, al momento della commissione del fatto, sulla capacità di intendere e volere del reo. In pratica, tale modello vuole tracciare dei confini precisi: alla scienza psichiatrica il compito di individuare i requisiti biopsicologici in presenza dei quali il soggetto può dirsi capace; alla scienza giuridica spetta la fissazione della rilevanza dei dati clinici, valutando gli obiettivi di tutela perseguiti dalla legge.

Occorre ora soffermarsi più approfonditamente sui concetti di *vizio di mente* e *vizio parziale di mente*, poiché sono i casi che afferiscono maggiormente alla problematica dell'istituzione totale O.P.G.

Pensare che i già citati art. 88 e 89 c.p. non creino problemi interpretativi e applicativi è una mera illusione, soprattutto alla luce della sentenza n. 9163/05 Sezioni Unite, a suo modo rivoluzionaria.

Ma procediamo con ordine e sottolineiamo anzitutto, a partire dalla lettera della norma i punti di maggior criticità. L'art. 88, rubricato *vizio totale di mente* statuisce: «Non è imputabile chi, nel momento in cui ha commesso il fatto, era, per infermità, in tale stato di mente da escludere la capacità di intendere o di volere».

L'art. 89 riguarda la controversa figura del *vizio parziale di mente* e statuisce: «Chi, nel momento in cui ha commesso il fatto, era, per infermità, in tale stato di mente da scemare grandemente, senza escluderla, la capacità d'intendere o di volere, risponde del reato commesso; ma la pena è diminuita».

I due articoli hanno un termine in comune: *infermità*. E proprio da qui si dipanano le ambiguità.

Il legislatore, scegliendo quel termine, ha optato per una precisa tecnica legislativa, quella della c.d. clausola generale, creando una norma "aperta" capace di adattarsi nel tempo alle varie interpretazioni psichiatriche, sociologiche e giuridiche.

Ma l'estrema duttilità, oltre all'indubbio pregio, di creare una norma, per usare un linguaggio esemplificativo, ma poco tecnico, *ever green*, capace di recepire le nuove acquisizioni scientifiche e culturali, ha più di un difetto: l'impossibilità di generare un concetto unitario e generalmente valido della nozione, ma soprattutto il rischio concreto della presenza di un elemento extragiuridico, che necessita di parametri valutativi di matrice psichiatrica, che, al pari del diritto, è scienza tutt'altro che univoca e coesa.

Spesso nelle aule di giustizia si realizza quella previsione negativa di autorevole dottrina psicopatologica forense: «Massima discrezionalità significa assenza di paradigmi e parametri di valutazione. Ogni asserzione può quindi trovare credito, non esiste più alcuna certezza, tutto è possibile. È questo il momento in cui compaiono le più disturbanti ingiustizie» (107).

È proprio come tentativo di porre fine a tante ingiustizie e ambiguità che si può leggere la già citata "rivoluzionaria" sentenza n. 9163/ 2005 Sezioni Unite.

Fino ad allora la dottrina si presentava divisa tra una maggioranza, che considerava infermità le sole malattie mentali in senso stretto e cioè quelle clinicamente accertabili, e una minoranza, che invece faceva rientrare tra le infermità anche i gravi disturbi della personalità, nevrosi e psicopatie (108), purché si manifestassero con un elevato grado di intensità, tanto da incidere sulla sfera volitiva del soggetto, sottraendoli così alla categoria degli "stati emotivi e passionale" che per espressa previsione legislativa (art. 90 c.p.) non escludono né diminuiscono l'imputabilità.

La prima corrente di pensiero favorevole ad un allargamento del concetto di infermità era la c.d. *Antipsichiatria*, che in Italia, come vedremo, avrà in Franco Basaglia e i suoi allievi e colleghi della *Scuola di Trieste*, i più autorevoli esponenti. Negli anni Settanta conducono una vera e propria battaglia culturale (ed anche linguistica) contro il concetto di malattia mentale, che non sarebbe altro che una *malattia sociale*, causata dal disagio e dall'esclusione sociale e non da un elemento organico o psicopatologico.

Le Sezioni Unite, in definitiva, sciogliono gli attriti e accolgono, con quasi trent'anni di ritardo, l'orientamento storicamente minoritario. L'infermità diventa concetto più allargato, che al suo interno non comprende soltanto le malattie mentali, ma anche i gravi disturbi della personalità, purché il giudice

svolga un *accertamento in concreto*, per capire se essi hanno effettivamente escluso e scemato grandemente la capacità di intendere e volere.

Ma ad una "apertura" segue, paradossalmente, una "chiusura": imponendo l'accertamento in concreto, il giudice di legittimità ribadisce la necessità di un *nesso eziologico* tra infermità e il fatto di reato. È proprio in questo fondamentale passaggio che si consuma la rivincita del diritto sulla psichiatria, poiché il giudice, e solo il giudice, ha gli strumenti per valutare se sussista il richiesto nesso eziologico. In definitiva o l'azione criminosa è direttamente causata dall'infermità mentale o il soggetto è imputabile.

Dopo quasi trent'anni, la sentenza n. 9163/05 Sezioni Unite non fa altro che dare accoglienza giuridica ad uno dei principi ispiratori della grande riforma psichiatrica basagliana (l. 180/1978, su cui avremo modo di ritornare più diffusamente nel prossimo capitolo), quello delle c.d. *quote di responsabilità*: solo responsabilizzando l'infermo di mente si può davvero ambire ad una sua risocializzazione (109).

Stiamo forse procedendo lenti ma inesorabili, almeno per quanto riguarda la fase di cognizione e di accertamento dell'illecito penale, verso lo scardinamento definitivo di quell'inossidabile e deleterio automatismo del soggetto infermo di mente, quindi non imputabile, quindi pericoloso? Così pare. Ma gli sforzi sono ancora molti, perché la vera sfida è concretizzare tale scardinamento, trasponendolo nella fase esecutiva della pena e della misura di sicurezza. In caso contrario rimarrà sterile intellettualismo e rivoluzione *in potenza*. Ma Diritto e Etica pretendo, con urgenza, un passaggio all'*atto*.

## 1.6 Prima escono i cavalli, poi gli uomini (110). Breve storia di un'istituzione totale

Sarebbe peccato originale approcciare la problematica dell'O.P.G e del suo superamento senza conoscere la storia e l'evoluzione delle istituzioni totali.

Ineludibile è quindi il richiamo teorico ad un grande maestro della sociologia moderna, Erving Goffman e in particolare alla sua opera più popolare ma anche più controversa: *Asylums, le istituzioni totali: i meccanismi dell'esclusione e della violenza* (111), «uno di quei testi che trascendono il proprio ambito disciplinare e segnano una tendenza, se non un'epoca, della cultura» (112).

Vista la mole di scritti, studi e ricerche ispirati da quest'opera, è impresa ardua evitare la banalità; tuttavia resta imprescindibile la base metodologica data dal sociologo canadese e quella ossessiva consapevolezza di compiere, analizzando le istituzioni totali, un esercizio morale, più che una vuota esercitazione empirica: rovesciare cioè la pretesa che le istituzioni dettino la loro logica alle scienze sociali, ma piuttosto "far parlare", attraverso la rievocazione sociologica di semplici gesti, la dimensione tipicamente umana della resistenza all'oppressione, anche quando questa, come nel caso degli O.P.G., si manifesta nelle forme più neutrali, organizzate e sadicamente scientifiche.

Insomma, parlare di O.P.G. come istituzione da un lato e come "contenitore di umanità" dall'altro, partendo dal sostrato teorico di Goffman, non è solo una scelta metodologica, ma un atto di resistenza o, per lo meno, una presa di coscienza e soprattutto una necessità del giurista contemporaneo. Non possiamo arrenderci infatti all'idea che cotanti insegnamenti, così valorizzati nel passato recente (113), siano ora sopiti sotto una coltre postmoderna e a-ideologica.

Abbiamo oggi una possibilità unica: riscoprire (o meglio risvegliare) gli insegnamenti della sociologia anti-istituzionale con più *libertà*, scevri da quelle gabbie di pensiero e di preconcetti che hanno caratterizzato le interpretazioni del Sessantotto europeo, avendo l'onestà intellettuale di ammettere dove si è esagerato, dove il passo è stato troppo lungo o troppo corto. I capitoli che seguono saranno un piccolo contributo di onestà, consapevoli dell'«urgenza dell'adesso» (114) imposta dall'insostenibile condizioni in cui versa il sistema sanzionatorio dei folli-rei.

Urge quindi tracciare ora le caratteristiche dell'istituzione totale goffmaniana, per costruire così le basi teoriche necessarie a descrivere la storia dell'O.P.G in Italia, a partire dal 1876 (anno di apertura del primo "Reparto per maniaci" nell'ex convento di San Francesco di Aversa) ad oggi.

Irving Goffman parte dal dato di realtà che la vita dell'uomo si svolge in gran parte all'intero di *istituzioni* (o *organizzazioni sociali*), «ognuna delle quali si impadronisce di parte del tempo e degli interessi che da essa dipendono, offrendo in cambio un particolare tipo di mondo e tendendo quindi a circuire i suoi componenti, in una sorta di azione inglobante» (115).

La pervasività di un'istituzione si misura appunto nell'intensità di tale azione inglobante. La massima

intensità viene raggiunta, in quelle che Goffman definisce *istituzioni totali*, poiché in questi luoghi vengono quasi totalmente, anche fisicamente, impediti gli scambi sociali con l'esterno.

Ne esistono di cinque tipologie (116):

1. A tutela di incapaci non pericolosi (gli orfanotrofi, le case di riposo per anziani o diversamente abili)
2. Per incapaci, che, anche se non intenzionalmente, rappresentano un pericolo per la comunità (i lebbrosari, gli ospedali psichiatrici)
3. Per coloro che sono intenzionalmente pericolosi per la società (il benessere delle persone segregate non è l'immediata e preminente finalità dell'istituzione stessa, vi rientrano campi di concentramento, carceri, campi per prigionieri di guerra).
4. Istituzioni create al solo scopo di svolgere una certa attività (la loro giustificazione è di tipo strumentale, vi rientrano le navi, i collegi, le piantagioni coloniali)
5. Le istituzioni *staccate dal mondo* (vi rientrano tutti i luoghi di raccoglimento spirituale e preghiera, come monasteri, conventi, eremi)

Al di là della completezza o meno della categorizzazione, che, a detta dello stesso Goffman, non è nulla di più di una rappresentazione empirica, quel che conta è il fatto che le istituzioni totali tendono a rompere le tre classiche «sfere di vita»: frequentare luoghi diversi, persone diverse e, in ultimo, essere sottoposti a diverse autorità, senza alcun schema razionale di carattere globale.

Nell'istituzione totale avviene l'esatto opposto: si sta sempre nello stesso luogo, in compagnia sempre delle stesse persone e eterodiretti da schedature orarie rigide e ripetitive, tendenti a «manipolare molti bisogni umani per mezzo dell'organizzazione burocratica».

L'invasività dell'istituzione sulla vita dell'internato è talmente elevata, da poter, per gli internamenti più lunghi, trasformarsi in una vera e propria *disculturazione* (117), cioè l'incapacità di affrontare le normali situazioni della vita quotidiana "esterna".

In realtà quello di "disculturizzare" (ma potremmo dire "disadattare") l'internato non è un obiettivo esplicito dell'istituzione, sarebbe eccessivamente sadico, anzi spesso esse si pongono, almeno sulla carta, l'obiettivo opposto, cioè quello di risocializzare o rieducare. «Esse si limitano a creare e sostenere un tipo particolare di tensione fra il mondo familiare e esterno e quello istituzionale e interno, che usano come leva strategica nella manipolazione degli uomini».

L'umiliare, il degradare, il punire, il profanare, l'abbruttire sarebbero tutte azioni che mirano a modificare profondamente il sé dell'internato, andando a creare un taglio netto tra ciò che il soggetto era "prima" e ciò che è "dopo" l'entrata nell'istituzione.

La mortificazione dell'internato è infatti la caratteristica della prima fase della permanenza nell'istituzione: più è dura ed evidente, più il distacco tra il sé dell'internato e il mondo esterno sarà traumatico. Vale la pena capire in che modo, su un piano sociologico, si svolge tale mortificazione, potremo così, in seguito, fare un confronto con ciò che avviene nelle istituzioni totali al centro di questa ricerca (l'O.P.G., le comunità terapeutiche e i reparti di osservazione psichiatrica all'interno delle carceri) (118).

Goffman suddivide la problematica della *mortificazione*, in tre passaggi consequenziali:

1. «Le istituzioni totali spezzano o violentano proprio quei fatti che, nella società civile, hanno il compito di testimoniare a colui che agisce e a coloro di fronte ai quali si svolge l'azione, che egli ha un potere sul suo mondo, che egli è sostanzialmente persona che gode di autodeterminazione, autonomia e libertà di azione "adulte"» (119). Nella vita fuori dall'istituzione, in linea di massima, l'individuo sceglie se amare, odiare, essere indifferente, sceglie autonomamente quando svegliarsi, lavarsi, andare a dormire, parlare o stare in silenzio. Tutto questo è, banalmente, l'*autodeterminazione* e tutto questo, nell'istituzione, non è scelto, ma subito e imposto.
2. L'internato a forza di non essere considerato "adulto" e in grado di autodeterminarsi, è pervaso da un senso di *impotenza*, che, paradossalmente, lo porta ad affidarsi totalmente all'istituzione, anche se i suoi desideri non coincidono affatto con le finalità dell'istituzione stessa. Si verifica insomma una graduale perdita di autonomia, che, a lungo andare, porta al terzo e ultimo passaggio della mortificazione.
3. La continua e reiterata *aggressione del sé* provoca «un acuto senso di tensione», o, per usare un termine mutuato dal linguaggio scientifico, lo *stress*, poiché si realizza che il proprio sé viene

minacciato e si ha paura di non riuscire a sopportare l'istituzione totale stessa. Tale condizioni di stress può portare a due reazioni opposte, da una parte, l'autolesionismo (o, nei casi più gravi, il suicidio), perché il livello d'ansia e di frustrazione è divenuto insopportabile, dall'altro, potrebbe scattare la c.d. *vendetta dell'internato*, «dopo essere stato soggetto ad un'ingiustizia, ad una punizione eccessiva o comunque ad un trattamento giudicato troppo severo o umiliante, l'internato stesso inizia ad avere un irrefrenabile desiderio di vendetta, che, consciamente o inconsciamente, considera il "giusto prezzo" della vessazione subita. È con questa decisione di vendicarsi che egli diventa un criminale» (120).

C'è una terza reazione possibile, l'*adattamento*, che a sua volta assume diverse forme: la *regressione*, cioè una sorta di apatia e accettazione in cui «l'internato ritira apparentemente l'attenzione da tutto, riducendola ai soli eventi relativi al proprio corpo» (121), la *linea intransigente*, cioè il rifiuto dell'istituzione e quindi di ogni tentativo di cooperazione con il personale e con gli altri internati, la *colonizzazione*, cercare, per spirito di sopravvivenza, di costruirsi un'esistenza sostenibile e quanto più possibile felice all'interno dell'istituzione, la *conversione*, quando l'internato decide di vestire la maschera del "perfetto internato", sforzandosi di mostrare al personale il suo "entusiasmo istituzionale". Ovviamente tali forme di adattamento raramente si presentano come pure, più realisticamente si contaminano e vengono usate dai singoli internati con tempi, modalità e intensità differenti.

Nello specifico degli ospedali psichiatrici (e quindi, nel caso di specie, dell'O.P.G.) c'è da aggiungere la problematica legata alla malattia che, oltre ad essere un dato medico reale, viene trasformata in un *fatto sociale*, dato ciò che ne è stato fatto, il significato che le è stato dato, l'etichetta che le è stata apposta: i malati di mente diventano così «il *terzo mondo* all'interno del mondo occidentale» (122).

I *folli* si trasformano, incolpevolmente, «nell'oggetto di una violenza originaria, familiare, sociale e istituzionale, essi vengano travolti dal *vortice degli inganni*» (123); un vortice aggravato, o meglio giustificato, dalla scienza che li etichetta come malati. Ma Franco Basaglia sa essere ancora più *tranchant*: «Che il negro sia negro è indiscutibile, così come è indiscutibile che esistano le malattie mentali, anche se gli psichiatri non conoscono nulla della loro natura. Ma ciò che ha fatto il negro, quello è stato finora, ha poca relazione con il suo essere nero, così come ciò che ha dato al malato la faccia che tuttora ha, ha poco a che fare con la malattia.

L'esclusione -come fatto sociale -di cui il negro è oggetto in una società razzista, che ha bisogno di sfruttarlo per sopravvivere, è ciò che determina il negro come inferiore e selvaggio, esattamente come l'esclusione di cui il malato di mente è oggetto nella nostra società è ciò che lo determina come *inferiore e pericoloso*» (124).

Sono passati più di tre decenni da quando queste parole durissime venivano scritte e il lavoro di Gofmann pubblicato: cosa è cambiato?

Ora che abbiamo conosciuto l'istituzione totale da un punto di vista teorico-concettuale, occorre scoprirla sul piano storico e giuridico. Anno dopo anno, si stanno per ricostruire le complesse vicissitudini di un *luogo* come l' O.P.G. (125), dove per chi vi è ristretto «la vera punizione non è la perdita della libertà, ma il passare del tempo. E non perché scorra lento, ma perché il tempo scorre tutto uguale e i giorni ti si appiccicano addosso uno dopo l'altro, come una zavorra sempre più pesante» (126).

### 1.6.1 1876: I maniaci di Aversa

Nasce ad Aversa la prima "Sezione per maniaci", all'interno della locale casa penale per invalidi. Poteva ospitare diciannove persone nell'ex convento del Cinquecento di San Francesco da Paola. L'evento, raccontano le cronache dell'epoca (127), sorprese parecchi addetti ai lavori, sia per le modalità (fu istituito con un semplice atto amministrativo autonomo della Direzione Generale degli Istituti di Prevenzione e Pena, all'epoca coordinata da Beltrani Scalia, senza darne avviso alla neonata amministrazione statale centrale), sia perché fu considerata una fuga in avanti rispetto al florido dibattito in dottrina, dominato dalla Scuola positiva lombrosiana.

Filippo Saporito, psichiatra, considerato il vero e proprio "padre" del manicomio giudiziario di Aversa che diresse dal 1907 (128), succeduto a Gaspare Virgilio, giustificava così la scelta (129): «Accadeva, infatti, che ogni qualvolta l'Amministrazione della giustizia e quella delle carceri si facevano a bussare alle porte di un manicomio comune, per chiedere ospitalità pei delinquenti impazziti, non ne ottenevano che rifiuti. Quei speciali inquilini, nei manicomi comuni, andavano a rappresentare scene di terrore, che vi portavano lo scompiglio».

Ma il tema dei folli-rei (e soprattutto quello dei rei-folli, cioè coloro che davano segni di squilibrio da reclusi nelle "carceri ordinarie") non era affatto dimenticato, lo stesso Lombroso ipotizzò la nascita di almeno un manicomio giudiziario con una capienza minima di trecento internati. Correva l'anno 1872 e per la prima volta il termine *manicomio giudiziario* entrò prepotentemente nel dibattito politico, medico e giuridico italiano. Il presupposto teorico dello studioso torinese era dato dalla constatazione che «tra i delinquenti ve n'è tanti per cui la prigione è un'ingiustizia, la libertà un pericolo, a cui mal si provvede da noi (in Italia, *N.d.A.*) con mezze misure che violano ad un tempo la morale e la sicurezza».

È in nuce, la prima fase di un percorso che porterà al già visto (130) sistema del *doppio binario*, in cui la pena si possa trasformare da vendetta-punizione a difesa sociale. Era questo il "nocciolo duro" del pensiero lombrosiano: una pena che tenesse conto da una parte della *tipologia dell'autore*, dall'altra della sua *funzione generalpreventiva* (131).

Ma Lombroso andava oltre al semplice teorizzare e declinava concretamente la proposta di un futuribile manicomio giudiziario, anzitutto elencando il profilo giuridico e psicopatologico degli internati e quindi accennando all'organizzazione: «Vi dovrebbero essere internati: tutti i servi di pena impazziti, e con tendenze pericolose incendiarie, omicide od oscene, dopo trascorso lo stadio acuto del male. Tutti gli alienati che, per tendenze omicide, incendiarie, ecc., vennero sottoposti a inquisizione giudiziaria, restata sospesa per la riconosciuta alienazione.

Tutti quelli imputati di crimini strani, atroci, senza un movente chiaro, o con un movente sproporzionato al delitto. Quelli che furono spinti al delitto da un abituale, evidente infermità, come: pellagra, alcoolismo, epilessia; massime quando abbiano parentele con alienati o con epilettici, e presentino una mala costruzione del cranio (132). Gli alienati provenienti dalle carceri, che notoriamente passarono una parte della loro esistenza nei vizi, nei delitti, dovranno essere segregati in appositi compartimenti. Gli altri alienati non saranno riuniti che in piccoli gruppi, a seconda dei ceti e delle abitudini; dormiranno ciascuno in una cella; la disciplina dovrà essere severa, la vigilanza maggiore che nei manicomi comuni, e analoga a quella delle case penali, ma il lavoro proporzionato alle forze, all'aria aperta, alternato da lunghi riposi, da divertimenti...

La direzione dovrebbe essere medica, il personale carcerario. Gli individui riconosciuti abitualmente pericolosi, e già sottoposti a vari processi, non potranno essere dimessi mai; gli alienati a follia istantanea, od intermittente, che offrano segni di perfetta guarigione, saranno segnalati per la dimissione dopo uno o due anni di osservazione, ma sottoposti, dopo la loro uscita, a visite mediche mensili per molti anni di seguito» (133).

Interessante notare come alcuni problemi affrontati da Lombroso (le categorie di internati da destinare ai manicomi giudiziari, la composizione del personale, medica o giudiziaria, la durata dell'internamento, la direzione, la natura stessa della struttura, ospedale o istituto di pena), non sono altro che le stesse questioni che ancora oggi, ad oltre un secolo di distanza, arrovellano il legislatore e gli operatori del settore, ma su questo vi sarà modo di tornare.

Tuttavia va sottolineato come la sezione per maniaci di Aversa era all'interno di un istituto di pena e non di un manicomio civile e quindi rimaneva lontana dall'idea lombrosiana di "manicomio giudiziario", poiché destinata ad accogliere i soli rei-folli, già condannati e riconosciuti delinquenti dall'autorità giudiziaria. La struttura di Aversa, per le sue caratteristiche, si avvicina maggiormente a quelli che Lombroso chiamava *compartimenti per condannati impazziti* (134) da istituirsi all'interno delle carceri.

## 1.6.2 1890: Il codice Zanardelli e il vizio di mente

Il 1° gennaio entra in vigore il primo codice penale dell'Italia unita, meglio noto come codice Zanardelli (135). Nel nuovo testo non si parla mai dei manicomi giudiziari, ma si introduce la novità importante della non imputabilità per vizio di mente, che avrebbe avuto effetti diretti sul trattamento dei folli-rei. L'art. 46 sancisce infatti: «Non è punibile colui che, nel momento in cui ha commesso il fatto, era in tale stato di infermità mentale da togliergli la coscienza o la libertà dei propri atti. Il giudice, nondimeno, ove stimi pericolosa la liberazione dell'imputato proscioltolo, ne ordina la consegna all'Autorità competente per i provvedimenti di legge».

La strategia del legislatore sembra chiarissima: far uscire il folle-reo dal "circuitto penale", visto che, in nome di una concezione monistica-retributiva della pena, non si poteva occupare, di chi, come il *folle*, era privo di libero arbitrio a causa della malattia mentale.

Non è dato sapersi se tale *soluzione extrapenale* fu dettata da motivazioni etiche (v'era forse una sorta

di "comprensione" per il malato psichiatrico, per cui sembrava ingiusto punirlo come gli altri?), politiche o, più biecamente ma realisticamente, opportunistiche. «L'istanza giudiziaria demanda all'operatore e alle istituzioni della psichiatria una quota di controllo disciplinare» (136): si realizza così quel passaggio di competenze (e conseguentemente, di responsabilità), dal soggetto penale a quello extrapenale, che si era «piazzato come sentinella di un ordine che è quello della società nel suo insieme» (137).

In concreto, seguendo le disposizioni attuative del codice penale contenute nel Regio Decreto 6509 del 1° dicembre 1889, si prevede che la Corte d'Assise provveda con ordinanza motivata a consegnare il prosciolto all'autorità di Pubblica Sicurezza, che ordina il ricovero in un manicomio civile in stato di osservazione, sino a quando il Presidente del Tribunale civile, su istanza del Pubblico Ministero, ed assunto le opportune informazioni, non disponga o il ricovero definitivo in manicomio o la liberazione del prosciolto per infermità mentale.

In realtà il decreto si spinge oltre e prevede, ex art.14, che l'ordine di ricovero definitivo possa essere revocato anche dalla stessa autorità che lo ha posto in essere, qualora si sia verificato un mutamento delle circostanze; si prevede anche che il prosciolto folle, invece di essere internato in manicomio, possa essere affidato ad una persona con sufficienti garanzie, disposta ad assumerne la cura e la custodia (138).

Per quanto riguarda l'internamento del prosciolto folle, ex art. 46, la legge penitenziaria (Legge n.6165 del 14 luglio 1889) prevede che sia internato in apposite sezioni dei manicomi civili e che il direttore del manicomio invii rapporti trimestrali sul comportamento del soggetto e sul decorso dell'internamento al Presidente del Tribunale civile, che ha ordinato l'internamento stesso, per indagare se vi siano gli estremi per una revoca dell'ordine.

Nel silenzio della legge penale, e in attesa di un codice sostanziale che disciplini i nascenti manicomi giudiziari, la legislazione e gli attori del mondo del diritto extrapenale portano quindi avanti le loro proposte, noncuranti dei tentativi (falliti) di riportare nell'alveo esclusivo del diritto penale la tematica dei folli-rei.

Il tentativo principale porta la firma dello stesso ministro Zanardelli, che tenta invano di convincere i colleghi deputati ad aggiungere un secondo comma all'art. 46, in cui si sarebbe stabilita la competenza esclusiva del giudice penale ad ordinare il ricovero del prosciolto. «Da troppo tempo e da troppe parti si chiede, a ragione, che gli autori di fatti criminosi, ove siano dichiarati non punibili per infermità mentale, non vengano rimessi in libertà ed abbandonati a loro stessi, con grave rischio della insicurezza sociale. Occorre porre tali sventurati nella impossibilità di nuocere, ed in pari tempo assicurare loro quella assistenza e quella cura che l'umanità impone. L'iniziativa di tale provvedimento uscirebbe veramente dalla competenza tecnica del giudice penale, ma ragioni di economia amministrativa e di opportunità politica, mi hanno indotto ad attribuire allo stesso magistrato, che conosce il fatto e la persona, la facoltà che questa sia ricoverata in casa di salute, nel momento stesso in cui la dichiara prosciolta da ogni imputazione penale» (139).

### 1.6.3 1891: «Signor Ministro, abbiamo un problema!»

Il Ministro dell'Interno promuove un'ispezione nei 61 manicomi del Regno (140), che contenevano 24.118 persone registrate ma, verosimilmente, superavano le 25.000, visto l'alto numero di soggetti "sconosciuti" alle statistiche ufficiali e l'arretratezza degli strumenti di calcolo. Solo due erano i "manicomi criminali": Montelupo Fiorentino e Aversa. A coordinare i lavori erano stati chiamati tre personaggi di primissimo piano: Cesare Lombroso, Pietro Tamburini e Filippo Ascenzi. Nella relazione finale essi denunciarono, però, gravi problemi di gestione di tali strutture e individuarono sei problemi salienti:

- ~l'affollamento degli istituti manicomiali (o, per usare l'espressione originale, «l'accumulo grande»);
- ~dalla mancanza di una legislazione unitaria, valida e omogenea per tutte le regioni italiane;
- ~«la nessuna cura e tutela per gli averi degli alienati, una volta reclusi nei manicomi»;
- ~«la nessuna efficace sorveglianza sui manicomi tanto pubblici, quanto privati», il riferimento è all'assenza di organi indipendenti che potessero dare continuità alla cura, una volta che l'internato veniva dimesso e relazionassero su eventuali (ma frequentissimi) abusi e malfunzionamenti, la proposta della commissione era quella di copiare il modello inglese, dove già allora esisteva una sorta di magistrato di sorveglianza, incaricato di seguire il percorso penitenziario (in questo caso, manicomiale) del soggetto;

·dalle grandi disparità di trattamento ed organizzative tra i diversi manicomi nonché dall'inadeguatezza della direzione dei manicomi criminali esistenti.

·Il sesto rilievo riguarda specificamente i due manicomi giudiziari: a differenza di quanto si possa pensare, vista l'entrata in vigore dell'art. 46 del nuovo codice penale, « solo uno o due imputati prosciolti vi sono stati reclusi», un numero irrisorio rispetto alla totalità degli internati. Questo significa, non solo che l'art. 46 non ha prodotto alcun risultato concreto, ma che l'istituzione stessa del manicomio giudiziario, com'è era stata proposta da Lombroso stenta a prendere forma (141). Insomma a Montelupo e ad Aversa continuavano ad essere internati solo i rei-folli («i condannati impazziti e i giudicabili») e non i folli-rei.

Urge, dunque, una legislazione specifica e stringente. Ufficialmente è il Regio Decreto del 1 febbraio 1891, contenente il regolamento generale degli stabilimenti carcerari e dei riformatori governativi, a utilizzare per la prima volta il termine *manicomio giudiziario* e a stabilire quali sono le cinque tipologie di persone che devono esservi internate:

1.ex art. 469: per i condannati che devono scontare una pena maggiore di un anno, colpiti da alienazione mentale, sono destinati speciali stabilimenti, o manicomi giudiziari, nei quali si provveda ad un tempo alla repressione e alla cura.

2.ex art. 470: I condannati che devono scontare una pena minore di un anno, colpiti da alienazione mentale, ma inoffensivi, paralitici o affetti da delirio transitorio, possono rimanere negli stabilimenti ordinari, ove non manchino i mezzi di cura e non si porti nocimento alla disciplina interna. Nel qual caso si procederà al loro immediato trasferimento nei manicomi giudiziari.

3.ex art. 471: gli accusati o imputati prosciolti, ai sensi dell'art. 46 del codice penale, e per i quali il presidente del tribunale civile pronunzia il ricovero definitivo in un manicomio, giusta l'art. 14 del r.d. 1 dicembre 1889, n. 6509 sono trasferiti, con decreto del ministro dell'Interno, e su proposta dell'autorità di pubblica sicurezza, in un Manicomio giudiziario, ma in sezioni separate.

4.ex art. 472: Nelle sezioni indicate nell'art. precedente possono essere fatti ricoverare, con decreto del ministro dell'Interno, anche gli accusati prosciolti che, ai sensi dell'art. 13 r.d. 1 dicembre 1889, n. 6509, debbono essere provvisoriamente chiusi in un manicomio, in istato di osservazione.

5.ex art. 473: Sopra apposita domanda dell'autorità giudiziaria, possono essere ricoverati in una sezione speciale dei manicomi giudiziari, anche gli inquisiti in istato di osservazione.

L'assegnazione è fatta per decreto del ministro dell'Interno.

Indipendentemente dal dibattito politico e culturale, i manicomi criminali non sono strutture concretamente sanitarie: sebbene destinati ad un uso profilattico rispetto al crimine, vengono usati come luoghi per la gestione punitiva della follia criminale. Sono gestiti da un Direttore amministrativo come tutti gli stabilimenti di pena ordinari (e non da un Direttore Sanitario, che era previsto, ma doveva occuparsi solo dell'ambito terapeutico, non avendo, almeno formalmente, nessuna parola in capitolo rispetto all'organizzazione generale dell'istituto) e mediante un Regolamento che non differisce in alcun punto da quello carcerario.

Non viene realizzata insomma la non *afflittività* del manicomio criminale, unica vera differenza, in teoria, fra segregazione carceraria e manicomiale.

Interessante a tale proposito una relazione fatta dal Direttore Sanitario di Aversa, pubblicata nel 1900 (142):

«Quivi il trattamento alimentare è uguale a quello delle carceri, i giacigli sono gli stessi che si accordano ai detenuti, la disciplina, se non è più rigorosa, non è certo informata e subordinata alle speciali condizioni dei reclusi, e quel che è peggio, vi fanno assoluto difetto i mezzi igienico-terapeutici, che sono indispensabili al trattamento degli psicopatici; difetto che, peraltro non reca altrimenti meraviglia, quando si sappia che la direzione di questi particolari istituti è disimpegnata ad un profano di psichiatria, e che il servizio sanitario è ristretto alla ben limitata orbita di azione in cui possono spaziare i medici addetti ai comuni penitenziari».

Filippo Saporito, anch'egli psichiatra ad Aversa, è ancora più duro nel suo giudizio: «I manicomi criminali non erano che pessime carceri [...] Erano luoghi in cui, quasi meccanicamente, dalle case di pena veniva ad affluire tutto ciò che esse contenevano di più torbido, le personalità che riuscivano più inadattabili al comune regime, superando, con la loro condotta, la mal concepita efficacia dei mezzi disciplinari: una specie di casa di rigore elevata alla massima potenza, di cui lo strumento principale

era il così detto *guardamatto*: un criminale in veste di infermiere» (143).

Il manicomio criminale è insomma qualcosa di molto diverso da ciò per il quale venne ideato; ma occorre aspettare pochi anni perché la malattia mentale venga presa in considerazione dal legislatore con una disciplina organica e compiuta.

#### 1.6.4 1904: La prima legge sui manicomi

L'ansia riformatrice prodotta da una parte dal *custodialismo terapeutico* della psichiatria e dall'altro, dal *custodialismo difensivo* della giustizia penale, sono il contesto culturale in cui si approva la legge n. 36 del 14 febbraio 1904, che arriva con settant'anni di ritardo rispetto alla Francia (primo Paese europeo ad approvare una norma specifica sugli alienati, il 30 giugno 1838), venticinque anni dopo un dibattito infuocato e sei disegni di legge bocciati. Fortemente voluta dall'allora Presidente del Consiglio, Giovanni Giolitti, viene stroncata dall'illustre dottrina psichiatrica forense (144): «I primi progetti erano tutti migliori di quello poi approvato», che sarebbe una edizione peggiorativa di un motuproprio granducale, vigente ancora per tradizione in Toscana dal 1838. In effetti la Legge 14 febbraio 1904, n. 36, intitolata «Disposizioni sui manicomi e sugli alienati», è composta di soli undici articoli nei quali ci si limita ad indicare sommariamente le norme di ammissione e di dimissione dal manicomio, a determinare i compiti del direttore, a ripartire le spese e a prevedere un meccanismo di controllo, lasciando al regolamento, successivamente emanato, di regolare nella sostanza la materia. Si rimane, per convenienza politica, su un piano squisitamente organizzativo, evitando di affrontare le vere questioni salienti della problematica manicomial.

L'art. 1 dispone: «Debbono essere custodite e curate nei manicomi le persone affette per qualunque causa da alienazione mentale, quando siano pericolose a sé e agli altri o riescano di pubblico scandalo e non siano o non possano essere convenientemente custodite e curate fuorché nei manicomi».

Fondamentale è il secondo comma: «Sono compresi sotto questa denominazione [di manicomio, *N.d.A.*], agli effetti della presente legge, tutti quegli istituti, comunque denominati nei quali vengono ricoverati alienati di qualunque genere».

Sorprende la forte *omogeneità* con cui si affrontano le discipline dei malati di mente autori di reato e di quelli non autori di reato, le uniche differenze erano la denominazione degli istituti (manicomi giudiziari per i primi, manicomi comuni o civili per i secondi), e la previsione per gli internati in manicomio giudiziario dei, già previsti, rapporti trimestrali all'autorità giudiziaria sulle condizioni sanitarie dei ricoverati.

Differenze poco sostanziali, che sanciscono la vittoria della *sicurezza* sulla *cura*: la psichiatria, complice l'*ossequiosa omertà* del diritto, impone l'istituzionalizzazione della malattia mentale considerata anzitutto come fattore di pericolosità da contenere, più che da curare, poiché la segregazione stessa diventa modalità di cura (145).

L'obbligo giuridico di custodire il malato di mente insorge solo dopo che questi abbia dato prova della propria pericolosità, o abbia turbato l'ambiente sociale dando *pubblico scandalo*. Nota saggiamente Rebagliatti (146) che tali disposizioni, «se, nel tempo in cui furono promulgate, costituirono un sistema organico e progredito di organizzazione assistenziale, tuttavia furono dominate da preoccupazioni di difesa della società» nei confronti di soggetti diversi e pericolosi, cosicché l'internamento «veniva ad atteggiarsi come una vera e propria misura di prevenzione» (147) molto vicina alle misure di sicurezza che saranno previste, di qui a pochi anni, dal codice Rocco. Di conseguenza, per tutti i malati di mente che non manifestino la loro malattia in modo tale da far temere per l'ordine pubblico, è del tutto escluso il ricovero in manicomio, visto che la legge si interessa alla salute del singolo solo in quanto dannoso per la salute collettiva.

Ecco da dove nasce l'uso distorto del manicomio, talvolta incoraggiato anche dalla giurisprudenza (148), che porta ad internare anche soggetti sani di mente ma di pubblico scandalo, come *prostitute* che esercitano troppo sfacciatamente la propria attività, o persone che si mostrano abitualmente in pubblico in abbigliamento succinto.

Per quanto riguarda le modalità di ammissione degli internati, ai sensi dell'art. 2 viene chiesta dai «parenti nell'ordine in cui sono tenuti agli alimenti, ovvero dai tutori, procuratori, o curatori, e da chiunque altro nell'interesse degli infermi e della società». Di norma l'ammissione in manicomio può essere provvisoria o definitiva. L'ammissione provvisoria, in casi d'urgenza, viene ordinata dall'autorità di pubblica sicurezza dietro la presentazione di un certificato medico attestante le condizioni mentali del

soggetto. Nelle situazioni normali, è il pretore che può autorizzare il ricovero dopo aver ricevuto una domanda correlata dal certificato medico o anche da un atto notorio in cui quattro testimoni, non parenti, ma che comunque conoscano il soggetto, ne descrivano lo stato mentale.

Il Tribunale può invece autorizzare il ricovero definitivo con rito camerale o su istanza del Pubblico ministero, in base alla relazione del direttore del manicomio, e dopo un periodo di osservazione, che non può eccedere in complesso un mese.

L'unica forma di contestazione e opposizione a tale provvedimento può essere un reclamo da parte del malato o da parte del Pubblico Ministero alla Corte d'Appello. A quest'ultimo però è consentito solo il reclamo contro i provvedimenti di diniego del ricovero, a dimostrazione che anche qui l'interesse pubblico era quello all'isolamento del malato di mente, e non quello alla corretta applicazione della legge (149). Tutti i provvedimenti di ricovero vengono inoltre trascritti nel casellario giudiziario, e vi rimangono per sempre cosicché il malato deve tornare ad affrontare il mondo con un marchio "infamante", altamente ostativo al suo percorso di reinserimento sociale, che spesso si traduce in ritorno al manicomio.

Ma, visto che il principale scopo del legislatore è la custodia dell'internato, termini come *reinserimento* e *risocializzazione* servono soltanto a far discutere la manualistica.

Il *licenziamento* (cioè la dimissione) dei ricoverati può avvenire per sole due ragioni: la guarigione e il miglioramento tale da consentire di proseguire le cure nel domicilio del malato; il provvedimento definitivo di dimissione, in entrambi i casi, è autorizzato con decreto del Presidente del tribunale.

Il 1904, vero e proprio anno saliente per la malattia mentale e la storia del manicomio giudiziario, si chiude con un'importante modifica all'assetto gestionale dei manicomi giudiziari: il direttore generale delle carceri Alessandro Doria (con R.d. 5 settembre 1904) affida la direzione autonoma dei manicomi giudiziari soltanto ai medici alienisti, sottraendola alla subordinazione ai direttori amministrativi. Inizia così un processo di differenziazione che, a detta del Saporito (150), «ingloba tutta una tecnica speciale, la quale impronta i suoi principii alla tecnica carceraria ed alla tecnica ospitaliera, in relazione al duplice fine della sicurezza e della cura».

Era il 1904. Più di un secolo dopo, la diatriba su a chi spetti la direzione dell' O.P.G. è ancora aperta (151).

### **1.6.5 1923-1925: I manicomi criminali crescono**

Come auspicato da Lombroso, l'istituzione di nuovi manicomi giudiziari, nel giro di pochi anni, subisce un'impennata. Viene individuata la sede del quarto manicomio giudiziario: dopo Anversa, Montelupo Fiorentino e Reggio Emilia viene scelto un antico convento, situato nel pieno centro di Napoli, nel popolare quartiere Avvocata. Con decreto ministeriale del 1° luglio 1923, sorge così il manicomio giudiziario di Sant'Eframo. Di lì a breve lo stesso accade a Barcellona Pozzo di Gotto, in provincia di Messina (il manicomio era stato istituito con legge del 13 marzo 1907, ma, per l'appunto, viene aperto solo il 6 maggio 1925).

### **1.6.6 1930: Il codice Rocco e il sistema del doppio binario**

Entra in vigore il codice Rocco, che, come abbiamo visto (152), dà cittadinanza legislativa al c.d. sistema del doppio binario nell'ordinamento giuridico italiano. Tuttavia qui interessa la vera novità saliente del codice che riguarda il manicomio giudiziario in quanto istituzione totale.

Per opera del legislatore avviene infatti una sorta di *rivoluzione copernicana*, poiché «l'apparato delle misure di sicurezza va a rompere nella sostanza quella omogeneità di trattamento tra infermi autori di reato e non autori di reato, che aveva improntato la legislazione su cui andava ad innestarsi» (153).

Vanno rilevati tre fondamentali elementi di novità:

1. La misura di sicurezza del *ricovero in manicomio giudiziario* viene direttamente disciplinata dal codice penale: l'ordine di ricovero del folle-reo diventa di esclusiva competenza del giudice penale. Sparisce così l'istituto della c.d. consegna del prosciolto folle all'autorità competente, e ciò che fino ad allora era stato di competenza del presidente del Tribunale civile passa al giudice penale, che è lo stesso chiamato a pronunciarsi nel merito sul reato o sui reati contestati. Parte della dottrina ha sottolineato l'importanza di questo passaggio di competenze,

leggendolo come l'instillarsi nella cultura giuridica di una sorta di «diffidenza nei confronti della psichiatria» (154), come se i giuristi volessero riprendersi un primato. Resta comunque sintomatico il fatto che l'internamento in manicomio giudiziario sia inserito nel Titolo VII rubricato "Misure amministrative di sicurezza". Sul peso da dare all'aggettivo "amministrativo" molto si è discusso, per poi concordare sul fatto che «non avesse alcun valore autonomo vincolante» (155), ma fosse, probabilmente, niente più che un richiamo linguistico all'aureo retribuzionismo della pena, che mal sopportava l'inserimento delle misure di sicurezza come sanzioni penali.

2.L'entrata della *folia* all'interno del sistema penale avviene attraverso il fumoso concetto di "pericolosità sociale", che, in molti casi, viene addirittura presunta e aprioristicamente dichiarata dal codice.

3.L'art. 222 fissa dei *termini minimi di durata della permanenza in manicomio giudiziario* e statuisce pertanto: «Nel caso di proscioglimento per infermità psichica, ovvero per intossicazione cronica da alcool o da sostanze stupefacenti, ovvero per sordomutismo, è sempre ordinato il ricovero dell'imputato in un manicomio giudiziario per un tempo non inferiore a due anni; salvo che si tratti di contravvenzioni o di delitti colposi o di altri delitti per i quali la legge stabilisce la pena pecuniaria o la reclusione per un tempo non superiore nel massimo a due anni, nei quali casi la sentenza di proscioglimento è comunicata all'autorità di pubblica sicurezza.

La durata minima dell'internamento è di dieci anni, se per il fatto commesso la legge stabilisce la pena di morte o l'ergastolo, ovvero di cinque se per il fatto commesso la legge stabilisce la pena della reclusione per un tempo non inferiore nel minimo a dieci anni.

Nel caso in cui la persona ricoverata in un ospedale psichiatrico giudiziario debba scontare una pena restrittiva della libertà personale, l'esecuzione di questa è differita fino a che perduri il ricovero nell'ospedale psichiatrico. Le disposizioni di questo articolo si applicano anche ai minori degli anni quattordici o maggiori dei quattordici e minori dei diciotto, prosciolti per ragione di età, quando abbiano commesso un fatto preveduto dalla legge come reato, trovandosi in alcuna delle condizioni indicate nella prima parte dell'articolo stesso».

Nella storia repubblicana, il testo di questo articolo sarà più volte censurato dalla Corte Costituzionale (nel 1982, nel 1998 e nel 2003), come avremo modo di vedere nel corso di questa cronistoria; tuttavia quel che qui preme notare è che, prevedendo limiti di durata, il manicomio giudiziario, da misura di sicurezza extrapenale, si trasforma in vera e propria sanzione penale, legandosi, per di più, alla gravità del fatto commesso, invece che alla pericolosità del soggetto, come sarebbe logico aspettarsi (156).

Questa caratteristica va inoltre ad accentuare il non richiesto *profilo sanzionatorio* della misura di sicurezza, scavalcando pericolosamente il principio di proporzionalità tra reato commesso e pena e quindi, *lato sensu*, anche l'imprescindibile *principio di legalità*.

In concreto, si creano i presupposti per la nascita di un vero paradosso giuridico: la durata dell'internamento può essere superiore alla pena a cui il soggetto sarebbe stato condannato se fosse stato dichiarato imputabile. Alla componente di *difesa sociale* si aggiunge *componente retributiva* (157) e a farne le spese sono gli internati.

### 1.6.7 1968: Un assordante silenzio

A seguito dell'introduzione del codice Rocco, al di là degli ovvi effetti, giuridici e culturali, dell'entrata in vigore del testo costituzionale, soprattutto agli art. 27 e 32 (158), la tematica dei manicomi giudiziari cade in un assordante silenzio. Dimenticata dal legislatore, ad eccezione di un unico intervento: la legge 431/1968.

Sul piano concreto le disposizioni della legge non possono certo considerarsi "rivoluzionarie", ma hanno un'importanza notevole dal punto di vista storico-culturale, poiché introducono «la logica del rispetto della personalità, della libertà, e del diritto alla tutela della salute, fu affermata in modo irreversibile e segnò la via alle successive revisioni legislative» (159).

Si introducono infatti la possibilità di ricovero volontario in manicomio civile su richiesta del malato (art. 4) e l'abolizione dell'obbligo di annotazione sul casellario giudiziale dei provvedimenti di ricovero definitivo disposti dal magistrato. Un altro cambiamento di notevole portata è quello di consentire al malato di chiedere volontariamente l'ammissione in un ospedale psichiatrico, con la sola autorizzazione del medico di guardia, per essere sottoposto a cure o ad accertamenti.

Il malato di mente vede così riconosciuto il proprio diritto, costituzionalmente sancito dall'art. 32 Cost., ad essere curato da quella che smette di essere considerata un'infamia, per essere finalmente riconosciuta come una malattia. Si cessa quindi di ritenere la pazzia come una disgrazia ineluttabile e assolutamente incurabile e il malato come un potenziale criminale da isolare dalla comunità; si inizia invece a considerare la prima come una malattia da prevenire e da curare e il secondo come persona da rispettare e di cui prendersi cura nella tutela della sua dignità.

Non va dimenticato che la scienza psichiatra inizia l'uso massiccio degli psicofarmaci, che hanno il controverso potere di ridurre l'eccitazione violenta dei pazienti, e delle teorie di psicoterapia individuale e di gruppo.

Ma il merito di tale legge è quello di restituire potenzialmente l'infermo di mente alla psichiatria, limitando la funzione custodiale del manicomio ed esaltando il fine terapeutico: si creano i Centri e Servizi di igiene mentale territoriali con funzioni preventive, specie nella fascia pediatrica della popolazione, e curative per tutti coloro che ne abbiano bisogno e ne facciano richiesta volontaria.

La *territorializzazione* del disagio psichico trova dunque accoglienza giuridica all'interno del nostro ordinamento. Di qui a pochi anni, diventerà il *mantra* della riforma Basaglia, con tutte le positività e negatività che ne conseguiranno.

Certo, la legge 431 non si espone in merito al problema della chiusura dei manicomi ed al loro superamento tramite forme di assistenza psichiatrica alternativa. I tempi non sono, evidentemente, ancora maturi (160).

### **1.6.8 1974: La Corte Costituzionale e la durata delle misure di sicurezza**

La Corte Costituzionale, con la sentenza n. 110 del 23 Aprile 1974, determina una prima sostanziale modifica al sistema designato nel codice Rocco, dichiarando illegittimo l'articolo 207 c.p. nella parte in cui prevede la irrevocabilità della misura prima della scadenza del suo termine di durata minima.

Sul piano concreto, la formulazione originale dell'art. 207 comportava la permanenza in manicomio di molte persone che avevano cessato di essere pericolose. Nei confronti della norma erano state sollevate più volte eccezioni di legittimità costituzionale, già a partire dagli ultimi anni Sessanta, ma solo nel 1974 la Corte Costituzionale decreta illegittimo l'ultimo comma dell'articolo, attribuendo al giudice di sorveglianza la facoltà di revocare la misura di sicurezza anche prima della decorrenza del termine minimo stabilito per legge. La sentenza rappresenta un momento decisivo della battaglia contro gli istituti manicomiali, poiché, in conseguenza di questa, molte persone non più pericolose sono state finalmente liberate.

### **1.6.9 1974 (bis): Antonia Bernardini, imprenditrice morale inconsapevole**

Da un punto di vista sociologico, il 1974 è anno cruciale, poiché la questione dei manicomi giudiziari torna al centro del dibattito giuridico e politico, grazie al ruolo fondamentale di quello che, secondo il modello interazionista simbolico, è definito *imprenditore morale* (161). Invero, si tratta di un' imprenditrice morale inconsapevole, poiché il suo è un ruolo non scelto, ma, tragicamente, subito.

Antonia Bernardini (162), il 27 dicembre 1974 brucia viva nella sezione "Agitate e coercite" del manicomio giudiziario femminile di Pozzuoli, mentre è legata al letto di contenzione. Morirà, a causa delle gravissime ustioni, quattro giorni dopo, il 31 dicembre 1974, all'ospedale Cardarelli di Napoli. Trascorreranno ulteriori quattro giorni prima che l'autorità giudiziaria apprenda casualmente del decesso, il 4 gennaio 1975.

La sua vicenda è paradigmatica di quanto schizofrenico possa essere il rapporto tra psichiatria e diritto: Antonia Bernardini viene arrestata il 12 settembre 1973 alla stazione di Roma Termini, per oltraggio a pubblico ufficiale, a seguito di un acceso diverbio con un agente di polizia.

La storia clinica di Antonia Bernardini è piuttosto complessa e conta ventiquattro ordini di ricovero in ospedale psichiatrico, sintomatici di un disagio psichico evidente. Nonostante ciò viene condotta nel carcere di Rebibbia, sezione femminile e, dopo più di trenta giorni, il 26 ottobre 1973 viene trasferita al manicomio giudiziario di Pozzuoli. La custodia cautelare è dovuta «attesa l'entità del fatto e la personalità morale della giudicabile». L'udienza per l'esame dei fatti viene inizialmente fissata il 7 dicembre 1973, ma successivamente rinviata di un anno, al novembre 1974, due mesi oltre la scadenza dei termini di custodia cautelare previsti per il reato contestato di oltraggio (un anno).

Quindi, al momento dell'incendio che ne causerà la morte, Antonia Bernardini, non doveva trovarsi reclusa.

I tentativi dell'internata e dei suoi difensori per ottenere la cessazione (o, per lo meno, il mutamento) della misura cautelare cadono nel vuoto, nel senso letterale del termine: il Pubblico Ministero non fornirà mai alcuna risposta all'istanza di scarcerazione.

Il "silenzio" dell'autorità giudiziaria stupisce perfino la direzione stessa del manicomio, il 23 febbraio dichiarano cessata l'*acuzia* (163) e conseguentemente la donna diviene "trasferibile" in altra struttura. Per mesi nessuna risposta o provvedimento vengono posti in essere, il 23 settembre 1974 il Presidente del Tribunale ordina il trasferimento a Roma, nessuno si preoccupa dell'esecuzione del provvedimento, poiché (chiariranno le successive indagini) la comunicazione non aveva lasciato la cancelleria del tribunale e, conseguentemente, sia la direzione del manicomio che le autorità di Pubblica sicurezza erano all'oscuro della decisione.

Antonia Bernardini è reclusa a Pozzuoli, mentre dovrebbe essere a Roma, questo implica la sua impossibilità di presentarsi all'udienza del 13 novembre, che viene quindi rinviata per assenza dell'imputata. Nessuno, né il giudice né il pubblico ministero, si accorge che i termini della custodia cautelare sono scaduti.

Non solo Antonia Bernardini è reclusa, anziché libera, è a Pozzuoli, anziché a Roma, ma viene coercita per tre volte e per periodi, via via, più lunghi: prima 12 giorni, poi 28 e infine, oltre i 30, dal 14 novembre fino al giorno dell'incendio (164).

Vengono intentati procedimenti penali e amministrativi a carico di: Francesco Corrado, direttore del manicomio, per omesso controllo sull'attività dello psichiatra, che era da lui stesso sostituito al tempo del fatto, poiché in ferie, Giuseppe Tampone, psichiatra, per aver disposto la contenzione senza atto scritto, che ne sancisse la natura e la durata e in carenza di motivazione, cinque vigilatrici, per omesso controllo sull'internata.

Alla condanna in primo grado segue l'assoluzione in sede di Appello.

Al di là delle vicende giudiziarie degli imputati, a seguito di un aspro confronto parlamentare (165) e delle morti sospette di altre due internate (Liliana Codini, Teresa Quinto Calducci), il manicomio giudiziario di Pozzuoli viene chiuso e trasformato in carcere femminile. La contenzione, invece, è, a tutt'oggi, prassi terapeutica.

### **1.6.10 1975: Da manicomio giudiziario a O.P.G. *Nomina non sunt consequentia rerum* (166)**

Si approva il nuovo Ordinamento penitenziario (l. 354/1975). La portata riformatrice di tale normativa è notevole per quando riguarda gli istituti di pena, mentre è molto modesta per gli istituti di esecuzione delle misure di sicurezza (tra i quali il manicomio giudiziario).

Si potrebbe affermare che è questa una riforma *nominalistica*, poiché si limita a cambiare la denominazione di manicomio giudiziario, in Ospedale Psichiatrico Giudiziario, nome tutt'oggi in uso.

L'art. 62 statuisce, infatti: «Gli istituti per l'esecuzione delle misure di sicurezza detentive si distinguono in: Colonie agricole; Case di lavoro; Case di cura e custodia; Ospedali psichiatrici giudiziari. In detti istituti si eseguono le misure di sicurezza rispettivamente previste dai numeri 1, 2 e 3 del primo capoverso dell'articolo 215 del codice penale. Possono essere istituite: sezioni per l'esecuzione della misura di sicurezza della colonia agricola presso una casa di lavoro e viceversa; sezioni per l'esecuzione della misura di sicurezza della casa di cura e di custodia presso un ospedale psichiatrico giudiziario; sezioni per l'esecuzione delle misure di sicurezza della colonia agricola e della casa di lavoro presso le case di reclusione».

È solo un cambiamento formale, ma che riflette l'idea ben più sostanziale che i folli-rei debbano essere curati prima che puniti, in strutture più simili ad ospedali che a carceri.

È altrettanto innegabile che i benefici della riforma del sistema penitenziario si siano comunque riflessi indirettamente e positivamente anche nell'ambito degli O.P.G. Infatti si abbandona la prospettiva meramente custodiale del sistema penitenziario italiano, per una applicazione più efficace del dettato costituzionale (*in primis* dell'art.27) e quindi un'affermazione dell'idea rieducativa della pena. In particolare, anche l'internato potrà usufruire delle opportunità trattamentali finalizzate al reinserimento sociale, le c.d. misure alternative alla detenzione.

Una delle innovazioni più significative apportate dalla legge, riguardano la previsione della possibilità per l'internato in O.P.G. di trascorrere parte del giorno fuori dall'istituto per partecipare alle attività lavorative, istruttive o comunque utili al reinserimento sociale (art. 48). Il regime di *semilibertà* per gli internati è però particolare rispetto a quello applicabile ai detenuti comuni, per questi ultimi infatti la semilibertà può essere concessa solo se la condanna riguarda specifici reati (sono esclusi ad esempio, i reati più gravi, quali rapina, estorsione, sequestro di persona) oppure solo se il condannato ha già scontato almeno la metà della pena; tali restrizioni non valgono invece per gli internati. La semilibertà può essere loro concessa in ogni tempo e prescindere dal reato commesso (167).

Vi sono almeno altre due importanti novità, che meritano di essere approfondite, una di carattere organizzativo, un'altra più sistematica.

La prima è contenuta nell'art. 11.1 ord.pen. in cui si dispone che ogni istituto carcerario, oltre a un servizio medico generale, possa contare sull'opera di almeno uno specialista in psichiatria: tale previsione ha prodotto sull'O.P.G. l'effetto di un notevole sfoltoimento della popolazione di detenuti inviati in O.P.G. in osservazione psichiatrica.

La seconda riguarda l'introduzione nel nostro ordinamento del Magistrato di Sorveglianza, che va a sostituire il Giudice di Sorveglianza, ma con poteri e compiti peculiari. Le attribuzioni di tale organo giurisdizionale contenute nella legge di riforma dell'ordinamento penitenziario sono espressione di una «concezione del Magistrato di Sorveglianza essenzialmente quale organo di garanzia della legalità nell'esecuzione della sanzione detentiva di tipo tradizionale, sia pure in un'ottica più spiccatamente ispirata alla finalità della rieducazione» (168).

Fondamentale è inoltre il neonato potere-dovere di vigilanza, ex art. 69 ord.pen., egli deve assicurare l'attuazione della legge penitenziaria. Tale controllo può riguardare tutto ciò che concerne, non solo l'organizzazione, ma anche la gestione degli istituti, compresi gli O.P.G.

Tale attribuzione del Magistrato di sorveglianza è stata definita «un potere diffuso di conoscenza e valutazione riguardante i vari servizi [...] e la loro adeguatezza alle prescrizioni dell'ordinamento penitenziario ed alle esigenze della popolazione carceraria» (169). Il controllo del Magistrato di sorveglianza non deve, inoltre, essere inteso solo come mezzo per assicurare unicamente la legalità dell'attività penitenziaria, ma deve intendersi comprensivo anche di una valutazione di merito, in quanto si tratta di «valutare la funzionalità dell'azione penitenziaria rispetto al raggiungimento degli scopi che le devono essere propri» (170).

### **1.6.11 1978: La *primavera dei matti*. La grande riforma**

È il 13 maggio 1978, il parlamento a larghissima maggioranza (171) approva la l.180/1978, poi confluita nella legge n. 833/1978 sulla Riforma del Sistema Sanitario Nazionale, dopo un iter parlamentare inusualmente rapido, anzi rapidissimo: il 19 aprile il Consiglio dei Ministri presenta il disegno di legge "Accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori", le Commissioni Igiene e Sanità di Camera e Senato lo approvano in sede legislativa, il 2 e il 10 maggio (172).

Non sono giorni qualunque, il 9 maggio nel bagaglio di una Renault 4 rossa abbandonata in via Caetani a Roma, cambia la storia d'Italia: Aldo Moro, penalista barese, nonché Presidente del Consiglio viene ucciso dalla Brigate Rosse dopo cinquantacinque giorni di sequestro. E chi, in quel contesto storico e politico, può permettersi di pensare ai "matti"?

Come se non bastasse, entro la fine dell'anno, gli Italiani devono essere chiamati a pronunciarsi su otto quesiti referendari, proposti dal Partito Radicale. Uno di questi riguarda l'abrogazione di alcuni articoli della l. 36/1904, che, in caso di esito favorevole del quesito referendario, avrebbe sancito la chiusura dei manicomi civili e giudiziari.

Franco Basaglia e il movimento antipsichiatrico italiano, da tempo chiedevano una riforma delle cure psichiatriche, basandosi su due principi fondamentali: la *territorializzazione delle cure* e la *responsabilizzazione del malato*.

L'attesa riforma arriva, ma è Basaglia stesso, a rifiutarne la paternità (173): «Questa legge nasce come un compromesso per superare lo scoglio del referendum, che avrebbe eliminato una legge deprecabile, ma avrebbe lasciato un vuoto normativo che comunque andava colmato. Un compromesso politico quindi è quello che è. Esso va visto nell'ambito della volontà del governo di far rientrare questa normativa nella progettata riforma sanitaria. E' uno stralcio, una norma transitoria. Questo alimenta le perplessità sulle contraddizioni che la nuova normativa contiene, e le speranze che essa possa

condurre a posizioni più avanzate» (174).

Ma quella intervista ha altri aspetti sociologicamente interessanti: «Una cosa è abbastanza importante: che le forze politiche abbiano apprezzato ciò che è accaduto negli ultimi anni in manicomi smantellati da psichiatri democratici, preparando una legge i cui motivi ispiratori sembrano coerenti con simile apprezzamento. Sotto questo aspetto, si tratta di una nostra piccola vittoria. [La norma che accomuna la psichiatria all'assistenza medica, prevedendo la cura dei malati di mente negli ospedali generali, *N.d.A.*] ha un certo peso, soprattutto in relazione alla iniqua legge del 1904 che con l'alibi della "pericolosità" di certi individui suggellava l'abbraccio mortale fra psichiatria e giustizia, favorendo segregazioni e torture. Ma attenzione alle facili euforie. Non si deve credere d'aver trovato la panacea a tutti i problemi del malato di mente con il suo inserimento negli ospedali tradizionali. La nuova legge cerca di omologare la psichiatria alla medicina, cioè il comportamento umano al corpo. E' come se volessimo omologare i cani con le banane. Facciamo l'esempio di chi ha un tumore, oppure una febbre o il verme solitario. Se va a finire all'ospedale, c'è la ricerca della causa del suo male e in alcuni frangenti il ricovero s'impone (in ossequio all'articolo 32 della Costituzione) per evitare contagi. Ma se ricoveri - cioè togli la libertà - a una persona perché ha pensieri bizzarri o disturbi psichici, perché lo fai? A che cosa si riferisce quel ricovero? Che cosa può voler dire "grave alterazione psichica"? La sofferenza psichica nasce da una contraddizione: l'uomo più è represso, più manifesta sofferenza psichica; più la sua esistenza è libera da condizionamenti, meno soffre».

Certo si era molto lontani dal dare forza di legge a quel *germe della ribellione*, auspicato dallo stesso Basaglia: «Cosa ha annientato il malato? L'autorità. Per riabilitarlo occorre abituarlo a ribellarsi. Dato però che il nostro sistema sociale non è interessato alla riabilitazione del malato mentale, in quanto non ha lavoro neanche per i sani, bisogna riformare anche la società» (175).

Tuttavia è necessario riconoscere alcune positività di quella norma, pur sottolineando che non vi sia un solo riferimento ai folli-rei e agli O.P.G., nonostante il coraggioso tentativo di una giurisprudenza minoritaria di considerare implicitamente abrogato l'art. 222 c.p. (ricovero in O.P.G.) dall'art. 11 della riforma in esame (176). Tale posizione è considerata dalla dottrina totalmente «priva di fondamento» (177).

Questo *vulnus*, a seconda delle interpretazioni e dei punti vista, può essere letto come grave lacuna, opportunismo politico, incapacità di affrontare con la necessaria serenità un problema complesso, calcolata dimenticanza o semplice contingenza («gli O.P.G. erano strutture controllate dal Ministero di Grazia e Giustizia, e non da quello della Sanità come i manicomi civili. La riforma riguardava la sanità, non la giustizia» (178)).

Quel che è certo è che la riforma sancisce alcuni *punti di non ritorno* della cura del disagio psichico, che, in generale, rispondono a «un approccio che richiede un'integrazione del portatore di sofferenze psichiche all'interno del tessuto sociale, attraverso l'abbandono della prospettiva dell'esclusione sulla quale si è fondata la precedente normativa manicomiale» (179).

Vanno pertanto rilevate conquiste metodologiche e culturali, a cui ancora oggi tendono asintoticamente le proposte di riforma degli O.P.G. e, più in generale, delle misure di sicurezza: «[La riforma del 1978, *N.d.A.*] ha riportato quel clima culturale, che si era mosso intorno alla riforma, o meglio alla rivoluzione, che aveva fatto sancire la chiusura dei manicomi civili. Un effetto di due tipi: il primo costituito dalla diminuzione della popolazione internata in O.P.G.

Il secondo effetto si è espresso sulla conduzione che sempre più ha perso il rigore della custodia per aprirsi a veri e propri interventi terapia riabilitativa, con la ristrutturazione dei luoghi e l'invenzione di "terapie" che si erano imposte anche nella psichiatria. Esistono iniziative di terapia occupazionale, di arte e musica terapia, di interventi di gruppo... Insomma, se gli O.P.G. sono stati al di fuori della riforma legislativa, non sono stati esclusi da iniziative di rinnovamento, proprio perché a dirigerli c'erano degli psichiatri e quindi una cultura che cambiava esattamente come quella di chi lavorava nella "nuova psichiatria". Si farebbe quindi un errore e un'ingiustizia verso coloro che operano in queste strutture, se si volesse affermare che queste strutture sono rimaste immobili e indifferenti a ciò che accadeva non solo nella psichiatria italiana, ma in quella mondiale. Tutti insomma, dallo psichiatra, all'agente di polizia penitenziaria, da allora, sono più attenti al bisogno del malato. E già questo termine *malato*, che si è imposto su *delinquente* è un, piccolo grande, segnale di cambiamento».

Per quanto riguarda il primo effetto sottolineato dall'analisi di Vittorino Andreoli, vale a dire la diminuzione della popolazione internata in O.P.G. a seguito della riforma, occorre anticipare una parte dell'analisi statistica, a cui verrà dedicato largo spazio nel prossimo capitolo.

È necessario infatti indagare la fondatezza di una delle principali critiche mosse alla legge 180/1978: l'aver provocato, con la chiusura dei manicomi, una vera e propria *criminalizzazione* della malattia psichiatrica.

È quella che Luigi Daga definisce l'esaltazione della «funzione *vicariante*» (180) dell'O.P.G. nei confronti del soppresso manicomio civile.

Si afferma infatti con grande sicurezza, che l'aver chiuso i manicomi, ha fatto gravare sulla società un cospicuo numero di soggetti, che, al di là del manicomio, non avevano alternative e che, conseguentemente sarebbero entrati nel "circuito penale" per reati di piccola gravità e quindi internati in O.P.G., in quanto prosciolti folli.

Va proprio in questo senso la lettura di una certa dottrina: «Dopo la legge 180 i già gravi problemi di gestione degli ospedali psichiatrici giudiziari hanno subito quindi una notevole accentuazione. Di ciò è testimone anche l'incremento negli anni delle presenze, dovuto al moltiplicarsi del numero di ammissioni per reati di lieve entità. Infatti, quando era in vigore la vecchia legge del 1904, l'autorità di polizia preferiva ricorrere ad una gestione medico-psichiatrica di piccoli reati come risse, molestie ed altri di lieve entità, disponendo il ricovero in ospedale psichiatrico, anziché attivare l'azione penale.

Dopo la riforma ciò non è più possibile e anche per reati lievi scatta facilmente la denuncia alla magistratura. Ne deriva che gli O.P.G. hanno dovuto assumere su di loro uno dei ruoli prima svolti dal vecchio manicomio civile, ma con una carica di violenza addizionale, per effetto del tipo di gestione essenzialmente carceraria ed in evidente contrasto con qualsiasi finalità terapeutica.

Dopo la legge 180 la contraddizione fra nome di istituto terapeutico e sostanza di istituto meramente carcerario non si è spenta ma, al contrario, si è esaltata con la presenza in OPG di un numero elevato di prosciolti, molti dei quali bisognosi di interventi socio-assistenziali, e di un numero non molto elevato, ma pur sempre critico, di detenuti sani e di elevata pericolosità» (181).

Questa dura critica è fondata? Come sempre, occorre non fermarsi a leggere le statistiche, ma interpretarle, altrimenti si rischia di avallare il non vero e distribuire responsabilità iniquamente. Nella Tabella 1.4 sono riassunti, divisi per sesso, il numero di internati dal 1950 al 2000. Effettivamente vediamo che nel periodo della riforma e dell'antipsichiatria (gli anni Settanta), vi è un *effetto elastico*, con il numero di internati in costante diminuzione dal 1970 (1542 internati) al 1977 (1116), ma nell'anno dell'approvazione della legge 180 il dato torna a salire, anche se di poche unità (1149).

Il *trend* ascendente rimane tale e, anzi accelera, nei primi Anni Ottanta, quando verosimilmente la riforma inizia ad influire maggiormente sulla realtà. Perché il dato torni a scendere occorre aspettare il 1985 (1361 internati). Al di là del fatto che l'oscillazione rimane nell'ordine del centinaio di unità (a livello percentuale è del 14% circa), neanche lontanamente paragonabile con i dati del primo dopoguerra (costantemente sopra i 2000 internati fino al 1963), occorre, ad essere intellettualmente onesti, prendere in considerazione i dati relativi al rapporto internati in O.P.G. e detenuti. Si veda quindi la tabella 1.5.

*Tabella 1.4: Cinquant'anni di O.P.G., l'andamento della popolazione (182)*

ANNO	M	F	MF	F/MF*100
1950	1.655	260	1.925	13.5
1951	1.907	211	2.112	10.0
1952	2.011	206	2.217	9.3
1953	1.964	199	2.162	9.2
1954	1.917	213	2.130	10.0
1955	1.919	212	2.131	9.9
1956	1.821	211	2.132	9.9
1957	1.894	225	2.122	10.7
1958	1.914	276	2.190	12.6
1959	1.951	232	2.183	10.6
1960	1.924	203	2.127	9.5
1961	1.560	222	2.162	10.2
1962	1.855	225	2.110	10.7
1963	1.788	211	1.999	10.6
1964	1.798	183	1.581	8.2
1965	1.781	177	1.558	9.0
1966	1.648	165	1.613	9.1
1967	1.586	188	1.774	10.6
1968	1.526	200	1.726	11.6
1969	1.449	189	1.636	11.5
1970	1.367	176	1.542	11.3
1971	1.379	159	1.535	10.9
1972	1.341	155	1.496	10.4
1973	1.303	150	1.453	10.9
1974	1.230	124	1.354	9.2

ANNI	M	F	MF	F/MF*100
1975	1.158	93	1.256	7.9
1976	860	75	1.035	7.2
1977	1.037	78	1.116	7.1
1978	1.068	31	1.149	7.0
1979	1.180	100	1.280	7.8
1980	1.232	92	1.424	6.5
1981	1.415	37	1.512	6.4
1982	1.499	101	1.600	6.3
1983	1.418	95	1.513	6.3
1984	1.421	93	1.514	6.1
1985	1.270	91	1.361	6.7
1986	1.155	83	1.238	6.7
1987	1.214	79	1.293	6.1
1988	1.227	80	1.307	6.1
1989	1.215	72	1.287	5.6
1990	1.090	64	1.154	5.6
1991	963	56	1.022	5.5
1992	983	73	1.067	6.9
1993	953	75	1.033	7.3
1994	953	58	1.011	5.7
1995	993	55	1.074	5.3
1996	379	60	1.039	5.8
1997	327	59	986	6.0
1998	324	53	977	5.4
1999	333	76	1.069	7.1
2000	1.077	79	1.156	3.8

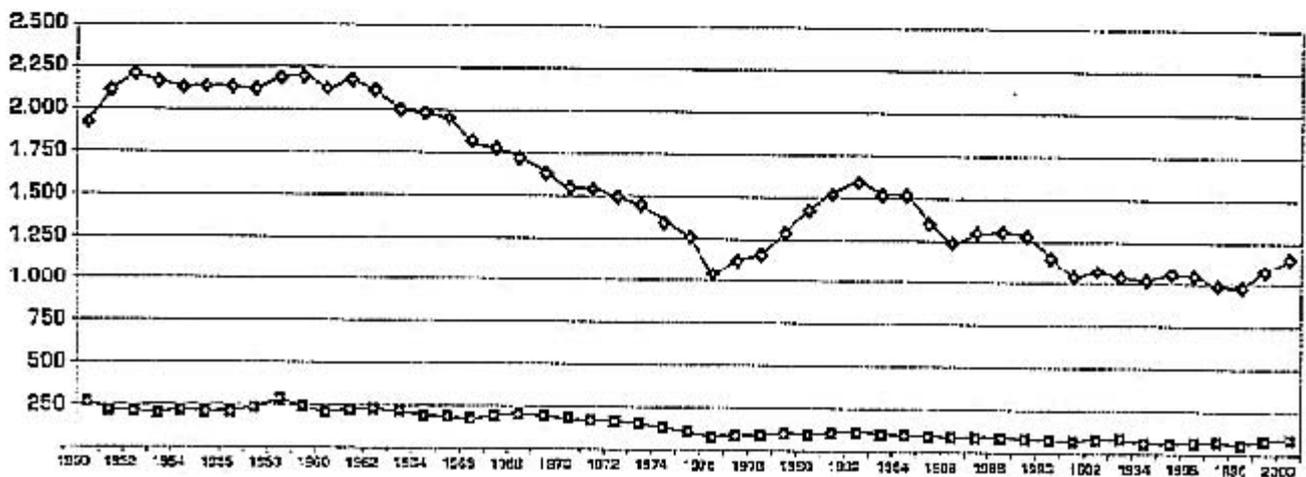
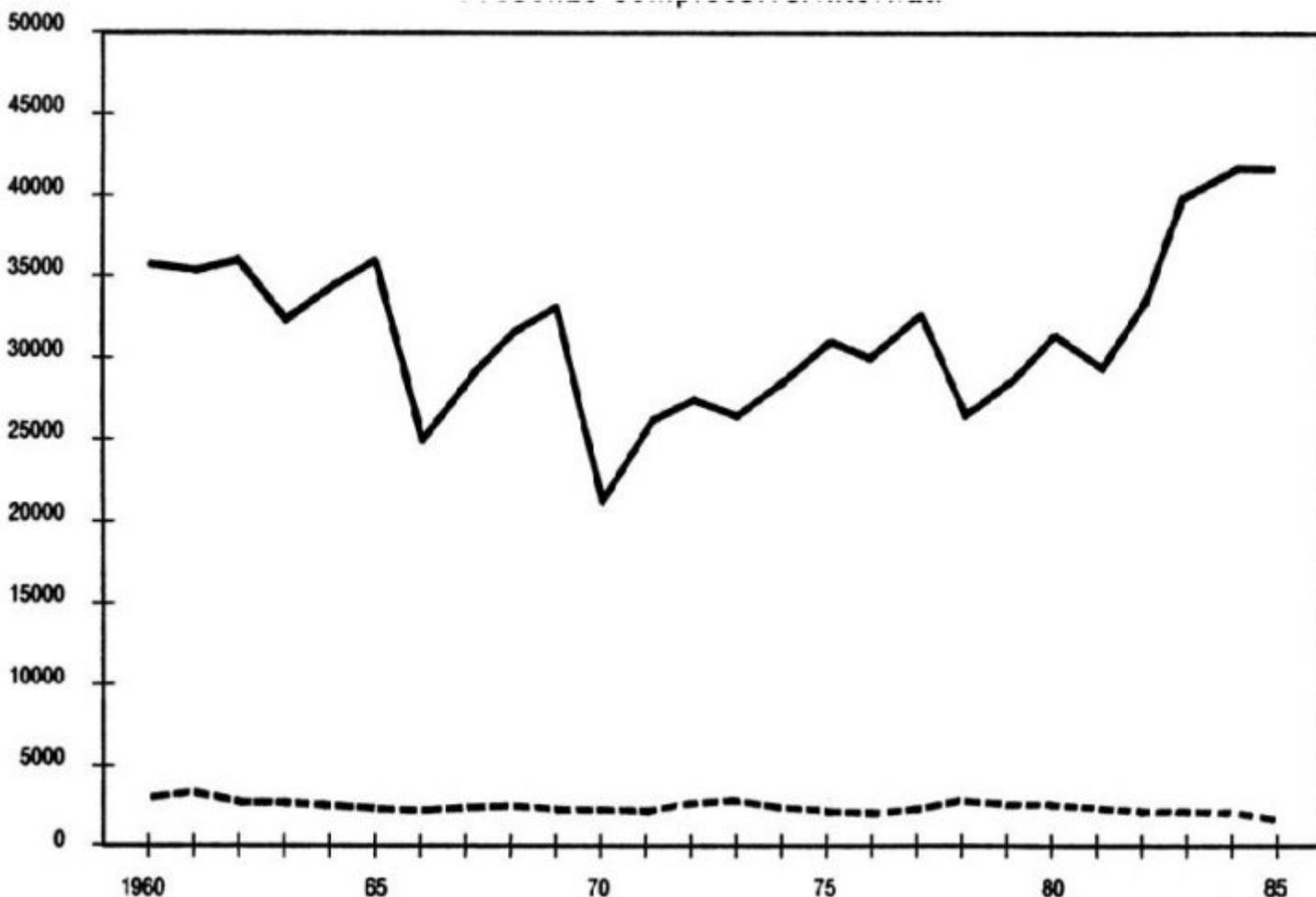


Tabella 1.5 (183): confronto internati in O.P.G. e detenuti. Dal 1960 al 1985



È molto significativo vedere la retta del numero di internati in O.P.G. sostanzialmente invariata nei tre decenni salienti della riforma psichiatrica, a fronte di una retta del numero di detenuti assolutamente schizofrenica, che nel giro di quindici anni, passa dalle 21 379 unità del 1970 alle 41 850 del 1985, praticamente un raddoppio, un'ascesa inarrestabile, che continua tutt'oggi. «L' O.P.G. non si è quindi *diffuso*, ma anzi si è progressivamente ridotto nella pratica. In ogni caso occorre realisticamente tener presente, nelle grandi scelte, le esigenze di difesa sociale, che sono concrete e reali e riguardano non soltanto una ideale generalità di *cives* ma le persone singole, le famiglie, le comunità coinvolte nel fenomeno criminale, come nel fenomeno della follia» (184).

Come si rileva quindi dal quadro statistico appena evidenziato, dire che il superamento dei manicomi civili della l.180/1978 ha avuto ripercussioni negative sugli O.P.G. è, per meno, ingeneroso. Il rischio di tali affermazioni è quello di nascondere il problema principale del sistema penale dell'ultimo mezzo secolo: l'uso smodato della detenzione, ma questo è un problema molto più vasto, trattarlo in questa sede significherebbe sminuirlo.

Se una critica va mossa alla legge Basaglia, non è sul piano numerico quantitativo, ma su quello qualitativo: l'aver, in molti casi, spostato il problema del malato psichiatrico dal manicomio ad altri luoghi: la casa, la famiglia, la comunità in cui è tornato, né tecnicamente né culturalmente pronti ad accoglierlo. L'associazione "Vittime della 180" (185) a tal proposito denuncia: «La chiusura dell'Ospedale Psichiatrico ha riaperto il manicomio. Gli odierni manicomio sono la famiglia o l'SPDC (186), ambedue inadatti ad una efficace cura. L'abbandono e la disgregazione del malato, che una volta avveniva solo nei più inefficienti ospedali psichiatrici, si ripete oggi in ogni casa, con l'aggravante del coinvolgimento e della distruzione delle altre vite. La famiglia è pressochè sola a combattere la malattia, specie nel momento più critico e delicato, cioè agli inizi. Anzi si può dire che la cura del malato giovane e violento è oggi in Italia pressochè impossibile. La stessa diagnosi è molto difficile ed è infatti fatta spesso dopo anni. Una buona diagnosi richiederebbe l'osservazione del malato per un certo periodo e senza le inevitabili alterazioni dovute agli psicofarmaci ed ai calmanti. Invece o rimane in famiglia o viene ricoverato nel reparto dell'Ospedale Generale, dove la prima cura a cui verrà sottoposto sarà il massiccio impiego di psicofarmaci».

Al di là del livore ideologico, si denuncia effettivamente un palese difetto di esecuzione delle nuove norme: «mancò l'attivazione delle c.d. strutture intermedie, ossia strutture di medio-lungo degenza che, senza riprodurre i limiti delle istituzioni manicomiali, consentissero l'accoglienza in piccole comunità dei malati portatori dei disturbi più gravi. Alla logica di *esclusione* dei malati di mente, nel custodialismo della precedente normativa, si era sostituita una logica di inclusione solo apparente» (187).

### 1.6.12 1982: Il necessario attivismo della Corte Costituzionale

Inizia il ventennio in cui ad occuparsi maggiormente di folli-rei non è il legislatore, bensì i giudici costituzionali, che assolvono così il loro fondamentale *ruolo politico*, lucidamente descritto da Gustavo Zagrebelsky: «Come guardiana della costituzionalità della vita costituzionale, la Corte deve essere portatrice fedele dei valori del diritto, ma al contempo deve promuovere nella vita politica l'indispensabilità della propria funzione, essendo *partecipe consapevole*, a questo solo scopo e senza coinvolgimenti estranei alla propria posizione imparziale, degli sviluppi politici e del loro significato. Fallirebbe il suo scopo, chi pensasse che il diritto costituzionale debba o anche solo possa essere pensato isolandolo in una prospettiva *pura*, cioè scissa dalle sue basi di efficacia, illudendosi così di renderlo massimamente normativo in quanto sottratto all'influenza di qualunque fattore *politico*» (188).

Se, infatti, alla luce della riforma del 1978, il quadro normativo è rimasto immutato, sicuramente quello politico, culturale e sociale è cambiato radicalmente.

Con la fondamentale sentenza 139 dell' 8 luglio 1982 la Corte Costituzionale «dichiara l'illegittimità costituzionale degli art 222.1, 204.2, 205.2 numero 2 del Codice Penale, nella parte in cui non subordinano il provvedimento di ricovero in ospedale psichiatrico giudiziario dell'imputato prosciolti per infermità psichica al previo accertamento da parte della giudice della cognizione o della esecuzione della *persistente pericolosità* sociale derivante dall'infermità medesima al tempo dell'applicazione della misura» (189).

Occorre tuttavia placare gli entusiasmi, infatti la *presunzione di pericolosità sociale dell'infermo di mente* autore di reato continua ad esistere e resta, seconda la Corte, costituzionalmente fondata, è invece priva di giustificazione psichiatrica e criminologica la presunzione di *persistente* pericolosità, da valutarsi al momento dell'esecuzione della misura di sicurezza. Ecco perché i commentatori considerano l'intervento della Corte una «variazione minima» (190) e una «abolizione della pericolosità presunta passata per la cruna dell'ago» (191).

Ciò nonostante è da plaudire la scelta della Corte di trascendere l'aspetto squisitamente *de iure condito*, per formulare alcune considerazioni sulla effettiva gestione e organizzazione degli O.P.G. La scelta è dettata dalla necessità di rispondere ad alcune ordinanze di remissione dei giudici di merito, che vedono proprio nelle carenze gestionali e terapeutiche degli istituti, un chiaro vizio di costituzionalità, poiché si sacrifica il carattere rieducativo a scapito del solo carattere segregante della misura di sicurezza.

Pur non potendo sul punto accogliere la questione di legittimità prospettata, trattandosi di problemi trascendenti la disciplina normativa, la Corte sottolinea: «le carenze lamentate dai giudici rimettenti, in base a personali, sofferte esperienze e risultanti anche da indagini ufficiali condotte o promosse da autorità a ciò competenti, esigano la più attenta considerazione e la più sollecita iniziativa da parte del legislatore e dei pubblici poteri. Il problema umano e sociale del trattamento da riservare ai soggetti prosciolti perché non imputabili per infermità psichica non può essere affrontato e risolto in termini formali e nominalistici -di etichetta verrebbe fatto di dire- ma impone l'adozione di misure concretamente idonee alla cura e non soltanto alla custodia di quei soggetti medesimi, essendo evidente che la loro risocializzazione dipende dalla guarigione o quanto meno dal miglioramento delle loro condizioni psichiche».

Non si risolve invece l'altro macroproblema delle misure di sicurezza legato alla previsioni di termini minimi di durata, tuttavia inizia il tramonto della anomala connotazione retributiva dell'O.P.G., che cede gradualmente il passo alla funzione special-preventiva a scapito del profilo di neutralizzazione e di difesa sociale: una maggiore attenzione alla personalità del soggetto e alla sua concreta evoluzione non poteva che entrare in aperto contrasto con gli schemi rigidi del Codice Rocco.

L'attività della Corte pone le basi per l'auspicata «sollecita iniziativa del legislatore e dei pubblici poteri», che arriverà quattro anni più tardi, nel 1986, con l'approvazione della c.d. Legge Gozzini (legge n. 663/1986). «Quasi di soppiatto all'interno di una riforma dell'ordinamento penitenziario, si sopprimono qualsiasi forma di presunzione di pericolosità nell'applicazione ed esecuzione delle misure di

sicurezza» (192).

### 1.6.13 1998: I minori e l'O.P.G.

L'O.P.G. è protagonista di tre importanti proposte di legge: nel 1983 (proposta di legge Vince Grossi), nel 1996 (proposta di legge Corleone), 1997 (proposta di legge congiunta consiglio regionale Toscana ed Emilia Romagna), che sui ci limitiamo ad enunciare e che spiegheremo approfonditamente nell'ultimo capito.

Nel 1998 è ancora la Corte Costituzionale a prendere una decisione importante, sancendo l'illegittimità costituzionale (193) dell'art. 222 c.p. nella parte in cui si prevede l'automatismo del ricovero in O.P.G. del minore totalmente incapace. Ex sentenza n.324 del 1998 (194) si chiarisce che: «Il trattamento penale dei minori deve essere improntato, sia per quanto riguarda le misure adottabili, sia per quanto riguarda la fase esecutiva alle specifiche esigenze proprie dell'età minorile».

A seguito di tale decisione della Consulta, la Cassazione (195) ha poi preferito applicare la misura di sicurezza del riformatorio giudiziario, «ritenuta più idonea a soddisfare le istanze di contenimento della pericolosità del minore, in considerazione delle modalità di esecuzione della misura stessa» (196).

Sul complesso tema dei folli-rei minori, occorre compiere un "salto temporale" e segnalare il duplice tentativo perpetrato nel 2004 dal Governo Berlusconi II che, nel silenzio e nell'omertà diffusa, istituisce, a Castiglione delle Stiviere, attraverso un iter amministrativo burocratico tanto complesso quanto sospetto, un c.d. O.P.G. per minori, dove sono internati nove adolescenti, tutti extracomunitari.

Solo la denuncia pubblica, avanzata dal Forum Salute Mentale e ripresa dai media nazionali, permette di bloccare sul nascere, grazie all'interessamento dell'allora sottosegretario Guido Guidi, una struttura che non trova giustificazione all'interno del nostro ordinamento, soprattutto alla luce della suddetta decisione della Consulta. Si legga con attenzione, ai fini di una completa riflessione sociologica, il seguente stralcio di cronaca riguardante i fatti appena narrati (197):

«[...] Antonino Calogero, direttore dell'ospedale psichiatrico spiega: "Può ospitare al massimo dieci ragazzi. Ora ne abbiamo quattro. Nei mesi passati, dopo l'avvio in luglio, ce ne sono stati al massimo sei, contemporaneamente. Il reparto è stato ricavato accanto a quello femminile. Non c'è alcuna possibilità di incontro con i degenti adulti, e anche lo staff è diverso: uno psichiatra, uno psicologo, due educatori, un infermiere professionale, undici assistenti". Aggiunge che la sperimentazione "nasce dalla necessità di far fronte ai problemi psichici emergenti fra i minori detenuti". Questa, dice, "è l'ultima ratio, o almeno così ha funzionato". Come sono stati scelti i ragazzi per il reparto sperimentale? Uno psichiatra che vuole rimanere anonimo dice: "Li hanno convinti dicendo che a Castiglione si sta bene, e che c'è anche la piscina. Poi, una volta verificato che il regime era stretto, sono cominciati i problemi e i tentativi di fuga". Il direttore Calogero dice che sono stati "inviati da Roma su segnalazione dei centri per la giustizia minorile, in base ad alcune caratteristiche della diagnosi, delle motivazioni, del percorso". Il sottosegretario Corsi aggiunge [...]: "La comunità ha accolto sino ad oggi complessivamente otto minori che hanno riscontrato disturbi della personalità di tipo borderline (due minori), disturbi di grave condotta (due, di cui uno associato a ritardo mentale), disturbo antisociale (uno) e schizofrenico (uno), nonché portatori di disturbo di personalità paranoidea (uno), e un minore con diagnosi da definire". Quello che non dice è che, verosimilmente, si tratta in grande maggioranza di ragazzi con problemi di tossicodipendenza. [...] Problemi che, di norma, si affrontano all'interno delle comunità e non certo degli ospedali psichiatrici. I "disturbi di grave condotta" e i "disturbi antisociali" sono pane quotidiano negli istituti, ma nessuno aveva mai pensato di curarli con l'isolamento. Nessuno che, ovviamente, non si ponesse innanzitutto l'obiettivo del contenimento, dell'ordine da mantenere. Questi di Castiglione delle Stiviere sono tutti ragazzi segnalati dai centri di giustizia minorile, dice il direttore. Chissà quali. Da queste parti nessuno lo sapeva. Non sapeva della sperimentazione Livia Pomodoro, presidente del Tribunale per i minori di Milano. Non sapeva Emilio Quaranta, procuratore dei minori di Brescia. Cade dalle nuvole anche don Gino Rigoldi, cappellano del carcere minorile milanese Beccaria: "Qui da noi, come altrove, se ci sono ragazzi con problemi psichici, si provvede con il trattamento interno. È una cosa assolutamente nuova che si pensi a una struttura apposita: in 32 anni che faccio questo mestiere non ne ho mai sentito parlare. Sono molto preoccupato, perché si sa che, fatto un ospedale, si trovano poi i malati". Che il problema esista, questo è certo. [...]

Quello che a molti pare incredibile è che, una volta deciso di creare una struttura nuova e sperimentale ad hoc, la si piazza dentro al manicomio criminale. [...] A norma di legge quei ragazzi non dovrebbero stare lì", ma il divieto di legge è, diciamo così, aggirato dalla spiegazione che il reparto sarebbe totalmente separato da quelli che ospitano adulti. Ma sulla questione la risposta del governo lascia qualche dubbio: si dice il "processo terapeutico" assicura la "non commistione". Ma poi si accenna a "circolazione negli spazi comuni" e di "partecipazione alle attività". C'è poi un passaggio curioso: "Il collocamento in comunità specialistiche, in grado di accogliere minori particolarmente difficili soggetti a misure penali, deve tendere ad evitare processi di etichettamento". E per tenersi ben lontani da "processi di etichettamento" si prendono dei ragazzi e li si manda dentro al manicomio criminale. Si punta al loro reinserimento isolandoli, nel bel mezzo di una struttura di cura e contenimento per adulti, sotto un sinistro avvertimento: "Stai un po' più tranquillo, o ti mando a Castiglione delle Stiviere"».

È davvero sintomatica, al di là della legittima denuncia giornalistica, l'apparente totale mancanza di quelli che i costituzionalisti statunitensi definiscono *checks and balances*, cioè quel sistema di "pesi e contrappesi" che costituisce il fondamento stesso del sistema istituzionale moderno e del rapporto tra poteri. Un governo può avviare un'importante e controversa sperimentazione, senza che i "tecnici" (in questo la magistratura di sorveglianza e il tribunale per i minori) ne sappiano alcunché. Questo è possibile poiché si fa leva su una doppia caratteristica: i *piccoli numeri* e la *non percezione del problema sociale*.

Da una parte c'è un difetto di tipo quantitativo (una decina di minori "agitati", sono statisticamente irrilevanti, praticamente un nulla numerico), dall'altra un'opinione pubblica distratta che "ha altri problemi ben più gravi".

*Numeri e attenzione*, sono queste le due coordinate da cui dipenderà il futuro degli O.P.G.?

## **1.6.14 2003: La sentenza della Corte Costituzionale n.253/2003: l'inizio di una nuova epoca**

La sentenza n. 253 del 2003 (giudice relatore Valerio Onida) è sicuramente la decisione più significativa presa dalla Corte Costituzionale sul tema folli-rei della storia repubblicana (198).

Il 10 luglio 2002 il G.U.P. di Genova, chiamato a pronunciarsi nelle forme del rito abbreviato sul reato di tentata violenza sessuale aggravata e lesione personale, accoglie con ordinanza l'eccezione di legittimità costituzionale in riferimento agli art. 3 e 32 Cost., chiedendo alla Corte di pronunciarsi su due questioni principali (199):

1) L'incostituzionalità dell' art 219 c.p., primo e terzo comma, rispetto all'art. 3 Cost., nella parte in cui nel prevedere che il condannato per delitto non colposo ad una pena diminuita per vizio parziale di mente sia ricoverato in una Casa di Cura e di Custodia (primo comma), con possibilità di sostituire, a certe condizioni, quella della libertà vigilata (terzo comma), non contempla la stessa possibilità nei riguardi del soggetto prosciolto per vizio totale di mente.

Paradossalmente, il codice prevede una disciplina più favorevole per il seminfermo, sul quale grava comunque una responsabilità penale, che non per l' infermo totale di mente.

La Corte ha dichiarato non fondata la questione, evidenziando come il richiamo all'art. 219 c.p. fatto dal giudice *a quo* costituisca piuttosto un *tertium comparationis* riguardante un'altra categoria giuridica (il seminfermo di mente).

2) L'incostituzionalità dell'art. 222 c.p. nella parte in cui non consente al giudice di merito di adottare, nei riguardi del folle-reo socialmente pericoloso, in luogo del ricovero in O.P.G., una diversa misura di sicurezza, idonea a soddisfare contemporaneamente le esigenze di cura dell'infermo di mente con quelle di controllo della sua pericolosità sociale.

Il giudice *a quo* contesta come il ricovero in O.P.G. sia un "obbligo" imposto dalla legge e non una scelta, che possa tener conto delle peculiarità del soggetto e delle sue esigenze terapeutiche. Paradossalmente la scelta sussiste invece nel caso di minore infermo di mente (grazie alla sent. 324/1998 il giudice può optare per il riformatorio giudiziario o per la "libertà vigilata" ) e di seminfermo di mente (la scelta in questo caso è tra: casa di cura e di custodia e libertà vigilata). «In sostanza ciò che viene denunciato come incostituzionale è il vincolo rigido imposto al giudice di disporre comunque la misura detentiva (tale è il ricovero in ospedale psichiatrico giudiziario: art. 215, primo comma, n. 3, cod.

pen.) anche quando una misura meno drastica, e in particolare una misura più elastica e non segregante come la libertà vigilata, che è accompagnata da prescrizioni imposte dal giudice, di contenuto non tipizzato (e quindi anche con valenza terapeutica), "idonee ad evitare le occasioni di nuovi reati" (art. 228, secondo comma, cod. pen.), appaia capace, in concreto, di soddisfare contemporaneamente le esigenze di cura e tutela della persona interessata e di controllo della sua pericolosità sociale» (200).

Tale rigidità è ingiustificata sia sotto il profilo normativo (perché, come spiegato, crea una disparità tra soggetti appartenenti alla stessa categoria giuridica: gli infermi di menti, siano essi parziali o totali, maggiorenni o minorenni) sia sotto il profilo scientifico (perché, prevedendo solo una misura altamente segregante, come l'O.P.G., si sottintende una presunzione di maggiore pericolosità dei soggetti affetti da vizio totale di mente, rispetto ai seminfermi e ai minori non imputabili).

Ma vi è soprattutto, nell'opinione della Corte, un'incompatibilità evidente tra l' O.P.G. e le inderogabili esigenze di tutela della salute, costituzionalmente garantite ex art.32.

Il ragionamento dei giudici costituzionali si fa, sul punto, molto interessante: «Fino ad oggi però la Corte si è trovata di fronte a questioni volte o ad un intento meramente caducatorio, il cui accoglimento avrebbe condotto ad un vuoto di tutela, o più spesso a richiedere la introduzione di una nuova disciplina di creazione giurisprudenziale, non ancorata a contenuti normativi già esistenti: così che essa si è indotta a pronunciarne la infondatezza, o più spesso la inammissibilità, vuoi perché non disponeva degli strumenti necessari per intervenire nel senso indicato, vuoi perché le questioni prospettavano profili di fattuale inadeguatezza delle strutture di ricovero più che di inadeguatezza delle previsioni normative.

È tuttavia significativo che in più occasioni la Corte abbia avvertito l'esigenza di indicare, là dove era possibile, soluzioni pratiche adeguate, e soprattutto di esprimere la propria valutazione circa il "non soddisfacente trattamento riservato all'infermità psichica grave ( ... ) specie quando è incompatibile con l'unico tipo di struttura custodiale oggi prevista", nonché circa l'opportunità di una "attenta revisione" dell'intera disciplina in questione, "sia alla stregua dei dubbi avanzati intorno all'istituto stesso dell'ospedale psichiatrico giudiziario, sia alla stregua di una valutazione relativa all'adeguatezza di tale istituzione in relazione ai mutamenti introdotti sin dalle leggi 13 maggio 1978, n. 180 e 23 dicembre 1978, n. 833 per il trattamento dei soggetti totalmente infermi di mente».

Il problema pare essere insomma la totale *antistoricità* dell' O.P.G., che continua ad esistere, nonostante l'evoluzione della farmacologia e della psichiatria consentano oggi una maggiore capacità sia di controllo sia terapeutica: se paragonato ai nuovi modelli di intervento possibili l'internamento in O.P.G. appare, oltre che antiterapeutico, anche inidoneo allo scopo di difesa sociale, alimentando, anziché contenendo, comportamenti violenti e il senso di sofferenza degli internati (201).

Se è vero che la Consulta nulla (o pochissimo) può fare sulle problematiche organizzative e gestionali degli O.P.G. e sull'acceso dibattito sulla necessità di contenzione, è altrettanto vero che è suo compito ribadire la necessità del *perfetto equilibrio* tra principi costituzionali di pari valore: la cura e la difesa della collettività.

Tale compito è ancor più necessario qualora occorra evitare certi paradossi diventati *usus* giuridico, come, ad esempio, i «periti obbligati a disobbedire e/o a mentire, con la riserva mentale, che non essendo per lui l'internamento in O.P.G. soluzione né attuale, né pietosa, né terapeutica, l'impostura fosse morale; anzi, non essendo il concetto di pericolosità sociale neppure più riconoscibile secondo lo stato della psicopatologia, si trattasse di una santa menzogna» (202). Concretamente, ante 2003, capitava quindi che, pur di evitare lo shock di un internamento in O.P.G., il perito giudicasse "non pericoloso" il soggetto che aveva commesso reati oggettivamente (203) non gravi, nonostante fosse comunque bisognoso di cure, cosicché venisse abbandonato al suo destino o magari affidato a servizi territoriali disorganizzati, semplicemente perché non esisteva nessun'altra alternativa.

«In definitiva, sia che si riconosca la pericolosità sociale al solo scopo di non abbandonare del tutto i sofferenti psichici, sia che la si escluda per sottrarli ad una struttura ritenuta unanimemente antiterapeutica, gli psichiatri forensi erano destinati ad un fardello di responsabilità non più sopportabile» (204) e, oltretutto, giuridicamente e deontologicamente discutibile.

Il perito dovrebbe, al contrario, oltreché effettuare una *diagnosi* e una ricostruzione criminodinamica del soggetto e del fatto contestato, aggiungere una *prognosi*, contenente suggerimenti sul trattamento sanzionatorio più opportuno ai fini della cura e del reinserimento, tenendo conto, concretamente, dello spettro di possibilità offerte dal territorio, ma se tale "spettro" viene preventivamente impedito dalla legge, come si può davvero uscire da un'ottica vessatoria-retributiva, lasciando più spazio alle esigenze

di cura?

Ecco allora la soluzione normativa della Corte: «mentre solo il legislatore (la cui inerzia in questo campo, caratterizzato da scelte assai risalenti nel tempo e mai riviste alla luce dei principi costituzionali e delle acquisizioni scientifiche, non può omettersi di rilevare ancora una volta) può intraprendere la strada di un ripensamento del sistema delle misure di sicurezza, con particolare riguardo a quelle previste per gli infermi di mente autori di fatti di reato, e ancor più di una riorganizzazione delle strutture e di un potenziamento delle risorse, questa Corte non può sottrarsi al più limitato compito di eliminare l'accennato automatismo, consentendo che, pur nell'ambito dell'attuale sistema, il giudice possa adottare, fra le misure che l'ordinamento prevede, quella che in concreto appaia idonea a soddisfare le esigenze di cura e tutela della persona, da un lato, di controllo e contenimento della sua pericolosità sociale dall'altro lato» (205).

E "tra le misure che l'ordinamento prevede" ha un ruolo preminente la *libertà vigilata*, strumento sufficientemente flessibile e capace di plasmarsi alle esigenze del folle-reo. Essa può essere infatti, concessa in un'apposita clinica, in una comunità terapeutica o, se ve n'è la possibilità, al domicilio del soggetto o di un familiare: «è chiaro, però, come si rischi di arrivare ad uno snaturamento della misura della libertà vigilata, fatta poggiare, tradizionalmente, sul presupposto della capacità di autodeterminazione del soggetto destinatario, come configurerebbero, fra gli altri, gli art. 190 disp. attuative c.p.p., 212.4 e 231 c.p. Gli articoli richiamati configurano, infatti, prescrizioni che presuppongono la capacità di autodeterminarsi, nonché la capacità di scelta e di libertà di movimento. Si pensi, ad esempio, all'obbligo di conservare la *carta precettiva* delle prescrizioni e di presentarla alla richiesta dell'autorità o a quello di non trasferire la propria residenza o dimora senza autorizzazione del magistrato di sorveglianza, tutte regole la cui violazione integra, tra l'altro, il reato di cui all'art. 231 c.p.» (206).

Al di là di tale sopportabile *snaturamento* della libertà vigilata, va riconosciuto alla Corte il merito di aver abbattuto l'ennesimo *cancello segregante*, intuendo che l'unica risposta giuridicamente ed eticamente sostenibile ai problemi dei folli-rei non può che essere «dall'altra parte del cancello» (207).

## 1.6.15 2005: L'O.P.G. diventa problema internazionale

L'O.P.G. da problema nazionale, diventa tematica internazionale. Il sistema dell'esecuzione penale italiana e, in particolare, il caso degli O.P.G., viene affrontata da Alvaro Gil-Robles, primo Commissario per i Diritti Umani del Consiglio d'Europa (208), che visita, tra il 10 e il 17 giugno 2005, numerose carceri maschili, femminili e minorili italiane, nonché l' O.P.G. di Aversa. Nella relazione finale nota: «Le strutture mi sono parse vetuste, tali da offrire ai ricoverati condizioni di vita al limite della decenza, malgrado i considerevoli sforzi del personale dirigente. L'istituto manca di mezzi necessari sia per ristrutturare certi spazi e sostituire il mobilio vetusto sia per garantire attività e programmi diversificati». Non manca di sottolineare il problema del sovraffollamento, ma il passaggio più interessante sono le conclusioni, in cui il Commissario dichiara: «In una società prospera e benevola come quella italiana, è difficile ammettere che persone colpite da malattie mentali molto gravi finiscano in strutture penitenziarie, per mancanza di strutture non giudiziarie disponibili».

Identico stupore e sdegno caratterizzano, tre anni più tardi, nell'aprile 2008, la visita del Comitato per la Prevenzione della Tortura e delle pene o trattamenti disumani e degradanti (C.P.T) del Consiglio d'Europa. Il comunicato stampa riassuntivo della visita svolta all' O.P.G. di Aversa fotografa una situazione non dissimile a quella rilevata tra anni prima: «Per quanto concerne l'ospedale psichiatrico giudiziario Filippo Saporito di Aversa, il rapporto pone in evidenza le scadenti condizioni della struttura e la necessità di migliorare il regime quotidiano di degenza dei pazienti, aumentando il numero e la varietà delle attività trattamentali quotidiane loro garantite. La delegazione ha inoltre riscontrato che alcuni pazienti erano stati trattenuti nell'O.P.G. più a lungo di quanto non lo richiedessero le loro condizioni e che altri erano trattenuti nell'ospedale anche oltre lo scadere del termine previsto dall'ordine di internamento».

Estremamente interessante da un punto di vista tanto sociologico, quanto giuridico l'evasiva e stringata risposta del Governo Italiano: «L'ospedale è in corso di ristrutturazione e la legge non prevede un limite per l'esecuzione di misure di sicurezza temporanee non detentive».

In pratica il Governo sostiene che le misure di sicurezza possono avere durata illimitata: è un approccio alla tematica quanto mai sommario e impreciso, che non tiene conto del quadro normativo posto in essere dal codice penale e dal codice di procedura penale, che prevedono un periodico accertamento in

concreto della pericolosità sociale e una durata della misura di sicurezza detentiva variabile a seconda della gravità del reato commesso, ma in ogni caso, non superiore ai dieci anni. Con la risposta del Governo, non solo si rischia di minimizzare il problema dell'internamento, ma anche di infliggere un duro colpo a decenni di sviluppo di civiltà giuridica.

### **1.6.16 2008: L'attesa regionalizzazione**

Con il decreto legislativo 22 giugno 1999, n. 230, il c.d. Decreto Bindi (209), si riordinava la medicina penitenziaria, andando così a completare la riforma del 1975: si sanciva e si prevedevano misure per appianare ogni differenza in termini di assistenza sanitaria tra popolazione "libera" e popolazione sottoposta a pena o misura di sicurezza. La previsione più significativa era l'affidamento alle Aziende Sanitarie locali (e quindi alle Regioni e, indirettamente, al Ministero della Salute) di tutte le funzioni sanitarie, dei rapporti di lavoro, delle risorse finanziarie, delle strutture e beni strumentali afferenti alla sanità penitenziaria, fino ad allora affidati al Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria e quindi al Ministero di Grazia e Giustizia (210).

La svolta non era solo formale, ma sostanziale, poiché proseguiva nel solco della *normalizzazione* dell'esecuzione della pena, rimasta storicamente "diversa e distaccata" rispetto al resto della società e degli apparati burocratici statali. Affidando la salute della popolazione detenuta e internata alle cure dello stesso personale e delle stesse strutture del resto della popolazione, si tentava di scalfire la "chiusura" di un mondo *a se stante*.

Tuttavia è sintomatico che nessuno dei nove articoli del decreto facesse esplicito riferimento agli O.P.G.

Ancora una volta il legislatore creava un *vulnus* (era già successo con la l.180/1978), evitando di affrontare un problema forse troppo complesso per la politica e troppo dimenticato dalla società.

Dovranno passare nove anni affinché gli O.P.G. vengano legislativamente riconosciuti come parte integrante del sistema sanzionatorio penale (in quanto misure di sicurezza detentive) e quindi come segmento della medicina penitenziaria.

È l'art. 5 del Decreto della Presidenza del Consiglio dei Ministri 1 Aprile 2008 riguardante "Modalità e criteri per il trasferimento al Servizio Sanitario Nazionale delle funzioni sanitarie, dei rapporti di lavoro, delle risorse finanziarie e delle attrezzature e beni strumentali in materia di sanità penitenziaria" a decretare (211): «Al fine di dare completa attuazione al riordino della medicina penitenziaria, sono trasferite alle regioni le funzioni sanitarie afferenti agli Ospedali psichiatrici giudiziari ubicati nel territorio delle medesime. Le attrezzature, gli arredi e i beni strumentali afferenti alle attività sanitarie, sono trasferiti, con le modalità di cui all'art. 4, alle Aziende sanitarie locali territorialmente competenti. Le regioni disciplinano gli interventi da attuare attraverso le aziende sanitarie, in conformità ai principi definiti dalle linee guida di cui all'allegato C, che costituisce parte integrante del presente decreto.

Per l'attuazione delle linee guida di cui al comma 1, è istituito, presso la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, apposito comitato paritetico interistituzionale».

Come esplicitamente riferito dal decreto, occorre quindi concentrarsi sull'ormai celebre tra gli addetti ai lavori, Allegato C "Linee di indirizzo per gli interventi negli O.P.G. e nelle Case di Cura e di Custodia" (212).

Al di là del puntuale contenuto (si tenga conto che molte sono soltanto *indicazioni* date dal Governo, più che disposizioni giuridicamente vincolanti) occorre soffermarsi sulle problematiche sollevate e, a tutt'oggi irrisolte, attraverso le testimonianze dirette degli addetti ai lavori, suddivisibili in tre categorie: la *territorialità*, la c.d. doppia direzione, le dimissioni e le proroghe (su cui si tornerà diffusamente nel capitolo III).

1) *Territorio e "bacini in piena"*: Nel preambolo del decreto viene esplicitamente enunciato l'intento di fare del principio di territorialità il futuro *totem* degli O.P.G.: «L'ambito territoriale costituisce, dunque, la sede privilegiata per affrontare i problemi della salute, della cura, della riabilitazione delle persone con disturbi mentali per il fatto che nel territorio è possibile creare un efficace sinergismo tra i diversi servizi sanitari, tra questi e i servizi sociali, tra le Istituzioni e la comunità per il fine fondamentale del recupero sociale delle persone. Il principio del reinserimento sociale, sancito nell'articolo 27 della Costituzione, per coloro che, autori di reato, sono stati prosciolti per infermità mentale e ricoverati in O.P.G. può e

deve essere garantito attraverso la cura, che ne è fondamentale presupposto, e l'azione integrata dei servizi sociosanitari territoriali.

Peraltro il principio di territorialità è parte integrante dello stesso ordinamento penitenziario che all'articolo 42 stabilisce che "nel disporre i trasferimenti deve essere favorito il criterio di destinare i soggetti in istituti prossimi alla residenza delle famiglie".

Per tutte queste ragioni, il principio di territorialità costituisce il fondamento che motiva il decentramento degli O.P.G. e rende possibile la differenziazione nella esecuzione della misura di sicurezza, come del resto hanno sanzionato le sentenze della Corte costituzionale che non legano l'applicazione della misura di sicurezza in modo univoco ed esclusivo all'O.P.G.» (213).

La strada per raggiungere l'obiettivo ora enunciato è suddivisa in tre fasi cronologicamente susseguenti l'una all'altra: in una prima fase, contestuale all'entrata in vigore del decreto, si prevede anzitutto il passaggio di competenza sugli O.P.G. dall'Amministrazione Penitenziaria alle Regioni (214). E già a questo punto si rivela il primo intoppo, dei sei O.P.G. oggi presenti sul territorio italiano, solo per cinque si è concluso con successo il passaggio di competenze. L' O.P.G di Barcellona Pozzo di Gotto è infatti l'unico ancora interamente riconducibile al Dipartimento di Amministrazione Penitenziaria, con un Amministrazione Regionale che, nonostante le numerose pressioni, rimane restia a procedere ad una rapida regionalizzazione della struttura. In realtà tutte le regioni e province autonome italiane non hanno ancora recepito il decreto, che quindi, su quei territori, rimane semplicemente *lettera morta*.

Contestualmente a tale presa in carico, i Dipartimenti di salute mentale nel cui territorio insistono gli O.P.G. dovrebbero, in collaborazione con l' equipe responsabile della cura e del trattamento dei ricoverati dell'istituto, procedere ad «un primo e opportuno sfoltimento del carico di internamento degli attuali O.P.G., il che rende possibile una migliore gestione personalizzata, un più idoneo rapporto tra operatori e internati ed un maggiore possibilità di programmare le ulteriori fasi successive» (215).

Tale sfoltimento dovrebbe verificarsi con dimissioni o trasferimenti mirati di tre categorie di pazienti: i soggetti imputabili e quindi detenuti in art. 148 c.p. (sopraggiunta infermità mentale del condannato) e i c.d. osservandi (in O.P.G. per un periodo prestabilito, solitamente trenta giorni, per effettuare osservazioni psichiatriche previste dall'art.112 del nuovo Ordinamento penitenziario DPR 230/2009) dovrebbero essere destinati alle nascenti "sezioni di cura e riabilitazione all'interno delle carceri", i soggetti prosciolti ex art. 222 c.p. che hanno concluso la misura di sicurezza in considerazione della cessata o fortemente scemata pericolosità sociale dovrebbero essere affidati alle Regioni del luogo in cui risiedono, affinché si attuino specifici progetti di inclusione sociale.

A oltre tre anni di distanza non è avvenuto alcuno sfoltimento, anzi la popolazione internata è aumentata. Secondo una rielaborazione dei dati ufficiali forniti dal Dipartimento di Amministrazione Penitenziaria, l'aumento dal 2007 (prima dell'entrata in vigore del decreto), al 31 marzo 2011, è di circa il 15% (147 soggetti), una percentuale non esagerata, ma sufficiente ad osservare come le intenzioni del decreto siano state totalmente eluse. Solo la metà degli O.P.G. è riuscita infatti a ridurre il numero di internati.

Tabella 1.6: confronto in valori assoluti popolazione internata 2007 e 2011 (216)

	2007	2011	DIFFERENZA 2011/2007
<b>OPG Castiglione delle Stiviere</b>	197	274	+ 77
<b>OPG Montelupo Fiorentino</b>	179	153	-26
<b>OPG Aversa</b>	293	244	-49
<b>OPG Napoli S. Eframo</b>	79	119	+40
<b>OPG Reggio Emilia</b>	279	265	-14
<b>OPG Barcellona Pozzo di Gotto</b>	233	349	+116
<b>CCC e MP Sollicciano</b>	12	15	+3
<b>TOTALE</b>	<b>1.272</b>	<b>1.419</b>	<b>+ 147</b>

Antonino Calogero, direttore sanitario dell'O.P.G. di Castiglione delle Stiviere, dove l'aumento degli internati è stato tra i più rilevanti (poco meno del 40%), spiega così la difficoltà di applicare il decreto,

che si limiterebbe a tracciare ipotesi teoriche, difficilmente applicabili in concreto: «Per riuscire a dimettere un paziente così complesso come l'autore di reato, occorrono la confluenza di tanti fattori ed in primis la cessazione della pericolosità sociale esaminata dalla Magistratura di Sorveglianza. Ma anche la presa in carico di una équipe del territorio, un domicilio con assistenza psichiatrica. Nella pratica occorrono risorse, operatori preparati, alleanza terapeutica, capacità di fare superare al paziente "barriere visibili ed invisibili (*stigma*)", come "il desiderio di essere liberi ma anche la paura di uscire da un contesto più rassicurante" rispetto ad una società spesso, ostile, non preparata, ma neanche sufficientemente supportata dalla rete di servizi necessari ad accoglierli» (217).

Il fallimento della prima fase produce inesorabilmente l'insuccesso "a cascata" delle due fasi successive: entro un anno dall'entrata in vigore del decreto è prevista la creazione dei c.d. bacini di internati: «ogni O.P.G., senza modificarne in modo sostanziale la capienza e la consistenza, si configura come la sede per ricoveri di internati delle Regioni limitrofe o comunque viciniori, in modo da stabilire immediatamente rapporti di collaborazione preliminari per ulteriori fasi di avvicinamento degli internati alla realtà geografica di provenienza» (218).

Si prevedeva, in via orientativa e quindi non giuridicamente vincolante, che:

- ↳ Castiglione delle Stiviere sarebbero stati ospitati soggetti provenienti da Liguria, Lombardia, Piemonte, Valle d'Aosta. Essendo questa l'unica struttura ad avere un padiglione femminile (in attesa dell'imminente apertura di un padiglione analogo a Barcellona Pozzo di Gotto) deve ospitare le internate donne provenienti da tutta Italia.
- ↳ Reggio Emilia quelli di Veneto, Trentino-Alto Adige, Friuli Venezia Giulia, Marche e Emilia Romagna
- ↳ Montelupo quelli di Toscana, Umbria, Lazio e Sardegna
- ↳ ad Aversa e a Napoli-Secondigliano quelli di Campania, Abruzzo, Molise, Basilicata, Puglia
- ↳ Barcellona Pozzo di Gotto quelli di Sicilia e Calabria.

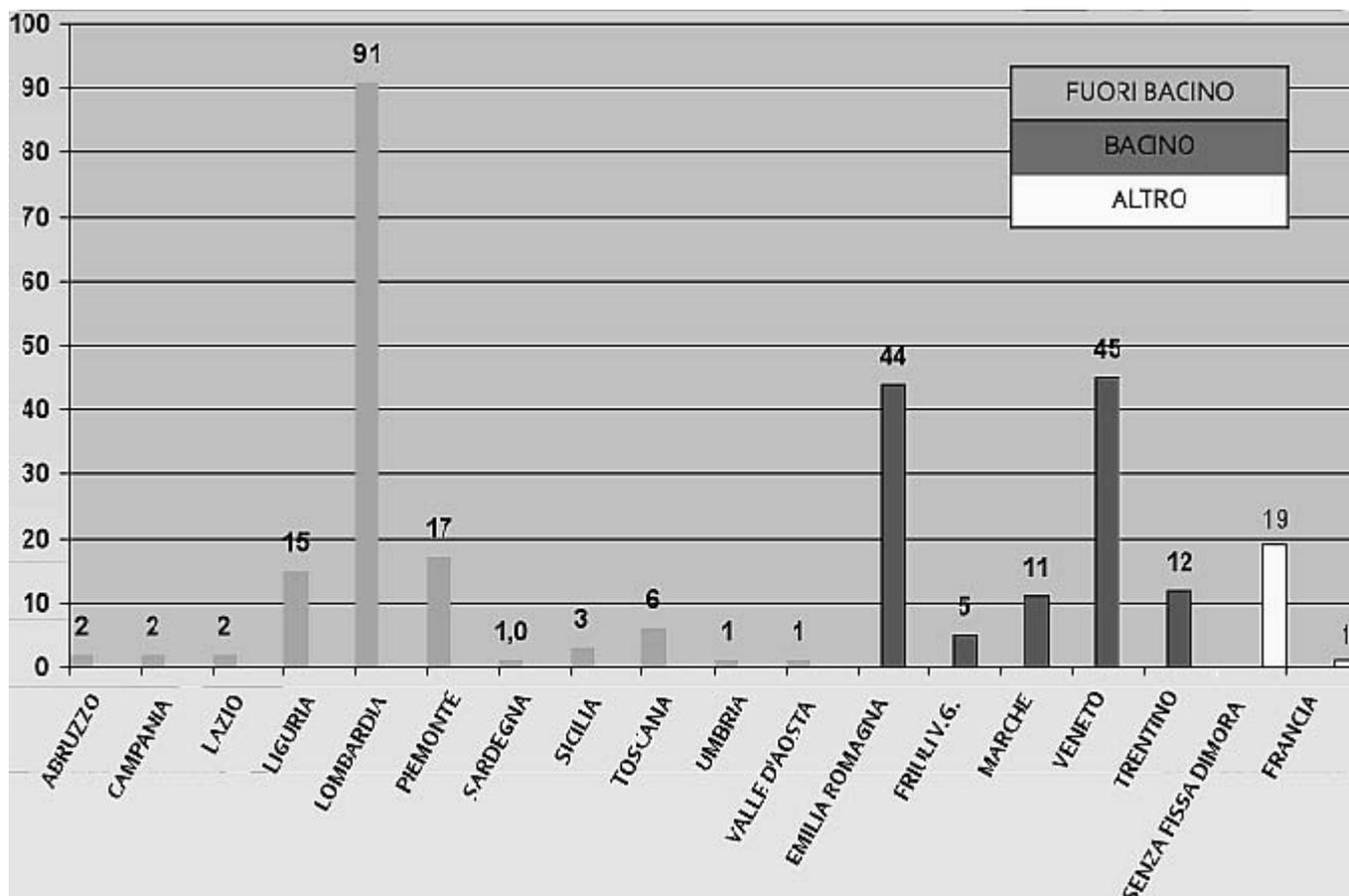
Tabella 1.7: Ampiezza dei bacini territoriali aprile 2008 (entrata in vigore del decreto) (219)

Agregazione originaria secondo il DPCM									
Montelupo		Aversa/Napoli		Barcellona PG		Castiglione		Reggio Emilia	
Toscana	40	Campania	158	Sicilia	141	Liguria	49	Veneto	62
Sardegna	39	Abruzzo	34	Calabria	38	Lombardia	214	Emilia R.	51
Lazio	125	Molise	4			Piemonte	61	Trentino AA	11
Umbria	7	Basilicata	6			Valle d'Aosta	2	Friuli VG	3
		Puglia	17					Marche	19
	<b>211</b>		<b>249</b>		<b>179</b>		<b>326</b>		<b>146</b>

Ad oggi, i bacini esistono sì, ma solo "sulla carta". Non esiste un solo O.P.G. che ospiti internati esclusivamente provenienti dal proprio bacino, i c.d. internati *extrabacino* sono presenti ovunque in quantità più o meno rilevante.

Sintomatica per la sua gravità, la situazione dell'O.P.G. Di Reggio Emilia dove gli internati extrabacino restano sostanzialmente la metà del totale (141 su 284 al 31 Agosto 2008). Ecco la situazione nel dettaglio.

Tabella 1.8: confronto internati "extrabacino" e "bacino" O.P.G. Reggio Emilia (al 31/08/2010) (220)



La negatività di tale situazione è duplice: la presa in carico delle singole Regioni è resa molto difficoltosa (banalmente, l'operatore sanitario locale non può visitare, se non con onerose trasferte, un internato molto distante) ed è difficile pensare e attuare un percorso di reinserimento in un contesto socioculturale diverso da quello in cui l'internato e la sua famiglia vivono e risiedono.

A parziale scusante del mancato rispetto dei bacini vi è un'evidente *vulnus* legislativo: il dato oggettivo della residenza non tiene conto di situazioni particolari, come il caso degli internati *senza fissa dimora* o *stranieri senza residenza*. In che bacino rientrano costoro? Non è dato sapere.

Senza contare che in molti casi, come rilevato da una ricerca empirica condotta dalla Regione Veneto, la residenza è puramente fittizia e molti Dipartimenti di Salute Mentale non conoscono affatto l'internato, nonostante risulti residente nel proprio territorio di competenza. Si calcola approssimativamente che un terzo degli internati è sconosciuto ai Dipartimenti.

Ugo Zamburru, direttore del D.S.M. Dell'Asl 4 di Torino ammette (221): «L'unico effetto rilevante che la sanità territoriale ha avuto dall'entrata in vigore del decreto è che ora, per lo meno, riusciamo ad ottenere una comunicazione scritta con allegata cartella clinica da parte della direzione dell' O.P.G. sui pazienti dimessi e sui quali abbiamo la competenza territoriale. Prima del 2008 i pazienti appena dimessi dall'O.P.G. si presentavano autonomamente o accompagnati dai famigliari in ambulatorio, senza che ne sapessimo nulla, passavano mesi prima di ricevere informazioni sensibili sulla salute del paziente».

Tutto ciò potrebbe apparire una banale e ininfluyente questione organizzativa, ma così non è, per capirlo basta un semplice dato: se i bacini fossero rispettati sarebbe risolto d'un tratto il problema del *sovraffollamento* e tutte le strutture resterebbero sotto la soglia di tollerabilità, con ovvi giovamenti sia per gli internati che per il personale e con una possibilità di successo del percorso di reinserimento notevolmente accresciuta.

La terza ed ultima fase del decreto, da attuarsi entro due anni dall'entrata in vigore, prevede «la restituzione ad ogni Regione italiana della quota di internati in OPG di provenienza dai propri territori e dell'assunzione della responsabilità per la presa in carico, attraverso programmi terapeutici e riabilitativi da attuarsi all'interno della struttura, anche in preparazione alla dimissione e all'inserimento nel contesto sociale di appartenenza, dando così piena attuazione al disposto dell'art. 115 c. 1 D.P.R. 230/2000.

Le soluzioni possibili, compatibilmente con le risorse finanziarie, vanno dalle strutture O.P.G. con livelli diversificati di vigilanza, a strutture di accoglienza e all'affido ai servizi psichiatrici e sociali territoriali, sempre e comunque sotto la responsabilità assistenziale del Dipartimento di salute mentale della Azienda sanitaria dove la struttura o il servizio è ubicato.

Tramite specifico accordo in sede di Conferenza permanente fra lo Stato e le Regioni e Province Autonome, vengono definite la tipologia assistenziale e le forme della sicurezza, gli standard di organizzazione e i rapporti di collaborazione tra le Amministrazioni coinvolte.

Nelle fasi transitorie, le persone affette da disturbi psichici cui a partire dal 1° gennaio 2008 è stata applicata la misura di sicurezza saranno destinate alle sedi trattamentali più prossime alla residenza, tenendo conto della fase attuativa del Progetto di regionalizzazione degli OPG e delle forme alternative in essere per la esecuzione della misura di sicurezza».

L'utopia del raggiungimento di tale terza fase è implicita nella lettera del decreto, che viene condizionata dalle «risorse finanziarie», agli accordi politici «raggiunti in sede di conferenza Stato Regione», in definitiva si è trovato un modo giuridicamente ineccepibile, per ammettere la non preminenza della tematica O.P.G. nell'agenda di politica criminale.

2) *Doppia direzione, rischio inefficienza.* Tra le distorsioni più evidenti del DPCM 1/4/2008 vi è la previsione di una "doppia direzione" (sanitaria e penitenziaria), che rispecchia la storica ambivalenza dell'O.P.G., esigenza di cura della persona ed esigenza contenitiva di sicurezza pubblica, insomma se le strutture sono, nei fatti, un po' ospedali e un po' carceri, si è semplicemente e colpevolmente scelto di non scegliere. Provocando, una sorprendente battuta d'arresto rispetto al percorso di riforma della salute mentale, iniziato fin dal 1978.

Ogni O.P.G. (222) deve avere un direttore sanitario (su cui per altro vi è addirittura una disputa terminologica, poiché la denominazione di "direttore" viene considerata da alcuni inopportuna, tant'è che la legge parla di *referente sanitario*) e un direttore amministrativo.

Il primo è un medico psichiatra, responsabile della funzione "ospedaliera" dell'istituto dipendente dell'Asl, coordina il personale medico e paramedico, segue i percorsi di riabilitazione degli internati, il secondo è in tutto e per tutto paragonabile ad un direttore di un penitenziario "ordinario", con poteri sanciti dal Regolamento Penitenziario e dipendente del Dap.

Nonostante le apparenze e le dichiarazioni ufficiali, è inutile negare le malsopportazione reciproca di tale situazione ibrida, che, nei casi più gravi, porta ad inefficienze della struttura, costi aggiuntivi e piccole o grandi "gelosie" tra membri del personale, al limite del grottesco (si pensi alla magistratura di sorveglianza, che per soffocare sul nascere eventuali conflitti, è costretta a inviare lo stesso provvedimento o comunicazione in "doppia copia" ricevendo, in alcuni casi, risposte diverse).

Se si continuerà a "non scegliere" rimarginare tale *gap* non sarà semplice, complici burrascose dinamiche personali tra singoli, percorsi formativi e culturali molto diversi, metodi di lavoro distanti.

Le buone pratiche esistono, su tutte il ricorso ad un *briefing mattutino* tra gli staff della direzione penitenziaria e sanitaria, ma gli attacchi reciproci non mancano: se da un lato Anna Paola di Filippo, "donna di legge" e direttrice dell'O.P.G. di Reggio Emilia, pur invocando l'esigenza di arrivare presto ad un chiarimento legislativo, afferma con sicurezza che «La responsabilità principale è del direttore penitenziario, a cui spetta l'ultima parola», la replica di Franco Scarpa, referente sanitario dell'O.P.G. di Montelupo Fiorentino non si fa attendere «Non solo non condivido la presunta supremazia gerarchica dell'amministrazione penitenziaria, ma la reputo dannosa per gli internati, se non coordinata con oculatazza con la componente sanitaria».

Il rischio maggiore è arrivare a soluzioni intermedie, come avviene a Reggio Emilia, dove su sei reparti, cinque sono completamente *sanitarizzati* e coordinati direttamente dal personale medico e uno, in cui sono ristretti i soggetti più pericolosi, è sotto il pieno controllo della direzione amministrativa e quindi del personale di polizia penitenziaria.

I numeri aiutano a capire e sottendono scelte politiche altrimenti solo intuibili, ma non rilevabili. Ecco, di seguito, la suddivisione del personale operante in ciascun O.P.G. dopo l'entrata in vigore della riforma. Un commento più approfondito del seguente grafico verrà fornito quando, nel capitolo, successivo si affronterà la problematica dei costi (223).

*Tabella 1.9: Personale impiegato in O.P.G. (giugno 2008) (224)*

	Reggio Emilia	Montelupo F.no	Aversa	Napoli	Barcellona P.G.	Castiglione delle Stiviere
Polizia penitenziaria	50	85	140	85	153	0
Personale amministrativo	9	9	40	24	18	3
Personale tecnico	0	7	1	3	10	14
Personale sanitario ruolo	14	13	43	45	44	173
Personale convenzionato	58	42	41	51	66	3

Interessante è l'opinione espressa da Angelica Di Giovanni, Presidente del Tribunale di Sorveglianza di Napoli, che durante l'audizione del 7 luglio 2010 alla Commissione parlamentare per l'efficacia e l'efficienza del Servizio sanitario nazionale dichiara: «L'istituto penitenziario e quindi l' O.P.G. è in capo al Ministero della Giustizia, non al Ministero della Salute, e che quindi l'unico responsabile ultimo con il quale io, magistrato di sorveglianza, mi interfaccio è il direttore dell'amministrazione penitenziaria, non il referente della salute. Il referente della salute deve subire ciò che dice il direttore dell'istituto.

Il problema maggiore è che non si riesce ancora a comprendere, che la salute e la sicurezza procedono insieme ma l'una subordinata all'altra o, quantomeno, a pari livello. L'una non può superare l'altra, altrimenti si potrebbero creare degli squilibri che porterebbero a risultati inattesi, insperati o non voluti. L'equilibrio, che è poi il famoso bilanciamento di interessi di cui a tutte le sentenze della Corte costituzionale, è ciò che difficilmente si riesce ad attuare.

Nella legge era scritto che gli O.P.G. non dovevano essere più istituti penitenziari; che l'aspetto salute doveva cominciare (visto che non è pena né misura di sicurezza) a prevalere. Ma tutto questo in pratica assolutamente non lo si può realizzare. Quale il motivo? Si ritorna al punto di partenza: le ASL.

Mentre le spese relative alla cura e l'assistenza - almeno è così che dovrebbe funzionare - quando si è liberi ricadono sull'ASL di residenza, quando si è detenuti tali spese ricadono sull'ASL di competenza dell'istituto, salvo rivalse (ma sono questioni che in questo contesto non ci riguardano); quando però il detenuto esce si pone nuovamente il quesito: a chi compete sostenerne la spesa sanitaria?

Questo è quanto mi è stato riferito nell'ultima riunione tenutasi presso l'ufficio proprio dal vice presidente dell'osservatorio dell'OPG di Aversa, il quale teneva a precisare che il grosso nocciolo è rappresentato dall'interrogativo che emerge in sede di predisposizione di un progetto di dimissione, quando occorre decidere a quale ASL affidare la responsabilità e la gestione dell'ex detenuto. Ho risposto che avrebbero potuto risolvere il problema tra di loro; l'importante è che mi dicano che il soggetto trova a Napoli un centro di salute mentale che lo accoglie e poi si rivale delle spese oppure il soggetto se ne va, faccio per dire, ad Agrigento (se è di Agrigento) ed il centro di salute mentale di Agrigento si fa carico della spesa. Sembra che sia uno dei grossi quiz: al momento non ha ancora trovato soluzione» (225).

Al di là del linguaggio piuttosto semplice e atecnico usato dal magistrato, stupisce, da un lato la naturalezza e la semplicità con cui si afferma il vincolo di subordinazione tra il referente sanitario e il direttore penitenziario (viene addirittura usato il termine "subire"), sintomatico di una cultura e di una formazione che continua a considerare gli O.P.G. più carceri che ospedali, dall'altro la sicurezza acritica con cui si individua il responsabile dell'inefficienza: le Aziende sanitarie locali, colpevoli di aprire annose diatribe su chi debba accollarsi i costi dell'inserimento dell'internato, come a voler acuire un attrito tra poteri dello Stato, non agevolando di certo il gioco di squadra, tra realtà sanitaria e realtà giuridica-penitenziaria.

### 1.6.17 2010-2011: L'O.P.G. in diretta

A cavallo tra l'estate del 2010 e l'inverno del 2011 l'universo O.P.G. è stato sconquassato da un avvenimento se non unico, per lo meno, molto raro nella storia repubblicana. La Commissione d'inchiesta del Senato sull'efficacia e l'efficienza del Servizio sanitario nazionale, presieduta dal

Senatore Ignazio Marino, ha scelto di indagare approfonditamente la problematica O.P.G., in quanto *materia di pubblico interesse*, in forza del potere conferitole ex art. 82 Costituzione (226).

Tale inchiesta è particolarmente interessante, poiché presenta almeno due aspetti di assoluta novità, riguardanti le modalità con cui è stata condotta e divulgata, oltrechè, ovviamente, per i risultati ottenuti.

Il primo aspetto riguarda l' *effetto sorpresa*, sottolineato dallo stesso Presidente: «Siamo riusciti, con un sopralluogo davvero a sorpresa, essendo chiaramente inaspettati, a scoprire situazioni che, probabilmente, se fossimo stati anche soltanto minimamente annunciati, non avremmo certamente trovato» (227). Le visite sono avvenute: l'11 giugno agli O.P.G. di Aversa e Barcellona Pozzo di Gotto, il 22 luglio 2010 a Montelupo Fiorentino e Napoli, il 23 luglio a Castiglione delle Stiviere e Reggio Emilia.

Il secondo aspetto riguarda, l'uso di innovativi e insoliti, per un'inchiesta parlamentare, strumenti d'indagine. Ogni visita è stata infatti filmata e le immagini raccolte sono diventate un film documentario dall'eloquente titolo "*Ergastolo bianco-O.P.G., dove vive l'uomo*" del regista Francesco Cordio. È la prima volta che le telecamere sono riuscite ad entrare all'interno degli O.P.G. (228), il fatto è ancor più interessante se si pensa che uno stralcio del video è stato trasmesso il 20 marzo 2011 dalla trasmissione Presa Diretta di Riccardo Iacona su Rai Tre.

Lo strumento video diventa sorprendentemente strumento di azione politica, in grado di aumentare la percezione dell'O.P.G. come problema sociale, una sorte di *imprenditore morale*"multimediale", riformulazione ultramoderna della già descritta teoria sociologica di Becker (229).

Nella pratica i risultati ottenuti dalla Commissione sono certamente di buon auspicio nell'ottica di un definitivo superamento degli O.P.G.

Vediamo nel dettaglio quali sono stati gli obiettivi più importanti raggiunti dalla Commissione:

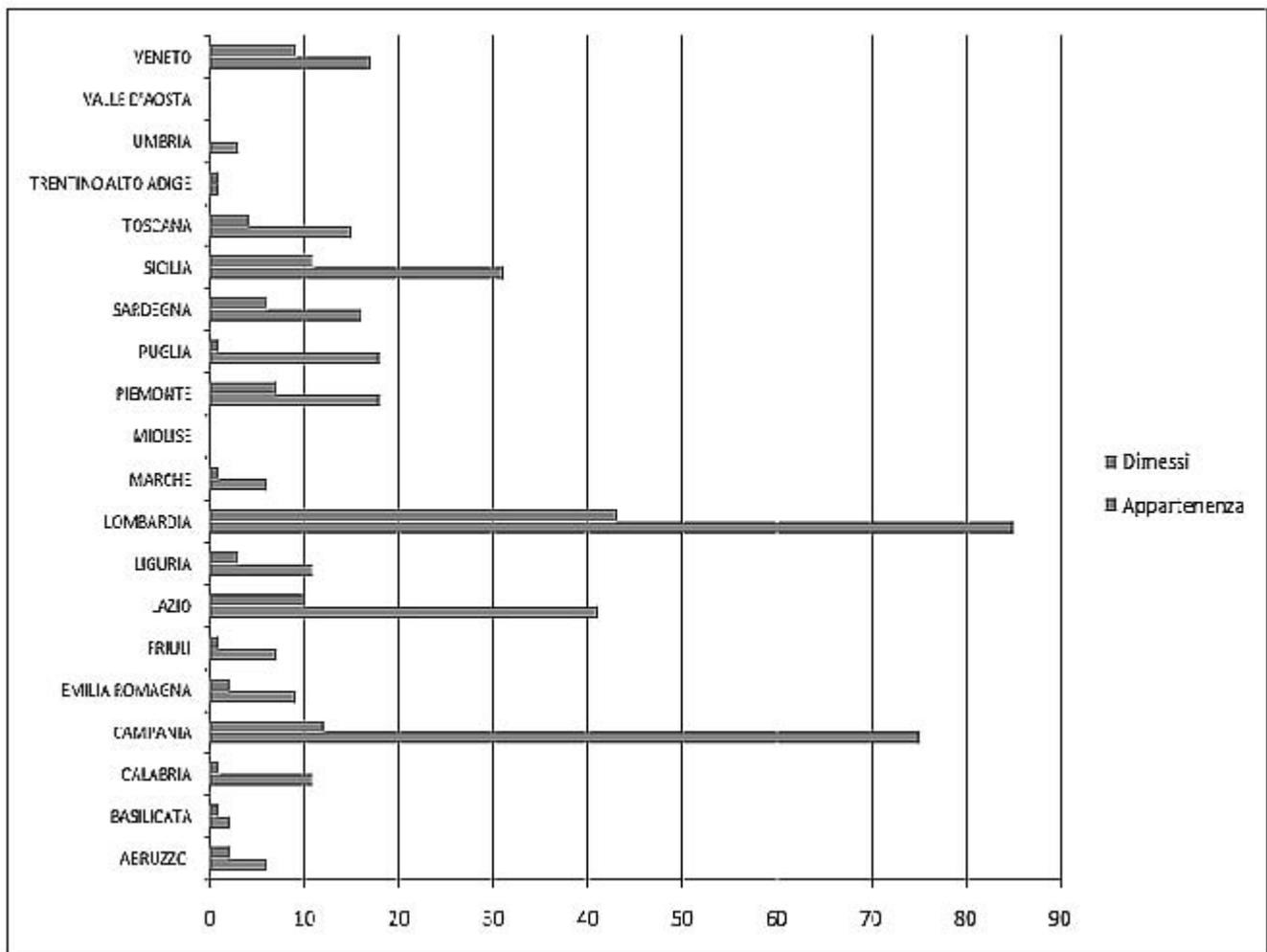
1) Relazioni dettagliate su condizione degli O.P.G.: grazie alle visite a sorpresa della Commissione d'inchiesta e alle successive audizioni dei soggetti interessati (direttori penitenziari, referenti sanitari, cappellani, magistrati di sorveglianza) si può oggi avere una descrizione dettagliata sullo stato di salute degli O.P.G. e dei suoi internati. Il dato certamente più rilevante è l'individuazione, su una popolazione internata di 1510 soggetti (230), di 389 pazienti dimissibili, secondo i già visti parametri fissati dal DPCM 1 aprile 2008 (231). Nello specifico: 105 ad Aversa, 80 a Barcellona Pozzo di Gotto, 68 a Castiglione delle Stiviere, 60 a Montelupo Fiorentino, 37 a Reggio Emilia, 39 a Napoli-Secondigliano (232).

Il 20% della popolazione internata insomma potrebbe, o meglio, dovrebbe uscire dall'O.P.G. ed essere inserito in strutture diverse (comunità terapeutiche, centri diurni, gruppi appartamento) e comunque affidati ai DSM territoriali, nel solco del *dictum* più volte ribadito dalla Corte Costituzionale: «Le esigenze di tutela della collettività non potrebbero mai giustificare misure tali da recare danno, anziché vantaggio, alla salute del paziente: e pertanto, ove *in concreto* la misura coercitiva del ricovero in ospedale psichiatrico giudiziario si rivelasse tale da arrecare presumibilmente un danno alla salute psichica dell'infermo, non la si potrebbe considerare giustificata nemmeno in nome di tali esigenze».

Proprio dal singolare fenomeno delle mancate dimissioni, nasce l'annosa questione delle *proroghe* delle misure di sicurezza e della loro trasformazione in un c.d. *ergastolo bianco*.

Qui interessa invero soltanto constatare in concreto i risultati ottenuti dalla Commissione Marino, ben sintetizzati nella tabella seguente.

*Tabella 1.10: Confronto tra soggetti dimessi e dimissibili per regioni di appartenenza al 31 maggio 2011 (233)*



Una sola Regione, il Trentino Alto Adige, ha saputo riaccogliere sul proprio territorio il 100% dei pazienti dimissibili. Il dato non è certo confortante visto che vi era un solo internato trentino dimissibile.

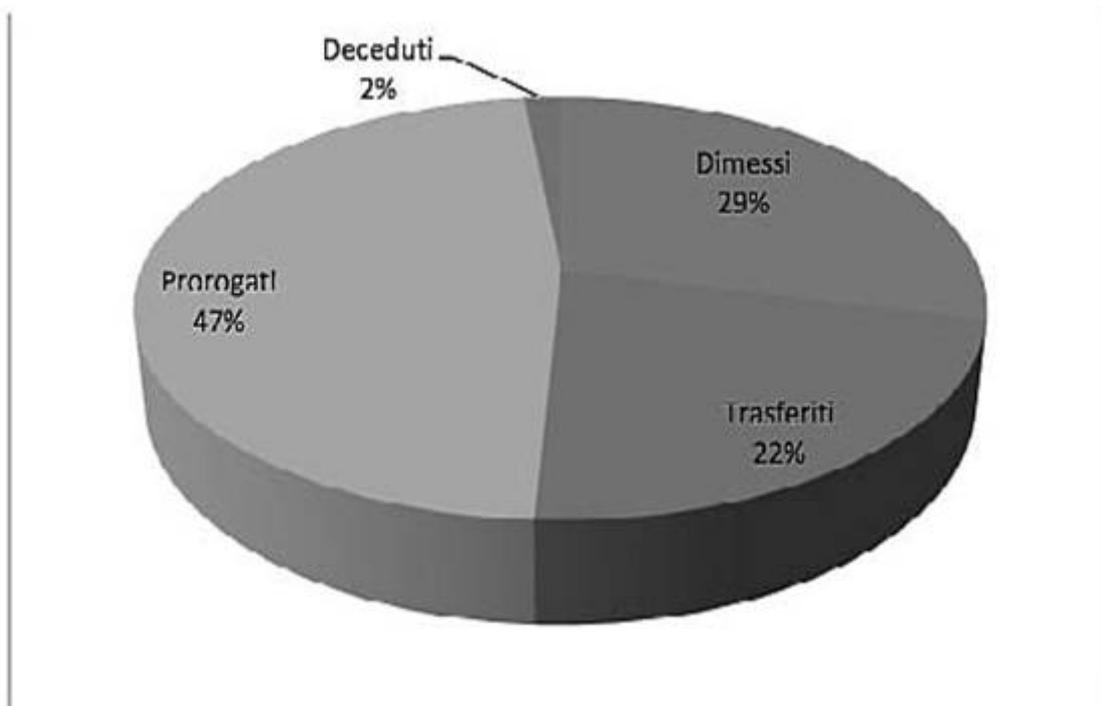
Non è questa la sede per indagare, regione per regione, i motivi delle mancate dimissioni e le eventuali responsabilità. Sarebbe troppo semplicistico addossare la colpa di questo insuccesso al solo "territorio", che tuttavia non sempre è all'altezza delle aspettative, basti pensare al mancato accesso al fondo previsto dalla Legge finanziaria 2008, destinato all'attuazione del DPCM 1 aprile 2008 e ad agevolare la presa in carico dei pazienti dimissibili.

Solo il 50% delle Regioni infatti ha presentato un progetto e ottenuto l'accesso al fondo. La parte restante (Abruzzo, Calabria, Campania, Friuli Venezia Giulia, Lazio, Liguria, Molise, Provincia Autonoma di Bolzano, Sicilia, Valle d'Aosta) ha preferito restare inadempiente e rinunciare alle somme governative.

Tuttavia occorre precisare che le ragioni della mancata dimissione possono essere molteplici e variegate. Si prendano, ad esempio, due casi paradigmatici poiché agli antipodi: l'O.P.G. di Barcellona Pozzo di Gotto, ancora totalmente controllato dal Dap, per le già viste ragioni di non recepimento da parte della Regione autonoma Sicilia del DPCM 1 Aprile 2008 e l'O.P.G. di Castiglione delle Stiviere, l'unica struttura completamente sanitarizzata fin dalla sua creazione nel 1938, in forza di una convenzione tra Stato e Azienda Sanitaria locale di Mantova. Le due strutture ospitano un numero confrontabile di internati dimissibili: 80 a Barcellona Pozzo di Gotto e 68 a Castiglione delle Stiviere.

Alla luce delle sollecitazioni della Commissione, al 31 maggio 2011 la situazione risulta essere la seguente.

*Tabella 1.11: Confronto tra soggetti dimessi e dimissibili per regioni di appartenenza al 31 maggio 2011 (234)*



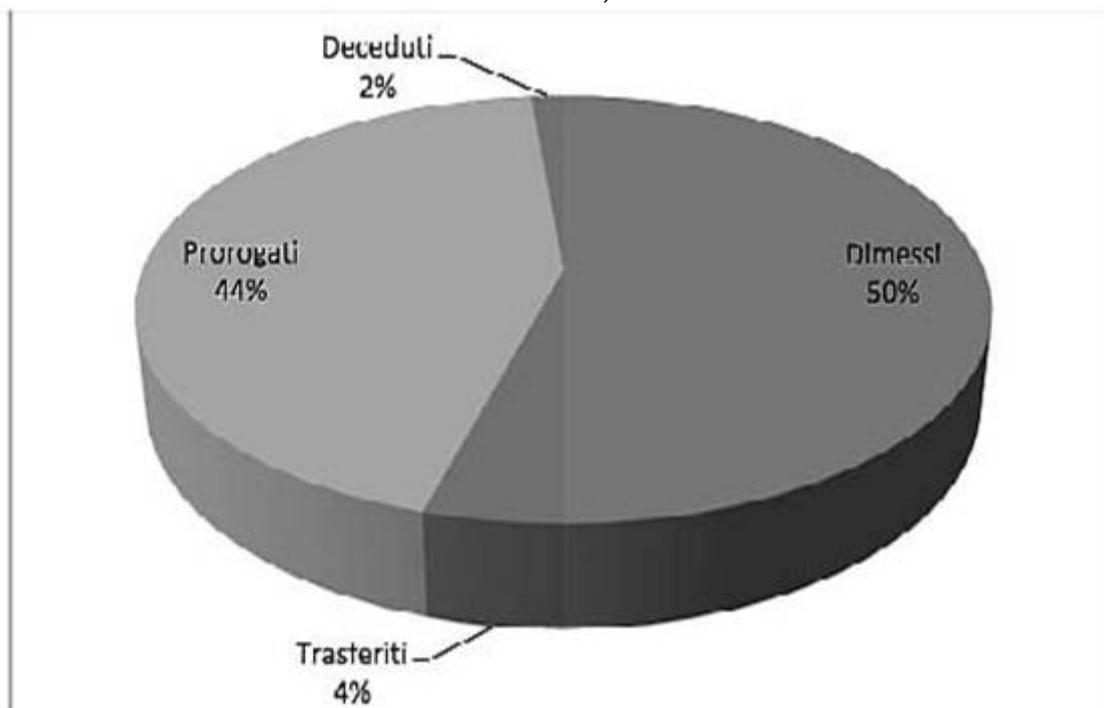
Ecco lo scorporo delle percentuali, dal quale si deducono i motivi delle mancate dimissioni:

Pazienti trasferiti ad altro O.P.G.: 13

Pazienti deceduti: 1

Pazienti prorogati: 49 (di cui 8 a causa del fallimento di una licenza finale d'esperimento, 1 ritenuto socialmente pericoloso, 6 per il rifiuto ad uscire dall'OPG, 6 senza fissa dimora, 9 risultano internati ma fanno parte del progetto Luce e Libertà (235), 10 in attesa di un posto in una comunità, 9 per la mancata presa in carico delle ASL di appartenenza).

Tabella 1.12: suddivisione per esito del piano di dimissioni a Castiglione delle Stiviere (68 dimissibili, 34 dimessi)



Scorporo dati:

Pazienti trasferiti ad altro OPG: 3

Pazienti deceduti: 1

Pazienti prorogati: 30 (di cui 3 a causa del fallimento di una licenza finale d'esperimento, 3 ritenuti non dimissibili, 4 per il rifiuto ad uscire dall'OPG, 14 in attesa di un posto in una comunità, 4 per la mancata presa in carico delle ASL).

La differenza tra le due situazioni è rilevante, poiché le percentuali dei dimessi da Castiglione sono sostanzialmente doppie al dato di Barcellona, mentre vi è un certo equilibrio a riguardo dei motivi delle mancate dimissioni, dove resta preminente il numero di soggetto in attesa di entrare in comunità e di quelli che non vengono presi in carico dalle Asl di appartenenza.

Tale situazione sottolinea, ancora una volta, la necessità di una maggiore collaborazione tra soggetti e istituzioni coinvolte. Tale carente coordinamento crea, tralasciando il non secondario aspetto etico e umano, una quotidiana e sistematica violazione della legge, ancor più grave se giustificata da un insostenibile fatalismo, che, almeno statisticamente, viene finalmente condannato. È tempo tuttavia che la statistica si faccia realtà.

2) Se finora il lavoro della Commissione si è mantenuto su un piano statistico-descrittivo, diventa di gran lunga più pervicace con riguardo ai provvedimenti assunti con delibera durante la seduta del 26 luglio 2011, riguardanti gli O.P.G. di Barcellona Pozzo di Gotto e di Montelupo Fiorentino (236).

Con tali "atti gemelli" la Commissione fa valere i poteri conferiti dalla Costituzione, nonché dal Regolamento interno (237), che equiparano la sua attività a quella di un organo giurisdizionale, promuovendo azioni cautelari in attesa che, ad inchiesta conclusa, sia il Senato a decidere, su indicazioni contenute nella Relazione conclusiva della Commissione, quali saranno i provvedimenti definitivi più opportuni.

Si tratta tuttavia di provvedimenti cautelari con un alto valore tanto simbolico quanto effettivo, posti in essere poiché la Commissione ha ritenuto che «le condizioni strutturali ed igienico-sanitarie riscontrate, sono tali da recare pregiudizio a diversi diritti costituzionalmente garantiti dei pazienti ricoverati: segnatamente il diritto a modalità di privazione della libertà non contrarie al senso di umanità, il diritto fondamentale alla salute, il diritto all'incolumità» e che «la descritta situazione vanifica, almeno in parte, la fruttuosità dell'inchiesta parlamentare, in quanto, con ragionevole grado di certezza, a causa della stessa si determineranno, si protrarranno, si aggraveranno, lesioni a diritti costituzionalmente garantiti, e ciò prima ancora che il Senato della Repubblica sia in condizione di intervenire con gli atti legislativi o di indirizzo indicati in sede di relazione conclusiva della Commissione».

Visti e riscontrate le violazioni degli artt. 328 (Rifiuto ed omissione di atti d'ufficio), 437 (Rimozione od omissione dolosa di cautele contro infortuni sul lavoro) e 591 (Abbandono di persona minore od incapace) c.p., la Commissione ritiene opportuno di disporre un provvedimento di «sequestro con ordine di sgombero delle porzioni di struttura più avanti specificate, dalla cui delibera disponibilità e perdurante operatività deriverebbe causazione, aggravamento e protrazione delle suddette lesioni a diritti costituzionalmente garantiti».

Nello specifico a Montelupo si ordina che entro trenta giorni vengano sgomberate 21 celle della sezione Ambrogiana, mentre a Barcellona, entro lo stesso termine, dovrà liberarsi l'intero reparto I.

Al contempo la Commissione cerca di porre un freno al drammatico e anacronistico uso della contenzione fisica, in atto in entrambi gli istituti, con situazione molto simili. La sala delle contenzioni dell'O.P.G. siciliano è così descritta: «Priva di idonei strumenti di monitoraggio a distanza e di segnalazione delle emergenze da parte del soggetto coercito, nonché irraggiungibile in maniera sollecitata dal personale sanitario, essendo le chiavi di accesso nella esclusiva disponibilità del personale penitenziario, nonché provvista di un letto di contenzione in ferro, con rete rigida e non articolabile, ancorato al suolo, tale da rendere impossibile l'assunzione di una posizione seduta o semiseduta da parte del coercito, nonché adibita a prassi di contenzione che, secondo evidenze documentali, sono ricondotte a "trattamento sanitario obbligatorio", in assenza di atti presupposti previsti dalla legge». Poco cambia nella struttura toscana. Entro quindici giorni le sale di contenzioni, in questi due istituti dovranno essere dismesse.

Tra sequestri, sgomberi eseguiti dai N.A.S. dei Carabinieri, delibere di Commissioni parlamentari che descrivono situazioni non dissimili a quelle dei manicomi criminali di inizio Novecento, la tormentata storia della esecuzione penale dei folli-rei diventa attualità.

Nonostante l'impegno, più o meno costante, di legislatore, giurisprudenza, scienza psichiatria, sociologica e forense, «siamo ancora qui a parlare di O.P.G.» (238).

Ora che il quadro dell'evoluzione storica di questa istituzione totale è completo, è possibile volgere lo sguardo ad un *oltre* etico e giuridico, capace di imparare dagli errori e dalle incertezze del passato, per tornare a navigare verso un orizzonte legale, geograficamente omogeneo e socialmente sostenibile.

Se è vero che l'istituzione totale è «violenza, poiché è capace di alterare tutti i cinque sensi» (239) è pur vero che è importante «simbolizzare il limite della legge, in una società apparentemente senza limiti» (240), soprattutto nei confronti di quella piccola, ma significativa quota di folli-rei, "ad alta pericolosità sociale".

La psichiatria da un lato e il diritto dall'altra, devono saper *accogliere*, ma anche *delimitare*, riscoprendo gli aspetti positivi e necessari del «*codice paterno* a discapito del troppo considerato *codice materno*» (241).

Utopistico, ma addirittura nocivo quindi, è pensare che ogni barriera debba essere abbattuta, pensare che Marco Cavallo possa, dall'oggi al domani, correre senza steccati, senza quei "no, che aiutano a crescere e ad autolimitarsi".

In tempi di crisi, economica e non solo, occorre tuttavia interrogarsi sul come costruire quello steccato. Darsi, come società, delle priorità e degli obiettivi, senza nascondersi dietro a fastidiosi alibi quantitativi o, ancor peggio, finanziari.

Quella per il superamento degli O.P.G. sarà pure una battaglia simbolica, ma è anche da qui che «si misura il livello di civiltà di una società» (242).

---

## Note

1. Michel Foucault, *Sorvegliare e Punire. Nascita della Prigione*, Einaudi, Torino, 1976, p. 79.
2. *Ibidem*, p. 80.
3. *Ibidem*, p. 81.
4. L'"arretramento" e l'"avanzamento" sono da intendersi nel senso squisitamente storico dello sviluppo della società secondo Foucault, scevri, almeno in questa fase, da ogni giudizio etico-giuridico.
5. *Società e Comunità*, vengono qui scientemente considerati sinonimi e quindi interscambiabili, ma occorre notare come autorevole dottrina sociologica si sia lungamente dibattuta sulle loro differenze, considerando la Società, «a priori struttura aperta», e la Comunità, «a priori struttura chiusa». A riguardo si considerino Lelio Demichelis *Bio-Tecnica. La società nella sua forma tecnica*, Liguori Editore, Napoli, 2008 e dello stesso autore *Società o Comunità*, Carrocci Editore, Roma, 2011.
6. Per una dettagliata analisi statistica-numerica si veda infra Cap. III.
7. Pierre Bourdieu, *La force du droit. Eléments pour une sociologie du champ juridique*, in *Actes de la recherche en sciences sociales*, n.64, 1986, p. 3-19.
8. Sulla innovativa nozione di *campo giuridico del penitenziario*, cfr. Claudio Sarzotti, *Il campo giuridico del penitenziario, appunti per una ricostruzione*, in AA.VV., *Diritto come questione sociale*, Giappichelli, Torino, 2010.
9. A.J. Arnaud, M.J. Farinas Dulce, *Introduction à l'analyse sociologique des systèmes juridiques*, Bruylant, Bruxelles, 1998, p. 166.
10. Erhard Friedberg, *Il potere e la regola. Dinamiche dell'azione organizzata*, Etas Libri, Milano, 1994.
11. D'ora in poi, indicati con il più funzionale acronimo O.P.G.
12. Guido Neppi Modona, in Christian De Vito, *Camosci e girachiavi, Storia del carcere in Italia*, Edizioni Laterza, Bari, 2009, p. 9.
13. Il sociologo torinese Mauro Rostagno per raccontare in una lettera all'amico Renato Curcio la sua nuova vita da giornalista televisivo dell'emittente trapanese Rtc scrive: «Ho scelto di non fare televisione seduto dietro a una scrivania, ma in mezzo alla gente, con un microfono in pugno mentre i fatti succedono. Sociologicamente si chiama 'primato dell'esistenza sul teorico'. E già questo a Trapani è profondamente antimafioso». Sarà proprio questo metodo di lavoro assolutamente innovativo, irriverente e rivoluzionario ad armare la mano del killer di mafia Vincenzo Virga che il 26 settembre

1988 uccide, su ordine di Totò Riina, Mauro Rostagno. Sulle controverse vicende della vita di Mauro Rostagno e sul lungo e complesso iter processuale riguardante il suo assassinio si veda Enrico Deaglio, *L'ultima vittoria di Mauro Rostagno*, Diario, Anno XIII, n.10; Giulia Destefanis, *Non vedo, non sento, non parlo. Le Strategie di contrasto della mafia nei confronti dei media*, Tesi di Laurea, Università Cattolica Sacro Cuore, Milano, 2009 e Maddalena Rostagno e Andrea Gentile, *il suono in una sola mano*, Il Saggiatore, Milano, 2011.

14. Cfr. Stephen Hester and Peter Englin, *Sociology of Crime*, Routledge, Londra, 1992, p.42.

15. Considerati da Hester ed Englin: l'interazionismo simbolico, l'etnometodologia, e la teoria del conflitto strutturale (nel solo aspetto storico-interpretativo della costruzione del crimine e non in quello causale e struttural-determinista).

16. Ernest Blumer, *Symbolic Interactionism*, University of California Press, Berkeley, 1969.

17. S. Hester e P. Englin, *op. cit.*, p.43.

18. È proprio sull'errore del positivista di ridurre tutto a statistica, dimenticando la fondamentale variabile del contesto storico-geografico-culturale, che la critica di Blumer si fa più aspra.

19. Sulla Teoria dell'Etichettamento, si veda Howard S. Becker, *Outsiders-studies in the sociology of deviance*, Paperback edition, New York, 1966 e S. Hester e P.Englin, p.93 e ss.

20. S. Becker, *op. cit.*, p. 22.

21. Così gli interazionisti definisco il processo attraverso il quali i soggetti vengono etichettati.

22. Proprio sul processo di selezione del crimine da parte delle forze dell'ordine, si concentra l'analisi di Hester e Englin, *op. cit.*, cap V "Policing as symbolic interaction".

23. È necessario qui richiamare brevemente la definizione di crimine data dal sociologo canadese John Hagan, riassunta da Odillo Vidoni Guidoni, *La criminalità*, Carrocci-Le bussole, Roma, 2004, p.67-72. Nella c.d. *piramide del crimine* haganiana il crimine viene definito a seconda della maggiore o minore gravità sociale, seguendo tre parametri: l'accordo sulla valutazione negativa dell'azione criminale, la percezione del danno sociale prodotto e la severità della reazione sociale. Quest'ultimo parametro può variare dalla semplice *derisione* all'*ostracismo* o peggio al vero e proprio *allontanamento dalla comunità*. Il grado di severità sociale corrisponde tendenzialmente, salvo eccezioni alla durezza della sanzione penale. La combinazione dei tre parametri haganiani permette di distinguere tra *crimini consensuali*, *crimini conflittuali*, *devianze sociali* o semplici *diversioni sociali*.

24. Cfr. Ulrich Beck, *La società del rischio. Verso una seconda modernità*, 1 ed., traduzione di Walter Privitera e Carlo Sandrelli, Carrocci Editore, Roma, 2000.

25. Silva Sánchez, *L'espansione del diritto penale. Aspetti della politica criminale nelle società industriali*, Giuffrè-Quaderni di diritto penale comparato internazionale ed europeo, Milano, 2004, p.11.

26. Paolo Marconi, *Spazio e sicurezza. Descrizione delle paure urbane*, Giappichelli, Torino, 2004, p.57.

27. «Negli anni Cinquanta e Sessanta, a differenza delle classi economicamente svantaggiate e di quelle medio basse, le classi medie dei professionisti difficilmente avevano esperienza diretta di eventi criminoso» (il riferimento è soprattutto agli episodi della c.d. microcriminalità, N.d.A), David Garland, *La cultura del controllo. Crimine e ordine sociale nel mondo contemporaneo*, Net edizioni, Milano 2007, p.257.

28. Marco Pelissero, *Pericolosità sociale e doppio binario. Vecchi e nuovi modelli di incapacitazione*, Giappichelli, Torino, 2008, p.17.

29. V. supra nota 23.

30. Vidoni Guidoni, *op. cit.*, p. 69.

31. Pelissero, *op. cit.*, p. 19.

32. «L'opinione pubblica è oggi più incline a identificarsi nella vittima più che nell'arbitro, nel governato più che nel governante, nel contropotere più che nel potere, nel giustiziere più che nel legislatore». Antoine Garapon, *I custodi del diritto, Giustizia e democrazia*, Feltrinelli, Milano, 1997, p.86.

33. Garland, *op. cit.*, p.71.

34. L'Osservatorio di Pavia nasce nel 1994 e si sviluppa come istituto di ricerca e di analisi della comunicazione. L'obiettivo fondante dell'Osservatorio è la tutela del pluralismo sociale, culturale e politico nei mezzi di comunicazione. Si occupa principalmente della compilazione e divulgazione del *Rapporto Media e Sicurezza* in collaborazione con Demos e Fondazione Unipolis. I rapporti sono [consultabili online](#).
35. Chiaramente il rilevamento del numero di reati, come d'altronde la maggior parte dei rilievi statistici, non può tener conto del c.d. *numero oscuro*, cioè di quella quantità di reati che, per le ragioni più disparate, non vengono denunciati, rimanendo quindi "non conosciuti" e quantitativamente incalcolabili.
36. Il concetto di *notizia* è qui da intendersi dal punto di vista gioralistico-mediatico.
37. Si considerano esclusivamente il numero assoluto di servizi dedicati a episodi di c.d. "cronaca nera" dei sette telegiornali principali (Tg1, Tg2, Tg3, Tg4, Tg5, Studio Aperto, TgLa7) nelle edizioni serali (*prime time*).
38. Su un campione di 2000 famiglie eterogeneamente selezionate sul territorio italiano, si considera la percentuale di coloro che hanno risposto "Poco" o "Per nulla", alla domanda "Quanto consideri il tuo Paese sicuro?".
39. Vi sono tendenzialmente uno o due "casi criminali" all'anno; il picco più recente (secondo semestre 2010) è dovuto al delitto di Avetrana. In soli 4 mesi (dal 29 agosto 2010, giorno della scomparsa al 31 dicembre 2010) l'uccisione della giovane Sarah Scazzi è stata affrontata 867 volte. In assoluto il "caso criminale" più rilevante in Italia nell'ultimo decennio, resta il delitto di Cogne con 2032 servizi (dal 30 gennaio 2002 al 31 dicembre 2010). Fonte: IV Rapporto sulla Sicurezza in Italia e in Europa ([Osservatorio di Pavia](#)).
40. IV Rapporto sulla Sicurezza in Italia e Europa ([Osservatorio di Pavia](#)), p. 44-49.
41. La quantità di notizie riferite a crimini è nettamente superiore per Rai 1: 1023 notizie contro le 514 di Tve, le 307 di Bbc One, le 255 di France 2 e le 60 di Ard, una media per l'Italia di quasi tre notizie al giorno.
42. Paola Barretta e Antonio Nizzoli (a cura di), *IV Rapporto sulla Sicurezza in Italia e in Europa*, Osservatorio di Pavia, Pavia, 2011, p.49.
43. Peter Alexis Albrecht, *Kriminologie. Eine Grundlegung zum Strafrecht*, Verlag C.H. Beck, Monaco, 2005, p. 371.
44. Pelissero, *op. cit.*, p.17.
45. Gianluigi Ponti e Isabella Merzagora, *Psichiatria e giustizia*, Raffaello Cortina Editore, Milano, 1993, p.86.
46. Cfr. David Garland, *The Culture of Control: Crime and Social Order in Contemporary Society*, Oxford University Press, Oxford, 2001.
47. Per una analisi più compiuta della "privatizzazione della sicurezza", sia sul piano internazionale dei conflitti bellici tra Stati, sia su un piano interno di gestione dell'ordine pubblico cfr. Simon Chesterman and Chia Lehnardt, *From Mercenaries to market, The Rise and Regulation of Private Military Companies*, Oxford, Oxford University Press, 2007. Gli autori individuano storicamente due cause scatenanti della privatizzazione: (a) la fine della Guerra Fredda tra blocco Occidentale e blocco Sovietico, che produsse circa 7 milioni di personale militare senza occupazione, i quali furono riassorbiti in gran parte dalle nascenti agenzie di sicurezza privata (le c.d. Private Security Companies o *contractors*); (b) la *neoliberal rush* (la svolta neoliberista), che a partire dagli Anni Ottanta, grazie alle politiche economiche di Margaret Thatcher nel Regno Unito e Ronald Reagan negli Stati Uniti, influirono sugli assetti dei mercati internazionali in nome del "*To commercialize whatever can be commercialized*" (privatizzare tutto ciò che può essere privatizzato).
48. Alessandro De Giorgi, *Commento all'opera di Garland*, Jura Gentium, 2005.
49. Garland, *op. cit.*, p. 228.
50. Pelissero, *op. cit.*, p. 22.
51. È lapalissiano che il privato cittadino che monta una telecamera a circuito chiuso è ormai considerato "normalità" e non crea certo quel *consenso* e quella *visibilità della reazione sociale*, che invece trasmette la "militarizzazione" di interi quartieri da parte delle forze di polizia o una maxi retata

(per usare un linguaggio volutamente sensazionalista) organizzata per contrastare la prostituzione, piuttosto che lo spaccio di stupefacenti in determinati contesti urbani. Il primo comportamento è una tipica *risposta adattiva*, il secondo è una *risposta non adattiva*.

52. De Giorgi, *op. cit.*

53. Massimo Pavarini, *I nuovi confini della penalità. Introduzione alla sociologia della pena*, Edizioni Martina, Bologna, 1994, p. 450-455.

54. Intendendo attori economici, che non hanno, nè economicamente nè organizzativamente, alcun legame con le Istituzioni pubbliche o con le Agenzie statali in genere.

55. L' art.114 della Costituzione della Repubblica Italiana sancisce infatti: «La Repubblica è costituita dai Comuni, dalle Province, dalle Città metropolitane, dalle Regioni e dallo Stato. I Comuni, le Province, le Città metropolitane e le Regioni sono enti autonomi con propri statuti, poteri e funzioni secondo i principi fissati dalla Costituzione».

56. Pelissero, *op. cit.*, nota 104 p. 23.

57. Il testo completo della legge è [consultabile online](#).

58. Pier Luigi Vigna, *Legislazione complementare per la Polizia di Stato*, Laurus Robuffo, Roma, 2008, p. 138 e ss.

59. È proprio in nome di questi condizionamenti che lo psicotico ha un "passaggio all'atto", cioè compie il reato.

60. Pelissero, *op. cit.*, p. 23.

61. Garapon, *op. cit.*, p. 91.

62. Quella della "finestra rotta" (*Broken window Theory*) è la metafora usata nel 1982 dai criminologi James Wilson e George Kelling per spiegare la necessità della funzione retributiva della pena e l'importanza di un intervento tempestivo e severo dell'Autoità per evitare, soprattutto in determinati contesti urbani degradati, che l'imitazione del crimine possa generare una spirale di violenza difficile da interrompere, poiché la criminalità è, per sua stessa natura, contagiosa. Cfr. Wilson e Kelling, *Broken windows*, in *The Atlantic Monthly*, 1982, p. 29.

63. Giorgio Marinucci e Emilio Dolcini, *Manuale di Diritto Penale*, Giuffrè, Milano, 2006, p. 10.

64. Cfr. Garland, *op. cit.*, p.239 e ss.

65. Cfr. Emilio Dolcini, *Rieducazione del condannato e rischi di involuzioni neoretributive: ovvero della lungimiranza del costituente*, in *Rassegna penitenziaria e criminologica*, 2006, n.2-3, p. 69.

66. De Leonardis, *Il principio di precauzione nell'amministrazione del rischio*, Giuffrè, Milano, 2005.

67. La riflessione di Antonio Scurati (*La Stampa*, 24 luglio 2011) riguarda la strage di Oslo: il 22 luglio 2011 il trentaduenne Anders Behring Breivik irrompe nell'isola norvegese di Utoeya, dove era in corso un campeggio organizzato dai Giovani Laburisti Norvegesi e fredda a colpi di fucile 93 persone. È sociologicamente interessante notare che, per quasi ventiquattr'ore, inquirenti e mass-media accreditano "la pista islamica". Breivik è invece un norvegese, fondamentalista cristiano e legato politicamente alla destra xenofoba. Ecco parte dell'analisi di Scurati: «Tutti gli Anni 50 e 60 sono stati dominati da una forma di paura esternalizzante. Il mondo suddiviso in blocchi induceva a proiettare ogni male sul nemico comunista esterno, applicando il paradigma proiezione-esclusione (tutto il male viene da fuori, nessuno deve venire da fuori) e paventando l'invasione (da qui anche la fortuna della fantascienza). Ma già a cominciare dai '70 quel paradigma è stato scalzato da quello del "nemico in casa". I feroci comunisti oramai crescevano nelle nostre dimore, erano i nostri figli ideologicamente travati, i terroristi nostrani. Di questo passo la paura si «internalizzava». Tramontato il terrorista autoctono, a subentrargli nell'immaginario del terrore furono altri nemici interni: i serial killer psicopatici alienati dalla vita metropolitana iperconsumista (oppure ancora i nostri figli adolescenti alienati da quella stessa vita ma in cerca della nostra eredità). La vergognosa menzogna con cui la destra spagnola cercò di strumentalizzare le stragi di Atocha attribuendole all'Eta segnò l'ultima occasione in cui si cercò di riesumare il paradigma proiezione-eliminazione a discapito di quello proiezione-esclusione. Non funzionò. La mossa fallì anche perché cadeva nel pieno di un decennio tutto consacrato al "nemico esterno". La reazione psico-mediatica all'attentato di Oslo ci dice che, purtroppo, non siamo ancora usciti da quel decennio. E allora torna l'interrogativo di prima: che effetti sta producendo sulla nostracomunità il perdurare di questa forma di paura? L'effetto principale va ricercato

nella rimozione di una verità inconfessabile che il paradigma proiezione-esclusione porta sempre con sé. A volte questa rimozione si spinge fino alla denegazione: la verità è lì, davanti agli occhi di tutti, eppure ci si ostina a non vederla. In questo caso, la verità denegata è che buona parte del sentimento e del pensiero reazionario della destra europea -soprattutto quella nordica ma non solo -è fortemente tentato da una deriva violenta, xenofoba e razzista. E' questo il nemico interno occultato e alimentato dal fantasma del nemico esterno (...).

68. Sul medesimo fatto criminale (v. supra nota 60), Ilvo Diamanti (La Repubblica, 24 luglio 2011) nota: «(...) il riflesso condizionato degli osservatori e dei commentatori, di fronte a tanto orrore, ha reagito, dapprima e a lungo, cercando una spiegazione coerente -e in fondo rassicurante -con le proprie ragioni, i propri giudizi -e pregiudizi... Richiamando il fantasma delle cellule Qaediste, la Jihad. In altri termini: il Terrore Islamico che aizza lo Scontro di Civiltà. Il Nemico evocato, subito, sulle cronache delle edizioni on-line (talora, anche cartacee) dei giornali. Alcuni, in particolare, particolarmente riluttanti -e renitenti -a rassegnarsi, anche di fronte all'evidenza. Invece no. L'assassino, il Mostro, è un giovane norvegese. Biondo, cristiano fondamentalista, anti-islamico. È difficile sopportare il disagio e la vertigine prodotti da questa vicenda. Troppo incoerente e irragionevole di fronte alle nostre ragioni - e alla nostra ragione. Noi: costretti ad ammettere che l'Odio può esplodere dove si coltiva il bene comune. In modo più violento che altrove. E si può esprimere, in modo in-descrivibile, nel "nostro" mondo, per mano dei "nostri". Non dell'Altro: il "nemico" islamico e terrorista».

69. Su cui, per un'analisi più approfondita, cfr. Cap. II.

70. Pelissero, *op. cit.*, p. 24.

71. Marinucci e Dolcini, *op. cit.*, p. 572-573.

72. La definizione è di Indro Montanelli (*Corriere della sera*, 18 gennaio 1998) che definì la famiglia Rocco «un allevamento di cavalli di razza», poiché tutti e quattro i figli maschi diventarono fini giuristi: oltre ad Alfredo, Arturo fu professore di diritto e procedura penale all'Università di Sassari, Napoli e Roma e fondatore della scuola moderna del tecnicismo giuridico, Ugo, professore ordinario di diritto processuale civile a Napoli e Ferdinando, presidente del Consiglio di Stato dal 1947.

73. *Lavori preparatori del codice penale e del codice di procedura penale*, vol. V, parte I, 1929, p. 244.

74. Marinucci e Dolcini, *op. cit.*, p. 572.

75. Seguendo la precisa analisi di Guido Neppi Modona, *Legislazione penale*, in *Il mondo contemporaneo*, vol. I, tomo 2, La Nuova Italia, Firenze, 1978, p. 584 e ss, vale la pena fare una breve precisazione sui principi salienti dei due orientamenti dottrinali citati: «La Scuola classica, maturata nell'ambiente politico-culturale di derivazione illuministica, riteneva che l'uomo fosse assolutamente libero nella scelta delle proprie azioni e poneva quindi, a fondamento del diritto penale, la responsabilità morale del soggetto intesa come *rimproverabilità* per il male commesso e una concezione etico-retributiva della pena. Il merito di questo orientamento è la razionalizzazione di principi quali quello della *materialità* e *offensività* del fatto, della colpevolezza, dell'imputabilità, della retribuzione della pena. Tre sarebbero invece i principali limiti: aver relegato il diritto penale nella sfera astratta di un diritto naturale razionalistico lontano dalla realtà naturalistica, aver limitato la difesa sociale dalla criminalità alla sola pena, non avere prestato attenzione alla esecuzione della pena e quindi alle finalità di recupero del reo, in quanto per i classici il problema penale ha termine con il passaggio in giudicato della sentenza.

La Scuola positiva, che conta tra i suoi principali esponenti Lombroso, Ferri, Grispigni affonda le proprie origini filosofiche nel positivismo metodologico della fine del XIX secolo. In opposizione al postulato del libero arbitrio affermavano il principio del *determinismo causale* dal quale discendevano i seguenti corollari: 1) Il reato non interessa più come ente giuridico distinto dall'agente, ma come fatto umano individuale che trova spiegazione nella struttura bio-psicologica del delinquente, quale espressione della pericolosità del soggetto; 2) al posto della volontà colpevole, della responsabilità morale e dell'imputabilità viene a sostituirsi la pericolosità sociale, intesa come probabilità che il soggetto sia spinto a compiere dei reati; 3) un sistema di misure di sicurezza viene a sostituirsi alla pena retributiva. La Scuola positiva ha così sottolineato il problema della personalità del delinquente e dei suoi condizionamenti bio-psico-sociologici, ha avuto il merito di avere tenuto conto della realtà sociale in cui il reato viene a compiersi e di aver introdotto accanto alla tradizionale prevenzione generale l'idea della prevenzione speciale e della risocializzazione del delinquente. Tra i suoi limiti: l'aver deresponsabilizzato l'individuo attraverso le schematizzazioni deterministiche, l'aver rimesso in discussione le garanzie di legalità e di certezza in nome della difesa sociale e della giustizia concreta

una volta aver incentrato il diritto penale su tipologie criminologiche di autori. Lo stesso principio *nulla poena sine delicto* veniva messo in discussione, dal momento che era stata sostituita la colpevolezza per il fatto con la pericolosità: quindi anche i soggetti che risultavano pericolosi socialmente, pur non avendo ancora commesso il fatto, avrebbero dovuto essere sottoposti a misure di sicurezza».

76. Si omette scientemente di affrontare i problemi giuridici causati da tale presupposto, perché poco funzionali alle tematiche affrontate in questo lavoro, tuttavia per una disanima più ampia e completa cfr. Marinucci e Dolcini, *op. cit.*, p. 574-575.

77. Cfr. Roberto Garofalo, *Criminologia. Studio sul delitto e sulla teoria della repressione*, Fratelli Bocca, Torino, 1891.

78. Vincenzo Mastronardi, *Manuale per operatori criminologici e psicopatologi forensi*, Giuffrè, Napoli, 2001 (IV edizione), p.118.

79. La norma era stata più volte censurata anche da importanti decisioni della Corte Costituzionale: su tutte la sentenza 139 del 1982 e la 249 del 1983. Vedi infra cap. II.

80. L'art. 31.2 della Legge Gozzini dispone infatti: «Tutte le misure di sicurezza personali sono ordinate *previo accertamento* che colui che ha commesso il fatto è pericoloso socialmente».

81. Fondamentale anche la lettura dell'art. 679 c.p.p. E dell'art. 69 ord.penit., poiché "vanno oltre" il codice penale e prevedono che per applicazione della misura di sicurezza la *pericolosità sociale* debba persistere nel momento in cui la misura deve essere eseguita e che il magistrato di sorveglianza possa *revocare* la misura anche *prima che sia decorsa la durata minima fissata in fase di cognizione*.

82. Pelissero, *op. cit.*, p. 36.

83. Marinucci e Dolcini, *op. cit.*, p. 572.

84. Massimo Niro è magistrato di sorveglianza a Firenze, si cita qui la relazione "*Misure di sicurezza e alternative all'O.P.G.*", tenuta durante il convegno "La salute mentale dei detenuti e degli internati in Toscana: presente e futuro.", Villa Demidoff, Firenze, 11 luglio 2008.

85. Adelmo Manna, *Imputabilità e nuovi modelli di sanzione. Dalle "finzione giuridiche" alla "terapia sociale"*, Giappichelli, Torino, 1997, p. 64.

86. Cfr. *ibidem*, p. 67.

87. Art. 220 c.p.p.: «La perizia è ammessa quando occorre svolgere indagini o acquisire dati o valutazioni che richiedono specifiche competenze tecniche, scientifiche o artistiche. Salvo quanto previsto ai fini dell'esecuzione della pena o della misura di sicurezza, non sono ammesse perizie per stabilire l'abitudine o la professionalità nel reato, la tendenza a delinquere, il carattere e la personalità dell'imputato e in genere le qualità psichiche indipendenti da cause patologiche».

88. Manna, *op. cit.*, p. 67.

89. Cfr. Pelissero, *op. cit.*, p. 110 e ss.

90. Dessenker, *Gefährlichkeit und Verhältnismaßigkeit. Eine Untersuchung zum Maßregelrecht*, Berlino, 2004, p. 184.

91. Sui quali cfr. diffusamente Padovani, *La pericolosità sociale sotto il profilo giuridico*, in F. Ferracuti (a cura di), *Trattato di Criminologia, Medicina Criminologica e Psichiatria Forense*, vol. XIII, Giuffrè, Milano 1990.

92. La dottrina risalente ha dato vita a un lungo dibattito sui rapporti concettuali tra imputabilità e colpevolezza. L'ambiguità è data dalla scelta del codice Rocco di non collocare sotto lo stesso titolo sia le disposizioni sulla colpevolezza che quelle sull'imputabilità, ricalcando così la tradizione dettata dal codice Zanardelli. Il codice del 1930 crea invece sistematicamente due concetti diversi: con l'art. 42 c.p. definisce la colpevolezza, con l'art. 85 c.p. l'imputabilità. Tuttavia le differenze tra *coscienza e volontà della condotta* ex art. 42 e *capacità di intendere e volere* ex art.85 non apparivano così evidenti. Oggi invece dottrina e giurisprudenza hanno pacificamente accettato come distinti i due principi: l'imputabilità precede ontologicamente la colpevolezza, perché è una condizione del soggetto, un dato preesistente alla volizione e pertanto, esistente anche indipendentemente da essa e dalla commissione di alcun atto penalmente rilevante. L'imputabilità, in definitiva, non è una qualificazione della volontà perché si pone su un piano preliminare ed è come se stesse "fuori" dal reato, in quanto entità indipendente. Cfr. Dawan, *op. cit.*, p.38-39.

93. Paolo Girolami e Ugo Palagi, *Imputabilità e pericolosità sociale tra essere e dover essere. Notazioni medico giuridiche*, in *Giurisprudenza Penale*, numero I, 1999, p. 146.
94. Cfr. Daniela Dawan, *I nuovi confini dell'imputabilità nel processo penale*, Giuffrè, Milano, 2006, p. 2 e ss.
95. Così si definisce la parte *dinamica* di una perizia psichiatrica per stabilire la capacità di intendere e volere, contrapposta alla parte *statica* (il classificare).
96. Ugo Fornari e Silvia Coda, *imputabilità e pericolosità sociale: nuove prospettive nella valutazione forense*, in Adelmo Manna, *op. cit.*, p. 53.
97. Cfr. Marinucci e Dolcini, *op. cit.*, p. 295 e ss.
98. Si parla, in questo caso, di *presunzione assoluta di non imputabilità*.
99. L'elenco non è da considerarsi tassativo, anzi è la stessa giurisprudenza ad aver rilevato ulteriori casi di incapacità di intendere e volere, tra le estensioni del principio ex art. 85 c.p. più interessanti vi sono: la suggestione ipnotica, la suggestione in veglia e la segregazione dalla nascita.
100. Dawan, *op. cit.*, p. 33.
101. Dawan, *op. cit.*, p. 22.
102. È interessante notare come, dal punto di vista lessicale, il codice penale, pur considerando il concetto di imputabilità saliente e centrale, non riesce ad andare oltre a "definizioni in negativo" che dicono cosa non è l'imputabilità, elencando categorie di soggetti non imputabili.
103. AA.VV., *Lavori preparatori del Codice penale e del Codice di procedura penale*, Tipografia delle Mantellate, Roma, 1930.
104. Francesco Antolisei, *Manuale di diritto penale. Parte Generale*, Giuffrè, Milano, 2008.
105. Cfr. Marta Bertolino, *L'imputabilità e il vizio di mente nel sistema penale italiano*, Giuffrè, Milano, 1990.
106. Cosa che invece, nella prassi processuale, avviene puntualmente, come nota criticamente Dawan, *op. cit.*, p. 29-30, poiché «spesso manca una anche minima conoscenza del giudice della basilari conoscenze di psichiatria forense.» La stessa Corte di Cassazione sembra essersi arresa all'evidenza (Cassazione, sez I, 4 novembre 1991), affermando che è inesigibile da parte del giudice di merito l'obbligo di indagine volto ad accertare quale sia, in termini percentuali l'incidenza del vizio di mente, accertato in sede peritale: «La valutazione del vizio di mente, sfugge alla conoscenze tecniche del giudice di merito, sicché essa deve ritenersi implicita nella valutazione clinica operata dal perito.» Il rischio che il perito diventi giudice è piuttosto elevato.
107. Ponti e Merzagora, *op. cit.*, p. 70.
108. Considerate nella dottrina più risalenti su un piano inferiore rispetto alle malattie vere e proprie e definite semplici *abnormità psichiche*.
109. Cfr. Manna, *op. cit.*, p. 5 e Dawan, *op. cit.*, p. 98 nota 5.
110. Il riferimento è all'indimenticabile Marco Cavallo, la scultura di legno e cartapesta, raffigurante un cavallo azzurro, realizzata nel gennaio 1973 durante un laboratorio artistico dallo scultore Vittorio Basaglia e dal regista Giuliano Scabia insieme agli internati del manicomio aperto di San Giovanni a Trieste, diretto da Franco Basaglia. Proprio durante quel laboratorio si stravolse definitivamente quello che restava dell'ordine e della disciplina manicomiale, già minata dall'inedita decisione di tenere aperti i cancelli d'ingresso della struttura. L'idea fu di Angelina Vitez, internata italoamericana a Trieste nel reparto Osservazione donne, che trascorreva le giornate a disegnare un cavallo "riempito" sistematicamente di sei oggetti: un vaso di fiori, una pentola, una casa, un albero e un Pinocchio. La "passeggiata" di Marco Cavallo per le vie di Trieste, sospinto dagli internati, segnarono, anche simbolicamente, un punto di non ritorno verso il superamento dell'istituzione manicomiale. Sulla vicenda cfr. Elisa Frisaldi, *Marco Cavallo. Dall'ospedale psichiatrico la vera storia che ha cambiato il modo di essere del teatro e della cultura*, Alfabeta Verlag, Merano (Bz), 2011.
111. Cfr. Erving Goffman, *Asylums. Le istituzioni totali: i meccanismi dell'esclusione e della violenza*, Einaudi, Torino, 2003 (ed. originale 1961).
112. Incipit della prefazione di Alessandro Dal Lago in Goffman, *op. cit.*, p. 9.

113. È proprio da Goffman e dalle sue analisi così poco schematizzabili, che nasce e si sviluppa negli anni Sessanta e Settanta quella controcultura, capace a sua volta farsi "imprenditrice morale", lasciando, sotto le spoglie della c.d. Antipsichiatria, un segno indelebile nella storia giuridica e cultura del Novecento, culminato, almeno in Italia, con l'approvazione della l.180/1978 (la c.d. Legge Basaglia).
114. L'espressione è di Martin Luther King nel celebre discorso *I have a dream*, pronunciato a Washington il 28 agosto 1963.
115. Goffman, *op. cit.*, p. 33-34.
116. *Ibidem*, p. 35 e ss.
117. Goffman, *op. cit.*, p. 43.
118. Vedi, *infra*, cap. III.
119. Goffman, *op. cit.*, p. 71.
120. Richard McCleery, *The strange journey*, University of North Carolina Extension Bulletin, XXXII, 1953, pag 24.
121. Goffman, *op. cit.*, p. 88.
122. Franco e Franca Basaglia, postfazione all'opera di Goffman, *op. cit.*, p. 218.
123. *Ibidem.*, p. 220.
124. Basaglia, *op. cit.*, p. 221.
125. Tutte le notizie relative alla cronistoria dell'O.P.G. sono tratte da quattro testi fondamentali, a cui si rimanda, per ulteriori approfondimenti: Giulia Simonetti, *Ospedale psichiatrico giudiziario: aspetti normativi e sociologici*, tesi di laurea, Facoltà di giurisprudenza, Università degli Studi di Firenze, 2003; Romano Canosa, *Storia dei manicomi in Italia, dall'Unità ad oggi*, Feltrinelli, Milano, 1979; Giovanna Pugliese e Giovanna Giorgini (a cura di), *Mi firmo per tutti. Dai manicomi criminali agli ospedali psichiatrici giudiziari*, Datanews, Roma, 1997 e Dario Stefano Dell'Aquila, *Se non ti importa il colore degli occhi. Inchiesta sui manicomi giudiziari*, Filema, Napoli, 2009.
126. Davide Ferrario, *Sangue mio*, Feltrinelli, Milano, 2010, p. 11.
127. Cfr. Giuseppe Pantozzi, *Storia delle idee e delle leggi psichiatriche*, Centro studi Erickson, Milano, 1994.
128. Attualmente, a sottolinearne le capacità umane e scientifiche, l'O.P.G. Di Aversa è intitolato "Filippo Saporito".
129. Filippo Saporito, *Su gl'incorreggibili e il loro governo razionale: nota di psicologia criminale*, Aversa, 1908, p. 362.
130. Vedi *supra* cap. I, par. 1.3.
131. Cfr. Pelissero, *op. cit.*, p. 80 e ss.
132. In questo passaggio sono contenute tutte le atroci ingenuità della Scuola positiva, che credeva nell'esistenza di un *delinquente nato*, da individuarsi con tecniche bio-antropometriche.
133. Cesare Lombroso, *Sull'istituzione dei manicomi criminali in Italia*, in *Rendiconti del Regio Istituto Lombardo di scienze*, Lettere e art.i, 1872, vol. 5, p. 72 ss.
134. Cesare Lombroso, *L'uomo delinquente in rapporto all'antropologia, alla giurisprudenza ed alla psichiatria*, Roma, 1897.
135. Dal nome dell'allora Guardasigilli del Regno Giuseppe Zanardelli.
136. Alberto Manacorda, *Folli e reclusi*, La Casa Usher, Perugia, 1988, p. 131.
137. Michel Foucault, *Il manicomio illimitato*, in *Follia e Psichiatria*, a cura di M. Bertani e A. Rovatti, Giuffrè, Milano, 1994, p. 150.
138. Cfr. Pelissero, *op. cit.*, pg.86 e ss.
139. Relazione ministeriale al codice penale, in Luigi Bozzo, *il codice penale e la sua genesi con note di giurisprudenza ed altre utili per la sua pratica*, Roma, 1890.

140. Il testo completo della relazione è consultabile in Andrea Scartabellati, *L'umanità inutile. La questione follia in Italia*, Franco Angeli Editore, Milano, 2001, pag 135 e ss. Da qui arrivano tutte le citazioni e i riferimenti diretti della relazione, che seguono.
141. Gli stessi autori notano come in altri Paesi e nello specifico, in Inghilterra istituti dedicati esclusivamente ad accogliere i prosciolti folli siano ormai solide realtà. Nel testo originale si fa specifico riferimento all'esperienza di Broadmoor.
142. Riportata da Ugo Fornari, *Irresistibile impulso e responsabilità penale: aspetti normativi*, in Rivista Sperimentale di Freniatria, vol. CXII, n. 1, 1988, pp. 43-85.
143. Filippo Saporito, *op. cit.*, p. 363.
144. Enrico Tanzi, *Psichiatria forense*, Vallardi, Milano, 1911, p. 129.
145. Cfr. S. Merlini, *Libertà personale e tutela della salute mentale: profili costituzionali*, in Democrazia e Diritto., 1970, p. 55.
146. Cfr. G. Rabagliatti, *Manicomi*, in Novissimo Digesto, vol. X, UTET, Torino, 1957, p. 177.
147. Cfr. Romano Canosa, *op. cit.*, p. 177.
148. Per dettagli, cfr. Anna Maria Vecchietti, *Salute mentale e riforma sanitaria*, Giuffrè, Milano, 1983, p. 4 e ss.
149. Vecchietti, *op. cit.*, p. 11.
150. Cfr. Saporito, *op. cit.*, p. 363.
151. Sarà questo, come vedremo infra par. 1.6.16, uno dei nodi del DPCM 1 Aprile 2008.
152. L'entrata in vigore del codice Rocco viene ora affrontata dal punto di vista degli effetti che ha sul manicomio giudiziario come istituzione totale.
153. Pelissero, *op. cit.*, p. 91.
154. Giusto Giusti (a cura di), *Trattato di medicina legale e scienze affini*, V edizione, Cedam, Padova, 1999, p. 675.
155. Antonio De Mersico, *Delle misure amministrative di sicurezza*, ne Il codice penale illustrato articolo per articolo, a cura di Ugo Conti, Milano, 1934, p. 834.
156. Il Florian, durante i lavori preparatori del codice, sollevò forti dubbi riguardo l'introduzione di limiti di durata, notando criticamente: «L'indole della misura di sicurezza, la quale squisitamente adatta alla persona, non può che raggugiarsi alla pericolosità della stessa, pericolosità contingente e variabile».
157. Pelissero, *op. cit.*, p. 94.
158. Sono i due articoli che più influenzano il dibattito (e le decisioni della Corte Costituzionale in tema di folli-rei). L'art. 27 statuisce: «La responsabilità penale è personale. L'imputato non è considerato colpevole sino alla condanna definitiva. Le pene non possono consistere in trattamenti contrari al senso di umanità e devono tendere alla rieducazione del condannato. Non è ammessa la pena di morte, se non nei casi previsti dalle leggi militari di guerra». L'art. 32 riguarda il diritto alla salute e dispone: «La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti. Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana».
159. Anna Maria Vecchietti, *op. cit.*, p. 28.
160. Cfr. Giulia Simonetti, *op. cit.*, p. 14.
161. Il concetto di *moral entrepreneur* viene introdotto nel dibattito sociologico dall'interazionista simbolico Howard Becker, nella già citata opera *Outsiders. Studies in the sociology of deviance* (Cap. VII, p. 148-175). Secondo il pensiero beckeriano esistono due tipologie di imprenditori morali: i *rule creators* (creatori di norme) e i *rule enforcer* (difensori della norma). La figura dell'imprenditore morale è fondamentale nella visione beckeriana, poiché le norme non sarebbero nient'altro che il frutto di un conflitto (il c.d. conflitto sociale, su cui si basa, tra l'altro, la teoria dell'etnometodologia). Sarà la persuasività e la forza dell'imprenditore morale a bilanciare il conflitto, a "convincere" la società e, conseguentemente il legislatore, a propendere per una particolare soluzione normativa da preferire alle

altre.

I rule creators sono dei "crusading reformer", cioè dei riformatori battaglieri, che cercano di "pubblicizzare" (nel senso di rendere collettivi) i propri bisogni e le proprie convinzioni morali, il loro intento è far sentire come necessità improcrastinabile una certa riforma. Ovviamente, per essere convincenti, hanno bisogno di proporre concretamente soluzioni sostenibili e accettabili dal più ampio numero di persone possibili. Per questo motivo necessitano dell'appoggio di c.d. professionisti, cioè tecnici della materia, che sappiano trasformare le loro *crociate morali* in soluzioni tecnicamente valide (è Becker stesso ad usare l'ambiguo termine di *crusade* - crociata - a cui, secondo gli interpreti, dovrebbe essere data una connotazione neutra e non per forza negativa, come si potrebbe invece supporre da una prima traduzione superficiale). Se nella prima fase di creazione della norma e cioè quella di proposta e discussione, i *rule creators* hanno un ruolo preminente, nella seconda fase, cioè quella di applicazione ed esecuzione, entrano in gioco i *rule enforcer*. Nella visione originale dell'autore, quella di enforcer è solitamente una professione remunerata (ad es. gli agenti di polizia), essi non sono necessariamente moralmente persuasi dal contenuto della norma, anzi, paradossalmente, possono pensarla diversamente, ma ciò poco importa, poiché agiscono su un piano differente, che è quello della difesa della norma. C'è una duplice necessità che conduce e ispira l'azione degli *enforcer*: giustificare il proprio ruolo e, soprattutto, conquistare il rispetto nelle *interazioni* con gli altri consociati. Per questo motivo sono in una posizione particolarmente delicata: se agiscono troppo alacramente, cosicché nessun consociato ha interesse a mettere in dubbio l'effettività della norma, il loro ruolo si svuota di senso e la società penserà di non averne bisogno, se, invece, saranno troppo permissivi, verrà loro rimproverato l'incapacità e il fallimento della propria missione.

162. La scelta di ricostruirne brevemente la storia di Antonia Bernardini aiuta a capire, da un punto di vista sociologico, il ruolo dirompente degli imprenditori morali, anche se, inconsapevoli, da un punto di vista giuridico, la necessità improcrastinabile di una riforma della legislazione della malattia mentale. Non secondaria è la scelta di raccontare perché diventi memoria collettiva, perché urge meditare «che questo è stato». (Primo Levi, *Se questo è un uomo*, Einaudi, Torino, 1976, p. 1). Per una ricostruzione completa della vicenda di Antonia Bernardini, cfr. Dario Stefano dell'Aquila, *op. cit.*, p. 53 e ss.

163. Il termine tecnico psichiatrico con cui viene definito l'apice della malattia psichiatria, comunemente conosciute come "crisi".

164. Esistono quattro tipologie di contenzione: fisica, ambientale, chimica (o farmacologica), psicologica (o relazionale). I mezzi per attuare la contenzione sono: fasce o cinture da applicare al letto, spondine di protezione del letto, il corpetto da carrozzina (il paziente non può così alzarsi dalla carrozzina a rotelle), mezzi di contenzione per segmenti corporei (cavigliere, polsiere, testiere), mezzi di contenzione con postura obbligatoria (cuscini anatomici), altri mezzi (cintura pelvica, divaricatore inguinale, tavolino inamovibile, carrozzina basculante, poltrone basse).

165. Cfr. Atti parlamentari VI legislatura, Seduta 29 ottobre 1975, Intervento Sottosegretario di Stato per la Grazia e la Giustizia, Camera dei Deputati, Roma, p. 24310.

166. Giustiniano, *Institutiones*, libro II, 7, 3.

167. Per una disamina più approfondita, soprattutto sotto il profilo statistico, dell'applicazione delle misure alternative a oltre trent'anni dalla riforma in esame, cfr. la ricerca a cura di Giovanni Torrente *Tribunali di Sorveglianza e giurisprudenza in materia di concessione di misure alternative*.

168. Francesco Bricola, *il carcere riformato*, Il Mulino, Bologna, 1977, p. 265.

169. Antonio Margara, *Il magistrato di sorveglianza quale garante di conformità alla legge dell'attività penitenziaria*, in V. Grevi, *Alternative alla detenzione e riforma penitenziaria*, in C.N.P.D.S., Pene e misure alternative nell'attuale momento storico, p. 215.

170. *Ibidem*, p. 216.

171. Il voto contrario più politicamente e numericamente pesante è quello del gruppo dei Radicali Italiani.

172. Cfr. Maria Antonietta Farina Coscioni, *Matti in libertà. L'inganno della legge Basaglia*, Editori Internazionali Riuniti, Roma, 2011, p. 55.

173. Nonostante il testo della legge 180/1978 non accolga del tutto le tesi dell' antipsichiatria, passerà comunque alla storia come «legge Basaglia».

174. Intervista a Franco Basaglia di Franco Giliberto, testo completo su Archivio storico de La Stampa,

edizione venerdì 12 maggio 1978, p. 11.

175. Franca Ongaro Basaglia (a cura di) *Scritti. II, 1968-1980. Dall'apertura del manicomio alla nuova legge sull'assistenza psichiatrica*, Einaudi, Torino 1982.

176. Cfr. sentenza Tribunale di Roma, 2 aprile 1979, in *Foro Italiano*, 1980, II, c. 156.

177. Pelissero, *op. cit.*, nota 62 pag. 98.

178. Vittorino Andreoli, *Anatomia degli Ospedali psichiatrici giudiziari italiani*, Dipartimento Amministrazione Penitenziari-Ufficio studi e ricerche, Roma, 2002, p. 18.

179. Pelissero, *op. cit.*, p. 97.

180. Luigi Daga, *O.P.G.: sistema penale e sistema sanitario*, Rassegna Penitenziaria, 1982.

181. Giulia Simonetti, *op. cit.* Della medesima opinione sono anche Adelmo Manna, *Il trattamento sanzionatorio del malato di mente autore di reato e le prospettive di riforma*, in *Rass. Criminol.*, 1994, p. 269 e Giovanni Russo, *Il manicomio giudiziario come luogo di trattamento per detenuti difficili*, in *Riv. It. Med. Leg.*, 1982, p. 928.

182. Vittorino Andreoli, *op. cit.*, p. 32.

183. Luigi Daga, *op. cit.*, p. 26.

184. *Ibidem*, p. 13.

185. L'associazione è formata da parenti, amici, psichiatri, psicologi, giuristi che si relazionano con psicotici gravi. Tra le principali attività vi è l'aggiornamento quotidiano del sito [Vittime della 180](#), in cui si raccolgono testimonianze, storie, dati, pareri su quelli che, nell'opinione dei creatori, sarebbero i "disastri" della legge Basaglia. La scientificità e l'obiettività di tali pareri è spesso dubbia o inesistente, tuttavia, da un punto di vista sociologico, è interessante conoscere e studiare il ruolo degli *imprenditori morali* del campo giuridico folli-rei.

186. SPDC è l'acronimo di Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura, più comunemente conosciuto come "repartino", il reparto di psichiatria degli ospedali civili in cui si effettuano ricoveri volontari e obbligatori dei pazienti psichiatri.

187. Pelissero, *op. cit.*, p. 98.

188. Gustavo Zagrebelsky, *Appunti e limiti dell'interpretazione giudiziaria della Costituzione*, in *Lezioni di Giustizia Costituzionale anno accademico 2008/2009*, Università di Torino, testo non editato, p. 68.

189. Corte Cost 8-27 luglio 1982, n.139, in *Rivista Italiana Diritto Processuale Penale*, 1982, p. 1584, con nota di Ettore Musco.

190. Ettore Musco, *op. cit.*, p. 1585.

191. Giuliano Vassalli, *L'abolizione della pericolosità presunta degli infermi di mente attraverso la cruna dell'ago*, in *Giurisprudenza Costituzionale*, 1982, p. 218.

192. Pelissero, *op. cit.*, p. 105.

193. Il vizio di costituzionalità è rilevato per contrasto con i principi costituzionali ex art 2, 3,27 e 32.

194. Cfr. Corte Costituzionale, sentenza n.324/1998, in *Cassazione Penale*, 1998, p. 3214.

195. Cfr. Cassazione, Sez. I, 19 maggio 1999, in *Cassazione Penale*, 2001, p. 1485 e ss.

196. Cfr. Maria Teresa Collica, *op. cit.*, p. 218.

197. Tratto da Francesco Revelli, *Il manicomio dei ragazzi cattivi: un reparto nell'ospedale criminale*, *La Repubblica*, 14 febbraio 2005. Per una rassegna completa sulla vicenda cfr.[forumsalutementale.it](#) sezione OPG/carcere.

198. La dottrina ha espresso diversi pareri su tale sentenza, tra i più significativi, si segnalano: Maria Teresa Collica, *op. cit.*, p. 218 e ss; Famiglietti, *Verso il superamento della pena manicomiale*, in *Giurisprudenza Costituzionale*, 2003, p. 2118 e ss; Mario Minniti, *La Consulta apre la strada a misure più flessibili rispetto all'OPG*, in *Diritto e Giustizia*, 2003, p. 46 e ss; (dal punto di vista psicopatologico forense) Merzagora Betsos-Martelli, *I cascami del positivismo: ancora su OPG e pericolosità sociale*, in *rivista Italiana Medicina Legale*, 2003, p. 1149 e ss.

199. Cfr. Ordinanza di rimessione iscritta al n. 514 del registro delle ordinanze 2002, in Gazzetta Ufficiale n. 47/2002, prima serie speciale.
200. Consulta Online, Sent. 253/2003 Corte Cost., p. 6.
201. Maria Teresa Collica, *op. cit.*, p. 221.
202. Merzagora Betsos-Martelli, *op. cit.*, p. 1150.
203. Il profilo soggettivo del reato non poteva essere in nessun modo valutato, vista la non imputabilità dell'infermo di mente.
204. Carrieri e Catanesi, *La perizia psichiatrica sull'autore di reato: evoluzione storica e problemi attuali*, in Rivista Italiana di medicina legale, 2001, p. 15.
205. Conclusioni sent. 253/2003 Corte Cost.
206. Maria Teresa Collica, *op. cit.*, p. 223.
207. Simone Cesticchi, *Dall'altra parte del cancello...*, traccia 11, minuto 1:22.
208. Il Commissario per i diritti umani del Consiglio d'Europa è un'istituzione indipendente, che promuove la sensibilizzazione e il rispetto dei diritti umani. Non ha poteri giurisdizionali (poiché l'organo propriamente giurisdizionale all'interno nel Consiglio d'Europa è la Corte Europea per i Diritti dell'Uomo con sede a Strasburgo), ma può trarre conclusioni e intraprendere ulteriori iniziative sulla base di informazioni attendibili nell'ambito delle violazioni dei diritti umani subite dai singoli individui. Effettua missioni ufficiali per ottenere una valutazione comprensiva della situazione dei diritti umani. I dati raccolti durante tali missioni vengono catalogati e diffusi nei rapporti annuali del Commissario, nonché messi a disposizione degli altri organi del Consiglio d'Europa.
209. Il decreto citato era parte integrante della più complessa e articolata Riforma del Servizio sanitario Nazionale, la c.d. Riforma Bindi, sancita ex dlgs. 229/1999: si poneva in essere un massiccio trasferimento di competenze dallo Stato alle ASL locali (e, conseguentemente, alle Regioni) riguardo i servizi e le strutture sanitarie.
210. L'art. 1 commi 1, 2 e 3 statuisce infatti: «I detenuti e gli internati hanno diritto, al pari dei cittadini in stato di libertà, alla erogazione delle prestazioni di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione, efficaci ed appropriate, sulla base degli obiettivi generali e speciali di salute e dei livelli essenziali e uniformi di assistenza individuati nel Piano sanitario nazionale, nei piani sanitari regionali e in quelli locali. Il Servizio sanitario nazionale assicura, in particolare, ai detenuti e agli internati: a) livelli di prestazioni analoghi a quelli garantiti ai cittadini liberi; b) azioni di protezione, di informazione e di educazione ai fini dello sviluppo della responsabilità individuale e collettiva in materia di salute; c) informazioni complete sul proprio stato di salute all'atto dell'ingresso in carcere durante il periodo di detenzione e all'atto della dimissione in libertà; d) interventi di prevenzione, cura e sostegno del disagio psichico e sociale; e) l'assistenza sanitaria della gravidanza e della maternità anche attraverso il potenziamento dei servizi di informazione e dei consultori, nonché appropriate, efficaci ed essenziali prestazioni di prevenzione, diagnosi precoce e cura alle donne detenute o internate; f) l'assistenza pediatrica e i servizi di puericultura idonei ad evitare ogni pregiudizio, limite o discriminazione alla equilibrata crescita o allo sviluppo della personalità, in ragione dell'ambiente di vita e di relazione sociale, ai figli delle donne detenute o internate che durante la prima infanzia convivono con le madri negli istituti penitenziari. Ogni Azienda unita' sanitaria locale, nel cui ambito e' ubicato un istituto penitenziario, adotta un'apposita Carta dei servizi sanitari per i detenuti e gli internati. Ai fini della predisposizione della Carta dei servizi sanitari le Aziende unita' sanitarie locali e l'amministrazione penitenziaria promuovono consultazioni con rappresentanze di detenuti ed internati e con gli organismi di volontariato per la tutela dei diritti dei cittadini».
211. L'art. 1, delimitando l'ambito di competenza del decreto, spiega: « Il presente decreto disciplina, in attuazione dell'art. 2, comma 283, della legge 24 dicembre 2007, n. 244, le modalità, i criteri e le procedure per il trasferimento al Servizio sanitario nazionale delle funzioni sanitarie, delle risorse finanziarie, dei rapporti di lavoro, delle attrezzature, arredi e beni strumentali relativi alla sanità penitenziaria». L'art. 2 prevede inoltre che anche l'onere del pagamento delle rette delle comunità terapeutiche per tossicodipendenti, alcolodipendenti e minori passi dal D.A.P. Al Servizio Sanitario Nazionale.
212. Essendo la materia trattata dall'Allegato C profondamente tecnica e analitica, scarsa è la dottrina, soprattutto giuridica, sul punto. Pertanto si farà principalmente riferimento alle informazioni raccolte

direttamente dall'Autore nel corso del convegno: *L'O.P.G. e i suoi pazienti: dal carcere alla comunità*, organizzato a Reggio Emilia (Centro internazionale Loris Malaguzzi) il 28 settembre 2010 nell'ambito della "V settimana della salute mentale" dalla Regione Emilia Romagna e dall' ASL di Reggio Emilia.

213. Stralcio della Premessa all'allegato C, D.P.C.M. 1 aprile 2008.

214. La Lombardia subentra nella gestione dell' O.P.G. di Castiglione delle Stiviere, L'Emilia Romagna per quello di Reggio Emilia, la Toscana per Montelupo Fiorentino, la Campania per Aversa e Napoli, la Sicilia per Barcellona Pozzo di Gotto.

215. Cfr. D.C.P.M 1 aprile 2008, "Le azioni".

216. Cfr. [Stop OPG per la chiusura degli ospedali psichiatrici giudiziari](#).

217. Antonino Calogero, *Superamento degli O.P.G.-attuazione del DPCM 1 aprile 2008*, Psichiatria, Psicologia e Diritto, Anno I, numero I, Aprile 2009.

218. Cfr. D.P.C.M. 1 aprile 2008, "Le azioni".

219. Antonino Calogero, *op. cit.*, p. 43.

220. Cfr. Relazione Mariella Martini, *L'opg di Reggio Emilia dopo il passaggio delle competenze sanitarie all'Asl*, Convegno *L'Opg e i suoi pazienti: dal carcere alla comunità*, Reggio Emilia, 2010.

221. Intervista rilasciata all'Autore il 6 giugno 2011.

222. Costituiscono eccezione rilevante l'O.P.G. di Barcellona Pozzo di Gotto, che, a causa del già richiamato, non recepimento del decreto da parte della Regione Sicilia, non ha subito nessuna variazione e l'O.P.G. di Castiglione delle Stiviere, che storicamente è struttura interamente sanitarizzata regolata da una convenzione tra lo Stato e l'Asl di Mantova e continua a mantenere un'unica direzione sanitaria.

223. Vedi *infra* par. 3.1.4.

224. Cfr. Antonino Calogero, *op. cit.*, p. 44.

225. Il testo completo dell'audizione è [consultabile online](#).

226. L'art. 82 dispone: «Ciascuna Camera può disporre inchieste su materie di pubblico interesse. A tale scopo nomina fra i propri componenti una commissione formata in modo da rispecchiare la proporzione dei vari gruppi. La commissione di inchiesta procede alle indagini e agli esami con gli stessi poteri e le stesse limitazioni dell'Autorità giudiziaria».

227. Cfr. Audizione 16 giugno 2010.

228. Le immagini e i documenti audiovisivi dall'interno dell'O.P.G. sono davvero rari. Si segnalano in particolari due sporadiche eccezioni: il videodocumentario *Socialmente pericolosi* di Fabio Lazzaretti, Karousefilm, 2001 (interamente girate nell'O.P.G di Aversa) e il servizio *Pazzi Criminali*, andato in onda il 21 ottobre 2007 su Tg2Dossier.

229. Vedi *supra* nota 156.

230. Dato ufficiale DAP al 31 maggio 2011.

231. Vale a dire: internati che hanno concluso la misura di sicurezza e la cui pericolosità sociale è scemata grandemente o assente, i detenuti con disturbi psichici occorsi durante la detenzione nelle carceri "ordinarie" o in O.P.G. per un periodo di osservazione psichiatrica.

232. Dati ufficiali diffusi dalla Commissione d'inchiesta durante l'incontro pubblico di presentazione dei lavori, svoltosi a Roma, Palazzo Madama, il 9 giugno 2011.

233. Dati ufficiali diffusi dalla Commissione d'inchiesta durante l'incontro pubblico di presentazione dei lavori, svoltosi a Roma, Palazzo Madama, il 9 giugno 2011.

234. Dati ufficiali diffusi dalla Commissione d'inchiesta durante l'incontro pubblico di presentazione dei lavori, svoltosi a Roma, Palazzo Madama, il 9 giugno 2011.

235. Il progetto Luce e Libertà prevede la realizzazione di pannelli fotovoltaici per il reinserimento sociale degli internati di Barcellona. Ideato dal Dipartimento Salute Mentale dell'Asl di Messina, è dedicato agli internati dell'Opg di Barcellona Pozzo di Gotto che sono prossimi alla scadenza della misura di sicurezza o con misura di sicurezza scaduta ed in proroga. L'obiettivo è quello di favorire la

reintegrazione socio-lavorativa nei territori di origine di almeno 56 internati attraverso un programma sperimentale che prevede una metodologia scientifica per il superamento dell'Opg. La durata del progetto, economicamente sostenuto dalla Cassa delle Ammende è di 4 anni, ma attraverso l'utilizzo produttivo dei capitali di capacitazione, permette di auto-finanziare il modello di welfare generato per almeno 20 anni. Tutti gli internati impiegati in tale progetto sono ospitati in una speciale sezione dell'istituto "a vigilanza attenuata", ecco perché, statisticamente, sono considerati in tutto e per tutto, "internati".

236. Entrambi i provvedimenti sono pubblicati sul sito del Senato.

237. Rilevante il Titolo IV del Regolamento di Commissione, rubricato "Modalità procedurali e strumenti operativi dell'inchiesta", con particolare riferimento all'art.15 che statuisce: «La Commissione procede alle indagini ed agli esami con gli stessi poteri e le stesse limitazioni dell'autorità giudiziaria. Si applicano, in quanto compatibili, le norme del codice di procedura penale. La Commissione può affidare a gruppi di lavoro compiti particolari su oggetti e per tempi determinati, non comportanti comunque l'esercizio dei poteri di cui al comma 1. I gruppi di lavoro riferiscono alla Commissione in ordine alle risultanze della loro attività di acquisizione conoscitiva. La partecipazione di collaboratori di cui all'articolo 23 alle riunioni dei gruppi di lavoro è disposta dal Presidente».

238. Questo è stato il grido di stupore e rassegnazione di Nunziante Rosania, direttore dell' O.P.G. di Barcellona Pozzo di Gotto, in apertura del Convegno di Reggio Emilia, 27 settembre 2010, cfr. *supra* nota 205.

239. Luigi Missiroli, psichiatra, già direttore DSM Forlì, intervista rilasciata all'Autore, 22 luglio 2011.

240. Silvia Morrone, psicoterapeuta, direttrice clinica comunità "Il Montello", intervista rilasciata all'Autore, 11 luglio 2011.

241. Cfr. *supra* Ugo Zamburru, intervista con l'Autore.

242. Luigi Missiroli, intervista con l'Autore.

Ads by CloudScoutAd Options

[HOME](#) / [RICERCHE](#) / [SANITÀ E CARCERE](#) / [LA RIFORMA DELLA SANITÀ PENITENZIARIA: IL CASO OSPEDALI PSICHIATRICI GIUDIZIARI](#) /

[← Precedente](#)[Successivo →](#)

## Capitolo secondo

### 2.1 Uno sguardo altrove. High Security Hospitals, gli O.P.G. d'Oltremarica

Un passaggio fondamentale di questa ricerca, che si prefigge l'obiettivo di indagare la possibilità di un oltre etico e giuridico all'O.P.G. in Italia, è l'analisi di quanto avviene al di fuori dei confini nazionali.

Questo capitolo ha pertanto un profilo spiccatamente comparatistico, consci del fatto che il diritto è oggi chiamato a risolvere problemi che spesso trascendono la sua giurisdizione territoriale. Sarebbe velleitario, oltretutto metodologicamente discutibile, non conoscere come le altre civiltà giuridiche si occupano dei folli-rei e del bilanciamento tra esigenze di cura e di sicurezza.

Si prende presto coscienza infatti di come la *Società del rischio* descritta da Ulrich Beck (1) sia un'entità sociologica senza confini territoriali, ma costituisca piuttosto una condizione storico-culturale caratteristica della nostra epoca "globalizzata".

A conferma di ciò, è utile ed interessante anticipare alcune considerazioni, che verranno presto confermate dalla statistica e da autorevole dottrina: «L'ondata di securitismo non ha risparmiato a livello mondiale, anche il trattamento della malattia mentale, specie nei profili che interessano il sistema penale, dove riemerge lo stereotipo del folle delinquente e dove è possibile collocare l'evoluzione dei sistemi europei e non all'interno del più generale sviluppo delle logiche di implementazione del diritto penale in funzione di assicurazione di una maggiore sicurezza rispetto al fenomeno criminale» (2).

Si andrà a scoprire che esiste, a livello globale, una generale «rivalutazione dello strumento dello strumento di *controllo penale*» (3) evidenziata dal fatto che, anche in quei sistemi dove esistono e funzionano forme amministrative (e quindi extrapenali) di controllo dello psicotico pericoloso, non si è rinunciato ad espandere comunque forme di controllo penale. «Le esigenze di difesa sociale hanno avuto la meglio e l'insicurezza sociale ha alla fine imposto un modello in cui a prevalere è ancora una volta la logica manicomiale della custodia» (4).

Ci concentreremo sui Paesi con tradizione di *common law* e, in particolare, su Regno Unito e Stati Uniti (5).

Tale scelta non è certamente dettata dalla mancanza di altre esperienze interessanti nel panorama globale. Basti pensare, su tutte, alla singolare e unica scelta della legislazione svedese (6) di seguire un *modello abolizionista puro*, cancellando fin dalla riforma del codice penale del 1965, ogni differenza tra soggetti imputabili e non imputabili, relegando conseguentemente alla fase esecutiva (e non a quella cognitoria) ogni valutazione dell'impatto del disturbo psichico sul profilo criminale del reo oppure alla Germania, storicamente paese di avanguardie giuridiche, nonché terra natia del sistema del doppio binario, teorizzato nel 1882 dal programma di riforme (*Marburger Programm*) di Franz Von Liszt e introdotto nell'ordinamento penale nel 1933 con la legge sui delinquenti abituali. Sempre in Germania occorre rilevare l'ambizioso tentativo della Seconda legge di riforma del diritto penale (1975), di introdurre tra le misure di sicurezza l'istituto della *terapia sociale* (7).

Verrà seguito il medesimo criterio espositivo scelto per descrivere il sistema italiano: in un primo tempo, indagheremo il ruolo e la categorizzazione giuridica del folle reo (*mentally ill offender*) durante la fase cognitoria del processo, capendo come si è evoluto il concetto di imputabilità e di malattia mentale nelle decisioni delle Corti e nei rari, ma esistenti, atti legislativi (gli *acts*). In un secondo tempo verrà analizzata la fase esecutiva, con particolare attenzione a modalità, numeri e storia dell'internamento dei folli-rei negli *High Security Hospitals*, gli O.P.G. d'Oltremarica.

Occorre tuttavia svolgere alcune premesse sociologiche e sistematiche. In entrambi i sistemi in esame, quello statunitense e quello inglese, l'istituto manicomiale è a tutt'oggi esistente, poiché il movimento antipsichiatrico, non ha saputo essere così incisivo e influente come lo è stato nel nostro Paese, nonostante il numero di internati sia in costante decrescita. Nei *mental hospitals* statunitensi nel 1955 erano ristretti 550 000 persone, nel 2000 "soltanto" 70 000. Questo significa che vi è una tendenza a curare la malattia mentale in altri luoghi, diversi dall'ospedale psichiatrico. Nel Regno Unito la situazione è parzialmente differente, poiché l'uso della «detenzione» (8) in ospedali psichiatrici, privati o pubblici (gestiti e diretti dal National Health System-NHS), si è sostanzialmente stabilizzata raggiungendo i 49 417 ricoveri (9).

Sono tuttavia le statistiche governative ufficiali a distinguere tre categorie di internamento: le *detentions subsequent to admission* (paragonabili ai c.d. ricoveri volontari, in cui è il malato stesso o il suo tutore a fare richiesta di "admission" nell'ospedale psichiatrico), le *formal admission* (sono i ricoveri "formali", cioè ordinati dall'autorità giudiziaria o amministrativa, secondo l'iter previsto dal Mental Health Act del 1983 e che avremo modo di descrivere più dettagliatamente) e le *detention following use of section 136 of Mental Health Act* (si tratta di quello che potremmo definire "ricovero d'urgenza", è la legge infatti a prevedere che qualora un soggetto dia segni di evidente squilibrio mentale - *mental disorder* - in un luogo pubblico, possa essere fermato dall'autorità di pubblica sicurezza e condotto in un *place of safety* - solitamente l'ospedale psichiatrico - per un tempo massimo di 72 ore, durante le quali dovrà essere visitato da uno psichiatra, che deciderà la terapia e le azioni più opportune da svolgere (10)).

Si può notare come, negli ultimi cinque anni, il numero totale dei ricoveri sia sempre rimasto tra i 45 000 e i 50 000, tuttavia, nel 2010 si rileva un aumento del 3,5 %, pari a 1692 nuovi pazienti.

Se si scorrono i dati (Tabella 2.2) si constata come tale trend sia provocato dal rilevante aumento dei ricoveri obbligatori, che nel 2010 hanno superato le 30 000 unità, con un aumento record del 7,3 % rispetto al 2009. I ricoveri volontari sono invece diminuiti, scendendo a 16 721 unità.

Un andamento "contraddittorio" quindi, molto interessante dal nostro punto di vista, poiché dimostra come il paziente, se ha la possibilità di scegliere volontariamente, preferisce sempre più curarsi in luoghi diversi dall'ospedale psichiatrico, al contrario l'Autorità continua a praticare (e in certi casi preferire) la segregazione alla c.d. politica delle *open doors* ("porte aperte), così ragionando il superamento dell'istituzione totale si allontana.

*Tabella 2.1 (11): Confronto tra ricoveri volontari e obbligatori in ospedali psichiatrici pubblici e privati nel Regno Unito*

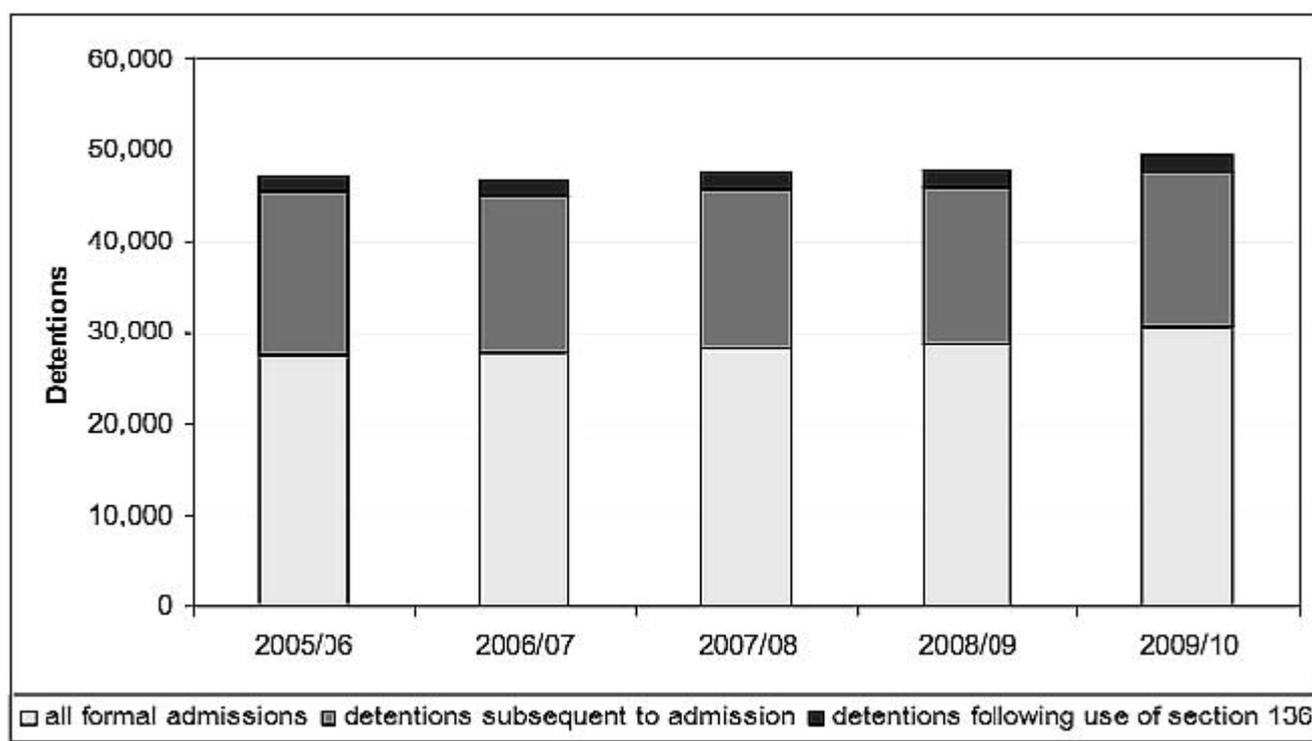


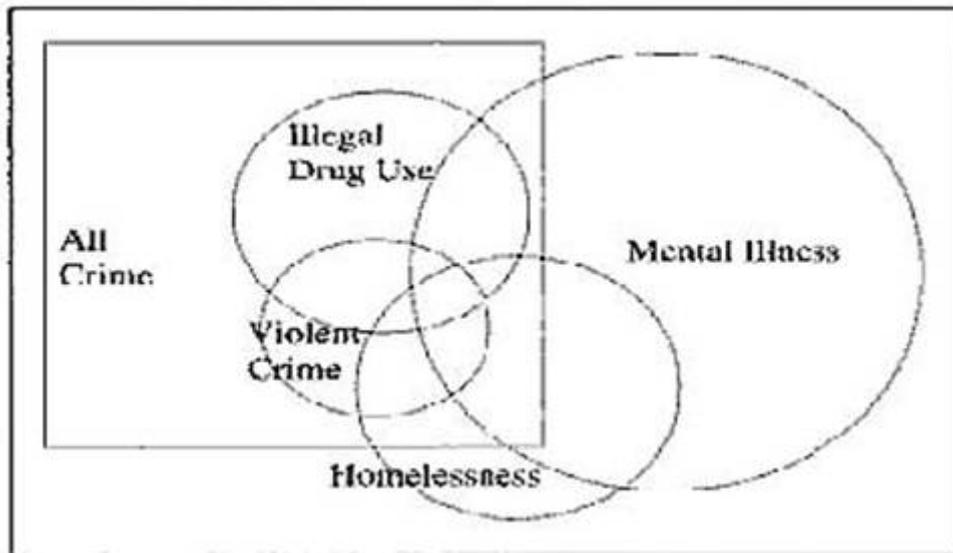
Tabella 2.2: confronto numeri assoluti tra ricoveri volontari e obbligatori in ospedali psichiatrici pubblici e privati nel Regno Unito

	2005/06	2006/07	2007/08	2008/09	2009/10
<b>Total detentions</b>	<b>47,365</b>	<b>46,539</b>	<b>47,610</b>	<b>47,725</b>	<b>49,417</b>
all formal admissions	27,353	27,716	28,085	28,673	30,774
detentions subsequent to admission	18,523	17,242	17,505	17,299	16,721
detentions following use of section 136	1,489	1,581	2,020	1,753	1,922

Occorre fare un passo ulteriore e indagare il rapporto (o meglio, la *percezione sociale* del rapporto) tra follia e criminalità e anche stavolta, si scopre un dato apparentemente contrastante, poiché vi è uno scollamento tra la quantità effettiva di crimini commessi da persone con un disagio psichico e la percezione della loro pericolosità da parte della società.

Il primo dato è così graficamente riassumibile.

Tabella 2.3 (12): Rapporto tra crimine e malattia mentale



Solo una ristretta percentuale di malati psichiatrici compie quello che la psichiatria definisce convenzionalmente *passaggio all'atto criminale* (il c.d. *acting out*), e una ancor più ristretta parte compie crimini efferati o particolarmente violenti. A creare maggiori problemi dal punto di vista della pubblica sicurezza è tuttavia la c.d. *doppia patologia* (13), cioè quando al disagio psichico si associa un altro comportamento socialmente deprecabile: l'abuso di alcool o droghe, il vagabondaggio (14).

Nonostante sia oggettivamente dimostrato che «la popolazione psichiatrica commette meno crimini della popolazione normale» (15), la percezione della loro pericolosità è maggiore, «tutte le ricerche su larga scala concordano nell'affermare che le persone percepiscono i malati psichiatrici come soggetti più violenti della norma, soprattutto se maschi e appartenenti a classi sociali disagiate» (16).

Anche per i folli-rei anglosassoni e statunitensi, il quadro è, in generale poco confortante e lo spettro dell'isolamento, sociale e fisico, in un istituzione totale gofmaniana è molto più che una mera probabilità.

È ora opportuno muovere la nostra analisi, iniziando dalla fase cognitoria del processo penale di common law, quel momento in cui la componente psichiatrica del paziente inizia ad avere rilievo non solo umano e medico, ma anche giuridico. Già nel periodo più risalente della tradizione di common law (17), ci si domandava se, in determinate circostanze, vi fosse la possibilità di considerare il reo non imputabile. Il primo criterio di valutazione dell'imputabilità di cui si ha conoscenza è quello della c.d. *bestia selvaggia* (*wild beast*) (18), usato dalle Corti di giustizia fin dal XIII secolo. Sostanzialmente l'imputato doveva essere sottoposto all'esame della giuria per capire se, all'epoca del fatto criminale, fosse «totally deprived of his understanding and memory so as not to know what he [was] doing, no more than an infant, a brute, or a wild beast» (19) (totalmente deprivato della capacità di capire e avere contezza delle sue azioni, non diversamente da un neonato, un bruto, una bestia selvaggia) (20). In pratica se la capacità di interagire con i consociati dell'imputato fosse stata paragonabile a quella di un neonato, di un bruto o di una bestia selvaggia, egli sarebbe stato assolto dalle accuse.

Un criterio tanto discutibile, quanto primitivo ed «eccentrico» (21), niente di più di una metafora necessaria a dimostrare la mancanza di una anche minima capacità di ragionare.

Il rischio maggiore era quello di limitare la non imputabilità a casi molto sporadici, soprattutto perché spesso veniva interpretato letteralmente. Gli annali di giurisprudenza raccontano che il giudice era solito spiegare così il criterio alla giuria: «Potete assolvere l'imputato solo se la malattia ha totalmente annullato la sua capacità di distinguere il bene dal male, in altre parole deve somigliare proprio ad una bestia». Così interpretando casi che oggi definiremmo di schizofrenia o paranoia, allora non avevano nessuna rilevanza sotto il profilo dell'imputabilità (22).

La svolta verso un regime più illuminato, razionale e scientificamente all'avanguardia avviene nel 1843, grazie ad un clamoroso caso di cronaca giudiziaria, destinato a plasmare fino ad oggi l'intera tradizione di common law riguardo ai folli-rei.

Daniel M'Naghten (23), un giovane inglese schizofrenico-paranoico, era ossessionato dall'esistenza di un complotto per eliminarlo, perpetrato dal Primo Ministro di Sua Maestà Sir Robert Peel e decise così di ucciderlo appostandosi davanti all'abitazione di quest'ultimo. Non appena vide un uomo sulla soglia,

sparò, ma ad essere colpito a morte, non fu il primo ministro, bensì il suo segretario personale Edward Drummond (24).

Il giudice chiamato a pronunciarsi sul caso diede un'interpretazione evolutiva del criterio della bestia selvaggia e così si rivolse alla giuria: «Non potete assolvere l'imputato o potete assolverlo solo se siete sicuri sicuri che non poteva distinguere il bene e il mal, ma non in modo generale, ma avendo riguardo alle sue azioni in concreto». Si trattava insomma non di distinguere il bene e il male in astratto, bensì di applicare questa visione alla persona *in concreto*. Il processo si concluse con una assoluzione.

Su questa nuova interpretazione si aprì un aspro dibattito in dottrina e giurisprudenza, finché non intervenne la House of Lord in sede legislativa, formulando le celebri *M'Naghten Rules*(25).

Esse statuirono: «Every man is to be presumed to be sane, and that to establish a defense on the ground of insanity, it must be clearly proved that, at the time of the committing of the act, the party accused was laboring under such a defect of reason, from disease of mind, and not to know the nature and quality of the act he was doing; or if he did know it, that he did not know he was doing what was wrong» (26).

Parafrasando la lettera della norma, si pongono due condizioni affinché l'imputabilità possa essere esclusa e il *defendant* (l'imputato) possa utilizzare la c.d. *insanity defense*:

1. ogni soggetto si presume sano di mente ed in possesso di un grado di ragione sufficiente per essere ritenuto responsabile dei suoi reati fino a quando non sia stato dimostrato il contrario;
2. nel momento in cui agì, l'imputato si trovava sotto l'influenza di un difetto di ragione, dovuto ad una malattia di mente, così da non essersi rappresentato la natura e la qualità del proprio atto oppure, se di ciò era consapevole, da non essersi reso conto che quanto stava facendo era ingiusto.

Come spesso accade nella peggior tradizione legislativa, si dà una regola, usando una terminologia "aperta", cioè altamente opinabile. Ci sono voluti decenni di decisioni giurisprudenziali per arrivare a rendere pacifico che:

1. «sapere o comprendere la natura e la qualità delle proprie azioni» si riferisce al *carattere fisico della condotta*, ad esempio se il soggetto spara ad una persona rappresentandosi però di sparare ad un animale, egli è non imputabile poiché non ha compreso *fisicamente* la condotta del premere il grilletto e sparare, ben diversa la situazione del soggetto che spara ad una persona, pensando che gli sia stato ordinato da un'entità ultraterrena, in questo caso ha ben in mente il carattere fisico dello sparare, tutta al più non si rappresenta le conseguenze della condotta, cioè l'evento morte provocato dal suo sparo.
2. «sapere o comprendere che le conseguenze della sua azione sono ingiuste», cosa significa? Se ci fermassimo ad analizzare solo il carattere fisico della condotta, il secondo esempio appena svolto non rientrerebbe nei casi di non imputabilità della M'Naghten Rules, creando una rischiosa iniquità di trattamento tra tipologie di disagio psichico. Grazie a due precedenti decisi dalla Corte dell'Ontario, si è aperta la strada per l'assoluzione di soggetti che comprendevano la negatività "fisica" della propria condotta, ma non le conseguenze (27). Si segue così il pensiero tipico dell'epistemologia, da sempre favorevole ad un'interpretazione estensiva delle M'Naghten Rules, nel senso di assolvere l'imputato qualora sia chiaro che non possa autodeterminarsi come le altre persone non affette da malattia mentale, solo così si può tener conto di patologie, tendenzialmente meno gravi, che dimidiano la capacità di volere, ma non quella di intendere.

Così ragionando il passo verso un progressivo superamento delle *rules* è davvero breve ed infatti avviene negli anni Settanta negli Stati Uniti, dove si afferma la teoria dell' *impulso irresistibile* (*irresistible impulse*), con la quale si lascia alle spalle l'applicazione troppo restrittiva della M'Naghten Rules e si dà accoglienza alle nuove scoperte della scienza psichiatrica, secondo cui il disagio psichico può produrre degli "impulsi irresistibili" che non permettono al soggetto di autocontrollarsi, pur lasciando inalterata la loro capacità di intendere.

Il rischio è tuttavia "opposto", esagerare nel dare interpretazioni estensive e dar rilievo ad una serie di disagi non così gravi da causare un vero e proprio vizio di mente (28), cancellando il fondamentale concetto psicologico forense di autocontrollo.

Un altro rilevante tentativo di superamento delle M'Naghten Rules è il c.d. Durham Test formulato nel 1954 (29), con cui le Corti statunitensi decidono di dare rilevanza ai semplici *mental defect* (anomalia mentali), concetto più ampio rispetto a quello di *mental disease* (malattia mentale) (30): «If his unlawful act was the product of mental disease or mental defect». Ben presto dottrina e giurisprudenza presero

coscienza dell'aleatorietà del concetto di *defect* (anomalia), con il rischio di dare eccessiva rilevanza alla perizia psichiatrica, trasformando il perito in giudice, analogamente a quanto è avvenuto in altri contesti, Italia compresa.

Così ben ventidue Stati della confederazione americana lo dichiararono illegittimo e resta correntemente applicato nel solo New Hampshire (31).

In definitiva ad oggi, negli Stati Uniti, il folle-reo ha la possibilità di optare tra tre strategie processuali di difesa: dichiararsi IST (incompetent to stand trial), cioè incapace di "stare a giudizio" a causa dello stato di mente, non comprendendo le dinamiche processuali e le accuse mosse, nonché le eventuali decisioni della giuria, il procedimento viene sospeso finché l'incapacità permane. Il giudice solitamente ordina la custodia cautelare in una struttura psichiatrica. Negli Stati Uniti vi sono annualmente circa 25 000 imputati che si dichiarano IST, ma solo il 25% di questi vengono valutati effettivamente incapaci di stare in giudizio dal giudice (32).

Se si vuole far rilevare invece l'incapacità di intendere e volere al momento della commissione del fatto di reato (e non al momento del giudizio come nel caso del IST), la scelta si restringe alla richiesta di essere dichiarati: NGRI (*not guilty by reason of insanity*) oppure GBMI (*guilty but mentally ill*). Le due richieste sono, in concreto molto simili, ma differiscono su un piano storico concettuale. Nel caso NGRI l'imputato sostiene di avere commesso il fatto a causa del vizio di mente, quindi l'esistenza di un nesso eziologico diretto tra malattia mentale e reato. L'onere probatorio a carico dell'imputato porta a far risultare questa tattica complessa e di scarso successo, solo una media di 85 imputati su 1000 si infatti dichiara NGRI e di questi solo il 28% riesce a persuadere la Corte (33).

La categoria giuridica del GBMI (colpevole, ma affetto da psicopatologia) è stata creata in una precisa circostanza storica, il processo per tentato omicidio contro John Hinckley, che nel 1971 cercò di assassinare il Presidente degli Stati Uniti Ronald Reagan. Assolvere il tentato assassino della massima autorità statunitense sarebbe stato difficile da giustificare di fronte all'opinione pubblica e difficilmente la giuria popolare, così importante nei procedimenti penali di common law, avrebbe assecondato le richieste della difesa di dichiarare Hinckley NGRI, dall'altro lato, non si potevano neanche ignorare le condizioni mentali dell'imputato. La Corte trovò il compromesso creando la *fictio iuris* del GBMI e quindi scegliendo di condannare il soggetto, ma di differenziare il suo percorso detentivo in ragione del vizio di mente.

In definitiva né il GBMI, né il NGRI sfuggono all'applicazione di una sanzione penale, ma, nel caso di GBMI, possono aggiungersi altre tipologie di sanzioni extrapenali, ad esempio, la sospensione di alcuni diritti civili e politici, su tutti il diritto di elettorato attivo e passivo.

In conclusione, alla luce della breve disquisizione circa il concetto di imputabilità nella tradizione di common law, è davvero singolare notare come il dibattito di dottrina e giurisprudenza in ordinamenti giuridici molto diversi tra loro per storia, sostrato culturale, regole e procedure, come possono essere l'Italia, gli Stati Uniti e il Regno Unito, sia, in realtà, molto più simile di quanto si possa immaginare, con i ricorrenti dubbi sull'opportunità di preferire un'interpretazione "aperta" o "chiusa" di imputabilità o sulle modalità con cui recepire giuridicamente le evoluzioni della scienza.

La sfida resta quindi, quella di trovare soluzioni *locali* a problemi *globali*.

Abbandoniamo ora la fase di cognizione del processo penale, per analizzare l'esecuzione di coloro ai quali sia stata riconosciuta l'*insanity defense* (non imputabilità per vizio di mente).

Dove e come la tradizione di common law punisce e cura i folli-rei? Quali sono i più rilevanti problemi del sistema delle misure di sicurezza? Quali i parallelismi con il sistema italiano? Fin dove si spinge il diritto penale?

Queste sono le domande cruciali che attendono una risposta.

Focalizzando l'attenzione sul Regno Unito, il testo legislativo fondamentale per comprendere il trattamento della malattia mentale (sia essa associata o meno all'aspetto criminale) è il *Mental Health Act* (MHA) (34) del 1983, che sostituisce il testo originale del 1959, emendato a sua volta nel 1997 e, più recentemente, nel 2007, nella parte in cui si prevede un potenziamento delle misure custodiali in funzione di difesa sociale.

Il MHA ha due sezioni fondamentali, la *Part II* riguarda la c.d. *civil admission*, cioè la presa in carico da parte del sistema sanitario nazionale (NHS) di tutti i malati psichiatrici *non criminal offender*, cioè non autori di reato.

La *Part III* (35) si occupa specificamente dei "Patients concerned in Criminal Proceedings or under Sentence", i folli-rei, i c.d. *mentally disordered offenders*, che alla psicopatologia associano anche l'aspetto criminale e quindi provengono dal Criminal Justice System.

L'art. 1 del MHA risolve immediatamente il problema di chi debba essere considerato, secondo il diritto inglese, "folle". Si statuisce infatti che sono interessati dalle disposizioni dell'*act* coloro che presentano un *mental disorder* (disordine mentale), una *mental illness* (malattia mentale), un *mental impairment* (insufficienza mentale) o un *psychopathic disorder* (disordine psicopatico). Spetta, ovviamente, alla scienza psichiatrica e non a quella del diritto dare significato a questi termini, tuttavia è la legge stessa a prevedere che il limite alla sua applicazione è costituito dalle *learning disability* (i disturbi dell'apprendimento), che non vengono quindi elevati al rango di vizi di mente di gravità tali da rendere necessarie misure coercitive.

Ma la presenza di un vizio di mente non è ragione sufficiente a giustificare il ricovero in ospedale psichiatrico: «La disciplina si muove dunque nella logica propria degli analoghi provvedimenti di ricovero presenti in altri sistemi giuridici europei, nei quali la custodia scatta solo in presenza della pericolosità del soggetto» (36).

L'art. 2 sezione 2 stabilisce infatti che: «An application for admission for assessment may be made in respect of a patient on the grounds that:

- a. (a) he is suffering from mental disorder of a nature or degree which warrants the detention of the patient in a hospital for assessment (or for assessment followed by medical treatment) for at least a limited period; and
- b. (b) he ought to be so detained in the interests of his own health or safety or with a view to the protection of other persons» (37).

Necessità di salute ed esigenze di sicurezza, associate al disturbo mentale sono quindi ragioni necessarie e sufficienti a giustificare il ricovero, che tuttavia deve essere bilanciato da una duplice garanzia: l'esame (*assessment*) del paziente deve essere svolto da due medici specialisti, che devono concordare sulle esigenze di ricovero, la durata massima è di 28 giorni, salvo che prima della scadenza non ne sia disposta la proroga (art. 2 sezione 4). Tale proroga può essere di sei mesi, poi seguita da ulteriori proroghe di periodi annuali, se persistono i presupposti ex art. 2 sezione 2.

L'art. 25 lettera H prevede tuttavia la dimissione del paziente per ordine dell'ufficiale medico, anche prima della scadenza, qualora vengano meno i presupposti per il ricovero.

Ma è l'art. 3 del MHA a introdurre comunque il *principio di sussidiarietà*, per il quale il ricovero è un' *extrema ratio*, qualora non vi siano altri strumenti idonei a salvaguardare le esigenze di salute e di sicurezza e qualora sia fallito il tentativo di *guardianship* (art. 3 sezione 2), una sorta di affidamento in prova ai servizi sociali, della durata minima di 14 giorni, durante il quale si cerca di evitare il ricorso all'istituzione totale.

Anche dopo le dimissioni, il monitoraggio del paziente da parte del servizio sanitario del servizio sociale non si esaurisce e permane la misura, a suo modo custodiale, dell' *after care supervision*, una sorta di licenza finale d'esperimento per soggetti, giova ricordarlo, non autori di reato.

Si noti come l'intero iter custodiale del folle non autore di reato, a partire dal ricovero, fino all' *after care supervision* sia totalmente affidato all'autorità medico-sanitaria, l'autorità giudiziaria ne resta completamente estranea, a meno che non sia il paziente stesso a richiederne l'intervento con ricorso contro i provvedimenti medici al *Mental Health Review Tribunal*(38).

La situazione si complica nel caso di *mentally disordered offenders*. Dalla lettera della norma traspare una generale accentuazione degli elementi custodiali, rispetto al quadro appena descritto tracciato dalla *Part II* del MHA.

In generale, come è tipico nella tradizione di common law, vi è la tendenza a fissare con legge solo i principi generali e "di sistema", lasciando ampio spazio all'interpretazione in concreto del giudice, infatti tutta la disciplina si impernia sull'ampio istituto dell' *hospital order* (ordine di ricovero), in caso di persona condannata e sull'istituto del *report on mental condition*, che è misura cautelare, in caso di soggetto in attesa di giudizio. Una differenziazione teorica, ma non pratica, visto che in entrambi i casi il paziente viene internato in un ospedale psichiatrico.

L'*hospital order* è fissato dall'art 37 del MHA, con particolari garanzie: l'*hospital order* può darsi solo in caso di reati punibili con la detenzione, è istituto alternativo alla già vista possibilità di *guardianship*, si applica solo se la natura e la qualità del disturbo mentale lo rendano appropriato e se sia probabile che

un tale trattamento possa migliorare o prevenire il deterioramento delle condizioni di salute del soggetto, sulla base di una perizia effettuata da due medici specialisti.

Dal punto di vista procedurale, il giudice prima di pronunciare l'ordine di ricovero deve valutare: l'esistenza di una struttura disponibile ad accogliere il paziente (è una valutazione, almeno in teoria, da farsi *in concreto*, tenendo conto delle esigenze terapeutiche del paziente) e l'accettazione del ricovero da parte del custode designato (solitamente un parente prossimo), che ha la facoltà di opporsi e prendere in carico il paziente.

Fin qui le differenze tra folle reo e soggetto non autore di reato sono praticamente inesistenti, non fosse altro per l'autorità che dispone il ricovero, da una parte un giudice di una Crown Court (organo collegiale, paragonabile alla Corte d'Assise italiana) o un *magistrate* (giudice monocratico), dall'altra l'autorità amministrativa-sanitaria.

Il divario tra le due tipologie di pazienti si allarga nel momento in cui l'art. 41 sez.1, prevede che la sola Crown Court (39) possa disporre in aggiunta all'*hospital order* un *restriction order*: «Where a hospital order is made in respect of an offender by the Crown Court, and it appears to the court, having regard to the nature of the offence, the antecedents of the offender and the risk of his committing further offences if set at large, that it is necessary for the protection of the public from serious harm so to do, the court may, subject to the provisions of this section, further order that the offender shall be subject to the special restrictions set out in this section; and an order under this section shall be known as a *restriction order*».

Si tratta sostanzialmente di un'ulteriore misura afflittiva, che sottolinea l'aspetto criminale del soggetto, a discapito delle esigenze di cura, poiché viene pronunciata tenendo conto di parametri preminentemente giuridico-criminali: la natura dell'offesa, i precedenti del reo, il rischio di commettere future «offese rilevanti» (40), la necessità di proteggere il pubblico da gravi danni causati dal soggetto. Più il soggetto è pericoloso più il giudice sarà propenso ad aggiungere un *restriction order*, oltre all'ordinario ricovero (41).

Si chiede al giudice di effettuare un giudizio *prognostico* sulla pericolosità del reo. Come tutti i giudizi di questo il tipo, in cui il giudice si deve pronunciare su eventi *futuri*, facendo una valutazione, ben poco giuridica, delle *probabilità*, si ripropongono le stesse critiche e sorgono gli stessi dubbi già espressi sul giudizio di pericolosità sociale richiesto dalla legislazione italiana. Le critiche non vengono cancellate, ma piuttosto attenuate, dalla previsione ex art. 41 sez. 2, di pronunciare il *restriction order*, solo se almeno uno dei due periti, ne sostiene la necessità e la validità in udienza.

L'effetto principale del *restriction order* è quello di dimezzare il potere della direzione dell'ospedale psichiatrico e accrescere quello dell'autorità giuridico-amministrativa, infatti il paziente potrà essere dimesso solo su ordine del *Secretary of State* o del *Mental Health Review Tribunal*, a prescindere dall'iter del suo percorso riabilitativo e dal decorso della malattia mentale. Una vera rivincita delle esigenze generalpreventive di sicurezza rispetto a quelle di cura e al diritto alla salute (43).

Ad ulteriore conferma della scelta di politica criminale del legislatore inglese, gli emendamenti al MHA del 1997 hanno riformato l'art. 45 A introducendo l'istituto del *hospital direction* eventualmente aggravato dal *restriction order* (o *limitation order*). Si prevede che qualora sussistano due condizioni:

1. L'autore di reato sia considerato imputabile e quindi condannato a pena detentiva da una Crown Court.
2. L'autore soffra di un c.d. *treatable psychopathic disorder*, cioè di un «persistent disorder or disability of mind (whether or not including significant impairment of intelligence) which results in abnormally aggressive or seriously irresponsible conduct on the part of the person concerned» (44), vale a dire disturbi particolarmente gravi, da rendere il soggetto molto aggressivo e altamente pericoloso, in ragione della loro marcata irresponsabilità, che li renderebbe refrattari ad accettare un percorso terapeutico su base volontaria.

La Crown Court in aggiunta alla pena può ordinare, sulla base del parere di due medici specialisti, il ricovero in ospedale psichiatrico, creando così una situazione non dissimile a quanto avviene in Italia, nel particolare caso idi *vizio parziale di mente*, dove pena e misura di sicurezza si sommano, raggiungendo il paradossale *hapax* del sistema del doppio binario.

Il regime ora illustrato è particolarmente gravoso, poiché il soggetto dovrà prima essere ricoverato e attendere che o la direzione dell'ospedale (se non sussiste il *restriction order*) o il *Secretary of State* e il *Mental Health Review Tribunal* (nel caso sussista un *restriction order*) decidano le sue dimissioni e poi, qualora resti da scontare una parte della pena eccedente il periodo di ricovero (45), dovrà essere

trasferito in carcere, a meno che non vi siano i presupposti per l'applicazione di una misura sospensiva.

Si è creato così un sistema altamente flessibile, che concede grandi poteri all'autorità giurisdizionale e che mira, coniugando esigenze punitive e trattamentali, a salvaguardare la collettività da soggetti particolarmente pericolosi e difficilmente contenibili in strutture diverse da quelle manicomiali (46).

La domanda che ora si pone è: dove vengono ricoverati i soggetti con un ordine di ricovero, siano essi autori di reato o meno?

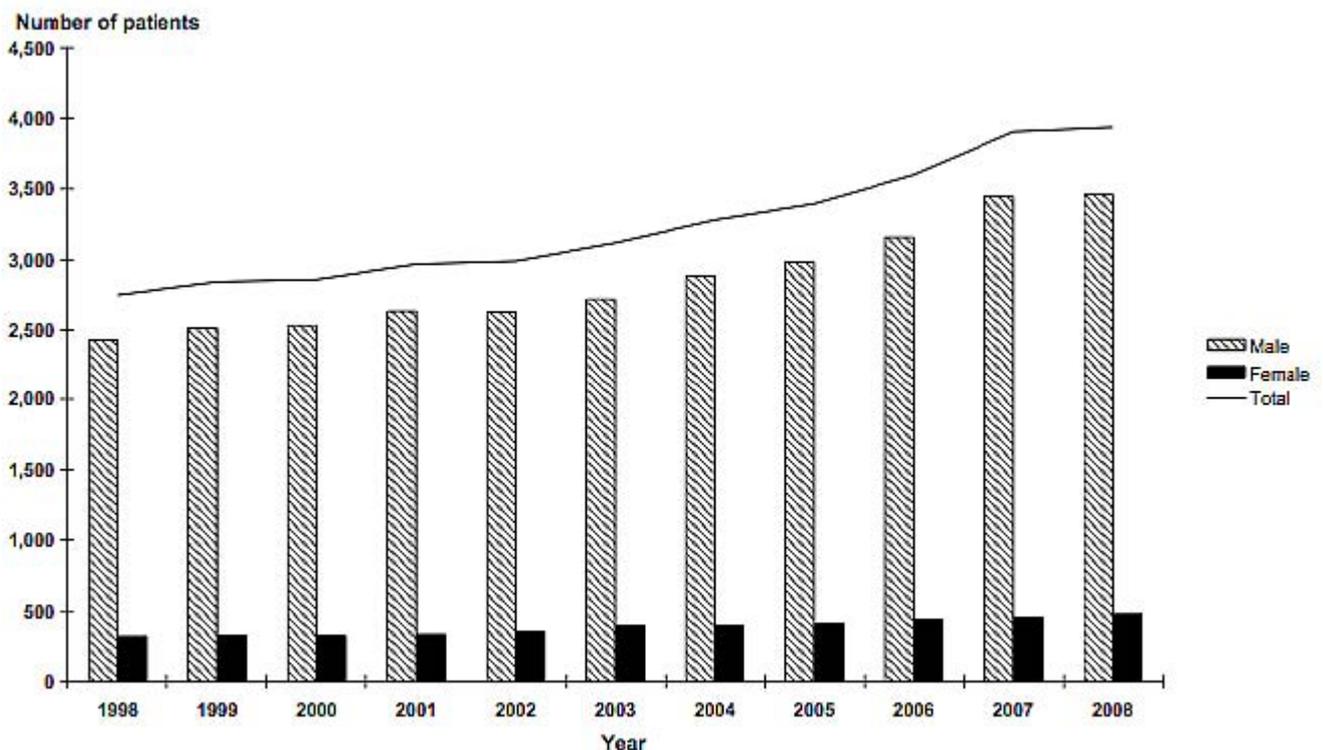
Dipende dalla loro pericolosità, esistono infatti due possibilità: gli *psychiatric hospitals*, per soggetti con un basso o medio grado di pericolosità e gli *High Security Hospitals* (o *special hospitals*) per soggetti che «require treatment under conditions of high security because of their dangerous, violent or criminal propensities» (47)(richiedono un trattamento in condizione di alta sicurezza, in ragione della loro pericolosità, violenza o propensione criminale) (48).

Poco o nulla è dato sapersi sulle modalità di valutazioni di tale triplice criterio, che ricordano molto gli studi di antropologia criminale di lombrosiana memoria, nonostante i documenti governativi ufficiali (49) precisino che «the high security hospitals have clear twin security and therapeutic objectives. The security objectives include the protection of the public, by seeking to ensure that patients do not escape or abscond, and the provision of a safe environment for staff and patients within the hospitals. The therapeutic objectives include the need to do everything possible to provide therapy for patients so that their illness/disorder can be treated and their behaviour made less dangerous for others and themselves. It was clear to the Review Team from the outset that security and therapeutic issues were so closely interrelated that security could not, and should not, be dealt with in isolation. It is also important to state clearly that maintaining high levels of security is the responsibility of all staff in a high security hospital, not just the security staff, and that good security and therapy will be seen as integrated concepts rather than opposite ends of a spectrum» (50).

Gli High Security Hospitals sono tre (Asworth, Broadmoor e Rampton) per il territorio di Inghilterra e Galles e uno, Carstairs, per Scozia e Irlanda del Nord e sono passati alla competenza del Ministero della Salute (National Health System) fin dal 1948 con l'approvazione del Criminal Justice Act, oltre mezzo secolo prima degli O.P.G. italiani.

Al 31 dicembre 2008 (51) vi erano 3937 pazienti "detenuti" in ospedale (52), 3460 maschi e 477 femmine, dei quali 1501 nuovi ricoveri. Un numero di presenze che segnala una crescita moderata ma costante, nell'ultimo decennio, dal 1% al 3% annuo, che significa più di mille pazienti in dieci anni.

Tabella 2.4: Presenze negli ospedali psichiatrici, secondo le previsioni del Mental Health Act nel decennio 1998-2008 (53)



**Tabella 2.5: Pazienti negli ospedali psichiatrici suddivisi per sesso, in numeri assoluti (54)**

Sex	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005 (1)	2006 (1)	2007 (1)	2008 (1)
Male	2,430	2,515	2,556	2,636	2,637	2,720	2,886	2,984	3,159	3,448	3,460
Female	319	327	322	333	358	398	396	411	442	458	477
All patients	2,749	2,842	2,858	2,969	2,999	3,118	3,282	3,395	3,601	3,906	3,937

Delle 477 donne, il 6%, cioè 30 detenute, sono ricoverate in High Security Hospital, il restante 94% (447 soggetti) in normali ospedali psichiatrici.

Numeri leggermente diversi per quanto riguarda la popolazione maschile: il 17% (577 persone) in High Security Hospitals e l'83% (2883) in altre tipologie d'istituto. Il 91% della popolazione internata negli High Security Hospitals è *criminal offenders* e conseguentemente sottoposta alle previsioni della Part III del Mental Health Act, solo il 9% delle presenze sono c.d. *ricoveri civili*, in ottemperanza delle prescrizioni ex Part II MHA.

**Tabella 2.6 (55): Confronto tra tipologie di ospedale per numero di ricoveri ("admissions") annui**

Type of hospital	Sex	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
High secure hospital <sup>(2)</sup>	Male	105	98	80	78	71	90	123	104	107	81	109
	Female	12	19	14	10	8	11	7	8	4	3	1
	All patients	117	117	94	88	77	101	130	112	111	84	110
Other hospital <sup>(2)</sup>	Male	871	909	900	821	823	858	1,095	1,109	1,172	1,215	1,212
	Female	102	93	78	83	103	127	104	129	157	159	179
	All patients	974	1,002	978	909	929	995	1,199	1,238	1,329	1,374	1,391
All hospitals	Male	976	1,007	980	899	894	948	1,218	1,213	1,279	1,296	1,321
	Female	115	112	92	93	112	138	111	137	161	162	190
	All patients	1,091	1,119	1,072	997	1,006	1,086	1,329	1,350	1,440	1,458	1,511

Dal punto di vista diagnostico-patologico, il 66% dei pazienti è affetto da una malattia mentale (*mental illness*), il 29% da un disordine mentale (*psychopathic disorder*), il restante 5% da un ritardo mentale (*mental impairment*) di gravità più o meno accentuata.

Per quanto riguarda invece l'analisi dell'età media degli internati si tenga conto di una differenza giuridica e culturale piuttosto marcata rispetto alla tradizione italiana: la legge inglese permette l'internamento anche dei minorenni, ovviamente si tratta di un' *extrema ratio*, ma pur sempre possibile qualora il minore «fulfil the adult admission criteria» (56), nel 2008, dei 104 maschi sotto i 20 anni, 33 erano minorenni e ben 13 femmine. Un dato conferma la rigidità del sistema penale anglosassone nei confronti dei minorenni.

**Tabella 2.7: Pazienti negli ospedali psichiatrici suddivisi per fasce d'età**

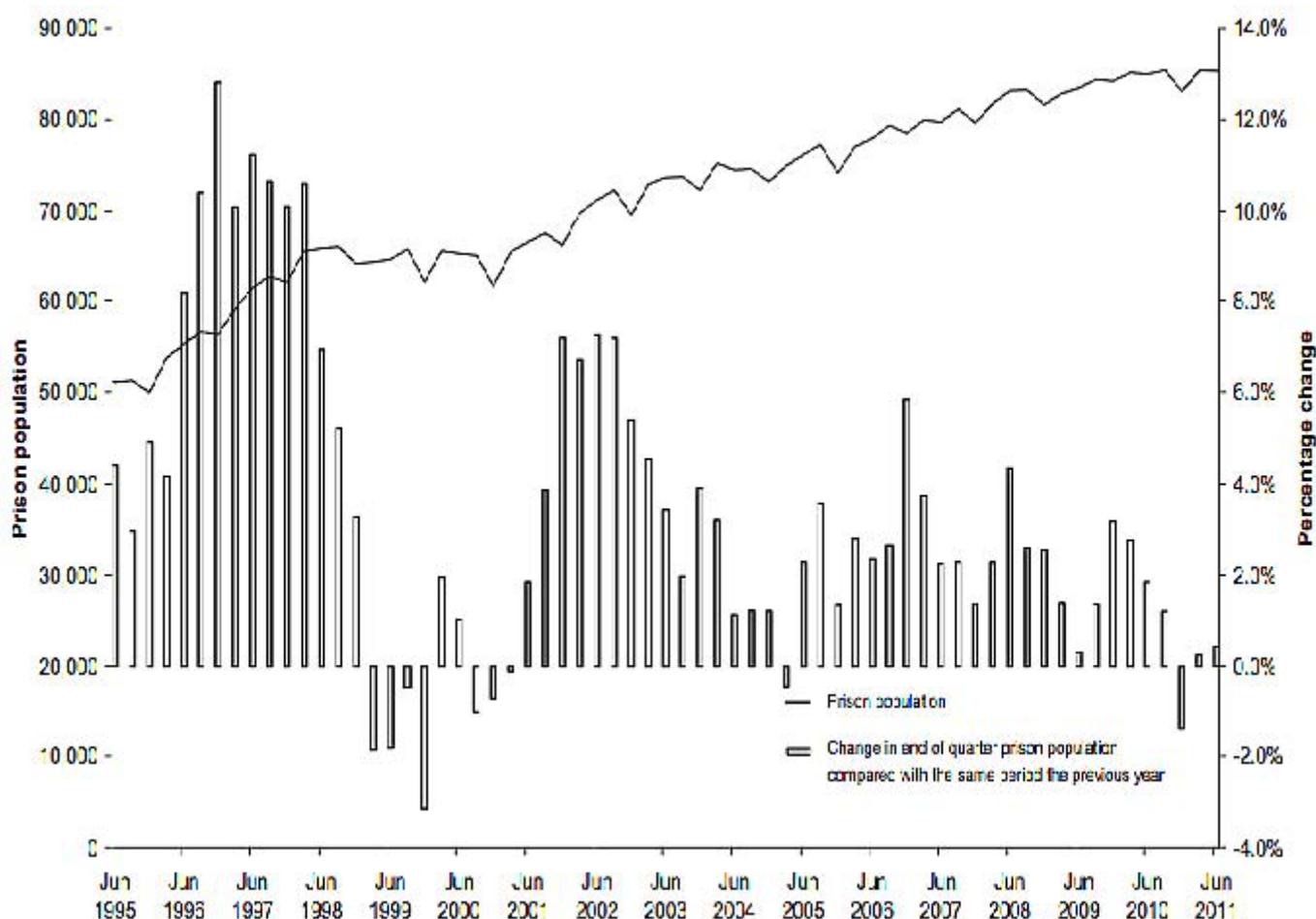
	20 and under	21-39	40-59	60+	All ages
Male	104	1,668	1,392	296	3,460
Female	18	243	199	17	477
All patients	122	1,911	1,591	313	3,937

Per evitare di riproporre gli errori di un approccio eccessivamente neopositivista, in cui il numero diventa, non punto di partenza, ma risultato dell'analisi sociologica, occorre contestualizzare le cifre e le percentuali appena fornite, cercando di "incrociare" le statistiche per meglio comprenderne la portata.

Quattromila pazienti in ospedali psichiatrici sono tanti o pochi? Apparentemente, considerando che la popolazione inglese è di circa 61 milioni di abitanti, il numero sembra piuttosto elevato, più del doppio degli internati italiani, pur avendo l'Italia un numero equivalente di abitanti, ma occorre contestualizzare, tenendo conto della tradizione inglese di largo utilizzo della carcerazione, rispetto alle altre realtà europee, almeno nella c.d. Europa Occidentale.

Al 30 giugno 2011 la popolazione detenuta era di 85374 (81189 maschi e 4185 femmine), cifre davvero importanti, che permettono quindi di rivalutare il numero di internamenti.

Tabella 2.8: Popolazione carceraria, suddivisa per quadrimestri dal giugno 1995 al giugno 2011, con indicazione di variazione percentuale rispetto al medesimo quadrimestre dell'annualità precedente (57)

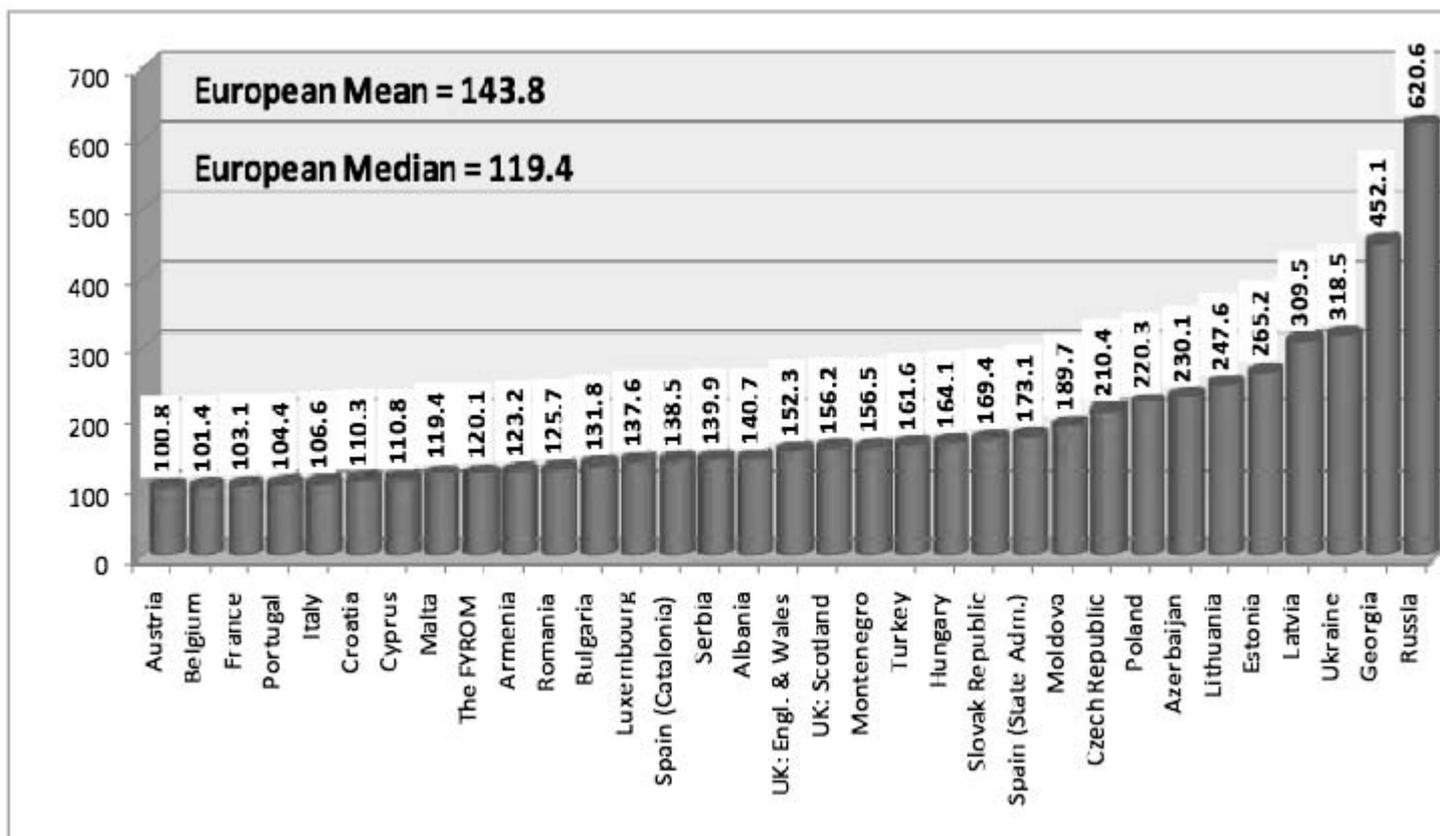


Si nota, come, esclusi brevi periodi tra il 1998 e il 2000, dove la popolazione carceraria è diminuita, con percentuali comunque sempre inferiori al 4%, negli ultimi 15 anni la Società del rischio ha fortemente influito l'attività degli operatori giuridici e, conseguentemente, fatto "esplodere" il sistema carcerario, da tempo malato di quella grave e apparentemente incurabile malattia che è la «schizofrenia penitenziaria» (58).

Una patologia che non affligge certamente solo il Regno Unito, basta procedere ad una comparazione tra Paesi europei (componenti del Consiglio d'Europa) per avere un quadro poco confortante.

Il Council of Europe Annual Penal Statistics fornisce annualmente un quadro statistico completo dello "stato di salute" dei sistemi penitenziari. Il dato più interessante è quello della c.d. densità penitenziaria, cioè il rapporto tra popolazione nazionale e numero di detenuti (59).

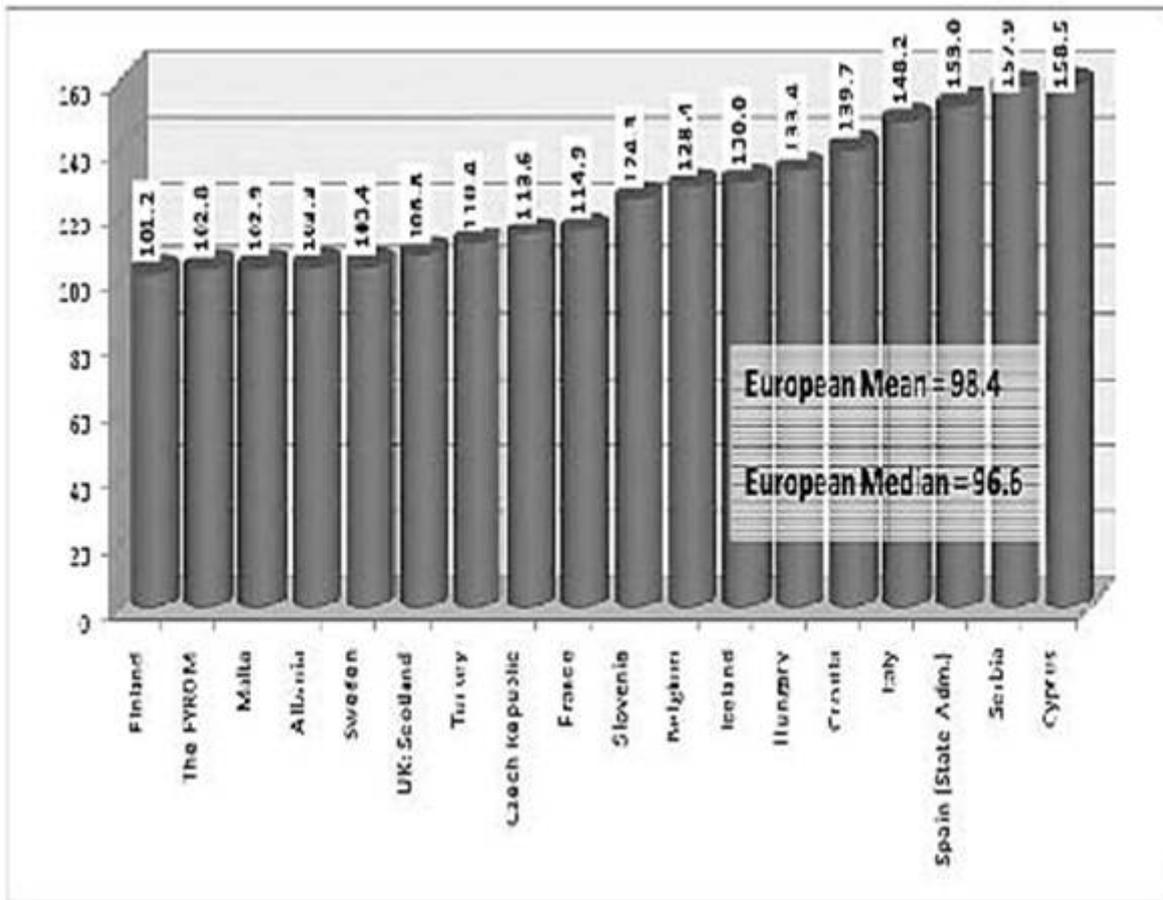
Tabella 2.9 (60): "Densità penitenziaria": numero detenuti ogni centomila abitanti



Si evince come le esigenze custodiali del Regno Unito (152.3 di densità), siano ben superiori alla media europea (119.4). Erroneo pensare che numeri così significativi, siano il risultato di una fase straordinaria ed emergenziale, poiché rientrano piuttosto in una sorta di tendenza a incarcerare di più, accettata e spesso incentivata, dall'opinione pubblica anglosassone.

I dati sul sovraffollamento infatti parlano chiaro: il Regno Unito (fatta esclusione per la Scozia) non è tra i Paesi Europei con carceri "al collasso", dove vi sono più detenuti rispetto alla capacità. Le "maglie nere" europee sono infatti concentrate nella parte orientale del continente, con le eccezioni negative di Italia e Spagna.

Tabella 2.10 (61): Sovraffollamento: rapporto numero detenuti ogni 100 posti disponibili



Non è pleonastico aver proposto una breve digressione riguardante il sistema carcerario "ordinario", poiché esso è legato a doppio mandato con la questione con gli High Security Hospitals.

Se infatti si procede ad un'analisi più approfondita dei pazienti ristretti negli ospedali psichiatrici, suddividendoli per categorie giuridiche (*legal categories*) si scopre che un quarto di loro (937 su 3937) proviene da carceri ordinarie, poiché trasferiti o mentre erano in attesa di giudizio o mentre già scontavano una condanna definitiva. Dai numeri non si evincono le motivazioni del trasferimento, ma si può supporre che, se una parte dei "trasferiti" presenta effettivamente esigenze terapeutiche tali da richiedere il ricovero in una struttura più ospedaliera che carceraria, non si esclude che un'altra percentuale sia stata soggetta ai c.d. trasferimenti disciplinari, frutto dell'incapacità di contenere il soggetto, che ostacola il pacifico funzionamento della vita penitenziaria e necessita, a detta degli operatori carcerari, una tipologia di regime a suo modo maggiormente "punitivo", che faccia massiccio ricorso a contenzioni chimico-farmacologiche o addirittura fisiche.

Tabella 2.11 (62): Popolazione internata suddivisa per posizioni giuridiche

Legal category	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Transferred from Prisons Service establishment after sentence	402	386	386	402	410	489	505	551	527	654	703
Transferred from Prisons Service establishment while unsentenced or untried	133	151	151	160	141	174	169	218	175	284	234
All transferred from prison	570	536	537	562	551	663	674	779	702	938	937
Hospital order with restriction order	1,733	1,852	1,860	1,910	1,330	1,909	1,976	2,341	2,432	2,624	2,678
Recalled after conditional discharge	233	287	285	287	270	308	351	-	-	-	-
Transferred from Scotland, Northern Ireland etc	3	3	3	3	3	3	3	2	3	8	7
Unfit to plead	110	120	124	152	170	180	205	212	234	244	255
Not guilty by reason of insanity	25	23	28	34	30	37	35	42	51	46	47
Hospital and limitation direction	-	5	7	10	9	11	10	11	14	16	13
Other	17	16	14	11	8	7	6	5	5	0	0
All legal categories	2,743	2,842	2,868	2,969	2,330	3,118	3,262	3,385	3,331	3,906	3,637

Dalla seconda parte della Tabella 2.11 si evincono anche gli effetti concreti che le disposizioni legislative del Mental Health Act precedentemente descritte, hanno sul funzionamento delle istituzioni manicomiali.

Si nota infatti la frequenza, che diventa quasi automatismo, con cui i giudici tendono ad aggiungere all'*hospital order* un più affittivo *restriction order*.

La metà degli internati dovrà attendere quindi che sia l'autorità amministrativa (Secretary of State) o quella giudiziaria (Health Tribunal Review) e non quella sanitaria a decidere sulle sorti delle loro eventuali dimissioni o proroghe del ricovero. Se a questi aggiungiamo i detenuti trasferiti dalle carceri ordinarie, capiamo quanto il ruolo del diritto sia preminente a quello della scienza psichiatrica.

Più ospedali o più carceri? La risposta ora è più chiara, nonostante lo staff degli high security hospitals si affretti a precisare (63): «Because of the outside appearance of the buildings, especially its high walls, and the inaccurate news reporting it has often received, many people believe that Broadmoor Hospital is a prison - it's not. Although most patients are referred by the criminal justice system, they are still patients in hospital and their daily routines and treatment programmes are designed to assist their therapeutic recovery» (64).

Al di là delle dichiarazioni di circostanza: «There is a general perception that people come to Broadmoor and we throw away the key and they're here for ever. That's certainly not the case» (65), c'è la chiara

sensazione che la sicurezza diventi una vera ossessione e che i percorsi terapeutici non siano affatto all'altezza delle aspettative. Il Review Team incaricato dal governo britannico di svolgere un'indagine sugli High Security Hospital riporta: «The Review Team found it difficult to obtain conclusive information about the hospitals' level of success in treating and rehabilitating patients. Certainly our overall impression on our visits to wards was of a shortage of opportunities for meaningful activity for patients, either within the ward itself or off the ward. Indeed we frequently found wards with the majority of patients on the ward either watching television or simply sitting around. We made attempts to survey the levels of activity but, whilst we were most appreciative of the efforts of hospital personnel to provide us with available information, we felt that there was insufficient comprehensive and reliable information to enable us to draw fully supportable conclusions» (66).

Anche l'opinione dei mass media è piuttosto severa riguardo all'amministrazione di tali strutture: larga eco hanno avuto le indagini riguardanti presunti episodi di violenza, spaccio di droga, sfruttamento della prostituzione e pornografia all'interno degli high security hospital con un coinvolgimento diretto di alcuni membri dello staff, alla fine degli anni Novanta (67). Sul fronte della c.d. stampa scandalistica, diffusissima nel Regno Unito, ad una prima ricerca negli archivi multimediali risulta che le notizie riguardanti gli istituti manicomiali presentano un'alea di mistero parafabesca e sono pertanto classificabili, al fine di una seria analisi sociologica, nella non troppo rilevante categoria della "macchiettistica" (68).

Difficile prevedere come si evolveranno nel futuro prossimo gli High Security Hospital, poichè la questione dei folli rei sembra oggi nel Regno Unito lontana dall'attenzione dell'opinione pubblica e della politica, è tuttavia sintomatico notare che la decisione più recente, adottata dal Governo (69), esecutiva a partire dal 1 agosto 2011, riguarda l'implementazione delle misure di sicurezza delle tre strutture (Ashworth, Broadmoor e Rampton), con un finanziamento, già messo a bilancio, di 55 milioni di sterline (circa 62 milioni di Euro), che andrà a gravare economicamente sulla già alto costo *pro folle reo* a carico dello Stato (circa 2000 sterline a settimana, poco meno di 300 sterline al giorno) (70).

Pare essere questa l'ennesima conferma di una società affamata di sicurezza e di un atavico istinto punitivo, dove lo psicotico delinquente diventa sempre più *reo* e sempre meno *folle*, sempre più punito e sempre meno curato.

## Note

1. Vedi supra, Cap.I, nota 17.

2. Pelissero, *op. cit.*, p. 176.

3. Ibidem.

4. Pelissero, *op. cit.*, p. 176.

5. La scelta di limitare lo studio comparatistico del trattamento dei folli rei ai soli Regno Unito e Stati Uniti è dettata principalmente dalla possibilità dell'Autore di approfondire la tematica durante un semestre di studio e ricerca al Center for Transnational Legal Studies di Londra. Particolarmente utili ai fini dell'argomento trattato sono stati gli incontri con Andrew Bridge, direttore del Probation System, Andrew Coyle, già direttore penitenziario, presidente del International Center for Prison Studies, Essex University e Peter Tague, professore di procedura penale e deontologia forense alla Georgetown University di Washington.

6. Sul caso Svezia cfr. Maria Teresa Collica, *op. cit.*, p. 144. L'ipotesi di cancellare la previsione della non imputabilità sarà ripresa in Italia, come vedremo, dalla proposta di legge Corleone.

7. L'idea era quella di finanziare programmi di risocializzazione di gruppi di autori particolarmente predisposti a commettere reati, basati su tecniche di terapia di gruppo e di psicologia sociale. Al di là di poche sperimentazioni, il programma non riuscì mai a raggiungere i risultati sperati su larga scala e quindi fallì. Cfr. Klaus Volk, *Imputabilità e misure di sicurezza nell'ordinamento tedesco*, in Manna, *op. cit.*, p. 145.

8. *Detenzione* è la traduzione letterale di "detention", termine ufficiale utilizzato per definire l'internamento o il ricovero in ospedale psichiatrico. Gli internati sono definiti *detenuti* ("detained").

9. Attenzione alla corretta lettura del dato statistico, poiché se i numeri assoluti di internati sono, nel complesso, diversi, ma omogenei (70000 negli U.S.A., circa 50000 in U.K.), occorre tener conto che la

popolazione statunitense è di 310 milioni di persone, quella inglese di appena 61 milioni.

10. La section 136 del Mental Health Act prevede testualmente:

«(1) If a constable finds in a place to which the public have access a person who appears to be suffering from mental disorder and to be in immediate need of care or control, the constable may, if he thinks it necessary to do so in the interests of that person or for the protection of other persons, remove that person to a place of safety within the meaning of section 135 above.

(2) A person removed to a place of safety under this section may be detained there for a period not exceeding 72 hours for the purpose of enabling him to be examined by a registered medical practitioner and to be interviewed by an [approved mental health professional] and of making any necessary arrangements for his treatment or care».

11. Tabella tratta da *In-patients formally detained in hospitals under the Mental Health Act 1983 and patients subject to supervised community treatment*, National Health Service, Londra, 2010.

12. David Levinson (a cura di), *Encyclopedia of crime and punishment*, Vol.3, SAGE Publication, London, 2002, p. 1046.

13. Levinson, *op. cit.*, p. 1047.

14. La metà delle persone senza fissa dimora (*homeless*) presentano anche una diagnosi psichiatrica.

15. Antonino Calogero, *op. cit.*, p. 41.

16. Levinson, *op. cit.*, p. 1048, traduzione dell'Autore.

17. Le primissime testimonianze sul dibattito riguardo all'imputabilità risalgono al XIII sec., quando le Corti inglesi iniziarono ad escludere la punibilità del soggetto in caso di *complete madness* (letteralmente, "completa pazzia").

18. Finnar Mc Auley, *L'imputabilità nel diritto di common law*, in Manna, *op. cit.*, p. 131 e ss.

19. Farlex, free legal dictionary, alla voce *insanity defense*.

20. Traduzione dell'Autore.

21. McAuley, *op. cit.*, pag 131.

22. McAuley, *op. cit.*, p. 132.

23. *M'Naghten's Case*, 8 Eng. Rep. 718 (1843).

24. Ricostruzione storica tratta dal portale di giurisprudenza inglese FindLaw.com e da Mc Auley, *op. cit.*, p. 132.

25. Singolare notare come la dottrina e la giurisprudenza fossero così divise che il precedente fu fissato dalla House of Lords, evento molto raro, poiché, solitamente, sono le Court of Appeal a fissare le nuove regole giuridiche.

26. Cfr. FindLaw.com.

27. Cfr. Mc Auley, *op. cit.*, p. 134. Il primo caso risale al 1959 quando nello Stato dell'Ontario, un uomo, psicotico depresso, uccise i suoi due figli, convinto che in un futuro prossimo le avrebbe riprese con sé. Egli ha quindi capito che l'omicidio era un atto *contra legem*, ma non ne ha compreso appieno le conseguenze, vale a dire l'irreversibilità dell'evento morte. Il secondo è un caso del 1967: un imputato ha visto un ritratto di Gesù mostrato in una vetrina di un negozio in mezzo ad altri generi merceologici, ritenendolo profondamente blasfemo, decidendo così di comprarlo, ponendo fine alla presunta blasfemia. Tuttavia trovandosi senza soldi e ha scelto di procurarseli rapinando la vicina banca. La Corte ha in questo caso ritenuto che l'imputato si dovesse considerare non imputabile, poiché, pur avendo compreso natura e qualità della sua condotta, non ha inteso che i motivi erano destituiti di ogni razionalità.

28. Mc Auley, *op. cit.*, p. 136.

29. Prende il nome dal primo caso in cui fu applicato *Durham v. United States*, 214 F. 2d 862 (D.C. Cir. 1954).

30. Cfr. Maria Teresa Collica, *op. cit.*, p. 146.

31. Farlex, free legal dictionary, alla voce *insanity defense*.

32. Cfr. Levinson, *op. cit.*, p. 1046.
33. *Ibidem*, p. 1047.
34. Il testo completo in lingua originale del MHA è [disponibile online](#). Nelle pagine successive si farà riferimento a questa versione, la traduzione è a cura dell'Autore.
35. Section 35 e ss.
36. Pelissero, *op. cit.*, p. 171.
37. Traduzione dell'Autore: «La richiesta di ricovero viene formulata nel caso in cui il paziente:
- soffra di un disturbo mentale di natura e intensità da rendere necessaria il ricovero (la *detention*) in ospedale per una perizia psichiatrica (o per una perizia seguita da un trattamento sanitario) for un periodo limitato di tempo,
  - dovrebbe essere ricoverato nell'interesse della sua stessa salute o sicurezza o in relazione a protezione di terzi».
38. Pelissero, *op. cit.*, p. 171.
39. Tale organo giurisdizionale ha competenza su reati tendenzialmente più gravi e viene definita *higher court* (giudice supaeriore).
40. Traduzione letterale dell'espressione: «offences if set at large».
41. Cathey Cobley, *Sex offender. Law, Policy and Practice*, Jordans, Bristol, 2006, p. 222-223.
43. Pelissero, *op. cit.*, p. 173.
44. Art.1 MHA 1983.
45. Se invece il periodo di ricovero è stato più lungo della pena inflitta, il folle-reo sarà considerato come un qualsiasi soggetto a cui è stato applicato un hospital order con restriction order.
46. Pelissero, *op. cit.*, pag 174.
47. Ministry of Justice, *Statistics of Mentally Disordered Offenders 2008 England and Wales*, bulletin of Statistics, Londra, 2008.
48. Traduzione dell'Autore.
49. *Ibidem*, p. 5.
50. Traduzione dell'Autore: «Gli high security hospitals hanno un duplice obbiettivo: la salute e la sicurezza. La sicurezza include la salvaguardia dei consociati, badando bene a prevenire ogni tentativo di fuga o evasione dei pazienti e creando un ambiente lavorativo sicuro per tutti i membri dello staff e i pazienti all'interno dell'ospedale. Le finalità terapeutiche include il fare tutto il possibile affinché la malattia/disturbo possa essere trattato e affinché i comportamenti dei pazienti non arrechino danno a loro stessi e agli altri. E' chiaro che sicurezza e cura sono strettamente correlati e la sicurezza non potrebbe, anzi non dovrebbe, essere un criterio di valutazione e di lavoro a sé stante. Il mantenimento di alti livelli di sicurezza è compito non solo del personale specificamente addetto alla sicurezza, ma di tutti gli operatori, solo considerando salute e sicurezza due facce della stessa medaglia e non due opposti inconciliabili, gli high security hospitals potranno raggiungere gli obiettivi prefissati».
51. E' questa l'ultima rilevazione statistica disponibile, poiché il Governo inglese ordine la compilazione di un Bollettino Statistico ufficiale, su specifica e consuetudinaria richiesta del Parlamento, soltanto ogni tre anni, i prossimi dati saranno disponibili non prima del 2012. Apparentemente impossibile avere cifre statistiche relative a tempi più recenti, nonostante i numerosi tentativi dell'Autore di ottenerli sia dal Ministero di Giustizia che dal National Health System, la risposta ricorrente è sempre stata: «not available» (non disponibili).
52. Si tratta qui dei soli pazienti che rientrano nelle previsione legislative del Mental Health Act del 1983, non della totalità dei pazienti psichiatrici ospedalizzati, rilevati invece *supra* Tabelle 2.1 e 2.2.
53. Ministry of Justice, *Statistics of Mentally Disordered Offenders 2008 England and Wales*, bulletin of Statistics, Londra, 2008.
54. *Ibidem*.
55. Ministry of Justice, *Statistics of Mentally Disordered Offenders 2008 England and Wales*, bulletin of

Statistics, Londra, 2008.

56. «Soddisfi i criteri di ricovero previsti per gli adulti».

57. Ministry of Justice, *Offender Management Statistics, Quarterly Bulletin*, Londra, 2011.

58. Andrew Coyle, intervista all'Autore del DATA. Il Presidente dell'International Center for Prison Studies sostiene che la risposta del sistema penale all'esigenze di sicurezza della popolazione è assolutamente sproporzionata rispetto alle effettive necessità.

59. Il concetto di "detenuto" varia da Paese a Paese, il Consiglio d'Europa ne dà una definizione il più estensiva possibile, comprendendo i detenuti con sentenza passata in giudicato, quelli in attesa di giudizio, quelli sottoposti a misure cautelari o a misure di sicurezza detentive.

60. Consiglio d'Europa, *Annual Penal Statistics*, Strasburgo, 2011.

61. Consiglio d'Europa, *Annual Penal Statistics*, Strasburgo, 2011.

62. Ministry of Justice, *Statistics of Mentally Disordered Offenders 2008 England and Wales*, bulletin of Statistics, Londra, 2008.

63. Testo tratto dal sito internet del Broadmoor high security hospital, l'unico dei quattro ospedali psichiatrici giudiziari inglesi ad avere un sito internet, dove oltre alla descrizione della struttura e delle modalità di trattamento degli internati, viene consentito di usufruire di alcuni servizi multimediali, il più particolare la possibilità di inoltrare online una richiesta di colloquio con uno dei pazienti.

64. Traduzione dell'Autore: « A causa delle apparenze dall'esterno dell'edificio, specialmente le alte mura di cinta e a causa di ciò che spesso riportano imprecisi mass media, molte persone credono che Broadmoor sia un carcere, ma non lo è. Nonostante molti dei pazienti arrivino dal sistema penale, restano prima di tutti pazienti di un ospedale, la loro routine quotidiana e i loro programmi terapeutici sono pensati per assistere e agevolare la loro riabilitazione».

65. Kevin Murray, direttore sanitario del Broadmoor Hospital, intervista a "Today" BBCradio, 9 maggio 2011. Traduzione dell'Autore: «C'è la percezione generale, che le persone entrino a Broadmoor e si butti via la chiave della loro cella e resteranno ricoverati per sempre. Ma certamente non è così».

66. Review Team, *Report of the Review of Security of the High Security Hospitals*, Londra, 2000, p. 8. Traduzione dell'Autore: « Il review Team ha incontrato molte difficoltà ad ottenere informazioni riguardo alle percentuali di successo dei percorsi terapeutici e riabilitativi. Certamente, un'impressione generale durante la nostra visita tra le corsie è stata quella di poche opportunità per i pazienti, costituite soprattutto da attività inutili, sia dentro che fuori la struttura. Infatti, abbiamo trovate reparti dove la maggior parte dei pazienti era coricata o seduta a guardare la televisione o semplicemente a non fare niente. Abbiamo tentato di indagare la reale qualità delle attività riabilitative, ma nonostante gli sforzi del personale a fornire le informazioni disponibili, ciò è risultato molto difficile, tant'è che il materiale raccolto è insufficiente a tracciare conclusioni generali e attendibili».

67. BBC News, [Shameful top security hospital escapes closure](#).

68. Sulle pagine Wikipedia dedicate ai singoli high security hospital vi sono liste complete dei più "celebri e pericolosi criminali" (*notable patients*) rinchiusi in queste strutture, correlati alla loro biografia criminale. Molto gettonata e ripresa da diversi media, la storia, tra fiaba dell'orrore e cronaca, della c.d. Sirena di Broadmoor. Nel 1951 dall'ospedale di Broadmoor, John Straffen, duplice omicida, internato a causa di una grave schizofrenia, riuscì rocambolescamente a evadere dalla struttura, la sua fuga durò appena un'ora, ma in quel breve tempo riuscì comunque a stuprare e uccidere un'adolescente, Linda Boyer. In seguito alle proteste e le rimostranze degli abitanti del Berkshire, il Ministero della Salute avviò un'inchiesta su come implementare la sicurezza dell'ospedale: il metodo scelto fu quello di installare una sirena antibombardamento della Seconda Guerra Mondiale, che avrebbe suonato in caso di evasione di un paziente e di richiedere alle scuole della zona di adottare particolari protocolli di sicurezza e di sorveglianza. Tale sirena è a tutt'oggi in uso e viene testata ogni giorno alle dieci di mattina per due minuti. John Straffen è il criminale ad aver trascorso più tempo nel circuito penitenziario della storia inglese.

69. La decisione governativa accoglie completamente le linee di indirizzo elaborate dal Ministero della Salute e contenute nel Guidance on the High Security Psychiatric Services (Arrangements for Safety and Security at Ashworth, Broadmoor and Rampton Hospitals) Directions 2011. Nelle trenta pagine di osservazioni, gli esperti ministeriali affrontano le tematiche più disparate, dall'uso di console e videogames da parte degli internati, ad una regolamentazione delle visite di parenti e famigliari,

passando per consigli e protocolli sulla contenzione durante i periodi di *acuzia* dei pazienti.

70. Dato fornito da BBC News, *rubrica Health*, 22 agosto 2002.

## Capitolo terzo

### 3.1 L'O.P.G., istituzione *disomogenea*: I problemi

Nonostante il «sofferente psichico sia oggi oggetto di attenzione nel tentativo di recuperarne una dimensione più umana» (1), la misura del ricovero in O.P.G. ha finora resistito ad ogni esperimento di riforma.

Tale inquietante paradosso va inderogabilmente risolto, poiché l'evoluzione storicopsicologica (2) dimostra come i tempi siano ormai maturi per un oltre etico e giuridico all'istituzione totale O.P.G.

È quindi compito di questo capitolo completare l'indagine delle principali problematiche che riguardano il binomio cura-punizione dei folli-rei per poi sondare concretamente quali siano le reali soluzioni adottabili nel futuro prossimo venturo e quelle già in atto, seppur su piccola scala.

Non si tratta di pagano e improvvisato esercizio di fattucchieria, ma di *prova di civiltà* che coinvolge, senza possibilità di rinuncia, lo scienziato della psiche, il sociologico e il giurista.

Tuttavia è chiaro che per costruire il futuro occorra partire dall'esistente e da una «realtà complessa, sfaccettata, stagnante e che pure, nell'ultimo periodo ha subito un' accelerazione» (3), da un quadro sconcertante in cui spesso *nomina non sunt consequentia rerum*, consapevoli che teoria e pratica debbano ritornare a combaciare. Parte della dottrina, tuttavia contesta tale visione, notando come «la critica al sistema delle misure di sicurezza è stata inficiata dalla *critica ala funzionamento concreto* degli O.P.G.» (4), secondo questa opinione «gli scandali che hanno interessato alcuni istituti non devono portare a confondere quella che è una più che legittima denuncia delle condizioni dei ricoverati, laddove siano presenti condizioni di vita incompatibili con la tutela di fondamentali diritti della persona, con le critiche allo stesso sistema delle misure di sicurezza per i soggetti non imputabili e la previsione di una misura da eseguire in strutture chiuse. Il problema della concreta gestione, essenziale anche in prospettiva di riforma, deve essere tenuto distinto dalle obiezioni che coinvolgono il ricorso all'O.P.G., inteso come misura di sicurezza a carattere custodiale» (5). La posizione è da accogliere, purché non diventi alibi per l'ennesima riforma *nominale*, capace di rinnovare solo il dibattito intellettuale e non la *substantia rerum*.

Resta comunque un dato di fatto che «alla giustizia servono luoghi che si occupino di disturbati psichici violenti. E non importa se sono tanti o pochi e se la violenza non sia percentualmente più elevata rispetto alla popolazione in generale: ciò che conta è che esistono e che la legge se ne deve occupare» (6).

Ma l'odierna situazione dell'O.P.G. pone il dubbio se siano davvero i luoghi più adatti a occuparsi di folli-rei. La questione presenta profili di maggior criticità sotto quattro aspetti principali.

1. Le strutture.
2. Gli internati.
3. Il personale/gli operatori.
4. Le risorse finanziarie.

Analizzeremo ora brevemente queste quattro questioni da un punto tanto quantitativo quanto qualitativo, tenendo conto dei pochi e spesso contraddittori dati a disposizione (7), fattore che mette in difficoltà non solo chi si appresta ad approfondire la *quaestio* O.P.G., ma anche gli addetti ai lavori, che, per loro stessa ammissione (8), si trovano spesso ad operare in quadro disomogeneo e poco chiaro, che non agevola certo il sorgere di pratiche virtuose.

#### 3.1.1 Le strutture

«Le strutture che ospitano gli O.P.G. risentono ancora di destinazione d'uso che poco hanno a che vedere con la loro natura ospedaliera. Si tratta infatti di strutture destinate a conventi, caserme, carcere o nel caso specifico di Castiglione delle Stiviere di perpetuazione della destinazione di ospedale

psichiatrico civile (abolito) in O.P.G. Questa semplice constatazione basterebbe da sola ad evidenziare problematiche ed aporie tra enunciazioni di principio e realtà dei fatti. Certamente ogni struttura andrebbe guardata nella sua effettività per valutarne in tutti i suoi aspetti la rispondenza in termini di efficacia ed efficienza agli scopi istituzionali assegnati» (9).

Tabella 3.1 (10): riassunto e storia strutturale O.P.G.

	NAPOLI	REGGIO EMILIA	BARCELONA P.G.	MONTELUPO FIORENTINO	AVERSA	CAST DELLE
<i>Data di costruzione</i>	anno 1500	anni '80 inizio opg 1991	anno 1925	XVI secolo	epoca Medioevo	anno
<i>Estensione</i>	mq. 20.000	Mq. 28.035, di cui 7.633 adibiti ac OPG	Mq. 56.000 coperti 19.192			mq area mq
<i>Precedente destinazione</i>	convento			Fino a 1800 residenza famiglia dei Medici e Grancia di Toscana. Dal 1855 Istituto di pena e dal 1886 civile Manicomio criminale	Castello Aragonese, e convento, caserma, carcere ed infine OPG Ospedale psichiatrico	

Non è questa la sede per una completa analisi dell'architettura manicomiale, ma non si nega l'importanza, nell'ottica di un' auspicabile riforma, di tener conto dell'aspetto strutturale, al fine di evitare curiosi paradossi: il trasferimento di beni e strutture della sanità penitenziaria dallo Stato alle Regioni sancito ex art. 5 DPCM 1 aprile 2008 ha costituito, nella maggior parte dei casi, un costo aggiuntivo per le Amministrazioni regionali, poiché molti dei beni trasferiti, sia mobili che immobili, erano inutilizzabili o in condizioni tali da rendere necessario il loro *smantimento*, operazione parecchio onerosa.

### 3.1.2 Gli Internati (11)

È forse questo tra le quattro problematiche menzionate, quella più interessante da un punto di vista tanto sociologico quanto giuridico.

Si tratta infatti di indagare l'identità dell'internato in O.P.G. per posizione giuridica, caratteristiche antropologiche-culturali, tipologia del disturbo psicotico, profilo criminale, tipologia della pericolosità sociale da cui dipendeva l'internamento e durata dell'internamento. Dall'analisi di tali caratteristiche sorgono alcune delle domande cruciali: c'è un rapporto diretto tra aspetto criminale e aspetto psichiatrico? L'uso *in concreto* dell'internamento persegue gli stessi obiettivi previsti *in teoria* dalla legge penale per le misure di sicurezza e quindi la cura del soggetto? È sempre necessario il ricovero in O.P.G. o è plausibile pensare che l'internamento avvenga in strutture diverse dall'ospedale psichiatrico? Questioni fondamentali a cui urge fornire risposte.

Per chiarezza espositiva, occorre dare anzitutto conto delle c.d. *categorie giuridiche* in cui può essere suddivisa la popolazione internata. Si nota che la presenza di una pluralità variegata (se ne contano ben sette) di categorie giuridiche è il primo importante fattore di complicazione del campo giuridico dei folli-rei, di cui occorre tener conto ai fini di una qualsivoglia riforma dell'istituto.

Le categorie giuridiche sono essenzialmente le seguenti:

1) Internati prosciolti per infermità mentale (art. 89 e segg. c.p.) sottoposti al ricovero in ospedale psichiatrico giudiziario in quanto socialmente pericolosi (art. 222 c.p.): è il caso "classico", per cui un soggetto entra in O.P.G., in cui il soggetto è ritenuto non imputabile, ma socialmente pericoloso

2) Internati con infermità mentale sopravvenuta per i quali sia stato ordinato l'internamento in ospedale psichiatrico giudiziario o in casa di cura e custodia (C.C.C.) (12)(art. 212 c.p.): è categoria "gemella" della n.6, ma riguarda i non imputabili. Vi rientrano la maggior parte degli internati in c.d. *doppia diagnosi*, riconosciuti non imputabili per cause diverse dal vizio di mente (13) (ad esempio, la cronica intossicazione da alcol o da sostanze stupefacenti, il sordomutismo).

3) Internati provvisori imputati, in qualsiasi grado di giudizio, sottoposti alla misura di sicurezza provvisoria in ospedale psichiatrico giudiziario, in considerazione della presunta pericolosità sociale ed in attesa di un giudizio definitivo (art. 206 c.p., 312 c.p.p.): si tratta dell'*uso cautelare* della misura di sicurezza, in cui il giudice non si è ancora pronunciato definitivamente né sull'imputabilità né sulla pericolosità sociale.

4) Internati con vizio parziale di mente, dichiarati socialmente pericolosi ed assegnati alla casa di cura e custodia, eventualmente in aggiunta alla pena detentiva, previo accertamento della pericolosità sociale (art. 219 c.p.): è questa la categoria che meglio riassume le contraddizioni del sistema del doppio binario, si tratta infatti di persone semimputabili, che devono scontare cumulativamente sia una pena che una misura di sicurezza. Rientrano in questa categoria i seminfermi di mente ex art. 89, che hanno commesso il fatto in un momento in cui, per infermità, la loro capacità di intendere e volere era scemata grandemente e vengono ritenuti socialmente pericolosi.

5) Detenuti minorati psichici (art. 111 D.P.R. 230/2000, Regolamento di esecuzione dell'ordinamento penitenziario): è categoria complessa, poiché vi rientrano soggetti considerati imputabili (e quindi condannati) dal giudice di cognizione, ma che presentano, già al momento del fatto una patologia psichiatrica tale da non consentirne, o comunque sconsigliarne, a detta del giudice di sorveglianza, la permanenza in un istituto ordinario, ma non sufficientemente grave da compromettere, anche solo parzialmente, la capacità di intendere e di volere.

6) detenuti condannati in cui l'infermità di mente sia sopravvenuta durante l'esecuzione della pena (art. 148 c.p.): è il caso simile al precedente, nonché "categoria gemella" del n. 3 con la sola, ma rilevante differenza che la patologia mentale è sopravvenuta o si è *slatentizzata* durante la detenzione. Secondo il Regolamento di esecuzione dell'ordinamento penitenziario non è necessario il trasferimento in O.P.G., poiché possono essere destinati alle c.d. sezioni psichiatriche delle carceri.

7) Detenuti dei quali deve essere accertata l'infermità psichica, per un periodo non superiore a trenta giorni (art. 112 c. 2 D.P.R. 230/2000, Regolamento di esecuzione dell'ordinamento penitenziario): sono i c.d. detenuti *osservandi*, trasferiti in O.P.G per un periodo di osservazione psichiatrica, che può essere effettuato anche in un reparto di osservazione psichiatrica delle carceri, con il rilevante vantaggio della non sospensione del computo della pena.

I più recenti dati ufficiali contribuiscono a capire, quanto ognuna di queste categorie sia numericamente rilevante nel calcolo complessivo della popolazione internata.

Dalla lettura della Tabella 3.2 si scopre che un terzo degli internati totali arriva da un iter giudiziario "classico", appartenendo infatti alla categoria n.1, sono quindi soggetti non imputabili ma socialmente pericolosi.

Vi è poi un importante gruppo di internati "provvisori", riconducibili alla categoria n.3, che sottolineano la tradizione italiana di ampio ricorso alla detenzione (in questo caso, internamento) cautelare.

Tuttavia il dato che desta più sorpresa e preoccupazione è che esiste un buon numero di soggetti internati (circa 120) che provengono dal circuito carcerario, ciò evidenzia certamente come le attuali condizioni delle carceri siano *psicopatogene*, cioè siano la causa stessa del disturbo psichico e come le sezioni di osservazioni psichiatriche non siano ancora in grado di sopperire totalmente all'estrema ratio del trasferimento in O.P.G.

*Tabella 3.2 (14): Popolazione internata suddivisa per categorie giuridiche (al 14 Aprile 2011)*

Descrizione titolo ricovero	OPG	OPG	OPG	OPG	OPG	OPG	CCC: MP	TOTALE
	Castiglione delle Stiviere	Montelupo Fiorentino	Aversa	Napoli 3. Eframo	Reggio Emilia	Barcellona Pozzo di Gotto	Sollicciano femminile	
Internati ex art. 222 cp (OPG)	71 U	67 U	60 U	51 U	136 U	106 U		500 U
	37 D							37 D
Internati ex art. 219 cp (GCC)	43 U	48 U	52 U	27 U	60 U	63 U		203 U
	8 D						14D	22D
Internati provvisori ex art. 206 cp	79 U	31 U	116 U	19 U	28 U	125 U		398 U
	26 U							26 U
Accertamento infermità psichica ex art. 112, c2 DPR 230/00				6 U	7 U	2U		11 U
	4 U						1U	6U
Detenuti ex art. 148 cp		7 U	7 U	6 U	20 U	29 U		69 U
	6 D							6 D
Detenuti minorati psichici ex art. 111 c5 DPR 230/00				11 U	14 U	24 U		40 U
TOTALI UOMINI	193 U	153 U	244 U	119 U	265 U	349 U		1.323 U
TOTALI F. DONNE	81 D						15 D	96 D
<b>totale</b>	<b>274</b>	<b>153</b>	<b>244</b>	<b>119</b>	<b>265</b>	<b>349</b>	<b>15</b>	<b>1.419</b>

Chiarita la disomogeneità della popolazione internata, non si pensi che le difficoltà e le complessità del superamento dell'O.P.G. si risolvano con una semplificazione o riordino delle categorie giuridiche, occorre infatti procedere ad analizzare la complessità dell'internato (a prescindere dalla categoria giuridica di appartenenza) secondo tre aspetti salienti: l'aspetto personale (o antropologico), l'aspetto criminale, l'aspetto clinico.

L'aspetto personale (o antropologico) aiuta a comprendere chi è l'internato da un punto di vista prettamente sociologico. Come già rilevato il folle-reo è anzitutto un soggetto *deviante*. Egli è percepito come soggetto-altro rispetto al resto della popolazione e con un grado di *adeguamento sociale* molto deficitario (15).

Se si prendono infatti come riferimento i due parametri che tradizionalmente meglio misurano il grado di inclusione sociale, vale a dire il *livello di scolarità* e lo *stato civile*, indicante la capacità di costruire relazione affettive, si scopre che l'internato tipo è *celibe/nubile* e con un *basso livello di scolarità*.

Solo il 10% della popolazione internata è coniugato e poco più del 5% ha una scolarità medio-alta (meno di cento soggetti sono diplomati, una decina i laureati), nonostante gli analfabeti siano solo il 2.9%.

Tabella 3.3 (16): Internati secondo scolarità, stato civile e sesso.

GRADO DI SCOLARITÀ	STATO CIVILE												Totale			
	Non indicato		Celibe o nubile		Coniugato/a		Vedovo/a		Separato/a		Già coniugato/a o divorziato/a				Convivente	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
Analfabeta	-	-	25	1	8	-	1	1	-	-	1	-	1	-	31	2
Scolarità elementare non completa	-	-	29	-	8	-	2	1	2	-	2	-	-	-	53	1
Licenza elementare	4	-	241	5	50	3	11	3	19	-	10	-	1	-	356	14
Scolarità media inferiore non completa	1	-	17	-	2	-	-	-	1	-	-	-	-	-	21	-
Diploma scuola media inferiore	4	-	391	27	81	10	14	5	23	3	11	2	1	1	485	48
Scolarità media superiore non completa	-	-	10	-	-	-	1	-	2	-	-	-	-	-	13	-
Diploma professionale	-	-	23	-	3	-	1	-	1	-	-	-	-	-	29	-
Diploma di scuola media superiore	4	-	64	6	11	4	1	-	3	1	3	-	2	-	88	11
Laurea	1	-	9	-	-	-	-	-	1	-	2	1	-	-	13	1
Scolarità straniera non identificata	1	-	22	-	6	-	2	-	1	-	-	-	-	-	32	-
Non indicata	15	-	59	6	11	3	3	1	5	-	1	-	-	-	94	10
<b>TOTALE</b>	<b>40</b>	<b>-</b>	<b>900</b>	<b>45</b>	<b>125</b>	<b>23</b>	<b>36</b>	<b>11</b>	<b>58</b>	<b>4</b>	<b>31</b>	<b>3</b>	<b>5</b>	<b>1</b>	<b>1.195</b>	<b>87</b>

In linea con i *mentally ill offenders* inglesi (17), anche gli internati in O.P.G. sono tendenzialmente piuttosto giovani (l'età media è 41 anni), sporadici e statisticamente irrilevanti i casi di ultraottantenni, mentre il 25 % ha meno di 35 anni.

Tabella 3.4: Età popolazione internata istituto per istituto.

CLASSI DI ETÀ	Aversa	Barcellona Pozzo di Gotto	Castiglione della Stiviere	Montalupo Fiorentino	Napoli	Reggio Emilia	Totale		
	M	M	M	F	M	M	M	M %	
18-24	14	5	2	2	12	11	10	54	4,5
25-34	42	55	28	21	69	66	73	333	27,9
35-44	54	65	42	29	90	68	73	402	33,6
45-54	48	56	23	23	42	31	46	246	20,6
55-64	11	20	22	9	22	12	22	109	9,1
65-74	8	12	5	3	7	7	6	45	3,8
75-34	1	-	-	-	-	1	2	4	0,3
Non indicata	-	-	-	-	1	1	-	2	0,2
<b>TOTALE</b>	<b>188</b>	<b>213</b>	<b>122</b>	<b>87</b>	<b>243</b>	<b>197</b>	<b>232</b>	<b>1.195</b>	<b>100,0</b>

Se finora non stupisce eccessivamente il fatto che l'internato modello sia di mezza età, poco scolarizzato, celibe/nubile, poiché queste sono caratteristiche comuni alla maggioranza della popolazione carceraria, ciò che invece colpisce l'attenzione e stimola l'analisi sociologica è la nazionalità dell'internato, la quasi totalità dei folli-rei in O.P.G., è infatti italiano.

Se è vero che la presenza di una massiccia presenza popolazione detenuta straniera (comunitaria o extracomunitaria) è diventata una delle tante emergenze del sistema carcerario italiano, accresciuta dalla insostenibile scelta del legislatore di "criminalizzare" la provenienza geografica del soggetto (18), dando sì soddisfazione a discutibili istanze securitarie della cittadinanza, ma rischiando anche di accentuare giuridicamente l'esclusione sociale della popolazione immigrata, negli O.P.G. questo non sembra essere un problema rilevante.

Ancora una volta parlano i numeri (19): al 31 marzo 2011 su una popolazione detenuta di 67 600 unità, 24 834 sono stranieri, percentualmente significa il 36,7%, più di un detenuto su tre.

I più numerosi sono i marocchini (5.209, pari al 21%), seguiti dai romeni (3.609, pari al 14,5%), dai

tunisini (3.144, pari al 12,7%), dagli albanesi (2.873, pari all'11,6%) e dai nigeriani (1.235, pari al 5%).

Negli O.P.G. invece sono internati "soltanto" 172 stranieri, mentre 1338 su 1510 sono italiani, pari al 88.6%. Un solo straniero ogni dieci internati.

Anche qui prevalgono albanesi e marocchini, ma con numeri neanche lontanamente paragonabili a quelli delle carceri: il gruppo di extracomunitari più esteso sono 17 internati marocchini a Barcellona Pozzo di Gotto.

L'analisi dei perché di tale vistosa discrepanza meriterebbe una ricerca *a se stante*, ma si impongono comunque alcune riflessioni, la prima è di carattere culturale e riguarda il rapporto tra malattia mentale e tradizione religiosa, in numerose culture, soprattutto nell'Africa sub-sahariana e in Oriente, vi è la tendenza a non riconoscere la malattia mentale e comunque a tentarne la cura con metodi che poco hanno a che fare con la scienza psichiatrica, affidandosi alla medicina tradizionali o a particolari rituali parareligiosi.

Vi è poi la difficoltà dello psicologo o dello psichiatra a interfacciarsi con soggetti che non possiedono conoscenze linguistiche adeguate, il che crea parecchi problemi, essendo l'analisi psichica basata principalmente sul *linguaggio* e il *racconto del sé*. Ma le difficoltà sorgono già in una precedente fase di rilevazione del problema, infatti, a meno che il disagio psichico non si *slatentizzi* con un forte ed evidente episodio di violenza o comunque con un comportamento "visibile", è molto difficile individuare e aiutare il soggetto con evidenti problemi di comunicazione e in più in situazioni di cronico sovraffollamento e di mancanza di personale.

Anche il fattore economico-organizzativo potrebbe svolgere un ruolo, essendo le Aziende Sanitarie Locali e i DSM restii ad accollarsi i costi della cura del malato psichiatrico straniero, preferendo farli gravare sull'amministrazione centrale, in questo caso il sistema giustizia, piuttosto che iniziare onerosi percorsi di cura, malsopportati dal malato e dall'esito incerto.

L'aspetto criminale è quello che distingue il folle-reo dal resto della popolazione psichiatrica.

La maggior parte delle ricerche si è concentrata sulla tipologia di reati commessa dagli internati, sottintendendo l'esistenza di un rapporto tra pericolosità sociale, reato commesso e danno provocato alla società, parametro utile per valutare l'opportunità o meno del ricovero in O.P.G.

I pazienti internati possono tendenzialmente essere suddivisi in due macrocategorie: gli autori di reato *contro la persona* e gli autori di reati *contro il patrimonio* o comunque di minore allarme sociale.

Seppur con percentuali differenti, dovute alle diverse scelte metodologiche e classificatorie, rimane sempre preponderante il primo gruppo (con una forbice che va dal 56,71% rilevato da Manacorda nel 1983 (20) al 75% indicato nella ricerca di Andreoli nel 2001, da considerarsi più attendibile, non solo perché più recente, ma perché è, ad oggi, la prima unica analisi della totalità della popolazione internata e non un semplice monitoraggio "a campione").

Scorporando i dati a seconda delle tipologie di reato e seguendo la tripartizione proposta da Andreoli, tra reati contro la persona, contro il patrimonio e altri reati si profila il seguente quadro.

*Tabella 3.5: Profilo criminale della popolazione internata, suddivisione tra reati contro la persona e contro il patrimonio (tra parentesi il numero dell'articolo del codice penale)*

Reato commesso	M	F	Totale	%
<b>Reati contro la persona (*)</b>				
Omicidio volontario consumato (art. 575)	538	48	586	45,7
Lesioni personali volontarie (artt. 582)	131	8	139	8,5
Maltrattamenti in famiglia o verso i fanciulli (art. 572)	67	1	68	5,3
Estorsione (art. 629)	45	1	46	3,6
Violenza sessuale (art. 309 bis)	27	1	28	2,2
Resistenza a un pubblico ufficiale (art. 337)	26	-	26	2,0
Violenza carnale (art. 519)	16	-	16	1,2
Sequestro di persona (art. 605)	11	-	11	0,9
Violenza privata (art. 610)	11	-	11	0,9
Omicidio preterintenzionale (art. 584)	10	-	10	0,8
Lesioni personali colpose (art. 590)	9	-	9	0,7
Violenza o minaccia a un pubblico ufficiale (art. 335)	8	-	8	0,6
Percussione e istigazione personale arbitraria (art. 609)	7	-	7	0,5
Atti di violenza volenti (art. 621)	5	-	5	0,4
Miracolo (art. 612)	4	1	5	0,4
Strage (art. 422)	3	1	4	0,3
Sequestro di persona a scopo di rapina o di estorsione (art. 630)	4	-	4	0,3
Atti sessuali con minorenne (art. 609 quater)	4	-	4	0,3
Crimine colposo (art. 589)	2	-	2	0,2
Corruzione di minorenni (art. 580)	1	-	1	0,1
Fecce (art. 581)	-	1	1	0,1
Violenza o minaccia per costringere a commettere un delitto (art. 611)	1	-	1	0,1
<b>TOTALE PER REATI CONTRO LA PERSONA</b>	<b>899</b>	<b>62</b>	<b>961</b>	<b>75,0</b>
<b>Reati contro la proprietà</b>				
Rapina (art. 623)	89	11	100	7,8
Furto (artt. 624, 625)	52	3	55	4,3
Demagogia (art. 635)	14	-	14	1,2
Recezione (art. 648)	8	-	8	0,6
<b>TOTALE PER REATI CONTRO LA PROPRIETÀ</b>	<b>163</b>	<b>15</b>	<b>178</b>	<b>13,9</b>

Tutte le rilevazioni fanno oscillare la percentuali di soggetti che hanno commesso reati minori tra il 25% e il 44%, è proprio tra questi che si coglie distintamente l'insostenibilità etica e giuridica dell'internamento, per questi l'O.P.G. si trasforma in un «luogo di condanna senza giudizio» (21) dove vive un esercito di dimenticati condannati all' *ergastolo bianco*, in cui durata dell'internamento e gravità del reato non rispettano alcun criterio di proporzionalità.

Tabella 3.6 (segue): altri reati

Reato commesso	M	F	Totale	%
Altri reati (*)				
Produzione o commercio di stupefacenti (L. 1990 n. 309 art. 73)	25	5	30	2,3
Incendio (art. 423)	29	1	30	2,3
Detenzione armi (L. 1975 n. 111 art. 4)	8	-	8	0,6
Trasgressione obblighi imposti (art. 231)	7	-	7	0,5
Atti osceni (art. 527)	7	-	7	0,5
Infermi di mente in stato di libertà vigilata (?) (art. 232)	6	-	6	0,5
Violazione di domicilio (art. 614)	5	-	5	0,4
Danneggiamento seguito da incendio (art. 424)	4	-	4	0,3
Crollo di costruzioni o altri disastri dolosi (art. 434)	3	1	4	0,3
Associazione finalizzata al traffico di stupefacenti (L. 1990 n. 309 art. 74)	3	-	3	0,2
Evasione (art. 385)	3	-	3	0,2
Associazione per delinquere (art. 416)	3	-	3	0,2
Prostituzione (L. 1985 n.75 art. 3)	2	-	2	0,2
Detenzione armi (L. 1974 n. 497 art. 10)	2	-	2	0,2
Spaccio stupefacenti (L. 1975 n. 685 art. 71)	2	-	2	0,2
Calunnia (art. 368)	1	1	2	0,2
Ingiuria (art. 594)	2	-	2	0,2
Detenzione armi (L. 1974 n. 497 art. 14)	1	-	1	0,1
Detenzione modica quantità stupefacenti (L. 1990 n. 309 art. 75)	1	-	1	0,1
Sospensione o trasformazione di misure di sicurezza (art. 212)	1	-	1	0,1
Peculato (art. 614)	1	-	1	0,1
Falsa testimonianza (art. 372)	1	-	1	0,1
Falsificazione di monete (art. 453)	-	1	1	0,1
Misura di sicurezza (art. 538)	1	-	1	0,1
art. 619 (art. 619)	1	-	1	0,1
Mendicizia (art. 670)	1	-	1	0,1
Collocamento pericoloso di cose (art. 675)	1	-	1	0,1
Totale per reati con tra la proprietà ed altri reati	285	24	309	24,1
Non indicato	11	1	12	0,9
<b>TOTALE</b>	<b>1.195</b>	<b>37</b>	<b>1.282</b>	<b>100,0</b>

Si tenterà ora di fare un passo ulteriore, proponendo un'inedita prospettiva d'analisi, che vada ad indagare se davvero il «tempo appare del tutto casuale rispetto al tipo di reato» (22).

La sensazione è che la maggior iniquità non risieda tanto nell'opportunità o meno di disporre l'internamento, ma piuttosto nella durata del ricovero in O.P.G. L'unico modo per scoprire se la sensazione corrisponde al vero è quello di calcolare il c.d. *indice di correlazione* tra due parametri fondamentali: la gravità del reato (calcolata nella media tra il minimo e il massimo edittale) e la durata dell'internamento.

La correlazione statistica è quel dato che indica se due o più variabili quantitative associate ad ogni unità di collettivo sono tra loro indifferenti, oppure se esiste una certa relazione, per cui a valori elevati di una variabile corrispondono valori elevati anche dell'altra variabile (la c.d. *correlazione positiva*) o valori più bassi dell'altra variabile (la c.d. *correlazione negativa*). Per i profani della statistica, si potrebbe dire che la correlazione è una sorta di "rapporto di proporzionalità", che fornisce il grado di interdipendenza tra due valori.

L'indice varia da zero, se la correlazione è inesistente a uno, se la correlazione è massima.

Essendo la correlazione misurabile solo tra variabile quantitative, per far rientrare il concetto, di per se non quantitativo, di gravità del reato, si tiene conto convenzionalmente della pena media edittale, più è alta più, logicamente, il reato è grave.

Dai vari calcoli si scopre che l'indice di correlazione tra gravità del reato e permanenza in O.P.G. è di

0,173 (23), cioè molto basso, al limite dell'inesistenza, ma comunque positivo.

Si può quindi pacificamente affermare che del reato non influenza eccessivamente la durata dell'internamento.

Il giurista accorto obietterà che è corretto che sia così, essendo quella dell'O.P.G. una misura di sicurezza, ontologicamente diversa dalla pena e quindi calcolata su parametri soggettivi (la pericolosità del soggetto) e non su parametri oggettivi (la gravità del reato), tuttavia resta il fatto che una permanenza media di 36,88 mesi è piuttosto alta, per di più, se in luogo, che, spesso, di curativo ha poco.

La tabella 3.7 da una visione graficamente chiara di questo rapporto: sull'asse delle ordinate vi sono le *classi di durata di permanenza in istituto*, cioè i periodi di internamento, sull'asse delle ascisse vi sono le *classi di pena edittale*, cioè l'indicazione dei reati a seconda di quando duramente sono puniti dal codice penale. Come si evince la caratura criminale dell'internato influisce pochissimo sulla durata del suo internamento, dando adito a risultati paradossali, per cui ad esempio, 19 persone che hanno commesso reati con pene edittali superiori ai 30 anni, rimangono in O.P.G. per periodi brevissimi (meno di sei mesi), ma 9 persone con reati puniti da 18 mesi a due anni sono ricoverati in O.P.G. per 4 o 5 anni (24).

Tabella 3.7: Rapporto tra gravità del reato espressa dalla pena media edittale e durata permanenza in O.P.G.

Classi di durata della permanenza in istituto	Classi di pena edittale (gravità del reato)										Totale
	fino a 6 mesi	da 6 a 12 mesi	da 12 mesi a 18 mesi	da 18 mesi a 2 anni	da 2 anni a 4 anni	da 4 anni a 6 anni	da 6 a 10 anni	da 10 a 20 anni	da 20 a 30 anni	oltre 30 anni	
Fino a 6 mesi	26	1	3	28	52	13	57	17	62	19	298
da 6 a 12 mesi	15	3	3	16	22	10	29	6	72	4	180
da 12 a 18 mesi	0		1	16	9	2	16	7	61	4	127
da 18 a 24 mesi	0	1		16	24	4	14	6	52	1	127
da 2 a 3 anni	0		2	15	27	5	19	6	79	2	164
da 3 a 4 anni	0			11	4	2	9	1	39		71
da 4 a 5 anni	2			9	6	2	8		31		58
da 5 a 6 anni	3			4	7	2	3	1	30		50
da 6 a 7 anni				2	2	1	4	1	35		45
da 7 a 8 anni				1	7	1		19		28	
da 8 a 9 anni	2			4		1	2	1	21		31
da 9 a 10 anni				1	2		2		13		18
da 10 a 11 anni					1		1		7		9
da 11 a 12 anni				1	1		2	2	11		17
da 12 a 13 anni					2				13		15
oltre 13 anni					4	9	1	1	1	28	44

L'aspetto clinico è l'ultimo fattore che ci permette di delineare l'identità della popolazione internata e

permette di rilevare come il *passaggio all'atto* e quindi alla commissione del reato sia più frequente per determinate patologie psichiatriche rispetto ad altre. Consci del fatto che questa è argomento proprio della psichiatria e non della scienza giuridiche, ci limiteremo a brevi cenni e rilievi. Tuttavia è importante tener conto dell'aspetto diagnostico per evitare di ripetere gli errori di un passato in cui «lo scarso o nullo interesse giuridico per la diagnosi ha fatto sì che anche gli O.P.G. vi abbiano posto poca importanza. Come conseguenza si spiega anche perché sovente manchi una diagnosi psichiatrica nell'invio all'ospedale, mentre è prevalente la motivazione della sicurezza. Un'atmosfera in cui chi è abituato al lavoro clinico si trova disorientato, sapendo che non è ammissibile gestire un paziente senza prima una definizione diagnostica, senza la quale non si propone nemmeno uno schema terapeutico» (25).

Insomma il destino dell'internato ruota intorno al controverso concetto di pericolosità sociale, mentre la diagnosi clinica viene degradata a decorazione. Il magistrato allo psichiatra forense non chiede una diagnosi, ma gradi di pericolosità sociale e rischio di reiterazione del reato, «si potrebbe dunque dire che gli O.P.G. sono istituti per occuparsi di pericolosità sociale e per misurare la capacità di intendere e volere» (26) non istituti dove mettere in pratica interventi terapeutici.

Tabella 3.8: Internati secondo categorie diagnostiche ed istituto

CATEGORIE DIAGNOSTICHE	Aversa	Barcellona Pozzo di Gotto	Castiglione delle Stiviere	Montelupo Fiorentino	Napoli	Reggio Emilia	Totale	su
Disturbi schizofrenici	71	73	129	57	50	82	473	3
Disturbi psicotici	64	46	13	35	97	53	307	2
Disturbi di personalità	24	14	37	51	12	52	190	1
Ritardo mentale	16	23	13	32	8	15	107	
<b>TOTALE I</b>	<b>175</b>	<b>155</b>	<b>192</b>	<b>135</b>	<b>167</b>	<b>208</b>	<b>1.082</b>	<b>8</b>
Disturbi dell'umore	3	10	6	11	3	1	34	
Disturbi dell'ansia	3	6	3	5	11	-	28	
Disturbi correlati all'alcool	1	1	2	12	1	3	20	
<b>TOTALE II</b>	<b>7</b>	<b>17</b>	<b>11</b>	<b>28</b>	<b>15</b>	<b>4</b>	<b>82</b>	
Altre	5	10	6	23	12	10	66	
Diagnosi dubbie	1	27	-	6	3	7	44	
Nessuna patologia psichiatrica	-	4	-	1	-	3	8	
<b>TOTALE</b>	<b>186</b>	<b>213</b>	<b>209</b>	<b>243</b>	<b>197</b>	<b>232</b>	<b>1.282</b>	<b>10</b>

La complessità della situazione diagnostica ha effetti diretti anche sulla sicurezza dell'internato, purtroppo il tasso di suicidi in O.P.G. è di gran lunga maggiore (19,8 suicidi ogni 10 000 internati) a quello delle istituti penitenziari (9,90 ogni 10 000 detenuti, ma comunque in linea con episodi di suicidio della popolazione psichiatrica (19,3 ogni 10 000 (27)), questo porta a due considerazioni: l'aspetto criminale e la commissione di un reato non portano *per se* ad acuire il "desiderio" autolesionistico e l'impellente necessità di una maggiore convergenza tra lavoro dello psichiatra/psicologo e quello del giurista.

Tabella 3.9 (28): Confronto numero suicidi in O.P.G. e in istituto di pena (I.P.P.) nel quinquennio 2002-2007

<i>Anno</i>	<i>Suicidi negli II.PP.</i>	<i>Suicidi negli OPG</i>	<i>Detenuti</i>	<i>Internati</i>	<i>Suicidi in II.PP. /10.000 detenuti</i>
2002	52	7	56.431	1.264	10,5
2003	57	2	56.081	1.214	9,2
2004	52	0	56.064	1.206	9,5
2005	57	0	58.817	1.282	9,8
2006	50	2	51.748	1.254	9,2
2007	43	2	44.233	1.273	11,6
<b>Tasso medio negli anni</b>					<b>9,90</b>

### 3.1.3 Il personale/gli operatori

Già nel primo capitolo (29) abbiamo avuto modo di sottolineare l'importanza di capire, quantitativamente e qualitativamente chi lavora in O.P.G., non solo per completezza di analisi, ma soprattutto perché è anche da questa indagine che si comprende la vera entità dell'O.P.G: più ospedale o più carcere?

Fondamentalmente il personale può essere suddiviso in tre categorie: il personale di custodia (gli operatori di Polizia penitenziaria) dipendenti dal Ministero della Giustizia, il personale amministrativo e il personale sanitario, che con la riforma della sanità penitenziaria è ora appartenente alle Asl locali e diretto da un Responsabile sanitario.

È molto interessante capire l'estensione di ognuno di questi tre categoria e soprattutto il rapporto numerico con gli internati.

Tabella 3.10 (30): rapporto numerico personale sanitario-internati, suddivisi per singolo O.P.G.

OPG	<u>numero ricoverati</u>	<u>numero operatori</u>	rapporto
Castiglione	170	169	0,99
Montelupo	127	27	0,21
Napoli	153	92	0,60
Reggio-Emilia	226	70	0,31
Barcellona	151	90	0,60
Aversa	213	76	0,35
<b>Totale</b>	<b>1040</b>	<b>524</b>	<b>0,50</b>

Come si evince dalla tabella, ancora una volta, la situazione è molto disomogenea, con un rapporto personale sanitario-internato che varia dal 0,21 di Montelupo Fiorentino al rapporto quasi uno a uno di Castiglione delle Stiviere, che essendo storicamente struttura ospedaliera impiega solo personale amministrativo e sanitario e non personale di custodia. Tuttavia al personale sanitario di Castiglione delle Stiviere viene riconosciuta un'indennità per lo svolgimento delle funzioni di sicurezza, implicitamente, si crea la figura dell' "infermiere-guardia".

Va inoltre precisato che per *personale sanitario* si intende la generalità delle professioni sanitarie (dagli inservienti-O.S.S. ai dirigenti medici), a prescindere dalla tipologia di rapporto di lavoro, "subordinato", "convenzionato" o "a contratto".

Tabella 3.11: rapporto numerico personale di custodia-internati, suddivisi

OPG	<u>numero ricoverati</u>	<u>numero operatori</u>	rapporto
Castiglione	170	0	0
Montelupo	127	85	0,67
Napoli	153	100	0,65
Reggio-Emilia	226	87	0,38,
Barcellona	151	144	0,95
Aversa	213	140	0,52
<b>Totale</b>	<b>1040</b>	<b>556</b>	<b>0,51</b>

Anche se il rapporto totale (0,51) è identico a quello del personale sanitario, occorre tener conto che questo calcolo è inquinato dal "caso Castiglione", senza il quale sarebbe evidente il maggior peso del personale di custodia rispetto a quello sanitario.

Ma oltre all'aspetto quantitativo, vi è un problema qualitativo, che pone almeno due questioni principali: la *motivazione* del personale a lavorare in un contesto complesso e difficile come l'O.P.G. e la *formazione*, quindi il possesso di particolari strumenti e attitudini (i c.d. *skills*) ad interagire con soggetti molto particolari, come i folli-rei. Ovviamente sono questi parametri complessi e non facilmente rilevabili a livello statistico, tuttavia possono essere evinti da un duplice fattore: la *libertà di scelta* che gli operatori hanno avuto nell'assegnazione del posto di lavoro in O.P.G. e la *partecipazione a corsi di formazione*.

In una recente ricerca, risulta che la domanda: hai scelto di lavorare in O.P.G. le risposte siano state le seguenti.

Tabella 3.12 (31): *Indice di motivazione del personale*

	Sedi O.P.G.					Totale	Inad. % sul totale delle risposte
	Napoli	R. Emilia	Barc. P.Gotto	Montelupo F.	Aversa		
<b>Parte I - D (e) - Ha scelto lei di lavorare in O.P.G. ?</b>	<b>121</b>	<b>113</b>	<b>227</b>	<b>82</b>	<b>168</b>		
SI	75	79	176	50	132	512	72,01%
<i>Incidenza %</i>	51,98%	69,91%	77,53%	60,98%	78,57%		
NO	44	33	45	31	33	187	26,30%
<i>Incidenza %</i>	36,36%	29,20%	20,26%	37,80%	19,64%		
Non rilevato	2	1	5	1	3	12	1,69%
<i>Incidenza %</i>	1,65%	0,88%	2,20%	1,22%	1,79%		
<b>Totale</b>	<b>121</b>	<b>113</b>	<b>227</b>	<b>82</b>	<b>168</b>	<b>711</b>	

Il dato disaggregato per figure professionali segnala che sono gli operatori dell'area amministrativa (57%) ad avere avuto le minori *chances* di scegliere la sede dell'OPG quale luogo di lavoro.

Alla richiesta di conoscere le ragioni di questa scelta le risposte si orientano nel seguente modo : il 27% afferma di avere scelto l'OPG perché interessato a lavorare in questo settore.

Tale indicazione viene prevalentemente fornita dagli operatori sanitari. Il 39% dichiara che l'OPG era il luogo più vicino alla propria famiglia.

Questa risposta proviene prevalentemente dal personale di polizia penitenziaria (50%) di cui solo il

16% risponde di avere scelto l'OPG perché interessato a lavorare in questo settore.

Per contro il 48% del personale amministrativo non fornisce motivazioni alla scelta di lavorare in OPG. Su questa domanda è anche importante riferire il dato relativo alle non risposte che è pari al 34% del totale.

Per quanto riguarda la formazione, il personale è sostanzialmente diviso a metà, tra chi ha partecipato a corsi di formazioni e chi no.

Tabella 3.13 (32): Partecipazione del personale a corsi di formazioni

	Sedi O.P.G.					Totale
	Napoli	R. Emilia	Barc. P.Gotto	Montelupo F.	Aversa	
<b>Parte I - D (d) - Partecipazione a corsi di formazione</b>	<b>121</b>	<b>113</b>	<b>227</b>	<b>82</b>	<b>168</b>	
SI	51	57	102	45	105	360
Incidenza %	42,15%	50,44%	44,93%	54,88%	62,50%	
NO	68	53	116	35	59	331
Incidenza %	56,20%	46,90%	51,10%	42,68%	35,12%	
Non rilevato	2	3	9	2	4	20
Incidenza %	1,65%	2,65%	3,96%	2,44%	2,38%	
Totale	121	113	227	82	168	711

«E' il personale di Aversa che presenta la percentuale più elevata di partecipazione (63%), seguito da quello di Montelupo Fiorentino (55%), mentre l'indice più basso di partecipazione ad eventi formativi, in questo arco temporale, viene segnalato dal personale dell'OPG di Napoli (42%).

Disaggregando i dati per area professionale emerge che il personale di polizia penitenziaria riferisce la più bassa quota di partecipazione alla formazione. Gli OPG di Aversa (63%) e di Reggio Emilia (50%) hanno le maggiori percentuali di personale di polizia che ha partecipato a corsi di formazione. Negli altri OPG il dato scende sensibilmente si colloca a circa il 37%. Circa le ragioni della non partecipazione ai corsi di formazione 155 unità rispondono di non essere stati inseriti e solo 5 dichiarano che il corso non risultava di loro interesse» (33).

### 3.1.4 Le risorse finanziarie

Sarebbe utile, affrontando la problematica delle risorse economiche degli O.P.G., indagare l'efficienza del sistema di cura-punizione dei folli-rei, compiendo un'approfondita ricerca di *analisi economica del diritto*, ossia valutando il complesso di norme, sentenze e quant'altro si vuole indicare con il termine diritto, mediante l'uso di strumenti economici.

La disciplina è diffusissima nei Paesi di tradizione di common law, soprattutto negli Stati Uniti, con il nome di *Law and Economics* (34), ma ancora poco applicata nel nostro Paese (35).

Al di là dei problemi metodologici, si aggiunge la non secondaria difficoltà a reperire dati aggiornati, complice la scarsa trasparenza della Pubblica Amministrazione, soprattutto in seguito al passaggio di competenze degli O.P.G. alle Regioni.

Oggi, infatti, esistono sistemi di contabilità e di bilancio diversi da Regione a Regione, per cui è molto complesso isolare le spese per il funzionamento degli O.P.G. dal più generale capitolo delle spese sanitarie e di psichiatria territoriale. Senza contare che, escluso il caso particolare di Castiglione delle

Stiviere, i costi continuano ad essere suddivisi tra quelli strettamente *sanitari* (in capo alle A.S.L.) e quelli *custodiali*, come il pagamento della messa in sicurezza della struttura e del personale di sicurezza e amministrativo, ancora a carico D.A.P., il che implica che alle somme messe a bilancio dalle A.S.L. occorre aggiungere quelle sostenute dall'Amministrazione della Giustizia.

Ciò premesso, si è scelto comunque di introdurre la problematica delle risorse, pur rinunciando ad una puntuale analisi economica, per sottolineare la *disomogeneità* del trattamento e della gestione, conseguente all'*iniqua suddivisione dei costi*.

Gli ultimi dati disponibili prima della regionalizzazione, risalenti al 2004, mostrano che gli investimenti oscillano tra i 3 e i 7 milioni di Euro, per gli O.P.G. gestiti dal D.A.P. e raggiungono il picco a Castiglione delle Stiviere, che costa alla Regione Lombardia, oltre 12 milioni di Euro. Semplificando significa che un internato a Montelupo (il più "povero" tra gli O.P.G.) costa meno di un quarto dell'internato a Castiglione.

Considerando che oltre l'80% della spesa è costituito dal costo del personale (36), tant'è che non vi è proporzionalità tra numero degli internati e costi, ma piuttosto tra costi e numero di personale impiegato, c'è da domandarsi che effetto abbia questa disomogeneità di distribuzione delle risorse sulla qualità dell'internamento e soprattutto sulle possibilità di successo del percorso di riabilitazione del folle-reo.

La domanda da porsi, facendo dell'eguaglianza e della parità di trattamento i principi guida, è, quanto è giuridicamente sostenibile che l'internato di Castiglione delle Stiviere, considerato *O.P.G. modello*, costi circa 215 Euro al giorno, pari a oltre 78000 Euro annui, mentre a Barcellona Pozzo di Gotto, secondo i calcoli fatti dalla direzione sanitaria della struttura, i costi per internato scendono dell'80%, arrivando a soli 50 Euro giornalieri, 18 000 Euro annui (37)?

Tabella 3.14 (38): Costi complessivi per O.P.G. ante DPCM 1 Aprile 2008

ISTITUTO	Anno 2001	Anno 2002	Anno 2003	Anno 2004
Aversa	4.712.668,79	4.102.803,53	4.754.415,38	5.346.039,21
Barcellona P.G.	5.332.402,23	4.813.965,37	6.224.933,69	6.538.803,51
Montelupo F.no	4.492.403,04	3.873.741,15	3.716.721,51	3.730.351,34
Napoli	4.188.816,58	3.671.295,15	4.154.016,73	4.026.163,53
Reggio Emilia	4.421.061,18	3.982.111,25	3.748.723,61	3.895.530,38
Castiglione D.S.	11.386.694,34	12.310.720,00	12.310.720,00	12.344.448,00

L'ennesimo sintomo della c.d. *schizofrenia penitenziaria* si rileva mettendo a confronto l'internato con altri soggetto del medesimo campo giuridico, il detenuto da una parte, e il soggetto psichiatrico affidato ai servizi territoriali.

La retta per il mantenimento del folle-reo ospitato in una comunità terapeutica specializzata, oscilla tra i 160 e 190 Euro giornalieri (39), una cifra sostanzialmente in linea con il costo dell'internamento in O.P.G., mentre i costi per il mantenimento di un detenuto sono 113 Euro giornalieri.

Retoricamente ci si potrebbe domandare come è possibile che il costo di un internato, che presenta ulteriori esigenze di cura, sia sostanzialmente lo stesso del detenuto, che presenta principalmente esigenze custodiali. Il fattore *sanitario* ha quindi un costo che non sembra essere calcolato, il che può significare o che con le stesse risorse gli O.P.G. riesco a soddisfare sia le esigenze di cura dell'internato, che quelle di sicurezza della collettività, o, più realisticamente, che le spese per la cura sono ridotte al lumicino e che esiste un *minus* tanto quantitativo quanto qualitativo negli standard di assistenza.

Tabella 3.15 (40): Costo medio giornaliero per detenuto dal 2001 al 2010

<i>Numero detenuti per anno</i>	<i>Personale</i>	<i>Funzionamento</i>	<i>Manienimento</i>	<i>Investimento</i>	<i>Totali</i>
2001 (54.895 detenuti)	99,98	5,24	17,92	8,76	131,90
2002 (55.670 detenuti)	95,92	4,74	18,36	7,69	126,71
2003 (56.081 detenuti)	102,55	4,37	18,10	7,59	132,61
2004 (56.500 detenuti)	102,15	4,08	18,98	6,46	131,67
2005 (58.817 detenuti)	100,84	3,39	18,34	2,37	124,94
2006 (51.748 detenuti)	123,41	4,21	21,19	6,03	154,84
2007 (44.587 detenuti)	157,38	6,00	26,83	8,23	198,44
2008 (54.789 detenuti)	121,40	4,76	18,04	7,85	152,05
2009 (63.095 detenuti)	99,68	3,49	10,86	7,22	121,25
2010 (67.156 detenuti)	95,34	4,74	7,36	5,60	113,04

### 3.2 O.P.G. istituzione *tenace*, soluzioni sostenibili tra abolizionismo e revisionismo

È stata dimostrata la capacità di resistenza dell'O.P.G., istituzione *tenace* che ha saputo non rassegnarsi ad un'evoluzione storica, più volte pronta a sancirne il superamento con affanno gattopardesco.

Quel che è certo è che negli ultimi vent'anni le proposte, più o meno organiche, di riforma del sistema sanzionatorio dei folli-rei si sono intensificate in quantità e qualità.

Proporne un'analisi sistematica è esercizio sterile, poiché ognuna di queste proposte è rimasta potenziale e non è mai entrata in vigore nel nostro ordinamento, pur rimanendo di stimolo al dibattito di dottrina e giurisprudenza.

Si preferisce quindi citarne le principali, al fine di individuare le direttive di politica criminale per sondarne poi la *fattibilità* concreta, nella seconda parte di questo capitolo.

Prescindendo dall'ordine cronologico e accogliendo la classificazione proposta da parte della dottrina (41), si suddivide la trattazione dei vari progetti di riforma distinguendo tra c.d. *modelli abolizionisti*, «che risentendo fortemente dei modelli dell'anti-psichiatri, corrono sulla scia della deistituzionalizzazione sancita dalla legislazione manicomiale» (42) puntando alla soppressione dell'istituto dell'internamento in O.P.G., muovendo tuttavia da presupposti e proponendo soluzioni spesso diametralmente opposte e c.d. *modelli revisionisti*, che «propongono una soluzione volta a rivedere l'attuale disciplina sanzionatoria nei confronti dei malati di mente autori di reato, intervenendo sia sul ruolo del trattamento custodiale, sia sulla concreta gestione di tali strutture» (43). Se negli anni Settanta, complice il furore ideologico creatosi intorno alla riforma Basaglia, i modelli abolizionisti sembrano prevalere, proponendo «un ripensamento immaginativo di possibili modi di trattare questioni configurabili come problemi sociali» (44), in altre parole, soluzioni di metodo più che di merito; oggi tende a prevalere l'istanza revisionista.

L'altro criterio classificatorio che risulta evidente è il rapporto tra proposta di riforma e legge penale.

Esistono infatti modelli che intendono cambiare la lettera della legge penale e altri che propongono soluzioni a legge penale invariata.

Seguendo questi due criteri classificatori si delineano quattro categorie, che aiutano a comprendere le direttive di politica criminale, seguite nell'ultimo ventennio di sviluppo giuridico e sociale:

1. Proposte abolizioniste con modifica della legislazione penale.
2. Proposte abolizioniste a legislazione penale invariata.
3. Proposte revisioniste con modifica della legislazione penale.
4. Proposte revisioniste a legislazione penale invariata.

1) Tra le proposte abolizioniste con modifica della legislazione penale rientrano il disegno di legge 29

marzo 1983, n.177, primi firmatari senatori Grossi e Gozzini, ritirato dai proponenti e poi ripresentato nel novembre 1985; il c.d. progetto Corleone, n.151 presentato alla Camera dei Deputati il 9 maggio 1996; il d.d.l. 15 dicembre 1998, n.3668, iniziativa del senatore Milio; il Progetto di legge 1 febbraio 1999, n.5503, c.d. proposta di legge Biondi; e, in ultimo, il d.d.l. 4 giugno 2001 n.845 dell'onorevole Cento, ripresentato alla camera dei Deputati il 3 maggio 2006, n.335.

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 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, specificamente previste invece dalle proposte Grossi, Corleone e Cento (50).

Il secondo aspetto critico riguarda la fase di cognizione e di determinazione del *quantum* di pena da applicare, se infatti, nelle intenzioni dei proponenti, si vuole porre fine a misure di sicurezza che si trasformano in iniqui *ergastoli bianchi*, riportando un criterio di proporzionalità tra gravità del fatto e durata della pena, nulla si dice sui criteri che il giudice dovrà utilizzare. Se non vi sono differenze tra imputabili e non imputabili, si dovrebbe considerare l'elemento soggettivo come se non fosse falsato dall'infermità psichica dell'autore, creando così una  *fictio iuris* tendente a negare l'evidenza? Se si toglie l'imputabilità, al giudice non restano che due parametri: gli elementi oggettivi del fatto di reato, già valutati a prescindere e l'unico elemento soggettivo rimanente, cioè la *pericolosità sociale*, che diventerebbe il solo criterio di commisurazione della pena, tanto è vero che nella proposta di legge Corleone si ipotizza la cancellazione del divieto di *perizia criminologica*, che, nelle speranze del proponente, dovrebbe assicurare al giudice maggiori elementi di valutazione della personalità dell'autore ai fini della determinazione della pena.

Nonostante tali criticità, che compromettono da sole, il possibile successo della posizione abolizionista e che difficilmente possono superare le importanti divergenze in tema di imputabilità, va rilevata anche la principale positività, sul piano metodologico: l'aver saputo spostare il problema del folle-reo dalla fase di cognizione a quella di esecuzione della sanzione penale.

I proponenti hanno insomma colto il nodo principale della questione, su cui una civiltà giuridica si gioca buona parte della sua reputazione civile, il *trattamento* riservato dalla società ai soggetti devianti.

2) Per proposte abolizioniste a legislazione penale invariata si intendono quelle favorevoli ad una *medicalizzazione* del trattamento dell'infermo di mente autore di reato (51): i proponenti non intendono abolire la figura della non imputabilità, ma ne vogliono modificare le conseguenze, alla dichiarazione di non imputabilità dovrebbe seguire infatti l'uscita del soggetto dal sistema giudiziario-penale con un contestuale intervento sanitario. Tali proposte sono una rivisitazione in chiave moderna di ciò che già prevedeva il codice Zanardelli (52).

L'idea di fondo è quella di accentuare le esigenze di cura del folle reo a scapito di quelle securitarie, affidando il soggetto ai servizi sanitari territoriali ed escludendolo quindi dalla logica di segregazione dell'O.P.G. (53), senza tuttavia tener conto delle difficoltà del territorio a gestire determinate categorie di folli-rei, ad elevata pericolosità sociale, con il concreto rischio di rendere il compito della sanità territoriale talmente gravoso da stravolgerne la pratica e la cultura clinica (54).

«Non v'è dubbio che una proposta di questo tipo, nella sua absolutezza, rischia di far compiere un salto nel buio e di apparire più un progetto a lunga distanza, che non una proposta agevolmente realizzabile a media scadenza. Rischia quindi di proporre una medicalizzazione del sistema di intervento: in teoria forse, ma difficile nei fatti» (55).

Concretamente, si finirebbe per creare istituzioni totali, come speciali Servizi Psichiatrici Giudiziari Regionali o sezioni ospedaliere protette, solo nominalmente diverse dagli O.P.G. in cui contenere i folli-rei che non possono, per ragioni cliniche o generalpreventive legate alla loro pericolosità sociale, essere affidati alle famiglie o essere curati con semplici interventi ambulatoriali.

Ma i profili di criticità e di concreta inapplicabilità già presenti nelle linee generali di tale categoria di proposte, raggiungono il loro apice in seguito ad un'analisi più puntuale, spingendo parte della dottrina a bollarle come proposte «rischiose» (56).

Il riferimento è, in particolare, al disegno di legge Burani-Procaccini, che propone, non senza pretestuosi preconcetti ideologici, una controriforma della legge 180/1978, riproponendo l'idea custodiale del vecchio manicomio, chiamato, nelle intenzioni del proponente, Struttura Residenziale con Assistenza continuata (S.R.A.) e destinata ad «accogliere i malati più gravi, pericolosi per sé e per gli altri o che rifiutino l'inserimento in comunità aperte» (art.13).

A sollevare le critiche più aspre, oltre che dubbi di legittimità costituzionale è il percorso attraverso il quale il malato di mente raggiungerebbe le S.R.A.: si prevedono infatti una serie di Accertamenti Sanitari Obbligatori (A.S.O.) svolti da un'apposita commissione, chiamata ingannevolmente Commissione per i diritti del malato di mente, di cui farebbero parte oltre che specialisti psichiatri, anche un giudice tutelare e rappresentanti delle Associazioni dei famigliari (57), che sarebbero quindi chiamati a prendere decisioni molto delicate. Le decisioni di tale Commissione non sarebbero reclamabili, a meno che l'internamento del soggetto nelle S.R.A. si protragga oltre i sei mesi.

In definitiva, un pericoloso connubio di «demagogia e superficialità» (58) che rischia di cancellare decenni di conquiste psichiatriche e di polverizzare l'ardente anelito della riforma Basaglia. Tra le positività della teoria della medicalizzazione si rileva l'accento posto sull'idea che debba esserci, per i folli rei, più sanità e meno giustizia, idea che è stata timidamente seguita dal DPCM 1 aprile 2008 che sancisce il passaggio di competenze dell'O.P.G. alla sanità territoriale.

3) Sul fronte delle teorie revisioniste, tra le soluzioni che propongono una modifica della legislazione penale, vi sono tutti i più recenti progetti di riforma del codice penale: il progetto Pagliaro del 1991, il progetto Riz (1995), il progetto Grosso (1999), il progetto Nordio (2004) e, infine, il progetto Pisapia (2006).

In tutti i progetti, pur sussistendo importanti differenze, si rileva il rifiuto di soluzioni abolizioniste (59), sintomatico di come il mondo del diritto consideri imprescindibile l'esistenza dell'O.P.G. nel nostro ordinamento. Non è questa la sede per un'analisi sistematica dei singoli progetti di riforma, tuttavia è necessario individuare alcune proposte significative e particolari in tema di regime sanzionatorio dei folli-rei.

Particolarmente significative sono le proposte avanzate dalla Commissione Pagliaro, che da una parte, anticipa di qualche anno importanti decisioni della Corte Costituzionale (su tutte, la possibilità di concedere la libertà vigilata come alternativa all'internamento), dall'altra propone il definitivo superamento delle presunzioni di pericolosità sociale, salvo poi continuare a non fornire indicazioni concrete sulle modalità di trattamento del non imputabile per vizio di mente, che, in generale, restava «esigua e lacunosa» (60).

Più puntuale è la proposta Grosso, destinata, qualora fosse entrata in vigore, a sostituire il controverso concetto di pericolosità sociale, ad un più pragmatico «bisogno di trattamento e controllo» determinato dal persistere delle condizioni di incapacità che hanno causato il delitto.

Il giudice, coadiuvato dal perito, una volta accertate le necessità terapeutiche del folle reo, avrebbe potuto scegliere tra una serie di misure di «sicurezza e riabilitative» di tipo penalistico solo qualora vi fossero comprovate e prioritarie esigenze di prevenzione dei delitti più gravi, altrimenti sarebbe stato

sufficiente un intervento extrapenale.

La Commissione Nordio considera invece la proposta di eliminazione della pericolosità sociale avanzata dal progetto Grosso, un tipico esempio di truffa delle etichette, utile «soltanto a mascherare la stessa penosa realtà» (61). Tuttavia, nel progetto Nordio, rimane la vaghezza del riferimento a non meglio precisate «strutture giudiziarie di custodia con finalità terapeutiche o di disintossicazione», che offusca la positività costituita dalla previsione di limiti di durata delle misure di sicurezza per i non imputabili (non meno di un anno, non più di dieci).

4) Tra le proposte revisioniste a legislazione penale invariata spicca il disegno di legge di iniziativa del Consiglio Regionale della Toscana e dell'Emilia Romagna (62) (d.d.l. 8 agosto 1997, n. 2746, Senato della Repubblica, *Disposizioni per il superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari*), su cui vale la pena concentrarsi maggiormente, poiché costituirà il sostrato teorico dal quale muoverà la seconda parte di questo capitolo.

A detta degli stessi proponenti è «una proposta realistica, non radicale, ma comunque in grado di sostenere con decisione alcuni importanti principi innovativi e di avviare un percorso che va nella direzione di allestire soluzioni progressive alla situazione attuale, ormai non più sopportabile, in base a considerazioni ampiamente condivise di natura etica, scientifica, politica e umanitaria» (63). Effettivamente è una proposta valida tanto nel metodo quanto nel merito.

Nel metodo, poiché è il frutto del lavoro di un gruppo di esperti, psichiatri, psicologi, giuristi e operatori di comunità toscani e emiliani, che quotidianamente lavorano con la problematica dei folli-rei. Nel merito, poiché è in grado di mediare tra le diverse posizioni di dottrina e psichiatria forense mostrando anche un notevole acume politico strategico e, soprattutto, sapendo essere non una semplice riforma delle etichette, ma della sostanza.

In concreto si propone di lasciare invariato il concetto di non imputabilità e di proporre un nuovo modello di esecuzione nei confronti del folle-reo, rispolverando l'idea basagliana *di strutture territoriali intermedie*, che permettono un «controllo terapeutico *extra moenia*» (64), assicurando, nello stesso tempo, continuità terapeutica e di controllo.

Si propone insomma di estendere l'ideale della riforma antipsichiatrica ai folli-rei, scevri tuttavia da ogni furore ideologico, preferendo «costruire un sistema di misure eterogeneo, nel rispetto dell'avvenuto cambiamento da una psichiatria che vedeva nel manicomio la soluzione unica e totalizzante ad una psichiatria della differenza, in cui il sofferente psichico viene visto come una persona con problematiche complesse e non univoche» (65).

Consapevoli quindi che non tutti i folli-rei sono uguali, sia dal punto di vista psicopatologico sia da quella prettamente criminale, si avanza l'idea di un modello differenziato di interventi, che si potrebbe definire, modello *a livelli differenziati*.

L'art. 4 prevede infatti: «Le misure di sicurezza personali nei confronti di persone maggiori di età, assolute per incapacità di intendere e di volere sono:

- a.l'assegnazione ad apposito istituto in regime di custodia come previsto all'articolo 5;
- b.l'affidamento al servizio sociale, come previsto all'articolo 6.

Il giudice, accertata la pericolosità sociale, con la sentenza di assoluzione, ordina la misura di sicurezza dell'assegnazione ad istituto nei confronti di chi è stato assolto per avere commesso un reato per il quale la legge prevede nel massimo una pena non inferiore ad anni dieci di reclusione. Nei casi in cui la legge prevede nel massimo una pena inferiore, ordina la misura di sicurezza dell'affidamento al servizio sociale; ordina comunque l'assegnazione ad istituto se ricorrono particolari indicazioni in senso contrario alla applicazione dell'affidamento al servizio sociale ai sensi dell'articolo 3, comma 3» (66).

È questa una previsione, a suo modo, rivoluzionaria, poiché lega l'iter terapeutico del soggetto non imputabile per vizio di mente alla gravità del fatto commesso, raggiungendo il duplice obiettivo, di evitare internamenti iniqui e troppo lunghi (i c.d. ergastoli bianchi), pur assecondando le esigenze generalpreventive di sicurezza.

Il progetto di riforma non si limita ad enunciare le tipologie di intervento, ma propone soluzioni gestionali concrete, ben diverse dagli attuali O.P.G.

A detta degli stessi proponenti gli istituti di ricovero per soggetti assolti per incapacità di intendere e di volere «potrebbero essere visti come la riproposizione, aggiornata ed edulcorata, degli ospedali psichiatrici giudiziari, di cui perpetuerebbero le funzioni di separazione e di stigmatizzazione,

confermando modalità differenziate di trattamento per una categoria di cittadini» (67). Queste parole non devono trarre in inganno e sono state enunciate, probabilmente, per esigenze di tattica politica, in modo da aggirare il veto del trasversale partito della sicurezza, favorevole a misure il più repressive possibili, ma è il dettato della proposta di legge a mostrare le importanti peculiarità e differenze di tali strutture rispetto agli O.P.G.

Differenze sul piano quantitativo, dovranno essere una per regione e «di ridotte dimensioni, ospitare un numero limitato di ricoverati, comunque non superiore a trenta, ed essere organizzati per lo svolgimento della funzione terapeutica nei confronti degli stessi, dovendo altresì garantirne la custodia» (art 5.2)., ma soprattutto sul piano gestionale, andando a risolvere il paradosso di personale di polizia penitenziaria, spesso non formato, che rende i reparti degli attuali O.P.G. più carceri che ospedali, ex art. 6 infatti: «Negli istituti predetti la gestione delle attività sanitarie è affidata al Servizio sanitario nazionale, che la svolge fruendo di autonomia organizzativa. La gestione del servizio di custodia esterna è affidata all'Amministrazione penitenziaria: il personale di tale servizio interviene all'interno dell'istituto a richiesta del responsabile del Servizio sanitario. L'istituzione di tali strutture è di competenza delle regioni, cui sono attribuite le relative risorse finanziarie. Con apposite convenzioni si regolano i rapporti tra il Servizio sanitario pubblico e l'Amministrazione penitenziaria». In tali strutture non sarebbero più ristretti soggetti in esecuzione di pena, poiché ci saranno Istituti di pena dotati di un centro psichiatrico di diagnosi e cura, pensati per ospitare detenuti che presentano problemi di carattere psichiatrico.

Parte di tali misure sono state recepite nell'Allegato C D.P.C.M 1 Aprile 2008 (68), ma non è scaturita comunque una riforma organica dell'O.P.G., i cui tempi sono ormai maturi.

### 3.3 Dall'O.P.G. alle comunità, una ricerca sul campo tra Piemonte e Emilia Romagna

È tempo di muovere l'analisi sociologica sulla esecuzione penale dei folli-rei da una dimensione prettamente quantitativa a una qualitativa, poiché l'Umano deve prevalere sul Numero.

Si applicheranno quindi le caratteristiche della *ricerca esplorativa* e della *ricerca sul campo*, intendendo la prima come «una ricerca che non ha ipotesi precise da verificare; essa nasce da interessi generali di conoscenza e segue alcuni criteri guida formulando eventualmente ipotesi parziali durante lo svolgimento, sulla base di elementi che a priori non si è in grado di ipotizzare» (69) e la seconda come «una ricerca che, a differenza della ricerca sperimentale, viene condotta in un contesto reale» (70).

Useremo lo strumento più prezioso della ricerca qualitativa, l'*osservazione* diretta, non applicandolo agli O.P.G., poiché restano, burocraticamente, realtà difficili da penetrare, ma soprattutto perché considerati come *esperienze a termine*, destinate, auspicabilmente, ad essere superate o comunque radicalmente modificate nel futuro prossimo venturo.

Si cerca invece di comprendere l'*oltre* etico e giuridico all'O.P.G., che, dall'analisi precedentemente svolta dei principali indirizzi di politica criminali e proposte di riforma, sembra basarsi su un modello comunitario.

Abolizionisti e revisionisti concordano infatti sul fatto che i folli-rei, in particolare quelli con una medio-bassa pericolosità sociale, debbano essere accolti in strutture più piccole degli attuali O.P.G., capillarmente diffuse sul territorio, in grado di garantire un percorso terapeutico e riabilitativo al paziente e in cui le esigenze di cura prevalgano su quelle di sicurezza, grazie anche alla prevalenza del personale sociosanitario rispetto quello di custodia, e a strutture che tanto architettonicamente quanto metodologicamente assomiglino il meno possibile a istituti penitenziari.

Le comunità non sono certo una novità per l'ordinamento italiano, dove hanno avuto un ruolo fondamentale (e controverso) per quanto riguarda la cura e l'accoglienza della tossicodipendenza, dell'abbandono minorile, della violenza familiare, così come della malattia psichiatrica. Lo stesso Franco Basaglia immaginava che l'alternativa ai manicomi potesse essere incarnata dalle c.d. *strutture intermedie*. Tuttavia sono rarissime le esperienze di comunità che accolgano prevalentemente, se non esclusivamente, pazienti psichiatrici autori di reato.

Lo stimolo ad iniziare la sperimentazione è arrivato dalla celebre sentenza della Corte Costituzionale n. 253/2003 (71), in cui il giudice costituzionale ha voluto compiere un ri-bilanciamento delle esigenze di cura e di sicurezza, dichiarando costituzionalmente legittimo il fatto che «il giudice possa adottare, fra le

misure che l'ordinamento prevede, quella che in concreto appaia idonea a soddisfare le esigenze di cura e tutela della persona, da un lato, di controllo e contenimento della sua pericolosità sociale dall'altro lato» (72). Tra le misure previste dall'ordinamento vi sono anche le comunità.

Al di là dell'indubbia portata giuridica del *dictum* della Consulta, è interessante notare come dalla modifica dell'interpretazione giuridica della norma (in questo caso l'art. 222 cod.pen. E l'istituto della *libertà vigilata*) nasca un approccio diverso all'intero sistema della follia criminale, che travalica le aule di giustizia e i confini del diritto e interessa un variegato mondo che va dalla psichiatria all'imprenditoria (visto che le comunità sono, da un punto di vista prettamente economico, delle attività imprenditoriali).

Si ritiene che l'unica modalità con cui: apprezzare gli effetti concreti della decisione della Corte e dei più recenti interventi legislativi, sondare la fattibilità delle proposte di riforma e valutare la sostenibilità della scelta comunitaria, è quella di visitare tali strutture, interloquire con ospiti e operatori, comparare le metodologie e le prassi di intervento, per poi proporre una analisi sociologica e giuridica delle osservazione sul campo.

Solo così si può cogliere nella relazione tra legislazione (riferimento a normativa in tema di salute e riabilitazione), definizioni dei servizi (carte dei servizi), discorsi e pratiche di operatori e utenti della comunità, la complessità di una realtà che si genera nella confluenza di aspetti giuridici, sociologici, antropologici, psicologici e psichiatrici.

Si sono pertanto individuate due strutture (73), la comunità Il Montello di Serravalle Scrivia (AI) e la comunità Sadurano-Casa Zacchera di Castrocaro Terme (Fc). La struttura alessandrina è stata scelta per motivi territoriali, essendo la principale esperienza del genere in Piemonte, la comunità romagnola è invece pacificamente considerata una comunità-modello, nonché prima in Italia a dedicarsi esclusivamente ai folli-rei (insieme all'esperienza gemella toscana de Le Querce di Sollicciano). Si è scelto quindi un tempo, dal 19 al 27 luglio 2011, durante il quale condurre la ricerca, che consta di due fasi: è stata anzitutto svolta un'intervista a schema libero con il responsabile della struttura, Giovanni Gardelli, direttore dei servizi di Casa Zacchera e Silvia Morrone, direttrice clinica de Il Montello.

Le interviste hanno avuto una durata pressoché uguale (due ore circa) e hanno affrontato le medesime problematiche, tuttavia non sono state poste esattamente le stesse domande nel medesimo ordine, per evitare di imbalsamare le idee in un rigido questionario, con il rischio di non cogliere le differenze di approccio alla problematica.

L'intervista a Giovanni Gardelli, è avvenuta all'interno della comunità, nell'ufficio della direzione, l'intervista a Silvia Morrone è invece avvenuta all'esterno della comunità, nello studio dove l'intervista svolge la sua attività di psicoterapeuta. All'intervista è seguita la seconda fase della ricerca: la visita alla comunità, durata due giorni nella struttura di Forlì e un giorno nella struttura di Serravalle Scrivia. La gran parte degli operatori e degli ospiti, più che altro per motivi organizzativi, sapevano della visita e ne conosceva i motivi: al Montello sono stato presentato agli ospiti come un operatore tirocinante, a Casa Zacchera invece come uno studente di Giurisprudenza.

In entrambe le strutture ho chiesto e mi è stato concesso di vivere, affiancato ad un operatore, la giornata-tipo della comunità, affinché l'*indagine del reale* fosse piena e il meno filtrata possibile, senza alcun apparecchio di registrazione o strumento che potesse creare una qualsivoglia barriera con l'interlocutore.

Effettivamente l'esperienza, come nelle intenzioni, è stata caratterizzata dalla *autenticità*, premessa fondamentale per il successo di una ricerca sul campo: le attività svolte a fianco degli ospiti sono state le più varie, dalla pulizia dei bagni, delle camere e degli spazi comuni, alla consumazione dei pasti, passando per i momenti di svago (pomeriggio in piscina, visita in paese per la spesa), di ozio e di lavoro. Ho anche avuto l'opportunità di partecipare alle riunioni cliniche e organizzative degli operatori e ho avuto accesso a parte del materiale documentale contenuto nell'archivio delle strutture, nel pieno rispetto della riservatezza dei dati sensibili dei pazienti. Non mi è mai stato chiesto di allontanarmi o negata un'informazione, quindi l'*osservazione* è stata continuata e ininterrotta per l'intero periodo, compresi i pochi *momenti critici* (scompensi dei pazienti, incomprensioni tra operatori e pazienti, screzi tra pazienti).

È ora necessario procedere alla *resocontazione* dell'esperienza, a cui seguirà l'*analisi critica*.

Seguendo la cronologia della ricerca, si inizia con il riportare la trascrizione dei punti più interessanti e di maggior rilievo delle interviste. Molte informazioni verranno riprese e spiegate successivamente nel corso della descrizione delle strutture.

Si noteranno immediatamente i punti di accordo tra le visioni dei due intervistati (l'idea che le comunità non sono luoghi di punizione, il rifiuto a svolgere ruoli di sicurezza, il sospetto verso alcune iniziative parlamentari -come il lavoro della Commissione Marino-troppo indignate e poco propositive) e i punti di disaccordo (le finalità del lavoro in una comunità, il ruolo della *clinica*, l'idea di territorio), che non possono non riflettersi sul funzionamento generale della comunità stessa.

### **3.3.1 Persone 1/ Silvia Morrone: «La legge è importante, ma la *clinica* è fondamentale»**

#### **Che cos'è il Montello?**

Dal punto di vista del metodo e dell'approccio terapeutico, il Montello è una *comunità lacaniana*, che mette in pratica gli insegnamenti dello psichiatra francese Jacques Lacan (74).

#### **È sintomatico che introduca la comunità parlando anzitutto del metodo e dell'approccio terapeutico? È solo deformazione professionale?**

Quando si parla di folli-rei, non è possibile scindere il fattore clinico da quello giuridico-criminale. In oltre dieci anni di "vita" al Montello, che è una comunità aperta dal 2000, mi sono fatta l'idea che i nostri ospiti siano anzitutto dei pazienti.

#### **Se volessimo definirla invece da un punto di vista prettamente giuridico?**

Allora diciamo che il Montello è una comunità psichiatrica terapeutica protetta, nata per ospitare pazienti con patologie psichiatriche gravi e poi, con gli anni, specializzata nell'accoglienza e nella cura di pazienti provenienti principalmente dagli O.P.G. o comunque con una storia criminale, più o meno grave.

La struttura ha concluso il lungo, tortuoso e burocratico iter di accreditamento con la Regione Piemonte previsto dal Decreto del Consiglio Regionale 357/1997.

#### **Come è strutturata?**

La comunità, sempre in forza delle disposizioni legislative del decreto regionale, è suddivisa in due: una comunità di tipo A, ad alta intensità di trattamento e una di tipo B, a bassa intensità di trattamento. La legge prevede numerose differenze tra le due tipologie, soprattutto sul piano dell'assistenza, la comunità di tipo A è principalmente *riabilitativa* e quindi necessita la presenza di più figure professionali, quella di tipo B è più cronica.

La metodologia lacaniana però non riconosce la differenza tra *riabilitazione* e *cronicizzazione* e così abbiamo scelto di non differenziare i pazienti, chi entra in comunità non nota nessuna divisione tra le due tipologie. È stata acquistata ed è tutt'ora gestita da una s.r.l. presieduta da un direttore sanitario, che, essendo, un medico dentista, ha un percorso e una formazione professionale che poco o nulla hanno a che fare con il disagio psichico.

#### **Come è arrivata al Montello?**

Conoscevo il direttore amministrativo, ho iniziato come responsabile della comunità di tipo A. Già da dieci anni lavoravo in altre comunità con pazienti in "doppia diagnosi".

Fino a una quindicina di anni fa, vi erano principalmente due tipologie di comunità, o le comunità psichiatriche "classiche" che accoglievano pazienti con disagi psichici importanti, principalmente schizofrenie e paranoie, oppure quelle che ospitavano tossicodipendenti con patologie psichiatriche.

All'inizio anche il Montello non si discostava troppo da questo quadro e ospitava pazienti inviati dai Dipartimenti di Salute Mentale o tossicodipendenti provenienti dai Ser.T.

Con il tempo ci siamo accorti che i bisogni della società e del territorio stavano velocemente variando, ricevevamo quotidiane richieste dagli O.P.G. e abbiamo deciso di iniziare questo nuovo percorso.

#### **Da tossicodipendenti in "doppia diagnosi" e pazienti psichiatrici "classici" ai folli-rei: come è avvenuto il passaggio?**

Dal punto di vista giuridico amministrativo non è cambiato nulla, come tutte le comunità private ogni nuovo ingresso avviene in forza di una Convenzione tra la direzione della comunità e l'Autorità inviante che paga la retta e segue il progetto terapeutico (i DSM, i S.E.R.T o, nel caso di pazienti da O.P.G., il Ministero della Giustizia). Con il DPCM 1 aprile 2008 e la sanitarizzazione degli O.P.G., cambia

semplicemente l'identità di chi eroga la retta: non più il Ministero della Giustizia, ma le Aziende Sanitarie Locali, che, nonostante il loro disappunto, "subisco la decisione del giudice", come se fosse una sorta di imposizione. Infatti se il giudice (sia il Magistrato di Sorveglianza, nel caso di pazienti internati in esecuzione della misura di sicurezza sia il giudice di cognizione) dispone l'inserimento in comunità, questi acquisiscono una sorta di "priorità".

Insomma, l'opinione del giudice è prevalente rispetto all'opinione del servizio sanitario. E per noi del Montello, questo è spesso un vantaggio.

### **In che senso?**

Nel senso della sicurezza economica e gestionale. In Piemonte e non solo, esistono numerosi casi di comunità che stanno chiudendo, perché le Asl non pagano più le rette, noi siamo invece garantiti dalla decisione del giudice, le Asl sia che conoscano il paziente o non lo conoscano, sono obbligate a pagare.

### **Chi sono i pazienti del Montello?**

La maggior parte sono pazienti sconosciuti ai servizi territoriali, il che rende ancora più difficile il nostro lavoro, perché non conosciamo la storia clinica di quel paziente. Non si può stabilire una regola generale sotto l'aspetto della provenienza geografica, siamo una comunità piemontese, ma accogliamo pazienti da tutta Italia. Tuttavia, negli anni, abbiamo instaurato una buona collaborazione con gli O.P.G. di Reggio Emilia e Montelupo Fiorentino, spesso sono gli operatori stessi di quelle strutture ad indicare la nostra comunità ai servizi territoriali.

### **Quanti dei vostri pazienti provengono dall' O.P.G.?**

Sono l'80% su un totale che varia a seconda dei periodi tra i 36 e 38 pazienti, negli ultimi anni abbiamo notato che si sono allungati molto i tempi di permanenza, all'inizio erano di media 2 o 3 anni, ora abbiamo pazienti che superano i 10 anni di permanenza, poiché il magistrato di sorveglianza continua a ritenerli socialmente pericolosi.

Questi pazienti sono pienamente istituzionalizzati, la comunità è diventata la loro unica casa, sono persone per le quali manca totalmente un *tessuto sociale*, la famiglia è assente, i servizi inefficienti e i consociati sospettosi.

### **Come il Montello affronta il problema sicurezza?**

Lo ripeto i nostri ospiti sono dei pazienti, non dei criminali. Sono persone con una patologia psichiatrica, è questo l'unico aspetto che ci interessa. Il metodo lacaniano rivendica con forza il fatto che la *clinica non si deve appiattare sulla legge*, purtroppo è difficilissimo far capire questo concetto al mondo del diritto, magistrati e avvocati in primis. Eppure grazie a questo duro e lungo lavoro, in comunità ci sono pochissimi "passaggi all'atto", con episodi di aggressione e violenza tra ospiti e nei confronti di operatori molto sporadici. Paradossalmente la comunità è più tranquilla da quando accogliamo pazienti provenienti dall'O.P.G. rispetto a quando lavoravamo con la doppia diagnosi.

### **Quindi l'aspetto legale non vi interessa?**

È improprio dire che non ci interessa, diciamo che la legge diventa uno degli *strumenti terapeutici*. Per molti soggetti costituisce il *limite* ultimo, quando tutti gli altri limiti sono stati violati. Per un omicida, che arriva a travalicare il principale limite regolatore della convivenza sociale e cioè il rispetto e la salvaguardia della vita altrui, solo la *legge* è capace di dire "ora basta!".

Le discussioni sulla consapevolezza del delitto, del senso di colpa, della capacità di intendere e volere, sono *baggianate* dette da persone che non sanno cos'è un paziente psichiatrico autore di reato. La maggior parte dei pazienti si considerano vittime della legge, pensare che acquisiscano una consapevolezza del proprio gesto criminale è utopia.

### **C'è il rischio di considerare la problematica del folle-reo solo dal punto di vista clinico?**

La legge può anche essere, a suo modo, persecutoria, ma quello che non deve essere persecutorio è il lavoro che si fa in comunità. La comunità accompagna il soggetto a farsene qualcosa della legge e non solo a viverla come una persecuzione.

### **Come?**

Cercando di utilizzare una ampia gamma di strumenti, non certo solo la parola, poiché, nonostante molti nostri pazienti si dimostrino molto adeguati e "normali", in realtà usano spesso linguaggi diversi,

che possono essere interpretati solo da personale ben formato.

L'errore da evitare è quello di inserirsi in questa dinamica persecutoria, facendo sentire il paziente oltre che vittima della legge, anche vittima della comunità e dell'altro.

### **Al Montello esiste una preselezione dei pazienti da inserire in comunità?**

È fondamentale. Noi non prendiamo chiunque. Non tutti i folli-rei possono e debbono stare in comunità, per questo lo psichiatra e lo psicologo di comunità prima di dare l'assenso a nuovi ingressi, svolgono una o due visite all'O.P.G., parlano con le equipe e con il paziente, dopodiché decidono.

A volte capita di sbagliare, soprattutto quando si sceglie di accogliere soggetti con un comportamento criminale particolarmente accentuato. Con queste persone il percorso comunitario è semplicemente impossibile. Devono rimanere in O.P.G.

La differenza fondamentale tra la comunità e un carcere è che nel carcere sei obbligato a starci, in comunità anche, se così ha disposto il giudice, ma puoi scegliere la tipologia. Nessuno è obbligato a restare al Montello, ci sono decine di altre strutture pronte ad accoglierti. Anche se negli ultimi anni abbiamo il problema opposto: tanti pazienti dal Montello non se ne vogliono andare e questo può diventare un problema, poiché si formano gruppi gerarchici, si individuano leader, magari ci sono episodi di violenza e prevaricazione, spesso "invisibili".

### **È favorevole quindi ad una differenziazione tra pazienti a seconda del grado di pericolosità?**

Sì anche se il problema si sposta. Chi giudica la pericolosità? C'è molta discrezionalità, abbiamo accolto pazienti considerati molto pericolosi dai servizi territoriali, che ritenevano il percorso comunitario assolutamente impossibile e invece hanno avuto processi di risocializzazioni ottimi.

Tutto sta nella raffinatezza dell'analisi clinica, su cui spesso, per mancanza di tempo e risorse, la psichiatria è carente: è finita l'epoca dei "matti" che straparano o sentono le voci, oggi ci sono pazienti che lavorano subdolamente, che si presentano molto adeguati. Solo con l'osservazione quotidiana si coglie il loro aspetto clinico.

### **C'è quindi un problema di analisi e valutazione del folle-reo?**

Sì, perché manca spesso una formazione specifica degli operatori territoriali, abituati a lavorare con la popolazione psichiatrica, ma poco avvezzi agli autori di reato. Sono situazioni diversissime, che vanno conosciute, mi sono spesso scontrata con psichiatri che non volevano riconoscere un'evidente patologia di un soggetto, con grave rischio della sicurezza collettiva.

Noi, ormai, riusciamo a individuare cosa può rendere pericoloso un soggetto, ma la certezza che non commetta più un reato non c'è. Occorre un grande lavoro di squadra, tra servizi territoriali, operatori di comunità, famigliari.

### **Anche con avvocati e operatori giuridici?**

Certamente, occorre capire che il folle-reo non è un normale cliente per lo studio legale. Ciò che è positivo per la generalità delle persone, per il folle-reo può diventare negativo. Occorre rimodulare gli obiettivi: ottenere un alleggerimento della misura di sicurezza da parte del magistrato di sorveglianza non è sempre un buon risultato. Con alcune richieste degli avvocati, si rischia di mandare in fumo mesi di lavoro terapeutico. Ma gli avvocati tendono a non ascoltarci e sbagliano.

### **Cosa significa comunità per un folle-reo?**

L'esperienza mi insegna che significa soprattutto protezione da un mondo persecutorio e da una legge considerata ingiusta. Ma da qui nasce il problema della durata del trattamento comunitario. Ammesso che la comunità sia un nido sicuro, è giusto che i pazienti vi restino a lungo? Bisogna porsi l'obiettivo di uscita dalla comunità oppure no? Da qui nascono i rapporti con il magistrato di sorveglianza che è in grado di "dettare i tempi" del ricovero, attraverso la fondamentale misura delle prescrizioni, che possono interrompere o far continuare la permanenza in comunità, anche su nostra indicazione.

Spesso capita di concordare con il magistrato il ritorno all'O.P.G., perché la comunità ha fallito, altre volte per soggetti, che magari trasgrediscono alle regole e alle prescrizioni, chiediamo fiducia e restano in comunità, perché anche la trasgressione è un tempo del trattamento.

### **Cosa significa l'O.P.G. per un folle-reo?**

È paura.

**Qual'è l'obiettivo del Montello? È la rieducazione dell'art.27 della Costituzione, è la contenzione in nome delle esigenze generalpreventive della collettività o è il semplice badantato?**

È difficile fare un discorso generale, ogni paziente ha i suoi obiettivi, che possono essere raggiunti solo se funzionano le relazioni territoriali, che è poi lo stesso motivo per cui la rivoluzione basagliana è stata una rivoluzione dimezzata.

Tuttavia credo che il nostro ruolo sia la *consapevolezza*. Come psicoterapeuta sancisco il successo di un percorso clinico, quando so che il paziente ha la consapevolezza dei suoi punti critici.

Non mi importa il pentimento per il reato, la consapevolezza stessa della gravità di ciò che hanno commesso, voglio che si rendano conto delle loro precarietà, che siano insomma soggettivamente responsabili e sappiano fermarsi un attimo prima del passaggio all'atto. Non mi illudo di *autonomizzare* le persone, la società moderna ha il culto dell'autonomia, devi avere una tua famiglia, un tuo lavoro, una tua casa, un tuo passatempo, una tua auto...pensate come è difficile per un folle-reo, che è cronicamente non autonomo, inserirsi in questo contesto sociale. Anche la legge è oggi "autonoma", c'è la tendenza a crearsi la propria legge, in grado di aggirare la legge di tutti, di cui ci consideriamo, come i folli-rei, vittime.

**Come il Montello simbolizza la "sanzione", visto che molti dei vostri pazienti sono sottoposti a misura di sicurezza?**

Questo è un dei nodi principali. È necessario uscire dall'idea buonista che il folle-reo debba essere compatito e non punito. Ci siamo accorti che i percorsi comunitari più problematici sono quelli dove manca una forte simbolizzazione del limite della legge, della regola, della sanzione, cosa che avviene spesso nei casi di accesso diretto, per vari motivi, in comunità, senza un precedente percorso né di carcere né di O.P.G. Capita con pazienti giovani, che avevano commesso quando erano minorenni e quindi hanno scontato pene meno repressive e severe.

È compito degli operatori far capire al paziente che ogni atto produce conseguenze, anche sanzionatorie, che non possono essere solo enunciate, ecco perché, a volte, il ritorno in O.P.G. può diventare uno strumento importante.

**Crede possibile che le comunità possano sostituire gli O.P.G.?**

No, la comunità è luogo di cura, non potremmo accettare l'affidamento di compiti non curativi, ma punitivi. C'è una differenza di funzioni che non può essere derogata.

**Esiste quindi, a trent'anni dalla legge Basaglia, la necessità sociale di istituzioni totali per soggetti psichiatrici?**

L'istituzione totale, in fondo, è un luogo di contenimento, che rappresenta un limite "fisico" e ideale.

Dobbiamo ammettere che esistono pazienti che hanno bisogno di un limite.

La nuova istituzione totale dovrebbe coniugare l'*accogliere* e il *limitare* in un bilanciamento perfetto. Non può diventare né solo accoglienza, né solo limite. Il paradigma non può essere il «no», ma il «sì, ma non troppo».

**Gli O.P.G. si possono e devono superare?**

Noi operatori del settore abbiamo la sensazione che si stia aprendo una stagione di svolta, in cui si potrebbe arrivare in tempi brevi alla chiusura degli O.P.G., ma attenzione a non ripetere gli stessi errori della legge 180. A volte sembra non si sia imparato nulla.

Il lavoro della Commissione Marino e in particolare la scelta di mandare in onda in prima serata le crude immagini della vita in O.P.G. non mi è sinceramente piaciuto. È stato diffuso un messaggio sbagliato, l'O.P.G. non è solo la drammatica realtà descritta, non sono solo i 350 pazienti dimissibili, non è solo *ergastolo bianco*. L'approccio scandalistico non è quello giusto.

Preferisco un approccio *funzionale*, ammettiamo che l'O.P.G. ha una funzione, capiamo chi e come può adempierla, ma non neghiamo la funzione, altrimenti facciamo un danno alla società e, fatto ancor più grave, agli autori di reato con patologia psichiatrica, che si troverebbero smarriti in una società che non li vuole.

### **3.3.2 Persone 2/ Giovanni Gardelli: «In comunità non si reprime, si ricostruisce un paese»**

#### **Come nasce Casa Zacchera?**

La nostra principale caratteristica è nascere come comunità specializzata nell'accoglienza di pazienti emiliano-romagnoli provenienti da O.P.G. Non abbiamo mai ospitato nessun'altra tipologia di pazienti.

Casa Zacchera fa parte del complesso di Sadurano, un pezzetto di società restaurata, un borgo distrutto dalla guerra e trasformato dalla tenacia di don Dario Ciani (75), cappellano del carcere di Forlì, in luogo di accoglienza e solidarietà fin dal 1975. Si è iniziato con l'accogliere tossicodipendenti, prostitute vittime della tratta, ragazze madri, senz'altro, solo molti anni dopo, nel 2000, venne l'idea di una comunità autonoma pensata solo per gli internati in O.P.G., ma era già dal 1995 che accoglievamo pazienti psichiatrici.

#### **Come è nata l'idea, siete stati tra i primi in Italia?**

Siamo partiti da un'esigenza del territorio, questa è la nostra modalità di lavoro. Gli psichiatri territoriali con cui collaboravamo, ci raccontavano che molti pazienti uscivano dall'O.P.G. e non avevano una rete sociale pronta ad accoglierli, altri non ci uscivano proprio, perché continuamente "prorogati": noi abbiamo messo a disposizione la competenza e la passione delle cooperative di Sadurano, ognuno, istituzioni, Ministero, direzione dell'O.P.G., D.S.M. ha fatto la sua parte.

Questa è stata l'idea vincente: servire il territorio, non creare un problema al territorio.

#### **Il territorio, ma potremmo dire la società dell'insicurezza, però ha spesso paura, perché i folli-rei, i tossicodipendenti, gli "Altri" spaventano...**

Dipende, a Sadurano, ad esempio non è successo, dipende da come la comunità si pone.

Il nostro progetto è rimasto segreto per due anni, nessuno, al di là dei soggetti istituzionali, sapeva chi era ospitato a Casa Zacchera. Il sindaco non aveva ritenuto opportuno neanche avvisare il consiglio comunale e il resto della giunta. Avevamo paura che le persone si spaventassero a pensare di abitare a pochi metri da dei pazienti usciti da O.P.G.

Quando, dopo due anni, abbiamo deciso che era giunto il tempo che il territorio sapesse, i giornali locali hanno montato una campagna stampa assurda, c'erano i fotografi nascosti nei boschi, pronti a immortalare i nostri ospiti a fare chissà che. Un anziano contadino, si trovò nel cortile una troupe televisiva che gli chiedeva se non avesse paura a vivere vicino ai pazzi criminali. Lui rispose con la spontaneità romagnola: «no!». Quella risposta davanti alle telecamere è stata il segno tangibile che il nostro messaggio era arrivato.

#### **Tuttavia i vostri pazienti sono considerati dalla legge socialmente pericolosi. Come vi relazionate con il problema sicurezza?**

È di nuovo una questione di fiducia, cerchiamo di non dare alibi al territorio, in modo che nessuno possa dire che Casa Zacchera crea problemi, ci siamo accorti che spesso bastano gesti semplici: tutti i commercianti dei Comuni limitrofi hanno i nostri recapiti, ci conoscono, se capita qualche problema con un nostro paziente non chiamano le forze dell'ordine, ma chiamano direttamente i nostri operatori. Ci è capitato di fare interventi per pazienti di altre comunità, d'altronde quello di Forlì è un territorio particolare, con una percentuale di posti letto in comunità private per pazienti psichiatrici tra i più alti d'Italia, sono circa quattrocento.

#### **Si nota come i rapporti con gli altri soggetti del campo giuridico del penitenziario siano fondamentali.**

Non può essere altrimenti, il processo di riabilitazione di un internato in O.P.G. è un gioco d'incastri, se c'è un passaggio che non funziona, crolla l'intera struttura.

Un esempio concreto: se l'equipe psicologica dell'O.P.G. investe tempo, fatica e risorse per convincere un paziente ad uscire dalla cella, invece di passare il suo tempo sdraiato sul letto, alla fine ci riesce e poi, banalmente, la guardia si "dimentica" di aprire la porta della cella, si è sprecato il lavoro di mesi per colpa di rapporti che non funzionano.

Dalla qualità dei rapporti tra questi soggetti dipende il futuro degli O.P.G., non da altro, negli Anni Settanta, ai tempi di Basaglia, c'era un'ideologia forte, un movimento di popolo che chiedeva la chiusura dei manicomi, oggi non c'è questo fermento, gli O.P.G. si supereranno se ognuno saprà fare la

propria parte.

### **Non ci sono le manifestazioni, ma c'è un nuova attenzione politica intorno agli O.P.G., Come giudica l'operato della Commissione Marino e gli ultimi provvedimenti riguardo agli O.P.G?**

Una delegazione della Commissione ha visitato la nostra comunità, poi ci hanno invitati in Senato a raccontare la nostra esperienza, riconoscendoci come realtà modello in Italia.

Però qualche dubbio sull'efficacia del loro operato c'è: hanno un approccio molto meccanicista, quasi logico-matematico, portato probabilmente anche dalla formazione professionale di molti componenti, lo stesso Marino è un chirurgo. Ma con i folli-rei devi essere pronto ad accettare che non tutte le azioni che si compiono hanno una conseguenza logica.

L'idea di mandare in onda su una rete nazionale un filmato che mostrasse le brutture degli O.P.G. non mi ha convinto, non si può far arrivare il messaggio che più si va verso Nord partendo da Barcellona Pozzo di Gotto e più le cose migliorano, occorre contestualizzare, dire che a Castiglione delle Stiviere va tutto bene e dalle altre parti tutto male, è sbagliato. Basterebbe leggere le statistiche sui tempi di permanenza medi degli internati, a Castiglione sono molto più lunghi, perché? Perché segue la logica di un bel contenitore con tanto di piscina, che contiene appunto, ma non riabilita.

Voler sollevare lo scandalo e il ribrezzo per l'esistenza di letti di contenzione è un altro messaggio sbagliato, perché, è triste ammetterlo, a volte la contenzione fisica è uno strumento necessario e insostituibile. Insomma la generalizzazione dei problemi è controproducente. Avrei preferito che, vicino allo "schifo" si fosse rappresentato la bellezza dell'alternativa all'O.P.G., che esiste.

Anche perché non è con lo "schifo" che si provoca la reazione sociale, in una società ultraindividualista il ragionamento da combattere è «non mi importa che sia bello o brutto, l'importante è che non ci finisca io».

### **Quindi esiste una necessità di contenere, istituzionalizzare? Le comunità rischiamo di essere comunque istituzioni totali, sostenibili, ma pur sempre istituzioni totali?**

Scelgo di rispondere pragmaticamente: finché c'è un obbligo di legge, che prescrive una limitazione della libertà personale, ci vuole un'istituzione. Però, per quanto riguarda il paziente psichiatrico autore di reato, occorre uscire dalla logica tipica dell'istituzione totale del *qualcuno sceglie per lui*, per farlo bisogna ritrovare una *dimensione* che riqualifichi la vita del folle reo e questa dimensione non è l'istituzione totale ma è il *territorio*, ammesso che il territorio ci sia.

A Casa Zacchera vogliamo che i pazienti siano liberi di scegliere, possiamo aiutarli, consigliarli, capire, ma poi sono loro a scegliere, nessun altro. Scegliere se restare, se andarsene, se rispettare le regole, se trasgredirle, se saltare la staccionata e fuggire... La nostra comunità non è un'istituzione totale, è un paese, sia fisicamente che concettualmente. Ci sentiamo promotori di normalità.

### **Quindi proponete un percorso di *rieducazione* nel significato costituzionale del termine? Il linguaggio del diritto sa descrivere il vostro lavoro?**

Quello del diritto da una parte e della psichiatria sono linguaggi complesso, che fanno fatica a capirsi reciprocamente. Da questa incomprendione nascono molti problemi legati ai folli-rei.

Dovendomi interfacciare con operatori giuridici e non potendo negare la *giuridicità* dei problemi dei nostri ospiti, sono costretto a conoscere e parlare il linguaggio della legge, anche se lo trovo insignificante.

Non percepisco il mio lavoro come rieducativo, mi limito ad insegnare a persone a rapportarsi con l'altro, chiunque esso sia, ma ogni rapporto ha le sue peculiarità, come non esiste un'idea generale di rapporto non esiste un concetto universale di rieducazione. Siamo alla disperata ricerca di relazioni possibili, non relazioni perfetta, ma questo è difficile spiegarlo a giudici e magistrati di sorveglianza.

Non vorrei che rieducazione diventi sinonimo di normalizzazione, il malato psichiatrico non va normalizzato, semplicemente perché la normalità è concetto relativo. La malattia mentale, se esiste, è una retta su cui tutti noi ci collochiamo, nessuno però è fuori da quella linea.

### **Però la legge impone deve imporre dei limiti, che i pazienti in O.P.G. hanno travalicato. A Casa Zacchera vi occupate dell'aspetto criminale degli ospiti?**

No, non è il nostro compito è un altro, noi lavoriamo solo sull'aspetto psichiatrico e psicologico.

È capitato di fare degli errori nella scelta delle persone da ospitare in comunità, ma non appena ci accorgiamo che il soggetto è solo criminale e non psichiatrico, allora lo rimandiamo in O.P.G. o in carcere, proprio perché non è il nostro mestiere quello della repressione o del contenimento del crimine. Non ci sono sbarre, cancelli, guardia sarebbe tecnicamente impossibile, oltretutto metodologicamente sbagliato. Questo non significa che non accetto la trasgressione o il superamento del limite da parte di un paziente, ho l'obbligo di segnalarla al magistrato di sorveglianza, ma la accetto, perché può essere un segnale, finché non diventa abitudine.

### **Se e come Casa Zacchera simbolizza il limite della legge?**

Da un punto di vista visivo, il meno possibile, penso al rapporto instaurato con i Carabinieri di Castrocaro Terme per i quali eravamo diventati un problema, non di sicurezza, ma organizzativo. Su cento pazienti psichiatrici in tutto il complesso di Sadurano, almeno venticinque hanno problematiche legali, si può intuire la mole di lavoro che grava su una piccola stazione solo in termine di numero di notifiche da consegnare. Abbiamo raggiunto un accordo e da qualche tempo, non arrivano più a Sadurano, se non in casi eccezionali.

La vera simbolizzazione del limite della legge è data dalle *prescrizioni* del magistrato di sorveglianza, che spesso funzionano da vere deterrenti.

Insomma il limite non è più l'autorità in divisa, ma è un foglio prescrittivo e il risultato in termini di rispetto del limite è lo stesso, basta pensare al bassissimo numero di ritorni in O.P.G. (solo tre).

### **La pericolosità sociale può essere un ulteriore deterrente alla commissioni di nuovi reati o è un concetto senza significato?**

Credo che il ruolo della pericolosità andrebbe accresciuto, con la legge-Basaglia ci siamo resi conto che l'istituzionalizzazione in strutture fisiche non può funzionare, tuttavia non possiamo negare che per disincentivare un soggetto a delinquere occorre un qualche limite, che potrebbe diventare sempre di più quello della pericolosità sociale, che diverrebbe sia una tutela per la collettività che per il folle-reo.

### **Gli O.P.G. si possono e devono superare?**

Anzitutto bisogna rivedere gli obiettivi. Per tutti, sia operatori del diritto che operatori psichiatrici, il traguardo da raggiungere deve diventare la *dimissione* del paziente, non possiamo pensare che le lunghe permanenze nell'istituzioni possano diventare la norma, perché il tornare a casa è un dovere. Dopodiché dovrà certamente essere aperto al sempre. Ma il sempre è l'eccezione.

Se entriamo in quest'ottica sarà più facile anche ridare all'O.P.G. l'unico ruolo utile: la gestione dell'alta pericolosità. Tutti coloro che non rientrano in questa categoria devono essere curati in altri luoghi, come Casa Zacchera, che è un esperimento che può e deve essere esportato, perché è con la costruzioni di nuove *relazioni* e non di nuove *leggi* che si cambiano davvero le cose.

### **3.3.3 Il primato dell'esistenza: il resoconto delle visite in comunità**

Per sistematizzare all'interno di questa ricerca il vissuto nelle visite in comunità, si sceglie di utilizzare un *format* che permetta di integrare le informazioni tecniche alle impressioni dell'osservatore, creando un efficace connubio di oggettività e soggettività.

In concreto, si utilizzerà il modello correntemente usato dall'Associazione Antigone nella compilazione dell'Osservatorio sulle condizioni detentive, in cui annualmente vengono valutati la maggior parte degli istituti di esecuzione penale italiani (non solo case circondariali, ma anche carceri minorili e O.P.G.).

Tale valutazione si rifà a sua volta al «modello di ricerca più utilizzato nella realtà statunitense (fatto proprio ormai dagli inizi degli anni '90 dal Federal Bureau of Prisons dell'U.S. Department of Justice) denominato Prison Social Climate Survey (PSCS). [...] È strutturato per acquisire la percezione dell'intervistato degli elementi problematici di otto aree del servizio penitenziario, al fine di elaborare degli indicatori empirici di qualità di tale servizio: attività di sorveglianza e di sicurezza all'interno dell'istituto (*Security*); il livello di sicurezza personale percepito dai detenuti (*Safety*); il livello di ordine interno e grado di consenso alle regole di vita dell'istituto (*Order*); leattività del servizio sanitario e per il benessere psico-fisico della persona detenuta (*Care*), le attività proposte al detenuto (*Activity*) (lavoro, formazione professionale, istruzione scolastica, attività ricreative e culturali, religione); il rispetto dei diritti del detenuto nelle procedure amministrative interne all'istituto (*Justice*); la qualità generale della vita e condizioni complessive di esistenza all'interno dell'istituto (*Conditions*); la qualità delle attività di management della direzione dell'istituto (*Management*)» (76).

Tuttavia si impone un adattamento di tale modello alle peculiarità delle strutture comunitaria, che restano pur sempre istituzioni totali nel senso goffmaniano del termine, ma non sono annoverabile tra gli istituti di esecuzione penale, anche se, in questo specifico caso, sono ospitati soggetti in misura di sicurezza.

Si sottolinea fin d'ora la singolarità di questa valutazione, che vuole sottolineare anche una grave carenza di controllo da parte della stessa Pubblica Amministrazione, che ha ridotti strumenti di vigilanza sull'operato delle singole comunità e sulle condizioni degli ospiti. Il controllo spesso si limita alla sola fase iniziale, la c.d. fase di *accreditamento*, in cui le Regioni, attraverso le A.S.L., riconoscono alle comunità il raggiungimento dei parametri di accoglienza fissati dalla legge regionale concedendo la possibilità di ospitare pazienti in *convenzione*, la cui retta viene pagata dal servizio pubblico (nel caso di pazienti psichiatrici i D.S.M.).

Dopodichè i controlli diventano sporadici e prevedibili, «manca l'*effetto sorpresa*, ogni A.S.L. ha una Commissione di Vigilanza, che almeno due volte all'anno deve svolgere sopralluoghi all'interno di tutte le strutture residenziali convenzionate, ma sono visite, che, in un modo o nell'altro, vengono preannunciate alla direzione della comunità. Se davvero si svolgessero sopralluoghi a sorpresa, probabilmente scopriremmo molte cose spiacevoli» (77).

Senza contare che manca una sistematica resocontazione pubblica di tali visite. Tale mancanza contribuisce a creare un non trascurabile *deficit di trasparenza*. Sarebbe dunque auspicabile la nascita di un Osservatorio, analogo a quello dell'Associazione Antigone, in grado di misurare la *customer satisfaction* e soprattutto a certificare la qualità di tali strutture, che fondamentalmente, svolgono una remunerata funzione di supplenza di funzioni tipiche del welfare State.

Il modello proposto consta cinque indici di valutazione differenti: l'aspetto strutturale e architettonico; la tipologia di ospiti e le loro condizioni di ricovero; la composizione dello staff e la sua formazione; i contatti con l'esterno, le attività e la metodologia terapeutica; gli eventi critici e i protocolli di intervento. Si precisa, fin d'ora che le informazioni contenute nei seguenti paragrafi, sono state raccolte personalmente dall'Autore durante le visite in comunità e le interviste con gli operatori e non hanno alcuna pretesa di esaustività, potendo contenere imprecisioni ed errori

## 1) Aspetto strutturale e architettonico

*Il Montello*: la comunità è situata a poche centinaia di metri dal casello autostradale di Vignole Borbore, sulla strada statale che porta a Serravalle Scrivia, sul cancello automatico di ingresso, una targa indica "Il Montello", senza ulteriori indicazioni.

La cascina ricorda la tipica architettura del Basso Piemonte, circondata da un ampio appezzamento di terra.

È suddivisa su tre piani, più un piano seminterrato dove sono ospitate le cucine, il magazzino e lavanderia.

Al piano terreno vi sono la maggior parte degli spazi comuni: una grande sala Tv, una veranda coperta, la sala mensa dove gli ospiti consumano tutti i pasti, serviti dagli operatori, compreso il caffè di metà mattina.

Vi sono poi stanze chiuse a chiave, dove i pazienti possono entrare solo se accompagnati dagli operatori e previo consenso: l'infermeria, dove avviene la somministrazione delle principali terapie farmacologiche e la "stanza operatori" con bagno riservato ai dipendenti, dove sono archiviate la documentazione relative ai singoli ospiti e vi sono armadietti personalizzati in cui i pazienti possono conservare gli effetti personali. Qui avviene anche la distribuzione di quello, che si impara presto essere, un vero *strumento di contrattazione terapeutica*, le sigarette. Alcuni pazienti hanno infatti un numero di sigarette quotidiane a disposizione limitato. La tendenza è quella di non dare al paziente più sigarette del necessario, per evitare che diventino oggetto di scambio, andando così a compromettere la pacifica relazione tra ospiti.

Le stanze adibite all'ospitalità dei pazienti sono così differenziate: l'Ala Celeste ospita le donne, sono loro stesse ad aver scelto le regole di convivenza, il nome delle stanze e ad aver decorato i muri.

Il Primo piano è il più grande e ospita gli uomini, suddivisi in camere singole (usate solo in casi particolarmente problematici), doppie o triple, con doppi servizi igienici comuni, dotati di docce e letti, che, per legge, devono essere di tipo ospedaliero. A differenza delle donne, il gruppo maschile ha deciso di non dare nessun nome alle proprie stanze e mantenere un generico "Primo piano", per

evitare di richiamare alla memoria, i nomi dei reparti di O.P.G. e delle carceri, influenzando negativamente sul percorso di riabilitazione. L'idea è quella di richiamare la struttura di un piccolo paese e quindi di casa. Il corridoio è suddiviso infatti in tre "viali" con tanto di targhe (Olimi, Gigli, Platani) e una piazza (Piazzetta Spettegules). È stato problematico spiegare l'importanza di avere "numeri civici" che individuino le singole stanze, poiché ricordavano i numeri delle celle.

Vi sono poi le mansarde, per pazienti in una fase avanzata di trattamento e più autonomo, con una cucina autonoma dove preparano da soli i propri pasti. Ogni settimana avvengono "riunioni condominiali", suddivise per le tre aree, dove il gruppo, insieme all'operatore affronta le eventuali problematiche. Tutti gli ambienti sono tendenzialmente ben curati e puliti. Della comunità fa anche parte Cascina Barasi, circondata da dieci ettari di terreno, che ospita soggetti che hanno raggiunto una stabilizzazione del disturbo psichico.

*Casa Zacchera*: La struttura fa parte del borgo di Sadurano che si estende per oltre cento ettari, sulla strada che da Castrocaro Terme sale verso Predappio e, oltre a Casa Zacchera, è composto da gruppi appartamento, comunità psichiatriche, una stalla, un caseificio, un ristorante, una chiesa e un centro sportivo. Il borgo è ben riconoscibile e anche le indicazioni per Casa Zacchera sono visibili. La comunità è ospitata in una antica cascina completamente ristrutturata dal caratteristico colore giallo. Il cancello di ingresso è aperto, la recinzione è costituita da una staccionata bassa.

Nel cortile, di ghiaia e prato, vi è un parcheggio e un gazebo affacciato sulle colline con tavoli e sedie. L'interno è strutturato su tre livelli, compreso il piano interrato.

Essendo la comunità stata inaugurata nell'ottobre 2007, mobili e attrezzature sono nuove e in ottimo stato.

Al piano terreno vi sono stanze di piccole dimensioni, utilizzate per i colloqui con i pazienti e gli incontri con le famiglie, l'ufficio della direzione, sempre aperto. Al piano interrato un grande spazio comune per le colazioni, con computer e postazione internet sempre utilizzabile e alcuni strumenti musicali del gruppo musicale della comunità "I chiodi fissi" e la lavanderia. Al piano superiore le camere dei pazienti (quasi tutte doppie), con al centro un grande salotto con divani e tv. Ogni camera ha il bagno privato con doccia.

Il pranzo e la cena sono serviti, salvo eccezioni, al ristorante di Sadurano, dove l'equipe di cucina è affiancata da alcuni ospiti in borsa lavoro. Il ristorante, oltretutto essere utilizzato da mensa per i pazienti e il personale, è aperto al pubblico.

## **2) La tipologia di ospiti, le loro condizioni di ricovero e i costi**

*Il Montello*: per scelta metodologica e clinica, non esistono statistiche, che fotografino la classificazione dei pazienti per tipologia di reato e per disturbo psichico (la scuola *lacaniana* contesta infatti la suddivisione ufficiale utilizzate dai D.S.M. e dalla dottrina psichiatrica maggioritaria). Non è neanche possibile distinguere i pazienti per grado di pericolosità sociale, essendo che la divisione tra comunità di tipo A (ad alta intensità terapeutica) e di tipo B (a bassa intensità terapeutica) è puramente formale. La comunità può ospitare al massimo 30 pazienti (10 nella comunità di tipo A, 20 in quella di tipo B), i posti al momento della visita sono tutti occupati, con quattro donne e l'80% arriva dall'O.P.G. Il responsabile amministrativo ha dichiarato che vi è una lista di attesa di due mesi circa.

Vi è un responsabile dell'inserimento in comunità ed una doppia equipe (psichiatrica e psicologica) che si occupa di valutare chi è adatto alla vita in comunità.

Il primo contatto con il paziente avviene attraverso una relazione scritta dei servizi invianti, seguita da una visita con colloquio in O.P.G. o in carcere con il paziente da parte dello staff della comunità, dopodiché si procede all'inserimento, mai più di un paziente a settimana. Ogni paziente viene affidato ad un *operatore di riferimento*, che sarà il suo interfaccia per tutta la durata della permanenza.

L'atto che sancisce l'inserimento e l'inizio del percorso riabilitativo del paziente è la firma del regolamento di comunità e la condivisione del progetto terapeutico (basato essenzialmente su tre prescrizioni fondamentali: divieto di assunzione di alcol, droghe e astinenza sessuale, che non è, per ovvi motivi, imposta, ma fortemente consigliata), a cui si aggiungono le prescrizioni imposte dal magistrato di sorveglianza e eventuali altre regole concordate con il paziente. La contrattazione delle regole è una forma relazionale importantissima, tutto viene concordato per iscritto con il paziente: il numero di chiamate a familiari e parenti, la possibilità di uscite esterne, il numero di sigarette, le preferenze su cibi e bevande, il budget economico personale del paziente (massimo 300 Euro mensili),

la partecipazione a gruppi e laboratori.

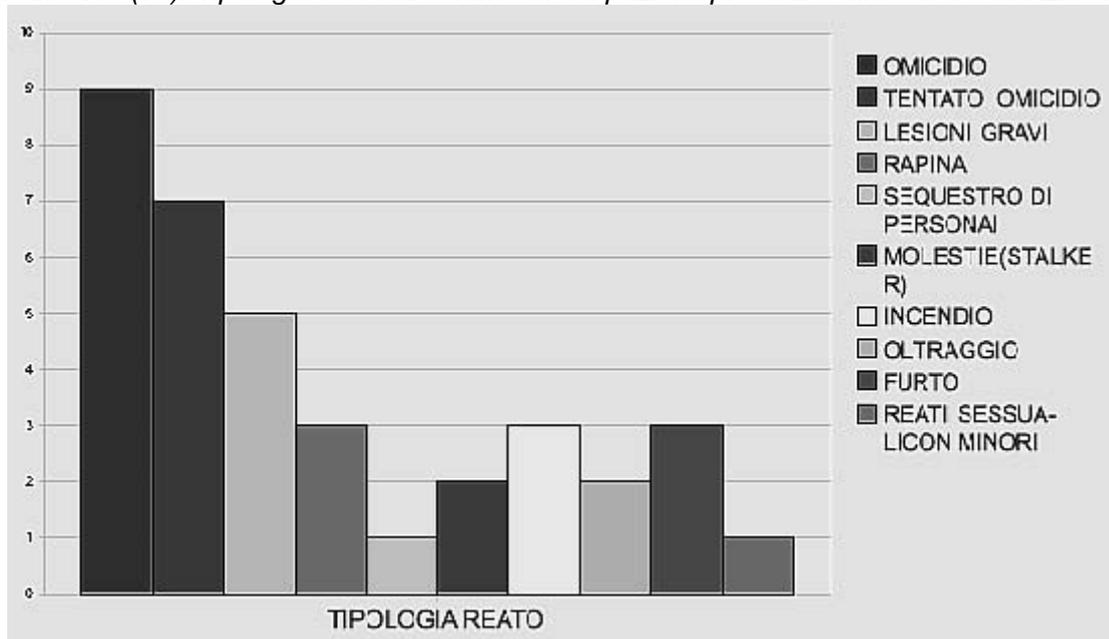
L'impegnativo di spesa giornaliero è variabile a seconda delle peculiarità del paziente e varia dai 170 Euro per gli ospiti della comunità di tipo A ai 160 Euro per quelli della comunità di tipo B, comprensivi di un 30% di quota sanitaria e di un 70% di quota alberghiera.

**Casa Zacchera** Le statistiche sul numero e tipologia dei pazienti sono maggiormente aggiornate, dall'apertura nell'ottobre 2007 la struttura ha accolto 36 pazienti, tutti provenienti da O.P.G.(nello specifico, 30 da Reggio Emilia, 3 da Montelupo Fiorentino, 3 da Castiglione delle Stiviere), tutti emiliano-romagnoli. La comunità è abilitata a ospitare 18 pazienti, ma, per scelta organizzativa e metodologica, si tende a non superare i 16 ospiti. Per quanto riguarda la tipologia di pazienti sembra ricalcare perfettamente quella dell'internato in O.P.G., sia dal punto di vista dell'età, 11 pazienti tra i quaranta e i cinquantanni e 8 tra i trenta e i quaranta sia dal punto di vista del profilo criminale, cioè il reato commesso. Le statistiche sono paragonabili a quelle degli internati in O.P.G., in cui la maggioranza degli ospiti ha commesso reati gravi contro la persona.

Anche in questo caso, vi è un'equipe psichiatrica che, in collaborazione con i D.S.M. e lo staff dell'O.P.G. decide quali pazienti è opportuno accogliere in comunità, tra quelli con una pericolosità sociale medio-bassa.

Ecco nel dettaglio la "fotografia" criminale degli ospiti al 30 aprile 2011, si nota come 16 pazienti su 36 hanno commesso omicidio o tentato omicidio.

Tabella 3.16 (78): Tipologia dei reati commessi dai pazienti presenti e dimessi a Casa Zacchera



Anche a Casa Zacchera c'è un regolamento di comunità, che è tuttavia spesso considerato una formalità, dal momento che viene anteposta l'importanza del dialogo e della relazione con il paziente, in un continuo equilibrio tra *rigore* e *flessibilità*.

La struttura stessa della comunità (l'assenza di barriere di recinzione fisiche, la possibilità per i pazienti trascorrere parte del loro tempo in altri luoghi nel borgo di Sadurano, la disponibilità di postazione internet e la relativa libertà con cui si possono ricevere visite-è lo stesso Responsabile a confermare infatti che i giorni delle visite sono il sabato e la domenica, ma vi è comunque flessibilità e la volontà di accontentare le esigenze di ospiti e famigliari-) rende palese che le regole costituiscono, più che tutto, un aiuto alla pacifica convivenza e rispondono ad un criterio di ragionevolezza e buon senso più che di disciplina. Basti pensare che ogni paziente può conservare e utilizzare il proprio cellulare o può acquistare autonomamente e direttamente cibi e bevande, senza il complesso "filtro" del sistema di sopravvitto, in cui sono gli operatori ad acquistare i beni richiesti dai pazienti.

Ovviamente al regolamento interno si aggiungono le prescrizioni del Magistrato di Sorveglianza.

L'impegnativo di spesa giornaliero per ogni paziente è 180 Euro.

### 3) La composizione dello staff e la sua formazione

*Il Montello:* Il personale è formato da trenta persone totali, che garantiscono una copertura delle ventiquattro ore (due persone di turno per notte). Vi sono dei responsabili, con ruoli di gestione e coordinamento della struttura e con un contatto quotidiano con i pazienti proporzionale al proprio ruolo. Sono il Direttore Sanitario, il Direttore Clinico, il Direttore medico, lo Psicoterapeuta di Comunità, il Responsabile di Comunità, la Responsabile dei Laboratori e la Responsabile dell'Accoglienza, nonché una Referente per i rapporti con le famiglie e un Responsabile Amministrativo.

Tra invece coloro che lavorano a stretto contatto con i pazienti vi sono gli educatori, gli infermieri professionali e il personale O.S.S (Operatori socio sanitari). Queste figure lavorano in stretta collaborazione e svolgono mansioni simili, apparentemente, a prescindere dalla propria specializzazione, il che può creare momenti di attriti e criticità nello staff. Vi è un programma di formazione "perenne", che ha i suoi momenti salienti nella riunione clinica, nella riunione organizzativa e nella riunione dei laboratori, tutte a cadenza settimanale.

È interessante notare come si stimoli la più ampia condivisione dei problemi, tant'è che alle riunioni sono chiamate a partecipare e ad esprimere il proprio parere e la propria valutazione, senza alcuna discriminazione, tutti i soggetti che operano all'interno della comunità, dalle cuoche ai responsabili, nessuno escluso.

Vi è poi un programma di formazione "mirato", che ha il suo apice con la supervisione mensile svolta da uno psicoterapeuta, in cui si approfondisce un particolare caso clinico avvenuto nelle precedenti mensilità.

Gli operatori sono anche invitati, ma non obbligati, a partecipare ad incontri di formazione fuori dalla comunità, come i cicli di conferenze organizzate dall'associazione Antenne di campo freudiano di Torino.

*Casa Zacchera:* Il personale della residenza sanitaria è costituito da un'equipe di psicologi/psicoterapeuti, psichiatri, infermieri e O.S.S. opportunamente formati presenti nella settimana con la seguente frequenza. Psicologi/psicoterapeuti: presenza programmata da lunedì al sabato per 50 ore settimanali.

Psichiatri: presenza programmata per un totale di 25 ore settimanali.

2 infermieri: presenza programmata per un totale di 84 ore settimanali. 8 O.S.S.: costantemente presenti nell'arco delle 24 ore.

Vi è un percepibile *surplus motivazionale* da parte di buona parte del personale, che si sente parte integrante del progetto Sadurano e fortemente responsabilizzato, grazie anche ad oculate politiche del lavoro da parte della cooperativa, che tende ad assumere i propri dipendenti con contratti di lavoro subordinato a tempo indeterminato, che ne aumentano la serenità e la produttività lavorativa e previsione di premi di produzione annuali costituiti da buoni acquisto da utilizzare all'interno delle strutture della cooperativa (il caseificio, il ristorante, la bottega di prodotti tipici).

Essendo la comunità costantemente aperta vi è un' interazione totale tra operatori e una grande flessibilità, di orari e mansioni.

Le problematiche vengono condivise durante la riunione di *revisione settimanale*. I casi di *burn out* e di risoluzione volontaria del rapporto di lavoro dalla comunità da parte del personale sono rarissimi.

### 4) I contatti con l'esterno, le attività e la metodologia terapeutica

*Il Montello:* ad una prima impressione dell'osservatore, il lavoro terapeutico si svolge in grandissima parte all'interno della comunità, le uscite esterne dei pazienti sembrano essere rare e comunque non quotidiane, ampiamente preconcordate con lo staff, protette e finalizzate a scopi precisi (visite mediche, udienze, visite famigliari...)

Con l'apertura di Cascina Barasi, una grande azienda agricola attigua a Il Montello con orti e allevamenti, l'idea è quella di ampliare i contatti con l'esterno dando la possibilità agli ospiti di partecipare a programmi di borsa lavoro.

Uno dei fulcri dell'attività trattamentale sono i *laboratori* (Laboratorio attività agricole, calcio, cortometraggio, cucina, cuoio, discoteca, equitazione, giornalismo, restauro, scrittura, lingua spagnola, teatro, videoteca, per citarne solo alcuni). Ciascun laboratorio è condotto da un operatore (o

consulente) e vede la partecipazione di un piccolo gruppo di ospiti. I laboratori, come spiegano gli operatori, non sono attività obbligatorie, al contrario, sono un tratto assolutamente singolare del progetto terapeutico e ciascun ospite può decidere se e a quali laboratori partecipare. Si vuole così sottolineare l'importanza di un trattamento non incentrato solo, o principalmente, sulla parola, che con pazienti psichiatrici gravi spesso è di difficile utilizzo. I laboratori offrono infatti ai partecipanti lo spazio e il tempo per sperimentarsi in un fare non finalizzato ad altro se non all'individuazione di un punto di creatività singolare sul quale appoggiarsi per trasformare il proprio sintomo in risorsa. Il *lavoro* retribuito non è fulcro delle attività della comunità.

Per quanto riguarda la metodologia terapeutica vi è una forte caratterizzazione del metodo *lacaniano* (79), costantemente sottolineata, fin dalla presentazione della comunità.

*Casa Zacchera*: l'estrema *apertura* della comunità verso l'esterno è il tratto più caratterizzante e immediatamente percettibile del metodo di lavoro della comunità, talmente accentuato da farla definire da uno degli operatori, ironicamente, «una comunità spericolata».

Lo staff mira ad inserire nel mondo lavorativo il maggior numero possibile di ospiti, grazie alle agevolazioni offerte da contratti *ad hoc* come quello di borsa lavoro, di apprendistato o di tirocinio formativo.

Al momento della visita erano attivate quattro borse di lavoro esterne (cioè con datori di lavoro diversi dalla cooperativa Sadurano): un pizzaiolo, un saldatore, un metalmeccanico, un carrozziere, più alcune borse di lavoro interne (nelle cucine del ristorante, nel caseificio, nelle stalle della cooperativa Sadurano).

Sono gli stessi responsabili a spiegare il rifiuto sistematico verso attività che si limitino «ad occupare il tempo» del paziente e non aver nessuna rilevanza economica, partendo dal presupposto che ognuno degli ospiti, prima dell'atto criminale e dell'internamento in O.P.G., aveva competenze, titoli di studio e lavori "veri". Un'ottica diametralmente opposta all'assistenzialismo, molto favorita da un territorio tradizionalmente aperto e recettivo rispetto alla problematica dell'inserimento lavorativo di soggetti disagiati. Un'ottica capace di riempire di significato il *reiserimento sociale*, che diventa realtà, non finzione.

Al di là delle attività lavorative (concentrate nella fascia mattutina), agli ospiti, compatibilmente con le prescrizioni del magistrato (che possono limitarne la libertà di movimento, in termini di tempi e luoghi delle uscite dalla comunità), in pomeriggio e in serata a gruppi di sei o sette ospiti, accompagnati da un operatore, escono dalla comunità (80) e predono parte alle attività più disparate, che non possono che giovare al loro percorso di risocializzazione: corsi di vele, giornate in piscina, uscite serali con cinema, go-kart, pizzerie, concerti di musica dal vivo, spettacoli teatrali. Apparentemente una grande libertà, che porta, non ad un abuso, ma ad una responsabilizzazione del soggetto, consapevoli del fatto che sono liberi di porre in essere i comportamenti che ritengono più opportuni, ma ne subiranno le conseguenze, positive o negative che siano, finanche al ritorno in O.P.G., una vera ipotesi spettrale, che costituisce il maggior strumento di autocontrollo.

La metodologia terapeutica è prevalentemente l'approccio *eclettico*, che ha i suoi momenti salienti sia nelle sedute terapeutiche individuali, sia in altri due momenti settimanali di gruppo: la *supervisione*, in cui il singolo paziente può confrontarsi con l'intero staff e il *gruppo di socializzazione* in cui pazienti e staff insieme affrontano, discutono e risolvono le problematiche relative alla vita in comunità.

## 5) Gli eventi critici e i protocolli di intervento

*Il Montello*: Le *acuzie* (cioè gli scompensi dei pazienti, che possono generare anche in episodi di violenza) appartengono alla sfera dell'ordinario, soprattutto per una comunità dove sono ospitati pazienti psichiatrici gravi. Mancano statistiche precise, ma gli operatori riferiscono di alcuni episodi di violenza tra pazienti e di aggressioni al personale.

Non sembrano esservi protocolli d'intervento rigidi, poiché ogni caso ha caratteristiche particolari e, per questo, nell'immediatezza dell'evento critico all'operatore viene domandata la scelta degli strumenti più opportuni per porre fine alla criticità, tra cui vi è la possibilità di chiedere l'intervento della forza pubblica o di rivolgersi ad altre strutture, su tutte il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (S.P.D.C., il diversamente conosciuto *repartino psichiatrico* degli ospedali). In un secondo tempo la criticità viene condivisa e discussa tra l'intera equipe, che può scegliere di chiedere al Magistrato di Sorveglianza di dichiarare l'insuccesso della Licenza finale d'esperimento o di revocare la libertà vigilata, sancendo il ritorno in O.P.G. oppure limitandosi ad un inasprimento delle restrizioni. Ogni episodio critico deve

comunque essere tempestivamente comunicato e descritto al Magistrato di Sorveglianza, se gli operatori lo ritengono opportuno concordano il contenuto della relazione da inviare al Magistrato con il paziente stesso.

*Casa Zacchera:* Gli eventi critici a Casa Zacchera sono limitati, visto anche il ristretto numero di pazienti, ma sono occasione di riflessione e analisi da parte dell'intero staff.

Le scelte tattiche e strategiche per la gestione delle possibili criticità comportamentali sono operate infatti secondo un registro di valutazione del senso e della gravità dell'episodio riferito ai seguenti criteri principali: la relazione che il comportamento all'esame ha con lo stato psicopatologico e clinico del paziente; il suo riflesso sul clima nel gruppo dei pazienti, anche in rapporto alle loro possibilità di accettazione empatica e solidale del singolo paziente e del suo comportamento; il riverbero poi sul clima del gruppo degli operatori in relazione alle possibilità di tolleranza dell'evento con riferimento infine alla necessità di salvaguardare la necessaria "alleanza" col gruppo dei pazienti.

L'incrocio di queste variabili determina la soglia di tollerabilità delle varie criticità comportamentali in un delicato punto di equilibrio.

Ma tale punto di equilibrio è condizionato anche, ovviamente e rigorosamente, dal vincolo giuridico ( e relative prescrizioni ) cui è soggetto il paziente.

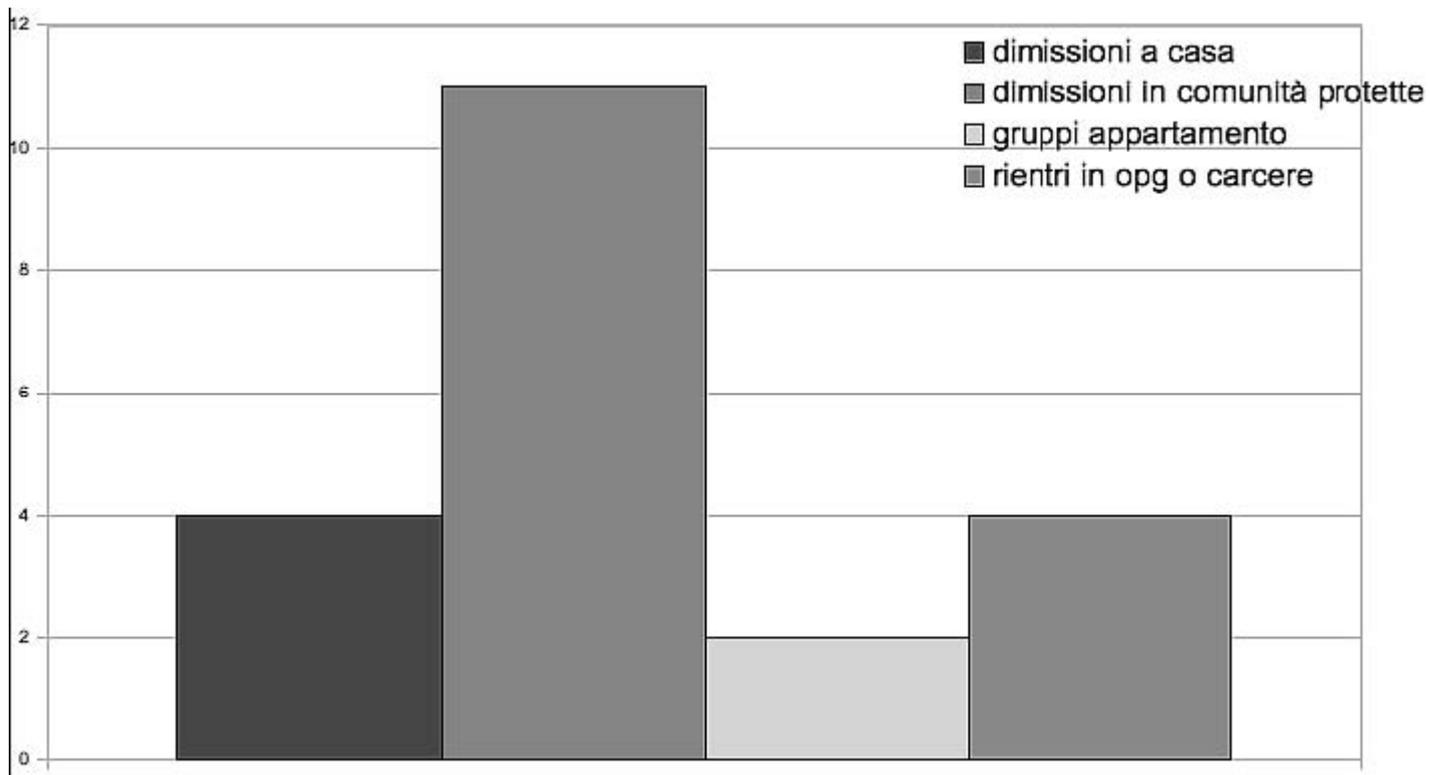
Questa soglia di tollerabilità è molto elevata presso Casa Zacchera, il che è da considerarsi intrinseco al suo mandato che è quello non tanto di inibire assolutamente l'evenienza delle criticità ma quello di prevederla, prevenirla e comunque governarla secondo un sapere riconoscibile e trasmissibile che ha a che fare essenzialmente con: lo stile di conduzione proprio della struttura; gli aspetti qualitativi della convivenza in essa; la "capacità di tenuta" dello Staff che, per l'impegno necessario a confrontarsi costruttivamente con l'episodio critico deve poter contare su una buona coesione e su una propensione ottimistica alimentate dalla esperienza e dalla formazione sul campo.

Per spiegare l'importanza e la centralità del gruppo il responsabile della struttura riferisce di un episodio particolarmente grave, consistito nell'aggressione di un operatore durante un'uscita da parte di un paziente. «Gli altri pazienti presenti hanno dovuto mettersi in gioco e decidere se intervenire o no, rischiando di derogare alle prescrizioni del magistrato. Le criticità sono momenti terapeutici».

A conferma dell'ottimo livello di gestione delle criticità raggiunto da Casa Zacchera, è interessante analizzare le cause di dimissioni dalla comunità, che sono state in tutto 21.

Si nota come il ritorno in O.P.G. o in carcere, considerati il fallimento del percorso terapeutico comunitario, è avvenuto solo 4 volte negli ultimi tre anni, perfettamente compensate dagli altrettanti ritorni a casa dei pazienti, che sanciscono invece il successo del percorso di riabilitazione. A dimostrazione del fatto che l'obiettivo delle strutture intermedie, come le comunità, deve diventare la dimissione del paziente e non la sua permanenza, altrimenti si ridurrebbero ad essere la fotocopia delle istituzioni totali manicomiali, creando così l'ennesima *truffa delle etichette*.

*Tabella 3.17 (81): tipologia delle dimissioni da Casa Zacchera dall'Ottobre 2007 a Aprile 2011.*



Volendo ora proporre un'analisi critica della ricerca sul campo, occorre anzitutto rilevare quelli che sono i punti in cui l'esperienza comunitaria piemontese ed emilianoromagnola si discostano maggiormente, facendo ben comprendere come può essere variegato e multiforme il concetto di comunità terapeutica. Ancora una volta il ricercatore è costretto a constatare come *nomina non sunt consequentia rerum*.

La ricerca effettuata vuole essere quindi un invito al pragmatismo, a liberarsi, in quanto giuristi, delle gabbie del teorico, che non significa agire per tentativi, brancolando nel buio, ma significa piuttosto l'esatto contrario: porsi obiettivi (nel nostro caso la sostenibilità etica e giuridica dell'esecuzione penale nei confronti dei folli-rei), consapevoli tuttavia che all'aspetto formale del diritto deve corrispondere quello sostanziale, poiché «Ignoranti quem portum petat nullus suus ventus est» (82) (nessun vento è favorevole per il marinaio che non sa a quale porto vuol approdare).

Tra l'esperienza de Il Montello e quella di Casa Zacchera, vi è anzitutto una differenza di *approccio* al problema. Nella comunità piemontese infatti vi è un'attenzione quasi ossessiva al metodo terapeutico lacaniano, sintomatico di come la *clinica* dovrebbe prevalere su altri aspetti, diritto e legge compresi.

A Casa Zacchera invece vi è un approccio che si potrebbe definire più *pragmatico*, il che non significa affatto non vi sia attenzione alla discussione e alla teorizzazione di qualsivoglia problematica del paziente, ma significa piuttosto che questa non deve togliere spazio alla realizzazione concreta e alla sperimentazione pratica, a quel fondamentale completamento di ogni scienza che è, nel diritto come nella psichiatria, l'*azione*.

Un'azione apparentemente spericolata, coraggiosa, pretenziosa, ma che ha influenze positive sia sullo staff che sui pazienti, abbattendo quella fastidiosa idea che nei luoghi di esecuzione penale si debba *trascorrere il tempo* e non viverlo e riempirlo di significato.

Se questa idea è poi associata ad un massiccio uso della contenzione farmacologica, allora l'obiettivo costituzionale della risocializzazione si allontana e torna lo spettro dell'istituzione manicomiale, che si limita a contenere e segregare.

Vedere persone che si preparano per andare al *lavoro*, un lavoro vero, datori di lavoro soddisfatti (pronti a concedere anche qualche extra economico in più rispetto alla retribuzione della borsa lavoro), operatori che sanno aggiungere entusiasmo e passione al minimo richiesto dal loro contratto, fa dire all'osservatore che forse il mito delle *strutture intermedie* basagliane e di un territorio che sa accogliere era (ed è) il porto a cui tendere.

Ci arriveremo se sapremo cambiare, oltre all'approccio, le *finalità*, seconda grande differenza tra le due esperienze comunitarie, perché il tempo di durata di un ricovero, deve diventare parametro per sancire il successo di un percorso di riabilitazione. Sono sostenibili percorsi che durano anni? Quanto è

convincente la prassi dei Magistrati di Sorveglianza di concedere la *licenza finale d'esperimento* prima quindicinale, poi mensile, poi semestrale e poi ancora trasformata in *libertà vigilata*? C'è fame di chiarezza, a cominciare dalla lettera della norma, su cosa debba esserci dopo la comunità: il ritorno a casa certo, ma per molti la casa è la comunità o semplicemente un'altra comunità. Che fare?

Anzitutto, abbattere gli alibi, perchè l'essere pochi, anzi pochissimi, quanti sono i folli-rei rispetto alla totalità della popolazione detenuta, non può cancellare il problema. Perchè il *quantum* non è il *quid*.

Ci si astenga poi dalle ragioni dell'economia, un po' per orgoglio, perché né il diritto né la scienza sociale possono esserne schiavi, ma soprattutto perché l'esistenza dice che non è vero che un internato in O.P.G. costa di più di un paziente in comunità.

E questo ci deve bastare per non procrastinare l'azione.

---

## Note

1. Maria Teresa Collica, *op. cit.*, p. 230.
2. Vedi *supra*, Cap. I.
3. Dario Stefano Dell'Aquila, *op. cit.*, p. 95-96.
4. Pelissero, *op. cit.*, p. 141.
5. *Ibidem*, p. 142.
6. Vittorino Andreoli, *op. cit.*, p. 21.
7. Sintomatico del disinteresse del legislatore e della ricerca nella storia repubblicana sono le assai sporadiche ricerche quantitative sugli O.P.G. Le più organiche e complete sono: Luigi Daga, *O.P.G.: sistema penale e sistema sanitario*, Rassegna Penitenziaria, 1982, Vittorino Andreoli, *Anatomia degli Ospedali psichiatrici giudiziari italiani*, Dipartimento Amministrazione Penitenziari-Ufficio studi e ricerche, Roma, 2002 e Progetto RENAV-Rinnovare esperienze rivalutando attività negate, *Verso un O.P.G. diverso e migliore?*, Quaderni ISSP n.2/2005.
8. Cfr. Atti Convegno Reggio Emilia, *L'O.P.G. e i suoi pazienti, dal carcere alla comunità*.
9. Quaderni ISSP, *op. cit.*, p. 9.
10. *Ibidem*, p. 10.
11. Le informazioni contenute in questo paragrafo sono state in parte accennate nel capitolo I, al quale si rimanda per una lettura completa e organica dei dati.
12. Si rileva un chiaro di "truffa delle etichette": la distinzione tra O.P.G. e casa di Casa di Cura e di Custodia esiste solo nella lettera della legge penale, non nella sua concreta applicazione. Nella quasi totalità dei casi, con la sola eccezione della casa circondariale di Sollicciano in cui vi è un reparto C.C.C. femminile, O.P.G. e C.C.C. sono nella stessa struttura, impiegano lo stesso personale, occupano gli stessi spazi. Sono insomma paragonabili ai due diversi reparti di un ospedale o di un carcere. Inutile, quindi soffermarsi sulle differenze "teoriche" che dovrebbero esistere.
13. Cfr. *supra* par. 1.3.
14. Rielaborazione dati Dipartimento Amministrazione Penitenziaria.
15. Cfr. Andreoli, *op. cit.*, p. 32 e ss.
16. *Ibidem*, p. 33.
17. Vedi *supra* cap. 2.1.
18. Il riferimento è all'introduzione del c.d. *reato di clandestinità* nell'ordinamento italiano.
19. Rielaborazione dell'Autore di dati forniti da Centro Studi e Ricerche Ristretti Orizzonti, DAP e Maria Antonietta Coscioni, *op. cit.*, pag 259 e ss.
20. Mancorda, *op. cit.*
21. Andreoli, *op. cit.*, p. 65.

22. Andreoli, *op. cit.*, p. 67.
23. *Ibidem*, pag 69.
24. A parziale scusante di questa situazione apparentemente schizofrenica, vi è il fatto che molti dei ricoveri rilevati sono ancora in corso, concretamente significa che il soggetto che ha commesso un reato molto grave presenta un periodo di permanenza in O.P.G. molto breve, semplicemente perchè la sua misura di sicurezza è appena iniziata.
25. Andreoli, *op. cit.*, p. 81.
26. *Ibidem*, pag 82.
27. RJ Baldessarini RJ et al, *Lithium treatment and suicide risk in major affective disorders: update and new findings*. J Clin Psychiatry 64 (Suppl 5): 44-52, 2003.
28. Scarpa, *op. cit.*, p. 7.
29. Cfr. *supra*, Cap I, Tabella 1.9 per quadro generale operatori O.P.G. suddivisi per singole strutture.
30. Rielaborazione dati Fioritti ed al., *Commissione interministeriale Giustizia e Salute*, Gruppo di lavoro per i problemi degli Ospedali psichiatrici giudiziari (OPG), documento finale 6 novembre 2006.
31. Rielaborazione dati progetto RENAV, *op. cit.*
32. Rielaborazione dati progetto RENAV, *op. cit.*
33. Progetto RENAV, *op. cit.*
34. Spesso il diritto è stato associato ad altre forme di sapere, il che ha fatto sì che si sviluppassero, specie negli Stati Uniti, tutta una serie di nuove discipline collettivamente denominate "*law and something else*", diritto e qualcos'altro (*law and sociology, law and politics, law and psychology ecc..*), ma nessuna altra disciplina è riuscita ad arricchire l'analisi giuridica quanto l'economia. La capacità *predittiva* dell'economia è, infatti, innegabile. Cfr. Elisabetta Cassese, *Introduzione all'analisi economica del diritto e alla teoria della regolazione amministrativa*, IPBeja - Escola Superior de Tecnologia e Gestão, Lisbona, 2011.
35. Tra i principali studi di Law and Economics in Italia, si segnalano tre testi fondamentali: Robert Cooter, Ugo Mattei, Roberto Pardolesi, Thomas Ulen, Pier Giuseppe Monateri, *Analisi economica del diritto civile*, Il Mulino 1999; G. Alpa, P. Chiassoni, A. Pericu, F. Pulitini, S. Rodotà, F. Romani (a cura di), *Analisi economica del diritto privato*, Milano, Giuffrè, 1999, Giulio Napolitano, Michele Abrescia, *Analisi economica del diritto pubblico*, Il Mulino, Bologna, 2009.
36. Cfr. Dario Stefano dell'Aquila, *op. cit.*, p. 102.
37. Cfr. Atti Convegno Reggio Emilia, *op. cit.*
38. Progetto RENAV, *op. cit.*
39. Vedi *infra* cap.3.4.
40. Rielaborazione dell'Autore dati Ristretti Orizzonti.
41. Pelissero, *op. cit.*, p. 142 e ss e Collica, *op. cit.*, pag 230 e ss.
42. *Ibidem*, p. 143.
43. *Ibidem*, p. 148.
44. William De Haan, *Abolitionism and crime control: a contradiction in terms*, in *The politics of crime control*, a cura di K. Stenson e D. Cowell, Routledge, London, 1991, p. 203.
45. Tale soluzione ha riscosso più successo tra gli psichiatri che tra i giuristi, particolarmente favorevole è Manacorda, *op. cit.*, p. 29 che nota: «È maturo il momento di cominciare a pensare alla persona con disturbo psichico come ad una persona che, analogamente ad ogni altra, può e deve essere ritenuto nella sua debita figura titolare dei suoi atti e quindi in grado di rispondere, se del caso anche di fronte all'istanza penale».
- Voci contrarie quelle di Ponti e Merzagora, *op. cit.*, p. 81 e Mario Portigliatti Barbos, *Responsabilità penale e imputabilità*, in *Imputabilità e trattamento del malato di mente autore di reato*, a cura di Canepa e Marugo, Cedam, Padova, 1995, p. 15, concordi sull'evidenziare come sussistono casi di grave destrutturazione dell'io, per i quali sarebbe socialmente pericoloso sottoporre il soggetto a pena.

46. Giorgio Visintini, *La crisi della nozione di imputabilità nel diritto civile*, in Follia e Diritto, a cura di Ferrando e Visintini, Bollati Boringhieri, Milano, 2001, p. 246.
47. Concetto introdotto e spiegato da Massimo Pavarini, *Il sistema della giustizia penale tra riduzionismo e abolizionismo*, Dei delitti e delle pene, 1985, p. 525.
48. Pelissero, *op. cit.*, p. 151.
49. Luigi Fioravanti, *Le infermità psichiche nella giurisprudenza penale*, Cedam, Padova, 1988, p. 158.
50. Proprio la previsione di apposite sezioni carcerari attrezzate per ricevere e curare i detenuti con problematiche psichiatriche, è l'unica misura dei modelli abolizionisti, recepita dal Nuovo Ordinamento penitenziario.
51. Proposta di legge n. 2778 del 5 aprile 1985 Camera dei Deputati; proposta di legge n.3260 del 4 novembre 1985 e, in ultimo, c.d. proposta Burani Procaccini, d.d.l. 4 maggio 2006 Senato della Repubblica (Norme per la prevenzione e la cura delle malattie mentali).
52. Mancorda, *op. cit.*, p. 143.
53. Pelissero, *op. cit.*, p. 146.
54. Cfr. Luigi Ferranini e Francesco Peloso, *Il comportamento violento in psichiatria e il disturbo antisociale di personalità: problemi e prospettive nell'intervento del dipartimento di salute mentale*, in Rassegna Italiana di Criminologia, 2000, pag 423.
55. Pelissero, *op. cit.*, p. 147.
56. Cfr in particolare Collica, *op. cit.*, pag 248-249 e Emilio Lupo, *Il progetto di modifica della legge 180: una controriforma fondata sulla segregazione*, In *Questione Giustizia*, 2003 pag.51 e ss.
57. La proposta resta vaga sulle modalità di scelta e i criteri di selezione e accreditamento di tali Associazioni di famigliari.
58. Lupo, *op. cit.*, p. 54.
59. Pelissero, *op. cit.*, p. 149.
60. Fioravanti, *op. cit.*, pag 253.
61. Relazione finale del progetto Nordio, p. 45.
62. Ex art. 121 Cost. si prevede il potere di iniziativa legislativa da parte delle Regioni.
63. Introduzione al d.d.l. 8 agosto 1997, n. 2746, Senato della Repubblica, p. 2.
64. Carrieri e Catanesi, *op. cit.*, p. 35.
65. Collica, *op. cit.*, p. 252.
66. D.d.l. 8 agosto 1997, n. 2746, Senato della Repubblica, p. 5.
67. Introduzione al d.d.l. 8 agosto 1997, n. 2746, Senato della Repubblica, p. 3.
68. Vedi diffusamente supra Cap. 1.6.16.
69. Amalia Caputo, *Lezioni di tecnica di ricerca sociale*, Facoltà di Sociologia, Università Federico II, Napoli, Anno Accademico 2010/2011.
70. Ibidem.
71. Su cui vedi diffusamente supra Cap 1.6.14.
72. Conclusioni sent. 253/2003 Corte Cost.
73. Ad una prima valutazione il numero può sembrare irrisorio, un campione troppo basso per svolgere una ricerca, ma non lo è affatto se lo si rapporta al numero di O.P.G. presenti in Italia (solo sei) e al numero totale di comunità con la precisa *mission* dell'accoglienza di pazienti psichiatrici autori di reato tutt'oggi operanti in Italia (non è dato sapersi il numero, poiché manca un dato ufficiale, ma si calcola approssimativamente siano tra le cinque e le dieci, anche se molte comunità psichiatriche "ordinarie" accolgono pazienti provenienti dal percorso giudiziario, ma con percentuali minime alla totalità dei loro ospiti).
74. Jacques Lacan (1901-1981) è stato uno dei protagonisti della stagione dello *strutturalismo*

francese insieme a Levi-Strauss, Foucault, Althusser, Barthes, nonché psicanalista tra i più controversi, semplice "guru" per i detrattori", immenso "maestro" per gli estimatori. Rilesse Freud, proponendone una lettura che riscoprisse la psicoanalisi come pratica della *parola*, rifiutando l'oscurantismo di un inconscio come pura irrazionalità, istinto animale, sotterraneo delle emozioni. Divenne celebre soprattutto per i suoi aforismi come lo spiazzante «il rapporto sessuale non esiste» oppure l'irriverente «fate come me, non imitatemi!», rivolto agli allievi troppo assidui e appassionati nel seguire le sue lezioni. Per la traduzione italiana delle sue opere cfr. Antonio di Ciaccia, *Jacques Lacan*, Bruno Mondadori, Milano, 2000.

75. Per informazioni più dettagliate sulla nascita dell'esperienza Sadurano e sulla avventurosa vita del prete di strada Dario Ciani, cfr. Dario Ciani, Andrea Gallo, Giacomo Panizza, Gino Rigoldi, *Dov'è Dio*, Einaudi, Torino, 2011.

76. Osservatorio sulle condizioni detentive, [Associazione Antigone](#).

77. Caterina Corbascio, intervista con l'Autore.

78. Dati forniti dal Responsabile della struttura all'Autore.

79. Vedi *supra* nota 74.

80. È singolare notare la scelta della comunità di utilizzare autovetture e furgoni "anonimi", cioè senza adesivi o segni che riconducano alla comunità o alla cooperativa e rinunciando ad agevolazioni che pur spetterebbero, come il permesso per il parcheggio disabili. La scelta non è affatto occasionale, ma frutto di una precisa riflessione: evitare ogni pretesto per alimentare lo *stigma* del "diverso", cercando di abbattere, partendo dai piccoli gesti e dettagli, la barriera tra il folle-reo e gli "Altri".

81. Dati forniti dal Responsabile della struttura all'Autore.

82. Lucio Anneo Seneca, *Lettere a Lucilio*, lettera 71; 1975, pp. 458-459

## Considerazioni conclusive

Mentre il timone si dirige sicuro verso l'attracco finale, vi è ancora lo spazio e la volontà di svolgere alcune considerazioni conclusive.

Questa ricerca ha mostrato come vi sia un'impellente necessità di superamento dell'attuale O.P.G., ma ha mostrato anche come tale superamento rischia di essere uno *shock riformista*, che, come era già successo in occasione della l. 180/1978, assesti un duro colpo alla tenuta sistematica delle misure di sicurezza, senza creare i necessari "contrappesi", ma lasciando importanti vuoti legislativi.

Quel che è certo è che la situazione mostra tratti di bizzarro paradosso, poiché, ad oggi, l'ordinamento sembra accettare con naturalezza l'idea che il *sotto-campo giuridico dei folli rei* si ponga, per gran parte, fuori da un quadro di sostenibilità e di legalità.

Risulta incomprensibile agli occhi dell'apprendista giurista l'esistenza di una *illegalità legalizzata*, a cui nessuno degli *agenti specializzati di produzione di enunciati linguistici seri* all'interno del campo giuridico ha il potere (e, forse, la volontà) di porre rimedio.

È sintomatico che, proprio mentre questo lavoro sta andando in stampa, il Ministro della Giustizia riferisca al Senato della Repubblica sulla situazione delle carceri, come richiesto da un buon numero di senatori, trasversalmente suddivisi tra gli schieramenti.

Tra i molti passaggi del ragionamento ve ne sono alcuni che destano particolare interesse e meritano di essere inclusi nel ragionamento (1): «Un'emergenza nell'emergenza penitenziaria è costituita dagli ospedali psichiatrici giudiziari e chiama in causa altri soggetti istituzionali che dovrebbero a pieno titolo farsi carico di un sistema che oggi offende la civiltà del diritto. L'insanabile contraddizione di una misura che si regge sul binomio carcere-manicomio gestita in luoghi che producono sofferenza, degrado, violazione della dignità e dei diritti fondamentali delle persone non può più essere tollerata in un Paese civile. Ancora oggi assistiamo alla odiosa sopravvivenza di questi luoghi che non curano, ma si limitano a contenere persone di cui nessuno vuole farsi carico, neanche quando è accertato il venir meno della pericolosità sociale che ne ha determinato l'internamento.

La responsabilità della soluzione dello specifico problema penitenziario deve essere necessariamente condivisa con altri soggetti istituzionali giungendo alla completa sanitarizzazione, sul modello di Castiglione delle Stiviere, superando la presenza della Polizia penitenziaria impegnata spesso in

compiti non propri e affidandone la completa gestione al Servizio sanitario nazionale.

L'individuazione di un piano di trattamento sanitario con periodica rivalutazione potrebbe, ad esempio, consentire al giudice l'adozione di una misura analoga a quella prevista dall'articolo 286 del codice di procedura penale coinvolgendo *in primis* i dipartimenti di salute mentale, così come potrebbero essere approfondite le soluzioni adottate in alcuni ordinamenti stranieri, quale quello spagnolo, che prevede un parallelismo tra la durata delle pene e la durata delle misure di sicurezza. Appare, inoltre, necessaria la creazione di strutture pubbliche di ricovero intermedio, che favorendo un più stretto raccordo tra magistratura e servizi psichiatrici territoriali possano costituire un'adeguata alternativa alla scelta tra ospedale psichiatrico giudiziario e ricorso a modalità di libertà vigilata, oggi stimate non sufficientemente sicure. A tal fine potrebbe essere presa in considerazione la creazione di strutture di piccole dimensioni, facilmente individuabili sul territorio tra i piccoli ospedali soppressi o da sopprimere, con vantaggio anche per la completa regionalizzazione degli internati».

A queste parole, nella stessa seduta, replica il senatore Marino: «Nel corso delle indagini abbiamo accertato che in molti casi, con una prassi che non saprei come definire se non *extra ordinem*, le misure di sicurezza di ricovero in O.P.G. vengono prorogate anche a soggetti che hanno perduto, in tutto o in parte, la pericolosità sociale; ciò per la ragione che il magistrato, in assenza di un progetto terapeutico e di una presa in carico da parte del competente Dipartimento di salute mentale (ossia le ASL), preferisce prorogare la misura. Sul punto trovo opportuno citare il brano di un'audizione in Commissione di inchiesta. A parlare è un magistrato di sorveglianza che afferma quanto segue: "È in questo che consistono le proroghe in deroga, anche dette ergastoli bianchi. Fino a quando qualcuno fuori non si assume la responsabilità di controllarli, diciamo che stanno meglio dentro che fuori". Questa è la situazione».

Pare dunque che anche il legislatore abbia preso contezza del problema. Il momento in cui i Tartari compariranno dalle dune desertiche e si lanceranno all'attacco della, fino ad ora inespugnabile, fortezza Bastiani dei folli-rei (2), sembra essere più vicino. Cosa dobbiamo dunque aspettarci?

Si dovrà concretizzare uno sforzo di umiltà del giurista, ma anche una contrapposta responsabilizzazione del suo ruolo.

L'umiltà è richiesta per sopportare la necessaria marginalizzazione perpetrata ai danni del Diritto, in nome di una crescente *sanitarizzazione* della sanzione penale. È evidente infatti, che, come dimostrato nelle pagine precedenti, il futuro dei folli-rei sarà segnato dalla valorizzazione del loro aspetto clinico e delle esigenze di cura, da svolgersi in luoghi-altri rispetto alle tradizionali strutture dell'esecuzione penale, come, ad esempio, le comunità terapeutiche specializzate, visitate dall'Autore. In queste strutture il ruolo del Diritto si fermerebbe alla fase iniziale del percorso terapeutico, grazie ad un uso sempre più flessibile e sistematico del già esistente istituto della *libertà vigilata*, che diventerebbe, di fatto, l'unico vincolo giuridico in capo al paziente, a meno che non si proceda ad una radicale modifica della legislazione penale in materia, ma, ad oggi, sembrano mancare le condizioni, sociali e politiche.

Dopo tale fase, nel campo giuridico dei folli-rei, rimarrebbero dunque soltanto figure professionali *extragiuridiche*.

Alla marginalizzazione del giurista, corrisponderà proporzionalmente una sua responsabilizzazione nel senso di un rinnovato *potere di controllo* sulle nascenti strutture sostitutive dell'O.P.G.

Non ci si può permettere l'ennesima *truffa delle etichette*. È infatti dato di realtà, apertamente ammesso dai responsabili dei D.S.M., che l'Autorità Pubblica abbia una limitatissima conoscenza e un basso livello di controllo sulle condizioni materiali delle c.d. strutture intermedie, con il rischio concreto che si trasformino in istituzioni totali in piccola scala.

Sarebbe quindi da valutare con attenzione l'ipotesi di rendere pubblica la gestione di tali strutture intermedie. Ospitare sul proprio territorio dei *manicomi privati* sarebbe l'ennesima ed evitabile beffa.

Ripercorriamo ora per concludere, i punti salienti e le questioni aperte da questo lavoro, in una doppia intervista a domande a *schema fisso*, poste a due soggetti che meglio sintetizzano il sovraffollamento di figure professionali di questo particolare campo giuridico: da una parte Dario Stefano Dell'Aquila, referente di Antigone Campania, nonché cittadino informato e autore del libro inchiesta sugli O.P.G. *Se non ti importa il colore degli occhi*; dall'altra Angelo Fioritti, psichiatra e coordinatore del progetto nazionale Mo.di.O.P.G., che costituì la base scientifica per elaborare la proposta di legge dei Consigli Regionali di Toscana ed Emilia Romagna, rimanendo, ad oggi, uno dei più completi ed esaustivi lavori di ricerca sui folli-rei.

Ogni domanda è riconducibile ad un particolare passaggio di questa tesi. È interessante notare somiglianze e differenze tra le risposte di due figure professionali così distanti per formazione e compiti professionali.

### **1. Chi è e come è visto oggi, nella "società dell'insicurezza", il folle-reo?**

**Dario Stefano Dell'Aquila:** Forse si potrebbe rovesciare la domanda. Il sofferente psichico, a maggior ragione quando è autore di un reato, è e rimane invisibile. Se è *visto* lo è solo nel suo aspetto di *mostro* e la visibilità è data solo dalla gravità del reato commesso. Quindi ci si potrebbe chiedere perché, oggi, chi soffre di un disagio psichico è invisibile. Invisibile ai servizi sociali, ai servizi di salute mentale, ma anche socialmente e istituzionalmente.

È evidente, a mio avviso, che l'arretramento in molte parti del Paese dei servizi di salute mentale, l'esaurirsi dell'*effetto Basaglia*, il progressivo smantellamento di un già fragile e inconsistente sistema di welfare fanno sì che, chi soffre trovi nei servizi una risposta occasionale, limitata alle emergenze e prevalentemente farmacologica. Questo sicuramente, a mio parere, anche perché il paradigma securitario, diffusosi nell'ultimo decennio, fa prevalere alle esigenze di cura quella di difendere la società senza curarsi di bilanciare ciò con altri diritti.

**Angelo Fioritti:** Non c'è bisogno di essere psichiatri per capire come la gran parte dei media e dell'opinione pubblica, tolte poche ammirevoli eccezioni, considera ancora oggi il malato di mente come *pericoloso* a prescindere. Siamo ancora molto lontani dalla cancellazione dall'immaginario collettivo dello stigma del *pazzo criminale*, nonostante la scienza psichiatrica dia per assodati due elementi fondamentali, il primo è che il tasso di reati commessi dalla popolazione psichiatrica, non è superiore a quello del resto della popolazione, il secondo è che esistono altre *determinanti della violenza* ben maggiori rispetto alla malattia mentale, su tutte l'abuso di alcol e di stupefacenti.

Le campagne *antistigma* e la sana controinformazione fatta dai servizi territoriali scalfiscono appena il problema, che tuttavia rimane ben presente. La Commissione Marino ha fatto un egregio lavoro di denuncia di una situazione semplicemente inaccettabile in un paese civile, ora alla denuncia deve seguire la costruzione. Insomma si è creata la consapevolezza, ora occorre cercare la soluzione.

### **2. Chi è, dal suo punto di vista, il folle-reo?**

**Dario Stefano Dell'Aquila:** La mia esperienza personale mi suggerisce che nella grande maggioranza dei casi l'episodio del reato non è quasi mai casuale o frutto di un impeto imprevedibile, ma è preceduto da segnali e richieste di aiuto. Secondo me è sbagliato, sia sul piano epistemologico che sociologico, definire una persona semplicemente in virtù di un reato commesso. La definizione di folle-reo che ha una specifica funzione in termini di diritto, determina praticamente uno stigma indelebile. La mia sensazione è che le persone con disagio psichico, che entrano nel circuito penale degli O.P.G. vi entrano più per le loro condizioni sociali (che non rendono fattibile una presa in carico da parte dei servizi) che per quelle di salute mentale. In altri termini, ciò che pesa è l'assenza di legami familiari, di reddito o lavoro, di reti di protezione comunitaria che determina l'ingresso nel manicomio e che, soprattutto, ne impedisce l'uscita.

**Angelo Fioritti:** Trovo socialmente legittimo e giustificabile che sul folle-reo convivano due esigenze, quelle degli operatori sanitari, di cura e quelle della giustizia, più sanzionatorie. Non credo quindi che i folli-rei vadano né solo curati né solo puniti. Non ritengo neanche auspicabile che del folle reo si occupi solo l'istituzione sanitaria o solo quella giudiziaria, entrambe devono convivere e cercare un equilibrio.

Tuttavia, per varie circostanze storiche e politiche verificatesi negli ultimi decenni, questo *stare a metà* tra salute e giustizia, non ha certo giovato, poiché si è concentrato sul folle reo il peggio del trattamento criminale e il peggio del trattamento psichiatrico. In ragione della loro fragilità e delle loro caratteristiche peculiari dovremmo invece sforzarci di offrire loro la metà migliore e non quella peggiore, cioè l'aspetto *terapeutico* della psichiatria e l'aspetto *riabilitativo* della pena. Ad oggi su questi soggetti si concentrano invece il *controllo sociale* e la *sicurezza* e poco spazio è lasciato a terapia e riabilitazione. Ecco il paradosso italiano. Andrebbero valutate con molta attenzione l'approccio anglosassone in cui si è saputo, attraverso una rimodulazione delle misure di sicurezza e della legge penale, massimizzare l'apporto terapeutico della psichiatria.

### **3. Qual'è la principale caratteristica che le fa dire che l'OPG di oggi è, giuridicamente ed**

## **eticamente, "insostenibile"?**

**Dario Stefano Dell'Aquila:** Il manicomio giudiziario è giuridicamente insostenibile perché il meccanismo delle misure di sicurezza e la loro discrezionalità nella durata viola il principio di certezza della pena, il principio di proporzionalità tra sanzione e reato e, nei fatti, condanna alla detenzione persone che dovrebbero essere non imputabili. La definizione di pericolosità sociale, come prevista dal nostro codice, è sostanzialmente basata non tanto sul reato commesso ma sulla possibilità di commettere reati in futuro. L'abbinamento misura di sicurezza-proroga ha una triste analogia con i meccanismi detentivi tipici dei regimi totalitari.

Sul piano etico, dobbiamo innanzitutto dire che le condizioni dei manicomi giudiziari sono, ancora oggi, insostenibili. Condizioni strutturali indecenti, livelli di assistenza sanitaria molto bassi, capacità di presa in carico psichiatrica risibili. In secondo luogo, non è eticamente conciliabile l'esigenza della cura con quella della punizione.

**Angelo Fioritti:** Da psichiatra sono abituato a operare in contesti *civili* e posso garantire che anche in situazioni problematiche, eccezionali ed emergenziali, come può essere l'esecuzione di un T.S.O. (Trattamento Sanitario Obbligatorio), siamo tutti impegnati a mantenere condizioni di vita positive, umane e miranti alla promozione della salute del paziente.

Possiamo dire, con la stessa certezza, che negli O.P.G. c'è altrettanta positività, umanità e promozione della salute? Ho visto tre pazienti in una cella di nove metri quadri chiusa per ventidue ore al giorno. Situazioni del genere sono indegne per ogni cittadino e a maggior ragione per il cittadino riconosciuto malato.

Fino al 2008 (DPCM 1 Aprile 2008) vi era il paradosso che l'80% del trattamento a cui era sottoposto l'internato era di tipo penitenziario e non sanitario. Dalla regionalizzazione è iniziato un percorso, che ha già dato i suoi frutti, penso alla diminuzione o eliminazione dei letti di contenzione o a reparti sempre più aperti o a uso dei farmaci più ragionato, ma la strada è ancora lunga...potremmo metaforicamente dire che se fossimo dei centometristi saremmo appena ai blocchi di partenza.

## **4. Perché è necessario e auspicabile il superamento dell'Opg e della cura/detenzione dei folle rei?**

**Dario Stefano Dell'Aquila:** Potrei dire semplicemente che gli O.P.G. sono (è bene ricordarlo il nostro codice penale li definisce manicomi giudiziari) manicomi. Credo che il lavoro di Basaglia sia sufficientemente patrimonio comune per affermare che non c'è bisogno di argomentazioni per chiuderli, ma piuttosto dovrebbe argomentare chi pensa di tenerli aperti. In ogni caso, sappiamo che il modello manicomiale non è mai un modello di cura, ma di contenimento. Le mura del manicomio servono a isolare il sofferente psichico dalla società. In una istituzione totale le esigenze di organizzazione interna, la sicurezza, le cerimonie istituzionali prevalgono sui diritti del singolo paziente. Nella punizione non può esservi cura. La storia di morti (ne ricordo sei solo dall'inizio dell'anno all'OPG di Aversa) violenze, abusi che da sempre caratterizza questi posti (ricordo che negli anni '70 i direttori di Napoli e Aversa, assieme al personale, furono condannati per maltrattamenti) ne impone la chiusura.

**Angelo Fioritti:** Anzitutto occorre chiarire il ruolo di ognuno riguardo alla problematica dei folli-rei. In quanto medici, ci poniamo a *valle* rispetto al dibattito giuridico sulla riforma delle misure di sicurezza e del sistema del doppio binario. Dobbiamo quindi limitarci a prendere atto delle decisioni del legislatore, tuttavia è a tutti chiaro come un sistema sanzionatorio dei folli-rei basato solo sull'O.P.G. è primitivo e totale, propongo quindi di scomporre la popolazione internata in almeno tre macrocategorie, per dare a ciascuna fascia una risposta adeguata. Sulla totalità dell'attuale popolazione internata, almeno un terzo, a causa della loro bassa pericolosità, è trattabile da strutture psichiatriche ordinarie, già presenti e operanti sul territorio e lì devono tornare, un altro terzo, a media pericolosità, deve essere curato in strutture già esistenti, ma leggermente potenziabili sul piano della sicurezza e solo un terzo ha davvero bisogno di luoghi maggiormente contenitivi. Ci rendiamo conto quindi che il nostro ordinamento sta', ormai da anni, avallando la prassi che un buon numero di suoi cittadini sia rinchiuso in luoghi dove non dovrebbe stare? Questa domanda è sufficiente a giustificare il superamento.

## **5. Se, quando e come dovrebbe avvenire?**

**Dario Stefano Dell'Aquila:** A mio avviso, se non si modifica il codice penale nella parte che riguarda le misure di sicurezza non riusciamo a rompere il meccanismo dell'internamento e

quindi ad uscire dal sistema O.P.G. L'altra parte del ragionamento è che non dobbiamo inventare nuovi modelli o prevedere nuove risorse. Dobbiamo inserire il sofferente psichico nella rete di assistenza della salute mentale (che va certamente potenziata), differenziando i modelli di presa in carico (residenziali, semiresidenziali, domiciliari). Bisogna intervenire su meccanismi di ingresso e superare questo doppio binario medico-giuridico che rende l'internato doppiamente prigioniero. Credo che il DPCM 1 Aprile 2008 nella parte che disciplina gli O.P.G. sia e rimanga il punto di riferimento.

**Angelo Fioritti:** Se il quadro è quello descritto dalla risposta precedente significa che la maggior parte degli internati devono immediatamente uscire dagli O.P.G., che, ad eccezione di Castiglione delle Stiviere, sono luoghi totalmente inadatti a svolgere qualsivoglia funzione terapeutica e riabilitativa. Voglio essere il più chiaro possibile: se non si chiudono questi luoghi, eventualmente per aprirne altri con una strutturazione e una filosofia di intervento diverso, l'O.P.G. non si chiuderà mai.

Risulta infatti, che la totalità della popolazione internata sia sostanzialmente stabile negli ultimi anni, ma è aumentata la quota di internati in misura di sicurezza provvisoria e soprattutto quella di internati con sopravvenuta infermità, cioè provenienti dal circuito carcerario. Cosa significa questo dato? Significa che, al contrario di come molti sostengono, i D.S.M. stanno tendenzialmente lavorando bene e hanno ormai chiaro l'obiettivo di dimettere dall'O.P.G. tutti i dimissibili, ma il "portar fuori" dei dipartimenti è compensato dalla tendenza a "portar dentro" della Amministrazione penitenziaria coloro che hanno problemi psichiatrici all'interno delle carceri. Ecco perché è necessario concentrarsi sulla chiusura della *porta d'entrata* dell'O.P.G. e non bastano gli sforzi per aumentare la velocità di uscita, altrimenti la popolazione internata non diminuirà mai. Chi può rompere questo flusso? La politica.

#### **6.Cosa significa per lei, il principio costituzionale della "Rieducazione della pena"?**

**Dario Stefano Dell'Aquila:** In sé non significa nulla ( o per meglio dire si presta anche ad interpretazioni non progressiste, la rieducazione era anche alla base dei Gulag), se non lo leggiamo per intero. Le pene non possono consistere in trattamenti contrari al senso di umanità e devono tendere alla rieducazione del condannato. Ritengo che la centralità vada data al termine *senso di umanità*. I manicomi sono luoghi inumani e in quanto tali vanno chiusi perché non danno possibilità di cura. E, letta oggi, la parola rieducazione della pena va intesa, nel caso di un sofferente mentale come restituire le condizioni e le possibilità di vivere pienamente in società.

**Angelo Fioritti:** È un principio di grande civiltà, che tuttavia non è mio compito istituzionale attuare. Noto un curioso uso del termine *riabilitazione*, che è parola usata sia dai giuristi nel campo penitenziario, sia dagli psichiatri nel campo sanitario, ma con significato molto diversi: nelle carceri corrisponde alla *correctional* inglese, cioè a una socializzazione direttiva e correzionale, basata su un paradigma pedagogico, che prevede un sistema di premi e punizioni al fine di modificare la personalità criminale del soggetto in termini *prosociali* e non *anti* sociale.

Questa idea non fa invece parte del patrimonio teorico dei professionisti di salute mentale, per i quali la riabilitazione significa potenziamento delle capacità dell'individuo nella vita quotidiana, se riesco a far mangiare correttamente, lavarsi, fare attività fisica un malato psichiatrico che non si alza mai dal letto, non si cura e si lascia vivere, allora ho riabilitato.

Per i folli rei il significato di riabilitazione dovrebbe stare a metà tra le due definizioni, ecco la maggiore difficoltà del problema.

#### **7.Le istituzioni totali sono al tramonto oppure la nostra società ne ha ancora bisogno? La deistituzionalizzazione del malato psichiatrico autore di reato è un'utopia?**

**Dario Stefano Dell'Aquila:** Le istituzioni totali, purtroppo, si vanno moltiplicando. Basti pensare ai centri di detenzione per immigrati. La società della disciplina non è affatto tramontata, ma accompagna la società del controllo. Sono necessarie solo nella misura in cui si sceglie di dare una risposta penale ai conflitti sociali e quando le politiche pubbliche non mirano alla eliminazione della povertà ma a quella dei poveri. Credo anche che una riflessione vada fatta sulle più moderne forme di istituzionalizzazione del disagio come possono essere le comunità terapeutiche ad esempio. De-istituzionalizzare il sofferente psichico, sia o meno autore di reato, non è affatto una utopia. Dipende dalla capacità di creare modelli di welfare inclusivo e universale, di costruire politiche di inclusione sociale, di immaginare società non fondate sulla

paura ma sul rispetto dei diritti e la condivisione delle differenze. Non sono scelte che dipendono dal destino, ma dalla politica e dalle risorse che decidiamo di investire nel sociale. Certo lo scenario attuale non porta ad essere ottimisti, ma considero la chiusura degli O.P.G. non una utopia ma un obiettivo realizzabile. Difficile, ma realizzabile.

**Angelo Fioritti:** dal mio punto di vista ho due sensazioni, la prima è che, a partire dal secondo Dopoguerra, si è verificato uno sviluppo storico e sociale nel mondo occidentale che ha fatto molto scemare il *bisogno* di istituzioni totali. In trent'anni abbiamo assistito insomma ad un fortissimo ridimensionamento delle istituzioni totali tradizionali: sono diminuiti i collegi, gli orfanotrofi, le caserme, i seminari e anche i manicomi, che, almeno in Italia, sono spariti del tutto. Citando Durkheim, si è passati da una *società a responsabilità organica* ad una *a responsabilità individuale*. La seconda sensazione è che dagli anni Novanta c'è stata un'inversione di tendenza, a fronte di una diminuzione del tasso di criminalità, è aumentata la popolazione carceraria e il numero di posti letto nei reparti psichiatrici, alcune istituzioni totali sono addirittura state create dal nulla, penso ai C.I.E. (Centri di Identificazione ed Espulsione per gli immigrati clandestini).

Questo significa che una certa quota di bisogno istituzionale è endemico alla società, sta' alla coscienza critica della società stessa riuscire a minimizzare questo bisogno, in Italia, grazie alla cultura antipsichiatrica, siamo molto più avanti di altri Paesi, speriamo non si torni indietro.

Anche alla luce di queste risposte è ora meglio chiarito il collocamento della nostra società su quella *parabola dell'umanità*, evocata nelle prime righe della ricerca: abbiamo appreso che, riguardo ai folli-rei, la *civiltà del supplizio* non è ancora del tutto estirpata.

Quanti sono i marinai coraggiosi, disposti ad invertire la rotta? Non è in gioco solo l'esistere di millecinquecento uomini e donne internati in luoghi fuori dalla storia, dalla morale e dal diritto. È in gioco la reputazione di un'intera società.

Il giudice Larry, nella più celebre opera di Gilbert Cesbron (3), si domandava: «Quando un ragazzo ruba una bicicletta, che cosa importa alla società, la sorte del ragazzo o quella della bicicletta?». È nel rispondere a questa domanda, che cade l'*alibi del giurista*: se fino ad oggi egli si è sentito, a torto o a ragione, sopraffatto e scavalcato da altre figure professionali, che hanno plasmato forme del campo giuridico dei folli-rei, i tempi per lasciare da parte l'orgoglio e le rivendicazioni sono maturi. Occorre agire prima che la questione, che ha aperto questa ricerca, "*dov'è finita la dolcezza*", si trasformi in un ben più drammatico e categorico "*dov'è finito l'Uomo?*".

## Domande di un lettore operaio

Chi costruì Tebe dalle Sette Porte?

Dentro i libri ci sono i nomi dei re.

I re hanno trascinato quei blocchi di pietra?

Babilonia tante volte distrutta,

chi altrettante la riedificò? In quali case  
di Lima lucente d'oro abitavano i costruttori?

Dove andarono i muratori, la sera che terminarono  
la Grande Muraglia?

La grande Roma

è piena di archi di trionfo. Chi li costruì? Su chi  
trionfarono i Cesari? La celebrata Bisanzio  
aveva solo palazzi per i suoi abitanti?

Anche nella favolosa Atlantide  
nella notte che il mare li inghiottì, affogarono  
implorando aiuto dai loro schiavi.

Il giovane Alessandro conquistò l'India.

Lui solo?

Cesare sconfisse i Galli.

Non aveva con sé nemmeno un cuoco?

Filippo di Spagna pianse, quando la sua flotta  
fu affondata. Ma nessun altro pianse?

Federico II vinse la guerra dei Sette Anni. Chi

vinse oltre a lui?

Ogni pagina una vittoria.

Chi cucinò il banchetto della vittoria? Ogni dieci anni un grande uomo.

Chi ne pagò le spese?

Tante vicende.

Tante domande.

(Bertolt Brecht, 1935)

---

## Note

1. Resoconto della seduta del Senato della Repubblica, n.606 del 21/09/2011.
2. Cfr. Dino Buzzati, *Il deserto dei Tartari*, Rizzoli, Milano, 1940.
3. Cfr. Gilbert Cesbron, *Cani perduti senza collare*, Mondadori, Milano, 1975.