



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

Corso di Laurea Magistrale in Medicina e Chirurgia

Dipartimento di Neuroscienze

Direttore: Chiar.mo prof. Raffaele De Caro

U.O.C. Clinica Psichiatrica

Direttore: Chiar.ma prof.ssa Angela Favaro

TESI DI LAUREA

**Dalla chiusura degli O.P.G. all'operatività delle R.E.M.S.: analisi
di un'esperienza**

Relatore: Chiar.mo prof. Gerardo Favaretto

Correlatrice esterna: Dott.ssa Alessia Cicolini

Laureando: Gabriele Giuseppe Aniello

Anno Accademico: 2022/2023

INDICE

1. RIASSUNTO.....	1
2. ABSTRACT.....	2
3. INTRODUZIONE.....	3
3.1 Storia della gestione dei pazienti psichiatrici autori di reato in Italia.....	3
3.1.1 Secolo XIX: La nascita dei manicomi criminali e i suoi presupposti teorici.....	3
3.1.2 Secolo XX: Dai manicomi giudiziari agli O.P.G.....	12
3.1.3 Secolo XXI: Il tramonto degli O.P.G.....	26
3.2 Il “sistema R.E.M.S.” in Italia.....	29
3.3 Il caso di Castiglione delle Stiviere.....	36
4. SCOPO DELLO STUDIO.....	39
5. MATERIALI E METODI.....	39
6. RISULTATI.....	40
7. DISCUSSIONE.....	45
8. CONCLUSIONI.....	49
9. BIBLIOGRAFIA.....	51

1. RIASSUNTO

Presupposti dello studio. La storia della gestione dei pazienti psichiatrici autori di reato in Italia inizia ufficialmente nel 1876 con l'istituzione di un'apposita *sezione per maniaci* nel carcere di Aversa. Nel corso dei decenni l'evoluzione della scienza psichiatrica e di quella giuridica, così come dell'opinione pubblica riguardo ai cosiddetti *folli rei*, ha portato a numerosi cambiamenti nelle modalità di gestione di questi ultimi, improntate sempre più agli aspetti curativi e riabilitativi che a quelli detentivi. Così nel 1975 i manicomi giudiziari furono trasformati in Ospedali Psichiatrici Giudiziari (O.P.G.) e nel 2015 gli O.P.G., in forza della legge 81/2014, furono chiusi a loro volta per fare spazio alle Residenze per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza (R.E.M.S.). **Scopo dello studio.** Il presente studio si pone lo scopo di favorire la comprensione degli effetti concreti della legge 81/2014 alla luce della sua problematica attuazione, attraverso il confronto tra i profili dei pazienti di due coorti, ricoverati a Castiglione delle Stiviere (MN) rispettivamente in O.P.G. nel 2013 e nel Sistema Polimodulare di R.E.M.S. nel 2023. **Materiali e metodi.** Per questo studio è stato creato un apposito database contenente i dati di 200 pazienti relativi a caratteristiche socio-demografiche, mediche e giuridiche, ricavati per lo più dalle cartelle cliniche dei medesimi. **Risultati.** Il confronto attuato ha messo in evidenza una significativa riduzione della percentuale dei pazienti di sesso femminile e di quelli provenienti dall'esterno del bacino di utenza della struttura, così come dell'età media dei soggetti internati. Si è altresì registrata una diminuzione, tra i ricoverati, di quelli arrivati da altri O.P.G. e sono diminuiti gli autori di delitti contro la persona, mentre sono aumentati i pazienti macchiatisi di reati bagatellari quale la resistenza a pubblico ufficiale. Sul piano medico è aumentata drasticamente la prevalenza di soggetti dipendenti da sostanze psicoattive e tra le diagnosi, il cui sistema di formulazione e classificazione è radicalmente cambiato con l'apertura delle R.E.M.S., si è riscontrato, insieme al persistente primato di schizofrenia e disturbi psicotici/deliranti, un incremento della percentuale dei disturbi di personalità. **Conclusioni.** Il Sistema Polimodulare di R.E.M.S. di Castiglione delle Stiviere ci sembra una realtà abbastanza rappresentativa del "sistema R.E.M.S." in generale. I principi di territorialità e di

transitorietà che hanno ispirato la legge 81/2014 risultano sostanzialmente rispettati, mentre restano ancora in parte disattesi i principi di residualità e di priorità della cura soprattutto a causa di un'ancora non ottimale collaborazione tra organi giuridici e sanitari e tra R.E.M.S. e servizi psichiatrici territoriali.

2. ABSTRACT

Background. The history of the management of mentally ill offenders in Italy officially starts in 1876 with the opening of a specific section for insane criminals in Aversa's prison. Through the following decades the evolution of the psychiatric and juridical sciences, as well as that of the public opinion on *criminal lunatics*, has led to several changes in the ways these patients have been managed, with an increasing attention paid to cure and rehabilitation rather than to detention needs. So, in 1975, the psychiatric prisons were turned into Forensic Psychiatric Hospitals (O.P.G., Ospedali Psichiatrici Giudiziari) and in 2015 the O.P.G., due to the *legge 81/2014*, were in turn closed down to make space for the Residential Services for the Execution of Security Measures (R.E.M.S., Residenze per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza). **Aim of the study.** The present study aims at fostering a better understanding of the real effects that the *legge 81/2014* had in light of its problematic implementation, through a comparison between the profiles of patients belonging to two cohorts who were admitted in Castiglione delle Stiviere's institute, respectively in the O.P.G. in 2013 and in the Polymodular R.E.M.S. System in 2023. **Materials and methods.** For this study a specific database has been created with data belonging to 200 patients relating to their sociodemographic, medical and legal characteristics and mainly obtained from their medical records. **Results.** Said comparison has highlighted a significant percentage reduction, among the patients, of females and people from out of the institute's catchment area, as well as a decrease of the patients' mean age at the moment of the admission. Also, we have seen a reduction, among the patients, of those coming from a different O.P.G. and

the perpetrators of crimes against the person have decreased, while petty offenders, such as those found guilty of resisting the police, have increased. On a medical level there's been a dramatic increase of the prevalence of substance abusers and among the diagnoses, for the formulation and classification of which a completely new method has been used after the institution of the R.E.M.S., we have found, besides the persistent primacy of schizophrenia and psychotic/delusional disorders, a percentage increase of personality disorders. **Conclusions.** The Polymodular R.E.M.S. System in Castiglione delle Stiviere seems to us quite representative of the Italian "R.E.M.S. system" in general. The principles of territoriality and transitoriness which inspired the *legge 81/2014* are overall well observed, while the principles of residuality and caring priority are still partially disregarded, mostly due to a suboptimal cooperation between medical and legal bodies, as well as between the R.E.M.S. and the psychiatric services spread on the territory.

3. INTRODUZIONE

3.1 Storia della gestione dei pazienti psichiatrici autori di reato in Italia

3.1.1 Secolo XIX: La nascita dei manicomi criminali e i suoi presupposti teorici

Il 1786 è l'anno in cui nel Bethlem Royal Hospital di Londra (istituto attivo come ospedale per malati mentali dal 1330, famoso sin dalle sue origini per le dure condizioni di vita degli internati e, addirittura, per la consueta "spettacolarizzazione" di questi ultimi) fu aperto, per la prima volta nel mondo, un reparto appositamente destinato ai pazienti psichiatrici autori di reato (1). Nel 1800, in seguito al tentativo di James Hadfield di assassinare il re Giorgio III, con il *Criminal Lunatics Act* il parlamento inglese disciplinò ufficialmente, a livello giuridico, la questione delle "*Insane Persons Charged with Offences*", decretando che chiunque si fosse reso colpevole di lesa maestà, omicidio o altro reato violento

in uno stato di riconosciuta insanità mentale, dovesse essere detenuto sotto stretta sorveglianza, in un luogo e secondo modalità stabiliti dalla corte, fino ad ulteriore decisione del re, anziché essere semplicemente rilasciato in ragione dello stato di follia, come era stata consuetudine prima di allora (2). Sulla scia dell'Asilo di Bethlem, nel corso del XIX secolo furono istituiti veri e propri manicomi criminali, o sezioni dedicate ai criminali all'interno di comuni manicomi, nel Regno Unito (in Irlanda, a Dundrum, nel 1850; in Scozia, a Perth, nel 1858; in Inghilterra, a Broadmoore, nel 1863), in altri Paesi europei (in Francia, a Bicêtre, nel 1876 e in Germania, a Bruchsal, Halle e Amburgo, tra il 1870 e il 1875) e anche negli Stati Uniti (ad Auburn nel 1874) dove però, a partire dal Massachusetts con una legge del 1872, la condanna alla detenzione per i criminali ritenuti folli era da scontarsi *vita natural durante* diversamente da quanto accadeva, come detto, nel Regno Unito (3).

In Italia il problema della gestione dei cosiddetti *folli rei* fu ufficialmente sollevato negli stessi anni, precisamente il 25 gennaio 1872, quando Cesare Lombroso, durante un'adunanza del Reale Istituto Lombardo di Scienze e Lettere, tenne un discorso intitolato *Sull'istituzione dei manicomi criminali in Italia*, affermando che “...fra i delinquenti e quelli creduti tali, ve n'ha molti che, o sono, o furono alienati, per cui la prigione è un'ingiustizia, la libertà un pericolo, e a cui mal si provvede da noi con mezze misure, che violano ad un tempo la morale e la sicurezza.” (4) (istanza ribadita da Lombroso qualche anno dopo, parola per parola, in quel caposaldo dell'antropologia criminale che è *L'uomo delinquente in rapporto all'antropologia, alla giurisprudenza ed alle discipline carcerarie* (5)), ed evidenziando dunque la falla presente nel Codice Penale Sardo promulgato nel 1859 dal re Vittorio Emanuele II sulla base delle modifiche apportate al Codice Penale Sabauda del 1839, che nell'articolo 94 sanciva che “non vi è reato se l'imputato trovavasi in istato d'assoluta imbecillità, di pazzia, o di morboso furore quando commise l'azione, ovvero se vi fu tratto da una forza alla quale non poté resistere” (3), rispecchiando sostanzialmente l'orientamento giurisprudenziale inglese *ante* 1800.

Non c'è del resto da stupirsi che il problema sia stato affrontato *in primis* proprio dal Lombroso, considerato tra i massimi esponenti di quella scuola giuspenalistica

chiamata Scuola Positiva e contrapposta, nella seconda metà del secolo, alla Scuola Classica. Quest'ultima, guidata dal giurista Francesco Carrara, promuoveva un sistema penale strettamente legato al concetto illuministico di *contratto sociale*: ad ogni reato doveva necessariamente corrispondere una pena commisurata avente contemporaneamente una *funzione retributiva*, ribadendo con forza l'autorità della legge infranta dal reo ed il disvalore sociale del reato stesso, ed una *funzione general-preventiva*, disincentivando, tramite l'esempio del reo, il resto della cittadinanza a delinquere. Il sistema penale doveva, in altre parole, assicurare i cittadini circa la convenienza dello *stato sociale* rispetto allo *stato di natura* e quindi giustificare la rinuncia a parte delle libertà personali presupposta dalla stipula stessa del *contratto sociale*. Proprio la prevista funzione general-preventiva della legge, tuttavia, suggerisce come la Scuola Classica si rivolgesse specificamente al cittadino *compos sui*, in grado di *intendere* le leggi e di *volere*, ovvero di autodeterminarsi nella scelta di obbedirvi o meno. Da siffatto sistema penale, dunque, non erano presi in considerazione tutti quei soggetti "insensati", affetti da disturbi mentali, che appunto, di intendere e di volere, non erano capaci (3,6); da qui l'orientamento giurisprudenziale concretizzatosi nel suddetto articolo 94 del Codice Penale Sardo, efficacemente spiegato, circa un secolo più tardi, da Michel Foucault in *Les Anormaux. Course au Collège de France (1974-1975)* con la metafora della *porta girevole* ("quando il patologico entra in scena, la criminalità, a termini di legge, deve uscirne") (7) e di fatto conforme al ben più antico brocardo latino alla base del *principio di colpevolezza*, "*nulla poena sine culpa*", che ancora oggi informa l'articolo 85 del nostro Codice Penale, il quale specifica che "è imputabile chi ha la capacità di intendere e di volere" (6).

La Scuola Positiva, d'altro canto, era invece figlia del Positivismo e, in particolare, di una delle discipline che nacquero in seno a quella rivoluzione culturale fondata su una cieca fede nella Scienza che investì l'Europa nel XIX secolo: la criminologia, di cui appunto Lombroso fu autorevole esponente, se non padre (6,8). I criminologi spostarono sostanzialmente il focus dei propri studi dal crimine in sé a ciò che può indurre l'individuo a mettere in atto una condotta criminale, con un obiettivo molto chiaro: esaminando in maniera metodica, scientifica (con tutti i limiti delle conoscenze scientifiche dell'epoca, beninteso), le caratteristiche fisiche,

psicologiche e sociologiche dei criminali che già affollavano le carceri italiane, sarebbe stato possibile individuare tutte quelle anomalie che, dati alla mano, sembravano associarsi con maggiore probabilità alla delinquenza o, addirittura, costituirne l'irrefrenabile motore. Dalla *comprensione* del *perché* del crimine poteva nascere una *prevenzione* mirata del crimine stesso: se secondo la Scuola Classica le pene dovevano avere funzione *general-preventiva* intimando il rispetto delle leggi alla collettività dei cittadini, le ricerche dei criminologi aspiravano a svolgere una funzione *special-preventiva*, tutelando la società specificamente dai soggetti più inclini degli altri a delinquere, proprio perché gravati dalle suddette anomalie (6). Si trattava innanzitutto di anomalie biologiche e proprio Lombroso fu padre del cosiddetto *determinismo biologico*, una teoria criminologica secondo la quale alla base dell'inclinazione alla delinquenza vi sarebbero specifiche alterazioni biologiche apprezzabili attraverso un'attenta osservazione del corpo umano (9). A tale osservazione Lombroso si dedicò lungamente esaminando i detenuti nelle carceri torinesi e gli scheletri di quelli defunti durante la detenzione e alla fine giunse a delineare quelli che, a suo parere, erano tratti somatici propri dell'*homo criminalis*: tra i tanti, costituzione corporea massiccia, irsutismo, prognatismo, zigomi ed arcate sopraccigliari pronunciati, canini robusti, denti o tubercoli dentari soprannumerari, naso schiacciato e fronte sfuggente, oltre ad anomalie craniche riscontrabili in sede autoptica (5) (evidenti i punti di contatto tra l'antropologia criminale dell'epoca e la dottrina frenologica elaborata dal medico tedesco Franz Joseph Gall all'inizio del secolo (10)), come la nota *fossetta occipitale mediana*, analoga a quella presente nella base cranica delle scimmie, individuata da Lombroso nel cranio del brigante calabrese Giuseppe Villella (11), e peculiarità fisiologiche come una ridotta nocicezione, una maggiore velocità di guarigione, acuità visiva più spiccata e discromatopsia (5). Osservazioni non peregrine considerando, ad esempio, che anche Gaspare Virgilio, medico primario del manicomio civile di Aversa, nel 1874 sottolineava in un diciottenne dell'orfanotrofio maschile della città, visitato su richiesta del direttore dell'istituto, proprio "*la fronte fuggente, il naso schiacciato e diretto in su, leggiero prognatismo delle mascelle.*" (3) Ebbene, Lombroso riteneva che queste anomalie fisiche e funzionali fossero ereditarie e che rappresentassero il riflesso somatico di quella

che Benedict-Auguste Morel, nel *Traité des dégénérescences physiques, intellectuelles et morales de l'èpece humaine* del 1857, aveva definito *degenerazione morale*, ovvero una tendenza delle turbe psichiche a *degenerare* progressivamente nel passaggio da una generazione a quella successiva (12). Degenerazione che Lombroso, abbracciando con spirito positivista le teorie evoluzionistiche enunciate da Charles Darwin in *On The Origin of Species* del 1859, concepiva come una vera e propria *regressione atavica*, ovvero una regressione dell'individuo delinquente ad uno stato arcaico dell'evoluzione umana che, fondamentale, lo predestinava al crimine sin dalla nascita (5,13). Da qui la necessità per Lombroso di distinguere nel già citato *L'uomo delinquente* del 1876, tra gli altri, i *delinquenti nati*, il cui senso morale è, appunto, costitutivamente corrotto dalla suddetta regressione, dai *delinquenti d'impeto*, il cui senso morale è invece solo transitoriamente offuscato da un impeto passionale che li induce al crimine (5). Come accennato, poi, si riteneva che questa naturale, degenerativa, predisposizione alla delinquenza potesse essere slatentizzata, o comunque esacerbata, nel tempo da alcuni fattori sociologici: teoria criminologica, questa, che prende il nome di *determinismo sociale* e che trovò i suoi fondamenti scientifici, nella prima metà del secolo, negli studi di "epidemiologia criminale" di Adolphe Quetelet e André Michel Guerry (9). Nello specifico Quetelet, con il suo *Recherches sur le penchant au crime aux différents âges*, scritto sulla base di dati raccolti in Francia tra il 1826 e il 1829, volle attirare l'attenzione dei membri dell'Accademia Reale di Bruxelles, sulla stretta correlazione che sussisteva tra determinati crimini e specifici fattori anagrafici, demografici e socio-economici, al punto che, sulla base dei dati statistici riferiti agli anni passati, sarebbe stato possibile, a suo dire, "*anticipare quanti individui si macchieranno le mani con il sangue dei loro simili, quanti saranno i truffatori, quanti gli avvelenatori*" (15) nell'anno successivo; in altre parole, sempre di Quetelet ma contenute in *Physique sociale ou essai sur le développement des facultés de l'homme* del 1869, è proprio la società "*che prepara il crimine e [...] il colpevole non è che lo strumento che lo commette*" (16). Anche Guerry, nel suo *Essai sur la statistique morale de la France* del 1833, giunse ad analoghe conclusioni, individuando nella delinquenza un vero e proprio fenomeno sociale prevedibile nelle sue proporzioni; egli, in particolare,

analizzando le statistiche relative ai vari dipartimenti francesi, sottolineò una correlazione di proporzionalità diretta tra il tasso di criminalità ed il livello di diseguaglianza sociale (17). Anche in Italia, del resto, criminologi positivisti come Lombroso e Alfredo Niceforo evidenziarono ripetutamente, all'indomani dell'Unità d'Italia, un maggiore tasso di criminalità nell'arretrato Sud, ma (si ricordi che l'Italia fu culla di un determinismo biologico più che sociale) spingendosi poi ad attribuire ulteriormente tale arretratezza ad una presunta inferiorità biologica alla quale le genti meridionali sarebbero state condannate dalla contaminazione del "sangue italiano" con quello spagnolo durante la dominazione dei secoli XVI e XVII (3,18). Insomma, alla luce di quanto detto finora, risulta chiaro come i criminologi della Scuola Positiva ritenessero la criminalità espressione di un vero e proprio stato morboso dall'eziopatogenesi multifattoriale, al pari di un disturbo psichiatrico. A tale proposito Enrico Ferri, eminente discepolo di Lombroso, nel suo *Sociologia Criminale* del 1892, scrisse che "*delitto e pazzia sono due sventure: trattiamoli entrambi senza rancore, ma difendiamoci da entrambi*" (19) e le misure di contenzione per queste due categorie di individui erano in effetti già attive da tempo: la condanna al carcere ed il confinamento in manicomio, rispettivamente. Gli sviluppi dell'antropologia criminale, nata e trainata dagli studi di Lombroso e dei suoi allievi, sottoposero tuttavia all'attenzione del sistema penale una precisa "sottospecie" di *homo criminalis*: quella del *folle reo*, ovvero del delinquente affetto da malattie mentali. Lombroso trattò estesamente dei rapporti tra pazzia e delitto nella *Parte settima* de *L'uomo delinquente* e descrisse, traendo le conclusioni di tale dissertazione, i "*pazzi criminali*" come "*epilettici larvati* (con *epilessia psichica o larvata* si intendeva una forma di epilessia causata da scariche elettriche incontrollate a livello dei centri nervosi psichici anziché motori, in grado di causare una perdita transitoria della memoria e della coscienza (20), ndr) o *delinquenti nati, su cui si fondono o s'aggiungono: la melanconia, o la monomania; ecc., per una specie di simbiosi, per quella naturale tendenza che hanno ad innestarsi l'una sull'altra le forme psichiatriche, sul guasto terriccio della degenerazione*" (5). Quella del *folle reo* è, in altre parole, una forma ulteriormente degenerata di delinquente generico e sempre Lombroso, nel *Capitolo II* della *Parte undicesima*, sosteneva che per esso "*unico provvedimento possibile è il manicomio criminale*"

(5) inteso come “*policlinico della delinquenza*”, per ricorrere all’espressione usata da Filippo Saporito, psichiatra allievo di Virgilio e direttore del manicomio criminale di Aversa dal 1907, nel suo *Sugli incorreggibili ed il loro governo razionale* del 1908 (21).

Sotto la spinta di tali istanze fu proprio ad Aversa che, nel 1876, nelle carceri di S. Francesco di Paola fu inaugurata, per volontà del direttore generale degli Istituti di Prevenzione e Pena Martino Beltrani-Scalia e di Gaspare Virgilio, già chirurgo presso il medesimo istituto dal 1867, una *Sezione per maniaci*; Virgilio stesso fu nominato direttore della struttura che, inizialmente, accolse 19 individui, in particolare criminali impazziti durante il proprio periodo di detenzione, i cosiddetti *rei folli*, più che criminali prosciolti per riconosciuta insanità mentale, ovvero i *folli rei* veri e propri, per poi ampliarsi ed inglobare edifici vicini negli anni a venire. Per quanto innovativa, questa soluzione non era ovviamente sufficiente a far fronte alle necessità dell’intero Regno d’Italia e questo problema fu sollevato una prima volta proprio ad Aversa nel 1878, durante il congresso della Società Freniatria Italiana, e successivamente, nella stessa circostanza, a Reggio Emilia nel 1881. Quando si trattò di individuare la struttura che avrebbe dovuto ospitare un nuovo manicomio criminale, la scelta ricadde sulla Villa Granducale dell’Ambrogiana di Montelupo Fiorentino (FI); strategicamente situata in prossimità della stazione ferroviaria e quindi in grado di accogliere agevolmente ospiti trasferiti da ogni parte d’Italia, entrò in funzione nel 1886. Un terzo “manicomio giudiziario” (questa l’espressione che si iniziò ad adottare dal 1890) fu poi inaugurato a Reggio Emilia nel 1892 (3).

A queste tre strutture faceva riferimento Lombroso sostenendo il ruolo fondamentale dei manicomi criminali nella quinta edizione de *L’uomo delinquente* del 1896 (22), sottolineando a tal proposito la falla nel Codice Penale allora vigente, il *Codice Zanardelli* promulgato nel 1889 e promosso dall’omonimo ministro di Grazia e Giustizia. Esso decretava che il delinquente folle *non imputabile* per vizio di mente, ma stimato dal giudice *socialmente pericoloso*, potesse (attenzione, non “dovesse”) essere ricoverato provvisoriamente e tenuto sotto osservazione presso un generico manicomio civile provinciale; qualora poi la perizia psichiatrica ne avesse evidenziata la necessità, il presidente del Tribunale competente aveva la

facoltà di rendere il ricovero definitivo, così come quella di revocare la misura detentiva nel momento in cui fossero venute meno le condizioni che ne avevano determinato l'attuazione (6). Vennero dunque conservati i concetti di *imputabilità* e *non imputabilità* cari alla Scuola Classica e ai quali già era stato improntato l'articolo 94 del Codice Penale Sardo, ma fu per la prima volta introdotto quello di *pericolosità sociale*: alla luce delle acquisizioni della criminologia positivista, era infatti ormai impensabile che un delinquente potesse essere rimesso in libertà, per quanto la sua condotta criminale scaturisse da disturbi psichiatrici. Sebbene nel testo originario di Zanardelli si facesse esplicito riferimento ai manicomi criminali, tale scelta fu duramente contrastata da politici e tecnici ostili nei confronti delle posizioni della Scuola Positiva come Luigi Lucchini, fondatore della *Rivista Penale*, di decisa impostazione classico-liberale, e consulente di Zanardelli nella redazione del nuovo codice; per questo motivo nella sua versione definitiva si parlava ancora di generici manicomi civili (6). Fu poi nel 1891, con il *Regolamento generale per gli stabilimenti carcerari*, che per la prima volta i manicomi giudiziari furono presi in considerazione come adatti “*alla repressione e alla cura*” dei “*condannati che devono scontare una pena maggiore di un anno, colpiti da alienazione mentale*” (art. 469), ovvero dei *rei folli*, ma anche degli “*accusati prosciolti che [...] debbono essere provvisoriamente chiusi in un manicomio, in istato di osservazione*” (art. 472), degli “*inquisiti in istato di osservazione*” (art.473) e degli “*accusati o imputati prosciolti [...] per i quali il Presidente del Tribunale civile pronunzia il ricovero definitivo in un Manicomio, [...] ma in Sezioni separate*” (art. 471) (3).

Lo stato ancora embrionale di questi istituti e i contrasti dottrinali in seno ai quali essi erano sorti, tuttavia, resero inevitabili le critiche che ben presto furono sollevate proprio dai criminologi della Scuola Positiva, che dei manicomi giudiziari erano stati i più ferventi sostenitori. Secondo costoro il problema principale era che, a distanza di diversi anni dall'istituzione di queste strutture e nonostante fosse previsto dagli articoli 471 e 472 del suddetto Regolamento generale, ancora di rado si faceva ricorso ad esse per la gestione dei *folli rei strictu sensu*; se infatti i criminali giudicabili e quelli già condannati e successivamente impazziti in carcere venivano frequentemente destinati ai manicomi giudiziari, quelli prosciolti per

riconosciuto vizio di mente venivano ancora troppo spesso affidati a manicomi civili o alla custodia delle famiglie (possibilità di fatto prevista dall'articolo 14 delle Disposizioni attuative del Codice Zanardelli in alternativa al ricovero definitivo in manicomio) o, addirittura, lasciati in libertà e quindi da una parte nelle condizioni di delinquere ancora, dall'altra nell'impossibilità di ricevere cure adeguate ai propri disturbi mentali (6). Era questo un vizio gestionale, chiaramente evidenziato sia da Ferri nel resoconto della propria visita al manicomio di Montelupo Fiorentino nel 1887 (23,24) che da Lombroso dopo alcuni sopralluoghi del 1891 a Montelupo e ad Aversa (24), inammissibile per i criminologi positivisti, i quali ritenevano che fossero proprio i *folli rei* a necessitare, più di chiunque altro, di misure che fossero ad un tempo di detenzione e di cura. Non a caso Lombroso, ne *L'uomo delinquente*, individuava cinque categorie di criminali adatte ai manicomi giudiziari e ben quattro di queste potevano essere incluse nel più ampio gruppo dei *folli rei*: “1) *Tutti gli alienati che per tendenze pericolose incendiarie, pederastiche, ecc., vennero sottoposti a inquisizione giudiziaria, restata sospesa per la riconosciuta alienazione*; 2) *Tutti quelli imputati di crimini strani, atroci senza un movente chiaro, su cui sin insorto il dubbio (confortato d perizie uniformi di almeno tre medici alienisti) di pazzia o almeno di gravi affezioni cerebrali*; 3) *Vista la straordinaria importanza in proposito della epilessia, quanti commisero reati in istato di epilessia psichica o i rei che soffersero convulsioni epilettiche*; 4) *Quelli che già notoriamente onesti furono spinti al delitto da un abituale evidente infermità, come pellagra, alcoolismo cronico, isterismo, malati perpuerali, quando abbiano parentele con alienati e co, epilettici e presentino una numerose serie di caratteri degenerativi*”, essendo la quinta categoria costituita da “*Tutti i carcerati impazziti con tendenze pericolose incendiarie, omicide ed oscene, dopo trascorso lo stadio acuto del male*”, ovvero quei *rei folli* che già occupavano regolarmente le nuove strutture (5). Per quanto concerneva poi il personale occupato nei manicomi giudiziari, il Regolamento generale del 1891 prevedeva che tali strutture fossero rette da un direttore amministrativo al quale sottostava un direttore medico alienista che aveva il compito di coadiuvarlo nella gestione dei pazienti, nonché di stabilire, insieme al giudice civile, quando convertire un ricovero provvisorio in un ricovero permanente o, al contrario, nella dimissione dal manicomio (6). Lombroso stesso si

dichiarava nella sua opera fautore di strutture a direzione medica e con personale carcerario (22), mentre Ferri, sempre nel resoconto della visita al manicomio di Montelupo, suggeriva la sostituzione delle guardie carcerarie con infermieri (23). Ad ogni modo, al di là di quale fosse la composizione dell'organico, il secondo problema dei manicomi giudiziari che sembrava configurarsi sul finire del XIX secolo (dopo quello della gestione dei prosciolti), era che essi si configuravano, di fatto, come istituti adatti più alla “*repressione*” che alla “*cura*” dei ricoverati; Virgilio, in una relazione sul manicomio di Aversa del 1900, lamentava che il trattamento riservato ai pazienti era fondamentalmente lo stesso riservato ai criminali comuni nelle carceri e, soprattutto, che la struttura era sprovvista degli strumenti “*indispensabili al trattamento degli psicopatici; difetto che, peraltro non reca altrimenti meraviglia, quando si sappia che la direzione di questi particolari istituti è disimpegnata ad un profano di psichiatria*” (25) (e proprio per tali ragioni, nel 1906, la struttura andò molto vicina alla chiusura (3)), sottolineando così anche il problema della subordinazione del direttore medico alienista, egli stesso in questo caso, al direttore amministrativo della struttura; e ancora, ne *Il manicomio criminale e i suoi inquilini*, Filippo Saporito scriveva che, fino al 1904, i manicomi giudiziari erano da considerare alla stregua di “*pessime carceri*” (26).

3.1.2 Secolo XX: Dai manicomi giudiziari agli O.P.G.

Con il *Regio Decreto 5 settembre 1904*, promosso dall'allora direttore generale delle carceri Alessandro Doria, il governo dei manicomi giudiziari passò dai direttori amministrativi direttamente ai direttori medici alienisti (3) e questo fu senz'altro un importante passo in avanti nel perseguimento, per usare ancora le parole di Saporito, del “*duplice fine della sicurezza e della cura*” (26) per gli internati. Il problema dei folli prosciolti, però, rimase invece ancora ben evidente quando, il 14 febbraio dello stesso anno, fu varata la legge manicomiale n. 36. Nell'articolo 6 essa stabiliva infatti che le spese di gestione dei malati mentali *condannati* o *giudicabili* presso un manicomio giudiziario fossero a carico dello Stato, mentre alla gestione di quelli *prosciolti* avrebbero dovuto provvedere economicamente le singole province in cui i manicomi giudiziari erano ubicati;

inoltre, spettava ai singoli comuni in cui veniva accertata l'infermità mentale pagare le spese per il trasferimento del folle prosciolto presso un manicomio giudiziario. Considerando che, al 1904, le strutture di tale genere attive sul territorio italiano erano ancora solo tre, da una parte sarebbe stato impensabile che le province di Caserta, Firenze e Reggio Emilia si sobbarcassero le spese per accogliere i folli prosciolti provenienti da tutta Italia, dall'altra i singoli comuni avrebbero volentieri fatto a meno di pagare il trasporto, spesso esoso, di questi pazienti anche per centinaia di chilometri fino al manicomio giudiziario più vicino dei tre. Conseguenza di tutto ciò fu che, ancora agli albori del XX secolo, i folli prosciolti, piuttosto che essere internati negli appositi manicomi giudiziari venivano in genere affidati ai manicomi civili, alle rispettive famiglie o, nei peggiori dei casi, rimessi in libertà (6). Insomma, il Codice Zanardelli non era riuscito a regolamentare adeguatamente il ricorso alle nuove strutture e, secondo i criminologi positivisti, continuava a valorizzare, delle pene, la funzione retributiva più che quella di difesa sociale, dando ancora scarsa importanza alla questione della pericolosità sociale e dimostrandosi ancora fortemente influenzato dalle dottrine giuridiche della Scuola Classica. Nel 1919 il ministro di Grazia e Giustizia Lodovico Mortara affidò ad Enrico Ferri la direzione di un comitato per la redazione di un nuovo codice penale; il progetto, contemplando un'ampia gamma di sanzioni modellate, in termini di natura e durata, sulla base proprio della pericolosità sociale del criminale, fu sviluppato in senso decisamente positivista, ma non fu mai attuato (6).

Fu infatti solo nel 1930 che vide la luce il Codice Rocco (l'attuale codice penale italiano), un nuovo codice penale che scaturì da quel compromesso tra le posizioni della Scuola Classica e quelle della Scuola Positiva che prese il nome di *Scuola Tecnico-giuridica* o *Terza Scuola*, il cui maggior esponente, fondamentale per la stesura del nuovo codice, fu proprio Arturo Rocco, fratello dell'eponimo ministro di Grazia e Giustizia Alfredo Rocco. Il nuovo codice fu infatti imperniato su due principi fondamentali: quello dell'*imputabilità*, indissolubilmente legato a quello di *responsabilità morale* e tanto caro alla Scuola Classica, e quello di *difesa sociale*, sulla cui necessità aveva insistito sin dai suoi albori la Scuola Positiva e assai rilevante in un Regime autoritario e repressivo quale quello fascista, in seno al quale il Codice Rocco fu promulgato (3,6).

Come già accennato, l'articolo 85 del codice sancisce che “è imputabile chi ha la capacità di intendere e di volere” e tale capacità, come specificato negli articoli 88 e ss., può venire meno per cause riguardanti l'età e/o eventuali alterazioni dello stato psichico. Nello specifico i minori di 14 anni sono ritenuti dal legislatore incapaci e quindi non imputabili *a priori* (art. 97), mentre per i soggetti tra i 14 e i 18 anni la capacità di intendere e di volere deve essere appurata dal giudice caso per caso (art. 98) e i maggiori di 18 anni sono considerati *a priori* capaci a meno di alterazioni psichiche, riconducibili a loro volta a stati patologici quali il vizio di mente totale o parziale (artt. 88 e 89) ed il sordomutismo (art. 96) o a stati di intossicazione quali l'ubriachezza da caso fortuito o da forza maggiore (art. 91) e l'intossicazione cronica da alcool e/o sostanze stupefacenti (art. 95). Escludendo un approccio puramente aprioristico, spetta al giudice valutare, di volta in volta, se un eventuale stato di sordomutismo possa aver effettivamente compromesso la capacità di intendere e di volere dell'autore di reato o se sussista un solido nesso temporale e/o causale tra un eventuale vizio di mente ed il crimine preso in esame. Altresì l'intossicazione acuta o cronica da alcol o da sostanze stupefacenti può, a seconda del caso, escludere o ridurre l'imputabilità del reo o, al contrario, costituire un fattore aggravante la durata della pena (6).

Il Codice Rocco affida dunque alle *pene* quella funzione retributiva finalizzata a ribadire con forza la superiorità della legge infranta e che si rende necessaria una volta riconosciute la responsabilità morale e, dunque, l'imputabilità del reo. Esso, tuttavia, muovendosi su un *doppio binario*, affianca alle pene le cosiddette *misure di sicurezza*, strumento di *difesa sociale* e applicabili in presenza di due presupposti: il primo, oggettivo, è la commissione di un reato (presupposto tuttavia non necessario nei casi previsti dagli articoli 49 e 115 ovvero, rispettivamente, quello di reato erroneamente supposto o di reato impossibile e quello di accordo per commettere un reato o di istigazione al reato), mentre il secondo, soggettivo, è quello della pericolosità sociale del reo in almeno una delle sue forme specifiche tra la *recidiva*, che comporta un aumento di pena, l'*abitualità*, la *professionalità* e la *tendenza* a delinquere, che danno invece adito, appunto, all'attuazione di misure di sicurezza. Secondo l'articolo 204, inoltre, la pericolosità sociale del reo poteva essere presunta in alcuni specifici casi: 1) il “*minore che sia condannato per delitto*

durante l'esecuzione di una misura di sicurezza, a lui precedentemente applicata per difetto d'imputabilità” (art. 225 co. 2); 2) il minore “*se, per il delitto, la legge stabilisce la pena di morte (oggi sostituita dall'ergastolo), o la reclusione non inferiore nel minimo a tre anni, e non si tratta di delitto colposo*” (art. 224 co. 2); 3) “*nel caso di proscioglimento per infermità psichica, ovvero per intossicazione cronica da alcool o da sostanze stupefacenti, ovvero per sordomutismo [...] salvo che si tratti di contravvenzioni o di delitti colposi o di altri delitti per i quali la legge stabilisce la pena pecuniaria o la reclusione per un tempo non superiore nel massimo a due anni*” (art. 222 co. 1); 4) “*il condannato, per delitto non colposo, a una pena diminuita per cagione di infermità psichica, o di cronica intossicazione da alcool o da sostanze stupefacenti, ovvero per cagione di sordomutismo [...], quando la pena stabilita dalla legge non è inferiore nel minimo a cinque anni di reclusione*”. Anche in questi casi, tuttavia, la pericolosità sarebbe stata da appurare qualora, rispetto alla data della sentenza di condanna o di proscioglimento, fossero passati più di dieci anni per gli infermi di mente secondo i primi capoversi degli articoli 219 e 222, o più di 5 anni in tutti gli altri casi. L'articolo 204 del Codice Rocco è stato abrogato dall'articolo 31 della legge n. 663 del 1986, ma ci dà comunque un'idea di quanto il legislatore del 1930 derivasse il concetto di *pericolosità sociale presunta* tanto dalla sussistenza di alterazioni dello stato psichico del reo, in ossequio alle posizioni deterministiche della Scuola Positiva nei confronti della criminalità, quanto dalla commissione di un reato al quale la legge assegnava una pena non inferiore o superiore ad un determinato *quantum* nel minimo o nel massimo, rispecchiando in parte la visione retributiva dei giuristi della Scuola Classica; la scelta dell'entità della pena, sempre nel rispetto del *quantum* edittale, doveva essere fatta dal giudice, caso per caso, sulla base di sette fattori, ovvero “1) *La natura, la specie, i mezzi, l'oggetto, il tempo, il luogo ed ogni altra modalità dell'azione*; 2) *la gravità del danno o del pericolo cagionato alla persona offesa dal reato*; 3) *l'intensità del dolo o il grado della colpa*; 4) *i motivi a delinquere e il carattere del reo*; 5) *i precedenti penali e giudiziari e, la condotta e la vita del reo, antecedenti al reato*; 6) *la condotta contemporanea o susseguente al reato*; 7) *le condizioni di vita individuale, familiare e sociale del reo.*” (6)

Le misure di sicurezza previste dal Codice Rocco variano sulla base del grado di imputabilità del reo, potendo quindi *sostituire* la pena o *associarsi* ad essa. Nello specifico, ai criminali imputabili e socialmente pericolosi spetta, al termine del periodo di condanna in galera, la permanenza in *colonia agricola* o in *casa di lavoro* (artt. 216-218), mentre i delinquenti non imputabili o semi-imputabili sono destinati, in sostituzione della reclusione in carcere, al *ricovero in manicomio giudiziario* (per i non imputabili, sec. art. 222), *all'assegnazione ad una casa di cura e custodia* (per i semi-imputabili, sec. art. 219) o *al ricovero in riformatorio giudiziario* (per i minori di 14 anni non imputabili e per i minori tra 14 e 18 anni imputabili e pericolosi, sec. artt. 224-225). Oltre a queste misure di sicurezza *personali detentive*, il codice prevede anche misure *personali non detentive*, ovvero la *libertà vigilata* (artt. 228-231), il *divieto di soggiorno* (art. 233), il *divieto di frequentare osterie e pubblici spacci di bevande alcoliche* (art. 234) e l'*espulsione dello straniero dal territorio dello stato* (art. 235), e *misure patrimoniali* ovvero la *cauzione di buona condotta* (art. 237) e la *confisca* (art. 240). Così come il concetto di *pericolosità sociale presunta*, anche la regolamentazione della durata delle misure di sicurezza ci permette di comprendere come il Codice Rocco sia stato frutto di un compromesso tra le due grandi Scuole penali preesistenti. Se infatti, nell'ottica di una loro funzione special-preventiva, le misure di sicurezza possono e devono essere prorogate fintantoché persiste la pericolosità sociale del reo, il loro minimo è commisurato ai limiti temporali della pena stabiliti dal codice per il reato specifico commesso e, in definitiva, alla gravità del reato stesso, a dimostrazione di una loro funzione *anche* retributiva. Dal 1930 i manicomi giudiziari furono popolati non solo da coloro per i quali il ricovero al loro interno era previsto dal codice come misura di sicurezza, ma anche dai semi-imputabili destinati, espiata la pena, ad una casa di cura e custodia che molto spesso altro non era che una sezione specifica proprio di un manicomio giudiziario. A questi *folli rei* si aggiungevano, come disciplinato dall'art. 148 del codice penale, i *rei folli*, ovvero quei criminali che sviluppavano disturbi psichiatrici durante il periodo di detenzione in carcere e per i quali era disposto il ricovero in manicomio giudiziario per un periodo di tempo durante il quale la pena veniva solamente sospesa. Ad arricchire la pletora di

pazienti ricoverati presso tali strutture c'erano, poi, i delinquenti sottoposti a perizia e quelli in osservazione (6).

Nonostante, a livello teorico, il compromesso tra le posizioni della Scuola Classica e quelle della Scuola Positiva da cui scaturì il Codice Rocco fu accolto generalmente in maniera favorevole dai giuristi italiani (27), non mancarono critiche nei confronti della sua estrinsecazione pratica, ovvero la distinzione tra pene e misure di sicurezza e soprattutto la possibilità di comminazione cumulativa delle due. Alla base di tali rimostranze vi era la constatazione che le misure di sicurezza erano frequentemente attuate con un livello di afflittività paragonabile a quello della detenzione in carcere, dal quale, del resto, case di lavoro e colonie agricole non si discostavano molto in termini di organizzazione e trattamento degli ospiti (6). A tale proposito Francesco Antolisei suggeriva, in *Pene e misure di sicurezza*, pubblicato nel 1933 sulla *Rivista Italiana di Diritto Penale*, l'introduzione di un'unica tipologia di sanzione modellata sulla base tanto della colpevolezza del criminale, quanto della sua pericolosità sociale (28). Inoltre, nonostante in concreto molto simili alle pene, a differenza di esse, come nota Luigi Ferrajoli in *Diritto e Ragione. Teoria del garantismo*, le misure di sicurezza non soggiacevano alle limitazioni derivanti dai principi di retributività, stretta legalità e stretta giurisdizionalità alla base del garantismo penale (29). I manicomi giudiziari, in realtà, erano appena sfiorati da queste perplessità che si addensavano invece soprattutto attorno alle misure di sicurezza attuate nei confronti dei soggetti imputabili. Il problema principale di queste strutture, più che normativo, era invece di natura organizzativa, dal momento che al loro interno i ricoverati erano soggetti ad un regime detentivo spesso anche molto duro, senza che però l'amministrazione si preoccupasse troppo di perseguire le finalità curative prefissate dai fautori di queste istituzioni. Questi gravi vizi gestionali vennero alla luce in maniera drammatica negli anni '70 del XX secolo in alcuni manicomi giudiziari campani (3,6). Ad esempio, nel 1974 il direttore del manicomio giudiziario di Sant'Eframo a Napoli, Giacomo Rosapepe, fu accusato tramite lettere anonime da una parte di consentire arbitrariamente alla moglie di partecipare in maniera abusiva all'amministrazione della struttura, dall'altra di riservare un trattamento privilegiato ad alcuni internati (nello specifico Vincenzo Tolomelli, Raffaele Cutolo, tra i più

pericolosi camorristi del secolo scorso, e Carmelo Marotta), consentendo loro di effettuare telefonate e ricevere visite alle quali, data la loro particolare condizione, non avrebbero avuto alcun diritto, intrattenendosi spesso con loro in colloqui non strettamente a scopo terapeutico ed arrivando addirittura ad affidare loro le chiavi della propria abitazione. Nello stesso anno un ex-ricoverato presso il manicomio giudiziario di Aversa, Aldo Trivini, denunciò analogamente i notevoli privilegi di cui godevano alcuni internati, in contrapposizione alle condizioni disumane e degradanti in cui viveva la maggior parte dei pazienti, tra scarsa igiene e vessazioni da parte degli agenti di custodia. A differenza di Rosapepe, inizialmente condannato e poi assolto in appello, il direttore del manicomio giudiziario di Aversa, Domenico Ragozzino, fu trovato colpevole e definitivamente condannato al carcere dall'autorità giudiziaria insieme ad un infermiere ed al comandante dell'istituto. Sia Rosapepe che Ragozzino, ad ogni modo, finirono per togliersi la vita a causa dello scandalo da cui furono travolti, entrambi nel 1978. Il caso di Aversa fu particolarmente emblematico, in quanto il Ministero di Grazia e Giustizia stesso fu condannato, insieme agli altri imputati, a risarcire le vittime dei soprusi, in quanto negligente nell'effettuazione di sopralluoghi atti a valutare la qualità della gestione della struttura (3). Ancora sul finire del 1974, all'interno del manicomio giudiziario femminile di Pozzuoli, l'internata Antonia Bernardini, "*distimica recidivante*", in un impeto di disperazione a seguito dell'ennesimo abuso (in quel caso specifico, la negazione di un bicchiere d'acqua) appiccò il fuoco al letto sudicio al quale era legata ininterrottamente da quarantatré giorni nella sezione "*agitate e coercite*" dell'istituto. Morì pochi giorni dopo nell'ospedale Cardarelli di Napoli a causa delle ustioni riportate. Oltre al fatto in sé, particolarmente grave fu che la Bernardini era ancora in attesa del processo e il giorno dell'incidente si trovava in manicomio, in condizioni miserabili, da ben oltre il periodo previsto dalla legge per la custodia preventiva. Ciò a dimostrazione di quanto quello della gestione dei manicomi giudiziari fosse un problema sistematico e non legato a semplici vizi di condotta dei direttori di singoli istituti. Il manicomio giudiziario femminile di Pozzuoli fu convertito in carcere femminile nel 1975; il direttore ed il vicedirettore della struttura, una suora e tre sorveglianti furono inizialmente condannati, ma poi assolti in appello (3,30). Interessante sottolineare come, nella sentenza di condanna di

primo grado, il giudice facesse notare come “*secondo alcune delle moderne correnti psichiatriche (che si contrappongono a quelle, per così dire tradizionali) i mezzi contenitivi in genere, oltre che una inumana e barbara forma di sopraffazione violenta della personalità dell’individuo, hanno un valore terapeutico negativo determinando, in definitiva, un aggravamento delle condizioni mentali del paziente coartato*” (3), mostrandosi dunque non indifferente al modello del *no restraint* introdotto in Inghilterra dallo psichiatra John Connolly ed importato in Italia da Ernesto Belmondo, il quale lo adottò estesamente nell’organizzazione dell’ospedale psichiatrico di Padova, di cui divenne primo direttore nel 1906, dopo aver denunciato, cinque anni prima, le condizioni di vita disumane in cui vivevano i pazienti ricoverati nel manicomio di San Servolo a Venezia, dove veniva “*fatto abuso di mezzi di contenzione banditi da oltre un secolo, da tutti i manicomi, veri strumenti di tortura, laceratori delle carni dei poveri infermi*” (31–33).

Questi scandali degli anni '70 del XX secolo andarono ad innestarsi sullo sviluppo del movimento “antipsichiatrico”, un movimento di contestazione della psichiatria tradizionale sorto nella metà degli anni '60 in Inghilterra e rapidamente diffusosi in Italia e in Europa durante il decennio successivo. Nello specifico, gli esponenti di tale corrente criticavano l’approccio eccessivamente “organicista” delle scuole psichiatriche imperanti all’epoca alle malattie mentali considerate, sulla scia della rivoluzione positivista, il mero risultato di alterazioni cerebrali, senza tener conto dei fattori psicologici e sociali implicati nella loro eziopatogenesi. Era fondamentale dunque, per i sostenitori dell’antipsichiatria, integrare la visione “organicista” dei disturbi psichiatrici, con un approccio più “fenomenologico” che tenesse conto della complessità del paziente in quanto persona dotata di una caleidoscopica vita interiore e non solo in quanto portatore di una malattia da trattare. Il massimo esponente del movimento antipsichiatrico in Italia fu senza dubbio lo psichiatra e neurologo veneziano Franco Basaglia; formatosi a Padova, abbandonò l’ambiente accademico dopo soli tre anni dal conseguimento della libera docenza a causa del contrasto tra l’orientamento strettamente organicista della clinica psichiatrica universitaria e le proprie posizioni fenomenologiche e progressiste vicine alla critica del potere psichiatrico sui folli del filosofo e storico francese Michel Foucault e alla critica delle “istituzioni totali” del sociologo

statunitense Erving Goffman (6,34). Nello specifico Goffman, nel suo *Asylums: Essays on the Condition of the Social Situation of Mental Patients and Other Inmates* del 1961, criticò aspramente l'“*istituzione totale*” del manicomio e la sua organizzazione interna rigidamente gerarchica che, attraverso provvedimenti disciplinari più che medici (la figura stessa dello psichiatra, dunque, non era risparmiata dalle critiche), portava inevitabilmente ad una “*spersonalizzazione*” del malato mentale, privandolo di qualunque legame con il mondo al di fuori dell'istituzione e inducendolo gradualmente alla convinzione di possedere un valore solo nel contesto della realtà istituzionale (35). Basaglia ebbe modo di toccare con mano una siffatta realtà quando, proprio nel 1961, divenne direttore dell'ospedale psichiatrico di Gorizia, dove strategie di contenzione di livello carcerario e strumenti terapeutici quali elettroshock e lobotomia, facevano sì che, lungi dall'essere aiutato, “*il ricoverato pare assumere un valore al di là di quello umano, fra animale docile ed inoffensivo ed una bestia pericolosa*”, come Basaglia stesso, nel 1964, denunciò ne *La distruzione dell'ospedale psichiatrico come luogo di istituzionalizzazione* (36,37). Queste falle gli apparvero ancora più evidenti nel confronto con realtà alternative che proprio in quegli anni si stavano concretizzando in Europa, come la *psichiatria di settore* in Francia, precorritrice dell'assistenza psichiatrica territoriale e, soprattutto, la *comunità terapeutica* fondata in Inghilterra dallo psichiatra Maxwell Jones, che Basaglia ebbe modo di visitare. Tale comunità non si basava su un'organizzazione gerarchica di tipo *verticale*, bensì su un rapporto *orizzontale*, paritario tra malati e membri dello staff, reso possibile dall'allentamento delle misure di contenzione e dalla creazione di un ambiente in cui il malato non percepisse se stesso come un *animale docile ed inoffensivo* o una *bestia pericolosa* e di percorsi terapeutici in grado di fargli ri-conoscere ed esprimere il proprio potenziale sociale in vista di un reinserimento nella comunità (38). Proprio a Gorizia, e poi ancor più a Trieste dal 1971 al 1980, Basaglia volle replicare l'esperienza di Jones, comprendendo la necessità di spogliare lo psichiatra della sua veste di carceriere ed il manicomio giudiziario di quella di mero strumento di difesa sociale, incentivando la partecipazione dei “*matti*” alla vita di comunità fuori dall'istituto ed il contatto dei “*sani*” con quella all'interno. Il modello basagliano trovò terreno fertile tra alcuni giovani psichiatri riuniti a Gorizia, che a

loro volta lo esportarono con un certo successo, ma non senza resistenze, in altre città italiane come Perugia, Nocera Superiore, Cividale del Friuli, Parma, Arezzo, Ferrara e Pordenone (39). Contemporaneamente, al di fuori dell'ambito strettamente specialistico, il problema delle malattie mentali e delle condizioni dei malati di mente veniva percepito anche dalle istituzioni e dalla popolazione italiane: nel 1961 nacque ufficialmente la collana "Biblioteca di psichiatria e psicologia clinica", con lo scopo di diffondere il pensiero di psichiatri e psicoterapeuti emarginati dalla psichiatria organicista accademica; nel 1966, a Firenze, medici e comuni cittadini fondarono l'Associazione per la lotta contro le malattie mentali; il ministro della Sanità Luigi Mariotti, nel 1965, paragonò i manicomi giudiziari a dei "*lager germanici*" (6).

Fu proprio Mariotti a promuovere la legge n. 431 del 1968, che da lui prese il nome, con l'obiettivo di potenziare l'assistenza psichiatrica su un piano genuinamente terapeutico. Tale provvedimento stabiliva un tetto al numero massimo di internati ed un rapporto fisso tra internati e personale sanitario per ciascuna struttura, così da evitare situazioni di sovraffollamento e di carenza assistenziale; introduceva inoltre la presenza, nei manicomi giudiziari, di figure professionali quali psicologi ed assistenti sociali e, a dimostrazione di come la funzione di difesa sociale non dovesse oscurare la vocazione terapeutica degli istituti, la possibilità del ricovero volontario su istanza del malato stesso. Altro grande merito della legge Mariotti fu poi quello di implementare servizi psichiatrici territoriali, in forma di centri di igiene mentale, ospedali psichiatrici e servizi psichiatrici ospedalieri congiunti a servizi geriatrici, che garantissero ai malati di mente modalità di assistenza che andassero oltre il ricovero in manicomio (6). Un ulteriore passo avanti nella riforma della sanità pubblica, psichiatrica in particolare, fu fatto dieci anni dopo, nel 1978, quando venne approvata la legge n. 180; Basaglia ne fu il principale ispiratore e promotore e la concepì come un provvedimento transitorio in attesa dell'istituzione del Sistema Sanitario Nazionale (40), cosa che di fatto accadde pochi mesi più tardi, con l'approvazione della legge n. 833 che, oltre a sancire ufficialmente la nascita del SSN, inglobò la maggior parte degli articoli della legge 180/78, validi tutt'oggi in materia di gestione dei pazienti psichiatrici. L'articolo 1 della legge 180/78, fondamentale, sancisce il carattere volontario dei provvedimenti sanitari, con

l'eccezione di accertamenti e trattamenti sanitari obbligatori (ASO e TSO, rispettivamente), i quali possono essere disposti, su proposta di un medico, dal sindaco locale, ma sempre cercando il consenso e la partecipazione del paziente e garantendogli l'inalienabilità dei suoi diritti politici e civili, tra cui quello di poter comunicare con altre persone. Nell'articolo 2 vengono disciplinati nello specifico i TSO di carattere psichiatrico, di durata massima di sette giorni con possibilità di proroga per il sanitario (previa approvazione del giudice tutelare) e di ricorso per il paziente, previsti esclusivamente per quelle persone affette da disturbi psichiatrici tali da richiedere interventi urgenti, che rifiutino tali interventi e in assenza di soluzioni terapeutiche a livello extraospedaliero; il TSO per pazienti psichiatrici può essere infatti disposto esclusivamente presso il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura dell'Azienda sanitaria e solo qualora non sia possibile gestire i singoli casi presso un Centro di Salute Mentale, un ambulatorio, un pronto soccorso o il domicilio del paziente (art. 6), a dimostrazione di quanto la legge 180/78 e successivamente la legge 833/1978, privilegiassero la gestione dei malati di mente a livello territoriale, considerando i presidi ospedalieri come un'ultima risorsa. In definitiva la legge 180/78 sancì il superamento degli ospedali psichiatrici, imponendo il divieto di costruirne di nuovi e l'obbligo di convertire ad altro utilizzo le strutture già esistenti o in fase di completamento (art. 7) (6). Nel 1975, intanto, era stata varata la legge n. 354 sull'ordinamento penitenziario, in cui i manicomi giudiziari mutarono nome in *Ospedali Psichiatrici Giudiziari* (O.P.G.), facendo intendere una volontà, nel legislatore, di esaltare la funzione terapeutica più che detentiva di tali istituti, in linea con quella rivoluzione antipsichiatrica che avrebbe appunto portato, tre anni dopo, alla legge 180/78. Ad ogni modo, leggendo la normativa, appare chiaro come il mutamento di nome non sia stato accompagnato da un mutamento della realtà dei fatti; gli internati negli O.P.G. erano di fatto ancora sottoposti ad un regime detentivo equiparabile a quello dei prigionieri nelle carceri comuni i quali, anzi, cominciarono con il nuovo ordinamento penitenziario a godere di una serie di privilegi dai quali gli internati erano esclusi. In primis costoro non potevano accedere a misure alternative alla detenzione applicabili invece ai carcerati in specifiche condizioni, come l'affidamento in prova ai servizi sociali, la liberazione condizionale e, con la riforma dell'ordinamento penitenziario del 1986,

ovvero la legge Gozzini, la detenzione domiciliare, così come erano negati agli ospiti degli O.P.G. alcuni benefici accessibili ai carcerati come i permessi premio in caso di buona condotta, introdotti anch'essi con la riforma del 1986 (6). In secondo luogo tra carcerati ed internati vi erano differenze sostanziali nel trattamento penitenziario che vedevano i secondi soggetti a condizioni detentive paradossalmente più dure rispetto ai primi. Ad esempio lo svolgimento di attività lavorative era concesso agli internati solo in un'ottica terapeutica (la cosiddetta ergoterapia) più che in vista di un reinserimento sociale; si trattava per di più di mansioni scarsamente qualificate e in cambio di ricompense nettamente inferiori alla retribuzione prevista per le stesse attività all'esterno degli istituti (6). Sempre con la giustificazione delle esigenze terapeutiche la corrispondenza privata degli internati poteva essere soggetta a visto di controllo più o meno esteso, così come i colloqui mensili potevano subire delle limitazioni di frequenza; in altre parole le esigenze *curative*, anziché mitigarle, andavano ad inasprire le pratiche *custodialistiche* limitando sostanzialmente diritti e dignità dei pazienti negli O.P.G. (6) Un'ulteriore contraddizione consisteva nel fatto che gli internati potevano essere, secondo l'ordinamento, sottoposti a sanzioni disciplinari, peraltro inflitte senza la supervisione del personale medico, qualora in grado di comprendere il nesso colpa-punizione nonostante, secondo il codice penale, il ricorso al manicomio giudiziario presupponesse proprio l'incapacità di intendere e di volere del soggetto socialmente pericoloso (6). Il Regolamento penitenziario del 2000 ha successivamente migliorato le condizioni di detenzione negli O.P.G. relativamente alle attività lavorative, riconoscendo i diritti anche dei lavoratori malati di mente, e ai colloqui mensili, prevedendo la possibilità di aumentarne la frequenza in ottemperanza alle specifiche esigenze di cura (6). Ad ogni modo, appare evidente come l'O.P.G. si presentasse come una vera e propria *istituzione totale* goffmaniana nella quale, peraltro, persisteva il ricorso alla contenzione fisica degli internati, prevista dall'ordinamento del 1975 (art. 42) come soluzione per prevenire danni a carico del paziente o di altre persone o cose e da attuare solo con specifici strumenti indicati nel regolamento attuativo del 1976, solo per il tempo "*strettamente necessario*" e solo sotto il controllo medico: l'indeterminatezza dei limiti temporali, così come l'assenza dell'obbligo di registrare tutti gli interventi di contenzione

fisica rendono questa pratica, come ci si aspetterebbe, facilmente soggetta ad abuso ai danni degli internati (6). Il fatto che gli O.P.G., al 1975, non fossero strutture adeguate per la cura dei malati di mente pericolosi era dovuto anche alla presenza di particolari categorie di internati; parliamo innanzitutto dei giudicabili a procedimento sospeso, dei condannati a pena sospesa e dei sottoposti ad una diversa misura di sicurezza trasferiti in manicomio giudiziario, tutti soggetti “sospesi” spesso destinati a rimanere per molti anni all’interno di queste strutture che si trasformavano così in una sorta di depositi. Depositi non solo di delinquenti ammalatisi nel corso del processo o della condanna in carcere, ma anche semplicemente di detenuti scomodi, irrequieti, difficilmente gestibili nelle prigioni e quindi trasferiti in O.P.G. dove venivano sottoposti a periodi, anche lunghi, di osservazione psichiatrica; osservazione che, spesso, non rilevava alcuna patologia mentale (6). Il regolamento attuativo del 1976 (art. 99) stabilì che quest’ultima categoria di detenuti fosse periziata nel carcere di provenienza e che, proprio per questo, in ogni istituto penitenziario vi fosse almeno uno psichiatra (6). La legge 180/78 sancì il superamento degli ospedali psichiatrici civili senza però mai affrontare la questione degli ospedali psichiatrici giudiziari, i quali ebbero comunque ripercussioni dalla nuova normativa. La chiusura dei manicomi e quindi il divieto di disporre nuovi ricoveri al loro interno determinò innanzitutto l’interruzione della collaborazione tra strutture penali e civili, finalizzata ad ammorbidire il sistema delle misure di sicurezza e, di fatto, a depotenziare gli O.P.G. (41) Era infatti prassi che per reati di lieve entità, si cercasse di ricoverare il reo malato di mente in un manicomio civile piuttosto che penale, così come la dimissione dal manicomio giudiziario e il ritorno alla libertà erano spesso intervallate da un periodo di prova, necessario per valutare l’eventuale persistenza della pericolosità sociale, durante il quale il soggetto poteva anche essere affidato ad un manicomio civile (6). Secondo alcuni autori (42–44) il superamento dei manicomi civili e dunque l’impossibilità di utilizzarli da una parte per accogliere da subito i pazienti autori dei reati meno gravi, dall’altra di gestire gli internati nella delicata fase di transizione verso la libertà, avrebbe portato addirittura ad un potenziamento degli O.P.G. e ad un notevole incremento della popolazione in essi residente. In realtà un aumento del numero degli internati negli O.P.G. si era

verificato a partire già dal 1976, ovvero due anni prima della legge 180/78, con un successivo decremento a partire dal 1982. Considerando, infatti, che la chiusura e lo spopolamento degli ospedali psichiatrici civili non fu immediato dopo la legge 180/78, tanto che nel 1996 gli internati sul territorio italiano erano ancora 17000 (a fronte dei 52000 del 1978), appare evidente come tale normativa non sia stata sufficiente a determinare un reale potenziamento degli O.P.G. nei decenni successivi (6). D'altro canto, però, la legge 180/1978 produsse l'effetto di accentuare notevolmente il divario tra il trattamento riservato ai pazienti psichiatrici autori di reato e a quelli non socialmente pericolosi, con i primi ancora sottoposti a regimi detentivi decisamente poco funzionali alla loro guarigione e al loro reinserimento nella società e i secondi che poterono finalmente accedere ad una reale assistenza sanitaria radicata nel territorio (6).

Dopo una serie di sentenze della Corte Costituzionale negli anni '70 e '80, in particolare la sentenza n. 1 del 1971 (sulla presunzione di pericolosità del minore di anni 14), la n. 139 del 1982 (sulla presunzione di persistenza della pericolosità sociale) e la n. 249 del 1983 (sulla presunzione di pericolosità sociale del semi-infermo), volte a limitare il concetto giuridico di presunzione della pericolosità sociale prevista dall'articolo 204 del codice penale (6), nel 1986 fu finalmente varata la legge n. 663, ovvero la legge Gozzini dal nome del suo promotore, con cui il suddetto meccanismo presuntivo venne abolito e l'articolo 204, come già accennato, fu abrogato; da allora, l'adozione di misure di sicurezza ebbe come presupposto necessario l'accertamento della pericolosità sociale del soggetto che fu affidato, con il nuovo codice di procedura penale del 1988, al Magistrato di Sorveglianza, coadiuvato da un perito psichiatra, in fase di esecuzione della misura di sicurezza (6). Il ventesimo secolo si chiuse infine con la sentenza della Corte Costituzionale n. 324 del 1998, con cui venne dichiarata l'incostituzionalità dell'internamento in O.P.G. per i minori socialmente pericolosi, ai quali venivano riservati, quali misure di sicurezza, il riformatorio giudiziario e la libertà vigilata (6).

3.1.3 Secolo XXI: Il tramonto degli O.P.G.

La sentenza n. 253 del 2003 della Corte di Cassazione stabilì che l'internamento in un O.P.G. sarebbe dovuto diventare, da quel momento in poi, l'ultima spiaggia nella gestione del prosciolto folle socialmente pericoloso, privilegiando altre soluzioni come la libertà vigilata. In questa sentenza la Corte affermò chiaramente che “*le esigenze di tutela della collettività non potrebbero mai giustificare misure tali da recare danno, anziché vantaggio, alla salute del paziente*”, stabilendo dunque il primato della cura sulla custodia e la necessità che anche i folli autori di reato beneficiassero di quella assistenza sanitaria territoriale a cui i folli comuni avevano cominciato ad accedere già a seguito della legge 180/78 (6).

Il tramonto degli O.P.G. fu ovviamente accompagnato da proposte di riforma del sistema di misure di sicurezza proposte per i prosciolti folli, proposte che seguirono due correnti principali: una riformista *strictu sensu*, l'altra abolizionista che a sua volta includeva fautori della carcerizzazione e fautori della medicalizzazione degli internati in O.P.G. La proposta di carcerizzazione, che prese forma soprattutto nel disegno di legge S.177/1983 e nel disegno di legge n.151 del 1996, prevedeva fondamentalmente che i pazienti psichiatrici autori di reato venissero internati in carceri comuni, nello specifico nella struttura più vicina al loro luogo di residenza, all'interno delle quali avrebbe cominciato ad operare il Sistema Sanitario Nazionale attraverso il Dipartimento di Salute Mentale, definendo percorsi di cura specifici per i singoli pazienti, i quali avrebbero preso parte attiva al processo decisionale (6).

La proposta della carcerizzazione presupponeva, a livello teorico, la caduta della distinzione tra imputabilità e non imputabilità, attribuendo al folle la stessa capacità di comprensione ed autodeterminazione nelle proprie azioni del soggetto sano, nella convinzione che la responsabilizzazione del malato potesse essere utile al percorso di cura e di riconquista della dignità. Nonostante questi aspetti positivi sul piano teorico e quelli pratici, altrettanto positivi, relativi alla possibilità per i *folli rei* di accedere a quelle misure di sicurezza alternative alla detenzione ancora riservate ai soli carcerati di cui si è discusso in precedenza, i detrattori della proposta di carcerizzazione facevano notare come la nuova organizzazione penitenziaria prospettata per i carcerati malati di mente si sarebbe rivelata nient'altro che una nuova *istituzione totale* del tutto insufficiente ad una adeguata gestione del disagio

psichico (45). D'altro canto i fautori della medicalizzazione del sistema di misure di sicurezza, continuando a sostenere la non imputabilità dei *folli rei*, proponevano di affidare i prosciolti ai servizi di assistenza psichiatrica sul territorio proprio come si era cominciato a fare con i malati di mente non autori di reato a partire dalla legge 180/78; il rischio principale legato a questo tipo di proposta era, a ragion veduta, quello di un sovraccarico e di una deriva custodialistica delle strutture dei DSM (45,46).

I riformisti proponevano invece di mantenere in funzione gli O.P.G., intervenendo piuttosto sul Codice Penale e su una serie di concetti giuridici ritenuti, anche alla luce dei progressi della scienza psichiatrica, ancora troppo generici ed aleatori come quelli di vizio di mente totale o parziale, di imputabilità e di pericolosità sociale, o direttamente sulle modalità di adozione delle misure di sicurezza per i rei infermi di mente, in modo da renderne più equo il trattamento (6). Notevole in questo senso è stato il progetto Regione Toscana – Emilia Romagna, elaborato grazie alla cooperazione di psichiatri, psicologi, operatori di comunità e giurisperiti e presentato come disegno di legge n. 2746 del 1997. Questo progetto di riforma prevedeva il mantenimento del binomio *imputabili – non imputabili* e contemplava tra le cause di non imputabilità l'infermità mentale, la grave anomalia psichica e la grave menomazione sensoriale. Inoltre differenziava il trattamento a seconda che al reato commesso corrispondesse una pena edittale massima inferiore o meno ai dieci anni, disponendo nel primo caso l'affidamento al servizio sociale, con possibilità di affidamento in custodia e successiva riconversione nei casi più gravi, nel secondo l'affidamento in custodia in prima battuta con possibilità di internamento, in caso di specifiche esigenze di sicurezza, in sezioni carcerarie speciali in collaborazione con il SSN. In ottemperanza al principio della territorialità vi sarebbe dovuta essere una struttura per ogni regione, ciascuna in grado di accogliere non più di 30 individui (6).

Per quanto concerne la tutela della salute e dall'assistenza sanitaria nelle strutture detentive, fino al 1999 questa era affidata al Ministero di Giustizia (nello specifico, dal 1990 al Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria) di cui i medici operanti in questi istituti erano di fatto dipendenti. Nel 1998, con la legge delega n. 419, il Parlamento chiese ufficialmente al Governo di procedere con l'inserimento

della medicina penitenziaria nel SSN ed il decreto legislativo n. 230 del 1999 sancì il trasferimento del personale e delle risorse sanitarie dal DAP al SSN limitatamente alla prevenzione in termini generali e alla gestione delle tossicodipendenze a 360 gradi. Il processo di trasferimento fu graduale, con iniziali sperimentazioni estese anche ad altre funzioni sanitarie in regioni quali Toscana, Lazio e Puglia e diverse proroghe del termine fissato per il raggiungimento degli obiettivi (6,47). Fu finalmente con il DPCM del 1 aprile 2008 che venne sancito *ope legis* il definitivo passaggio al SSN di tutte le funzioni sanitarie svolte fino a quel momento dal Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria e dal Dipartimento della Giustizia Minorile, nel rispetto di una serie di “*principi di riferimento*”, riportati nell'allegato “A”, tra cui 1) il *riconoscimento della piena parità di trattamento sanitario tra liberi e detenuti/internati*, 2) la *necessità di una piena e leale collaborazione interistituzionale tra SSN e Amministrazione Penitenziaria e della Giustizia Minorile* così da poter perseguire efficacemente il duplice obiettivo della tutela della salute e del recupero sociale dei rei, 3) la *complementarietà tra gli interventi a tutela della salute e gli interventi mirati al recupero sociale del reo*, 4) la *partecipazione diretta dei detenuti alle attività di prevenzione, cura e riabilitazione e ai percorsi di preparazione all'uscita*, 5) la *garanzia di condizioni ambientali e di vita rispondenti ai criteri di rispetto della dignità della persona* e 6) la *centralità della continuità terapeutica* (47,48). L'iter giuridico di superamento degli O.P.G. dovette dunque tener conto di questi principi fondamentali e prese forma concretamente, per la prima volta, con il Decreto Legge n. 211 del 2011, convertito poi nella Legge n. 9 del 2012 (*Disposizioni rilevanti per il Settore Penale*), che fissava il termine ultimo per il superamento effettivo degli O.P.G. al 1 febbraio 2013. Questa legge prevedeva che le nuove strutture che avrebbero sostituito gli O.P.G. e le Case di Cura e Custodia fossero dirette da uno psichiatra, a gestione interna *esclusivamente* sanitaria affidata ad un'equipe multiprofessionale e con eventuale attività di vigilanza esterna perimetrale affidata al corpo di polizia. Ciascuna struttura si sarebbe dovuta dotare almeno di un'area verde interna, di aree comuni per attività ricreative/lavorative e di un'area abitativa con non più di 20 posti letto (tetto massimo aumentabile mediante la realizzazione di un sistema poli-modulare di R.E.M.S., come quello di Castiglione delle Stiviere, collocando 20

posti letto in ciascun “modulo”) distribuiti per almeno un 10% in camere singole, tutte dotate di servizi igienici separati dalla zona notte. I pazienti sarebbero stati affidati alla struttura più vicina al luogo di provenienza in ottemperanza al principio della territorialità (6,47). La precisa definizione a livello legislativo ed il raggiungimento di questi requisiti da parte delle regioni richiesero diverso tempo e si rese necessario il Decreto Legge n. 24 del 2013, poi convertito nella Legge n. 57 del 2013, per prorogare il termine inizialmente fissato al 1 febbraio dello stesso anno ed effettuare alcuni aggiustamenti sulla nuova normativa. Fu infine il Decreto Legge n. 52 del 2014, convertito in seguito nella Legge n. 81 del 2014 (*Disposizioni urgenti in materia di superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari*), a stabilire definitivamente la chiusura dei sei O.P.G. attivi in Italia (a Castiglione delle Stiviere, Montelupo Fiorentino, Aversa, Reggio Emilia, Napoli e Barcellona Pozzo di Gotto) per il 31 marzo 2015 e a dare un nome alle strutture che li avrebbero sostituiti: Residenze per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza (R.E.M.S.) (6,47).

3.2 Il “sistema R.E.M.S.” in Italia

Sulla scia dell'orientamento giurisprudenziale auspicato ancora ai tempi degli O.P.G. dalla sentenza n. 253 del 2003, l'articolo 1 della legge 81/2014 specifica che il ricovero in R.E.M.S. deve costituire una soluzione da riservare esclusivamente a quei pazienti psichiatrici autori di reato per i quali qualunque misura di sicurezza non detentiva, considerata la pericolosità sociale, non sarebbe sufficiente a prevenire scompensi comportamentali che potrebbero con buona probabilità sfociare nella commissione di un reato. È previsto che la suddetta pericolosità sociale sia accertata dal Magistrato di Sorveglianza, con il supporto di un medico psichiatra, solo sulla base delle caratteristiche soggettive del reo e non più anche delle sue condizioni di vita individuale, familiare e sociale; è inoltre fatto obbligo di realizzare, per ciascun paziente accolto, un percorso riabilitativo-terapeutico individualizzato (PTRI) da trasmettere entro 45 giorni dall'ingresso in struttura al Ministero della Salute e all'autorità giudiziaria competente. Tutto ciò allo scopo di evitare i cosiddetti “ergastoli bianchi”, ovvero proroghe ad libitum della misura di

sicurezza che, per legge, dovrebbe avere una durata non superiore alla pena massima edittale prevista per il reato specifico in questione, evitando di conseguenza la trasformazione delle R.E.M.S. in depositi ad oltranza di pazienti particolarmente problematici (47).

Secondo il *XVIII Rapporto sulle condizioni di detenzione dell'Associazione Antigone*, le R.E.M.S. attive in Italia al 31/12/2021 erano 32 e già due anni fa appariva problematica la questione del Sistema poli-modulare di R.E.M.S. di Castiglione delle Stiviere, nel quale era accolto circa il 25,3% delle persone sottoposte a misura di sicurezza detentiva in tale tipo di struttura (49); il *XIX Rapporto sulle condizioni di detenzione dell'Associazione Antigone* ha evidenziato come, al 31/12/2022, la situazione, lungi dall'essersi normalizzata, fosse solo lievemente migliorata con una percentuale scesa al 22,5% (Tabella I) (50). I medesimi rapporti ci dicono che in un anno la percentuale di donne nelle R.E.M.S. è aumentata dal 10,8% al 12% e che la percentuale di stranieri è passata da un 18,2% (dato comunque spurio considerata l'assenza di informazioni circa la nazionalità di ben 76 pazienti accolti su 572) ad un 22,1% (49,50).

REGIONE	PRESENTI IN R.E.M.S. AL 31.12.2021	PRESENTI IN R.E.M.S. AL 31.12.2022
Abruzzo	20	22
Basilicata	0	0
Calabria	9	16
Campania	42	39
Emilia-Romagna	22	25
F.V.Giulia	0	6
Lazio	74	84
Liguria	18	15
Lombardia	145	133
Marche	25	27
Molise	0	0

P.A.Bolzano	0	0
P.A.Trento	10	10
Piemonte	39	39
Puglia	31	37
Sardegna	16	17
Sicilia	54	55
Toscana	28	28
Umbria	0	0
Valle d'Aosta	0	0
Veneto	39	39
TOTALE	572	592

Tabella I. *Pazienti presenti in R.E.M.S. al 31.12 del 2021 e del 2022 secondo il XIX Rapporto sulle condizioni di detenzione dell'Associazione Antigone*

Un grosso problema determinato dalla transizione da O.P.G. a R.E.M.S. è stato che, proprio per incentivare il ricorso a queste ultime strutture solo come *extrema ratio* nella gestione dei pazienti psichiatrici autori di reato, i 1200-1300 posti letto mediamente disponibili negli O.P.G. nel nostro Paese sono stati fondamentalmente dimezzati (47). Il rigoroso rispetto del tetto massimo di posti disponibili in ciascuna nuova struttura, 600 in tutta Italia, da una parte ha fatto sì che le R.E.M.S. non abbiano ancora mai sperimentato situazioni di sovraffollamento purtroppo comuni nelle carceri italiane, ma dall'altra ha portato, congiuntamente alla tendenza dei magistrati ad abusare della misura di sicurezza detentiva in R.E.M.S., al formarsi di liste d'attesa per l'accesso a queste strutture esponenzialmente più lunghe anno dopo anno (Figura 1) (49,50). Liste costituite da pazienti che, nei casi più critici, attendono l'ingresso in R.E.M.S. all'interno di un carcere (49): nell'aprile del 2022 si trattava di 49 individui su un totale di 204 in lista d'attesa (51).

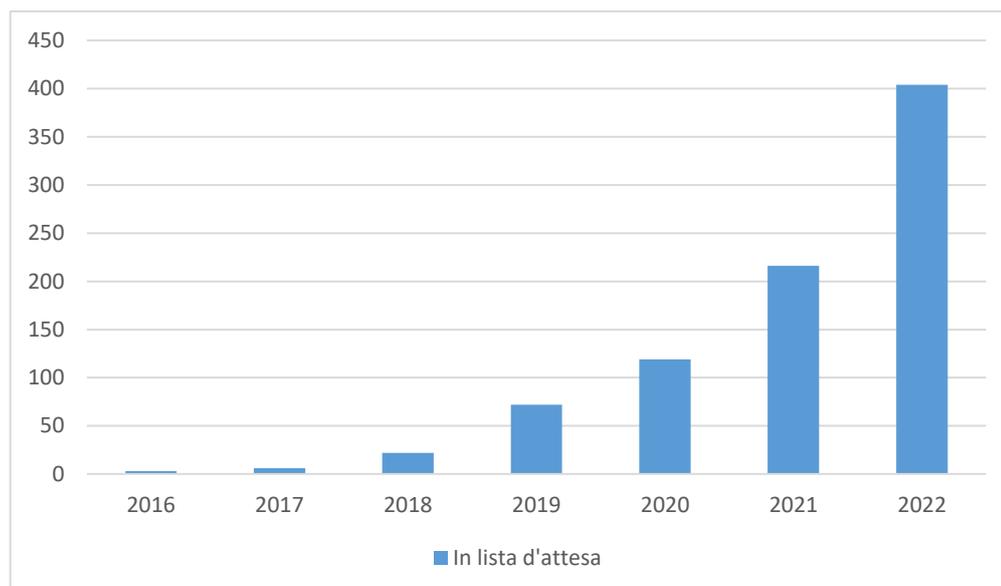


Figura 1. *Andamento delle liste d'attesa per l'accesso alle R.E.M.S. tra il 2016 ed il 2022 secondo il XIX Rapporto sulle condizioni di detenzione dell'Associazione Antigone*

Il problema delle liste d'attesa riconosce due concause principali: da una parte, come accennato, un eccessivo afflusso di individui per cui viene ordinato il ricovero in R.E.M.S. e dall'altra una insufficiente valvola di sfogo, per il “sistema R.E.M.S.”, nei servizi psichiatrici territoriali in forma di comunità terapeutiche, gruppi-appartamenti, soluzioni semi-residenziali etc. (50)

Relativamente alla prima questione è interessante notare, sempre nel XIX Rapporto Antigone, la posizione giuridica dei ricoverati in R.E.M.S. tra il 2016 ed il 2022 (Figura 2) con particolare riguardo alla numerosità dei soggetti accolti in via provvisoria perché ancora sottoposti a procedimento penale (art. 206 c.p.) e quelli accolti in via definitiva perché ufficialmente prosciolti per non imputabilità (art. 222 c.p.) (50).

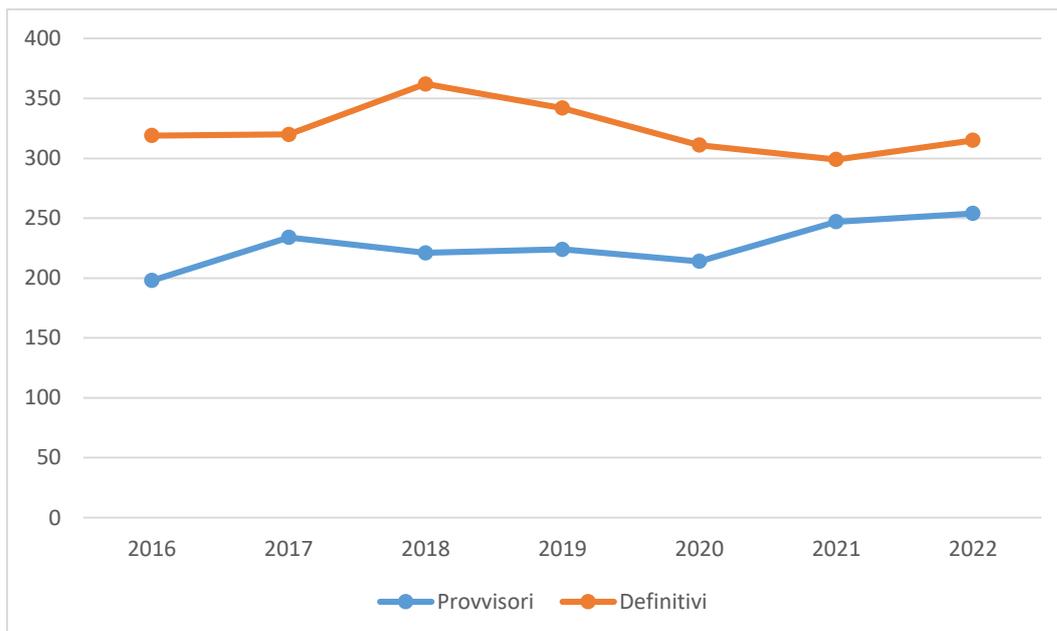


Figura 2. *Andamento delle presenze in R.E.M.S. in base alla posizione giuridica tra il 2016 ed il 2022 secondo il XIX Rapporto sulle condizioni di detenzione dell'Associazione Antigone*

La percentuale dei pazienti in situazioni provvisorie si è attestata intorno al 43% sia nel 2021, con 247 accolti su 572, che nel 2022, con 254 accolti su 592. Da questo dato è possibile evincere una certa propensione dei giudici di cognizione a ricorrere al ricovero in R.E.M.S. come misura di sicurezza provvisoria, probabilmente in gran parte per il fatto che una sentenza provvisoria è in genere temporalmente più vicina alla commissione del reato rispetto ad una sentenza definitiva; ciò significa che verosimilmente l'autore del reato si trova ancora nella fase acuta del proprio disturbo psichico e che la conseguente pericolosità sociale rende in tale frangente, agli occhi dell'autorità, l'internamento in R.E.M.S. la misura di sicurezza più "confortante" (49).

Tutto ciò si collega direttamente al secondo fattore che contribuisce al progressivo ingrossamento delle liste d'attesa per le R.E.M.S., ovvero la scarsa valorizzazione di misure di sicurezza non detentive applicabili a livello dei servizi psichiatrici territoriali, che risulta essere al contempo tra le cause e le conseguenze del carattere sempre più frequentemente provvisorio dei ricoveri in R.E.M.S. Se infatti, come abbiamo visto, da un lato i giudici di cognizione in prima istanza sono spesso riluttanti ad ordinare l'esecuzione provvisoria di misure di sicurezza non detentive

sul territorio per i *folli rei*, dall'altro i servizi psichiatrici territoriali entrano in gioco solo quando la sentenza assume carattere definitivo, privando quindi gli internati provvisoriamente di adeguati percorsi terapeutico-riabilitativi individualizzati, di cui il ricovero in R.E.M.S. dovrebbe essere solo la prima tappa (49). Una questione non secondaria è tuttavia anche la scarsa disponibilità, che spesso si riscontra in chi gestisce gli ingressi in queste strutture comunitarie, ad accogliere pazienti psichiatrici autori di reato; problema, questo, legato in parte anche al fatto che tali strutture sono per lo più dipendenti dal settore privato sociale, semplicemente convenzionato con il Sistema Sanitario Nazionale (50).

Gianfranco Rivellini ed alcuni colleghi hanno suggerito due strategie per ovviare a questi problemi (47). La prima consiste nella creazione di Unità Funzionali di Psichiatria Forense (UFPF) operanti all'interno delle ASL con lo scopo di favorire il confronto tra psichiatri con specifiche competenze in ambito giuridico ed i Magistrati con i loro periti, dal principio delle indagini fino all'attuazione delle misure di sicurezza. Il *XVIII Rapporto Antigone* ha evidenziato, tra le altre cose, come il "deposito" provvisorio di pazienti nelle R.E.M.S. sia una prassi tanto più abusata quanto più tardivamente avviene il contatto tra l'autorità giudiziaria e i servizi di salute mentale attivi sul territorio (49), per cui è legittimo affermare che una più stretta cooperazione tra organi sanitari e giuridici andrebbe certamente a beneficio dei pazienti, rendendo possibile la creazione di percorsi di cura e riabilitazione modellati sul singolo individuo. Pionieristica in questo senso è stata la Regione Liguria che si avvale di Unità Funzionali di Psichiatria Forense già dal 2015 (47). La seconda strategia consiste invece nell'istituzione, sul territorio, di strutture intermedie riabilitative ad alta specializzazione in grado di accogliere, in ottemperanza alle esigenze di cura e custodia, pazienti psichiatrici autori di reato a pericolosità sociale medio-bassa. Una realtà virtuosa, in questo caso, è quella della Regione Veneto dove, dal luglio 2011, è attiva la Residenza "Don Giuseppe Girelli", che alleggerisce il carico di lavoro della R.E.M.S. di Nogara accogliendo fino a 18 pazienti, generalmente in "licenza di esperimento" o in "libertà vigilata" (47). Questa seconda proposta, a ben vedere, si inserisce perfettamente nel modello di gestione *non custodiale* dei pazienti psichiatrici autori di reato auspicato da Basaglia ed imperniato, più che sulle R.E.M.S., proprio sul supporto di strutture

comunitarie residenziali in grado di fornire ai soggetti accolti percorsi di cura, riabilitazione e reinserimento sociale mettendo in secondo piano le esigenze di custodia e sicurezza (50).

In virtù dei principi di *residualità* e *transitorietà*, che insieme a quelli di *priorità della cura* e *territorialità* hanno ispirato la legge 81/2014, oggi dunque la gestione dei *folli rei* dovrebbe essere affidata *in primis* ai DSM operanti sul territorio, con la conseguente necessità di un dialogo continuo tra questi ultimi e la Magistratura. Ferma restando l'utilità delle suddette UFPF, per adesso ancora scarsamente sperimentate in Italia, il Consiglio Superiore della Magistratura (CSM) si è mosso a questo proposito nella giusta direzione con la Delibera consiliare del 19 aprile 2017, contenente le *Direttive interpretative e applicative in materia di superamento degli Ospedali psichiatrici giudiziari (O.P.G.) e di istituzione delle Residenze per l'esecuzione delle misure di sicurezza (R.E.M.S.) di cui alla Legge n. 81 del 2014* in cui viene caldeggiato un rapporto di assiduo dialogo, collaborazione e reciproca conoscenza tra Uffici di Sorveglianza, DSM, Direzioni delle R.E.M.S. e Uffici per l'Esecuzione Penale Esterna (UEPE), con l'obiettivo di ridurre al minimo indispensabile il ricorso alle R.E.M.S. privilegiando invece soluzioni non detentive nel rispetto delle esigenze di cura e della dignità dei pazienti (47). Per favorire concretamente questo tipo di cooperazione, il 24/09/2018 il CSM ha redatto la *Risoluzione sui Protocolli Operativi in tema di misure di sicurezza psichiatriche*, documenti finalizzati a disciplinare in maniera precisa i rapporti tra organi sanitari e giuridici nella gestione dei *folli rei* e che hanno riconosciuto dei precursori nel *Protocollo di Brescia* e nel *Protocollo di Milano* realizzati dalla Regione Lombardia; notevole, nel primo dei due, è l'importanza riconosciuta all'Avvocatura nel definire il percorso di cura più adeguato per i pazienti assistiti, sia nella fase di scelta della misura di sicurezza che in quella successiva di esecuzione (47). Un'ulteriore iniziativa utile per un corretto ed omogeneo funzionamento del "sistema R.E.M.S." sarebbe la costituzione di tavoli tecnici permanenti a livello regionale nel contesto dei quali valutare periodicamente l'operato delle R.E.M.S., individuarne le eventuali criticità e proporre soluzioni per superarle, sempre all'insegna del dialogo tra rappresentanti delle istituzioni sanitarie, quali DSM e R.E.M.S., e rappresentanti delle istituzioni giuridiche, quali Procura della

Repubblica, Tribunale di Sorveglianza e Tribunale dei diritti del Malato, ma senza escludere dai lavori, ove possibile, i malati stessi. Di questa esigenza ha tenuto conto il Commissario della ASL Roma 5 che, nel marzo 2018, sotto la spinta del Garante regionale delle persone private della libertà della Regione Lazio, ha istituito per la prima volta in Italia un tavolo tecnico permanente per il monitoraggio ed il coordinamento di due R.E.M.S., quella di Palombara Sabina e quella di Subiaco, includendo nelle attività anche due pazienti in rappresentanza di tutti i ricoverati presso le suddette strutture (47,52).

3.3 Il caso di Castiglione delle Stiviere

Dalla disamina generale svolta fino a questo punto appare chiaro come la transizione da O.P.G. a R.E.M.S. nel 2015 abbia senza dubbio portato ad una maggiore attenzione alle esigenze di cura dei pazienti psichiatrici autori di reato, fino a quel momento considerati alla stregua di semplici delinquenti e addirittura, come abbiamo visto, privati di una serie di privilegi di cui invece i carcerati ordinari pure godevano. Lo scopo di questa tesi è quello di osservare nello specifico dell'istituto di Castiglione delle Stiviere (MN) le modalità con cui i cambiamenti descritti si sono concretamente realizzati in una delle più importanti strutture assistenziali d'Italia.

L'Ospedale Psichiatrico Giudiziario di Castiglione delle Stiviere fu fondato nel 1939, inizialmente ospitato in un ex convento situato nel centro del paese. Nel 1998 la sede venne trasferita in una nuova struttura costruita in un'ampia area verde, il parco delle Ghisiola, a circa 3 km dal centro storico e raggiungibile solamente in auto. Tra le sei strutture attive in Italia al momento della chiusura, l'O.P.G. di Castiglione delle Stiviere si distingueva per alcune peculiarità. *In primis* è stata l'unica struttura a non essere stata gestita dal Dipartimento di Amministrazione Penitenziaria, bensì esclusivamente da personale sanitario attraverso una felice convenzione stipulata dal Ministero della Giustizia con l'Azienda Ospedaliera "Carlo Poma" di Mantova (53); l'amministrazione sanitaria e la totale assenza della Polizia Penitenziaria anche solo a livello perimetrale, ancor prima che fosse varata

la legge 81/2014 hanno dunque reso la struttura di Castiglione quella potenzialmente più capace di concretizzare il principio di priorità della cura auspicato già da Basaglia nella gestione dei *folli rei*. La vocazione decisamente più curativa che detentiva dell'istituto è stata evidenziata nel rapporto dell'Associazione Antigone redatto in seguito alla visita svolta il 30/03/2015 dai suoi rappresentanti (53), che trovarono una struttura con caratteristiche più vicine a quelle di un ospedale che a quelle di un carcere. Al momento del sopralluogo la struttura, descritta in buone condizioni generali, risultava costituita da quattro reparti principali: tre maschili, "Morelli", "Aquarius" e "Virgilio", ed uno femminile, "Arcobaleno". La seconda particolarità dell'O.P.G. di Castiglione consisteva proprio nel fatto di essere l'unico in Italia ad ospitare una sezione femminile, ospitando dunque le detenute provenienti da tutta Italia a fronte di detenuti maschi prelevati nei soli territori di Lombardia, Piemonte e Valle d'Aosta (53). Con una capienza regolamentare di 217 posti, al 30/03/2015 l'istituto ospitava 222 internati (un 31,8% del totale di 698 pazienti internati negli O.P.G. italiani (54)), di cui 62 donne, distribuiti in camere generalmente di 12-17 mq, da due o tre posti e in alcuni casi con bagno privato, altrimenti condiviso dagli ospiti di due o tre camere. Il picco di ricoveri era stato registrato nel 2011 con un totale di 316 internati, numero sensibilmente scemato negli anni successivi per una maggiore propensione dei giudici di sorveglianza ad ordinare l'esecuzione di misure di sicurezza diverse dal ricovero in O.P.G. Oltre alle camere ordinarie sono state descritte camere di contenzione, anch'esse in buono stato, spazi comuni interni con televisione, sala da pranzo ed area fumatori, e spazi comuni esterni, tra cui un'area verde, una piscina, un bar ed altre strutture di ristoro in parte gestite dai pazienti stessi, liberamente accessibili ai detenuti maschi ma non alle femmine che devono essere sempre accompagnate da qualche operatore al di fuori del reparto "Arcobaleno". All'O.P.G. risultava inoltre annessa una struttura separata destinata al Servizio Continuità Riabilitativa, dove gli internati potevano gestire autonomamente una cucina e dedicarsi a lavori di decoupage, sartoria, falegnameria, restauro e tipografia come parte del loro percorso riabilitativo (53). Di fondamentale importanza è stata inoltre, sin dal 2011, la collaborazione con la Struttura per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza in Regime di Licenza

Esperimento e per l'Esecuzione Penale Esterna della Libertà Vigilata (SLiEV), dotata di 40 posti letto equamente suddivisi tra due sezioni distinte (53). Questa struttura comunitaria esterna mista era dotata di camere più ampie e meglio arredate con bagno privato, oltre che di una cucina, di una lavanderia, di sale da pranzo e di altre aree comuni dedicate allo svolgimento di attività formative. In tale struttura i pazienti avevano accesso ad internet dalle sale comuni e la possibilità di utilizzare il proprio cellulare tra le 7.30 e le 22.00, quest'ultima preclusa agli autori di reati contro minori o di stalking tramite telefono. Nei 4 anni di attività della SLiEV solo 5 pazienti sono rientrati in O.P.G. alla fine del periodo di permanenza in comunità; nel 60% dei casi esso era seguito dalla revoca della misura di sicurezza e in quasi tutti i restanti casi dal trasferimento presso un'altra struttura comunitaria sul territorio. In caso di relazioni nate all'interno della struttura, la direzione metteva a disposizione terapie anticoncezionali e concedeva alle coppie la possibilità di frequentarsi anche nelle camere private durante il periodo diurno (53). Al 31/12/2014 gli operatori attivi nell'istituto, tra coordinatori, infermieri, educatori e personale di supporto, erano 206 (53).

In ottemperanza alla legge 81/2014, dal 31/03/2015 l'O.P.G. di Castiglione delle Stiviere è stato convertito non in una singola R.E.M.S. ma, considerate le imponenti dimensioni della struttura, in un Sistema Poli-modulare di 8 R.E.M.S. provvisorie, per una capienza regolamentare di 160 posti letto totali, di cui una da 20 posti destinata alle pazienti di sesso femminile. La Giunta regionale lombarda ha programmato lavori di ristrutturazione e accomodamento volti a trasformare gli 8 moduli provvisori di Castiglione in 6 R.E.M.S. definitive da 120 posti totali, nonché la costruzione di altre 2 R.E.M.S. da 20 posti ciascuna a Limbiate, nell'ex manicomio di Mombello (47,55,56), il tutto allo scopo di ridurre il carico di lavoro per l'istituto di Castiglione e di garantire un più omogeneo smistamento sul territorio dei pazienti destinati alle R.E.M.S. Nel Rapporto Antigone sulla situazione dell'O.P.G. lombardo al 30/03/2015 si stimava che i lavori potessero cominciare entro la fine di quell'anno e protrarsi per due o tre anni (53). A causa dell'impugnazione del bando di gara emesso dall'Azienda Regionale per l'Innovazione e gli Acquisti (ARIA), i lavori a Castiglione sono rimasti in stallo per

molti anni, iniziando solo il 27/04/2022, mentre a Limbiate la situazione è purtroppo ancora ferma (57).

4. SCOPO DELLO STUDIO

Il presente studio si pone l'obiettivo di interpretare, attraverso l'analisi delle caratteristiche socio-demografiche, mediche e giuridiche di due campioni di pazienti ricoverati presso la struttura di Castiglione delle Stiviere rispettivamente nel 2013 e nel 2023, gli effetti dei cambiamenti determinati dalla legge 81/2014 al fine di favorire la comprensione delle difficoltà che ne hanno accompagnato la concreta attuazione a livello amministrativo, giuridico e socio-sanitario.

5. MATERIALI E METODI

Per lo scopo dello studio è stato creato un apposito database. I dati raccolti si riferiscono ai soggetti appartenenti a due coorti, entrambe di 100 individui ricoverati a Castiglione delle Stiviere rispettivamente nell'O.P.G. in data 13/07/2013 e nel Sistema Polimodulare di R.E.M.S. in data 13/07/2023. Le informazioni sono state per lo più raccolte dalle cartelle cliniche dei pazienti, in parte ricavate da una docu-inchiesta di Radio Radicale del 26/03/2023 svolta in forma di intervista all'attuale direttrice della struttura, la dott.ssa Alessia Cicolini, e al dott. Andrea Pinotti, direttore dell'O.P.G. negli anni 2014-2015 (58) e in parte cortesemente forniteci dalla dott.ssa Cicolini stessa nel corso di un sopralluogo da noi svolto presso l'istituto nei giorni 13-14/07/2023.

6. RISULTATI

Relativamente alle caratteristiche socio-demografiche dei pazienti delle due coorti prese in esame (Tabella II) è possibile apprezzare innanzitutto un significativo calo, tra il 2013 ed il 2023, della percentuale di pazienti di sesso femminile accolte presso la struttura di Castiglione, precisamente dal 25% registrato in O.P.G. al 10% rilevato in R.E.M.S. Ancora più notevole è il cambiamento in termini di provenienza regionale degli internati: se al 13/07/2013 54 soggetti ricoverati su 100 provenivano dal territorio lombardo, mentre gli altri 46 erano stati inviati a Castiglione da altre regioni italiane (20 dal Piemonte, 8 dal Lazio, 3 dalla Campania, 3 dal Veneto, 2 dall'Emilia-Romagna, 2 dalla Liguria, 2 dalla Sardegna, 2 dalla Sicilia, 1 dalla Calabria, 1 dal Friuli-Venezia Giulia, 1 dall'Umbria e 1 dalla Valle D'Aosta e), al 13/07/23 il 100% del campione preso in considerazione all'interno della R.E.M.S. era costituito da pazienti arrivati in struttura dalla Lombardia. Interessante, poi, è l'abbassamento dell'età media al momento dell'ammissione degli internati, che risultava essere di 34 anni (con una minima di 22 ed una massima di 80) nel 2013, scendendo a 28 anni (con una minima di 19 ed una massima di 80) nel 2023. Più in particolare sono aumentati dal 18% al 41% i pazienti nella fascia di età dai 18 ai 30 anni, a fronte di una riduzione della percentuale di soggetti dai 31 ai 40 e dai 41 ai 50, rispettivamente dal 41% al 28% e dal 29% al 19%; invariata, invece, la percentuale del 12% degli ultracinquantenni.

	Numero di pazienti (su un totale di 100) (2013)	Numero di pazienti (su un totale di 100) (2023)
M/F	75/25	90/10
Regione di provenienza	54 Lombardia/46 altre regioni	100 Lombardia/0 altre regioni
Età media all'ammissione	34 anni (età min: 22; età max: 80)	28 anni (età min: 19; età max: 80)
Fascia d'età all'ammissione	Numero di pazienti (2013)	Numero di pazienti (2023)

18-30	18	41
31-40	41	28
41-50	29	19
51-60	8	6
>60	4	6

Tabella II. *Caratteristiche socio-demografiche di 100 pazienti ricoverati presso l'O.P.G. di Castiglione delle Stiviere il 13/07/13 e di 100 pazienti ricoverati presso il Sistema Polimodulare di R.E.M.S. di Castiglione delle Stiviere il 13/07/23*

In termini di “provenienza giuridica” (Tabella III), sia nel 2013 che nel 2023, sono state le carceri a fornire alla struttura di Castiglione la maggior parte dei pazienti: rispettivamente il 46% ed il 49%, senza sostanziali variazioni. Mentre poi sono rimasti stabili al 18% i pazienti arrivati dal proprio domicilio, è aumentata dal 17% al 24% la percentuale di soggetti provenienti dai reparti di psichiatria di ospedali civili. I soggetti provenienti da comunità sono invece scesi dal 7% al 3% e, mentre al 13/07/13 tra i 100 pazienti esaminati a Castiglione 11 provenivano da altri O.P.G., al 13/07/23 solo 2 pazienti provenivano da O.P.G. ed altri 2 da R.E.M.S. In entrambe le coorti analizzate, solo un paziente su 100 risultava rientrato dopo un’evasione. Dal 2013 al 2023, poi, è rimasto sostanzialmente invariato il rapporto percentuale tra i pazienti a cui è stato accertato, in corso di perizia psichiatrica, un vizio totale di mente e quelli a cui è stato riconosciuto un vizio solo parziale: rispettivamente 63%/37% e 66%/34% (Tabella IV).

Provenienza	Numero di pazienti (su un totale di 100) (2013)	Numero di pazienti (su un totale di 100) (2023)
Carcere	46	49
Comunità	7	3
Domicilio	18	18
R.E.M.S./O.P.G.	0/11	2/2
Ospedale Civile	17	24
Rientro da evasione	1	1
Altra provenienza	0	1

Tabella III. *Provenienza giuridica di 100 pazienti ricoverati presso l'O.P.G. di Castiglione delle Stiviere il 13/07/13 e di 100 pazienti ricoverati presso il Sistema Polimodulare di R.E.M.S. di Castiglione delle Stiviere il 13/07/23*

Grado di infermità	Numero di pazienti (su un totale di 100) (2013)	Numero di pazienti (su un totale di 100) (2023)
Vizio totale di mente	63	66
Vizio parziale di mente	37	34

Tabella IV. *Grado di infermità di 100 pazienti ricoverati presso l'O.P.G. di Castiglione delle Stiviere il 13/07/13 e di 100 pazienti ricoverati presso il Sistema Polimodulare di R.E.M.S. di Castiglione delle Stiviere il 13/07/23*

Relativamente ai delitti commessi (Tabella V), sia nel 2013 che nel 2023, i più comuni sono risultati quelli contro la persona, di cui si è macchiato rispettivamente il 48% ed il 37% delle coorti esaminate; più specificamente si tratta soprattutto di omicidio/tentato omicidio (32% vs. 20%), violenza sessuale/tentata violenza sessuale (4% vs. 5%), lesioni personali (6% vs. 2%) ed atti persecutori (4% vs 7%). La percentuale di soggetti per i quali la misura di sicurezza detentiva è stata conseguenza della trasgressione di obblighi imposti in regime di libertà vigilata è scesa dal 16% al 6%, mentre è significativamente aumentata dal 5% al 20% la percentuale di pazienti per i quali la conversione della libertà vigilata in misura di sicurezza detentiva è stata solo la conseguenza dell'infermità mentale stessa e dell'impossibilità di gestione a livello domiciliare/territoriale ai sensi dell'art. 232 del codice penale. La percentuale di delitti contro il patrimonio è diminuita dal 16% al 9%; si tratta per lo più di furto/tentato furto (6% vs. 3%) ed estorsione/tentata estorsione (4% vs. 2%). La percentuale di maltrattamenti in famiglia è aumentata dall'8% al 13% e molto più marcatamente è salita, dall'1% all'11%, la percentuale dei casi di resistenza a pubblico ufficiale.

Categoria di delitto	Numero di pazienti (su un totale di 100) (2013)	Numero di pazienti (su un totale di 100) (2023)
Delitti contro la persona (artt. 575-623 ter cp)	48	37
Delitti contro il patrimonio (artt. 624-649 bis cp)	16	9
Delitti contro la famiglia (artt. 556-574 ter cp)	8	13
Delitti contro l'incolumità pubblica (artt. 422-452 cp)	4	1
Trasgressione degli obblighi imposti/Conversione di libertà vigilata in misura di sicurezza detentiva (artt. 231-232 cp)	16/5	6/20
Delitti contro la pubblica amministrazione (artt. 314-360 cp)	1	12
Delitti contro l'amministrazione della giustizia (artt. 361-401 cp)	1	0
Contravvenzioni di polizia (artt. 650-730 cp)	1	0
Delitti contro la personalità dello stato (artt. 241-313 cp)	0	1
Ubriachezza abituale (art. 94 cp)	0	1

Tabella V. Categorie dei delitti commessi da 100 pazienti ricoverati presso l'O.P.G. di Castiglione delle Stiviere il 13/07/13 e di 100 pazienti ricoverati presso il Sistema Polimodulare di R.E.M.S. di Castiglione delle Stiviere il 13/07/23

In merito alle patologie psichiatriche diagnosticate ai pazienti delle due coorti (Tabelle VI e VII), in entrambi i casi a farla da padrone sono la schizofrenia e i disturbi psicotici/deliranti, riguardanti il 64% dei pazienti sia del 2013 che del 2023. Disturbi della personalità sono stati riconosciuti nel 25% dei pazienti del 2013 e nel 33% dei pazienti del 2023, mentre la percentuale di altre diagnosi, tra cui ritardo mentale, disturbi affettivi e disturbi ansiosi, è aumentata dal 5% al 26%. Curiosamente, in entrambi i casi, per un paziente su 100 non sono state formulate

diagnosi di psicopatologia. A proposito, infine, dell'abuso di sostanze psicoattive (Tabella VIII), incluso l'alcol, la percentuale di pazienti interessati è drasticamente salita dal 33% del 2013 al 64% del 2023; rispettivamente nel 5% e nel 2% dei casi la diagnosi di disturbo da uso di sostanze non è risultata associata ad una precisa psicopatologia, mentre tra i pazienti affetti da specifici disturbi psichiatrici, quelli più frequentemente dipendenti da sostanze psicoattive sono risultati quelli con disturbi di personalità, nel 52% dei casi nel 2013 e nell'82% dei casi nel 2023.

Categoria di diagnosi	Numero di pazienti (su un totale di 100) (2013)	Di cui dipendenti da sostanze psicoattive
Disturbi della personalità	25	13
Schizofrenia, disturbi psicotici e disturbi deliranti	64	14
Tossicomania pura	5	5
Altre diagnosi (ritardo mentale, disturbi affettivi, disturbi ansiosi etc.)	5	1
Non disturbi psichici	1	0
Categoria di diagnosi	Numero di pazienti (su un totale di 100) (2023)	Di cui dipendenti da sostanze psicoattive
Disturbi della personalità	33	27
Schizofrenia, disturbi psicotici e disturbi deliranti	64	36
Tossicomania pura	2	2
Altre diagnosi (ritardo mentale, disturbi affettivi, disturbi ansiosi etc.)	27	16
Non disturbi psichici	1	0

Tabelle VI e VII. *Categorie di diagnosi per 100 pazienti ricoverati presso l'O.P.G. di Castiglione delle Stiviere il 13/07/13 e di 100 pazienti ricoverati presso il Sistema Polimodulare di R.E.M.S. di Castiglione delle Stiviere il 13/07/23*

Abuso di sostanze psicoattive	Numero di pazienti (su un totale di 100) (2013)	Numero di pazienti (su un totale di 100) (2023)
Sì	33	64
No	67	36

Tabella VIII. *Abuso di sostanze psicoattive in 100 pazienti ricoverati presso l'O.P.G. di Castiglione delle Stiviere il 13/07/13 e di 100 pazienti ricoverati presso il Sistema Polimodulare di R.E.M.S. di Castiglione delle Stiviere il 13/07/23*

7. DISCUSSIONE

Le evidenti variazioni nel rapporto tra generi e nella provenienza regionale dei pazienti tra 2013 e 2023 trovano giustificazione nella legge 81/2014 stessa. La riduzione della percentuale di donne accolte si spiega con l'apertura, dopo il 2014, di numerose altre R.E.M.S. sul territorio nazionale attrezzate per accogliere pazienti di sesso femminile (47), nel rispetto di un principio di territorialità pressoché ignorato all'epoca degli O.P.G., quando l'unica struttura in grado di ospitare donne psichiatriche autrici di reato in Italia era proprio quella di Castiglione. A tale proposito basti notare come, nel 2013, su 25 pazienti analizzati provenienti dall'esterno del bacino di utenza previsto per l'O.P.G. di Castiglione (Lombardia, Piemonte e Valle d'Aosta) ben 23 erano donne che non potevano usufruire delle strutture di Reggio Emilia, Montelupo Fiorentino, Aversa, Napoli e Barcellona Pozzo di Gotto. Ancora il rispetto del principio di territorialità spiega il fatto che i pazienti provenienti dalla Lombardia rappresentino la totalità della coorte del 2023 presa in esame. L'abbassamento dell'età media dei pazienti all'ammissione

potrebbe essere spiegata in relazione all'abuso di sostanze psicoattive che, come vedremo, ha avuto sulle diagnosi formulate per i pazienti della coorte del 2023, un impatto decisamente maggiore che per quelli del 2013. La Relazione annuale al Parlamento sul fenomeno delle tossicodipendenze in Italia del 2023 (dati relativi al 2022) (59) mostra come le dimensioni di questo flagello sociale, che può essere tanto una conseguenza quanto un fattore di rischio (se non addirittura una causa) di molti disturbi psichiatrici, sia in aumento e altresì come l'età media dei soggetti che esso colpisce sia in costante diminuzione. Non dovrebbe dunque stupire il fatto che la percentuale di soggetti accolti che abusa di sostanze psicoattive sia passata dal 33% al 64%, né che tra questi individui la percentuale di quelli con un'età all'ammissione tra i 18 e i 30 anni sia aumentata dal 15% del 2013 al 47% del 2023. Alla luce di queste osservazioni risulta comprensibile l'incremento degli under-30 dal 18% al 41% degli internati. Relativamente alla percentuale di stranieri tra i pazienti accolti, la rilevazione puntuale al 31/12/13 effettuata dal Coordinamento interregionale Sanità Penitenziaria evidenzia la presenza di 41 stranieri su un totale di 304 individui, ovvero un 13% del totale (60). Il 26/03/23, ai microfoni di Radio Radicale, la dott.ssa Cicolini ed il dott. Pinotti hanno riferito la presenza, nel Sistema Polimodulare di R.E.M.S. di Castiglione, di un 40% di stranieri di cui circa la metà senza fissa dimora e molto spesso provenienti dalla stazione di Milano Centrale (58) da dove, ci ha comunicato la direttrice della struttura durante la nostra visita del 13/07/23, proviene circa il 40% dell'utenza complessiva. Un così marcato incremento di pazienti stranieri, spesso senza documenti, senza una fissa dimora e con un'importante barriera linguistica, pone non pochi problemi nella loro identificazione e nell'avviamento di PTRI che coinvolgono i servizi psichiatrici sul territorio. Un ruolo di grande importanza, a questo proposito, è svolto dai coordinatori dei servizi sociali operanti nella struttura che, interfacciandosi talora direttamente con le ambasciate, si prodigano per l'identificazione di queste persone e, spesso, successivamente per il loro rimpatrio nei paesi di origine.

Relativamente alla provenienza giuridica degli internati, ciò che salta all'occhio tra i cambiamenti dal 2013 al 2023, non è tanto la riduzione percentuale, dall'11% al 2%, di quelli provenienti da O.P.G., facilmente spiegabile considerando la chiusura definitiva di tali istituti nel 2015, quanto proprio il fatto che 2 soggetti sui 100 presi

in esame siano arrivati da un O.P.G. dopo il 31/03/15. Nello specifico uno è entrato in struttura il 05/05/16 dall'O.P.G. di Reggio Emilia, rientrando nel novero di quei quattro pazienti la cui dimissione, a inizio maggio del 2016, consentì la definitiva chiusura dell'istituto (61), mentre l'altro ha fatto il suo ingresso nella R.E.M.S. di Castiglione addirittura il 02/08/2022 arrivando dall'O.P.G. di Barcellona Pozzo di Gotto. Un dato, questo, piuttosto strano considerando che detto O.P.G. chiuse definitivamente nel 2017 (62); gradualmente la struttura è stata convertita nella casa circondariale "Vittorio Madia" che ancora oggi accoglie detenuti di entrambi i sessi in sezioni separate nonché, in un altro apposito reparto, detenuti con patologie psichiatriche sopravvenute ed ex internati in attesa di essere accolti in R.E.M.S. o in comunità sul territorio e che, vista la gravità di alcuni casi clinici e l'inadeguatezza delle risorse terapeutiche in un carcere comune, vi restano spesso a scapito della propria salute e della qualità della vita nel carcere (63). La percentuale di pazienti accolti a cui è stato riconosciuto un vizio di mente parziale è rimasta sostanzialmente invariata ma risulta ancora piuttosto alta, intorno al 34%. Durante l'intervista del 26/03/23 il dott. Pinotti ha annoverato, tra i grossi problemi del Sistema Polimodulare di R.E.M.S., proprio la presenza in struttura di un gran numero di pazienti con vizio parziale di mente e spesso percorsi carcerari alle spalle, che restano in R.E.M.S. per periodi limitati di tempo senza trovare un accomodamento adeguato alla loro situazione (58). Si tratta spesso di pazienti autori di reati di minore gravità (su 34 pazienti, nella coorte del 2023, autori di omicidio/tentato omicidio, violenza sessuale/tentata violenza sessuale, lesioni personali e atti persecutori, ad esempio, solo a 2 è stato riconosciuto un vizio parziale di mente) che forse beneficerebbero maggiormente di misure di sicurezza non detentive da applicare all'interno di comunità riabilitative sul territorio (dalle quali già provenivano solo 2 dei 20 pazienti con vizio parziale di mente della coorte del 2023), che andrebbero potenziate proprio per far fronte alle esigenze di cura e riabilitazione di questa tipologia di pazienti. È a tal proposito significativo che dei 20 pazienti del 2023 entrati in R.E.M.S. a Castiglione per una conversione della libertà vigilata in misura di sicurezza detentiva a causa dell'impossibilità di essere adeguatamente gestiti a livello territoriale, ben 17 hanno un vizio di mente parziale. anche la riduzione percentuale, tra le due coorti, di gravi delitti contro la persona e

contro il patrimonio ed il parallelo aumento, oltre che delle conversioni di libertà vigilata in misura di sicurezza detentiva, dei reati di resistenza a pubblico ufficiale e di maltrattamenti in famiglia sono forse indicativi di una maggiore propensione dei magistrati ad affidare alle R.E.M.S. pazienti irrequieti difficili da gestire in famiglia o sul territorio più che realmente bisognosi di un istituto penitenziario quale una R.E.M.S. Tutto ciò con la conseguenza di privare detti pazienti di percorsi di cura e riabilitazione meno coercitivi e di lasciare in lista d'attesa, spesso in carcere, persone invece realmente bisognose di quel connubio di cura e custodia che potrebbero trovare solo in R.E.M.S. Un dato molto positivo, alla luce di quanto osservato in generale a proposito del "sistema R.E.M.S." in Italia, riferito dalla dott.ssa Cicolini durante l'intervista del 26/03/2023, è che la percentuale di ricoveri provvisori nella struttura è di circa il 10% (58) (contro il 31% nell'O.P.G. alla fine del 2013 (60)), nettamente inferiore al dato nazionale che, come abbiamo visto, si attesta intorno al 40%.

Più complesse sono infine le considerazioni da fare a proposito delle diagnosi formulate per i pazienti internati. Al di là dei cambiamenti apprezzabili dalle tabelle VI e VII, è cambiato infatti il sistema di classificazione delle patologie per i pazienti del 2013 e quelli del 2023. Nel 2013 si faceva ricorso a categorie macroscopiche di disturbi piuttosto grossolane, ovvero "disturbi della personalità", "disturbi psicotici", "psicosi distimiche", "psicosi organiche (inclusi demenza, delirium tremens ecc.)", "psicosi schizofreniche ed altre psicosi funzionali", "altre psicosi (inclusi disturbi psicosomatici)", "altre diagnosi (ritardo mentale, disturbi situazionali transitori ecc.)" e "tossicomanie". Dal 2015, con l'adesione dell'istituto di Castiglione delle Stiviere al Sistema informativo per il Monitoraggio del percorso di superamento degli OPG e dei servizi di sanità Penitenziaria (SMOP), si è iniziato a ricorrere, per le diagnosi, alla Classificazione Statistica Internazionale delle Malattie e dei Problemi Sanitari Correlati (ICD-10). Conseguenza di ciò è stato il riscontro, nella coorte di 100 pazienti del 2023, di una moltitudine di diagnosi differenti, con una maggiore specificazione soprattutto dei vari disturbi di personalità e psicotici/deliranti, che abbiamo, per una più comoda fruizione, raggruppato nelle categorie diagnostiche di dette tabelle. Il fatto che nella tabella VII, relativa al 2023, il numero totale di pazienti sembrerebbe essere maggiore di

100, è dovuto poi al fatto che il nuovo SMOP dà particolare importanza ai pazienti con comorbidità e, in particolare, a quelli cosiddetti “con doppia diagnosi”, che a patologie psichiatriche classiche associano cioè un disturbo da uso di sostanze psicoattive singole o multiple; costoro sono risultati il 39% del totale, in 22 casi su 39 con disturbi di personalità. Il marcato aumento percentuale dei pazienti accolti con una dipendenza da sostanze si può spiegare in parte con il generico dilagare del fenomeno nella nostra società con il passare degli anni, in parte forse proprio con una maggiore attenzione prestata, dal 2015 in poi, a questo dato in fase diagnostica e classificativa. Una maggiore importanza è stata data anche al ritardo mentale che, mentre nel 2013 risultava compreso nella voce “altre diagnosi”, è stato specificato nella diagnosi del 16% dei pazienti della coorte del 2023, in 3 casi solo in associazione con una tossicomania; questi dati risultano significativi a supporto delle parole del dott. Pinotti nell’intervista del 26/03/2023 in cui ha evidenziato, tra le cause di misure di ricovero in R.E.M.S. poco consone, la triste tendenza, dell’opinione pubblica così come spesso della magistratura e dei sanitari, a voler “patologizzare” comportamenti che si discostano dalla norma (per come i più la intendono) da parte di persone “diverse” (58).

8. CONCLUSIONI

Il Sistema Polimodulare di R.E.M.S. di Castiglione delle Stiviere ci sembra una realtà abbastanza rappresentativa del “sistema R.E.M.S.” in generale. Sebbene ad oggi persista l’anomalia di una regione, la Lombardia, che in un’unica struttura ha a disposizione più posti letto per pazienti psichiatrici autori di reato di quanti ne abbiano in più strutture regioni più popolose, il principio di territorialità alla base della legge 81/2014 viene rispettato, come abbiamo visto, rispettando rigorosamente il bacino di utenza previsto per l’istituto. Parimenti applicato è il principio di transitorietà il quale di fatto impedisce, *ope legis*, ripetute proroghe delle misure di sicurezza detentive con i conseguenti “ergastoli bianchi” purtroppo

piuttosto comuni negli O.P.G. Risultano invece in parte ancora disattesi i principi di residualità e di priorità della cura. Per quanto i pazienti vengano adeguatamente seguiti all'interno della struttura, infatti, ancora troppo frequentemente i magistrati destinano alla R.E.M.S. soggetti i cui quadri psicopatologici e la cui pericolosità sociale renderebbero più consoni percorsi di cura e riabilitazione sul territorio. Le cause di tale tendenza sono da ricercare innanzitutto, a nostro avviso, in una non ottimale cooperazione tra giudici di cognizione/sorveglianza ed organi sanitari nelle decisioni circa le misure di sicurezza da adottare, tenendo conto anche e soprattutto di quelle non detentive; un problema, questo, a cui si potrebbe porre rimedio, come già anticipato, attraverso strumenti che favoriscano detta cooperazione, come le Unità Funzionali di Psichiatria Forense e Protocolli Operativi che disciplinino i rapporti tra organi giudiziari e sanitari nelle fasi cautelare, processuale e di esecuzione della sentenza passata in giudicato. Un altro problema è legato ai servizi psichiatrici territoriali, che andrebbero potenziati e messi nelle condizioni di diventare il reale fulcro della gestione dei folli rei; questo obiettivo si potrebbe raggiungere, ad esempio, attraverso un aumento della capacità di accoglienza delle strutture comunitarie residenziali, implementando strutture intermedie ad alta specializzazione (di cui la SLiEV lombarda è un ottimo esempio), ma anche attraverso un più diretto coinvolgimento, nell'attività di dette strutture, del SSN, che certamente sarebbe meno restio di tanti soggetti privati ad accogliere pazienti più problematici.

Questi provvedimenti sgraverebbero le R.E.M.S. di numerosi pazienti che troverebbero altrove maggiori possibilità di cura, riabilitazione e reinserimento sociale, liberando al contempo spazio per pazienti più gravi in lista d'attesa e realmente bisognosi di un posto in queste strutture. Ma, cosa ancora più importante, dissuaderebbero dalla decisione di aprirne di nuove e, quindi, di tradire quello spirito che ha informato la legge 81/2014 e tutta la riforma della psichiatria italiana che prese le mosse dalla legge 180/78.

Punti di forza di questo studio ci sembrano essere la buona numerosità campionaria e la varietà dei parametri valutati per i singoli pazienti, oltre al suo scaturire da un'esperienza diretta all'interno dell'istituto di Castiglione. Una criticità è sicuramente l'assenza di dati specifici per i singoli soggetti delle due coorti in

merito alla nazionalità ed al carattere definitivo o provvisorio della misura di sicurezza, lacuna in parte colmata dalle informazioni ricavate dalla viva voce della dott.ssa Cicolini. Al termine di questo lavoro, fondato sul confronto tra due “fotografie” della situazione a Castiglione delle Stiviere pre- e post-legge 81/2014, l’auspicio è che si provveda ad approfondire la questione attraverso studi volti a monitorare, nel corso del tempo, il destino dei pazienti dimessi dalle R.E.M.S. e con esso le dinamiche del dialogo tra queste ultime e i servizi psichiatrici attivi sul territorio.

9. BIBLIOGRAFIA

1. Kring AM, Johnson SL. *Abnormal Psychology: The Science and Treatment of Psychological Disorders, DSM-5-TR Update*. John Wiley & Sons; 2022.
2. Moran R. *The Origin of Insanity as a Special Verdict: The Trial for Treason of James Hadfield (1800)*. *Law Soc Rev.* 1985;19(3):487.
3. Borzacchiello A. *I luoghi della follia. L’invenzione Manicomio Crim.* 1872;
4. Lombroso C. *Sull’istituzione dei manicomi criminali in Italia*. *Rendiconti Reg Ist Lomb Sci Lett E Arti.* 1872;5:72.
5. Lombroso C, Poletti F. *L’uomo delinquente in rapporto all’antropologia, giurisprudenza e alle discipline carcerarie*. Fratelli Bocca; 1878.
6. Melani G. *La funzione dell’OPG. Aspetti Norm E Sociol.* 2014;
7. Foucault M. *Les Anormaux: cours au collège de France.* 1999;
8. Santoro E. *Carcere e società liberale*. Giappichelli; 1997.
9. Balloni A, Bisi R, Sette R. *Principi di Criminologia-Le Teorie*. Wolters Kluwer-CEDAM; 2015.
10. Antonini G. *I precursori di C. Lombroso. Vol. 22*. Fratelli Bocca; 1900.
11. Guarnieri L. *L’atlante criminale: vita scriteriata di Cesare Lombroso*. No Title. 2000;

12. Morel BA. Traite des degenerescences physiques, intellectuelles et morales de l'espece humaine et des causes qui produisent ces varietes malades par le Docteur BA Morel. chez J.-B. Bailliere; 1857.
13. Rodler L. L'Uomo delinquente di Cesare Lombroso: tra scienza e letteratura. *Criminocorpus Rev Hist Justice Crimes Peines*. 2012;
14. Virgilio G. Saggio di ricerche sulla natura morbosa del delitto e delle sue analogie colle malattie mentali. Osservazioni raccolte nella Casa dei Condannati invalidi e nel manicomio muliebre di Aversa pel dott. G. Virgilio. *Riv Discip Carcer*. 1874;4.
15. Quetelet A. Recherches sur le penchant au crime aux différens âges. Hayez; 1833.
16. Quetelet A. Physique sociale: ou, essai sur le développement des facultés de l'homme. Vol. 2. C. Muquardt; 1869.
17. Guerry AM, Girard PS, de Silvestre AF. Essai sur la statistique morale de la France. Crochard; 1833.
18. Teti V. La razza maledetta: origini del pregiudizio antimeridionale. Nuova edizione. Roma: Manifestolibri; 2011. (La nuova talpa).
19. Ferri E. Sociologia Criminale. Terza. Torino: Fratelli Bocca;
20. Maudsley H. La responsabilità nelle malattie mentali. Vol. 3. F. Ili Dumolard; 1875.
21. Saporito F. Su gl'incorreggibili e il loro governo razionale: nota di psicologia criminale. Aversa; 1908.
22. Lombroso C. L'uomo delinquente: in rapporto all'antropologia, alla giurisprudenza ed alle discipline carcerarie. Fratelli Bocca; 1896.
23. Ferri E. Manicomio criminale di Montelupo. *Arch Psichiatri Sci Penali Ed Antropol Crim*. 1887;8.
24. Colao F. Un'" esistenza mezza legale mezza no". Il manicomio giudiziario nell'Italia liberale. In: *Perpetue appendici e codicilli alle leggi italiane*. EUM; 2011. p. 439–63.
25. Simonetti G. Ospedale psichiatrico giudiziario: aspetti normativi e sociologici. *Il Caso Montelupo Fiorent*. 2003;
26. Saporito F. Il manicomio criminale e i suoi inquilini. *Riv Discip Carcer E Corrett*. 1913;38:360–70.
27. Musco E. La misura di sicurezza detentiva: profili storici e costituzionali. Giuffrè Editore; 1978.
28. Antolisei F. Pene e misure di sicurezza. Tip. Operaia; 1933.

29. Ferrajoli L. Diritto e ragione: teoria del garantismo penale. 1989;
30. Dell'Aquila DS, Esposito A. Storia di Antonia: viaggio al termine di un manicomio. Rome: Sensibili alle foglie; 2017.
31. Luigiato L. Ernesto Belmondo. Riv Sper Freniatr. 1939;
32. Agostini F. Università e Grande Guerra in Europa: medicina, scienze e diritto. Univ E Gd Guerra Eur. 2020;1–354.
33. Bianchi F, Silvano G. Saggi di storia della salute: medicina, ospedali e cura fra Medioevo ed età contemporanea. Saggi Storia Della Salute. 2020;1–237.
34. Colucci M, Di Vittorio P. Franco Basaglia. Pearson Italia Spa; 2001.
35. Goffman E. Asylums: Essays on the social situation of mental patients and other inmates. AldineTransaction; 1961.
36. Cipriano P. Basaglia e le metamorfosi della psichiatria. Elèuthera; 2018.
37. Basaglia F. La distruzione dell'ospedale psichiatrico. Basaglia F 1982 Scr Einaudi Torino. 1964;
38. Riccato R. Basaglia: cinquanta anni di lotte e successi. Excursus Stor Nella Psichiatr. 2013;1–18.
39. Passione R, Valeria P, Babini, Liberi tutti. Manicomi e psichiatri in Italia: una storia del Novecento. Oxford University Press; 2011.
40. Stefanoni F, Dell'Acqua G. Manicomio Italia. Editori riuniti; 1998.
41. Daga L. Ospedali psichiatrici giudiziari, sistema penale e sistema penitenziario. Rass Penitenziaria Crim. 1985;1(3):1–52.
42. Castiglioni R. Il ritorno del Mariolino. Ovvero dell'insostituibile funzione del manicomio criminale. Rass Penitenziaria Crim. 1986;
43. Castellani R, Correani R. Ospedale psichiatrico giudiziario: sottosistema penitenziario. Rass Penitenziaria Crim. 1983;
44. Russo G, Salomone L. Il malato di mente nel sistema giudiziario. 1999;
45. Pelissero M. Pericolosità sociale e doppio binario: vecchi e nuovi modelli di incapacitazione. Torino: Giappichelli; 2008. 420 p. (Itinerari di diritto penale).
46. Collica MT. La crisi del concetto di autore non imputabile "pericoloso". 2012;
47. Rivellini G, Pessina R, Pagano AM, Giordano S, Santoriello C, Rossetto I, et al. Il sistema REMS nella realtà italiana: autori di reato, disturbi mentali e PDTA. Riv Psichiatr. 1 novembre 2019;55(6):83–134.

48. Starnini G. Il passaggio della sanità penitenziaria al Servizio Sanitario Nazionale, in “Autonomie Locali e Servizi Sociali”, 1. 2009;
49. Miravalle M. Pазze galere. Esiste una “questione psichiatrica” nel sistema dell’esecuzione penale? [Internet]. XVIII rapporto sulle condizioni di detenzione. 2022 [citato 29 agosto 2023]. Disponibile su: <https://www.rapportoantigone.it/diciottesimo-rapporto-sulle-condizioni-di-detenzione/salute-mentale/>
50. Miravalle M. Carcere e salute mentale [Internet]. XIX rapporto sulle condizioni di detenzione. 2023 [citato 29 agosto 2023]. Disponibile su: <https://www.rapportoantigone.it/diciannovesimo-rapporto-sulle-condizioni-di-detenzione/carcere-e-salute-mentale/>
51. Sclipa N. Carcere, le persone con disagio psichico restano dietro le sbarre [Internet]. 2022 [citato 3 settembre 2023]. Disponibile su: https://lavalibera.it/it-schede-935-carcere_antigone_disturbi_psichici_rems
52. Pallotta F. Giustizia. Sanità. Istituito nella Asl Rm5 il primo tavolo tecnico di governance delle Rems [Internet]. Garante Diritti Detenuti. 2018 [citato 2 settembre 2023]. Disponibile su: <https://www.garantedetenutilazio.it/giustizia-sanita-istituito-nella-asl-rm5-il-primo-tavolo-tecnico-di-governance-delle-rems/>
53. Ospedale Psichiatrico Giudiziario di Castiglione delle Stiviere [Internet]. [citato 2 settembre 2023]. Disponibile su: https://www.antigone.it/osservatorio_detenzione/lombardia/97-ospedale-psichiatrico-giudiziario-di-castiglione-delle-stiviere
54. Aliprandi D. Dentro le Rems si ritorna alla logica del manicomio. Il Dubbio. 20 giugno 2023;
55. Corleone F. Seconda Relazione Semestrale sulle attività svolte dal Commissario unico per il superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari. Roma Minist Giust. 2017;
56. Rems Limbiate. Gallera: “Nell’area Mombello strutture per il superamento degli Opg” - Quotidiano Sanità [Internet]. [citato 2 settembre 2023]. Disponibile su: https://www.quotidianosanita.it/regioni-e-asl/articolo.php?articolo_id=67580
57. Carceri: una sola Rems in Lombardia non basta [Internet]. PD Regione Lombardia. 2022 [citato 2 settembre 2023]. Disponibile su: <https://www.pdregionelombardia.it/32352/>
58. Farina Coscioni MA. Radio Radicale. 2023 [citato 30 agosto 2023]. La nuda verità - speciale REMS, Sistema Polimodulare di Castiglione delle Stiviere. Viaggio all’interno. Disponibile su: <https://www.radioradicale.it/scheda/694060/la-nuda-verita-speciale-rems-sistema-polimodulare-di-castiglione-delle-stiviere>
59. Dipartimento per le politiche antidroga [Internet]. 2023 [citato 2 settembre 2023]. Relazione annuale al Parlamento sul fenomeno delle tossicodipendenze in

Italia anno 2023 (dati 2022). Disponibile su:
<http://www.politicheantidroga.gov.it/it/attivita/relazioni-annuali-al-parlamento/relazione-annuale-al-parlamento-sul-fenomeno-delle-tossicodipendenze-in-italia-anno-2023-dati-2022/>

60. Coordinamento interregionale sanità Penitenziaria. Ospedale Psichiatrico Giudiziario: presenze e flussi - anni 2012 e 2013. 2014.

61. Finocchiaro C. UILPA Polizia Penitenziaria. 2023 [citato 29 agosto 2023]. OPG Reggio Emilia - Chiusura definitiva della struttura. Disponibile su:
<https://www.polpenuil.it/circolari/7090-opg-reggio-emilia-chiusura-definitiva-della-struttura.html>

62. Corleone F. Finalmente l'Opg di Barcellona Pozzo di Gotto ha chiuso i battenti [Internet]. Fuoriluogo. 2017 [citato 2 settembre 2023]. Disponibile su:
<http://corleone.blogautore.espresso.repubblica.it/2017/05/11/finalmente-lop-g-di-barcellona-pozzo-di-gotto-ha-chiuso-i-battenti/>

63. Associazione Antigone. Casa circondariale di Barcellona Pozzo di Gotto «Vittorio Madia» [Internet]. 2023 [citato 2 settembre 2023]. Disponibile su:
https://www.antigone.it/osservatorio_detenzione/sicilia/155-ospedale-psichiatrico-giudiziario-di-barcellona-pozzo-di-gotto-vittorio-madia