

L'ergastolo nascosto (e altri orrori) dietro i muri degli ospedali psichiatrici giudiziari

1. DAGLI OPG È DIFFICILE USCIRE

Ergastolo *nascosto*. Ergastolo *bianco*. I sintagmi sono diversi, ma esprimono il medesimo dato di realtà: «l'infinita "prigione" degli internati negli OPG» (Bianco e Dell'Aquila 2011, 80) dove è rinchiuso chi viene riconosciuto giuridicamente incapace e socialmente pericoloso. Varcare la soglia significa, spesso, rimanervi impigliati per sempre: perché in OPG è facile entrare, difficile è uscirne.

L'ingranaggio infernale che incatena il ristretto è squisitamente giuridico. Funziona così: diversamente dalla pena, la misura di sicurezza del ricovero in OPG è temporalmente indeterminata: il codice penale ne stabilisce solo la durata minima (2 anni, 5 anni, 10 anni, in relazione alla pena che la legge stabilisce per il reato commesso dall'incapace). Decorso tale periodo, il giudice riprende in esame le condizioni della persona internata, per stabilire se essa sia ancora socialmente pericolosa. E se risulta tale, l'autorità giudiziaria fissa un nuovo termine per un esame ulteriore, prorogando nel frattempo la misura segregante (art. 208, comma 1, c.p.). In gergo, si chiama *stecca*: è il rinnovo periodico dell'internamento in OPG.

Si dirà, con un occhio alle disposizioni vigenti (artt. 208, comma 2, c.p.; 69, comma 4, ord. penit.) e con l'altro alla sentenza costituzionale n. 110/1974, che nondimeno, quando vi sia ragione di ritenere che la pericolosità sociale dell'internato sia cessata, il giudice può, in ogni tempo, revocare la misura di sicurezza. Accade, invece, che ciò nonostante la proroga intervenga *comunque*, qualora la famiglia d'origine o le strutture sanitarie territoriali non siano in grado di prendere in carico chi pure dall'OPG avrebbe tutto il diritto di uscire. Così, ogni *tot* anni, di proroga in proroga, magari per un *deficit* organizzativo o di risorse dei dipartimenti di salute mentale, si resta rinchiusi *sine die* in un luogo che è un *mix* tra manicomio e galera.

I resoconti delle visite di parlamentari e dei relativi atti di sindacato ispettivo (Farina Coscioni 2011, 23-49) come i rapporti delle ispezioni svolte dalla Commissione parlamentare d'inchiesta sull'efficacia e l'efficienza del Servizio Sanitario Nazionale (Commissione parlamentare 2011, 11 ss.), ci raccontano alcune di queste storie di ergastolani sconosciuti, punte di un *iceberg* chissà quanto profondo.

Quanti siano è stima difficile. Il dato ufficiale più recente che ho scovato risale al 18 novembre 2011¹: ammontano almeno a 267 gli internati da dimettere subito, perché non più socialmente pericolosi, eppure ancora ristretti.

Qualche esempio? Antonio, che nell'OPG di Napoli Secondigliano detiene il record delle *stecche*: ben 28. Francesco, che da più di 10 anni anela ad una libertà, sempre rinviata. Nel medesimo OPG vegeta ancora il signor Leonardo Marco, da ben 25 anni, a fronte di una misura di sicurezza che doveva durare 24 mesi. Altrove non va meglio. Dall'OPG di Aversa Giovanni, a sessant'anni, è finalmente uscito, ma dopo 5 anni di internamento e altri 15 di *stecche*. In tutto questo tempo non gli è certo mancata la compagnia: ad Aversa sono emersi, infatti, casi di misure di sicurezza scadute da oltre 10 anni, eppure sempre rinnovate con perseveranza. Ma forse il caso più noto (e scoperto solo dopo la visita ispettiva di un consigliere regionale campano) è quello di Vito De Rosa, internato nel 1955 nell'OPG di Napoli e da lì mai uscito, nemmeno per un permesso, infine graziato nel 2003 dal Presidente Ciampi (Maranta 2005).

Complessivamente, «nell'80% dei casi la permanenza in OPG supera abbondantemente la durata della reclusione stabilita dal tribunale, e spesso le misure di sicurezza vengono prorogate di sei mesi in sei mesi senza fine» (Bianco e Dell'Aquila 2011, 80).

2. NEGLI OPG È FACILE ENTRARE

Le porte degli OPG, così difficili da varcare in uscita, sono invece spalancate in entrata: alla data del 6 luglio 2011, nei 6 OPG attivi nella penisola (Castiglione delle Stiviere, Reggio Emilia, Montelupo Fiorentino, Aversa, Napoli Secondigliano, Barcellona Pozzo di Gotto) risultavano internate 1.378 persone (Commissione parlamentare 2011, 34-39). Chi sono questi sepolti vivi?

Le misure di sicurezza si applicano soltanto a chi abbia commesso un fatto previsto dalla legge come reato (art. 202 c.p.)² e sia giudicato socialmente pe-

¹ A.C., Interrogazione a risposta scritta 4/13951, (Di Stanislao): «al momento, dei 368 internati dichiarati dimissibili, solo 101 hanno lasciato le strutture perché il sistema sanitario non è pronto ad accoglierli».

² Per l'internamento in OPG il reato commesso deve avere natura dolosa ed essere punito in astratto con la reclusione superiore nel massimo a 2 anni (art. 222 c.p.).

ricoloso. Tale è considerato un reato ed è probabile

Le chiavi d'ingressa deve desumere la pericolosità indicata nel codice (fatto di reato) (modalità di natura soggettiva) (precedenti, caratteristiche di vita individuali, fattori

Con una mappa prognosi criminale e predittiva, dall'attenzione alla pericolosità: l'incertezza è dubbia (che provoca uno slittamento penale del fatto al di là di ciò che sei e infatti, «la pericolosità» (Cavaliere 2012, 669). Non scatti, quasi in autonomia totale o parziale. Con conseguenze economiche della pena sempre complicate per confermarne la pericolosità.

Anche qui, assai per l'esercizio istruttivo: per

Impariamo così la cultura all'italiana. C'è qui chi ha fatto una rapina e che si è vestito da poliziotto e rinnova in rinnovo è aver tentato di rubare sul muro dell'abitazione 6 mesi nell'OPG di Montelupo. Pericoloso dopo il furto di denaro sul banco di una chiosca. La legislazione proibisce. Possiamo scattare un reato 48,9% degli internati maltrattamenti per i reati di oltraggio, vil

atti di sindacato ispet-
ispezioni svolte dalla
fficienza del Servizio
11 ss.), ci raccontano
di un iceberg chissà

cente che ho scovato
li internati da dimet-
re ancora ristretti.

li Secondigliano de-
più di 10 anni anela
geta ancora il signor
di sicurezza che do-
di Aversa Giovanni,
internamento e altri
ancata la compagnia:
a scadute da oltre 10
orse il caso più noto
regionale campano)
di Napoli e da lì mai
2003 dal Presidente

enza in OPG supera
al tribunale, e spesso
sei mesi senza fine»

i, sono invece spal-
vi nella penisola (Ca-
ntino, Aversa, Napoli
ternate 1.378 persone
sti sepolti vivi?

ia commesso un fatto
icato socialmente pe-

momento, dei 368 internati
a sanitario non è pronto ad

dolosa ed essere punito in

ricoloso. Tale è considerata la persona, anche se incapace, che ha commesso un reato ed è probabile ne commetta di nuovi (art. 203 c.p.).

Le chiavi d'ingresso in OPG sono, dunque, nelle mani di un giudice che deve desumere la pericolosità sociale del soggetto da circostanze indiziarie indicate nel codice (art. 133 c.p.): alcune di natura oggettiva riconducibili al fatto di reato (modalità dell'azione, gravità del danno, intensità del dolo); altre di natura soggettiva evocative della capacità a delinquere della persona (carattere, precedenti, condotta di vita pregressa e successiva al reato, condizioni di vita individuali, familiari, sociali).

Con una mappa del genere, il giudice naviga a vista. Chiamato ad una prognosi criminale e ad un'analisi della personalità, il suo è un accertamento predittivo, dall'attendibilità più che dubbia, avente ad oggetto una categoria – la pericolosità sociale – vaga perché semanticamente ambigua e scientificamente dubbia (Marinucci e Dolcini 2004, 51-52 e 468). Una categoria che provoca uno slittamento (questo sì socialmente pericoloso) dal diritto penale del *fatto* al diritto penale *d'autore*, dove sei punito non per ciò che fai ma per ciò che sei e che probabilisticamente farai: come si legge nei manuali, infatti, «la pericolosità è una *qualità*, un modo di essere del soggetto» (Mantovani 2012, 669). Non stupisce quindi che il giudizio di pericolosità sociale scatti, quasi in automatico, nei casi di proscioglimento per infermità mentale, totale o parziale. Così come la valutazione prevalente delle condizioni socio-economiche della persona non diversamente dalla sua biografia pregressa, sempre complicate per un soggetto già internato, possono bastare da sole per confermarne la pericolosità. In ambo i casi, il ricovero in OPG è l'inevitabile approdo.

Anche qui, ascoltare le testimonianze (Farina Coscioni 2011, 23-49) è esercizio istruttivo: perché chi parla è al tempo stesso colui di cui si parla.

Impariamo così che spesso si finisce dentro un OPG per reati da commedia all'italiana. C'è quello che nel 1982, fingendo di avere una pistola in tasca, ha fatto una rapina da 7000 lire in un'edicola (ed è ancora ristretto). Quello che si è vestito da donna davanti ad una scuola (condannato a 24 mesi, di rinnovo in rinnovo è dentro da 25 anni). Quello che è internato da 3 anni, per aver tentato di rubare un portafoglio, per di più vuoto. Quello che ha urinato sul muro dell'abitazione bolognese di Romano Prodi (rinchiuso per 3 anni e 6 mesi nell'OPG di Reggio Emilia). Quello riconosciuto socialmente pericoloso dopo il furto di un borsello e di un mazzo di chiavi lasciati incustoditi sul banco di una chiesa. Molti, ovviamente, i ristretti per reati connessi alla legislazione proibizionista e punizionista in materia di sostanze stupefacenti. Possiamo scattare una foto di gruppo: «le ultime statistiche dicono che il 48,9% degli internati si è reso colpevole di reati contro la persona, lesioni, maltrattamenti per lo più rivolti contro la famiglia; un altro 35-40% riguarda reati di oltraggio, vilipendio, danneggiamenti contro il patrimonio e simili. Per

tutti questi la pena detentiva non supera i 2 anni; solo il 10% riguarda reati gravi: stupro, omicidio, o assassinii seriali, per i quali la pena prevista è di 10 anni. Rinnovabili» (Farina Coscioni 2011, 84).

Si badi. Questi esiti si riscontrano nonostante la categoria giuridica della pericolosità sociale abbia subito, nel tempo, una progressiva erosione ad opera della giurisprudenza costituzionale: dalla giurisdizionalizzazione del provvedimento di revoca dell'internamento (sent. n. 110/1974), alla relativizzazione della categoria della pericolosità sociale riconosciuta quale condizione transitoria e non più attributo naturale del soggetto (sent. n. 139/1982)³, fino all'obbligo di accertare la pericolosità sociale non più solamente al momento della commissione del fatto di reato ma anche all'atto dell'esecuzione della misura di sicurezza (sentt. nn. 139/1982 e 249/1983). Il precipitato normativo di questa erosione è stata l'abrogazione dell'originario art. 204 c.p., sostituito ora da una disposizione a tenore della quale «tutte le misure di sicurezza personali sono ordinate previo accertamento che colui il quale ha commesso il fatto è persona socialmente pericolosa»⁴.

Eppure questa giurisdizionalizzazione non ha impedito il dato empirico per cui la magistratura di sorveglianza conferma una pericolosità sociale (che non c'è più) solamente in ragione della mancanza di posti disponibili *extra moenia*: «tanto – è il retropensiero del giudice – fuori non avrebbero dove andare. L'OPG è diventato la loro casa» (Farina Coscioni 2011, 29). Qui, ad essere chiamate in causa sono le inadeguatezze dei servizi psichiatrici territoriali, specialmente in talune realtà regionali⁵.

Così facendo, però, è la Costituzione ad essere violata. Perché trattene un soggetto che ha diritto ad essere dimesso equivale all'inflizione di una limitazione della libertà personale ingiustificata. Significa negargli il diritto alla cura più congrua al suo stato di salute, con riguardo alle condizioni strutturali ed alle prassi terapeutiche seguite presso i distretti di salute mentale territoriali, ben diverse da quelle di un OPG. Significa negare il principio di eguaglianza, stante il trattamento gravemente deteriore riservato agli infermi di mente ristretti in OPG rispetto ai comuni malati di mente, cui si applica una legislazione⁶ ai sensi della quale il ricovero obbligatorio è misura eccezionale, ha durata limitata, è fondata solamente sulla necessità di urgenti interventi terapeutici.

³ Annotata da Vassalli (1982, 1202 ss.).

⁴ Così recita l'art. 31 della c.d. legge Gozzini (l. 10 ottobre 1986, n. 663).

⁵ Cfr. il documento conclusivo del VI Forum Nazionale della Salute Mentale, *Strategie per la chiusura dell'ospedale psichiatrico giudiziario: il ruolo dei dipartimenti di salute mentale*, Aversa, 14-15 gennaio 2011, ampiamente citato da Verde (2011, 76 nota 69).

⁶ Introdotta con la c.d. legge Basaglia (l. 13 maggio 1978, n. 180), poi assorbita nella riforma del Servizio Sanitario Nazionale (l. 23 dicembre 1978, n. 833).

Si può dire anche sono (almeno) 267, q gli artt. 2, 32 e 3 dell

3. IL TELAIO ORDINA

La colpa non è i menti di salute ment tale che tutto regge: penale del 1930 e pa blica democratica co

Secondo l'impos sono assimilabili, anc verse per natura: pur retributiva e rieduca diversità ontologica pone la capacità di i reo non imputabile v misura di sicurezza, posso punirti (...) po

Come tutte le al OPG viaggia lungo renza del sistema a c Il punto che ora mi questi decenni, lo h: sono mancate.

3.1. *La l. n. 354* limitata a battezzar nome di OPG. È u non corrisponde un tiva» ora si chiama « ora si chiamano «ce trodurre il ricovero nome di «trattamen del paziente»⁸. Fur

⁷ Oltre all'internam una casa di lavoro, il rico ziaro per minori.

⁸ Cfr. l'art. 5 del tes *sistenza psichiatrica*, disc 2012.

il 10% riguarda reati pena prevista è di 10

egoria giuridica della
iva erosione ad opera
lizzazione del prov-
(1974), alla relativizza-
ta quale condizione
nt. n. 139/1982)³, fino
lamente al momento
dell'esecuzione della
cipitato normativo di
204 c.p., sostituito ora
di sicurezza personali
i commesso il fatto è

dito il dato empirico
ricolosità sociale (che
osti disponibili *extra*
non avrebbero dove
mi 2011, 29). Qui, ad
zi psichiatrici territo-

ita. Perché trattenere
all'inflazione di una
ica negargli il diritto
alle condizioni strut-
tti di salute mentale
negare il principio di
riservato agli infermi
nte, cui si applica una
è misura eccezionale,
di urgenti interventi

53).
te Mentale, *Strategie per la
alute mentale*, Aversa, 14-15

i assorbita nella riforma del

Si può dire anche così: se gli internati dismissibili ancora segregati in OPG sono (almeno) 267, questo significa che gli artt. 13, 25, commi 2 e 3, come pure gli artt. 2, 32 e 3 della Costituzione sono stati violati (almeno) 267 volte.

3. IL TELAIO ORDINAMENTALE CHE TUTTO REGGE

La colpa non è (solamente) dei magistrati di sorveglianza e dei dipartimenti di salute mentale. La causa di ciò va individuata nel telaio ordinamentale che tutto regge: il c.d. sistema *a doppio binario*, introdotto con il codice penale del 1930 e passato indenne dall'Italia monarchica fascista alla Repubblica democratica costituzionale.

Secondo l'impostazione del codice Rocco, pena e misura di sicurezza non sono assimilabili, anche se entrambe limitative della libertà personale. Sono diverse per natura: punitiva l'una, non punitiva l'altra. Sono diverse per funzione: retributiva e rieducativa la prima, curativa e precauzionale la seconda. Questa diversità ontologica le fa partire da stazioni differenti. La pena, infatti, presuppone la capacità di intendere e di volere del soggetto agente. Diversamente, il reo non imputabile verrà prosciolto ma, se pericoloso, andrà sottoposto ad una misura di sicurezza, perché «se posso rimproverarti, ti punisco», ma «se non posso punirti (...) posso comunque difendermi da te» (Balbi 2010, 238).

Come tutte le altre misure personali segreganti⁷, anche l'internamento in OPG viaggia lungo il binario delle misure di sicurezza. La geometrica coerenza del sistema a doppio binario è però solo apparente: lo vedremo a breve. Il punto che ora mi interessa sottolineare è un altro: *mai* il legislatore, in tutti questi decenni, lo ha messo in discussione. Eppure, le occasioni per farlo non sono mancate.

3.1. *La l. n. 354 del 1975*. La riforma dell'ordinamento penitenziario si è limitata a battezzare diversamente i vecchi manicomi giudiziari con l'attuale nome di OPG. È un'abitudine inveterata, quello del cambio del *marchio* cui non corrisponde una differente qualità del *prodotto*: la «carcerazione preventiva» ora si chiama «custodia cautelare»; i «centri di permanenza temporanea» ora si chiamano «centri di identificazione ed espulsione»; si è proposto di reintrodurre il ricovero in strutture manicomiali mascherandolo dietro l'inedito nome di «trattamento necessario extraospedaliero prolungato senza consenso del paziente»⁸. Fumo negli occhi.

⁷ Oltre all'internamento in OPG, la categoria include l'assegnazione a una colonia agricola o a una casa di lavoro, il ricovero in una casa di cura e di custodia, la reclusione in un riformatorio giudiziario per minori.

⁸ Cfr. l'art. 5 del testo unificato del progetto di legge concernente *Disposizioni in materia di assistenza psichiatrica*, discusso in Commissione XII (Sanità) della Camera, nella seduta del 17 maggio 2012.

Egualemente, il cambio del *nomen* in OPG non ha inciso di tanto così sulla condizione del ricoverato. Ha però contribuito ad un fraintendimento: che, in quanto *ospedale*, si trattasse di un centro di cura e che, in quanto *giudiziario*, gli internati beneficiassero di opportune garanzie giurisdizionali. Laddove, invece, si tratta di un *non-luogo per non-persone*: «non è un manicomio, né un carcere né tanto meno un ospedale; gli internati non sono detenuti e la maggior parte di loro nemmeno dei pazzi, le pene non sono pene e le cure non servono a guarire ma a tamponare situazioni potenzialmente ingestibili»⁹.

3.2. *La l. n. 180 del 1978*. Analogamente, anche la riforma della psichiatria italiana non ha varcato l'ingresso degli OPG. La riconosciuta inidoneità del ricovero e della custodia nella cura dei disturbi mentali vale *esclusivamente* per gli incapaci non pericolosi socialmente. Agli altri tocca l'internamento – ad esempio – in realtà come quelle di Montelupo Fiorentino e di Barcellona Pozzo di Gotto, dalle strutture così assolutamente inadeguate e degradate da essere state oggetto di inediti provvedimenti di sequestro disposti dal Presidente della Commissione parlamentare d'inchiesta, data la rilevanza penale delle riscontrate carenze strutturali e igienico sanitarie¹⁰.

Eppure un punto di saldatura tra la legge Basaglia e la realtà degli OPG esiste. Come per un'involontaria eterogenesi dei fini, la chiusura dei manicomi ha prodotto «una ulteriore carcerizzazione della malattia mentale» (Ferraro 2010, 253). Venendo infatti meno la struttura che più di altre funzionava da valvola di sicurezza in caso di dimissione dall'OPG del malato di mente, nell'indisponibilità del nucleo familiare e dei dipartimenti sanitari territoriali a farsene carico, si è creato così «un ingranaggio, per cui il malato è spinto a commettere atti punibili ai sensi del codice penale e a ritrovarsi in un OPG» (Gil-Robles 2005, § 119).

Nasce da qui l'ergastolo nascosto. Nasce da qui anche il fenomeno del sovraffollamento negli OPG rispetto alla loro capienza regolamentare: problema (alla data del 6 luglio 2012) presente a Castiglione delle Stiviere (289 pazienti per 193 posti) ed a Reggio Emilia (245 pazienti per 132 posti). È paradossale: chiusi i manicomi, il travaso si è interrotto con il risultato di «stabi-

⁹ La citazione è di Farina Coscioni (2011, 85). Non si può allora dar torto a quanto si legge nel giornale dell'OPG di Napoli 33,3 *Periodico* (estate 2009): «Curare o punire? C'è chi è convinto che si possano contemporaneamente assicurare queste due azioni. Noi no. Se il bene comune primario da assicurare è la sanzione, chiudeteci in una prigione. (...) Se invece conta più la tutela della salute e dell'integrità fisica della persona, metteteci in una struttura sanitaria. Se poi proprio ritenete che l'aiuto e la repressione debbano coesistere, chiamatelo manicomio criminale, se non altro ci restituite un po' di verità cui abbiamo diritto» (Verde 2011, 75 nota 64).

¹⁰ I sequestri hanno riguardato (in data 26 luglio 2011) alcuni locali e (in data 19 dicembre 2012) un reparto dell'OPG di Montelupo Fiorentino; nelle stesse date si è provveduto al sequestro di alcuni locali e, successivamente, dell'intero OPG di Barcellona Pozzo di Gotto. Si rammenta che, ai sensi dell'art. 82, comma 2, Cost., la Commissione parlamentare d'inchiesta «procede alle indagini e agli esami con gli stessi poteri e le stesse limitazioni dell'autorità giudiziaria».

lizzare, rivitalizzare (L 2012, 833).

3.3. *La l. n. 663 della c.d. legge Goz* presunzione legale meritoriamente intr. Né poteva essere di di esecuzione altern sonali e detentive. È in carcere è data, du al fine di un loro r reato per infermità *a priori*.

Qui il sistema d fenomenico, infatti, dietro le sbarre di u gli OPG presentanc sione parlamentare Emilia manicomio chiamati ospedali, 1 Dipartimento dell' stizia» (Gil-Robles della libertà person risultare, in concret sentenza di condan 274/2009). Quanto di fatto vanificato una funzione repre curati; il personale spesso anche le fun polizia penitenziar

Eppure, sulla r così il reo folle fir riservato al reo san la compromissione da misura di sicuru pio binario: ad un'

¹¹ Così ancora la Barcellona Pozzo di Go residuati bellici che non

so di tanto così sulla
ntendimento: che, in
1 quanto *giudiziario*,
sdizionali. Laddove,
è un manicomio, né
1 sono detenuti e la
io pene e le cure non
ente ingestibili»⁹.

ma della psichiatria
uta inidoneità del ri-
e *esclusivamente* per
l'internamento – ad
ino e di Barcellona
uate e degradate da
o disposti dal Presi-
la rilevanza penale

la realtà degli OPG
iusura dei manicomi
1 mentale» (Ferraro
altre funzionava da
el malato di mente,
i sanitari territoriali
il malato è spinto a
rovarsi in un OPG»

he il fenomeno del
regolamentare: pro-
delle Stiviere (289
per 132 posti). È pa-
l risultato di «stabi-

orto a quanto si legge nel
e? C'è chi è convinto che
il bene comune primario
i più la tutela della salute
poi proprio ritenete che
2, se non altro ci restituite

in data 19 dicembre 2012)
luto al sequestro di alcuni
si rammenta che, ai sensi
occede alle indagini e agli

lizzare, rivitalizzare l'OPG e di favorirne addirittura l'espansione» (Mantovani 2012, 833).

3.3. *La l. n. 663 del 1986*. Collaterale è stato anche l'impatto sugli OPG della c.d. legge Gozzini. Il suo articolo 31, è vero, ha eliminato l'originaria presunzione legale di pericolosità sociale. Ma tutte le misure extramurarie meritoriamente introdotte dalla riforma carceraria, *non* entrano negli OPG. Né poteva essere diversamente. La legge Gozzini, infatti, disciplina modalità di esecuzione alternative alla *pena*, non alle misure di sicurezza, anche se personali e detentive. Solo ai soggetti sani di mente condannati alla reclusione in carcere è data, dunque, la possibilità di usufruire di benefici e agevolazioni al fine di un loro reinserimento sociale. A chi invece è stato prosciolto dal reato per infermità psichica e rinchiuso in un OPG, tale possibilità è negata *a priori*.

Qui il sistema del doppio binario mostra tutto il suo formalismo. Sul piano fenomenico, infatti, non c'è alcuna sostanziale differenza tra l'essere segregati dietro le sbarre di una cella o di una struttura manicomiale giudiziaria: «tutti gli OPG presentano un assetto strutturale assimilabile al carcere» (Commissione parlamentare 2011, 3), tanto che a Napoli Secondigliano e a Reggio Emilia manicomio e galera sono parti della medesima struttura. «Vengono chiamati ospedali, ma sono in realtà delle strutture penitenziarie gestite dal Dipartimento dell'Amministrazione penitenziaria del Ministero della Giustizia» (Gil-Robles 2005, § 100). Le misure di sicurezza detentive limitative della libertà personale e di durata non predeterminata nel massimo «possono risultare, in concreto, di gran lunga più afflittive della pena irrogata con una sentenza di condanna» (come riconosce la Corte costituzionale, nella sent. n. 274/2009). Quanto alla loro finalità terapeutica, «le carenze degli OPG hanno di fatto vanificato le funzioni di cura degli internati, per servire unicamente una funzione repressiva e segregante»¹¹; gli internati infatti sono sedati, e non curati; il personale medico specialistico è drammaticamente insufficiente; spesso anche le funzioni del personale infermieristico sono svolte da agenti di polizia penitenziaria privi di adeguate competenze.

Eppure, sulla realtà delle cose prevale la mera qualificazione formale. E così il reo folle finisce per subire un trattamento molto peggiore di quello riservato al reo sano di mente, attraverso «la magia del diritto penale» per cui la compromissione psichica esclude il reato, ma non la sanzione, mascherata da misura di sicurezza (Pivetta 2013). A questo conduce il sistema del doppio binario: ad un'autentica truffa delle etichette. Fatti due conti, correndo il

¹¹ Così ancora la Corte costituzionale, sent. 139/1982. Lo conferma il direttore dell'OPG di Barcellona Pozzo di Gotto (auditato dalla Commissione parlamentare d'inchiesta): gli OPG «sono dei residuati bellici che non possono essere terapeutici né riabilitativi».

rischio di essere ritenuti socialmente pericolosi, c'è da augurarsi – paradossalmente – di essere condannati piuttosto che prosciolti perché non imputabili.

3.4. *Il d.P.C.M. 1 aprile 2008.* La riforma normativa che avrebbe dovuto lasciare il segno è quella introdotta con d.P.C.M. 1 aprile 2008¹²; tracciando le modalità ed i criteri per il trasferimento della sanità penitenziaria al Servizio Sanitario Nazionale, si programmava infatti – nell'*Allegato C* – anche la progressiva chiusura degli OPG e delle case di cura e custodia. Le cose sono andate diversamente.

In generale, quanto al profilo della cura del disturbo mentale, è la stessa Commissione parlamentare d'inchiesta a denunciare – a distanza di 3 anni – «la necessità di dare piena attuazione» al decreto «nella parte in cui esso prevede che siano realizzate tutte le misure e azioni indicate per la tutela della salute mentale negli istituti di pena» (Commissione parlamentare 2011, 5).

Con riferimento specifico agli OPG, l'orizzonte normativo del provvedimento si è fermato al mutamento di regime giuridico del personale sanitario (ora dipendente della Regione e non più del Ministero di Giustizia), lasciando tuttavia gli aspetti custodiali e securitari all'amministrazione penitenziaria, la cui presenza è dunque confermata.

Esiste addirittura una realtà regionale – la Sicilia – dove la condizione di persistente, integrale inattuazione della riforma della sanità penitenziaria «rende – se possibile – ancora più penosa la situazione di quanti hanno la ventura di essere ricoverati o di lavorare nell'OPG di Barcellona Pozzo di Gotto» (Commissione parlamentare 2011, 6); e fa bene, la Commissione parlamentare, ad invocare in merito l'esercizio dei poteri sostitutivi del Governo previsti all'art. 120 Cost.¹³.

Quanto al definitivo superamento degli OPG, le azioni necessarie scandite da un cronoprogramma triennale avrebbero dovuto concludersi (già nel 2011) con la restituzione ad ogni regione della quota di internati provenienti dai propri territori e dalla loro presa in carico, attraverso programmi terapeutici e riabilitativi da attuarsi all'interno di strutture decentrate sul territorio e caratterizzate da livelli diversificati di vigilanza, sotto la responsabilità assistenziale delle relative ASL. A che punto siamo? Solo la prima delle tre fasi risulta «già avviata»¹⁴. Un pigro ritardo di anni, sulla tabella di marcia normativa.

¹² In G.U. 30 maggio 2008, n. 126.

¹³ È solo a seguito del provvedimento di sequestro dell'intero OPG di Barcellona Pozzo di Gotto (vedi *supra*, nota 10) che il Presidente della Regione Sicilia ha formalmente manifestato la più ampia disponibilità a dare finalmente attuazione al d.P.C.M. 1 aprile 2008: cfr. delibera della Giunta regionale 19 dicembre 2012.

¹⁴ Interrogato alla Camera, così risponde il Ministro della Salute Fazio nel *question time* del 23 marzo 2011 (Farina Coscioni 2011, 44-47).

E così si sare
rale, perché non
taglia parlament
un imprevisto pe

4. OPORTET UT S

Oportet ut sc
morosamente. È
Iacona, nella tras
degli italiani l'orr
vita quotidiana ir

Quel filmato,
missione parleme
infatti, di immagin
dai suoi membri.
zionale del Senat
restituiscono solo
provo egualmente

Lerciume, urin
menti, stanze da q
sedativi continui, n
dovrebbero prende
dando «Giustizia!»
ovunque. Un vero c
gna, con un foro ne
completamente nu
in ogni dove, lezzo
la turca per rinfres
pazienti con la diar
educativa o ricreat
che – nella assoluta
malgrado, sporchi e
segni di umidità ov

Cose da mec
non contemporar
state 25 (su 42 de

¹⁵ Le riprese così
ex internato in un OPC
sco Cordio, produzione
ma internazionale il 19

figurarsi – paradossalmente – perché non imputabili.

che avrebbe dovuto essere il 2008¹²: tracciando la riforma penitenziaria al Serbelloni-Allegato C – anche la riforma della custodia. Le cose sono

mentale, è la stessa mancanza di 3 anni – «la legge in cui esso prevede la tutela della salute (Decreto 2011, 5).

motivato del provvedimento del personale sanitario (Ministero della Giustizia), lasciando la riforma penitenziaria, la

- dove la condizione di salute penitenziaria e di quanti hanno la custodia in Barcellona Pozzo di Gotto. La Commissione parlamentare di inchiesta sui sostituti del Governo

azioni necessarie scandali si concludono (già nel 2002) per i detenuti internati provenienti dai programmi terapeutici entrati sul territorio sotto la responsabilità della prima delle tre tabelle della tabella di marcia

di Barcellona Pozzo di Gotto ha manifestato la più ampia copertura della Giunta regionale

zio nel *question time* del 23

E così si sarebbero stancamente trascinate le cose, nel disinteresse generale, perché non esiste una *lobby* dei matti, e solo un folle può farne una battaglia parlamentare sapendola in partenza priva di resa elettorale. Ci voleva un imprevisto per dare una svolta.

4. OPORTET UT SCANDALA EVENIANT

Oportet ut scandala eveniant, meglio ancora se lo fanno deflagrando rumorosamente. È quanto accaduto la sera del 20 marzo 2011, quando Riccardo Iacona, nella trasmissione di Rai3 *Presa diretta*, ha fatto entrare nelle case degli italiani l'orrore. Senza filtri o mediazioni. L'orrore puro e semplice della vita quotidiana in OPG nell'Italia del terzo millennio.

Quel filmato, nella sua integralità, risulta agli atti della relazione della Commissione parlamentare d'inchiesta e ne costituisce parte integrante: si tratta, infatti, di immagini video riprese nel corso di talune ispezioni a sorpresa svolte dai suoi membri. Se già non lo avete fatto, andate a guardarlo (nel sito istituzionale del Senato o su *Youtube*): ne vale – alla lettera – la pena¹⁵. Le parole restituiscono solo in minima misura le immagini, i rumori, gli intuibili odori. Ci provo egualmente (attingendo alla rassegna stampa del 17 marzo 2012):

Lerciume, urina, immondizia, letti arrugginiti, fori utilizzati come vasi per escrementi, stanze da quattro dove si sta in nove. E ancora: torture, farmaci usati come sedativi continui, nessuna terapia, medici presenti solo quattro ore a settimana, che dovrebbero prendersi cura di centinaia di persone. C'è chi piange in ginocchio gridando «Giustizia!», chi si aggira in silenzio in stanze incrostate di ruggine, sudiciume ovunque. Un vero e proprio schifo: un letto, arrugginito per il piscio che da anni lo bagna, con un foro nel mezzo per la caduta degli escrementi, dove è disteso un paziente, completamente nudo, bloccato con corde intorno alle braccia e alle gambe. Sporczia in ogni dove, lezzo nauseabondo, spazi angusti, bottiglie d'acqua infilate nel buco della turca per rinfrescarle o per impedire la risalita dei topi, i bagni a disposizione per pazienti con la diarrea dove manca l'acqua corrente. L'inesistenza di qualsiasi attività educativa o ricreativa, la percezione di completo e disumano abbandono, degeniti che – nella assoluta indifferenza – indossano abiti vecchi e sudici presentandosi, loro malgrado, sporchi e maleodoranti. Grate alle finestre, cancelli blindati, infiltrazioni e segni di umidità ovunque.

Cose da medioevo, eppure odierne. Un'inaudita contemporaneità del non contemporaneo. Con tutti i suoi inevitabili lutti: tra il 2002 e il 2012, sono state 25 (su 42 deceduti) le morti ufficialmente accertate come suicidio tra gli

¹⁵ Le riprese così effettuate, intrecciate al racconto in prima persona di un attore (Luigi Rigoni) ex internato in un OPG, compongono ora la trama del docufilm *Lo Stato della follia*, regia di Francesco Cordio, produzione Teatri di Nina e Independent Zoo Troupe (Italia, 2012), presentato in anteprima internazionale il 19 marzo 2013 al BIF&ST (Bari International Film Festival).

internati in OPG¹⁶. Ha ragione da vendere, dunque, il Presidente della Repubblica quando denuncia la realtà «dell'estremo orrore dei residui ospedali psichiatrici giudiziari, inconcepibili in qualsiasi Paese appena appena civile. Strutture pseudo ospedaliere che solo coraggiose iniziative *bipartisan* di una Commissione parlamentare stanno finalmente mettendo in mora» (Corleone e Pugiotto 2012, 255).

Parole di verità, quelle del Capo dello Stato. A una condizione, però: che la raccapricciante scoperta di cosa significhi essere ristretti in un OPG può concedersi come attenuante solo ad un'opinione pubblica (colpevolmente) distratta. Non anche agli organi di indirizzo politico, Governo *in primis*.

Quella realtà, infatti, era già stata denunciata dal Commissario per i diritti umani del Consiglio d'Europa dopo la sua visita in Italia dal 10 al 17 giugno 2005 (Gil-Robles 2005, §§ 100-122). Aveva trovato conferma 3 anni dopo, all'esito della visita in Italia compiuta tra il 14 e il 26 settembre 2008 dal Comitato per la prevenzione della tortura e delle pene o trattamenti disumani o degradanti del Consiglio d'Europa¹⁷. Ma prima ancora, già nel corso della XI Legislatura, al termine dell'indagine conoscitiva sulla situazione delle carceri condotta dalla Commissione Igiene e Sanità del Senato, veniva denunciata la particolare gravità e degenerazione delle condizioni degli OPG. Così come posso assicurare che una paziente ricerca condotta sugli atti ispettivi parlamentari con richiesta di risposta al Ministro competente, rivela quante volte – nella XVI legislatura – le condizioni da girone dantesco dei rei folli siano emerse, attraverso la denuncia di casi particolarmente eclatanti¹⁸. Dunque, da molto tempo, «chi doveva e voleva sapere, poteva» (Farina Coscioni 2011, 175).

5. APPARENZA E SOSTANZA NORMATIVA: LA LEGGE N. 9 DEL 2012

È in questo contesto di generale indignazione che vede la luce la recente l. 17 febbraio 2012, n. 9. Chiamate a convertire il c.d. decreto «svuota carceri», le Camere vi inseriscono un emendamento «svuota OPG» (art. 3-ter) così

¹⁶ Fonte: Osservatorio permanente sulle morti in carcere, in www.ristretti.it. Vengono in mente le parole di Franco Basaglia: «Dove non ci sono alternative, dove non c'è possibilità di scegliere e di responsabilizzarsi, l'unico futuro possibile è la morte, come rifiuto di una condizione di vita invivibile, come protesta al grado di oggettivazione in cui si è ridotti, come l'unica illusione possibile di libertà, come l'unico progetto possibile» (Pivetta 2012, 189).

¹⁷ Il relativo Rapporto è stato pubblicato in data 20 aprile 2010: cfr. www.cpt.coe.int/documents/ita/2010-12-inf-eng.htm.

¹⁸ È solo per ragioni di spazio che non posso riportare – neppure per esemplificazione – gli esiti della lettura che ho potuto compiere di 178 interrogazioni presentate – tra il 2008 e il 2012 – alla Camera e al Senato (ringrazio l'on. Maria Antonietta Farina Coscioni per avermi messo a disposizione la preziosa documentazione parlamentare).

rubricato: *Disposizioni giudiziarie*, in applicazi

Nel contesto dell' rivela un'emergenza e una specifica e cadentiva chiusura dei man ancora internati ben davvero l'inizio della

Preoccupa, innann essere socialmente pe la liberazione di ques *decorrere dal 31 marzo*, perata è «*senza indug*

Preoccupa poi, su tracciare il profilo de non regolamentare d della Giustizia e d' I criteri direttivi cui adeguatamente la di all'altrimenti obbliga ulteriormente la sua a definire i profili d violazione della riser di libertà personale.

Un decreto, peral alla scadenza legislat

¹⁹ Cfr. d.-l. 22 dicemb *determinata dal sovraffollan* citato d.P.C.M. 1 aprile 2008 e province autonome. Per u

²⁰ Ecco la tabella di r non regolamentare del Mi nologiche, organizzative, se misure di sicurezza perso dette misure di sicurezza ar le persone «che hanno cess e prese in carico sul territor e le province autonome so spesa pubblica, ad assumere reinserimento sociale degli stimata per l'attuazione di t e 60 nell'anno 2013) per la 3-ter, commi 6 e 7).

²¹ Decreto 1° ottobre *sidenziali destinate ad acc*

residente della Re-
dei residui ospedali
pena appena civile.
ve *bipartisan* di una
in mora» (Corleone

ondizione, però: che
etti in un OPG può
ica (colpevolmente)
erno *in primis*.

missario per i diritti
dal 10 al 17 giugno
ferma 3 anni dopo,
embre 2008 dal Co-
ttamenti disumani o
ià nel corso della XI
razione delle carceri
, veniva denunciata
ni degli OPG. Così
ta sugli atti ispettivi
ente, rivela quante
lantesco dei rei folli
nte eclatanti¹⁸. Dun-
za» (Farina Coscioni

IL 2012

de la luce la recente
eto «svuota carceri»,
PG» (art. 3-ter) così

tretti.it. Vengono in mente
possibilità di scegliere e di
ondizione di vita invivibile,
lusione possibile di libertà,

www.cpt.coe.int/documents/

esemplificazione – gli esiti
il 2008 e il 2012 – alla Ca-
rmi messo a disposizione la

rubricato: *Disposizioni per il definitivo superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari*, in applicazione delle norme già esistenti¹⁹.

Nel contesto della emergenza carceraria, dunque, quella degli OPG si rivela un'emergenza ancora più prepotentemente urgente, tanto da meritare una specifica e cadenzata *road map*²⁰ con una data prefissata per la definitiva chiusura dei manicomi giudiziari e la dimissione immediata dei soggetti ancora internati benché non più socialmente pericolosi: 31 marzo 2013. È davvero l'inizio della fine, per gli OPG? C'è da dubitarne.

Preoccupa, innanzitutto, il destino delle persone che hanno cessato di essere socialmente pericolose, ancora illegittimamente segregate in OPG. Per la liberazione di questi ergastolani nascosti è stabilito un termine iniziale («a decorrere dal 31 marzo 2013») e non anche un *dies ad quem*: l'espressione adoperata è «senza indugio», giuridicamente priva della necessaria tassatività.

Preoccupa poi, sul piano strettamente giuridico, che la fonte abilitata a tracciare il profilo delle nuove strutture residenziali sia un decreto di natura non regolamentare del Ministro della Salute, sia pure di concerto con quello della Giustizia e d'intesa con la Conferenza permanente Stato-regioni. I criteri direttivi cui ispirarsi (art. 3-ter, comma 3) non ne circoscrivono adeguatamente la discrezionalità. La scelta di una fonte atipica, sottratta all'altrimenti obbligatorio parere preventivo del Consiglio di Stato, accresce ulteriormente la sua libertà di manovra. Per la parte in cui esso è chiamato a definire i profili di sicurezza dei nuovi centri, si può anche temere una violazione della riserva assoluta di legge prevista in Costituzione in materia di libertà personale.

Un decreto, peraltro, intervenuto con grave ritardo – ben 7 mesi – rispetto alla scadenza legislativamente prefissata del 31 marzo 2012²¹. Analoga sorte

¹⁹ Cfr. d.l. 22 dicembre 2011, n. 211, *Interventi urgenti per il contrasto della tensione detentiva determinata dal sovraffollamento delle carceri*. Il riferimento alle norme esistenti è da intendersi al già citato d.P.C.M. 1 aprile 2008 e ai conseguenti accordi sanciti dalla Conferenza unificata Stato-regioni e province autonome. Per un primo commento cfr. Pellissero (2012) e Gatta (2013).

²⁰ Ecco la tabella di marcia legislativa: (1) entro il 31 marzo 2012, adozione di un atto di natura non regolamentare del Ministro della Salute, chiamato a definire le caratteristiche (strutturali, tecnologiche, organizzative, securitarie) dei nuovi centri destinati ad accogliere le persone sottoposte a misure di sicurezza personali detentive (art. 3-ter, comma 2); (2) a partire dal 31 marzo 2013, le suddette misure di sicurezza andranno applicate esclusivamente entro tali nuove strutture; nel contempo le persone «che hanno cessato di essere socialmente pericolose devono essere senza indugio dimesse e prese in carico sul territorio, dai dipartimenti di salute mentale» (art. 3-ter, comma 4); (3) le regioni e le province autonome sono autorizzate, anche in deroga alle disposizioni sul contenimento della spesa pubblica, ad assumere personale qualificato da utilizzare nei percorsi terapeutici, riabilitativi e di reinserimento sociale degli internati dimessi dagli OPG (art. 3-ter, comma 5); (4) la spesa complessiva stimata per l'attuazione di tale programma normativo è pari a 180 milioni di euro (120 nell'anno 2012 e 60 nell'anno 2013) per la copertura della quale si dispone apposito finanziamento pluriennale (art. 3-ter, commi 6 e 7).

²¹ Decreto 1° ottobre 2012, *Requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi delle strutture residenziali destinate ad accogliere le persone cui sono applicate le misure di sicurezza del ricovero*

è toccata al decreto sul riparto dei fondi disponibili per realizzare i nuovi centri²². E poiché il meccanismo di finanziamento previsto è subordinato alla presentazione – entro 60 giorni – di uno specifico programma regionale di utilizzo delle risorse che verranno assegnate, i fondi necessari per indire gli appalti saranno nella concreta disponibilità delle regioni solo dopo svariati mesi. E altri ce ne vorranno, quanto all'inizio dei lavori e alla consegna delle strutture ultimate, com'è dato di comune esperienza nel nostro paese. Ergo, nessuna regione sarà mai pronta alla scadenza legislativa.

I problemi non finiscono qui. In assenza delle nuove strutture, scaduto il termine di legge, dove saranno collocati gli internati ancora socialmente pericolosi, dunque non dimissionabili? Dove saranno avviati i nuovi destinatari della misura di sicurezza dell'internamento, che i giudici continuano a disporre anche dopo l'approvazione della l. n. 9 del 2012? È da escludersi che il loro comune destino possa essere dietro le sbarre di un istituto penitenziario²³. L'urgenza del problema sarà tale da favorire una proliferazione di offerta residenziale da parte del privato sociale o imprenditoriale, pronto ad inserirsi nell'inedito *business* alimentato obbligatoriamente dalla spesa pubblica: con tutti i rischi del caso.

Come si paventa in ambito parlamentare²⁴, la data del 31 marzo 2013 sarà, dunque, certamente prorogata²⁵.

in ospedale psichiatrico giudiziario e dell'assegnazione a casa di cura e custodia, G.U. 19 novembre 2012, n. 270.

²² Decreto 28 dicembre 2012, *Riparto del finanziamento di cui all'art. 3-ter, comma 6, d.l. 22 dicembre 2011, n.211, convertito, con modificazioni, dalla l. 12 febbraio 2012, n.9, per il superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari*, G.U. 7 febbraio 2013, n. 32.

²³ La lettera del 10 gennaio 2013, Prot. n. 000024/2013, a firma del Direttore Generale dei detenuti e del trattamento e del Capo del DAP, è categorica nell'esplicitare che «in carico a questa Amministrazione, e quindi ospitati in apposite sezioni realizzate presso gli Istituti penitenziari, rimarranno i soggetti che rivestono lo stato giuridico di detenuto in base al titolo privativo della libertà personale emesso da un'Autorità Giudiziaria diverso da quello della misura di sicurezza detentiva». Vedi, però, quanto denunciato in A.C., interrogazione a risposta scritta 4/18000 (Bernardini e altri) e interrogazioni a risposta in Commissione 5/08312 (Bernardini e altri) dove si chiede di sapere «quante persone, dopo l'entrata in vigore della l. n. 9 del 2012, sono state dimesse dagli OPG e rinchiuso dentro le carceri» (l'*iter* di tale atto ispettivo non si è concluso). Reparti detentivi per sofferenti psichici risultano predisposti nelle carceri di Rebibbia, Regina Coeli, Civitavecchia, Velletri, Vasto, Teramo, L'Aquila, Sulmona, Lanciano, Pescara, Santa Maria Capua Vetere, Pozzuoli e Salerno: cfr. Dell'Aquila (2012).

²⁴ Cfr. A.C., interrogazione a risposta in Commissione 5707081 (Bossa) e 5/08312 (Bernardini).

²⁵ Come volevasi dimostrare: mentre correggo le bozze di questo testo, apprendo – dal relativo comunicato stampa – che il Consiglio dei Ministri n. 73 del 21 marzo 2013 ha approvato, su proposta del Ministro della Salute, un decreto legge contenente interventi urgenti in materia sanitaria, che proroga al 1° aprile 2014 la chiusura degli OPG in attesa della realizzazione delle strutture sanitarie sostitutive. Nel decreto si sollecitano le regioni a prevedere interventi che comunque supportino l'adozione da parte dei magistrati di misure alternative all'internamento, potenziando i servizi di salute mentale sul territorio. Le regioni inadempienti saranno sostituite per i necessari interventi da un Commissario unico. Tale d.-l. 25 marzo 2013 n. 24, è ora pubblicato in G.U. 26 marzo 2013, n. 72.

6. L'AUTENTICA INTENZI GLI OPG

Resta il dato di fe
l'abolizione degli OP
L'obiettivo perseguito
triche territoriali, a rid
sempre cogestite con l
rio) e le cui regole d'i
pericolosità sociale.

Né si va a toccare
bianchi e sovraffollam
semplicemente riform

Si poteva introdurr
della pena e durata de
di sicurezza. Si potev
e misura di sicurezza
esclude – in tutto o in
fermo di mente, o il c
la detenzione, o il rec
mento in OPG, scon
contemplare anche il
di sicurezza e livello c
l'introduzione di ined
internamento in OPG

Sarebbe stato ne
mento della pericol
alcune opportune gar
nale – anche quella m
è certo avara di indi
pericolosità sociale c
tamento presuntivo);
a qualunque fatto di
totalmente incapaci d
come oggi accade, inc
procedere paralleli).

Nulla di tutto que
a monte. In questo cc
di custodia seguirà la
essendo l'internato cc
affatto scongiurato ne
fisica anche all'intern

per realizzare i nuovi
sto è subordinato alla
gramma regionale di
ecessari per indire gli
oni solo dopo svariati
e alla consegna delle
el nostro paese. Ergo,
/a.

ve strutture, scaduto il
ncora socialmente pe-
iati i nuovi destinatari
dici continuano a di-
È da escludersi che il
stituto penitenziario²³.
oliferazione di offerta
ale, pronto ad inserirsi
la spesa pubblica: con

del 31 marzo 2013 sarà,

custodia, G.U. 19 novembre

art. 3-ter, comma 6, d.l. 22 di-
2, n.9, per il superamento degli

del Direttore Generale dei
itare che «in carico a questa
esso gli Istituti penitenziari,
base al titolo privativo della
lo della misura di sicurezza
osta scritta 4/18000 (Bernar-
ardini e altri) dove si chiede
12, sono state dimesse dagli
concluso). Reparti detentivi
Regina Coeli, Civitavecchia,
faria Capua Vetere, Pozzuoli

ossa) e 5/08312 (Bernardini).
testo, apprendo – dal relativo
13 ha approvato, su proposta
in materia sanitaria, che pro-
delle strutture sanitarie sosti-
unque supportino l'adozione
do i servizi di salute mentale
interventi da un Commissario
2013, n. 72.

6. L'AUTENTICA INTENZIONE DEL LEGISLATORE: MIGLIORARE (E NON SUPERARE) GLI OPG

Resta il dato di fondo che rivela l'autentica finalità del legislatore: non l'abolizione degli OPG, ma un loro – sia pure profondo – miglioramento. L'obiettivo perseguito, infatti, è la moltiplicazione di nuove strutture psichiatriche territoriali, a ridotta capienza ed a differenti livelli di vigilanza, ma pur sempre cogestite con l'amministrazione penitenziaria (per l'aspetto securitario) e le cui regole d'ingresso restano quelle vigenti: la non imputabilità e la pericolosità sociale.

Né si va a toccare il meccanismo della proroga, responsabile di ergastoli bianchi e sovraffollamento: eppure si poteva fare qualcosa, anche in un'ottica semplicemente riformatrice (e non abolizionista).

Si poteva introdurre – ad esempio – il principio del *parallelismo* tra durata della pena e durata dell'internamento, al fine di evitare l'abuso della misura di sicurezza. Si poteva introdurre, altresì, il principio della *vicarietà* tra pena e misura di sicurezza personale detentiva, per cui l'applicazione dell'una esclude – in tutto o in parte – l'esecuzione dell'altra: oggi, invece, il semi-infermo di mente, o il condannato che manifesta un disagio psichico durante la detenzione, o il reo cui viene comminata la pena accessoria dell'internamento in OPG, sconta integralmente entrambe. Opportuno sarebbe stato contemplare anche il principio di *proporzionalità* tra tipologia della misura di sicurezza e livello di accertata pericolosità sociale, accompagnandolo con l'introduzione di inedite misure custodiali meno invasive e segreganti di un internamento in OPG (o come verranno ribattezzati domani).

Sarebbe stato necessario intervenire pure sui meccanismi di accertamento della pericolosità sociale, in modo da perimetrarne le modalità con alcune opportune garanzie giuridiche formali. La manualistica di diritto penale – anche quella massimamente prudente (Mantovani 2012, 670 ss.) – non è certo avara di indicazioni che potevano essere valorizzate: rubricare la pericolosità sociale come qualità *eventuale* del soggetto (contro ogni accertamento presuntivo); collegarla alla commissione di reati *specifici* (e non a qualunque fatto di reato, passato o futuro); circoscriverla ai soli soggetti *totalmente* incapaci di intendere e di volere (e non anche ai semi imputabili, come oggi accade, incrociando in tal modo due binari che invece dovrebbero procedere paralleli).

Nulla di tutto questo è stato fatto. Si è scelto di intervenire a valle, ma non a monte. In questo contesto è prevedibile che alla moltiplicazione dei luoghi di custodia seguirà la moltiplicazione dei provvedimenti di internamento. Ed essendo l'internato considerato *de jure* pericoloso per sé e per gli altri, non è affatto scongiurato neppure il pericolo di un (ab)uso dei mezzi di contenzione fisica anche all'interno delle nuove strutture territoriali.

Come già dopo la l. n. 180 del 1978, corriamo seriamente il rischio di una rinnovata eterogenesi dei fini con la l. n. 9 del 2012. Non solo la conservazione di un residuo manicomiale, non solo la sua atomizzazione sul territorio, ma addirittura la sopravvivenza della modalità di «cura» più inumana e degradante della malattia mentale, rappresentata dal letto di contenzione: un telaio in ferro, con rete rigida e non articolabile, munito (ma non sempre) di foro centrale per l'evacuazione intestinale, ancorato al suolo, tale da rendere impossibile l'assunzione di una posizione seduta o semi-seduta da parte del coercito, i cui arti ed il cui addome (o le spalle, qualora le cinghie siano fatte passare sotto le ascelle dell'internato) vengono tenuti pressoché immobili attraverso apposite fasce²⁶.

Oltre che non terapeutica, si tratta – come segnalato dalla Commissione parlamentare d'inchiesta – di una scorciatoia gestionale illegale. Chi la giustifica fa leva su un'interpretazione particolarmente rigorosa del c.d. stato di necessità (art. 54 c.p.). Eppure di tale scriminante non sembrano ricorrere gli estremi, perché «la pericolosità di una persona internata è per definizione prevedibile, e quindi “altrimenti evitabile” con un adeguato contesto clinico di tipo preventivo» (Commissione parlamentare 2011, 7). Se la misura di sicurezza presuppone la pericolosità sociale, non c'è spazio per legittimare simili forme di contenzione fisica: il presupposto di cui all'art. 202 c.p. sbarra la strada all'applicazione dell'art. 54 c.p.

Che qualcosa non funzioni nella trama della l. n. 9 del 2012 è testimoniato dall'approvazione alla Camera di un ordine del giorno, accolto dal Governo²⁷, mirante – per quanto possibile – a raddrizzare il legno storto della riforma. Del dispositivo di tale atto parlamentare segnalo, in particolare, due punti.

Il primo riguarda il fenomeno degli ergastoli bianchi: il Governo viene impegnato ad erogare a regioni e province autonome, in misura proporzionale al numero di internati presenti nel loro territorio, il finanziamento previsto per l'anno corrente allo scopo di favorire progetti terapeutici riabilitativi individualizzati a vantaggio degli attuali internati in OPG non più pericolosi, così rendendone possibile la loro effettiva presa in carico dai dipartimenti di salute mentale territoriali.

Il secondo punto è squisitamente normativo: si impegna il Governo «a valutare la possibilità di modificare gli articoli del codice penale e di procedura penale inerenti a imputabilità, pericolosità sociale e misure di sicurezza». Qui

²⁶ Sull'«uso inconfessato della coercizione» mediante letto di contenzione, all'interno degli OPG non meno che delle carceri, si vedano le analitiche, documentate, impressionanti pagine di Dell'Aquila (2009, 53-84). In generale, per una serrata analisi giuridica sui problemi (anche costituzionali) derivanti dall'uso della contenzione nelle emergenze psichiatriche, cfr. Massa (2013).

²⁷ ODG 9/4909/31, Motto e altri. Al rispetto degli impegni presi accogliendo tale atto di indirizzo il Governo è ripetutamente chiamato in sede ispettiva: cfr. A.C., interrogazioni a risposta scritta 4/15874 (Murer), 4/07829 (Bernardini e altri), 5/08312 (Bernardini e altri).

è il nocciolo del prob
la malattia mentale r
di legge, con quali p
2011, 141). Abbiamo
ancora [gli OPG]: pe
ancora» (Anzani 201

7. UN BIVIO COSTITU

La risposta a tal
diverse prospettive r
apparentemente ass
mento sanitario-limit
comma 4, Cost.) e q
2, 3 comma 1, 19, 21

Il principio di u
mani e degradanti. I
per la pena e le mis
assunto quale sogget

In questa prospe
strutturati, una capac
facendo fronte alla
non crudeli. Per rag
presupposti giuridici
codicistico del doppi

Diversa è l'altra
dignità umana ha u
impone la restituzior
tali riconosciuti a qu
cura, quel soggetto
propria condotta, res
negato a nessuno» (C

Qui ci si muove
sistema del doppio b
presupposti della per
andrà ad inserirsi il
per l'accertamento
alla difesa); il pronu
di pena se patteggia
dalla durata certa n
nefici penitenziari);
alla cura dei disturbi

ente il rischio di una
on solo la conserva-
azione sul territorio,
» più inumana e de-
di contenzione: un
(ma non sempre) di
uolo, tale da rendere
-seduta da parte del
le cinghie siano fatte
pressoché immobili

o dalla Commissione
e illegale. Chi la giu-
rosa del c.d. stato di
embrano ricorrere gli
ta è per definizione
uato contesto clinico
, 7). Se la misura di
pazio per legittimare
all'art. 202 c.p. sbarra

il 2012 è testimoniato
colto dal Governo²⁷,
storto della riforma.
ticolare, due punti.
chi: il Governo viene
misura proporzionale
anziamiento previsto
rapeutici riabilitativi
'G non più pericolosi,
co dai dipartimenti di

igna il Governo «a va-
penale e di procedura
ure di sicurezza». Qui

zione, all'interno degli OPG
ionanti pagine di Dell'Aquila
inche costituzionali) derivan-
013).

ogliendo tale atto di indiriz-
erogazioni a risposta scritta
).

è il nocciolo del problema. Infatti, una volta chiusi gli OPG, «dal momento che la malattia mentale non si può cancellare con un tratto di penna o un articolo di legge, con quali politiche e strutture si sostituiscono?» (Farina Coscioni 2011, 141). Abbiamo davanti un paradossale dilemma: «è da pazzi, che ci siano ancora [gli OPG]; perciò tutti fuori. Per andare dove? È da pazzi non saperlo ancora» (Anzani 2013).

7. UN BIVIO COSTITUZIONALE

La risposta a tale interrogativo può essere ricercata muovendo da due diverse prospettive riconducibili, sul piano costituzionale, a due principi solo apparentemente assimilabili: quello di *umanizzazione* del binomio trattamento sanitario-limitazione della libertà personale (*ex artt. 32, comma 2, e 13, comma 4, Cost.*) e quello della *dignità umana* del soggetto internato (*ex artt. 2, 3 comma 1, 19, 21 Cost.*).

Il principio di umanizzazione si traduce nel divieto di trattamenti disumani e degradanti. Divieto che vale anche per le misure di sicurezza (come per la pena e le misure cautelari processuali) a garanzia del malato di mente assunto quale soggetto in sé pericoloso e, dunque, da obbligare alla cura.

In questa prospettiva, il problema è di restituire agli OPG, debitamente ristrutturati, una capacità terapeutica e riabilitativa dell'incapace, nel contempo facendo fronte alla sua pericolosità sociale attraverso modalità custodiali non crudeli. Per raggiungere tali obiettivi, non è certo necessario abrogare i presupposti giuridici dell'internamento, né mettere in discussione il sistema codicistico del doppio binario.

Diversa è l'altra prospettiva costituzionale possibile. Il rispetto della dignità umana ha una pregnanza maggiore del principio di umanizzazione: impone la restituzione al soggetto internato in OPG di tutti i diritti fondamentali riconosciuti a qualunque altra persona detenuta. Per quanto bisognoso di cura, quel soggetto va dunque riconosciuto come responsabile di sé e della propria condotta, restituendogli così «quel tanto di umano che non può essere negato a nessuno» (Corleone 2012b).

Qui ci si muove in una prospettiva abolizionista, che mira a superare il sistema del doppio binario, le misure di sicurezza detentive personali, i relativi presupposti della pericolosità sociale e della non imputabilità. Il circuito in cui andrà ad inserirsi il malato di mente sarà quello consueto: il processo penale per l'accertamento della sua responsabilità (nel pieno esercizio del diritto alla difesa); il pronunciamento di una condanna (con l'accesso alle riduzioni di pena se patteggiata o in presenza di attenuanti), l'esecuzione di una pena dalla durata certa nel massimo (con la possibilità di godere dei relativi benefici penitenziari); la detenzione in un carcere (munito di strutture idonee alla cura dei disturbi psichici dei detenuti, come impone il trasferimento della

sanità penitenziaria al Servizio Sanitario Nazionale) ovvero, nell'ipotesi d'incompatibilità con il regime carcerario, la sottoposizione a misure curative e custodiali alternative alla detenzione intramuraria.

È chiaro qual è la strada intrapresa con la l. n. 9 del 2012: «non dignità, ma almeno decenza»²⁸ all'interno di una struttura, l'OPG, che continua ad essere il perno del regime giuridico per il soggetto incapace e pericoloso. La stessa Commissione d'inchiesta, per ragioni di competenza, non si spinge oltre. Riconosce, tuttavia, che «rimane sullo sfondo la prospettiva di addivenire ad un ripensamento complessivo dell'istituto della non imputabilità e di tutti i suoi perniciosi corollari», ripensamento complessivo indicato addirittura quale «approdo necessario» (Commissione parlamentare 2011, 8 e 10).

Prospettare una soluzione abolizionista non significa, dunque, gettare con generosità (ma irrealisticamente) il cuore oltre l'ostacolo. Non si tratta infatti di negare l'esistenza della malattia mentale, semmai di avere la consapevolezza che l'assenza di diritti la rende spesso più grave: perché chi non ha diritti, non è.

D'altra parte, già sul piano terapeutico si può affermare che la misura dell'internamento in OPG non solo è incapace di fornire livelli essenziali in termini di cura e custodia, ma esprime oramai una visione obsoleta della malattia mentale e del sapere psichiatrico: non si spiegherebbe altrimenti il superamento della contenzione fisica e della reclusione manicomiale, quale percorso terapeutico e riabilitativo, affermato per legge già nel 1978 per tutti i comuni malati di mente. È, questa, una contraddizione ordinamentale che la diffusione territoriale di nuove strutture custodiali e di cura non risolve. Anzi. La presentazione a livello regionale di progetti per strutture di grandi dimensioni (grazie al programmato accorpamento di più centri a 20 posti previsti dal decreto ministeriale 1° ottobre 2012) e l'opzione prioritaria di Governo e regioni per nuove strutture speciali (a scapito della risposta, considerata residuale, della presa in carico dell'incapace da parte dei distretti di salute mentale) giustifica la denuncia secondo la quale «chiudono gli OPG e riaprono i manicomi»²⁹.

Sul piano giuridico, si tratta allora di essere conseguenti, «restituendo al generale ordinamento penale le persone con disturbo mentale. Di fronte alla giustizia non deve più esistere il "folle reo", ma solo un reo che, se infermo di mente, incontrerà misure alternative in sede di esecuzione della pena» (Rottelli 2012, 3-4).

²⁸ L'espressione è presa a prestito da Dell'Aquila (2013).

²⁹ Cfr. *Report dell'incontro straordinario del Comitato Nazionale e dei Comitati Regionali di stopOPG* (Roma, 5 marzo 2013). Il rischio è denunciato anche in ambito parlamentare: cfr. A.C., interrogazioni a risposta scritta 4/15874 (Murer), 4/15978 (Murer), 5/08306 (Bernardini e altri).

8. OPporre IL POSS

Se dunque a prev per questo rinunciare mente – e sottolineo: capace pericoloso è c

8.1. *Previste (ma sistema a doppio bi obbligata: la previsio sicurezza se non nei c il rispetto della riserv* previsione è dunque

Semmai, alla luc dell'art. 117, comma i giurisprudenziale viv seriamente rimessa i giurisprudenziale del il quale tutte le misu loro qualifica formal sanzione penale in s Corte costituzionale sura di prevenzione i del parametro interp da non sottovalutare strutturali.

8.2. *Binari che s nario s'impone anche renze tra sanzione pe*

La oramai ricon «da quando nasce, n creto si estingue»³¹, h misura di sicurezza d del soggetto ristretto.

La possibilità³² cl nicamente e senza sc

³⁰ Annotata da Travi (

³¹ Sent. n. 313/1990, de 2013, 9-11).

³² Già segnalata, *supr*,

ero, nell'ipotesi d'in-
: a misure curative e

l 2012: «non dignità,
PG, che continua ad
pace e pericoloso. La
tenza, non si spinge
prospettiva di addi-
:lla non imputabilità
omplessivo indicato
parlamentare 2011,

ica, dunque, gettare
stacolo. Non si tratta
ai di avere la consa-
ve: perché chi non ha

rmare che la misura
nire livelli essenziali
isione obsoleta della
herebbe altrimenti il
> manicomiale, quale
già nel 1978 per tutti
e ordinamentale che
> di cura non risolve.
er strutture di grandi
più centri a 20 posti
opzione prioritaria di
o della risposta, con-
i parte dei distretti di
«chiudono gli OPG e

uenti, «restituendo al
mentale. Di fronte alla
reo che, se infermo di
one della pena» (Ro-

e dei Comitati Regionali di
) parlamentare: cfr. A.C., in-
(Bernardini e altri).

8. OPPORRE IL POSSIBILE AL PROBABILE

Se dunque a prevalere sembra essere la soluzione umanitaria, non si deve per questo rinunciare ad opporre al probabile il possibile, dato che giuridicamente – e sottolineo: giuridicamente – l'altra via della risarcita dignità dell'incapace pericoloso è certamente praticabile.

8.1. *Previste (ma non imposte) costituzionalmente.* Lo è perché l'attuale sistema a doppio binario non rappresenta una scelta costituzionalmente obbligata: la previsione per cui «nessuno può essere sottoposto a misure di sicurezza se non nei casi previsti dalla legge» (art. 25, comma 3, Cost.) impone il rispetto della riserva di legge *qualora esistano* le misure di sicurezza, la cui previsione è dunque rimessa ad una opzione di politica criminale.

Semmai, alla luce di una legalità costituzionale che – con la riforma dell'art. 117, comma 1, Cost. – include ora anche la CEDU nel suo significato giurisprudenziale vivente, la scelta codicistica del doppio binario andrebbe seriamente rimessa in discussione: essa, infatti, contrasta con l'orientamento giurisprudenziale della Corte di Strasburgo, che afferma il principio secondo il quale tutte le misure di carattere punitivo-afflittivo (a prescindere dalla loro qualifica formale) devono essere soggette alla medesima disciplina della sanzione penale in senso stretto. Proprio in ragione di ciò, recentemente, la Corte costituzionale italiana – con sent. n. 196/2010³⁰ – ha annullato una misura di prevenzione introdotta dal nuovo codice della strada, per violazione del parametro interposto rappresentato dall'art. 7 CEDU. È un precedente da non sottovalutare, perché sono sempre le crepe a preannunciare i crolli strutturali.

8.2. *Binari che si incrociano.* Un superamento del sistema a doppio binario s'impone anche per il progressivo affievolimento delle originarie differenze tra sanzione penale e misura di sicurezza.

La oramai riconosciuta prioritaria funzione risocializzatrice della pena, «da quando nasce, nell'astratta previsione normativa, fino a quando in concreto si estingue»³¹, ha cancellato la distanza teleologica che la separava dalla misura di sicurezza detentiva personale, nata già con una finalità di recupero del soggetto ristretto.

La possibilità³² che una stessa persona possa essere sottoposta – diacronicamente e senza soluzione di continuità – ad una pena detentiva e ad una

³⁰ Annotata da Travi (2010).

³¹ Sent. n. 313/1990, decisiva nella conformazione del disegno costituzionale della pena (Pugiotto 2013, 9-11).

³² Già segnalata, *supra*, § 5.

ma a doppio binario
ica. È un'assenza di
cca alla base una sua

sicurezza si sovrappo-
già visto: un soggetto
Eppure la diversità
di legittimità della
nalistica della pena»
G rivela tutta la sua

ciano di continuo. E
ente fuori controllo»

la scelta del codice
er l'allentamento dei
isure di sicurezza: la

denza costituzionale,
a di proroghe dell'in-

meno malferma. Essa
ito della commissione
no se il reo è affetto
mente. Uno sguardo
nali di una accezione
i disturbi della perso-
consistenti, intensi, di
capacità di intendere
estensiva, residuano

3) estende tendenzialmente
pena detentiva.

una colonia agricola o a una
er un quadro realistico, sono
lla casa di lavoro di Sulmona,
zione a risposta in Commis-
otta presso la casa di lavoro

It., 2005, II, 425, annotata da
gora Betsos (2005) e Miller

solamente le anomalie del carattere e gli stati emotivi e passionali che non rivestano altrettanta incisività sulle capacità di autodeterminarsi del soggetto agente. Passando dalla giurisprudenza alla prassi psichiatrica, le sabbie su cui ci muoviamo si confermano mobili, se è vero che di infermità mentale si parla – nella manualistica diagnostica ufficiale – per indicare «un modello di esperienza interiore e di comportamento che devia marcatamente rispetto alle aspettative della cultura dell'individuo» (Balbi 2010, 242).

Stando così le cose, appare operazione davvero rischiosa edificare su fondamenta così incerte l'intero edificio delle misure di sicurezza. Specialmente nella forma dell'internamento in OPG: le teorie freudiane hanno eroso i paradigmi organicistici di un tempo e gli indirizzi più recenti della psichiatria riconoscono nell'infermità psichica uno stato patologico transitorio, mutevole nelle sue forme, variabile nel corso del tempo quanto ad intensità, tale da non spegnere completamente la capacità della persona di avere coscienza di sé e della propria condotta. L'incapacità totale di intendere e di volere, dunque, pare configurarsi come evento del tutto eccezionale.

8.4. *Il lancio di dadi della perizia psichiatrica.* Alla luce di ciò, si capisce la decisività della perizia psichiatrica, cui l'autorità giudiziaria ricorre per l'accertamento della imputabilità del reo e all'esito della quale spesso pigramente si adegua, dimentico del suo ruolo di *peritus peritorum*. Viene in mente la dichiarazione di Davide, pluriomicida, durante una partita a carte: «Sono un pazzo criminale. Se più pazzo o più criminale non lo so neanche io, figurarsi gli altri»³⁷. Dietro l'apparenza di accertamento tecnico, essa si rivela un'incognita: eppure, dalla sua incerta soluzione, può prendere avvio un viaggio all'inferno, spesso senza ritorno, in un OPG.

Si registra già qui, in entrata, l'assenza di un adeguato quadro di garanzie formali per colui che sarà riconosciuto incapace (e pericoloso socialmente): prima ancora della mancanza di quelle derivanti dal principio di legalità delle pene (che *non* opera integralmente per le misure di sicurezza, in ragione della differente formulazione dei commi 2 e 3 dell'art. 25 Cost.), anche il principio della tutela giurisdizionale risulta, se non assente, certamente affievolito tutte le volte che il giudice assolve il proprio compito limitandosi ad accertare che i risultati delle perizie appaiono immuni da vizi tecnici e logici³⁸. Così operando, la giurisdizionalizzazione del processo di sicurezza si riduce al passaggio del testimone dal legislatore (e le sue originarie presunzioni legali) allo psichiatra

³⁷ La citazione compare nell'epigrafe di una tesi di laurea in Sociologia del diritto (M. Miravalle, *La riforma della sanità penitenziaria: il caso degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari. Esigenze etiche e giuridiche dell'Oltre*), pubblicata in www.stopopg.it. Per un'analisi marcatamente critica, perizie psichiatriche alla mano, dei relativi enunciati narrativi cfr. Verde *et al.* (2006). Sul rapporto tra imputabilità del soggetto e responsabilità dello psichiatra cfr. Venturini *et al.* (2010).

³⁸ Così, in termini, la sent. n. 228/1999 della Corte costituzionale.

(e le sue attuali presunzioni mediche, magari diverse da scuola a scuola) con un giudice spettatore a vocazione pilatesca³⁹.

Anche in ragione di ciò, si rivela giuridicamente ragionevole l'appello solo in apparenza radicale: «l'unica strada per affrontare la questione alla radice è abolire la norma giuridica che sancisce la non imputabilità per vizio di mente e, quindi, l'invio all'OPG o al circuito parallelo della carcerazione psichiatrica che non ha pena certa e non riconosce alcun diritto al proscioltto se non l'obbligo alla cura. Finché le persone non saranno giudicate per le loro azioni, si potranno difendere e potranno essere assolte o condannate ad una pena certa, l'orrore manicomiale non si interromperà e tutto continuerà nel pieno arbitrio»⁴⁰.

9. COME SUPERARE GLI OPG? LA VIA (MAESTRA) LEGISLATIVA

La via maestra per un mutamento ordinamentale «radicalmente ragionevole» dovrebbe passare, naturalmente, per una decisione delle Aule parlamentari.

Non si partirebbe da zero. Risale, infatti, addirittura alla IX Legislatura il primo disegno di legge (A.S. n. 177, Vinci Grossi), poi ripreso in quelle successive sempre su iniziativa di Franco Corleone (da ultimo, nella XIII Legislatura, A.C. n. 151), tutti egualmente orientati all'abrogazione e/o sostituzione delle norme sostanziali e procedurali in materia di imputabilità e favorevoli al trattamento penitenziario del malato di mente autore di reato (Corleone 2012a).

L'inadeguatezza psichiatrica della categoria della non imputabilità per infermità mentale e la mancanza di un contenuto scientifico proprio della pericolosità sociale del reo sofferente di disturbi psichici, unite all'evoluzione legislativa e alla messa a valore degli interventi della giurisprudenza costituzionale: ora come allora, questa è la piattaforma per arrivare, finalmente, a riconoscere al malato di mente il diritto al giudizio e, se colpevole, all'espiazione di una pena rispettosa della sua dignità, certa e temporalmente determinata, così cancellando lo stigma che vuole il «folle» sempre incapace e irresponsabile. Una pena che oggi più di ieri – grazie alla riforma dell'ordinamento penitenziario del 1986 – tende (come costituzionalmente *deve*) alla risocializzazione del reo. Una pena da scontarsi non necessariamente dietro le sbarre (peraltro all'interno di sezioni apposite, ridotte nel numero dei ristretti, coerentemente con le prescrizioni della riformata sanità peniten-

³⁹ Che «il giudice, in materia, abbia una competenza, se non "riservata", almeno *residualmente* "necessitata", poiché solo con flagrante violazione della Costituzione essa potrebbe essere esercitata da altri organi che non siano del potere giudiziario», è quanto già avvisava un'attenta e autorevole dottrina decine di anni fa (Pace 1966, 196).

⁴⁰ Comitato Iniziativa Antipsichiatria e Associazione Penelope (agosto 2012), in www.ristretti.it.

ziaria), potendosi ind
alternativi (in presen
del tratto di specialità
generazione.

Del cammino par
sempre segnato il pa
gnali favorevoli ad ur

Segnali di partico
vengono dal Giudice
tegoria della pericol
del giudice di optare
detentiva, capaci egua
e a far fronte alla sua
Il riconosciuto dritto
per difetto di imputa
zione dei «rilevantiss
(sent. n. 274/2009)⁴².
tra gli altri, del dritto
non luogo a procede
cendo cadere il poter
in OPG (sent. n. 41/1'

Segnali altrettan
gislativo. Ad esempi
Il riferimento è all
restrittivi nei confro
ricovero provvisorio
psichiatrico ospedal
l'art. 73 c.p.p.).

Più recentemer
indicazioni e modali
cittadino detenuto, a
del diritto alla salute
sanitario nazionale è
alternativi) anche a f

⁴¹ Sulle quali vedi, ris
dugno (2009) e Rescigno (2

⁴² Annotata da Spang

⁴³ Annotata da Tessa

scuola a scuola) con

ragionevole l'appello
are la questione alla
imputabilità per vizio
lo della carcerazione
n diritto al prosciolto
o giudicate per le loro
o condannate ad una
: tutto continuerà nel

IVA

le «radicalmente ra-
decisione delle Aule

a alla IX Legislatura
poi ripreso in quelle
la ultimo, nella XIII
l'abrogazione e/o so-
eria di imputabilità e
ente autore di reato

non imputabilità per
ntifico proprio della
hici, unite all'evolu-
della giurisprudenza
a per arrivare, final-
idizio e, se colpevole,
orta e temporalmente
lle» sempre incapace
: alla riforma dell'or-
tuzionalmente *deve*)
non necessariamente
, ridotte nel numero
rmata sanità peniten-

ata", almeno *residualmente*
a potrebbe essere esercitata
ava un'attenta e autorevole

to 2012), in www.ristretti.it.

ziaria), potendosi individuare modalità esecutive penali o luoghi terapeutici alternativi (in presenza di un'incompatibilità con la detenzione), privi però del tratto di specialità che hanno sempre avuto gli OPG, di vecchia e di nuova generazione.

Del cammino parlamentare di simili progetti di legge è inutile dire: hanno sempre segnato il passo. Eppure, a saperli cogliere, ci sono sopravvenuti segnali favorevoli ad un giustificato recupero di quelle proposte.

Segnali di particolare pregio, perché costituzionalmente orientati, provengono dal Giudice delle leggi: la già ricordata relativizzazione della categoria della pericolosità sociale (sentt. nn. 132/1982 e 249/1983). La facoltà del giudice di optare per soluzioni meno drastiche di una misura di sicurezza detentiva, capaci egualmente di assicurare adeguate cure all'infermo di mente e a far fronte alla sua pericolosità (sentt. nn. 253/2003, 367/2004, 208/2009)⁴¹. Il riconosciuto diritto ad interporre appello contro le sentenze di assoluzione per difetto di imputabilità, derivante da vizio totale di mente, proprio in ragione dei «rilevantissimi pregiudizi di ordine giuridico» da esse conseguenti (sent. n. 274/2009)⁴². Già in precedenza la Corte aveva accertato una lesione, tra gli altri, del diritto alla difesa nella possibilità di pronunciare sentenze di non luogo a procedere per evidente difetto di imputabilità: in tal modo facendo cadere il potere corrispondente di applicare in via definitiva il ricovero in OPG (sent. n. 41/1993)⁴³.

Segnali altrettanto importanti si possono cogliere anche a livello legislativo. Ad esempio, nell'intervenuta riforma del codice di rito penale. Il riferimento è alla disciplina dell'adozione di provvedimenti cautelari restrittivi nei confronti di persone inferme di mente, laddove si prevede il ricovero provvisorio non già in OPG, ma in «idonea struttura del servizio psichiatrico ospedaliero» (art. 286, comma 1, c.p.p.; in materia vedi anche l'art. 73 c.p.p.).

Più recentemente, il riordino della medicina penitenziaria contiene indicazioni e modalità operative, oltre che norme a garanzia della cura del cittadino detenuto, al dichiarato scopo di evitare livelli differenziati di tutela del diritto alla salute tra il soggetto ristretto ed il soggetto in libertà. Il sistema sanitario nazionale è così chiamato ad operare dentro le carceri (o in luoghi alternativi) anche a favore del detenuto malato di mente.

⁴¹ Sulle quali vedi, rispettivamente, le annotazioni di Famiglietti (2003), della Casa (2004), Modugno (2009) e Rescigno (2009).

⁴² Annotata da Spangher (2009) e Ceresa-Gastaldo (2009).

⁴³ Annotata da Tessa (1993).

10. LA VIA (PRATICABILE) DEL GIUDICATO COSTITUZIONALE

La violazione della legalità costituzionale, tuttavia, non può attendere i tempi biblici delle assemblee parlamentari, specialmente quando il quadro complessivo si mostra così degradante ed inumano come gli attuali OPG e le vite degli altri segregate al loro interno. Un'accelerazione nel senso qui auspicato potrebbe venire dalla Corte costituzionale.

Finora le questioni di legittimità prospettate alla Consulta sono sempre state confezionate in termini additivi: il più delle volte sbarrate da dichiarazioni di inammissibilità per rispetto della discrezionalità legislativa⁴⁴; solo raramente capaci di introdurre dispositivi manipolativi⁴⁵.

In compenso, ripetuti sono stati i moniti rivolti al Parlamento circa la necessità di un superamento complessivo della misura di sicurezza manicomiale detentiva (e delle assimilabili case di cura e custodia: sentt. nn. 249/1983 e 208/2009). La Corte ha parlato di «non soddisfacente trattamento riservato alla infermità psichica grave, sopravvenuta, specie quando è incompatibile con l'unico tipo di struttura custodiale oggi prevista», invitando il legislatore a «trovare una equilibrata soluzione» tra le esigenze di prevenzione e la garanzia della cura della salute mentale (sent. n. 111/1996). Ha espressamente convenuto che «la intera disciplina potrebbe meritare una attenta revisione» sul piano «della legislazione penale (nella specie, di diritto penale sostanziale)», e ciò «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 istituto in relazione ai mutamenti (legislativi) introdotti» per il trattamento dei soggetti totalmente infermi di mente (sent. n. 228/1999). Manifestamente scettico e (costituzionalmente) infastidito è il monito più recente al 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» (sent. n. 253/2003).

In almeno un caso la Corte è addirittura passata dalle parole ai fatti, senza farsi irretire dall'*horror vacui* legislativo: quando ha dichiarato l'incostituzionalità delle norme che prevedevano l'applicabilità ai minori della misura di sicurezza del ricovero in ospedale psichiatrico giudiziario (sent. n. 324/1998)⁴⁶. La tecnica decisoria adoperata, in quel caso, è stata infatti la pura e semplice caducazione delle disposizioni denunciate, pronunciata senza esitazione alcuna: «spetterà al legislatore colmare con previsioni adeguate, anche in ordine all'apprestamento delle conseguenti misure organizzative e strutturali, il vuoto normativo che si viene a creare».

⁴⁴ Cfr. le decisioni nn. 24/1985, 333/1994, 111/1996, 88/2001, 254/2005.

⁴⁵ Perché a rima obbligata: cfr. le già citate sentt. nn. 253/2003 e 367/2004.

⁴⁶ Ampiamente commentata in dottrina: *ex plurimis*, Nunziata (1998), Tricomi (1998), Pittaro (2000).

È dunque una *st quaestio* mirante al suo detentiva in OPG. I piasì giudice penale o redigere l'inventario:

10.1. *Anacronism* manicomiale, un vizi più si allunga la dista del Servizio Sanitaric ria.

10.2. *Un preziosc* cordato, della cancell di sicurezza del ricove Corte a sostegno del zione espansiva, giac sent. n. 253/2003) «la atti costituenti oggett forza appunto della si persona bisognosa di

Dunque, la sente: importante anche nel

10.3. *Disequilibri* disequilibrio tra le d muoversi le misure di capace da un lato, cor infatti, «intanto si giu nalista (art. 2 Cost.), queste finalità, colleg proposito la sent. n. 1 forme a Costituzione con sostanziale sacrif

10.4. *Effettività n* infermo di mente risj neutralizzatrice della sua irriducibile digni vigente e dai suoi cor

Non si tratta di s e non più su *norme*:

non può attendere i te quando il quadro e gli attuali OPG e le e nel senso qui auspi-

onsulta sono sempre e sbarrate da dichia- lità legislativa⁴⁴; solo

irlamento circa la ne- icurezza manicomiale sentt. nn. 249/1983 e trattamento riservato o è incompatibile con lo il legislatore a «tro- one e la garanzia della mente convenuto che ione» sul piano «della iziale»), e ciò «sia alla 'ospedale psichiatrico all'adeguatezza di tale per il trattamento dei Manifestamente scet- ente al legislatore, «la i risalenti nel tempo e quisizioni scientifiche, 253/2003).

le parole ai fatti, senza chiarato l'incostituzio- ninori della misura di io (sent. n. 324/1998)⁴⁶. atti la pura e semplice iata senza esitazione adeguate, anche in or- izzative e strutturali, il

È dunque una strada che vale la pena di essere tentata, quella di una *quaestio* mirante al superamento del sistema attuale della misura di sicurezza detentiva in OPG. I profili di incostituzionalità sono sotto gli occhi di un qualsiasi giudice penale o di sorveglianza che non ami il quieto vivere. Se ne può redigere l'inventario:

10.1. *Anacronismo legislativo.* C'è innanzitutto, nella misura di sicurezza manicomiale, un vizio di anacronismo legislativo, tanto più evidente quanto più si allunga la distanza temporale dalla legge n. 180 del 1978, dalla riforma del Servizio Sanitario Nazionale e dal superamento della sanità penitenziaria.

10.2. *Un prezioso precedente.* Andrà valorizzato il precedente, sopra ricordato, della cancellazione per via di giudicato costituzionale della misura di sicurezza del ricovero in OPG per il minore. Gli argomenti sviluppati dalla Corte a sostegno dell'accoglimento di quella *quaestio* mostrano una vocazione espansiva, giacché (come espressamente riconosciuto nella successiva sent. n. 253/2003) «la situazione dell'infermo di mente che abbia compiuto atti costituenti oggettivamente reato, ma non sia responsabile penalmente in forza appunto della sua infermità, è *per molti versi assimilabile* a quella di una persona bisognosa di specifica protezione come il minore».

Dunque, la sentenza n. 324/1998, rappresenta un termine di riferimento importante anche nel merito, non solo per la tecnica decisoria prescelta.

10.3. *Disequilibrio teleologico.* Andrà denunciata anche la situazione di disequilibrio tra le due polarità, entro le quali devono costituzionalmente muoversi le misure di sicurezza nei confronti dei rei folli: cura e tutela dell'incapace da un lato, contenimento della sua pericolosità sociale dall'altro. Esse, infatti, «intanto si giustificano, in un ordinamento ispirato al principio personalista (art. 2 Cost.), in quanto rispondano *contemporaneamente a entrambe queste finalità, collegate e non scindibili*» (sent. n. 253/2003, che richiama, in proposito la sent. n. 139/1982). Ne consegue che non potrebbe ritenersi conforme a Costituzione un sistema che rispondesse ad una sola di queste finalità, con sostanziale sacrificio dell'altra. Come oggi accade.

10.4. *Effettività normativa.* Che l'attuale regime giuridico applicato al reo infermo di mente risponda esclusivamente ad una esigenza di difesa sociale neutralizzatrice della persona, dei suoi diritti basici alla vita e alla salute, della sua irriducibile dignità, è quanto emerge dall'applicazione della normativa vigente e dai suoi concreti effetti.

Non si tratta di spingere la Corte costituzionale ad un sindacato su *fatti* e non più su *norme*: semmai di sollecitarla a giudizi coerenti con le proprie

15.

7/2004.

998), Tricomi (1998), Pittaro

affermazioni di principio. Sulla rilevanza, in questa materia, di un diritto vivente di matrice sociologica⁴⁷ va, infatti, segnalato il mutamento dei suoi orientamenti giurisprudenziali: da un iniziale svalutazione (*ex plurimis*, sent. n. 139/1982) all'affermazione perentoria a tenore della quale «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» (sent. n. 253/2003).

10.5. *Attivismo giurisprudenziale.* Il precipitato di simili fondate censure potrà essere una declaratoria d'incostituzionalità, senza che – ad impedirla – possa scattare l'alibi processuale della discrezionalità legislativa altrimenti menomata. Per un verso, l'inerzia prolungata del legislatore non può fare resistenza ad una declaratoria di illegittimità necessaria a rimuovere le cause normative di una realtà, che non si configura solo come un «problema umano e sociale» (sent. n. 139/1982) ma come una grave, reiterata, sistematica violazione della legalità costituzionale. Per altro verso, il vuoto legislativo conseguente, in attesa di una riscrittura del sistema normativo, verrebbe colmato a diritto vigente ricorrendo alla cura e alla custodia in carcere (se compatibile con la malattia mentale) o a misure alternative (imposte dalle esigenze di cura del malato di mente).

Va infine rammentato quanto la Corte costituzionale, nell'ambito delle misure di sicurezza detentive personali, abbia sempre manifestato un apprezzabile attivismo. Sono cadute, attraverso i suoi giudicati, presunzioni legali in passato sottratte al libero apprezzamento del giudice: prima tra tutte, quella circa la durata minima della misura di sicurezza, pure in relazione all'esito del giudizio di comparazione tra attenuanti e aggravanti⁴⁸. Anche l'automatismo del ricovero in OPG è venuto meno, se il giudice ritiene più consona la meno invasiva misura della libertà vigilata⁴⁹. Addirittura, come abbiamo visto, è stata dichiarata illegittima l'applicazione ai minori della misura di sicurezza del ricovero in OPG⁵⁰. È un attivismo che ha portato i giudici costituzionali

⁴⁷ Su tale accezione – non assimilabile al concetto propriamente giuridico di diritto vivente quale fatto storico della prevalente applicazione giurisprudenziale (Pugiotto 2004) – vedi, per tutti, Zagrebelsky (1986, 1159-1164).

⁴⁸ Il riferimento è, rispettivamente, alle sentt. nn. 110/1974 e 233/1984.

⁴⁹ Cfr. sentt. nn. 253/2003 e 367/2004, nonché, con riferimento al ricovero in una casa di cura e custodia, sent. n. 208/2009 (vedi, *supra*, nota 41) e, con riferimento al ricovero del minore in riformatorio giudiziario, sent. n. 1/1971 (Vassalli 1971).

⁵⁰ Sent. n. 324/1998.

ad esplorare fino in fondo la non consueta

La giurisprudenza vuole, si può fare. E si

11. IMPARARE DAGLI ALTRI

Quale sarà la via è il medesimo. Lo si fonda, è quanto emerge nonostante la perizia prevalsa tra i giudici e capace d'intendere e quindi condannabile più civilmente che da

Sul piano culturale, forti di alcuni filoni addirittura il libero arbitrio organicista e meccanico con un osceno residuo un'autentica lezione dal rischio di nuove in

BIBLIOGRAFIA

- Amato, G. (2005), *Un'eccezione causa ed effetto*, in Anzani, G. (2013), *La custodia alternativa*, in Avve Balbi, G. (2010), *Consigli* Chieffi, L. e Giusti *ricerca di un bilancio* Bertolino, M. (2005), *L'ergastolo*, pp. 853 ss.
Bianco, C. e Dell'Aquila *diziani e le prospettive*

⁵¹ Cfr. l'ord. n. 378/1995 n. 205/1993.

⁵² Prendendo a prestito le citazioni finali riprodotte

⁵³ Per un'interessante

materia, di un diritto
il mutamento dei suoi
one (*ex plurimis*, sent.
i quale «le esigenze di
e misure tali da recare
..); e pertanto, ove in
psichiatrico giudiziario
no alla salute psichica
i nemmeno in nome di

simili fondate censure
enza che – ad impe-
onalità legislativa altri-
el legislatore non può
essaria a rimuovere le
lo come un «problema
e, reiterata, sistematica
il vuoto legislativo con-
tativo, verrebbe colmato
carcere (se compatibile
e dalle esigenze di cura

nale, nell'ambito delle
manifestato un apprezz-
ti, presunzioni legali in
: prima tra tutte, quella
n relazione all'esito del
3. Anche l'automatismo
ne più consona la meno
come abbiamo visto, è
ella misura di sicurezza
i giudici costituzionali

nte giuridico di diritto vivente
'ugiotto 2004) – vedi, per tutti,

1984.

il ricovero in una casa di cura e
ricovero del minore in riforma-

ad esplorare fino in fondo tutte le risorse processuali a loro disposizione, compresa la non consueta autorimessione della *quaestio*⁵¹.

La giurisprudenza costituzionale pregressa, dunque, dimostra che se si vuole, si può fare. E se si può, si deve fare.

11. IMPARARE DAGLI ALTRI

Quale sarà la via intrapresa, legislativa o contenziosa, il punto di arrivo è il medesimo. Lo si potrebbe chiamare «elogio della responsabilità»⁵². In fondo, è quanto emerso dall'esito del processo norvegese a Anders Brevik: nonostante la perizia dell'accusa (tesa a sostenerne l'infermità mentale), è prevalsa tra i giudici del Tribunale di Oslo la scelta di riconoscere l'imputato capace d'intendere e di volere, dunque responsabile della propria condotta, quindi condannabile (a 21 anni di detenzione in carcere: in Norvegia, molto più civilmente che da noi, l'ergastolo non è contemplato)⁵³.

Sul piano culturale, è stata la sconfitta «dei lombrosiani contemporanei che, forti di alcuni filoni delle moderne neuroscienze, mettono in discussione addirittura il libero arbitrio, col risultato di avvalorare un ritorno alla psichiatria organicista e meccanicista». Per noi italiani, che continuiamo a convivere con un osceno residuo manicomiale tanto longevo quanto nascosto, si tratta di un'autentica lezione di civiltà «in vista della chiusura degli OPG, per rifuggire dal rischio di nuove istituzioni totali».

BIBLIOGRAFIA

- Amato, G. (2005), *Un'estensione del concetto di «infermità» vincolata ai riscontri su causa ed effetto*, in *Guida al Dir.*, 17, pp. 71 ss.
- Anzani, G. (2013), *La «follia» di chiudere gli OPG senza aver ancora creato una vera alternativa*, in *Avvenire*, 7 marzo.
- Balbi, G. (2010), *Considerazioni in tema di infermità di mente e pericolosità sociale*, in Chieffi, L. e Giustiniani, P. (a cura di) (2010), *Percorsi tra bioetica e diritto. Alla ricerca di un bilanciamento*, Torino, Giappichelli, pp. 237 ss.
- Bertolino, M. (2005), *L'infermità mentale al vaglio delle Sezioni Unite*, in *Dir. Pen. e Proc.*, pp. 853 ss.
- Bianco, C. e Dell'Aquila, D.S. (2011), *Superare l'orrore. Gli ospedali psichiatrici giudiziari e le prospettive di chiusura e superamento*, in Ronco, D., Scandurra, A. e

⁵¹ Cfr. l'ord. n. 378/1992, la conseguente sentenza di accoglimento n. 41/1993 e la correlata sent. n. 205/1993.

⁵² Prendendo a prestito il titolo dell'articolo di Corleone (2012b), dal quale sono tratte anche le due citazioni finali riprodotte nel testo.

⁵³ Per un'interessante e istruttiva ricostruzione della vicenda norvegese, vedi Christie (2013).

- Torrente, G. (a cura di) (2011), *Le prigionie malate. VIII rapporto di Antigone sulle condizioni di detenzione in Italia*, Edizioni dell'Asino.
- Ceresa-Gastaldo, M. (2009), *Appello dell'imputato e diritto di difesa nel rito abbreviato. Cade l'inappellabilità dell'assoluzione per vizio totale di mente*, in *Giur. Cost.*, pp. 3850 ss.
- Christie, N. (2013), *La riparazione dopo le atrocità. È possibile?*, in Corleone, F. e Pugiotto, A. (a cura di) (2013), *Volte e maschere della pena. Dall'internamento in opg al 41 bis, dalla pena carceraria alla giustizia riparativa*, Roma, Ediesse (in corso di stampa).
- Collica, M.T. (2005), *Anche i «disturbi della personalità» sono infermità mentale*, in *Riv. It. Dir. Proc. Pen.*, pp. 420 ss.
- Commissione parlamentare d'inchiesta sull'efficacia e l'efficienza del Servizio Sanitario Nazionale (2011), *Relazione sulle condizioni di vita e di cura all'interno degli ospedali psichiatrici giudiziari*, Senato della Repubblica, Doc. XXII-bis n. 4, approvata dalla Commissione nella seduta del 20 aprile 2011.
- Corleone, F. (2012a), *La rimozione dell'ospedale psichiatrico giudiziario*, in www.stopogg.it, agosto.
- Corleone, F. (2012b), *Elogio della responsabilità*, in *il Manifesto*, 29 agosto.
- Corleone, F. e Pugiotto, A. (2012), *Il delitto della pena. Pena di morte ed ergastolo, vittime del reato e del carcere*, Roma, Ediesse.
- della Casa, F. (2004), *La Corte costituzionale corregge l'automatismo del ricovero provvisorio nella struttura manicomiale promuovendo la libertà vigilata al rango di alternativa*, in *Giur. Cost.*, pp. 3998 ss.
- Dell'Aquila, D.S. (2009), *Se non t'importa il colore degli occhi. Inchiesta sui manicomi giudiziari*, Napoli, Filema edizioni.
- Dell'Aquila, D.S. (2012), *Manicomi impossibili sulla via del tramonto*, in *il Manifesto*, 23 dicembre.
- Dell'Aquila, D.S. (2013), *Visita ispettiva all'Ospedale psichiatrico giudiziario di Aversa... per l'ultima volta*, in *il Manifesto*, 19 febbraio.
- Famiglietti, A. (2003), *Verso il superamento della «pena manicomiale»*, in *Giur. Cost.*, pp. 2118 ss.
- Farina Coscioni, M.A. (2011), *Matti in libertà. L'inganno della «legge Basaglia»*, Roma, Editori Internazionali Riuniti.
- Ferraro, A. (2010), *Alcune contraddizioni della struttura «Ospedale Psichiatrico Giudiziario»*, in Chieffi, L. e Giustiniani, P. (a cura di) (2010), *Percorsi tra bioetica e diritto. Alla ricerca di un bilanciamento*, Torino, Giappichelli, pp. 245 ss.
- Fidelbo, G. (2005), *Le Sezioni unite riconoscono rilevanza ai disturbi della personalità*, in *Cass. Pen.*, pp. 1873 ss.
- Gatta, G.L. (2013), *La riforma degli ospedali psichiatrici giudiziari*, in *Il libro dell'anno del diritto*, Treccani (in corso di stampa).
- Gil-Robles, A. (2005), *Rapporto del Commissario per i diritti umani del Consiglio d'Europa, sulla sua visita in Italia, 10-17 giugno 2005*.

- Mantovani, F. (2012), *D*
- Maranta, F. (2005), *Vi foglie*.
- Marinucci, G. e Dolcini Giuffrè.
- Massa, M. (2013), *Diritti Riv. It. Med. Leg.*, p
- Merzagora Betsos, I. (2011), *Miller, A. (2005), Impu 50 ss.*
- Modugno, F. (2009), *Iniziazione costituzionali costituzionali*, in G
- Nunziata, M. (1998), *È per i minorenni*, in
- Pace, A. (1966), *Misure 191 ss.*
- Pelissero, M. (2012), *Il tempo della crisi*, in
- Pittaro, P. (2000), *Ordinative ed interventi de*
- Pivetta, O. (2012), *Fra editore*.
- Pivetta, O. (2013), *Os marzo*.
- Pugiotto, A. (1994), *Sincazioni*, Milano, Gi
- Pugiotto, A. (2013), *U marzo*.
- Rescigno, G.U. (2009), *Le cipi dalle sentenze di legge per render*
- Rotelli, F. (2012), *I nuovi una legge molto «p*
- Spangher, G. (2009), *L'nunciata nel rito al*
- Tessa, S. (1993), *Senten Cost.*, pp. 306 ss.
- Travi, A. (2010), *Corte di una nozione cor*
- Tricomi, L. (1998), *La mentale*, in *Guida*.

porto di Antigone sulle
difesa nel rito abbreviato.
ente, in *Giur. Cost.*, pp.
?, in Corleone, F. e Pu-
all'internamento in opg
oma, Ediesse (in corso
nfermità mentale, in *Riv.*
cienza del Servizio Sa-
ita e di cura all'interno
lica, Doc. XXII-bis n. 4,
011.
o giudiziario, in *www.*
to, 29 agosto.
di morte ed ergastolo,
tomatismo del ricovero
libertà vigilata al rango
. Inchiesta sui manicomi
amonto, in *il Manifesto*,
chiatrico giudiziario di
comiale», in *Giur. Cost.*,
«legge Basaglia», Roma,
pedale Psichiatrico Giu-
), Percorsi tra bioetica e
elli, pp. 245 ss.
listurbi della personalità,
ziari, in *Il libro dell'anno*
itti umani del Consiglio

- Mantovani, F. (2012), *Diritto penale*, Padova, CEDAM.
- Maranta, F. (2005), *Vito il recluso. OPG: un'istituzione da abolire*, Sensibili alle foglie.
- Marinucci, G. e Dolcini, E. (2004), *Manuale di diritto penale. Parte generale*, Milano, Giuffrè.
- Massa, M. (2013), *Diritti fondamentali e contenzione nelle emergenze psichiatriche*, in *Riv. It. Med. Leg.*, pp. 159 ss.
- Merzagora Betsos, I. (2005), *I nomi e le cose*, in *Riv. It. Med. Leg.*, pp. 403 ss.
- Miller, A. (2005), *Imputabilità, psichiatri in aiuto dei giudici*, in *Dir. e Giust.*, 14, pp. 50 ss.
- Modugno, F. (2009), *Inammissibilità della quaestio legitimitatis per omessa interpretazione costituzionalmente conforme e bilanciamento in concreto di diverse esigenze costituzionali*, in *Giur. Cost.*, pp. 2405 ss.
- Nunziata, M. (1998), *È incostituzionale il ricovero in ospedale psichiatrico giudiziario per i minorenni*, in *Nuovo Dir.*, pp. 701 ss.
- Pace, A. (1966), *Misure di sicurezza e pericolosità sociale presunta*, in *Giur. Cost.*, pp. 191 ss.
- Pelissero, M. (2012), *Il definitivo superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari nel tempo della crisi*, in *Dir. Pen. e Proc.*, pp. 1017 ss.
- Pittaro, P. (2000), *Ordinamento penitenziario e condannati minorenni: inerzie legislative ed interventi della Consulta*, in *Giur. Cost.*, pp. 1077 ss.
- Pivetta, O. (2012), *Franco Basaglia il dottore dei matti. La biografia*, Milano, Dalai editore.
- Pivetta, O. (2013), *Ospedali psichiatrici giudiziari, gli ultimi lager*, in *L'Unità*, 6 marzo.
- Pugiotto, A. (1994), *Sindacato di costituzionalità e «diritto vivente». Genesi, uso, implicazioni*, Milano, Giuffrè.
- Pugiotto, A. (2013), *Una quaestio sulla pena dell'ergastolo*, in *Dir. Pen. Contemp.*, marzo.
- Rescigno, G.U. (2009), *Del preteso principio secondo cui spetta ai giudici ricavare principi dalle sentenze della Corte e manipolare essi stessi direttamente le disposizioni di legge per renderle conformi a tali principi*, in *Giur. Cost.*, pp. 2412 ss.
- Rotelli, F. (2012), *I nuovi vestiti degli Ospedali psichiatrici giudiziari (a proposito di una legge molto «pericolosa»)*, in *www.news-forumsalutementale.it*, 29 gennaio.
- Spangher, G. (2009), *L'infermo di mente può appellare la sentenza di assoluzione pronunciata nel rito abbreviato*, in *Giur. Cost.*, pp. 3849 ss.
- Tessa, S. (1993), *Sentenza di non luogo a procedere e difetto di imputabilità*, in *Giur. Cost.*, pp. 306 ss.
- Travi, A. (2010), *Corte europea dei diritti dell'uomo e Corte costituzionale: alla ricerca di una nozione comune di «sanzione»*, in *Giur. Cost.*, pp. 2323 ss.
- Tricomi, L. (1998), *La condizione del fanciullo è tutelata anche in caso di infermità mentale*, in *Guida al Dir.*, 32, pp. 82 ss.

Andrea Pugiotto

- Vassalli, G. (1971), *La pericolosità presunta del minore non imputabile*, in *Giur. Cost.*, pp. 2 ss.
- Vassalli, G. (1982), *L'abolizione della pericolosità presunta degli infermi di mente attraverso la cruna dell'ago*, in *Giur. Cost.*, pp. 1202 ss.
- Venturini, E., Casagrande, L. e Toresini, L. (2010), *Il folle reato*, Milano, Franco Angeli.
- Verde, S. (2011), *Il carcere manicomio. Le carceri in Italia fra violenza, pietà, affari e camicie di forza*, Sensibili alle foglie.
- Verde, A., Angelini, F., Boverini, S. e Majorana, M. (2006), *Il delitto non sa scrivere. La perizia psichiatrica tra realtà e fiction*, Roma, Derive Approdi.
- Zagrebelsky, G. (1986), *La dottrina del diritto vivente*, in *Giur. Cost.*, I, pp. 1148 ss.

Chiara Bologna

Il caso S sanitaria prova de

1. I PROFILI ESSENZ

Il 23 marzo 2010 è stata approvata la *Medicare and Affordable Care Act* (ACA), nota anche come Affordable Care Act, nota anche come Obamacare. La riforma federale dai tempi di Lyndon B. Johnson, noto, non mira a coprire l'intera popolazione, ma a un risultato storico (Bologna, 2010): la copertura assicurativa sanitaria per tutti.

Il modello che ha ispirato la riforma è quello in realtà un sistema di assicurazione (Bologna, 2010), applicati a diversi livelli di indigenza, assistiti da programmi di *Medicare* e il *Medicaid*. La riforma propria copertura sanitaria per tutti, in quest'ultimo caso, tramite la polizza, cioè, non è stata ottenuta dai legislatori, ma è stata ottenuta, però, a parte il caso, statale lo impone, non per i dipendenti. Questo sistema ha costato milioni di statunitensi.

La riforma del sistema di assicurazione sanitaria, tale copertura attraverso *individual mandate*, u

¹ La riforma del sistema di assicurazione sanitaria, nota anche come *Medicare and Affordable Care Act*, nota anche come *Reconciliation Act* (HCEI).