



**SCUOLA DI DOTTORATO**

**UNIVERSITA' DEGLI STUDI MILANO - BICOCCA**

**DIPARTIMENTO DI  
MEDICINA E CHIRURGIA**

Dottorato di ricerca in **Neuroscienze**

Ciclo **XXVIII**

**DALL'OPG ALLE REMS:  
STUDIO DI RISK ASSESSMENT IN UNA POPOLAZIONE  
PSICHIATRICO FORENSE**

**Rossetto Ilaria**

Matricola **774849**

Tutore: **Ch.mo Prof. Massimo Clerici**

Coordinatore: **Ch.mo Prof. Guido Cavaletti**

**ANNO ACCADEMICO 2016-2017**

## **INDICE**

### **1. DAGLI OPG ALLE REMS: EVOLUZIONE STORICA**

1.1 Le origini	p 5
1.2 La situazione italiana	p 7
1.3 La concezione e le proposte di Lombroso	p 9
1.4 La prima “Sezione per maniaci”	p 12
1.5 Il codice Zanardelli	p 13
1.6 Il Regolamento Generale del 1891	p 15
1.7 La prima legge sui manicomi	p 18
1.8 Il periodo fascista e il “Codice Rocco” del 1930	p 19
1.9 I primi passi verso la riforma sanitaria e la Legge Mariotti	p 24
1.10 La riforma dell’ordinamento penitenziario	p 27
1.11 La Legge 180 e i suoi effetti sugli Ospedali Psichiatrici Giudiziari	p 30
1.12 I d.lgs. 230/1999 e d.p.c.m. 1° aprile 2008	p 33
1.13. Commissione Parlamentare d’inchiesta sull’ efficacia l’efficienza del Servizio Sanitario Nazionale: la spinta propulsiva per lo smantellamento degli OPG	p 37
1.14 Il Decreto interministeriale 1° ottobre 2012	p 40
1.15 Il decreto legge n. 24 del 25 marzo 2013 convertito nella legge 57/2013.	p 41
1.16 La tappa finale del percorso legislativo: la legge 81/2014	p 44

## **2. LA PERICOLOSITA' SOCIALE: EVOLUZIONE STORICA E GIURIDICA**

2.1 I primi orientamenti dottrinali	p 51
2.2 Dal Codice Rocco alla Legge Gozzini	p 53
2.3 La pericolosità “situazionale” quale criterio ispiratore del superamento della centralità degli OPG. Sentenze 253/2003 e 367/2004.	p 59
2.4 La valutazione della pericolosità sociale dopo la legge 81/2014	p 61
2.5 I primi dubbi ermeneutici sulla legge 81/2014. L’ordinanza del Tribunale di Sorveglianza di Messina.	p 64
2.6 La decisione della Corte costituzionale salva il dettato legislativo	p 68

## **3.LA VALUTAZIONE DELLA PERICOLOSITA' SOCIALE: NUOVE PROSPETTIVE TRA INDAGINE CLINICA E SISTEMI ATTUARIALI**

3.1 Dalla“pericolosità” alla valutazione del rischio di comportamento violento del sofferente psichico	p 72
3.2 La “pericolosità sociale psichiatrica” alla luce delle evidenze scientifiche: criticità attuali, prospettive metodologiche ed esigenze di trattamento.	p 77

<b>OBIETTIVI</b>	p 79
<b>MATERIALI E METODI</b>	p 80
<b>RISULTATI</b>	p 96
<b>DISCUSSIONE</b>	p 102
<b>BIBLIOGRAFIA</b>	p 119

## **1. DAGLI OPG ALLE REMS: EVOLUZIONE STORICA**

### **1.1 Le origini**

In Italia, fino al XX secolo, e in particolare nel corso del '700 e dell' 800, il problema della malattia mentale è stato trattato nell' ambito del privato.

Senza alcuna disposizione pubblica, quindi senza alcun controllo e con piena libertà sulla decisione di internamento e sulle "cure" più appropriate, erano gli ordini monastici ed ecclesiastici, o medici illustri, a dare vita a luoghi di contenzione di malati psichici, dove spesso venivano inflitte vere e proprie torture senza alcuna finalità.

È l' Inghilterra che vede sorgere, sul finire del '700, il primo manicomio criminale, antenato dell' Ospedale Psichiatrico Giudiziario (OPG), sotto il nome di Criminal's Asylums.

In quegli anni il Regno Unito fu al centro di una serie di episodi che determinarono le origini del manicomio e segnarono una prima differenziazione tra il trattamento riservato al reo sano di mente e quello per il reo affetto da patologia psichica. Tra tutti possiamo citare il caso di Hatfield che sparò contro il Re, nel teatro di Drury Lane. Al processo l'avvocato difensore, convinto assertore della pazzia dell' imputato, riuscì ad ottenere un verdetto di non colpevolezza. Fu questo verdetto ad affermare, per la prima volta, il riconoscimento legale della follia delinquente, dei pericoli connessi e dei doveri sociali relativi al fenomeno<sup>1</sup>.

Il ricovero dei folli criminali non era stato, però, ancora istituzionalizzato da una legge. Fu la Insane offender's bill, nel 1800, a offrire una normativa in materia. In particolare, la legge di Giorgio III disponeva che " *il Segretario di Stato può*

*mandare in questi asili: i pazzi criminali nel senso della legge di Giorgio III; i carcerati impazziti, incapaci di sottostare per imbecillità o idiozia alle discipline carcerarie”*. Ben presto, tuttavia, tale legge rivelò tutta la sua inefficacia: le strutture si dimostrarono inadeguate alle necessità terapeutiche dei soggetti ricoverati e le difficoltà di gestione resero ancor più disumane le condizioni degli internati.

Il primo vero e proprio manicomio criminale di Stato britannico venne istituito nel 1857, nella parrocchia di Sandhurst, e nel 1863 fu fondato il celebre stabilimento di Broadmoor. Quest’ ultimo, situato nella periferia di Londra e concepito come speciale reparto ospedaliero, fu subito preso come esempio di efficienza e funzionalità.

Una ventina d’ anni dopo la sua fondazione, con il Criminal Lunatic Act del 1884 e il Trial of Lunatic Act del 1885, si stabilì che a Broadmoor potessero essere internati non solo coloro che avessero commesso un reato in stato di pazzia, ma anche coloro che fossero impazziti durante il processo o durante l’ esecuzione della pena detentiva.

Circa un secolo più tardi rispetto all’ Inghilterra, anche negli Stati Uniti d’ America furono inaugurati alcuni istituti adibiti a manicomio criminale: il primo fu quello di Auburn, nello Stato di New York, nel 1855. Come altri paesi europei, anche l’ Italia seguì l’ esempio inglese.

Nel nostro Paese la storia degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari è fortemente intrecciata con i mutamenti attuatisi nell’ ordinamento giuridico e con le correnti riformatrici emerse all’ interno della psichiatria.

Le norme che hanno disciplinato questa materia sono state influenzate dall'evolversi del concetto di malattia mentale e dall'obiettivo di cura e/o di custodia che questo di volta in volta ha suscitato.

Seppur in maniera indiretta, sia l'esaltazione della funzione terapeutica, a discapito di quella di custodia del manicomio civile, sia l'affermarsi di una prospettiva rieducativa della pena su quella di custodia nell'ambito del sistema penitenziario, hanno influenzato lo sviluppo degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari.

## **1.2 La situazione italiana**

Il 1800 si è rivelato un secolo particolarmente vivace e fecondo per quanto riguarda il dibattito in ambito scientifico e giuridico nel nostro Paese. In ambito psichiatrico emergeva un nuovo orientamento di chiara impostazione organicista ed evolucionista, secondo il quale la patologia mentale era da considerarsi una malattia organica del cervello, evidenziabile in base a studi craniometrici e somatici. L'elaborazione, da parte del Lombroso, della teoria dell'Uomo delinquente nato, o atavico, poneva le basi per una concezione del delinquente folle, nella duplice sfaccettatura di malato da curare e di individuo che disturba l'equilibrio sociale.

Si promuoveva così la necessità di istituire apposite strutture di cura e custodia. Nell'ambito giuridico era in corso una diatriba tra le due principali scuole del diritto penale, ossia la Scuola Classica e la Scuola Positiva. La prima, di stampo illuminista, aveva un visione della pena con valore riparatorio e proporzionale alla gravità del reato commesso. Concentrava i suoi studi sulla volontà colpevole del soggetto, sulla responsabilità morale, e concepiva il reato come una violazione assolutamente cosciente e volontaria della norma stabilita.

La Scuola Positiva, al contrario, attribuiva alla pena una durata indeterminata, correlata alla condizione di pericolosità dell'individuo spostando così l'accento dal reato ai problemi di personalità del reo.

Il dibattito sull'opportunità di istituire i manicomi criminali prese il via nel nostro paese nella seconda metà del XIX secolo, quando si pose il problema se i soggetti colpevoli di un delitto, ma assolti perché alienati al momento del reato o impazziti in un momento successivo alla commissione dello stesso, fossero da internare con gli altri folli o esigessero invece istituti differenziati.

La disputa riguardava in particolare i campi di competenza, i quali venivano contesi da un lato dagli psichiatri, che si consideravano gli unici portatori delle conoscenze necessarie per stabilire se un soggetto fosse affetto da patologie mentali o meno, dall'altro dai magistrati, che si attribuivano le stesse competenze per stabilire il tipo di pena da irrogare.



### **1.3 La concezione e le proposte di Lombroso**

Correva l'anno 1872 quando Cesare Lombroso<sup>2</sup>, fondatore dell'antropologia criminale, in una delle sue opere più note, *“L'uomo delinquente in rapporto all'antropologia, alla giurisprudenza ed alla psichiatria”* immaginava il modello cosiddetto della “neutralizzazione”, sostenendo che tanto i comportamenti dei pazzi, quanto quelli dei criminali, sarebbero contraddistinti da un comune atavismo della psiche che risalirebbe a epoche zoologiche precedenti. Una serie di caratteri anatomici e morfologici dei soggetti considerati sarebbero la prova di questa regressione generazionale.

L'individuazione di tali soggetti porta con sé, secondo lo studioso, il loro necessario allontanamento dalla società, poiché siffatte regressioni non sono suscettibili di alcuna cura o riabilitazione: l'unico rimedio praticabile è l'internamento.

L'antropologo e giurista veronese arrivava ad affermare che, per questo tipo di individui, il carcere non era la soluzione più appropriata, ma anzi avrebbe costituito una vera e propria ingiustizia. Sosteneva che solo un manicomio criminale sarebbe stata la struttura idonea ad accoglierli: *“Tra i delinquenti ve n'è tanti per cui la prigione è un'ingiustizia, la libertà un pericolo, a cui mal si provvede da noi con mezze misure che violano ad un tempo la morale e la sicurezza”*.

Prospettava così la fondazione di un manicomio criminale che avesse una capienza di almeno 300 letti e che avrebbe dovuto ricevere *“tutti i servi di pena impazziti, e con tendenze pericolose, incendiarie, omicide ed oscene, dopo trascorso lo stadio acuto del male. Tutti gli alienati che per tendenze omicide, incendiarie, pederastiche ecc. venissero sottoposti ad inquisizione giudiziaria,*

*restata sospesa per la riconosciuta alienazione. Tutti quegli imputati di crimini strani, atroci, senza un movente chiaro, o con un movente sproporzionato al delitto. Quelli che furono spinti al delitto da un'abituale, evidente, infermità come: pellagra, alcoolismo, isterismo, malattie puerperali, epilessia. Gli alienati provenienti dalle carceri, che notoriamente passarono una parte della loro esistenza nei vizi, nei delitti, dovranno essere segregati in appositi comparti. Gli altri alienati non saranno riuniti che a piccoli gruppi, a seconda dei ceti e delle abitudini; dormiranno ciascuno in una cella; la disciplina dovrà essere severa, la vigilanza superiore che nei manicomi comuni, e analoga a quella delle case penali, ma il lavoro proporzionato alle forze, all'aria aperta, alternato da luoghi di riposo, divertimenti, biliardi ecc. La direzione dovrebbe essere medica, il personale carcerario. Gli individui riconosciuti abitualmente pericolosi, e già sottoposti a vari processi, non potranno essere dimessi mai; gli alienati a follia istantanea, od intermittente, che offrano segni di perfetta guarigione, saranno segnalati per la dimissione dopo uno o due anni di osservazione, ma sottoposti, dopo la loro uscita, a visite mediche mensili per molti anni di seguito”<sup>3</sup>.*

In attesa della riforma legislativa, Lombroso auspicava che venissero stabiliti, su base amministrativa, reparti per i condannati impazziti nelle case di pena, e, nei manicomi dei grossi centri, luoghi deputati alle forme intermedie di pazzie criminali, in cui la dimissione doveva aver luogo solo con accurate cautele. Era questo il “nocciolo duro” del pensiero lombrosiano: una pena che tenesse conto, da una parte, della tipologia dell'autore, dall'altra, della sua funzione generale preventiva: è in nuce la prima fase di un percorso che porterà al ben noto sistema del doppio binario.

Tra i molti studiosi che seguirono l'insegnamento lombrosiano ricordiamo innanzitutto Augusto Tamburini. Reputato il padre della psichiatria italiana, Tamburini appoggiava appieno le teorie del Lombroso. Il noto psichiatra riteneva che si sarebbero dovuti internare *“gli individui nei quali o è assai arduo stabilire se furono mossi a delinquere da impulsi morbosi o da perversità d'animo, oppure dal carattere tale da doverli collocare tra le forme intermedie tra delitto e pazzia”*<sup>4</sup>.

Come Lombroso, anche Tamburini insisteva sulla necessità di strutture differenziate rispetto a quelle previste per i delinquenti comuni, i quali avrebbero potuto subire effetti negativi da tale convivenza. I “pazzi”, secondo lo psichiatra, potevano esercitare una dannosa influenza per l'indole stessa della loro malattia, che li spingeva a comportamenti turbolenti, violenti ed osceni. La creazione dei manicomi criminali avrebbe conciliato le esigenze di custodia e di protezione della società con quelle di cura della malattia.

Alcuni anni più tardi anche Enrico Ferri riprese e sviluppò le tesi di Lombroso e Tamburini. Da positivista, Ferri riteneva che la pazzia e il delitto non dipendessero dalla volontà dell'individuo malato di mente, il quale, considerata l'alta percentuale di ricadute in ogni forma di pazzia e di pericolosità sociale, poteva essere rinchiuso a tempo indeterminato. Non era sufficiente un semplice e temporaneo allontanamento del reo folle dalla società. Una riabilitazione, una bonifica sociale e una serie di interventi da attuare prima che la norma penale fosse stata infranta, erano gli unici rimedi efficaci per difendersi dal pericolo sociale costituito dal malato di mente.

#### **1.4 La prima “Sezione per maniaci”**

Nonostante il protrarsi dei dibattiti, sia fra la dottrina che in sede parlamentare, nel 1876 sorse la prima “Sezione per maniaci” presso la casa penale per invalidi di Aversa. Essa nasceva in quello che era un convento dedicato a San Francesco e divenne manicomio a tutti gli affetti quando l’allora direttore delle carceri, Martino Beltrani Scalia, vi inviò i primi diciannove “rei - folli”, creando così la suddetta “Sezione”. Proprio per sopperire al ritardo in materia di istituzione di manicomi per delinquenti folli, la Sezione venne creata con un semplice atto amministrativo autonomo della Direzione Generale degli Istituti di Prevenzione e Pena, senza darne avviso alla neonata amministrazione statale centrale. Naturalmente tutto ciò destò non poche perplessità fra i giuristi e i politici del tempo, soprattutto per il notevole passo in avanti rispetto al dibattito in dottrina ancora in corso in quegli anni. Tuttavia la necessità di creare istituti ad hoc per i malati di mente autori di reati era impellente, come ricorda Filippo Saporito, che qualche decennio dopo, diventò direttore del manicomio giudiziario di Aversa. Egli, nel 1907 giustificava così la scelta “frettolosa” che aveva portato alla creazione della “Sezione per Maniaci”:

*“Accadeva, infatti, che ogni qualvolta l’Amministrazione della giustizia e quella delle carceri si facevano a bussare alle porte di un manicomio comune, per chiedere ospitalità pei delinquenti impazziti, non ne ottenevano che rifiuti. Quei speciali inquilini, nei manicomi comuni, andavano a rappresentare scene di terrore, che vi portavano lo scompiglio”<sup>5</sup>.*

La realtà richiedeva evidentemente soluzioni immediate che la dottrina e le molteplici sfaccettature delle problematiche sottese non avevano permesso ancora di trovare. Difatti svariati progetti di legge, che si occupavano del problema, erano stati

presentati in Parlamento, ma nessuno di questi, né quello di Nicotera del 1877, né quello di Depretis del 1881 e del 1884, né infine quello di Crispi e Giolitti, aveva avuto seguito.

Continuavano invece il dibattito e le polemiche sull'opportunità di istituire manicomi criminali: è infatti da sottolineare che la sezione per maniaci di Aversa si trovava all'interno di un istituto di pena e non di un manicomio civile. Rimaneva quindi lontana dall'idea lombrosiana di "manicomio giudiziario", poiché era destinata ad accogliere i soli rei folli, già condannati e riconosciuti delinquenti dall'autorità giudiziaria. La struttura di Aversa, per le sue caratteristiche, si avvicinava maggiormente a quelli che Lombroso chiamava "*comparti per condannati impazziti*"<sup>6</sup> istituiti all'interno delle carceri.

Nonostante ciò, dopo solo un anno, fu istituito il secondo manicomio criminale italiano, a Montelupo Fiorentino, nella villa che Leopoldo II d'Asburgo si trovò costretto ad abbandonare con i moti del 1848. Essa divenne dapprima "Spedale dei dementi acuti", in seguito, nell'Ottocento, si trasformò in "Stabilimento correzionale femminile: casa di cura per donne e ricovero per minorenni".

Infine nel 1886 prese il nome di "manicomio criminale", poi mutato in "Ospedale Psichiatrico Giudiziario" con la riforma del 1975.

### **1.5 Il codice Zanardelli**

Neppure con il Progetto Zanardelli del 1887, che venne poi approvato nel 1889 divenendo il primo codice del Regno d'Italia, si giunse a una regolamentazione dei manicomi criminali. Il Progetto si limitava a introdurre, all'art. 47, il concetto di non imputabilità per vizio di mente, concetto del resto molto importante per i suoi effetti

diretti sul trattamento dei folli rei: *“Non è punibile colui che, nel momento in cui ha commesso il fatto, era in tale stato di deficienza o di morbosa alterazione di mente, da togliergli la coscienza dei propri atti o la possibilità di operare altrimenti. Il giudice può tuttavia ordinare che sia ricoverato in manicomio criminale, o comune, per rimanervi finché l’autorità competente lo giudichi necessario”*.

Accompagnava il Progetto una Relazione, in cui lo stesso ministro Zanardelli affermava la ormai ineludibile istituzione dei manicomi criminali e al contempo riservava la responsabilità di disporre il relativo provvedimento di ricovero esclusivamente ai magistrati, ma solo per quei soggetti affetti da patologie mentali particolarmente gravi, bastando altrimenti la cura in un manicomio comune. Tuttavia, la maggioranza degli onorevoli criticò la strada imboccata dal ministro per l’eccessivo potere che veniva ad assumere il giudice, argomentando che, poiché si trattava di un potere di carattere tecnico, sarebbe stato preferibile assegnarlo esclusivamente all’autorità sanitaria. Tra questi vi era anche Enrico Ferri il quale sosteneva che l’assegnazione a un manicomio criminale non dovesse essere una facoltà del magistrato, ma un obbligo legale per *“garantire la società dal delinquente pericoloso che viene assolto”*<sup>7</sup>.

Nel 1889 entrò in vigore il Codice Zanardelli così come voluto dalla maggioranza che si era formata in sede parlamentare. Infatti, contrariamente a ogni aspettativa, in esso non si fa alcuna menzione di quel manicomio criminale che il ministro aveva considerato ormai ineludibile.

Inoltre, nonostante le resistenze di Zanardelli, favorevole, come detto, a riservare il giudizio sul malato psichico esclusivamente alla magistratura penale e non al provvedimento discrezionale dell’autorità amministrativa, prevalse la “soluzione

extrapenale”, come risulta dall’art. 46 che riproduce il 47 del Progetto: *“Non è punibile colui che, nel momento in cui ha commesso il fatto, era in tale stato di infermità di mente da togliersi la coscienza o la libertà dei propri atti. Il giudice nondimeno, ove stimi pericolosa la liberazione dell’imputato prosciolto, ne ordina la consegna all’Autorità competente per i provvedimenti di legge”*.

Dal testo emerge chiaramente quello che era l’intento della maggior parte degli onorevoli: realizzare un passaggio di competenze e di responsabilità dal giudice penale a un soggetto extrapenale. Operatori e istituzioni psichiatriche assunsero così una quota di controllo sociale, affiancandosi alla magistratura e divenendo *“sentinella di un ordine che è quello della società nel suo insieme”*<sup>8</sup>.

E’ evidente, quindi, che ancora non si era giunti ad una disciplina compiuta dei manicomi giudiziari, termine che, lo ricordiamo, non trova neppure spazio nel codice in questione. Fino a che una siffatta normativa non intervenne, fu dunque quel mondo del diritto extrapenale a rimanere il principale attore sulla scena, nonostante i tentativi, vani, del ministro Zanardelli per riportare la tematica dei folli rei nell’ alveo del diritto penale.

### **1.6 Il Regolamento Generale del 1891**

Solo nel 1891 intervenne, a dettare una disciplina apposita per i manicomi giudiziari, il Regolamento Generale degli Stabilimenti Carcerari e dei Riformatori Governativi che all’ art. 469 diede loro riconoscimento ufficiale. Tale disposizione normativa nacque a seguito di un’ispezione dei 61 manicomi del Regno (tra cui, come abbiamo visto, solo due erano i manicomi criminali) promossa dall’allora

ministro dell'Interno, Giovanni Nicotera. L'ispezione, condotta da Cesare Lombroso, Augusto Tamburini e Ascenzi, si concluse con la denuncia di una serie di gravi problemi di gestione e di organizzazione di queste strutture. Nella relazione finale stilata dai tre illustri studiosi, si evidenziavano: il sovraffollamento degli istituti manicomiali, la cui popolazione, secondo i registri, era di 24.118 persone ma che, verosimilmente, superava le 25.000; la mancanza di una legislazione unitaria, valida e omogenea per tutte le regioni italiane, assenza che portava a un ulteriore grave problema e cioè la grande disparità di trattamento e di organizzazione fra i manicomi esistenti sul territorio italiano; *“la nessuna cura e tutela per gli averi degli alienati, una volta reclusi nei manicomi”*; *“la nessuna efficace sorveglianza sui manicomi tanto pubblici che privati”*, sottolineando con ciò l'assenza di un organo indipendente che potesse denunciare eventuali abusi commessi all'interno del manicomio e fornire una relazione a seguito della dimissione di un internato, sulla scorta del modello inglese dove già esisteva una sorta di magistrato di sorveglianza che seguiva il percorso penitenziario o manicomiale del soggetto; infine l'irrisorio numero di internati ad Aversa e a Montelupo Fiorentino rispetto al numero totale. A differenza di quanto era avvenuto in altri paesi europei, primo fra tutti l'Inghilterra con il manicomio di Broadmoor, in Italia i manicomi giudiziari non erano ancora realtà solide, come dimostra il fatto che solo uno o due imputati prosciolti vi erano stati reclusi e che quindi gli internati erano per la maggior parte - folli e non folli - rei. Il 1891 rappresentò quindi un anno fondamentale per l'entrata in vigore della prima legislazione specifica e stringente in materia di manicomi giudiziari. Il Regolamento Generale aveva finalmente portato una disciplina completa, prevedendo nello specifico le categorie di soggetti da inviare in



manicomio (i condannati a pena superiore a un anno, impazziti in carcere; i condannati a pena inferiore a un anno, colpiti da alienazione mentale transitoria, o a ogni modo inoffensivi, sempre che non venissero curati in carcere o trasferiti nel manicomio provinciale; le persone prosciolte per vizio di mente, in fase di osservazione; le persone che dopo lo stadio di osservazione fossero state ritenute da internare definitivamente) e la durata del ricovero (indeterminata ovvero individuata nel momento in cui gli internati non fossero più ritenuti necessitanti di cura e custodia; coincidente con la scadenza della pena per i condannati impazziti in carcere). Ciò nonostante non poche continuavano a essere le voci di critica mosse nei confronti dei manicomi giudiziari da personaggi autorevoli dell'Italia di fine '800. Si deve premettere che tali istituti non furono mai strutture concretamente sanitarie: essi venivano usati come luoghi per il trattamento punitivo della follia criminale. Erano gestiti da un Direttore amministrativo, come tutti gli stabilimenti di pena ordinari, e disciplinati mediante un Regolamento che non differiva da quello carcerario. Per questo non fu mai veramente realizzata la “non afflittività” del manicomio criminale che avrebbe dovuto costituire l'unica vera differenza fra segregazione carceraria e manicomiale<sup>10</sup>. Lombroso, a proposito di Aversa, scriveva: *“Vi è in Aversa un manicomio criminale che potrebbe chiamarsi un'immensa latrina”*<sup>11</sup>. Neppure lo stesso Giolitti si era potuto astenere dal constatare come il manicomio non fosse altro che una diversa forma di carcere e che, come tale, non si sarebbe dovuto applicare ai condannati pazzi e tanto meno ai prosciolti per infermità di mente, ma solo ai sani. Come sostiene Fornari, in definitiva *“il Manicomio criminale risultò essere qualcosa di molto diverso da ciò per il quale era stato ideato”*<sup>12</sup>.

### **1.7 La prima legge sui manicomi**

La Legge 14 febbraio 1904, n. 36, intitolata “Disposizioni sui manicomi e sugli alienati”, fu il risultato di cinque anni di travagliate discussioni e di ben sei disegni di legge abbandonati. Il principale problema che il legislatore dovette affrontare era costituito dalle grandi masse di poveri e di “mentecatti poveri” che non trovavano collocazione né negli spazi produttivi né in altri contesti sociali. Nonostante i dibattiti, i vari schieramenti politici concordavano sulla necessità dell’internamento per tutte le masse di indigenti, malati, criminali o anche solo poveri. Si trattò di una soluzione di compromesso, probabilmente dettata anche da convenienze politiche, come dimostrano i soli undici articoli promulgati. Secondo la legge del 1904 potevano essere ricoverati i soggetti “pericolosi a sé o agli altri” e coloro che creavano “pubblico scandalo”. Essa, infatti, basandosi su “principi positivisti di difesa sociale” e di “prevenzione attiva” intesa come segregazione dei possibili devianti,<sup>13</sup> dava centralità più alla “custodia” degli alienati che alla loro “cura”. Come afferma Enrico Carbone, è una disciplina che portò *“a conclusione coerente un percorso filosofico segnato dai passaggi: diversità organica del disturbato; pericolosità psichiatrica; obbligo di protezione della collettività; contenimento asilare”*<sup>14</sup> Ai sensi dell’art. 1, comma primo, della legge 36, i destinatari della cura e della custodia nei manicomi sono *“le persone affette per qualunque causa da alienazione mentale, quando siano pericolose a sé o agli altri o riescano di pubblico scandalo e non siano e non possano essere convenientemente custodite e curate fuorché nei manicomi”*. Rispetto al passato, la legge 36 presenta alcuni elementi di novità poiché affida l’intervento sanitario a strutture pubbliche e quindi rende responsabile lo Stato per il trattamento degli internati. Inoltre attribuisce una

grande rilevanza a una nuova categoria professionale, quella degli psichiatri che videro crescere la propria autorità in materia come gestori della malattia per conto di tutta la società. Nonostante tali novità, la legge Giolitti non costituì un vero punto di rottura: permaneva, di fondo, una certa visione custodialistica dell'infermo di mente e l'influenza esercitata da una cultura amministrativista d'impronta giuridica, le quali la rendevano attenta più al dato normativo che al reale e concreto funzionamento delle istituzioni. Con riguardo alle disposizioni della legge, Rabaglitti nota che *“se, nel tempo in cui furono promulgate, costituirono un sistema organico e progredito di organizzazione assistenziale, tuttavia furono dominate da preoccupazioni di difesa della società”*<sup>15</sup> e qui si comprende anche perché l'internamento assomigliava sempre più a una vera e propria misura di prevenzione, vicina alle misure di sicurezza che saranno previste, di lì a pochi anni, dal codice Rocco. Nonostante tali rilievi, dobbiamo però convenire con la maggioranza della dottrina nel ritenere che la concezione di fondo che ispira tutta la normativa dell'epoca (sia la legge del 1904 che il successivo Regolamento del 1909) è una concezione della malattia mentale come colpa dell'individuo che va dunque isolato e custodito più che curato<sup>16</sup>.

### **1.8 Il periodo fascista e il “Codice Rocco” del 1930**

Durante il periodo fascista la necessità politica di un controllo sociale più stretto determinò un aumento della popolazione internata e di conseguenza un aumento del numero dei manicomi giudiziari. Nel giro di pochi anni, tra il '23 e il '25, accanto

ad Aversa, Montelupo Fiorentino e Reggio Emilia sorsero altri due manicomi giudiziari: quello di Sant'Eframo, istituito con decreto ministeriale nel 1923, con sede in un antico convento nel pieno centro di Napoli, e quello di Barcellona Pozzo di Gotto, in provincia di Messina, istituito con una legge del 1907 ma aperto solo nel 1925. Infine, con la nascita nel 1939 della sezione maschile dell'OPG di Castiglione delle Stiviere, a cui si aggiunse nel 1950 quella femminile, si completò la creazione dei sei OPG presenti sul territorio italiano. Nel 1925, il ministro Rocco presentò un disegno di legge per sollecitare la delegazione al governo a modificare la legislazione in materia penale. Le ragioni della riforma vennero illustrate nella Relazione che accompagnava lo stesso disegno di legge: di fronte all'aumento della criminalità negli anni del dopoguerra, da ricondursi ai *"[...] profondi rivolgimenti prodottisi nella psicologia e nella morale degli individui e della collettività, e nelle condizioni della vita economica e sociale"* la legislazione penale si era, in effetti, rivelata densa di difetti e di lacune.<sup>17</sup> L'esperienza aveva messo in luce quanto fossero insufficienti nella lotta contro il delitto *"i mezzi puramente repressivi e penali [...] e l'assoluta inidoneità delle pene a combattere i gravi e preoccupanti fenomeni della delinquenza abituale, della delinquenza minorile, degli infermi di mente pericolosi"*. Era necessario, dunque, predisporre, accanto a tradizionali misure di repressione, nuovi e più adeguati mezzi di prevenzione della criminalità. L'idea di fondo del nuovo codice consisteva, da un lato, in una maggiore severità contro la delinquenza in nome della difesa dello Stato e degli interessi collettivi ritenuti da questo meritevoli di tutela, dall'altro, nell'introduzione di nuovi istituti, considerati più moderni e adeguati alla prevenzione del delitto, come le misure di sicurezza. Fu subito nominata una commissione ministeriale composta da

magistrati, professori e avvocati. Tra i professori, oltre a Vincenzo Manzini, Enrico Ferri e Edoardo Massari, si distingueva la figura di Arturo Rocco, fratello del guardasigilli ma, soprattutto, docente di diritto penale. Il contributo di quest'ultimo si rivelò essenziale per il nuovo codice. Rocco fu infatti artefice dell'affermazione di un nuovo indirizzo penalistico che, come accennato, si poneva in posizione critica e antagonista tanto nei confronti della Scuola positiva quanto del socialismo giuridico. La concezione del diritto penale che il tecnicismo giuridico suggeriva era improntata a una sorta di "Dottrina pura del diritto penale" secondo la quale, le sovrapposizioni del diritto con l'antropologia, la psicologia, la sociologia, la statistica, la filosofia del diritto e la politica erano state all'origine della crisi del diritto penale stesso. Secondo tale teoria, se la Scuola classica aveva avuto la colpa di considerare il diritto penale come immutabile e universale, la Scuola Positiva ne aveva invece fatto un'appendice della sociologia, arrivando, a forza di distruggere e criticare, ad un diritto penale senza diritto. In realtà, bisogna dire che sotto molti aspetti la Terza Scuola aveva fatto propri apporti di entrambe le correnti di pensiero: della Positiva il carattere social-preventivo, che si materializzò nella previsione delle misure di sicurezza, e della Classica il principio legal-retributivo delle pene, tanto da essere spesso etichettata come una sorta di "sintesi" e "compromesso" fra le due, dando origine al cosiddetto sistema del "Doppio Binario". Le misure di sicurezza volte a porre soggetti, altrimenti non coercibili, in condizione di non nuocere, a sé e agli altri, costituivano così uno strumento di controllo e repressione. Distinte in misure patrimoniali e personali - queste ultime a loro volta suddivisibili in detentive e non - si applicavano, in via di principio, alle persone che avessero commesso un fatto altrimenti costituente reato - anche se in

realtà lo stesso art.202 specificava al secondo comma come potessero essere stabilite *ex lege* ipotesi in cui il reo potesse essere sottoposto a tali provvedimenti, anche senza aver peraltro commesso alcun tipo di fatto illecito – e fossero state riconosciute “socialmente pericolose” in base all’art.133. Il concetto di pericolosità sociale, quindi, non era un concetto univoco. Esso poteva dipendere da fattori diversi ed essere desunto di volta in volta, per quanto concerneva i rei imputabili, in base alle circostanze elencate nel relativo articolo sopra citato. Invece, nei confronti dei soggetti che si erano visti pronunciare una sentenza di proscioglimento per vizio totale di mente, o di condanna a pena diminuita per vizio parziale, la qualità di persona socialmente pericolosa era presunta dalla legge. Si applicava loro, sempre e in ogni caso, la misura di sicurezza: rispettivamente quella del ricovero in manicomio giudiziario per i non imputabili (art. 222 c.p) o in casa di cura e custodia per i semi-imputabili (art.219 c.p.) Si voleva quindi evitare che un soggetto prosciolto per vizio di mente potesse rimanere in qualche modo esente da qualsivoglia tipo di reazione dell’ordinamento penale. L’unica eccezione contemplata era l’eventuale caso in cui fossero trascorsi, tra la commissione dell’illecito e l’ emissione della sentenza, oppure tra il giudicato e il momento dell’internamento, cinque anni per i reati minori, dieci per quelli più gravi. A tale proposito la normativa stabiliva che il giudice potesse esimere il reo affetto da vizio di mente, sempre che fosse ritenuto non più socialmente pericoloso, dal sottostare alla misura di sicurezza. Per i soggetti di età compresa fra i quattordici e i diciotto anni invece, la capacità di intendere e di volere doveva essere dimostrata caso per caso, vista la variabilità del grado di sviluppo del soggetto in riferimento all’ambiente e all’educazione ricevuta. Per i soggetti che avessero raggiunto la

maggior età, la legge presumeva l'esistenza della piena imputabilità: l'assenza di questa poteva derivare solo da cause tassative, predeterminate per legge, e in ogni caso dimostrata e motivata.

Tra le cause di non imputabilità in particolare:

- 1) la piena ubriachezza derivata da caso fortuito o da forza maggiore (art. 91 c.p.);
- 2) l'azione di sostanze stupefacenti derivante da caso fortuito o da forza maggiore (art. 93 c.p.);
- 3) l'infermità o la malattia psichica (art. 88 c.p.);
- 4) la cronica intossicazione da alcool o da sostanze stupefacenti (art. 95 c.p.);
- 5) il sordomutismo (art. 96 c.p.).

Per quanto concerne, poi, la durata della misura di sicurezza, essa venne definita nel minimo – proporzionale alla pena edittale massima prevista per il reato commesso – ma non nel massimo, lasciando in pratica indefinito e prorogabile *ad infinitum* il termine ultimo. Ciò ovviamente era sintomo di quella visione totalitaria e autolegittimante tipica della mentalità fascista, sostenitrice in primo luogo di valori come ordine e sicurezza dello Stato, elementi preminenti rispetto all' integrità e vantaggio del singolo individuo. L'uomo pericoloso era un problema e l'ordinamento si arrogava il compito di trovarvi risposta, ma nient'affatto di curarlo o quanto meno di alleviare la sua pena. In seguito all'entrata in vigore del Codice Rocco vi fu una lunga stagione di elaborazioni culturali, tensioni riformistiche, confronti, anche conflittuali, sfociati infine in sintesi legislative di cui la Legge Basaglia costituì il principale e significativo rappresentante.

### **1.9. I primi passi verso la riforma sanitaria e la Legge Mariotti**

Dopo l'entrata in vigore della Costituzione italiana e il conseguente periodo di assestamento, il principale obiettivo dei riformisti, a partire dagli anni Sessanta, fu non solo quello di abolire l'iniqua legislazione manicomiale ancora vigente, ma anche quello di rifiutare qualsiasi legislazione psichiatrica speciale. Quest'ultima, secondo i fautori di tale ideologia, avrebbe segnato di per sé un vallo, una diversità normativa, e quasi inevitabilmente uno stigma nei confronti dei malati di mente, rispetto ai degenti di altro tipo. Tale traguardo divenne raggiungibile nella seconda metà degli anni Settanta per due concomitanti e rilevanti fattori.

Il primo, il più determinante, fu costituito dall'avvio del globale processo di riforma della sanità italiana, per cui il Parlamento, al fine di superare esclusioni, separazioni e disuguaglianze, pose mano all'elaborazione e alla definizione di un sistema globale e unitario, aperto in condizioni di eguaglianza a tutti i cittadini, che superasse la logica corporativa e assicurativa del mutualismo: il Servizio Sanitario Nazionale.

Il secondo evento, anch'esso peraltro rilevante, fu costituito dallo sviluppo e dal consolidamento di straordinari progressi nella terapia delle psicosi, i quali, rendendo meno severe le prognosi ed attenuando l'entità e la durata delle manifestazioni morbose più gravi, erano riusciti nell'arduo compito di smorzare le dinamiche di repulsione della pubblica opinione nei confronti dei malati di mente. Ma tutto ciò, probabilmente, non sarebbe risultato comunque sufficiente a creare le basi per una vera riforma se la temperie culturale, sociale e politica di quegli anni non avesse favorito la convergenza di forze e di persone, di diversa provenienza ed estrazione, su comuni obiettivi di civile progresso. Per quanto concerne il superamento dei manicomi, tale tendenza certamente contribuì a creare le condizioni per includere,



sin dai primi mesi del 1977, nel testo del disegno di legge sull'istituzione del Servizio Sanitario Nazionale, l'abrogazione della legge manicomiale del 1904.

Erano passati più di sessant'anni da quest'ultima, anni in cui si erano fatti sempre più evidenti i limiti della normativa e della disciplina vigente rispetto alla realtà psichiatrica. Forte delle potenzialità terapeutiche connesse con l'introduzione negli anni Cinquanta degli psicofarmaci, la scienza psicopatologica intravedeva finalmente nuove possibilità di trattamento.

La legge 431 del 1968, varata dal Ministro Mariotti, non si espose in merito al problema della chiusura dei manicomi ed al loro superamento tramite forme di assistenza psichiatrica alternativa. In sostanza non ci fu una vera rivoluzione del sistema psichiatrico, ma non si può negare che tale legge fu l'inevitabile testa diponte per la successiva legge 180: infatti, come commenta Vecchietti, *"la logica del rispetto della personalità, della libertà, e del diritto alla tutela della salute, fu affermata in modo irreversibile e segnò la via alle successive revisioni legislative"* proclamando finalmente il tramonto del concetto di ineluttabilità della malattia mentale<sup>18</sup>.

Tale mini-riforma, rubricata "Provvidenze per l'assistenza psichiatrica", mirava – pur introducendo solo parziali modifiche alla L.n.36/1904, e non globali e abroganti novità – ad innovare l'organizzazione interna dei manicomi, i quali venivano così ad assumere la denominazione ufficiale di "Ospedali psichiatrici" in assimilazione a quella di "Ospedali civili". La malattia mentale diventava così questione sanitaria, non più di ordine pubblico, con relativo luogo di cura ad essa adibito.

Inoltre, la c.d. Legge Mariotti, stabiliva l'istituzione dei "Centri di Igiene Mentale", tutt'ora presenti sul territorio, finalizzati ad offrire servizi di terapie ambulatoriali

psichiatriche e psicoterapeutiche, alternativi alla struttura manicomiale. L'intenzione era di creare centri che svolgessero funzione preventiva e al contempo di recupero e reinserimento sociale degli ex-internati. A tale scopo l'organico doveva essere composto, oltre che da medici-psichiatri, anche da esperti in psichiatria infantile, psicologi, assistenti sociali, assistenti sanitari. Si prevedeva poi la possibilità di ricoveri volontari, indipendenti da alcuna segnalazione degli organi di polizia, e la trasformazione dei ricoveri coatti in volontari. Nel caso di ammissione volontaria, in particolare, il paziente poteva in qualsiasi momento richiedere, sotto la propria responsabilità, di essere dimesso.

L'art.11 abrogava anche la stigmatizzante annotazione dei provvedimenti di ricovero nel casellario giudiziario, così come era previsto dal regime precedente dell'art. 604 c.p.p. Non si associava più il malato di mente al delinquente, rompendo così con la tradizionale concezione lombrosiana, rimasta per lungo tempo inveterata. Ma, anche qui, bisogna far presente che contemporaneamente a tale previsione, veniva introdotto il relativo obbligo di segnalazione all'autorità di pubblica sicurezza, rendendo così meno liberale e innovativa la nuova disciplina.

Sembrava, a onor del vero, l'alba di una rivoluzione, ma in realtà non successe nulla di eccezionalmente nuovo: l'impianto originario rimase il medesimo vigente in precedenza, come del resto stabiliva la legge stessa. Tale normativa si coordinò in qualche modo con il successivo D.P.R n.128 del 1969 intitolato "Ordinamento interno dei servizi ospedalieri" con cui si era appunto disposto il rinnovamento interno e la ristrutturazione anche dei manicomi.

Questi furono, a grandi linee, il quadro generale della situazione del manicomio civile e le nuove prospettive della psichiatria che andavano via via diffondendosi.

Come del resto era già avvenuto in passato, le sorti di questo tipo di istituzione influenzarono certamente anche il destino del “confratello” manicomio giudiziario, che da lì a poco avrebbe mutato il proprio nome in “ospedale psichiatrico giudiziario”.

### **1.10 La riforma dell’ordinamento penitenziario: la legge n. 354 del 26 luglio 1975**

Agli inizi degli anni Settanta iniziarono a farsi sempre più accesi i dibattiti sulla natura improba e disumana dei manicomi giudiziari. Frattanto si erano susseguiti numerosi convegni e riunioni dei principali esperti in materia, i quali avevano messo in luce gli aspetti più critici delle misure di sicurezza psichiatriche, tentando nuove proposte e soluzioni alternative alla questione dei “rei folli”.

Ma la vera scossa all’opinione pubblica fu data dalla notizia della morte di Anna Maria Bernardini. All’ospedale di Pozzuoli, il decesso per ustioni della donna, fu riportato all’autocombustione del materasso sintetico su cui era stata legata, da almeno quattro giorni, dai medici curanti e dai custodi del manicomio giudiziario in cui risultava essere da tempo ricoverata. La vicenda fece affiorare tutti i soprusi, le ingiustizie, i metodi soppressivi e le condizioni disumane a cui venivano sottoposti tutti coloro che, per motivi più o meno rilevanti, finivano per essere rinchiusi in un manicomio giudiziario. Tutta l’opinione pubblica democratica e gli organi di stampa chiesero così, ripetutamente, che si arrivasse a superare il sistema dei manicomi giudiziari. Anche in Parlamento vi furono numerosi interrogazioni e interpellanze sul tema. Si insediò pertanto una commissione che al termine dei lavori, nella

primavera inoltrata del 1974, formulò una prima proposta che ipotizzava un travaso di parte delle funzioni dei manicomi giudiziari a quelli civili.

Tale idea risultava, tuttavia, del tutto fuori luogo in un periodo che, come abbiamo descritto nel precedente paragrafo, metteva in discussione la stessa presenza della istituzione manicomiale e della sua relativa valenza terapeutica. Inoltre, tale progetto, non stilava alcuna riforma della disciplina normativa della materia limitandosi unicamente e irrealisticamente a sopprimere i manicomi giudiziari. Del resto il governo, nei primi mesi del 1975, non espresse alcun impegno per un superamento di tali strutture. Ciò a cui si mirava era, invece, un loro migliore funzionamento, senza ‘incidenti’ e disonorevoli ‘scandali’.

Per questo e altri motivi tale proposta fu archiviata e si preferì in qualche modo ricomprendere il problema irrisolto nella legge di riforma penitenziaria.

Prima di questa intervenne però la sentenza della Corte Costituzionale n.110 del 23/4/1974, che dichiarò illegittimo l’art.207 c.p. nella parte in cui riservava al guardasigilli la revoca anticipata della misura di sicurezza. Si voleva così evitare di trattenere ancora in carcere quei soggetti internati nei manicomi giudiziari che ormai avevano cessato di essere socialmente pericolosi. Fu infine attribuito al giudice di sorveglianza la facoltà di revocare la misura di sicurezza anche prima che fosse decorso il periodo minimo stabilito per legge. Come prevedibile, tale decisione rappresentò un enorme passo in avanti verso il superamento di quella che rimaneva ancora, sotto molti aspetti, un’istituzione totale. Tutti questi eventi, e il clima in generale, influenzarono in maniera piuttosto determinante la tanto attesa riforma penitenziaria.

La legge n.354 del 1975 e il successivo regolamento di esecuzione contenuto nel D.P.R. n.431, furono impregnate da tale carattere di denuncia, ancora più il secondo rispetto al primo.

Tra le novità apportate da questa legge vi fu anzitutto la modifica definitiva del nome in “Ospedale Psichiatrico Giudiziario”, modifica che sembrò essere più che altro formale.

Al di là di questo aspetto nominalistico, il nuovo Ordinamento Penitenziario mostrò di voler dare un’attuazione più concreta ed efficace al dettato costituzionale, anzitutto attraverso l’introduzione delle cosiddette misure alternative alla detenzione. Si consentì all’internato di usufruire di un regime di semilibertà, che gli dava la possibilità di trascorrere parte del giorno fuori dall’istituto per partecipare ad attività lavorative, istruttive o comunque utili al reinserimento sociale. Anche se in pratica pochi si avvalevano di questo regime per la lontananza dei luoghi di residenza da quelli di detenzione, non si può negare lo sforzo di tale normativa di rendersi maggiormente coerente con il principio costituzionale secondo cui la reclusione deve essere utilizzata solo come extrema ratio, con la funzione rieducativa della pena sancita dall’art.27 della Costituzione.

In linea con l’art.32 della Costituzione è poi l’art. 11, I comma, della legge 354, che statuisce che in ogni istituto carcerario sia presente almeno uno specialista in psichiatria. Tale previsione, non solo era coerente con il diritto di tutti alla salute, ma ebbe anche l’effetto indiretto di ridurre la popolazione di detenuti che venivano inviati in OPG in osservazione psichiatrica e quindi di attenuare il sovraffollamento prodotti negli anni precedenti.

Infine, possiamo accennare a un'importante novità contenuta nel Regolamento di esecuzione che all' art. 100 prevedeva: *“L'amministrazione penitenziaria può stipulare apposite convenzioni con ospedali psichiatrici civili per il ricovero di soggetti destinati ad ospedali psichiatrici giudiziari, previa intese con la regione competente e secondo gli indirizzi del Ministero della Sanità. Nei confronti dei detenuti e degli internati ricoverati presso gli ospedali psichiatrici civili, si applicano tutte le norme di legge e di regolamento, previste per le loro categorie giuridiche di appartenenza”*

Il fine che sorregge tale articolo è il medesimo visto nell'art. 11 della legge 354: cercare di “alleggerire” gli Ospedali Psichiatrici Giudiziari diminuendone la popolazione, nella speranza di attuare meglio e più efficacemente le cure e le terapie destinate agli internati.

Tali convenzioni avrebbero inoltre consentito di avvicinare gli internati alle regioni di residenza.

### **1.11 La Legge 180 e i suoi effetti sugli Ospedali Psichiatrici Giudiziari**

Il 13 maggio 1978 entra in vigore la legge 180, approvata in Parlamento a larghissima maggioranza e con un iter insolitamente rapido, di soli 24 giorni: il 19 aprile il Consiglio dei ministri presenta il disegno di legge “Accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori” e le Commissioni Igiene e Sanità di Camera e Senato lo approvano in sede legislativa il 2 e il 10 maggio.

Sulla legge 180 si è molto discusso. Fu definita un “compromesso politico”, approvata con un calendario di lavori troppo stretto e senza la reale volontà da parte del legislatore di porre seriamente mano alla legge 36 del 1904.

Lo stesso Basaglia, deceduto solo due anni dopo, nell'agosto 1980, ne rifiutò la paternità e fu il primo a riconoscere le carenze e la transitorietà di questa normativa, frutto sostanzialmente di un compromesso politico.

Nonostante ciò, la riforma del '78 sancì alcuni punti di non ritorno di carattere generale nella cura della malattia mentale. Per quanto riguarda, in particolare, gli Ospedali Psichiatrici Giudiziari, sebbene nella norma in questione non vi sia il benché minimo riferimento né ai folli - rei né agli OPG, il mutamento culturale da essa apportato non poteva non riguardare anche questi ultimi.

Si aprì quindi un nuovo dibattito anche sulla funzione degli OPG; aumentarono infatti le critiche a tale istituzione da parte della psichiatria che affermava l'impossibilità di realizzare finalità terapeutiche all'interno di istituzioni totali e rifiutava un "mandato sociale di controllo"<sup>19</sup>. La 180 fu dunque una legge che cambiò il clima culturale e psichiatrico perché si concentrò sul malato, sulla garanzia dei suoi diritti costituzionali, tentando di abbandonare la prospettiva dell'esclusione sulla quale si era fondata la precedente normativa manicomiale. Tutto ciò trova conferma nel fatto che nel testo della legge non si utilizza mai la parola "pericolosità". Tuttavia la soppressione di tale concetto, così come quello di pubblico scandalo, e l'eliminazione quasi totale del ricovero coattivo (ad eccezione di quei particolarissimi casi di TSO, trattamento sanitario obbligatorio), non riguardava gli OPG. Nel codice penale continuava a permanere il concetto di presunzione di pericolosità sociale del malato di mente autore di reato e il suo conseguente internamento obbligatorio in OPG, istituzione manicomiale e al contempo misura di sicurezza carceraria.

Occorre inoltre ricordare che la legge 180 ebbe anche effetti negativi per gli Ospedali Psichiatrici Giudiziari. La chiusura degli OP fece gravare sulla società un grande numero di soggetti, alcuni dei quali entrarono nel “circuito penale” per reati di lieve entità, come risse e molestie.

Si determinò così una “criminalizzazione” del malato psichiatrico e un’accentuazione dei già gravi problemi di gestione degli OPG. Nonostante parte della dottrina contesti il fatto che l’OPG, dopo la riforma Basaglia, venga ad assumere una “funzione vicariante” rispetto all’OP, è innegabile che gli Ospedali Psichiatrici Giudiziari si trovarono a dover assumere ruoli precedentemente svolti dai manicomi civili, ma con una carica di violenza addizionale, per effetto della gestione essenzialmente carceraria e in evidente contrasto con qualsiasi finalità terapeutica.

Che la popolazione degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari sia aumentata a seguito della legge 180, è confermato dai dati statistici: se fino a un anno prima della riforma il numero di internati era in costante diminuzione, passando dai 1.542 del 1970 ai 1.116 del 1977, nell’anno di approvazione della legge il numero iniziò a salire, prima di poche unità (erano 1.149 gli internati nel 1978) poi sempre di più fino a raggiungere, nel 1982, il picco di 1.600 internati.

In conclusione possiamo sottolineare che, nonostante l’omissione totale degli OPG dalla riforma del 1978, questi ne subirono comunque le conseguenze poiché furono privati di quella “valvola di sfogo” quali erano gli ospedali psichiatrici civili: prima della 180, infatti la maggior parte degli internati, una volta dimessi, venivano ricoverati in OP. È chiaro dunque come questi ultimi avessero svolto sino ad allora una fondamentale funzione di riferimento sia normativo che organizzativo per gli



OPG, evitando (come poi avvenne) che si determinassero problemi di gestione e un sovraffollamento di soggetti in strutture già precarie e obsolete e sulla cui funzione si iniziava molto a dibattere.

### **1.12 Il d.lgs. 230/1999 e il d.p.c.m. 1° aprile 2008**

Un primo tentativo legislativo nella direzione di una sanitarizzazione degli OPG avviene con il d.lgs. 230/1999, che trasferisce la competenza delle funzioni sanitarie dal Dipartimento dell'amministrazione penitenziaria al Servizio sanitario nazionale. Al Ministero della Sanità spetterà un ruolo di coordinamento e indirizzo del Servizio sanitario nazionale, mentre l'erogazione delle prestazioni sanitarie sarà garantita dall'Azienda sanitaria locale.

Nel decreto non si parla in maniera specifica degli OPG, bensì di internati e detenuti (art. 2 co. 3°).

L'elemento pregevole nel dettato normativo è la volontà mostrata dal legislatore di giungere a sancire chiaramente il diritto di detenuti e internati all'erogazione da parte del Servizio sanitario nazionale delle prestazioni sanitarie di diagnosi, cura e riabilitazione, al pari dei cittadini in stato di libertà. Si compie così un passo avanti nell'equiparazione della tutela dei diritti tra cittadini liberi, internati e detenuti. Elemento rilevante è il fatto che viene stabilito chiaramente che rimane in capo al Ministero di Grazia e Giustizia la competenza relativa alla sicurezza esterna dei luoghi ove siano ricoverati gli internati (art. 4 co. 1°). Nello specifico, sarà l'amministrazione penitenziaria a provvedere alla sicurezza di detenuti e internati (art. 2 co. 3°). Tale scelta verrà successivamente ribaltata dalla legge 81/2014, la quale assegnerà al personale sanitario tale competenza, peccando però di scarsa

precisione nell'indicare le linee guida per assicurarne l'espletamento in modo efficace e sicuro.

Il processo di riordino della medicina penitenziaria, il cui inizio è sancito con il d.lgs. 230/1999, progredisce ulteriormente con il D.p.r. 230/2000, con cui si pone l'accento sull'esigenza di cura oltre che di controllo della malattia.

L'art. 111 co. 1° del D.p.r. assegna al personale sanitario la direzione di OPG, Case di Cura e Custodia., istituti o sezioni speciali per soggetti affetti da infermità, minorazioni psichiche o fisiche. Inoltre, al personale infermieristico spetterà specificamente il ruolo di cura e riabilitazione degli internati.

L'art. 113 co. 1° dello stesso D.p.r. stabilisce che «l'amministrazione penitenziaria, al fine di agevolare la cura delle infermità ed il reinserimento sociale dei soggetti internati negli ospedali psichiatrici giudiziari, organizza le strutture di accoglienza tenendo conto delle più avanzate acquisizioni terapeutiche anche attraverso protocolli di trattamento psichiatrico convenuti con altri servizi territoriali pubblici».

Solo l'OPG di Castiglione delle Stiviere si adegua, storicamente, a tale previsione, facendo sì che tutti gli aspetti strutturali e di sicurezza siano gestiti dall'azienda ospedaliera, senza agenti di polizia penitenziaria. Negli altri casi, il dettato legislativo cade, purtroppo, nel vuoto.

Con il Decreto del Presidente del Consiglio dei ministri del 1° aprile 2008 (art. 5), le funzioni sanitarie concernenti gli OPG vengono trasferite alle Regioni.

Nell'allegato C si prevedono tre fasi per il superamento di tali strutture. È la prima volta che si fa esplicito riferimento alla questione degli OPG, mostrando una specifica attenzione su tale tematica.

Partendo dal presupposto che i dettati dei precedenti d.lgs. e D.p.r. fossero rimasti lettera morta, si statuisce ulteriormente il passaggio delle competenze sulla diagnosi clinica dei rei infermi di mente, pericolosi socialmente e non imputabili, dal Ministero della giustizia alle AUSL/Regioni.

Come già anticipato, il programma di superamento degli OPG è scandito in tre fasi nell'allegato C "Linee di indirizzo per gli interventi negli ospedali psichiatrici giudiziari (OPG) e nelle case di cura e custodia (C.C.C.)" del d.p.c.m.

Nella prima fase, si stabilisce l'assunzione, da parte delle regioni, della gestione sanitaria degli OPG situati nel loro territorio. Contestualmente, i DSM dovranno redigere un programma operativo che tocchi vari punti. In primo luogo, gestire la dimissione degli internati che abbiano terminato la misura di sicurezza, definendo percorsi adeguati al fine del reinserimento sociale.

In secondo luogo, provvedere all'attivazione, nelle carceri, di sezioni di cura e riabilitazione in cui trattare i disturbi psichici sopravvenuti durante l'esecuzione della pena. Infine, assicurare l'espletamento negli istituti ordinari delle osservazioni per l'accertamento delle infermità psichiche di cui all'art. 112 D.p.r. 230/2000.

Nella seconda fase, a distanza di un anno, si prevede una redistribuzione degli internati per avvicinarli alle realtà di provenienza, in maniera tale che gli OPG possano configurarsi come centri di ricovero per internati delle regioni limitrofe o comunque vicine.

Nella terza fase, nel giro di due anni, si avvierà la restituzione alle regioni di provenienza della loro quota di internati attivando la presa in carico da parte dei dipartimenti di salute mentale (Dsm).

L'attuazione delle linee guida dell'allegato C passa attraverso la collaborazione tanto a livello nazionale quanto locale. Per questo viene disposta l'istituzione, a livello nazionale, presso la conferenza unificata tra Stato, Regioni e Province autonome, del Comitato paritetico interistituzionale (art. 5 co. 2°).

Punto focale dell'allegato C è la coscienza circa l'importanza del principio di territorialità quale criterio privilegiato e più consono a garantire la cura degli internati. È evidente infatti che, trasferendo l'individuo in una regione lontana dal proprio contesto di appartenenza, egli perderà i propri punti di riferimento e non sarà agevolata né la sua cura né il suo reinserimento<sup>20</sup>.

Nonostante tale apprezzabile normativa, il progetto fallisce ancora una volta.

Varie furono le cause. I servizi territoriali non garantirono l'attivazione di quegli strumenti necessari per assicurare un percorso terapeutico riabilitativo individualizzato, causa il personale ridotto e la delicatezza della presa in carico di tali soggetti. Negli istituti carcerari ordinari non vennero attivate le specifiche sezioni di cura.

**1.13. Commissione Parlamentare d'inchiesta sull'efficacia e l'efficienza del Servizio Sanitario Nazionale: la spinta propulsiva per lo smantellamento degli OPG**

Nonostante i positivi intenti del d.p.c.m., il passo decisivo per il superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari viene fatto risalire all'istituzione della Commissione Parlamentare d'inchiesta sull'efficacia ed efficienza del Servizio Sanitario Nazionale, istituita con una deliberazione del Senato il 30 luglio 2008, presieduta dal senatore Marino e sostenuta da uno spirito riformatore unitario, difficile da rinvenirsi nelle normali commissioni.

Il lungo lavoro della Commissione, che esaminò attentamente la situazione in cui versavano gli OPG e i soggetti ivi internati, venne a tradursi nel disegno di legge 3036/2011, che a sua volta fu il disegno ispiratore del decreto legge 211/2011, convertito con alcune modificazioni nella legge 9/2012.

Il punto focale della disciplina legislativa è l'art 3-ter della legge 9/2012, inserito dal Parlamento in sede di conversione del decreto n. 211/2011 in legge.

L'art 3-ter si pone in linea con il travagliato progetto intrapreso con il d.p.c.m. 1° aprile del 2008, fissando in modo chiaro due termini. Entro il 1° febbraio 2013 dovrà essere portato a termine il processo di superamento degli OPG, già auspicato ma non attuato nel 2008 (co. 1°). Entro il 31 marzo 2012 un decreto di natura non regolamentare stabilirà i requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi delle nuove strutture (co. 2°). Il decreto interministeriale dovrà tener conto di alcuni parametri definiti dalla legge 9/2012, come il fatto che i nuovi presidi al loro interno avranno un'esclusiva gestione sanitaria (co. 3°).

Il 4° co. art. 3-ter stabilisce inoltre che «A decorrere dal 31 marzo 2013 le misure di sicurezza del ricovero in ospedale psichiatrico giudiziario e dell'assegnazione in casa di cura e custodia sono eseguite esclusivamente all'interno delle strutture sanitarie di cui al c. 2», ossia per gli internati non viene prefigurata nessuna alternativa alla misura di sicurezza custodiale.

È certo rilevabile una tensione verso la sanitarizzazione delle misure di sicurezza detentive, non verso una loro abolizione<sup>21</sup>. Sempre in un'ottica di tutela della salute, in contrapposizione alla perpetuazione del fenomeno degli ergastoli bianchi, lo stesso 4° co. stabilisce che *“le persone che hanno cessato di essere socialmente pericolose devono essere senza indugio dimesse e prese in carico, sul territorio, dai Dipartimenti di salute mentale”*. Ad esso collegato, il 5° co. dell'art. prevede la possibilità, anche per le regioni che hanno sottoscritto piani di rientro per disavanzi sanitari, di aumentare il personale dei Dsm per garantire il recupero e il reinserimento sociale degli internati provenienti dagli OPG. In questa scelta si può invece scorgere una piccola apertura del legislatore verso il principio di parallelismo di tutela tra misura di sicurezza detentiva e percorsi alternativi territoriali<sup>22</sup>.

Il dettato normativo dell'art. 3-ter, si estende anche ai soggetti cui sia applicata la misura di sicurezza della casa di cura e custodia. Sarà destinata a operare dunque anche per i soggetti semi-imputabili pericolosi socialmente (art. 219 c.p.), perciò condannati a pena diminuita.

Ulteriore criterio fissato dall'art. 3-ter in vista dell'emanazione del decreto del 2013, è la «destinazione delle strutture ai soggetti provenienti, di norma, dal territorio regionale di ubicazione delle medesime».

Il disposto è in linea con il principio di territorializzazione delle misure di sicurezza già previsto nel d.p.c.m. del 2008, dove si prevedevano fasi di avvicinamento degli internati alle realtà geografiche di provenienza.

Seppur sia importante affermare sulla carta tale principio, più difficile è risultato darne attuazione. Si presuppone infatti l'impegno di ciascuna regione nel disporre le strutture sanitarie previste dall'art. 3-ter.

Stabilisce, infine, l'art. 3-ter co. 3° che ogni struttura potrà avvalersi di una «attività perimetrale di sicurezza e di vigilanza esterna, ove necessario in relazione alle condizioni dei soggetti interessati».

Il criterio risulta essere volutamente molto generico, dato che dovrà essere dettagliato successivamente dal Decreto interministeriale. Tuttavia, nonostante la genericità del disposto, è chiaro che la scelta legislativa è opposta a quella del d.lgs. n. 230/1999, in cui l'attività di vigilanza esterna agli OPG demandata all'amministrazione penitenziaria, era prevista in ogni caso e non solo «ove necessario». Perché tale cambio di rotta?

Da una parte si vuole realizzare quanto più possibile il fine di cura, limitando vigilanze esterne di tipo custodialistico. Dall'altra parte si rischia però di lasciare tale tipo di valutazione alle scelte delle singole realtà locali, determinando un ampio criterio discrezionale.

Dal punto di vista generale, due sono i punti forti della legge, i quali mirano a garantirne l'attuazione.

Un baluardo a favore dell'attuazione delle nuove strutture risulta essere il potere sostitutivo del Governo ai sensi dell'articolo 120 Costituzione (co. 9°). Ossia, in caso d'inadempienza delle regioni, il Governo si sostituirà a esse attraverso una

procedura di commissariamento. Inoltre, onde evitare che questo nuovo sistema rimanga ulteriormente solo sulla carta, sono stanziati in modo chiaro i fondi necessari per attuarlo<sup>23</sup>.

#### **1.14 Il Decreto interministeriale 1° ottobre 2012**

Per lunghi mesi vennero discussi i criteri strutturali, tecnologici e organizzativi delle nuove strutture sanitarie in cui sarebbero state applicate le misure di sicurezza del ricovero in OPG e assegnazione a C.C.C.

Ne derivò lo slittamento della data fissata per l'emanazione del decreto al 1° ottobre 2012. Ritardo che si ripercosse anche sul piano concreto della costruzione delle strutture. Difatti, senza criteri precisi cui far riferimento, le regioni non avrebbero potuto emanare progetti per la loro realizzazione. Di conseguenza non poteva essere erogata nessuna parte del fondo previsto dalla legge 9/2012<sup>24</sup>.

Nella prima parte del decreto, si reiterano i principi disposti della legge 9/2012.

Le nuove strutture, definite REMS ( Residenze per l'Esecuzione della Misura di Sicurezza) verranno gestite dal Servizio Sanitario delle regioni e delle Province autonome di Trento e Bolzano, e data la loro funzione terapeutica, non potranno essere allocate in strutture penitenziarie attive. Al loro interno opererà solo personale sanitario. Un punto che viene dettagliato maggiormente dal Decreto interministeriale è quello relativo all'attività perimetrale di sicurezza e vigilanza esterna, compito che sfugge alle mansioni demandate al Sistema Sanitario Regionale.

Le funzioni di sicurezza verranno definite da un accordo tra regioni (o province autonome) e Prefettura, non saranno espletate dalla polizia penitenziaria ma saranno



competenza delle forze dell'ordine. Possono essere avanzate relativamente a questo punto, alcune preoccupazioni, legate alla generalità e criticità della lettera del decreto, letto in combinato disposto con la legge 9/2012. Il fatto che si sollecitino gli enti locali a stipulare specifici accordi con le prefetture per garantire adeguati standard di sicurezza e vigilanza esterna, dimostra che tutta la materia sia lasciata a "auspicabili" raccordi tra le due autorità .

In sostanza, non vi sono norme che prevedano uniformi e seri controlli nelle strutture destinate ad accogliere soggetti dichiarati socialmente pericolosi.

La decisione di escludere la polizia penitenziaria dai compiti di tutela della sicurezza interna ed esterna va nell'innovativa direzione di affermare una logica più terapeutica che custodiale delle Rems. Tuttavia, come è già stato segnalato, questa scelta *"non sarà indolore, giacché significa la rinuncia a una polizia di prossimità capace di prevenire, contenere e reprimere gli episodi violenti, con la prontezza consentita dalla prossimità e con la professionalità derivante dalla specifica preparazione e dalla esperienza del contatto con gli internati"*<sup>25</sup>.

### **1.15 Il decreto legge n. 24 del 25 marzo 2013 convertito nella legge 57/2013.**

Il legislatore decide di intervenire sull'art. 3-ter una quarta volta, emanando il decreto legge 24/2013, convertito nella legge 57/2013. Il decreto legge, se da un lato è testimone in negativo della difficoltà di dare attuazione concreta e definitiva al programma di superamento degli OPG, dall'altra si fa promotore di un nuovo e importante obiettivo. Nella versione originaria dell'art. 3-ter si prevedeva al 6° co. che le risorse finanziarie individuate dalla legge fossero utilizzate «limitatamente

alla realizzazione e riconversione delle strutture». Il focus della questione era perciò utilizzare le risorse statali a scopi strettamente strutturali.

Con il decreto legge n. 24 del 2013, al 6° co. dell'art. 3-ter si introduce una novità. Il programma di utilizzo delle regioni, oltre agli interventi strutturali, prevede attività volte progressivamente a incrementare la realizzazione dei percorsi terapeutico riabilitativi, quindi all'implementazione dell'attività nei Dsm. Purtroppo, non si coglie l'occasione per definire specificamente il quantum di risorse da destinare, così che la disposizione rimane lettera morta. Inoltre, il nuovo co. 6° richiede che le regioni si impegnino nel garantire un effettivo ruolo nel processo del superamento degli OPG, definendo prioritariamente tempi certi e impegni precisi.

Viene sì prevista un'ulteriore proroga alla chiusura di queste strutture, ma traspare l'idea che il legislatore si auguri che questo sia l'ultimo termine, richiedendo alle regioni di statuire preventivamente le tappe temporali. Infine, sempre nel 6° co., si prevede esplicitamente la necessaria dimissione dei soggetti non più pericolosi, "con l'obbligo per le aziende locali di presa in carico all'interno dei progetti terapeutico-riabilitativi individuali che assicurino il diritto alle cure e al reinserimento sociale, nonché a favorire l'esecuzione di misure di sicurezza alternative al ricovero in ospedale psichiatrico giudiziario o all'assegnazione a casa di cura e custodia".

Chiaro è il recepimento da parte del disposto legislativo dei principi definiti con la sentenza della Corte costituzionale 253/2003, secondo la quale il fine delle cure deve sempre essere garantito nell'applicazione delle misure di sicurezza<sup>26</sup>.

Inoltre, vengono sanciti due criteri cardine d'ispirazione basagliana, che dovrebbero guidare l'applicazione delle misure di sicurezza non detentive: la priorità della cura territoriale e il finalismo all'inclusione sociale delle misure di sicurezza. Infatti, si

stabilisce la presa in carico dei dimissibili da parte di aziende locali e il favore verso misure di sicurezza diverse da quelle custodiali e segregative, al fine di garantire un maggiore reinserimento nella società<sup>27</sup>. Tuttavia, le regioni non hanno attuato tale disposizione, dando priorità più a una logica preventiva che al rafforzamento dei Dsm territoriali.

Inoltre, viene apportata una modifica al 9° co. del dettato originale dell'art. 3- ter. Si stabilisce che entro il termine 15 maggio 2013 le regioni debbano presentare il piano sanitario regionale della salute mentale (di cui al 6° co.) tendente al superamento degli OPG.

Il Governo provvederà in via sostitutiva, in caso d'inottemperanza da parte delle regioni, attraverso la nomina di un commissario unico per tutte quelle per cui si rendano necessari tali interventi.

Dal combinato disposto dei due novi commi, 6° e 9°, traspare la volontà del legislatore di superare gli OPG definitivamente e la volontà di rendere sempre più sussidiaria l'applicazione di misure di sicurezza custodiali. In sostanza, si mettono in mora le diverse autorità, a favore di una riforma che rimane solo su carta, data la mancanza delle strutture<sup>28</sup>.

L'idea che inizia a profilarsi è una sanitarizzazione delle Rems che vada di pari passo con l'implementazione dei servizi territoriali.

Il nuovo co. 8-bis dell'art. 3 mette in luce l'attenzione per lo stato di attuazione dei programmi regionali, in particolare per la presa in carico dei pazienti da parte del Dsm e la conseguente attuazione dei programmi di cura e reinserimento. Esso definisce il 30 Novembre 2013 come termine massimo per l'invio da parte del Ministro della Giustizia e della Salute alle Commissioni parlamentari di una

relazione sullo stato di realizzazione delle Rems e la predisposizione dei programmi riabilitativi terapeutici .

Tuttavia, pur disponendo di numerosi principi innovatori, il decreto legge, convertito nella legge 57/2013, stabilisce un'ulteriore proroga del termine di chiusura degli OPG che slitta dal 31 marzo 2013 al 1° aprile 2014.

La difficoltà con cui ci si confronta è sempre la stessa: le regioni non sono pronte, né strutturalmente né legislativamente a dare attuazione all'ambizioso programma del legislatore.

#### **1.16 La tappa finale del percorso legislativo: la legge 81/2014**

Sebbene la legge 57/2013 pareva dover essere l'ultima pietra miliare del processo di riforma, il legislatore è intervenuto ulteriormente sulla materia. La tappa legislativa finale nel faticoso percorso di superamento degli OPG è costituita dal decreto legge 52/2014, convertito nella legge 81/2014.

Esso ha prorogato ulteriormente la data chiusura degli OPG, passando dal 1° aprile 2014 al 31 marzo 2015. E' importante sottolineare che, mentre l'obiettivo ultimo della legge 9/2012 era la sanitarizzazione degli Opg la legge 81/2014 fa un passo ulteriore, con lo scopo di valorizzare le misure di sicurezza non detentive. L'ulteriore step cui è giunto il legislatore consiste proprio nel fatto che si preveda che la regola sia l'applicazione di misure di sicurezza non custodiali.

L'art. 1 della legge 81/2014 85 prevede che *“il giudice dispone nei confronti dell'infermo di mente e del semi infermo di mente l'applicazione di una misura di sicurezza, anche in via provvisoria, diversa dal ricovero in un ospedale psichiatrico giudiziario o in casa di cura e custodia, salvo quando sono acquisiti elementi dai*

*quali risulta che ogni misura diversa non è idonea ad assicurare cure adeguate a fare fronte alla sua pericolosità sociale”.*

Si nota che, con la novella legislativa, le Rems passano a essere, da obiettivo finale (legge 9/2012) a tappa intermedia (legge 81/2014) nel processo di superamento degli OPG<sup>29</sup>.

Se ne prevede ovviamente la sanitarizzazione, ma pur sempre mantenendo l’ottica per cui l’obiettivo ultimo da privilegiare sia l’adozione di misure di sicurezza non detentive. Cambia perciò il baricentro legislativo, che si sposta a favore di percorsi riabilitativi che riducono l’opzione custodiale ad extrema ratio.

Come rileva in dottrina l’autore Pugiotto <sup>29</sup> si passa dalla domanda “*dove li curiamo?*” a “*come li curiamo/recuperiamo socialmente?*” privilegiando come risposta a tale seconda domanda l’ottica di misure di sicurezza terapeutico riabilitative non custodiali.

L’attenzione passa dal luogo al modo.

La volontà di elevare a regola la residualità dell’applicazione della misura di sicurezza detentiva è rafforzata da tre ulteriori disposizioni legislative.

La prima, prevedendo l’obbligo del riesame della pericolosità sociale degli internati, vincola a prendere in considerazione l’idea di affidarli ai servizi territoriali. La seconda, che impone al giudice di motivare punto per punto la scelta di applicare una misura di sicurezza detentiva, la quale dovrebbe rimanere un extrema ratio.

La terza, che conferma l’attribuzione dei poteri sostitutivi al Governo.

Si parta dal primo punto. La legge 81/2014 aggiunge all’art. 3-ter della legge 9/2012, il co. 8° numero 1-ter.

*“I percorsi terapeutico-riabilitativi individuali di dimissione di ciascuna delle persone ricoverate negli ospedali psichiatrici giudiziari alla data di entrata in vigore della legge di conversione del presente decreto [...] devono essere obbligatoriamente predisposti e inviati al Ministero della salute e alla competente autorità giudiziaria entro quarantacinque giorni dalla data di entrata in vigore della legge di conversione del presente decreto [...] Per i pazienti per i quali è stata accertata la persistente pericolosità sociale, il programma documenta in modo puntuale le ragioni che sostengono l’eccezionalità e la transitorietà del prosieguo del ricovero”.*

La ratio della disposizione che prevede l’invio di progetti terapeutico riabilitativi individualizzati entro 45 giorni è quella di arginare il fenomeno degli ergastoli bianchi, dando un volto a ciascun internato. Si obbligano le autorità, nel formulare i programmi, a prendere in considerazione l’internato e la sua necessità di cura.

Si cerca di dare così una soluzione a quei problemi rilevati dalla commissione Marino nella quale si affermava di voler «porre un argine al fenomeno delle proroghe sistematiche della misura di sicurezza, basate su una certa dilatazione del concetto di pericolosità sociale: sovente la proroga risulta disposta non già in ragione di una condizione soggettiva di persistente pericolosità, ma bensì per la carenza di un’adeguata offerta di strutture residenziali e riabilitative esterne”.

Ma cosa si intende per eccezionalità e transitorietà in caso di continuazione del ricovero?

Eccezionalità significa che esso può essere disposto se risulta essere l’unico strumento in grado di far fronte al rischio di recidiva del soggetto. Transitorietà implica che la misura debba essere disposta in modo tale da assicurare al soggetto la

possibilità di riacquisire la libertà. Sono criteri che si pongono in linea con la giurisprudenza della Corte edu<sup>30</sup>, la quale non si oppone alla durata indeterminata delle misure di sicurezza, purché tale carattere non si traduca in assoluta perpetuità e venga garantita la possibilità di riacquisire la libertà. Lo spirito della legge è quello di limitare l'utilizzo delle Rems ai soli soggetti non dimissibili, ossia a coloro che per le loro problematiche cliniche o di altro genere, non potranno essere presi in carico dai Dsm territoriali.

Il principio dell'extrema ratio non passa solo attraverso gli aggravati motivazionali che investono il programma terapeutico riabilitativo, bensì è garantito anche dal giudice quando applica una misura di sicurezza. Si giunge così all'analisi della seconda disposizione che rafforza il principio di extrema ratio delle misure di sicurezza detentive.

La disposizione legislativa che prevede l'applicazione in via residuale delle Rems, implica inoltre che il giudice indichi in modo dettagliato gli elementi che lo abbiano indotto a optare per tale ricovero. La Rems dovrebbe diventare sì una extrema ratio, ma scientemente, poiché il magistrato dovrebbe dare testimonianza della ricerca che ha fatto punto per punto. Al fine di soddisfare il principio di extrema ratio, il giudice dovrà argomentare vari passaggi. Si condivide su tale tematica la lettura interpretativa proposta da F. Fiorentin<sup>31</sup>.

Il giudice dovrà accertare la sussistenza di tre presupposti tra loro interdipendenti: 1) probabilità che il soggetto sospenda volontariamente le cure, in assenza di misura di sicurezza ovvero se sottoposto a misura non detentiva; 2) probabilità che la sospensione delle cure induca a scompensi comportamentali 3) probabilità che da tali squilibri comportamentali scaturiscano agiti tali da determinare dei fatti reato.

La regola del principio di extrema ratio delle misure di sicurezza custodiali sembra peraltro riprendere la stessa logica alla base della disciplina delle misure cautelari (ex art. 275 co. 3° c.p.p.), per cui il giudice di norma prevede misure diverse dal ricovero in OPG e C.C.C. nei confronti di un soggetto ancora pericoloso socialmente.

Con riguardo al terzo e ultimo punto, il principio di sussidiarietà delle misure custodiali è rafforzato anche dalla conferma del potere del Governo di provvedere, se necessari, o in via sostitutiva ex art. 120 Cost.1.

Va inoltre sottolineato che il principio dell'extrema ratio si applica anche alle misure di sicurezza provvisorie.

Il legislatore del 2014 si è reso ben conto di un aspetto; per chiudere veramente “il rubinetto” e limitare il circuito delle misure di sicurezza detentive, era necessario diminuire gli accessi non solo ex art. 219 e 222 c.p., bensì anche ex art. 206 c.p. Perciò, in sede di conversione del decreto 52/2014 nella legge 81/2014, ha optato per l'estensione del principio di extrema ratio anche in caso di applicazione in via provvisoria delle misure di sicurezza.

Scelta a testimonianza del fatto che “quelli introdotti nel corso dell'esame del decreto legge n. 52/2014, sono istituti che, pur accelerando il processo di superamento dell'ormai inservibile strumento contenitivo di trattamento del reo non imputabile, testimoniano anche un effettivo sostegno alle politiche della libertà in una società complessa sottraendo forza attrattiva alle istituzioni totali”<sup>32</sup>.

Soffermiamoci ora ad analizzare il portato della legge 81/2014 in termini di riforma radicale nella disciplina delle misure di sicurezza. Al di là dell'analisi delle singole disposizioni che hanno mutato la disciplina delle misure di sicurezza personali,



bisogna preliminarmente soffermarsi sulla ratio e sull'intento generale perseguito dal legislatore nel 2014 nel varare la loro modifica.

Tenendo presente l'obiettivo di attribuire alle misure di sicurezza detentive il carattere di extrema ratio e di evitare nuovi ergastoli bianchi, il legislatore ha certo previsto importanti novità con il nuovo dettato legislativo.

Tuttavia si è «consegnato all'interprete un sistema irrazionale»<sup>33</sup> sotto due punti di vista. Sul piano sistematico, la riforma non ha travolto la disciplina codicistica, cosicché i nuovi criteri legislativi verranno presi in considerazione solo per le misure di ricovero in OPG e C.C.C., non per tutte le misure di sicurezza. Sul piano interpretativo, si creano alcune problematiche dovute al fatto che il giudice applicherà parametri diversi di volta in volta utilizzando come discrimen la mera tipologia della misura di sicurezza da applicare.

Sicuramente il legislatore vuole osteggiare l'inerzia di quei soggetti che istituzionalmente sarebbero preposti a formulare i programmi terapeutici necessari per organizzare la cura e il reinserimento nella società del soggetto dimissibile, non ammettendo più alcun alibi che possa fungere da giustificazione per non agevolare tale dimissione<sup>34</sup>.

Come riscontrava il Capo del Dipartimento dell'Amministrazione penitenziaria, intervenuto al Senato nel marzo 2014, «la durata delle misure spesso, non è dipendente dalla pericolosità del paziente, ma da uno stato di abbandono della persona rinchiusa o dalla mancanza di accoglienza fuori».

L'intento perseguito è pregevole, tuttavia dalla norma scaturiscono alcune questioni di carattere pratico.

I Dsm, a causa della scarsità del personale in essi presente e delle limitate risorse economiche, faticano a prendere in carico le persone dimissibili e a formulare i programmi terapeutici individuali. Perciò nelle ipotesi in cui si ritenga dimissibile un soggetto non tenendo in conto che per lui non sia previsto alcun programma volto a tutelare il suo percorso di cura, lo si può esporre a un vero e proprio “salto nel buio” nella società.

Nel passato infatti, capitava che talvolta, paradossalmente, il ricovero in OPG fosse previsto in quanto unica struttura atta a garantire un percorso terapeutico riabilitativo<sup>35</sup>.

La nuova disposizione, laddove non si rafforzino i servizi territoriali, potrebbe porsi nel piano applicativo in contrasto con l'art. 32 della Cost.

Per scongiurare tale eventualità, risulta convincente la tesi di F. Fiorentin<sup>36</sup>, per il quale l'assenza di programmi terapeutici individuali non potrà fondare ex se una prognosi di pericolosità sociale, tuttavia potrà essere considerata come uno tra gli elementi utili a valutare, in un'analisi ponderata, la pericolosità del soggetto.

Ma al fine di meglio comprendere il tenore e il significato della novazione legislativa in tema di pericolosità sociale, affronteremo, nel capitolo successivo l'evoluzione storica e giuridica di tanto discusso concetto.

## **2. LA PERICOLOSITA' SOCIALE: EVOLUZIONE STORICO -GIURIDICA**

### **2.1 I primi orientamenti dottrinali**

E' all'inizio dell'Ottocento che la scienza psichiatrica comincia a sviluppare un'attenzione particolare per il crimine, interesse, secondo Foucault, sorto per "fondare il potere psichiatrico, non tanto in termini di verità...quanto piuttosto in termini di pericolo. Era come se gli psichiatri ribadissero il loro ruolo di protezione verso la società, poiché nel cuore di ogni follia è iscritta la possibilità di un crimine"<sup>37</sup>.

A riprova di ciò è riportato il fatto che, perché un ente pubblico, in tale epoca arrivasse ad accettare e a sostenere l'internamento di un idiota, non era sufficiente che il medico garantisse all'autorità amministrativa che la persona non era in grado di provvedere alle proprie necessità, o che la sua famiglia non potesse farsi carico del suo sostentamento, ma era necessario dichiarare la sua pericolosità, "poiché solo a questa condizione la collettività e le autorità locali avrebbero accettato di farsi carico della sua assistenza, [ affermando perciò che era] capace di commettere dei delitti, come appiccare incendi, commettere omicidi, stupri e così via"<sup>37</sup>.

Il procedimento di contenimento consentiva, in questo modo, di individualizzare la pena, adattando la punizione alla natura della persona autrice del reato. Si generava così un'inversione sostanziale rispetto alla concezione che voleva che il reato fosse punito in rapporto alla sua gravità. Medicalizzando la nozione di pericolo in casi speciali, il diritto cercava di individuare quali fossero le ragioni sottostanti l'atto, in modo da poter trovare il modo più efficiente di punire (curare).

Il rischio di pericolo diventa così il mezzo che consente di far passare un atto assistenziale come un fenomeno di protezione, e questa prognosi diventa l'elemento che consente l'attivazione della procedura d'internamento e di assistenza. Come questa filosofia fosse recepita nella legge manicomiale del 1904 è evidente, al punto in cui si affermava che dovessero essere custodite e curate nei manicomi “ *le persone pericolose a sé o agli altri, o di pubblico scandalo*”.

Come analizzato nel precedente capitolo, la nozione giuridica di pericolosità sociale fa ingresso nell'ordinamento penale italiano con il codice del 1930. Tale nozione presentava un vasto e complesso retroterra storico - ideologico, essendo stata al centro della polemica che, tra la fine dell'Ottocento e la prime metà del Novecento animò il dibattito fra la Scuola positiva e la Scuola classica del diritto penale.

La Scuola positiva muoveva dalla premessa che il reato dovesse essere considerato fenomeno naturale determinato da fattori criminogenetici e non da una scelta individuale suscettibile di un giudizio di responsabilità morale. L'intervento penale quindi non poteva orientarsi alla retribuzione dell'illecito commesso, né avere esclusivamente una finalità repressiva, ma traeva il proprio fondamento dalla necessità della prevenzione finalizzata alla difesa sociale contro il delitto. La sanzione penale doveva essere adeguata al rischio che l'autore del reato rappresenta per la società e tendere esclusivamente ad impedirne la recidiva.

La Scuola Classica, derivante dall'Illuminismo e corroborata dai postulati e dagli ideali del liberismo, era stata ben salda nella convinzione che i reati dovessero descriversi in fattispecie delimitate e ben precise, riconoscendo alla pena funzione eminentemente di retribuzione, sull'inalienabile presupposto del libero arbitrio del

reo, con conseguente proporzionamento della pena stessa alla gravità del reato e della colpevolezza.

La proposta della Scuola Positiva venne così ad incentrarsi sul problema della pericolosità del reo, per la prima volta individuata, nei suoi fattori costituenti essenziali, come giudizio prognostico sulla capacità dell'individuo di commettere nuovi reati, nonché come centro di imputazione di un giudizio non fondato sul rimprovero per la colpevolezza dell'azione, ma sulla necessità di prevenire la commissione di ulteriori reati.

In tale prospettiva il reato perde il suo significato *reale* (ovvero di illecito caratterizzato da un preciso disvalore obiettivo e soggettivo al quale si riporta la pena), ed acquista una rilevanza *sintomatica* nel complesso delle caratteristiche psicologiche, antropologiche e sociali del reo, al fine di valutarne la pericolosità. E' l'individuo che, ponendosi contro la società, doveva essere punito. Punito non in base al delitto che ha commesso, come prevedeva l'indirizzo classico, ma in base alla pericolosità che esprimeva. Questa impostazione consentì allo Stato la possibilità di un controllo sociale più specifico e raffinato ed una maggiore possibilità di emarginare quegli elementi che più turbavano il suo funzionamento.

## **2.2 Dal Codice Rocco alla Legge Gozzini**

Nella versione originale del codice Rocco, nei confronti dei prosciolti per vizio di mente, vigeva, quindi, la *presunzione* di pericolosità, e di conseguenza l'obbligo di assegnazione all'OPG., per un tempo predefinito nel minimo, ma non nel massimo, in funzione della gravità del reato e non della malattia.

L' avvenuta guarigione prima dello scadere del termine della misura, così come la concreta e reale non pericolosità del soggetto, non avevano alcuna rilevanza. Analogo regime vigeva per i seminfermi, con l' ulteriore incongruenza che la misura si aggiungeva alla pena diminuita. Ciò sulla base di una duplice presunzione: accertata infatti l' incapacità di intendere e di volere del soggetto conseguente ad una sua infermità psichica, viene presunta dal legislatore la di lui pericolosità sociale; a sua volta, però, la norma presume pure che l'infermità cui è collegata la pericolosità, individuata rispetto al momento della commissione del fatto, perduri fino a quando si procede all' applicazione della misura di sicurezza .

La conseguenza, inaccettabile sul piano costituzionale, è che potesse subire la misura di sicurezza un soggetto che nel lasso di tempo intercorso tra i due momenti predetti fosse guarito dallo stato di alterazione mentale, senza che però ciò valesse a differenziarlo sul piano giuridico da chi è ancora infermo.

La riforma penitenziaria del 1975, prima, e le pronunce della Corte Costituzionale poi, aprirono la strada alla riforma operata con la legge Gozzini del 1986, che intervenne ad abolire tutte le presunzioni di pericolosità previste dal codice penale, sia quelle di pericolosità qualificata, sia quelle connesse a certi tipi di reati, sia le presunzioni nei confronti dei portatori di vizio totale o parziale di mente. Da questo momento in poi, la pericolosità sociale diviene una caratteristica eventuale del reo da accertarsi caso per caso.

Attenta dottrina ha fatto notare come anche le note sentenze della Corte Costituzionale 139/1982 e 249/1983, pur venendo ad incidere sulle singole presunzioni di pericolosità, non avevano mai incrinato la presunzione circa la corrispondenza tra infermità mentale e pericolosità sociale<sup>38</sup> ; tali pronunce infatti

dichiaravano l'incostituzionalità dell' automatica applicazione del provvedimento di ricovero in OPG ed in C.C.C. nei confronti del prosciolto per infermità totale o del condannato a pena diminuita per vizio parziale di mente, senza porre l' obbligo per il giudice della cognizione, e per quello dell' esecuzione, di procedere allo "accertamento della persistente pericolosità sociale derivante dall'infermità medesima al tempo dell' applicazione della misura". La sentenza del 1982 parla di "irragionevolezza della presunzione assoluta di persistenza della infermità psichica accertata rispetto all'epoca del fatto", presunzione implicita nell' art. 222 c.p. e che non poggia su dati di esperienza suscettibili di generalizzazione. La sentenza del 1983 richiama le stesse ragioni precisando che tale presunzione è ancora più irragionevole in base ad un "duplice ordine di considerazioni": da un lato perché la possibilità di una positiva evoluzione della malattia è presumibilmente maggiore nelle ipotesi di minore gravità della stessa, dall' altro lato perché nel caso di seminfermità mentale di solito trascorre un tempo maggiore tra il giudizio e l' esecuzione della misura essendo questa eseguita dopo la pena. Il controverso oggetto di tale accertamento sembrava doversi individuare non tanto nella pericolosità del soggetto, ma nel permanere dell' infermità da cui tale pericolosità presuntivamente deriva: secondo tale interpretazione, in pratica, con le sentenze in esame la Corte avrebbe voluto eliminare solo la presunzione della persistenza dell' infermità mentale al momento dell' esecuzione della misura, ma non avrebbe intaccato invece la presunzione in base alla quale l' infermità psichica sarebbe da considerarsi condizione presuntiva iuris et de iure di pericolosità sociale.

La Corte riconosceva "privo di base scientifica ipotizzare uno stato di salute che si mantenga costante come regola generale valida per qualsiasi caso di infermità", ma

ribadiva che la presunzione che lega la pericolosità all' infermità mentale si fonda su "dati di comune esperienza". Restava quindi il presupposto ideologico per cui il malato di mente doveva ritenersi un soggetto che, a cagione del suo stato, era più incline del sano a commettere reati; presupposto che non solo risultava in contrasto coi principi di cui alle leggi 180 e 833 del 1978, ma smentito anche dalle ricerche psichiatriche e criminologiche di quegli anni <sup>39</sup>.

Negli stessi termini si esprimeva la critica della più autorevole dottrina che evidenziava gli imbarazzi dell' interprete circa l'individuazione delle conseguenze processuali di tali sentenze <sup>40</sup>. Altri autori, invece, ritenevano poco fondata tale interpretazione restrittiva sulla base del rilievo che la portata abrogativa della sentenza investiva anche l'art. 204 c.p. che trattava dell'accertamento della pericolosità senza fare riferimento all' infermità mentale.

Si apriva così un periodo di contrasti giurisprudenziali di cui un esempio è dato dalla sentenza della Pretura di Legnano del 21/5/1983, la quale revocava la misura provvisoriamente disposta dell' O.P.G. sulla base dell' assenza di una pericolosità sociale intesa in una accezione innovativa, e cioè come "probabilità che vengano commessi nuovi reati che pongano in pericolo le esigenze di sicurezza della collettività" e non che causino soltanto un fastidio alla collettività, limitando quindi il riconoscimento di tale qualità ai comportamenti di "aggressività pericolosa" ed escludendo quei comportamenti devianti o disturbanti che dopo l'entrata in vigore della legge 180/1978 avevano causato l'internamento in O.P.G. di tutta una serie di autori di reati modestissimi (nel caso di specie si trattava di soggetto prosciolto per fatti di danneggiamento per quale si riteneva probabile che potesse commettere solo reati della stessa natura).



Solo la legge 663/1986, nota come Legge Gozzini, abrogando ogni fattispecie di pericolosità presunta, risolse definitivamente il problema del binomio pericolosità sociale - infermità mentale, "consentendo così di considerare quest' ultima non più come una causa 'speciale' di pericolosità, ma come un qualsiasi fattore che, interagendo con gli altri, può esercitare un' efficacia criminogena"<sup>41</sup>; si poteva quindi escludere l' applicazione della misura non solo quando l' infermità era venuta meno o era migliorata, ma anche quando, pur essendo questa immutata rispetto all' epoca della commissione dei fatti, risultava comunque improbabile che il soggetto ponesse nuovamente in essere comportamenti lesivi degli interessi della collettività. In altri termini si poteva affermare che anche la pericolosità sociale dell'infermo di mente doveva accertarsi non soltanto sulla base di emergenze di natura medico-psichiatrica, ma sulla base di tutti quei criteri di valutazione di cui all' art. 133 c.p.; quindi il giudice era legittimato a prendere in esame qualsiasi elemento utile a detto accertamento, compreso l' ambiente in cui il soggetto liberato sarebbe venuto a vivere ed operare e la presenza ed efficienza o meno di presidi territoriali socio-sanitari ai fini della continuità nell'assistenza psichiatrica. Da ciò consegue che detto accertamento sarebbe stato compito esclusivo del giudice, che non poteva abdicarvi a favore di altri soggetti, quali il perito, né rinunciarvi, pur dovendo tener conto dei dati relativi alle condizioni mentali e comportamentali in cui si trovava il soggetto interessato, eventualmente indicati dal perito .

Tuttavia, nonostante il passo in avanti, la Legge Gozzini suscitò perplessità in base a due ordini di considerazioni. In primo luogo si assisteva, col progressivo erodersi degli spazi della pericolosità presunta, ad un ampliamento del ruolo e della responsabilità del perito psichiatra, il quale vedeva aumentare le conseguenze ed il

peso del suo esprimersi sulla pericolosità sociale fino ad essere chiamato (stante l'ampia delega operata abitualmente dai magistrati in favore dei tecnici chiamati ad esprimere il loro parere), ad operare un giudizio che, secondo l'opinione dominante<sup>42</sup>, non era da considerarsi di competenza medica e ad assumersi una responsabilità che non gli competeva, tra i due opposti rischi di sconfinare in una sovrastima della pericolosità sociale o di agevolare i simulatori che, se giudicati inimputabili e non pericolosi, non avrebbero subito alcuna sanzione. Meglio sarebbe stato, secondo tali autori, che allo psichiatra fossero riservate considerazioni tecniche su elementi quali le caratteristiche individuali della malattia, l'eventuale miglioramento o guarigione della stessa, le indicazioni terapeutiche, la prognosi legata al tipo di interventi; elementi che poi il giudice avrebbe utilizzato per effettuare lui stesso il giudizio di pericolosità, non delegabile ad altri, avvalendosi anche di tutti quei dati per la cui valutazione non era necessaria una competenza di tipo medico, quali la gravità del reato, l'allarme sociale, i fattori situazionali, i precedenti penali, etc. Risultava quindi criticabile quell'orientamento secondo cui "il giudice non è tenuto ad effettuare un dettagliato esame critico della perizia psichiatrica, quando aderisca alle conclusioni dell'esperto, accettandone i criteri ed i metodi di indagine" (Cassaz. Sez. I 13/3/1981) e quello per cui "ai fini dell'applicazione della misura di sicurezza non è richiesta una formale preventiva indicazione dei singoli elementi indicanti la pericolosità" (Cassaz. Sez. I 6/3/89) dovendo invece il giudice adeguatamente motivare le valutazioni in base alle quali riteneva sussistere la pericolosità. In secondo luogo si criticava la legge Gozzini per aver sprecato un'occasione per provvedere in merito alla sorte dell'infermo di mente non pericoloso, non prevedendo alternative al ricovero in O.P.G. quali collegamenti con le strutture

psichiatriche territoriali o la presa in carico da parte delle stesse del malato bisognoso di cura e assistenza, *per cui si rischiava che l'abolizione delle presunzioni di pericolosità si risolvesse in una secca alternativa tra un giudizio di non pericolosità, che comportava un mero abbandono a se stesso dell'infermo di mente, ed un giudizio di pericolosità che esitava in internamenti custodialistici talora non necessari*<sup>43</sup>.

E ciò di fatto avvenne: negli anni successivi si assistette a numerose valutazioni di non pericolosità espresse, pur nella consapevolezza che il soggetto fosse a rischio di commissione di ulteriori reati, solo per evitare l'internamento reputato sproporzionato ed eccessivamente penalizzante, soprattutto al cospetto di reati non allarmanti. In questi casi, appunto, il soggetto finisce per essere consegnato al sistema giudiziario benché l'esigenza sia terapeutica prima che punitiva; insomma, una forma di "supplenza", o di contaminazione, a favore del sistema - si far per dire - della giustizia; certamente a sfavore del malato<sup>44</sup>.

### **2.3 La pericolosità "situazionale" quale criterio ispiratore del superamento della centralità degli OPG. Sentenze 253/2003 e 367/2004.**

Le due sentenze 253/2003 e 367/2004 della Corte costituzionale sono particolarmente rilevanti in quanto cristallizzano dei principi che favoriscono l'uso della libertà vigilata, principi che sono diventati *ius receptum* e sono stati tradotti in lettera legislativa con la legge 81/2014.

La sentenza 253/2003 dichiara illegittimo l'art. 222 c.p. nella parte in cui preclude al giudice di adottare in luogo del ricovero in OPG un'altra fra le misure di sicurezza previste dalla legge, in specie la misura della libertà vigilata

La sentenza 367/2004 dichiara l'illegittimità costituzionale dell'articolo 206 del codice penale, nella parte in cui non consente al giudice di disporre in via provvisoria in luogo del ricovero in OPG, una misura di sicurezza non detentiva.

Il substrato comune alle due sentenze consiste nella volontà della Corte costituzionale di voler spezzare il rigido automatismo imposto dalla legge, permettendo al giudice di vagliare la possibilità di applicare misure di sicurezza meno restrittive, come la libertà vigilata.

I principi enucleati dalle due sentenze, cui si è accennato precedentemente sono sostanzialmente due.

1) principio della flessibilità della disciplina delle misure di sicurezza, permettendo al giudice di scegliere tra misure di sicurezza diverse da quelle detentive per calibrare le forme di controllo penale in funzione della specificità e necessità del soggetto;

2) sussidiarietà delle misure di sicurezza detentive che interverranno solo nei casi in cui la libertà vigilata a contenuto terapeutico non possa contemperare in modo adeguato tra le esigenze di cura e difesa sociale<sup>45</sup>.

Con queste sentenze si dà rilevanza al contesto ambientale in cui è inserito il soggetto come elemento rilevante nel giudizio prognostico, oltre alla malattia e alle caratteristiche personali. La centralità del ruolo degli OPG viene meno solo con la consapevolezza che i programmi terapeutici siano parte integrante e rilevante del contesto ambientale in cui si inserisce il soggetto.

Si esprime così una valutazione della pericolosità sociale non solo orientata all'accertamento della malattia ma che tiene conto anche del fatto che l'ambiente

esterno in cui il soggetto vive giochi un ruolo e che possa incidere sul rischio di recidiva. Il sistema a favore della libertà vigilata, delineato dalla Corte, funziona solo se il servizio nazionale e i Dsm territoriali agiscono in maniera efficace e sono in grado di accogliere il reo folle.

La funzione sussidiaria dell'OPG, i principi fissati dalle due sentenze, opereranno in stretta connessione con il luogo in cui si realizzeranno le cure del soggetto. Se i servizi territoriali del Dsm saranno deficitari, difficilmente l'OPG potrà essere veramente una extrema ratio.

«Quanto più ampia è la diffusione sul territorio di queste strutture d'intervento socio-sanitario (comunità, strutture di accoglienza), che riempiono di contenuto la libertà vigilata, tanto più l'OPG assumerà una funzione sussidiaria ed i principi fissati dalle sentenze nn. 253 del 2003 e 367 del 2004 non rimarranno solo su carta»<sup>46</sup>.

#### **2.4 La valutazione della pericolosità sociale dopo la legge 81/2014**

La legge 81/2014 dispone un' importante novità nel novero dei criteri che dovrà utilizzare il giudice per formulare il giudizio prognostico sulla pericolosità sociale.

Modificando il 4° co. dell'art. 3-ter della legge 9/2012, viene aggiunta una disposizione riguardo la valutazione della pericolosità sociale «il cui accertamento è effettuato sulla base delle qualità soggettive della persona e senza tener conto delle condizioni di cui all'articolo 133, secondo comma, numero 4, del codice penale».

La modifica legislativa interessa il presupposto soggettivo delle misure di sicurezza custodiali.

L'accertamento della pericolosità sociale avverrà tenendo conto solo delle qualità soggettive della persona, senza considerare «le condizioni di vita individuale, familiare e sociale del reo» (art. 133 co. 2° n. 4 c.p.).

Quella che si introduce con la legge 81/2014 non è una modifica generale dei parametri per l'accertamento della pericolosità sociale ai sensi dell'art. 203 c.p., ma una disciplina particolare i cui destinatari sono gli infermi e seminfermi di mente cui si debba applicare il ricovero in OPG o CCC.

La nuova disposizione legislativa abbandona il concetto di *pericolosità situazionale* (analizzata nelle pronunce del 2003-2004 della Corte Costituzionale) per fondare il giudizio di pericolosità sul solo dato diagnostico/clinico negando la rilevanza del contesto familiare e sociale ai fini del giudizio prognostico. Il legislatore, esasperato dalla prassi delle continue proroghe dell'internamento giustificate dall'incapacità del sistema sociale di accogliere il dimissibile, preferisce trovare una soluzione attraverso la lettera della legge.

Di fatto ciò che si consegna all'interprete è un altro doppio binario: da un lato la norma generale sulla pericolosità sociale contenuta nell'art. 203 c.p., che impone l'esame di tutti i criteri stabiliti dall'art.133 c.p. in caso di applicazione di qualsiasi misura di sicurezza, dall'altro una riduzione dei parametri e delle condizioni di valutazione per la sola ipotesi di applicazione delle misure di sicurezza detentive in cui sarebbero invece necessari il maggior numero di strumenti conoscitivi e di parametri accertativi. Ma non basta perché vi è l'ulteriore aberrazione che lo stesso giudice, nello stesso processo e rispetto allo stesso imputato, è tenuto ad utilizzare tutti i parametri di cui all'art.133 c.p. per applicare una misura di sicurezza non detentiva; viceversa deve servirsi di diversi e minori parametri, ovverosia quelli

previsti dall'art.133 c.p. eccetto il n.4 in caso di violazione di questa nella prospettiva dell'applicazione di una misura di sicurezza detentiva.

Si ritiene che lo sbaglio commesso sia stato il fatto di voler intervenire solo dal punto di vista normativo, creando un sistema legale poco coerente con i dati fattuali e la giurisprudenza del passato. Un sistema addirittura lesivo della salute del soggetto in caso venga dimesso ma non trovi alcun appiglio e rete sociale in grado di aiutarlo e sostenerlo.

Oltre a questi problemi di mancato coordinamento legislativo, non sono del tutto condivisibili i nuovi parametri normativi di valutazione della pericolosità sociale, i quali limitano, a opinione di chi scrive, la valutazione della pericolosità della persona alla sola malattia mentale che egli manifesta. È chiaro l'intento di voler evitare nuove proroghe definite sul parametro vago e incerto della pericolosità sociale, ma i problemi strutturali del nostro sistema non possono essere risolti modificando in maniera poco chiara i presupposti per il suo accertamento.

I problemi vanno risolti “a monte”, strutturalmente, non “a valle” prevedendo disposizioni legislative contestabili.

Molti autori in dottrina hanno sottolineato che con tale disposizione si aprono le porte a una forma di “neopositivismo”. In questa stessa direzione si rivolgono le critiche avanzate dalle associazioni rappresentanti della magistratura e dei criminologi.

Nel proprio comunicato congiunto del 29 aprile 2014 l'associazione nazionale magistrati (ANM) e il coordinamento dei magistrati di sorveglianza (CONAMS) affermano che: «in base a tale disciplina [...] la pericolosità sociale sarà legata in definitiva solo alla malattia, ove è palese il richiamo a teorie positivistiche il cui

superamento, alla stregua delle più moderne teorie criminologiche e psichiatriche, si riteneva oramai patrimonio comune. Tali modifiche normative, ancorché dettate da buone intenzioni (evitare ulteriori proroghe della chiusura degli OPG e limitare il numero degli internamenti) finiscono tuttavia col realizzare forzature e incrinature di fondamentali categorie penalistiche, criminologiche e psichiatriche, senza una generale e meditata rivisitazione della materia.

Nella risposta della società italiana di criminologia (SIC) non si manca di osservare: «orbene, la criminologia italiana e quella internazionale hanno oramai da tempo superato la visione vetero lombrosiana di un “uomo ad una dimensione”, che delinque ed è da giudicarsi pericoloso solo sulla scorta delle sue caratteristiche individuali”.

### **2.5 I primi dubbi ermeneutici sulla legge 81/2014. L'ordinanza del Tribunale di Sorveglianza di Messina.**

La questione giuridica all'origine del dibattito sulla legittimità costituzionale dell'art. 1 co. 1° lett. b della legge 81/2014, riguarda l'applicazione della misura di sicurezza della CCC a un semi infermo di mente. Il soggetto, XXXX maggiorenne di origine tunisina, tiene una condotta configurabile come tentativo di omicidio a danno di un connazionale in data 20 marzo 2007, a seguito di una banale lite. Il soggetto in questione, nonostante la vittima avesse perso i sensi, si accaniva continuando a infierirle colpi al capo. Durante il giudizio di cognizione, la perizia concernente l'imputabilità del soggetto riscontra che egli presenta «un discontrollo degli impulsi», patologia di cui XXXX soffre a seguito di un trauma cranico subito nel 1999. Secondo il perito, la combinazione nefasta tra tale trauma e l'assunzione



di bevande alcoliche, ha giocato un ruolo determinante nel sorgere del comportamento delittuoso, amplificando le manifestazioni comportamentali violente di XXXX. Viene perciò riscontrata, al termine del giudizio, la sussistenza di una semi infermità mentale, dovuta al fatto che il reo presenta un disturbo della personalità tale da incidere sulla sua capacità di intendere e di volere. Alla luce di tale quadro psichiatrico, la corte d'appello di Palermo emette in data 17 marzo 2009 una sentenza di condanna divenuta irrevocabile nella quale infligge la pena della reclusione per quattro anni e otto mesi, al termine della quale viene prevista l'applicazione della misura di sicurezza della CCC per la durata di due anni.

Durante la detenzione carceraria e l'internamento, il soggetto tiene una condotta regolare e non problematica. Per questo motivo, messa in atto l'esecuzione della misura di sicurezza nell'OPG di Barcellona Pozzo di Gotto, viene ammesso al lavoro all'esterno ex art. 21 o.p. Nonostante un quadro di cura sostanzialmente positivo, il contesto sociale in cui XXXX potrà reinserirsi allo spirare del termine di applicazione della misura di sicurezza detentiva non pare altrettanto confortante.

Egli è privo di fissa dimora, occupazione e punti di riferimento familiari in Italia. Non essendo residente, è impossibile elaborare un progetto terapeutico riabilitativo di presa in carico da parte dei servizi territoriali .

In data 16 aprile 2014 XXXX presenta, tramite suo difensore, un nuovo appello al tribunale di sorveglianza di Messina, in quanto la domanda avanzata in precedenza, in data 28 febbraio 2014, era stata rigettata. Richiede la revoca anticipata della misura di sicurezza ai fini del rientro nel paese di origine e in via subordinata l'applicazione della misura della libertà vigilata. Alla luce di tale istanza, il tribunale di sorveglianza di Messina riscontra una grande difficoltà nel doversi esprimere. La

problematica maggiore che si rileva è il dover elaborare un giudizio prognostico sulla pericolosità sociale in base ai criteri di cui all'art. 1 co. 1° lett. b della legge 81/2014, considerando solamente le qualità soggettive della persona, non potendosi basare sulla valutazione del contesto sociale in cui si accoglierà il soggetto a seguito delle sue dimissioni.

Il tribunale di sorveglianza deve incentrare la sua attenzione sulla possibilità di applicare la misura della libertà vigilata. La richiesta di rientro nel paese di origine deve infatti essere rigettata, stante l'impossibilità di trasformare la misura di sicurezza precedentemente inflitta con quella di espulsione dall'Italia e data la mancanza di garanzie circa l'effettività di un ritorno in Tunisia.

La valutazione avanzata dal tribunale è che, ai fini della revoca della misura di sicurezza detentiva, una prognosi sulla pericolosità sociale basata sui limitati parametri definiti dalla legge 81/2014 risulti essere «impossibile o radicalmente alterata, in quanto tale diagnosi altro non è che la previsione in chiave probabilistica dei comportamenti che il soggetto potrà assumere nel contesto delle condizioni individuali, familiari, socio assistenziali e sanitarie di cui la norma prescrive di non tener conto».

Oltre alla criticità dovuta alla mancanza di affetti familiari di XXXX nel nostro paese, l'assenza di programmi terapeutici secondo il tribunale «incide in modo determinante e profondamente distorsivo sul giudizio in corso, impedendo una valutazione compiuta della concreta pericolosità sociale del soggetto interessato e del suo grado attuale».

La doglianza che una parte della magistratura di sorveglianza attesta, è quella di dover abbandonare un concetto di pericolosità sociale basato su parametri legislativi e giurisprudenziali che si sono radicalizzati ampiamente nel tempo.

Il ridotto novero dei criteri definiti dall'art. 1 co. 1° lett. b della legge 81/2014 non sembra poter garantire e contemperare la duplice esigenza della necessità di cura e della difesa sociale ai fini dell'applicazione delle misure di sicurezza detentive. Il tribunale di sorveglianza di Messina richiama sul punto la sentenza 253/2003 della Corte costituzionale, dichiarando che la normativa scrutinata sia lesiva dei principi in essa enunciati. Poiché la legge supera la categoria della pericolosità situazionale, sembrerebbe crearsi un sistema che determini una mancanza di tutela sul piano delle garanzie costituzionali.

Inoltre, introducendo una prognosi di pericolosità sociale «tendenzialmente unifattoriale» riguardo i criteri valutativi di scelta, si avvalorerebbe un giudizio caratterizzato da rigidi automatismi, aprendo le porte a un rischioso «genetismo neuroscientifico»<sup>47</sup>. Il giudice a quo disapprova la limitazione operata dalla legge sui criteri in base ai quali valutare la pericolosità sociale di un reo ai fini dell'applicazione di un ricovero in OPG e CCC., in quanto sarebbe impossibile realizzare una valutazione efficace e approfondita del caso in concreto.

Il tribunale di sorveglianza che solleva il giudizio di legittimità costituzionale sottolinea il paradosso di dover valutare «una pericolosità sociale senza la società».

Così come viene ora disciplinato dall'art. 1 della legge 81/2014, la categoria della pericolosità sociale decontestualizzata violerebbe varie disposizioni costituzionali.

- Gli artt. 1 e 4 poiché non si inserisce tra i criteri valutativi rilevanti il lavoro, il quale costituisce un fattore potente di prevenzione criminale;

- L'art. 2. Si orienterebbe il giudizio prognostico a vincoli rigidi, ledendo il diritto inviolabile di un individuo a vedere apprezzata complessivamente la sua condizione di vita sia come singolo sia nelle formazioni sociali ove egli sviluppa la sua personalità;

- L'art. 3. I criteri per il giudizio prognostico sono diversi tra gli imputabili, per i quali vale la pienezza dei criteri di giudizio, e i non imputabili, per i quali i criteri di accertamento vengono dimezzati;

- Artt. 29, 30, 31, poiché si esclude la rilevanza del contesto familiare come criterio di cui tener conto. La famiglia, in realtà, può giocare un potente ruolo sia in positivo sia in negativo nella genesi di un comportamento delittuoso. Costituisce un mezzo di prevenzione criminale se garantisce un adeguato supporto, è al contrario un fattore criminogeno laddove sia disastrosa.

Viene rilevata inoltre la violazione degli artt. 25, 27, 32, 34, 77 e 117 Cost. Per questi motivi il tribunale di sorveglianza di Messina solleva la questione di legittimità costituzionale dell'art. 1 co 1° lett. b della legge 81/2014.

## **2.6 La decisione della Corte costituzionale salva il dettato legislativo**

La Corte costituzionale rileva che si debba riscontrare l'infondatezza di tutte le violazioni lamentate dal tribunale di sorveglianza remittente.

La Corte articola la sua decisione partendo preliminarmente dall'asserita violazione dell'art. 77 Cost. Era stato rilevato che la norma, di dubbia legittimità costituzionale, presentasse un'evidente estraneità rispetto ai requisiti di necessità e

urgenza, i quali venivano invece soddisfatti dalla restante materia disciplinata dalle disposizioni del decreto legge convertito in legge.

Riguardo questo punto, la Corte afferma che la disposizione impugnata si ponga in linea con la ratio del decreto legge. La norma integra la precedente disposizione del decreto legge in modo coerente al contenuto dell'atto. Completando la normativa in modo adeguato, ne condivide i requisiti di necessità e urgenza.

Inoltre, rileva che il tribunale remittente abbia realizzato un errore interpretativo alla base del suo ragionamento, che si è riverberato su tutta la sua analisi e come tale vizierebbe d'infondatezza tutte le considerazioni formulate. La riforma legislativa investe solo la nozione di pericolosità sociale rilevante ai fini dell'applicazione del ricovero in OPG e CCC, non quella formulata in termini generali dal codice penale, come appare invece emergere dall'ordinanza rimettente. In essa si lamentavano «modifiche strutturali di istituti secolari come la pericolosità sociale, disciplinata dalle norme cardinali degli artt. 133 e 203 del codice penale».

Questo errore di valutazione, presupposto dal quale si sviluppano le asserite violazioni degli svariati articoli costituzionali che si ritengono violati, travolge a sua volta tutte le censure mosse.

La Corte asserisce nella parte finale della sua sentenza che «è evidente che la disposizione censurata non ha modificato, neppure indirettamente, per le persone inferme di mente o seminferme di mente, la nozione di pericolosità sociale, ma si è limitata ad incidere sui criteri di scelta tra le diverse misure di sicurezza e sulle condizioni per l'applicazione di quelle detentive».

Lo schema di ragionamento che segue la Corte sta nel ricercare la ratio generale della legge 81/2014, al fine di screditare il presupposto di ragionamento e le

conseguenti censure mosse dal tribunale di sorveglianza di Messina. Essa non giustifica la propria decisione fornendo un'argomentazione articolo per articolo, come invece compie l'Avvocatura generale di Stato escludendo la validità di ogni interpretazione *contra reum*.

Secondo la ricostruzione operata dalla Corte costituzionale, la novella legislativa non introdurrebbe una modifica sull'accertamento in sé della pericolosità sociale, bensì inciderebbe sulla scelta del giudice relativa alle misure di sicurezza da applicare a un soggetto già ritenuto socialmente pericoloso. Il giudizio prognostico sembrerebbe allora strutturarsi con una sorta di sistema bifasico. Il primo livello di giudizio si incentrerebbe sull'an, ovvero sull'accertamento della sussistenza o meno della pericolosità sociale. Il giudice terrebbe conto in questo caso di tutti i parametri dell'art. 133 c.p. nella loro pienezza. Il secondo piano di giudizio, qualora la pericolosità sociale fosse stata riscontrata, valuterebbe il quantum della stessa avvalendosi di una base di giudizio più limitata, così come definita dall'art. 1 co 1° lett. b della legge 81/2014. In questa seconda fase di giudizio si dovrebbe valutare se l'intensità della pericolosità sociale sia così elevata da determinare l'applicazione di una misura di sicurezza detentiva. Gli elementi utilizzati dal giudice per valutare se un soggetto sia socialmente pericoloso, potrebbero non essere gli stessi al fine di stabilire quale misura di sicurezza applicare. Un giudizio strutturato in tal modo risulterebbe macchinoso e potrebbe portare ad alcuni inconvenienti.

Laddove il giudizio sull'an della pericolosità fosse basato proprio su quei parametri che vengono esclusi per il secondo grado di giudizio, si determinerebbe una lacuna rilevante che non permetterebbe di decidere quale sia la misura di sicurezza da applicare.

Seppur sia comprensibile la scelta della Corte costituzionale, la quale risulta essere decisa a non porre in discussione una novità legislativa tanto attesa, si ritiene che la chiave di lettura offerta per risolvere il giudizio di legittimità costituzionale sia comunque poco convincente. Attraverso un giudizio bifasico strutturato su criteri di scelta differenti nelle due fasi, si introdurrebbe un *modus operandi* per il giudice non particolarmente agevole. Inoltre, la maggior parte della dottrina non ha interpretato in tal modo la nuova disposizione legislativa dell'art. 1 co 1° lett. B della legge 81/2014, bensì ha valutato che la norma introduca una vera e propria limitazione dei criteri di accertamento alla base della valutazione della pericolosità sociale degli infermi di mente autori di reato<sup>48</sup>.

Con riguardo alla motivazione del profilo di rilevanza, è criticabile l'argomentazione del giudice a quo. Il tribunale di sorveglianza remittente si è limitato a descrivere il caso oggetto del giudizio, criticando in generale i nuovi parametri normativi. Non indica quali sarebbero gli effetti delle disposizioni impugnate se fossero applicate al caso concreto o come tali disposizioni inciderebbero sull'accertamento della pericolosità, bensì si limita a dire che la sua valutazione sarebbe «impossibile o radicalmente inalterata». Non vi sarebbe, quindi, nessun collegamento tra le censure mosse e il fatto oggetto del giudizio.

### **3.LA VALUTAZIONE DELLA PERICOLOSITA' SOCIALE: NUOVE PROSPETTIVE TRA INDAGINE CLINICA E SISTEMI ATTUARIALI**

#### **3.1 Dalla “pericolosità” alla valutazione del rischio di comportamento violento del sofferente psichico**

Come si è cercato di illustrare nei capitoli precedenti, nel diciannovesimo e per gran parte del ventesimo secolo, la valutazione della pericolosità del paziente psichiatrico nel contesto forense è stata demandata *tout court* alla responsabilità degli esperti clinici, ritenuti sufficientemente qualificati per esprimere giudizi sulla sola base della loro formazione ed esperienza.

Dagli anni '60, molte ricerche hanno messo in discussione i metodi puramente clinici impiegati per valutare la “pericolosità” del sofferente psichico, sollevando numerosi dubbi sulle capacità predittive delle scienze medico-psichiatriche in tale campo <sup>49</sup>.

Negli USA, in Canada e in Gran Bretagna, dove la valutazione del rischio di agiti violenti (*violence risk assessment*) è stato sostanziato da differenti modelli teorici e metodologici<sup>50</sup>, è parere oramai condiviso che un'attendibile valutazione diagnostica e prognostica non possa fondarsi esclusivamente sul giudizio clinico dell'esperto (*approccio clinico puro*), seppure supportato dalla sua esperienza professionale e conoscenza teorica, in quanto tale giudizio è comunque esposto ad errori sistematici, essendo fondato sulla discrezionalità. Basti pensare ai primi lavori sul risk assessment condotti negli anni '70 come quello di Steadman e Coccozza <sup>51</sup>, i quali, nel loro studio su soggetti rilasciati in seguito alla storica “ sentenza



Baxstrom”, hanno evidenziato che i medici, nella valutazione di pericolosità, sovrastimavano significativamente il rischio di future violenze da parte dei pazienti. Allo stesso modo, ricerche più recenti sottolineano come il solo giudizio clinico sia “ fisiologicamente” condizionato da biases di tipo culturale e/o sociale. Ad esempio, diversi studi dimostrano che gli psichiatri tendono generalmente a sottostimare il potenziale violento femminile<sup>52</sup>, attribuendo – a parità di reato, di caratteristiche socio-demografiche e di tipologia diagnostica – un rischio di recidiva violenta più alto ai maschi, dato contraddetto da numerosi lavori<sup>53</sup>.

Altri “errori sistematici” molto comuni riguardano il fatto che i clinici tendono a sovrastimare il peso dei reati contro la persona (es.omicidio) rispetto ai reati contro la proprietà<sup>54</sup> oppure a considerare come fattore prognostico negativo la sola non compliance farmacologica<sup>55</sup>. Alla luce di tali evidenze, l’attenzione degli studiosi si è quindi spostata sulla ricerca di strumenti statistico-attuariali come alternativa alla valutazione puramente clinica del rischio di comportamento violento<sup>56</sup>.

In un celebre lavoro pubblicato da Monahan nel 1984 <sup>57</sup>, si prospettò già la necessità di cambiare il metodo di indagine (incorporare i dati clinici in tabelle statistiche che coadiuvino lo psichiatra nella valutazione), gli indicatori considerati (includere i fattori situazionali in cui il paziente potrebbe trovarsi, l’ambiente sociale, familiare e lavorativo), nonché i campioni di validazione (effettuare studi su popolazioni specifiche anche al fine di includere i fattori predittivi a breve termine).

Come ricordato da Giulini <sup>58</sup>, le valutazioni attuariali si basano sulla validazione di ‘items’ statisticamente predefiniti, volti all’identificazione dei fattori di rischio statici di comportamento violento (precedenti episodi di violenza, età, sesso, razza,

stato socio-familiare, etc.). Attraverso una combinazione algoritmica dei fattori predittivi empiricamente identificati come legati alla recidiva, si possono predisporre scale basate su punteggi, cosiddette attuariali, che possono essere generiche, o specifiche per la tipologia dei delitti a cui si riferisce il rischio di recidiva. La codifica avviene in modo oggettivo, così come la considerazione del risultato a punteggio (<score>).

Uno dei primi strumenti attuariali «puri», la Violence Risk Appraisal Guide (VRAG), è stato sviluppato sulla base di un importante studio longitudinale condotto su circa 800 autori di reati gravi rilasciati da una struttura psichiatrica di massima sicurezza canadese, con la sistematizzazione dei fattori di rischio empiricamente evidenziati<sup>59</sup>. Tale scala è costituita da 12 *items* centrati su caratteristiche demografiche, anamnestiche (precedenti penali, ecc.) e psicometriche, e permette di attribuire a ciascun soggetto valutato una “classe di rischio” distinta in bassa-media-alta (fornisce un punteggio che indica la probabilità che un individuo possa commettere un atto violento in un determinato periodo di tempo). La VRAG è utilizzata anche in molte scale attuariali più complesse ed è stata citata più volte nella letteratura contemporanea come valido predittore di comportamento violento<sup>60</sup>.

È interessante notare come uno dei principali indicatori predittivi della VRAG è rappresentato dal livello di alterazione della personalità, come misurato dalla scala di Hare (PCL-R)<sup>61</sup>.

Nonostante i tentativi di sviluppare modelli standardizzati che possono misurare su base algoritmica i fattori di rischio di comportamento violento, marginalizzando al massimo la soggettività clinica e favorendo una sorta di automatismo meccanicistico

tra punteggio del test e giudizio di “pericolosità”, alcuni Autori <sup>62</sup> hanno rilevato che tali strumenti non soddisferebbero i criteri conoscitivi relativi alla previsione del momento della possibile recidiva, né fornirebbero indicazioni sulle strategie per ridurre i rischi. Inoltre, ponendo eccessiva attenzione sui fattori di rischio statici a scapito di quelli dinamici, tali metodiche ignorerebbero i cambiamenti nel tempo del livello di rischio, misurando così solo una tendenza generica alla violenza con la possibilità di produrre falsi positivi.

A partire da tali limiti, Monahan ha evidenziato come la soluzione migliore possa trovarsi nella sinergia tra modelli attuariali e valutazione clinica <sup>63</sup>, secondo un approccio attualmente definito «valutazione professionale strutturata».

Secondo Webster <sup>64</sup>, essa rappresenta «*un ponte necessario a colmare il gap tra l'approccio clinico e attuariale*», atto a fornire all'operatore linee guida già preordinate e a delineare i fattori di rischio di recidiva, nonché pesarli e combinarli in base a quanto ritenuto rilevante per il caso specifico preso in considerazione.

Lo scopo di tale approccio è duplice: da un lato prevenire il comportamento violento, focalizzando l'attenzione sui fattori di rischio dinamici, dall'altro individuare le più opportune strategie di intervento al fine di evitare la messa in atto della recidiva violenta.

Un esempio di questa metodica è rappresentato dall'*Historical/Clinical Risk Management-20* (HCR-20). Originariamente sviluppato nel 1995 e rivisitato nel 1997, tale strumento è diventato il prototipo del c.d. «*giudizio clinico strutturato*», rappresentando così la vera alternativa alla rigidità dei modelli attuariali puri come la VRAG. L'HCR-20 sfrutta molti indicatori analoghi a quelli della PCL-R, ma cerca di bilanciare sia le variabili statiche che quelle dinamiche. I suoi 20 items,

infatti, sono suddivisi in tre sezioni che integrano le informazioni chiave del passato (storico), del presente (clinica) e del futuro (*risk management*)<sup>65</sup>.

Il tentativo più ambizioso di compendiare entrambi i modelli, clinico e attuariale, è rappresentato dallo sviluppo dell'*Iterative Classification Tree* (ITC) e della associata *Classification of Violence Risk* (COVR)<sup>66</sup>. Tali sistemi hanno offerto un nuovo modello per la valutazione del rischio di violenza, superando molte delle carenze metodologiche che avevano caratterizzato le ricerche precedenti, dimostrandosi in grado di distinguere efficacemente tra soggetti a basso e ad alto rischio, e proponendosi come utili strumenti tanto in ambito clinico che forense.

Negli ultimi anni, un crescente numero di studi ha cercato di indagare i reali ambiti di applicazione, l'efficacia predittiva e la specificità di utilizzo delle diverse metodiche sinora descritte.

Per quanto concerne la capacità produttiva delle diverse metodiche di *assessment*, allo stato attuale non vi sono in letteratura evidenze univoche. Infatti, sebbene alcuni lavori abbiano dimostrato una superiorità delle metodiche attuariali rispetto a quelle semistrutturate<sup>67</sup>, altri studi sottolineano una capacità di valutazione e predizione del rischio pressoché equivalente<sup>68</sup>.

La più ampia meta-analisi sinora condotta sull'argomento<sup>69</sup>, che ha analizzato ben 68 studi di *risk assessment* coinvolgenti 25.980 partecipanti, pur confermando un'efficacia quasi intercambiabile tra le diverse scale, evidenzia che l'85% delle differenze è attribuibile a *biases* di tipo metodologico riconducibili ad errori nella scelta dello strumento da utilizzare. Gli Autori, difatti, sottolineano che l'elemento più importante da considerare nell'applicazione di una determinata metodica è la cosiddetta «*function addiction*», che può essere costituita dal contesto di

applicazione (*setting* forense versus clinico), dalla patologia psichiatrica indagata (l'HCR-20 si è dimostrata più sensibile se utilizzata in soggetti schizofrenici, piuttosto che nei Disturbi di Personalità), o dal tipo di violenza considerata <sup>70</sup>.

A tale riguardo, l'HCR-20 è risultato avere la migliore efficacia predittiva quando utilizzato per indagare il rischio di violenza cosiddetta «*impulsiva*» (la più frequente nel *setting* forense), mentre la PCL-R dimostra la maggior affidabilità nella predizione di agiti violenti di tipo «*predatorio*»<sup>71</sup>.

### **3.2 La “pericolosità sociale psichiatrica” alla luce delle evidenze scientifiche: criticità attuali, prospettive metodologiche ed esigenze di trattamento.**

Sulla base delle citate ricerche e dello sviluppo di diversi strumenti clinici e attuariali di “*violence risk assessment*”, sembra emergere la possibilità di usufruire di un metodo “*evidence-based*” anche in un ambito delicato quale quello della valutazione della “pericolosità”, per molto tempo ritenuta un esercizio di carattere quasi “divinatorio”, del tutto sganciato, sul medio e lungo periodo, dalla reale possibilità di fornire una motivata previsione clinico-prognostica.

In Gran Bretagna, circa il 70% dei clinici che opera in strutture psichiatriche forensi e due terzi di coloro che lavorano in *setting* di psichiatria generale<sup>72</sup>, utilizzano comunemente strumenti standardizzati di previsione del rischio.

Anche negli U.S.A. e in Canada la valutazione del rischio di comportamento violento del sofferente psichico attraverso strumenti clinico-attuariali è ormai *routine* nella pratica psichiatrica<sup>73</sup>.

Le stesse linee guida internazionali per il trattamento della schizofrenia<sup>74</sup> raccomandano un accurato *violence risk assessment* per i pazienti psicotici. In Italia

persistono invece ancora molte “riserve” circa l’utilizzo dei metodi e degli strumenti proposti dalla ricerca internazionale: da un lato perché la consapevolezza della necessità di valutare il rischio di comportamento violento nel paziente psichiatrico è “maturata” più lentamente rispetto ad altri Paesi, dall’altro perché molti degli strumenti dianzi citati non hanno ancora trovato una validazione in lingua italiana. Proprio a fronte di questi limiti e alla luce dei mutamenti e delle trasformazioni sul trattamento dell’ “infermo di mente socialmente pericoloso”, si rileva assolutamente indispensabile un approfondimento di tale approccio da parte della comunità medico-legale e psichiatrica. In particolare, sulla scorta di quanto dianzi analizzato circa gli strumenti e i metodi per valutare il rischio di comportamento violento nel paziente psichiatrico, il perito dovrebbe abitualmente indagare la presenza e l’entità dei fattori di rischio e di protezione in gioco, distinguendo quelli statici (non modificabili) da quelli dinamici (modificabili) e analizzandoli alla luce di tutti i dati fattuali disponibili, in modo da fornire in concreto un “ risk assessment” del sofferente psichico autore di reato.

## **OBIETTIVI**

Poste le rilevanti novità introdotte dalla legge 81/2014 nonché le numerose questioni di carattere applicativo ed interpretativo suscitate dalla stessa, si rileva che scarsissimi siano nel nostro Paese i lavori sistematici volti ad indagare quali modifiche sostanziali la novazione legislativa abbia determinato nell'applicazione delle Misure di sicurezza detentive.

Dalle relazioni semestrali effettuate dal Commissario unico per il superamento degli OPG emergono informazioni dettagliate circa la progressiva istituzione delle REMS sul territorio nazionale, la loro capacità di accoglienza, l'eterogeneità organizzativa e strutturale che le caratterizza, la criticità delle liste d'attesa. Tuttavia poco o nulla si riferisce circa le caratteristiche dei pazienti in esse ricoverati, in particolare per quanto concerne la loro posizione giuridica, la fattispecie dei reati commessi, il processo di risk assessment, la durata ed eventuale esito dei percorsi sanitari e giuridici ivi effettuati. Posto che il dettato legislativo, come visto, stabilisce *l'eccezionalità* del ricovero in Rems quale forma di *extrema ratio* nel percorso trattamentale forense degli infermi di mente autori di reato, considerati i nuovi, stringenti criteri per l'accertamento della pericolosità sociale, scopo del presente lavoro è quello di :

- Verificare come la nuova normativa abbia modificato modalità applicative, tipologia e numero delle misure di sicurezza detentive.
  
- Effettuare un processo di risk assessment comparato tra pazienti internati in OPG e pazienti ammessi in Rems.

## **MATERIALI E METODI**

La popolazione in esame è rappresentata da tutti i soggetti maschi, lombardi, internati a Castiglione delle Stiviere, prima OPG, poi Sistema Polimodulare di Rems Provvisorie, tra il I° aprile 2014 e il I° aprile 2017. Il campione totale è stato suddiviso in tre gruppi in base alla data di ricovero:

A- Ingressi avvenuti tra il I° aprile 2014 e il 31 marzo 2015, data di chiusura degli OPG. Tali pazienti sono stati internati secondo la normativa vigente prima della legge 81/2014.

B- Ingressi tra il I° aprile 2015 e il 31 marzo 2016, ossia nel corso del primo anno dall'entrata in vigore della novazione legislativa.

C- Ingressi tra il I° aprile 2016 e il 31 marzo 2017, ossia nel secondo anno dall'entrata in vigore della novazione legislativa.

La scelta di includere soltanto soggetti di sesso maschile residenti in Lombardia nasce dalla volontà di evitare, quanto più possibile, bias metodologici di fondo. Va difatti ricordato che, prima della chiusura, l'OPG di Castiglione (in ottemperanza al principio di territorialità sancito dal d.p.c.m. del 2008) ospitava, oltre ai lombardi, i pazienti provenienti dalle regioni limitrofe Piemonte, Liguria e Valle d'Aosta. Inoltre, subito dopo il I° aprile 2015, la mancata attivazione delle Rems di competenza da parte della maggioranza della Regioni italiane, ha comportato nell'istituto castiglioneese un inatteso ed abnorme afflusso di soggetti provenienti da tutto il territorio nazionale. Questa fase si è conclusa nell'ottobre dello stesso anno quando il Sistema Polimodulare di Castiglione, in accordo con la direttiva regionale, ha ritenuto necessario precludere l'accesso a pazienti extra lombardi. Medesima procedura è stata attuata per la popolazione femminile per la quale il processo di



riassegnazione alle regioni di competenza è stato più lungo e complesso, posto che l'OPG di Castiglione accoglieva l'unica sezione femminile del Paese. Si è pertanto ritenuto opportuno, al fine di costituire campioni omogenei e scevri da fattori confondenti di varia matrice, prendere in esame soltanto le misure di sicurezza detentive applicate, prima e dopo l'entrata in vigore della legge 81, a soggetti maschi residenti in Lombardia.

Tutti i pazienti reclutati sono stati sottoposti, tramite attenta disamina delle cartelle cliniche e della documentazione giuridica e sanitaria agli atti, ad un'indagine clinico-anamnestica volta ad indagare: posizione giuridica al momento dell'ingresso (art.219 c.p., art.222 c.p., art. 206 c.p. o 312 c.p.p.), tipologia di reato (persona /proprietà), pregressi internamenti o detenzioni, profilo diagnostico (asse I, asse II), abuso di alcol o sostanze, presa in carico da parte del Dipartimento di Salute Mentale di competenza.

## **Risk assessment**

Per valutare il rischio di recidiva violenta collegato al giudizio di pericolosità sociale, è stata utilizzata una metodica clinica strutturata mediante l'impiego della scala HCR-20.

Lo strumento è stato somministrato a  $T_0$  che coincide con il trentesimo giorno dopo il ricovero.

La *Violence Risk Assessment Scheme* o *HCR-20* di cui non esiste validazione italiana, è uno strumento di ampia applicazione per la valutazione del rischio di violenza. La Scala rappresenta il riuscito tentativo di sviluppare uno standard strutturato del giudizio professionale inerente la stima della probabilità che pazienti con malattia mentale, compresi quelli di interesse forense, possano commettere nuovi comportamenti violenti oltre a quello/i che ha determinato il loro internamento in istituto di cura/detenzione.

La praticità della sua applicazione ed i riscontri scientifici già offerti in merito alla sua validità predittiva, danno garanzia che l'HCR-20 sia un valido aiuto per l'équipe di valutazione forense, tanto nella pratica clinico-terapeutica di gestione del malato all'interno dell'istituto, quanto nel processo di dimissione. La letteratura sottolinea difatti come sia fondamentale che l'équipe medica acquisisca un'adeguata conoscenza dello strumento così da adottarlo nella routine del lavoro clinico e nei processi decisionali inerenti la dimissione del paziente, dato che è stata dimostrata un'alta attendibilità nel grado di accordo dei giudizi effettuati in cieco tra più valutatori (*inter-rater reliability*) che abbiano usato lo strumento sullo stesso campione <sup>76</sup>. La letteratura non si è mostrata uniforme nel fornire un punteggio di cut off per la predizione del rischio di violenza sebbene la maggior parte degli autori

consideri valido, per popolazioni forensi, <sup>77-78</sup> il punteggio di 21. Sostanzialmente, è possibile interpretare queste eterogenee indicazioni in considerazione del fatto che l'HCR-20 assolve alla necessità dell'equipe di individuare dei range di rischio espressi in termini di rischio basso, medio o alto, più che nel fatto di indicare un punteggio quantitativo del rischio stesso. L'uso dell'HCR-20 nei servizi psichiatrici, civili e forensi, è infatti principalmente volto a promuovere strategie trattamentali, in grado prevenire e/o ridurre il rischio di recidiva individuato. Lo schema concettuale sul quale si fonda l'HCR-20, sviluppato da un attento esame della letteratura empirica riguardante i fattori correlati al comportamento violento, è quello di delineare alcuni *markers* di rischio nel passato di vita del soggetto, nel quadro clinico obiettivabile al momento dell'indagine e in relazione ai percorsi trattamentali eventualmente attuabili. L'HCR-20 prende dunque il nome dalle tre sottoscale che la compongono e dal numero dei fattori considerati: 10 fattori storici (*Historical*), 5 fattori clinici (*Clinical*) e 5 fattori di gestione del rischio (*Risk Management*).

La codifica di ogni singolo item avviene per mezzo di una scala a tre punti, in base al grado di certezza circa la presenza o meno del fattore di rischio:

- Il punteggio 0 indica che il fattore è assente, o che la sua presenza non è supportata dalle informazioni di cui si dispone ;
- Il punteggio 1 indica che il fattore è possibilmente o parzialmente presente, ovvero che le informazioni di cui si dispone indicano una qualche evidenza, seppur non definitiva, della sua presenza;
- Il punteggio 2 indica l'assoluta, chiara e certa presenza del fattore considerato

Laddove non si disponga di alcuna informazione relativa ad una data voce, o se quelle di cui si è in possesso non vengono ritenute attendibili, ne è consentita l'omissione.

Attribuiti i punteggi ad ognuno dei fattori che compongono la scala, la valutazione del rischio viene effettuata considerando tre livelli di gravità: basso, medio o alto.

Ai fini di ricerca, considerando l'HCR-20 come una vera e propria scala statistica, si può sommare il punteggio degli item che compongono ognuna delle tre sottoscale così da ottenere dei punteggi parziali relativi al “peso” dei fattori storici (dove il punteggio andrà da 0 a 20), clinici e di risk management (dove il punteggio andrà da 0 a 10) per poi sommarli tra loro ed ottenere un punteggio totale (che andrà da 0 a 40). Laddove siano state omesse delle voci, il punteggio deve essere calcolato “pro-rata”, ovvero in proporzione al numero delle omissioni. È però sconsigliato attuare tale metodo nel caso in cui siano state omesse troppe voci, ovvero più di 2 per i fattori H, più di 1 per i fattori C e R, o più di 5 in totale.

Andiamo adesso a discutere, più nello specifico, i 20 fattori che compongono la scala: attenendosi alle indicazioni/spiegazioni che il manuale suggerisce per ognuno di essi, la loro codifica quantitativa va segnalata utilizzando l'apposito Foglio di Codifica (*HCR-20 Coding Sheet*) che costituisce il materiale del test.

I fattori H attengono al passato: si dicono “storici” in quanto relativamente stabili, ovvero poco variabili nel tempo poiché la loro presenza è considerata durevole nell'arco di vita del soggetto.

- **H1- *Previous Violence* (Precedenti episodi di violenza):** l'item pone che la probabilità di manifestare futuri comportamenti violenti (o devianti) aumenta qualora vi siano stati episodi precedenti. Per violenza

si intende quella commessa verso altre persone (tralasciando quella verso oggetti o animali). Per l'attribuzione del punteggio si combina il numero di precedenti episodi di violenza con la gravità degli stessi.

- **H2 – *Young Age at First Violent Incident (Inizio precoce di comportamenti violenti - Età al primo episodio violento)***: l'item pone una corrispondenza tra l'età al momento del primo agito violento ed il rischio di adozione di ulteriori comportamenti violenti. Minore è l'età del soggetto al primo episodio di violenza, maggiore sarà il rischio futuro.
- **H3 – *Relationship Instability (Instabilità relazionale)***: l'instabilità è intesa nelle relazioni affettive con i partner e non con i familiari in generale o gli amici. Assenza di legami affettivi, molte relazioni a breve termine o pattern di relazioni instabili e conflittuali per lungo tempo, depongono per l'attribuzione di un punteggio di 2.
- **H4 – *Employment Problems (Problemi nella sfera lavorativa)***: l'item include tanto le attività lavorative liberamente svolte quanto le esperienze o i programmi di lavoro intrapresi in un istituto di cura/riabilitazione, nonché la frequenza a scuole o corsi professionali. Anche in questo caso, la quantità di esperienze lavorative e la qualità delle stesse orienta l'attribuzione del punteggio: ottengono un punteggio alto coloro che non hanno mai lavorato regolarmente, o che hanno cambiato o abbandonato di frequente un'attività lavorativa, o che sono stati spesso licenziati.

- **H5 – Substance Use Problems (Problemi legati all’uso di sostanze stupefacenti):** l’uso di sostanze stupefacenti è un fattore decisivo nell’incrementare il rischio di violenza. L’item non tratta tanto dell’uso in sé, che comunque deve essere spiegato in termini di consumo (occasionale, abituale e di abuso) anche senza la presenza di una vera e propria diagnosi, quanto delle limitazioni (lavorativa, relazionale, fisica) che si ricollegano ai comportamenti di uso/abuso di sostanze.
- **H6 – Major Mental Illness (Presenza di malattia mentale grave):** l’item si riferisce alla malattia mentale grave ed acuta così intesa dai quadri nosografici dell’Asse I e II del DSM-IV, sebbene nella revisione dello strumento lo specifico riferimento a tale manuale sia stato rimosso per facilitare la codifica dell’item nelle giurisdizioni che usano diverse classificazioni diagnostiche. L’attribuzione del punteggio dipende da diagnosi certa di malattia mentale, passata o presente, o da valutazioni provvisorie/probabili in attesa di conferma (è necessario indicare una delle due voci nel Foglio di Codifica): se la presenza di psicosi, ritardo mentale o disturbi di personalità, al di là della specificità dei criteri diagnostici all’interno di questa categoria, non può essere definita in modo inequivocabile, si attribuisce all’item il punteggio di 1.
- **H7 – Psychopathy (Psicopatia):** anche in questo caso il Foglio di Codifica indica di segnalare se si tratti di diagnosi sicura o probabile, e l’attribuzione del punteggio all’item dipende dal punteggio ottenuto dal soggetto alla somministrazione della PCL-R o della PCL:SV (Psychopathy Checklist – Screening Version): l’item avrà punteggio 0

per punteggi al di sotto di 20 nella PCL-R, punteggio 2 per punteggi al di sopra di 30 alla PCL-R.

- **H8 – *Early Maladjustment* (Disadattamento precoce o Disadattamento infantile):** l'item include espressioni di disadattamento in ambito scolastico, familiare o sociale in generale, in cui il soggetto sia stato vittima o artefice (maltrattamenti subiti durante l'infanzia o vittimizzazione degli altri).
- **H9 – *Personality Disorder* (Disturbi di Personalità):** anche in questo caso è da indicare nel Foglio di Codifica se si tratti di diagnosi sicura o probabile, ed il punteggio 1 si attribuisce alla presenza di soli tratti di personalità. L'item intende indagare, tra tutti, i Disturbi di personalità del Cluster B, in particolar modo il Disturbo Borderline ed il Disturbo Antisociale di Personalità.
- **H10 – *Prior Supervision Failure* (Fallimento di precedenti tentativi di trattamento, anche obbligato ):** per gravi fallimenti, tali da consentire l'attribuzione del punteggio di 2, si intendono fughe dall'istituto di cura o di contenzione, gravi episodi di violenza durante i programmi trattamentali proposti dal Tribunale, etc. Se il soggetto, prima della valutazione, non ha mai avuto un precedente tentativo di supervisione/trattamento da parte dei Servizi Psichiatrici o della Magistratura, si deve attribuire il punteggio di 0.

Nonostante la natura statica dei fattori H, la loro codifica può non essere altrettanto immutabile: è infatti possibile che l'attribuzione del punteggio alle voci che compongono questa sottoscala possa essere corretta o variata in base a nuove

acquisizioni sulle informazioni a carico del soggetto, che possono essere da lui stesso riferite o acquisite in una ulteriore visione della documentazione di riferimento.

Il processo di codifica diviene dunque un'attività alla quale l'esaminatore deve prestare molta attenzione ed accuratezza di indagine, al fine di non incorrere in errore attribuendo punteggi più alti a casi meno rilevanti (e dunque orientandosi a considerare gli stessi come *falsi positivi*), o peggio ancora sottovalutando l'influenza dei fattori H (*falsi negativi*).

Infine, è ammesso che il valutatore (o l'equipe di valutazione) modifichi la propria opinione riguardo la rilevanza di un item, pur mantenendo invariato il valore della sua codifica. Ciò si traduce nel fatto che, anche se la valutazione quantitativa dei fattori H non subirà modifiche, la valutazione qualitativa, e specificamente clinica, potrebbe non essere la stessa.

I fattori C riguardano il presente, o meglio fanno riferimento al quadro clinico durante i 6 mesi anteriori la valutazione. La loro presenza serve a moderare la rilevanza dei fattori H, rendendo lo strumento più dinamico.

Attitudini, comportamenti, emozioni e cognizioni descritti nei fattori C possono cambiare grazie ad un intervento pianificato o al mutamento delle circostanze, così come accade per i fattori R; tanto che non è errato dire che i fattori C ed R hanno la potenzialità di prevedere e prevenire il rischio di violenza, mentre i fattori H forniscono le componenti per determinare il contesto della sua espressione.

I fattori C sono:

- **C1 – *Lack of Insight* (Mancanza di consapevolezza di malattia):** si riferisce al grado di mancata consapevolezza del proprio disturbo mentale e degli



effetti che lo stesso ha nel comportamento verso gli altri. Se il soggetto manca di insight, il punteggio sarà 2.

- **C2 – *Negative Attitudes* (Attitudini o atteggiamenti negativi):** descrive atteggiamenti negativi, antisociali o sadici verso gli altri, le regole sociali, le istituzioni, la legge e l'autorità. Specifica la presenza di tali attitudini al di là della presenza di malattia mentale. Nell'attribuzione del punteggio, è importante valutare anche la presenza di senso di colpa o rimorso verso pregressi comportamenti illeciti.
- **C3 – *Active Symptoms of Major Mental Illness* (Florida sintomatologia riferita a disturbi psichiatrici maggiori):** è stato ormai scientificamente condiviso che il rapporto tra malattia mentale e violenza non gode necessariamente di causalità; sul rischio di violenza influisce invece la presenza di alcuni sintomi della malattia mentale e tra questi, in particolare, i disturbi nel contenuto e nella forma del pensiero (allucinazioni, pensiero bizzarro, ideazione paranoide, etc.). Il punteggio di 2 si attribuisce se è accertata la presenza di florida sintomatologia psicotica, o laddove i sintomi siano gravi.
- **C4 – *Impulsivity* (Impulsività):** l'item intende la facile irritabilità, l'instabilità affettiva, timica e comportamentale che determina acting improvvisi come espressione del discontrollo degli impulsi
- **C5 – *Unresponsive to Treatment* (Mancanza di reattività al trattamento):** l'item descrive la compliance al trattamento manifestata dal soggetto all'atto della valutazione o nel corso dei precedenti 6 mesi, nonché l'efficacia dello stesso. Ottengono un punteggio di 2 i soggetti che rifiutano di iniziare il

trattamento, oppure lo iniziano ma poi lo interrompono, o ,ancora, completano il trattamento senza alcun beneficio.

Infine abbiamo i fattori R che si riferiscono al modo in cui il soggetto si adatterà alle circostanze future e alla possibilità, o meno, di sviluppare efficaci progetti per ridurre il rischio di comportamenti violenti. Secondo condivisa letteratura, infatti, la valutazione predittiva del rischio di violenza, infatti, non può prescindere dall'analisi del contesto in cui si troverà a vivere il soggetto una volta dimesso, né dalla valutazione dei fattori protettivi e dei punti di forza da cui potrà trarre sostegno.

Il Foglio di Codifica richiede di specificare il contesto in cui verrà effettuata la gestione del rischio: “IN” farà riferimento al periodo di ospedalizzazione, “OUT” all'esterno. E' su questo secondo contesto che ci si è soffermati per la descrizione delle seguenti voci R:

- **R1 – *Plans Lack Feasibility* (Mancanza di programmi praticabili):**  
l'assenza di piani praticabili può dipendere dalla genericità degli stessi o dall'effettiva mancanza o disponibilità delle risorse sul territorio, intese sia come figure professionali che come servizi. Se la comunità non può o non vuole, a causa del comportamento del soggetto, o non sia in grado, a causa della mancanza di risorse, di fornire assistenza dopo la dimissione del paziente, è bene applicare un punteggio di 2.
- **R2- *Exposure to Destabilizers* (Esposizione a fattori destabilizzanti):**  
non si tratta di prevedere la presenza di tutti i possibili fattori destabilizzanti nella vita di un soggetto, compito che sarebbe

chiaramente impossibile, quanto di prevedere almeno la presenza di alcuni fattori che già hanno manifestato un potere destabilizzante nel suo passato (uso di sostanze, captazione da parte di gruppi malavitosi, facilità nel reperire armi), e contemporaneamente di escludere la presenza di altri che sarebbero invece di natura positiva (presenza di abitazione, mezzi economici di sostentamento). Anche una scarsa o inadeguata supervisione professionale (sanitaria, istituzionale) può essere considerato un fattore destabilizzante.

- **R3- *Lack of Personal Support* (Mancanza di sostegno personale):** è importante valutare il grado di sostegno, sia a livello pratico che emotivo, che il soggetto potrà ricevere da familiari, amici e servizi socio-sanitari. Se ciò non esiste o se pur presente, il soggetto non riesce ad accettarlo, si potrà attribuire un punteggio alto.
- **R4 – *Noncompliance with Remediation Attempts* (Mancanza di adesione ai programmi terapeutici):** la motivazione ad aderire a programmi di trattamento si ricollega alla presenza di insight (C1) ed alla volontà di rispettare un percorso terapeutico (C5). Il rischio di violenza si riduce se il soggetto possiede consapevolezza della propria malattia e, in virtù di ciò, accoglie ed aderisce ad un progetto trattamentale. Il manuale sottolinea che il valutatore deve ricordare che i fattori C si riferiscono al presente mentre i fattori R al futuro: dunque se un soggetto può aver dimostrato di non rispondere ad uno specifico intervento ed aver ottenuto il punteggio di 2 nella voce C5, la voce R4 richiederà una nuova valutazione per verificare la conformità a programmi futuri.

- **R5 – Stress (Stress):** l’item richiede di valutare le fonti di stress che il soggetto può incontrare ed il modo con il quale può reagire ad esse, ovvero le strategie di *coping*. La previsione dei *life event stress*, che al pari degli elementi destabilizzanti citati nel fattore R2 non è semplice da effettuarsi, si riferisce nello specifico a tre aree generali: la famiglia, gli amici ed il lavoro. Il valutatore deve chiarire se, nell’immaginabile futuro del soggetto, non vi siano già degli stressor che con la dimissione possano influenzare la sua qualità di vita (es. separazioni familiari, perdita del lavoro, lutti).

Come per qualsiasi altro strumento che dalla prassi clinica viene mutuato a quella sperimentale, anche l’HCR-20, per rendere al meglio l’efficacia degli standard psicometrici che garantiscono l’affidabilità e la validità della sua applicazione, necessita in primo luogo di un elemento: che i criteri o i parametri considerati utili al fine per il quale lo strumento è stato ideato, in questo caso la valutazione predittiva di comportamenti aggressivo-violenti, possano di fatto essere valutati in modo qualitativo e quantitativo, dunque senza troppe incertezze nella loro rintracciabilità. Si mostra in sostanza di primaria importanza l’accurata registrazione delle notizie storico-anamnestiche per i soggetti che, affetti da patologia di mente, siano anche autori di reato, in virtù dell’analisi delle implicazioni che la patologia può avere sulla pericolosità sociale, intesa come valutazione del rischio di violenza.

Viepiù, chi scrive considera che la valutazione dei fattori storici descritti dall’HCR-20 manifesta alcune connessioni con quella dei fattori clinici e di risk management: ad esempio, la presenza di precedenti episodi di violenza, l’instabilità affettiva o la

presenza di tratti psicopatici riscontrati tra i fattori storici, potrebbe orientare il punteggio per l'item C4 - Impulsività, anche se riferito ai 6 mesi pregressi all'esame, o per l'item R3 - Mancanza di sostegno personale, che è una delle condizioni che l'equipe medico - trattamentale, a ragione, considera nella valutazione della dimissibilità di un internato. Pertanto è opportuno considerare i fattori storici elementi cui prestare la massima attenzione nell'intento di predire il rischio di violenza.

Tale considerazione trova peraltro accordo nella maggior parte degli studi condotti in letteratura, che tuttavia non è unanime su questo punto, sottolineando in alcuni casi come i fattori clinici e di risk management manifestino maggiore significato predittivo del rischio di violenza rispetto ai fattori storici<sup>78-79</sup>. Così, ad esempio, uno studio longitudinale retrospettivo condotto in Svezia su un campione di 106 pazienti violenti affetti da Schizofrenia, ha comparato la validità predittiva della VRAG (*Violent Risk Appraisal Guide*) e dei fattori H dell'HCR-20. In tale confronto, lo studio ha dimostrato che entrambi gli strumenti hanno una buona validità predittiva del rischio di violenza, ma che i 10 fattori H dell'HCR-20 detengono una precisione superiore rispetto ai criteri ammessi dalla VRAG, in particolare per ciò che concerne la previsione a lungo termine del rischio di condotte violente che attiene a soggetti con grave patologia di mente<sup>81</sup>.

Ancora, uno studio longitudinale pseudo-prospettico condotto su un gruppo di 887 pazienti forensi maschi, dimessi dai reparti di media sicurezza di un ospedale psichiatrico forense del Regno Unito, ha dimostrato che i fattori H ed di fattori R dell'HCR-20 hanno una buona validità predittiva del rischio di violenza, mentre scarsi sono i risultati dei fattori C. La codifica dell'HCR-20 si è ottenuta utilizzando

le informazioni sanitarie e giudiziarie antecedenti la dimissione, confrontando poi i risultati con le notizie di ulteriori comportamenti violenti avvenuti nel periodo post-dimissione di 2 anni. In particolare, l'efficacia predittiva dello strumento si è rivelata alta per periodi di tempo brevi (1 anno), mentre un modesto calo si è avuto considerando periodi più lunghi (5 anni) <sup>82</sup>.

In tempi più recenti, uno studio di follow-up a 2 anni, condotto applicando l'HCR-20 con l'omissione dell'item H7- Psicopatia, su un campione di 70 pazienti violenti dimessi in comunità da reparti di media sicurezza di ospedali forensi britannici, ha dimostrato che in generale il punteggio dell'HCR-20 non era in grado di prevedere la recidiva, ma era un significativo predittore della riammissione in ospedale e del rischio di violenza auto o etero diretta. In particolare, lo studio mostra come siano i fattori C ed R a possedere elevata validità predittiva nell'indicare per quanto tempo un soggetto è in grado di rimanere in "libertà" a seguito della dimissione, e dunque la validità generale dello strumento non viene ad essere inficiata dall'omissione dell'item H7 – Psicopatia <sup>83</sup>.

Allo stesso modo, una meta-analisi condotta su 34 studi in cui sono stati utilizzati sia l'HCR-20 che la PCL-R nella valutazione del rischio di violenza, ha dimostrato che la mancata codifica dell'item H7 – Psicopatia nello scoring dell'HCR-20 non riduce la sua validità predittiva. Mentre l'HCR-20, pur con l'omissione dell'item H7, incrementa la validità della PCL-R, non è vero il contrario. Dunque l'omissione dell'item H7 dall'HCR-20 non influenza negativamente la validità dello strumento.<sup>84</sup> Infine, uno studio condotto applicando l'HCR-20 e il DASA (Dynamic Appraisal of Situational Aggression) allo scopo di predire l'imminente rischio di condotte aggressive-violente auto o etero-dirette da parte di pazienti affetti da

disturbo di personalità internati presso ospedali forensi di massima sicurezza in Inghilterra, ha dimostrato che, laddove il disturbo di personalità è caratterizzato da elevata irritabilità ed impulsività (che sono tra le componenti dei fattori C dell'HCR-20), la validità dei risultati raggiunti è maggiore <sup>85</sup>.

Per quanto concerne il nostro studio si è stabilito, in accordo con i dati forniti dalla letteratura, di utilizzare il cut off di 27 per individuare la classe alta di rischio e di 21 per quella bassa. I soggetti con punteggio compreso tra 21 e 27 son stati quindi inseriti nella classe media.

Ottenute le informazioni clinico-anamnestiche sopra descritte e completato il processo di risk assessment, si è proceduto al confronto tra il campione A ( pazienti internati in OPG) e i campioni B e C ( pazienti internati, rispettivamente, nel corso del I° e del II° anno di attivazione Rems). La scelta di comparare anche i soggetti ricoverati nel II° anno di entrata in vigore della legge, origina dalla necessità di verificare se eventuali differenze riscontrate tra i gruppi A e B siano legate a difficoltà applicative e interpretative della riforma legislativa o se rappresentino un trend sufficientemente stabile e significativo. Infine, per i pazienti ammessi a Castiglione dopo il I° aprile 2015 (gruppi B e C) si è valutata, laddove possibile, l'evoluzione giuridica delle misure di sicurezza provvisorie applicate al momento dell'assegnazione.

Per l'analisi statistica dei dati è stato impiegato il software SPSS 13.0 (SPSS Inc.). Al fine di esaminare la differenza di distribuzione tra i gruppi di variabili dicotomiche e nominali sono stati utilizzati i test Chi-quadro, T di student e Phi ( $p \leq 0.05$ ). Per le variabili criminologiche è stata eseguita una correlazione non parametrica con il test rho di Spearman.

## RISULTATI

Lo studio ha consentito di reclutare complessivamente 201 pazienti, così suddivisi:

- Gruppo A, soggetti ammessi in OPG nel corso dell' anno precedente la chiusura (I° aprile 2014 –31 marzo 2015) : 68
- Gruppo B, pazienti ammessi nel Sistema Polimodulare Rems Provvisorie nel I° anno di attivazione (I° aprile 2015-31 marzo 2016) : 68
- Gruppo C, pazienti ammessi nel sistema Polimodulare Rems Provvisorie nel II° anno di attivazione (I° aprile 2016-31 marzo 2017): 65

Già ad un primo sguardo, risulta evidente come, sia nel corso del primo che del secondo anno dall'entrata in vigore della legge 81/2014, nulla pare essere cambiato circa il numero delle misure di sicurezza (mds) detentive applicate dai tribunali lombardi.

Analizzando nel dettaglio la tipologia di misure attuate, emerge quanto riportato nella Tab. 1

**Tab1. Misure di sicurezza**

<b>Gruppo</b>	<b>Art.222 c.p.</b>	<b>Art.219 c.p.</b>	<b>Mds def %</b>	<b>Mds provv.</b>	<b>Mds provv %</b>
<b>A</b>	22	23	<b>66.1%</b>	23	<b>33.9%</b>
<b>B</b>	9	9	<b>35.3%</b>	44	<b>64.7%</b>
<b>C</b>	9	14	<b>35.4%</b>	42	<b>64.6%</b>



E' evidente come tra i soggetti internati prima della chiusura OPG le mds definitive rappresentino il 66,1% di tutte le misure applicate contro il 33,9% di quelle provvisorie. Viceversa, per i pazienti ammessi nel Sistema Rems, la situazione appare pressoché capovolta, sia nel corso del primo che del secondo anno dall'entrata in vigore della legge, con differenza statisticamente significativa ( $p=0.01$ ) in entrambi i casi.

Inoltre, per quanto concerne le misure definitive, emerge una netta riduzione, sebbene non statisticamente significativa ( $p=0.08$ ), delle condizioni di totale infermità (art.222 c.p.) sia nel gruppo B che C rispetto al gruppo A. Relativamente all'assessment diagnostico non si rilevano discordanze degne di nota tra i tre gruppi (Tab.2)

**Tab.2 Assessment diagnostico**

<b>Gruppo</b>	<b>Asse I</b>	<b>Asse II</b>	<b>Totale</b>	<b>% Abuso</b>
<b>A</b>	43	25	68	54.4%
<b>B</b>	41	26	68	70.6%
<b>C</b>	37	28	65	77%

Tuttavia, se analizziamo la comorbidità con l'abuso di sostanze, emerge una differenza statisticamente significativa ( $p=0.05$ ) tra il gruppo A e il Gruppo C in cui i soggetti tossicodipendenti rappresentano ben il 77%. Ciò, presumibilmente, ad indicare un crescente ruolo criminogenetico e criminodinamico delle condotte d'abuso.

In tutte e tre le popolazioni esaminate la presa in carico da parte dei Servizi Psichiatrici territoriali investe oltre i 2/3 dei pazienti esaminati (Tab.3) ciò intravedendo l' eventualità, laddove possibile, di attivare percorsi trattamentali extramurari nella maggior parte dei casi.

**Tab.3 Rapporto con i Servizi Territoriali**

<b>Gruppo</b>	<b>In carico</b>	<b>Non in carico</b>	<b>% in carico</b>	<b>Totale</b>
<b>A</b>	51	17	<b>75%</b>	68
<b>B</b>	55	13	<b>80%</b>	68
<b>C</b>	49	16	<b>75.4%</b>	65

Nella tabella 4 sono riportati i dati relativi all'assessment criminologico ossia precedenti internamenti e/o detenzioni e tipologia del reato che ha determinato la misura di sicurezza in esame. Anche in questo caso, pur non evidenziandosi differenze statisticamente significative tra i gruppi, si rileva che in circa la metà di tutti e tre i campioni vi è un riscontro anamnestico positivo per precedenti penali. Per quanto riguarda poi la fattispecie criminologica in esame, a prevalere sono i reati contro la persona (maltrattamenti, lesioni, minacce, omicidio) in particolare nel gruppo C dove rappresentano ben il 72%. Infine, l'utilizzo del test rho di Spearman non ha evidenziato, in nessuno dei tre gruppi, alcuna correlazione positiva tra tipo di misura applicata, tipologia di reato e precedenti penali.

**Tab.4 Anamnesi criminologica**

<b>Gruppo</b>	<b>Precedenti Penali</b>		<b>Reato</b>	
	SI	NO	Persona	Proprietà
<b>A</b>	29	39	42	26
<b>B</b>	30	38	44	24
<b>C</b>	33	32	47	18

Come premesso, passiamo ora ad esaminare l'evoluzione giuridica che le misure di sicurezza provvisorie, valutate all'ingresso, hanno subito nel corso dell'internamento in Rems.

Il gruppo B comprendeva 44 soggetti in mds provvisoria: in 12 casi ( 27.4%) la mds è divenuta definitiva, 8 pazienti ( 18%) hanno subito la revoca della misura mentre per 18 di loro ( 41%) la mds detentiva è stata trasformata in Libertà Vigilata. Sei (13,6%) le situazioni ancora provvisorie.

Per i pazienti dimessi in Libertà Vigilata la durata media della permanenza nel Sistema Rems è stata di 7 mesi mentre il punteggio medio alla HCR-20 si è attestato a 18.6 (classe di rischio bassa). In nessun caso si è verificato l'aggravamento della libertà vigilata in corso con disposizione di rientro in Rems.

Complessivamente simile la situazione riscontrata nel gruppo C: dei 42 pazienti in mds provvisoria, 15 (35.7%) hanno ottenuto la libertà vigilata, 2 (4,8%) la revoca della misura, 5 (12%) la trasformazione in mds definitiva. Due pazienti (4.8%) sono stati trasferiti in carcere mentre 18 (42,9%) sono le situazioni ancora in regime di provvisorietà (la percentuale è più alta rispetto al gruppo B

in quanto, verosimilmente, misure applicate più di recente e quindi ancora in corso di valutazione).

Anche in questo caso non si è registrato alcun rientro dei pazienti dimessi in libertà vigilata la cui permanenza nel Sistema Rems è stata mediamente di 5.4 mesi con un punteggio medio alla HCR-20 di 16.6 (classe bassa di rischio).

Ultimo dato, a nostro parere, degno di nota: nel campione B il 34% dei pazienti ammessi in misura provvisoria non aveva ancora eseguito una valutazione peritale; nel campione C la percentuale era del 28.5%.

### **Risk assessment**

Una volta applicata all'intera popolazione in esame la scala HCR-20, è stato possibile stabilire il punteggio medio ottenuto da ogni gruppo ed attribuire, a ciascun paziente, l'appartenenza ad una classe di rischio, come riportato nella tabella 5.

**Tab.5 HCR-20 e classi di rischio**

<b>Gruppo</b>	<b>Punteggio medio HCR-20</b>	<b>N° pazienti per classi di rischio</b>
<b>A</b>	20.99	Classe alta > 27      4 Classe media 21-27    36 Classe bassa < 21     28
<b>B</b>	18.93	Classe alta > 27      3 Classe media 21-27    23 Classe bassa < 21     42
<b>C</b>	19.89	Classe alta > 27      5 Classe media 21-27    24 Classe bassa < 21     36

Ciò che innanzitutto emerge dall'analisi dei dati è che, se nel Gruppo A la maggior parte dei pazienti si concentra nella classe media di rischio, nei gruppi B e C a prevalere è l'appartenenza alla classe più bassa, con differenza statisticamente significativa ( $p=0.04$ ) tra i gruppi A e B.

Anche applicando il Test di Student è stata osservata una differenza statisticamente significativa tra il gruppo A e il gruppo B ( $p=0.04$ ) ossia, paradossalmente, i pazienti ammessi a Castiglione nel corso del primo anno di attivazione Rems hanno ottenuto all' HCR-20 un punteggio medio significativamente più basso rispetto ai soggetti internati in OPG.

## DISCUSSIONE

Sono trascorsi poco più di due anni dalla fatidica data del primo aprile 2015 quando è stata normativamente sancita la definitiva chiusura degli OPG ad opera della legge 81/2014. Il lento processo legislativo, teso al superamento di quella che poteva definirsi l'ultima istituzione totale, era stato avviato fin dal dpcm del 1° aprile 2008, in particolare dall'allegato C, ed era stato sancito dall'art. 3 ter del D.l. n.211/2011. Complessivamente, anni di rinvii e di perpetuazioni di condizioni di reclusione talora intollerabili e tali da richiedere un intervento paradossalmente urgente del Parlamento.

Pertanto gli OPG dovrebbero essere chiusi e le misure di sicurezza detentive, eccezionali e residuali, eseguite nelle Rems, ad esclusiva gestione sanitaria.

Purtroppo una riforma di tale portata è stata emanata in modo del tutto irrelato rispetto al codice penale e di procedura penale, alla legge penitenziaria ed al relativo regolamento di esecuzione, rimasti invariati, così da porre delicati problemi interpretativi e di armonizzazione con alcuni dei nuovi e garantisti principi sulle misure di sicurezza.

In primo luogo, nel solco tracciato dalla Corte Costituzionale con le sentenze n.253/2003 e n.367/2004, si stabilisce che la misura di sicurezza detentiva, anche provvisoria, nei confronti dell'autore di reato non imputabile o semimputabile per patologia psichica, assume un carattere *assolutamente eccezionale e residuale*. Il giudice, pertanto, sia in fase cautelare, sia in fase esecutiva, dovrebbe applicare la misura di sicurezza detentiva, provvisoria o definitiva, soltanto qualora siano stati acquisiti elementi dai quali risulti che

ogni altra misura non sia idonea ad assicurare cure adeguate e a contenere la pericolosità sociale del prosciolto.

La misura di sicurezza *principe* diviene, pertanto, anche in fase cautelare, quella, non detentiva, della libertà vigilata con prescrizioni terapeutiche, relegando la misura detentiva ad *extrema ratio*.

Putroppo, nonostante il *novum* normativo, si registra, sin dai primi mesi di vigenza della riforma, un sensibile incremento degli internamenti per misura di sicurezza provvisoria, tanto che, ancora oggi, si assiste, su tutto il territorio nazionale, al fenomeno di centinaia di misure non eseguite con la creazione di lunghe liste d'attesa.

Dati alla mano: nella seconda relazione semestrale del Commissario unico per il superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari, Dr. Corleone, del 19 febbraio 2017 si legge che i pazienti attualmente accolti nelle Rems sono 569. Se a questi si sommano i 290 in lista di attesa (dati DAP febbraio 2017) e i 4 pazienti in quel momento ancora internati a Barcellona Pozzo di Gotto (l'ultimo dei quali è stato dimesso l'11 maggio scorso) ne deriva che i soggetti sottoposti a misura di sicurezza detentiva, o in attesa di esecuzione, a febbraio 2017, erano 863.

I pazienti internati nei sei OPG italiani alla data del 30 novembre 2014 (Seconda relazione trimestrale al Parlamento sul Programma di Superamento OPG a firma dei ministri Lorenzin e Orlando), quindi quattro mesi prima della chiusura degli OPG, erano 761, un centinaio in meno.

Quanto emerso dal nostro studio non fa che confermare questa tendenza, evidenziando due dati a nostro parere importanti:

- il numero degli internamenti disposti in Regione Lombardia non ha subito sostanzialmente alcuna modifica dopo l'intervento legislativo. Gli ingressi a Castiglione nell'anno precedente l'entrata in vigore della legge (68) sono rimasti tali sia nel corso del primo (68) che del secondo anno (65) di attivazione del Sistema Polimodulare Rems.
- Le misure di sicurezza provvisorie applicate dai tribunali lombardi sono passate dal 33.9% delle totali, nell'anno precedente la chiusura degli OPG, al 64.7% nei due anni successivi.

Significativo è inoltre, a nostro parere, il rilievo che la tipologia di misura che ha subito il maggior decremento percentuale è quella determinata dall'art. 222 c.p., (che passa dal 32.3% al 13.2%) ossia misura definitiva per infermità totale, l'unica, secondo emergente dottrina penalistica, giustificata destinataria di un ricovero in Rems a fini trattamentali.

Riconosciuta, pertanto, l'evidente violazione del principio di *extrema ratio* sancito dalla riforma, molte sono state, negli ultimi mesi, le voci sollevatesi in ambito istituzionale, giuridico e psichiatrico, sia di ammonimento circa i rischiosi effetti che il perdurare di una tale situazione può comportare, sia di proposta rispetto a eventuali, percorribili soluzioni.

Il Commissario unico Corleone, nella sopracitata relazione, evidenzia che :

*“ Il tema delle misure provvisorie è stato trattato in modo approfondito nelle precedenti relazioni, che hanno messo in evidenza il fenomeno delle misure di sicurezza in attesa di essere eseguite per mancanza di posti nelle REMS, e per un ricorso eccessivo all'art. 206 c.p. da parte della magistratura di cognizione. Le persone a cui è stata applicato l'art. 206, ma che sono in attesa di eseguire*



*la misura, si trovano di fatto in libertà, oppure reclusi in carcere. Quelle invece che sono in esecuzione della misura si trovano in REMS. Ma, per ragioni diverse, nessuna di queste persone si trova nel posto giusto.”*

*Suggerisce pertanto che “l’art. 206 deve essere abrogato e sostituito con la custodia cautelare, con affidamento al SPDC. La questione è aperta, e vi sono anche proposte alternative, come quella secondo cui si potrebbe pensare di mantenere l’art. 206, ma legandolo alla previsione di strutture, simili alle REMS, appositamente dedicate al trattamento dei pazienti in misura provvisoria, che spesso si trovano in fasi acute della malattia mentale”.*

Diversa l’opinione della Società Italiana di Psichiatria che intravede nel potenziamento, da un lato, dell’assistenza psichiatrica in carcere, dall’altro, dei servizi territoriali coinvolti nei percorsi di cura degli infermi autori di reato, una plausibile possibilità:

*“Il problema delle liste d’attesa è solo parzialmente dovuto al ritardo della realizzazione delle Rems stesse a livello regionale. Questo perché le Rems non sono il sostituto degli Opg, come erroneamente pensa parte della Magistratura di sorveglianza o giudicante, ma il periodo più limitativo della libertà di un percorso di cura sanitario che dovrebbe essere progettato a partire dai luoghi di detenzione (Case circondariali) ed essere realizzato anche nelle Rems o nelle altre strutture sanitarie, con la presa in carico dei servizi sanitari del territorio...[..]. Bisogna quindi sollecitare i periti a collaborare strettamente con i servizi territoriali e i giudici a rispettare la legge 81/2014 che considera l’inserimento in Rems solo se non sono possibili altri percorsi di cura meno limitativi della libertà individuale..[..]. Occorre abolire la rigidità che non*

*consente di trattare persone ree e pericolose nei luoghi di detenzione (istituti di pena) almeno sino a che la loro collaborazione non diventi sufficiente ad effettuare il percorso nelle strutture sanitarie che, per alcuni sarà la Rems, mentre per la maggior parte saranno luoghi di cura uguali a quelli per i malati non autori di reato”.*

Decisamente contraddittoria ed allarmante, almeno per ora, la risposta politica istituzionale. Grandi preoccupazioni destano infatti le disposizioni di cui all'articolo 1 comma 16 lettera d) del DDL 2067 approvato dal Senato il 15 marzo scorso, attualmente all'esame della Commissione Giustizia della Camera.

Tale articolo, infatti, conferisce al Governo una delega che contempla il ricovero nelle Residenze per le misure di sicurezza oltre che dei soggetti per i quali sia stato accertato in via definitiva lo stato di infermità al momento della commissione del fatto, anche dei soggetti per i quali l'infermità di mente sia sopravvenuta durante l'esecuzione della pena, degli imputati sottoposti a misure di sicurezza provvisorie e di tutti coloro per i quali occorra accertare le relative condizioni psichiche, qualora le sezioni degli istituti penitenziari alle quali sono destinati, non siano idonee a garantire i trattamenti terapeutico – riabilitativi. Tale disposizione comporterebbe, in breve tempo, la saturazione delle Rems che diventerebbero il contenitore unico per i “folli rei e per i rei folli”, riproducendo all'infinito la logica manicomiale.

Numerosi sinora gli emendamenti soppressivi o di modifica presentati alla Camera così come molte le istanze di protesta o disaccordo avanzate: dalla Conferenza delle Regioni, alla Commissione Affari Sociali, al Comitato Nazionale di Coordinamento Rems.

Significativo, in tema di misure di sicurezza provvisorie, la risoluzione del Consiglio Superiore della Magistratura come si legge nella delibera consiliare del 19 aprile u.s. “Direttive interpretative ed applicative in materia di superamento degli Ospedali psichiatrici giudiziari (OPG) e di istituzione delle Residenze per l’esecuzione delle misure di sicurezza (REMS), di cui alla legge n. 81 del 2014”.

Rilevando che non vi è un luogo preciso ove effettuare dette misure, il CSM è molto preciso: *“Occorre considerare (..) che la collocazione dei soggetti con misura di sicurezza provvisoria in REMS non è coerente perché in assenza di diagnosi è comunque difficile predisporre un piano terapeutico di cura.”*

A questo si aggiunge la lucida osservazione che *“la carenza di posti e la disomogeneità dei pazienti ricoverati comporta la difficoltà di assicurare risposta ai bisogni specifici di alcune categorie deboli tra i deboli (donne, stranieri senza fissa dimora).”*

Ma il CSM, nel trattare il tema delle misure di sicurezza provvisorie, effettua un’analisi assai critica circa le prassi adottate in passato e che il legislatore ha voluto modificare:

*“Sotto il regno degli ospedali psichiatrici giudiziari, tale istituto era una delle fonti primigenie di ingresso nel sistema delle misure di sicurezza detentive e, non di rado, dava inizio ad un processo di “manicomializzazione” che preludeva ad una forte cronicizzazione, a prolungati ricoveri e ai c.d. “ergastoli bianchi”. L’intervento del legislatore del 2014 si presenta particolarmente chiaro nell’intento di scongiurare simili effetti di cronicizzazione in un orizzonte normativo mutato in punto di trattamento dell’autore di reato non imputabile. In particolare, ciò si evince dalla ricomprensione della misura di sicurezza provvisoria tra quelle da irrogare solo quale extrema ratio. Tale statuizione del legislatore si deve, verosimilmente, alla*

*consapevolezza che la misura di sicurezza provvisoria, irrogata allo stato degli atti e con una conoscenza limitata della storia personale e del profilo di salute dell'imputato, ne determina l'attrazione nel circuito delle misure di sicurezza detentive e quindi nelle REMS che non può presentare le caratteristiche idonee al recupero e alla cura del suo stato psicofisico. Inoltre, il ricovero provvisorio, ex art. 206 c.p., in REMS prelude, in genere, ad una permanenza non breve nella struttura giacchè i sanitari, verosimilmente, devono prendere i primi contatti con l'imputato inviato nella residenza spesso senza poter contare su un piano terapeutico individuale, o su un progetto di cura e recovery, organicamente delineato.”*

Non solo rileva puntualmente le conseguenze dei ricoveri inappropriati e le difficoltà dei sanitari, ma conclude:

*“Infine, i tempi di esecuzione della misura di sicurezza provvisoria (e in particolare il suo protrarsi) saranno certamente influenzati dall'andamento, dalle sorti e dai ritmi del processo, il che può non sempre costituire una variabile positiva per gli sviluppi del disagio o del disturbo mentale dell'interessato. A ciò deve aggiungersi che, come spesso denunciato dai responsabili e dagli operatori delle strutture, il successo dei piani terapeutici dei ricoverati a titolo definitivo richiede un percorso di riabilitazione lento ed equilibrato, in un contesto emotivamente stabile, ordinato ed armonico. L'inserimento, spesso improvviso, di soggetti affetti da disturbi in fase acuta – tale da giustificare la adozione di una misura di sicurezza – in una ristretta comunità di degenti, ha talvolta l'effetto di farne saltare gli equilibri consolidati, così nocendo al progresso del loro cammino terapeutico.”*

Stante quanto sinora esposto, è oramai opinione acclarata e condivisa che quello delle misure di sicurezza provvisorie costituisce un tema emergente nell'organizzazione e nella gestione del sistema Rems.

Ma quali le possibili soluzioni?

Torniamo ai dati del nostro studio, in particolare all'analisi dell'evoluzione giuridica che tali misure hanno subito nel corso della permanenza in Rems, argomento di cui, in generale, si sa poco o nulla stante la mancanza di lavori sistematici o relazioni istituzionali in merito.

Come visto, sia per i pazienti ammessi nel primo (gruppo B) che nel secondo anno (gruppo C) dell'istituzione del Sistema Rems, solo una parte delle misure di sicurezza provvisorie ha acquisito carattere di definitività (27,4% nel primo gruppo, 12% nel secondo) mentre l'esito più frequente è costituito dalla trasformazione in Libertà Vigilata, rispettivamente 41% e 35,7%, dovendo comunque considerare che nel gruppo C, dato l'ingresso dei pazienti più recente, molte situazioni di provvisorietà sono tuttora in corso di valutazione.

Veniamo ora ai tempi di permanenza in Rems dei soggetti dimessi in Libertà Vigilata: una media di 7 mesi per il gruppo B e di 5.4 per il gruppo C. Tempi certo *transitori*, ma sicuramente non sufficienti a fini trattamentali.

Quale significato è possibile conferire a tali dati?

Sicuramente i progetti realizzati di dimissione in Libertà Vigilata sono il frutto di un capillare lavoro di coordinamento e di dialogo fra Magistratura, di sorveglianza o cognizione, Dipartimenti di salute mentale e periti, promosso dall'èquipe Rems, secondo un protocollo stabilito.

Operata una dettagliata raccolta anamnestica ed effettuata la procedura di risk assessment tramite una metodica professionale strutturata, l'èquipe curante provvede a raccordare tutti gli attori, istituzionali e non, coinvolti nella storia del paziente: famiglia, servizi territoriali di competenza (CPS, SerT, Unità Handicap).

UEPE, CTU e CTP. Qualora si ritenga attuabile un progetto trattamentale extramurario, lo stesso viene elaborato e condiviso con il Dipartimento di salute mentale per essere infine proposto alla Magistratura di competenza.

Certamente l'obiettivo non è sempre semplice o lineare da raggiungere, per diversi motivi. Dobbiamo rilevare, a onor del vero, che non sempre l'impossibilità di attivare percorsi territoriali di cura, alternativi alla misura detentiva, è stata dettata dall'indisponibilità o inefficienza dei Dipartimenti di salute mentale coinvolti (spesso, soprattutto in passato, accusati di negligenza nei confronti dei soggetti infermi autori di reato quando già ampiamente gravati dall'assistenza ai pazienti non forensi), bensì dalla discrezionalità con cui parte della Magistratura continua ad applicare il dettato legislativo. Esempio ne sono ordinanze di rigetto di proposte di Libertà Vigilata, avanzate dall'èquipe Rems, motivate dalla tipologia o gravità del reato. E ciò non soltanto in contraddizione con quanto oramai riconosciuto dalla comunità scientifica internazionale (che non considera dirimente nel processo di risk assessment la fattispecie di agito criminoso commesso) ma anche nell'inosservanza della novazione legislativa circa i criteri di accertamento della pericolosità sociale.

Inoltre, spostando, doverosamente, il punto di osservazione, non si può dimenticare quanto questi iter giuridico-burocratici di trasformazione di misure provvisorie siano stati faticosi per molti pazienti che, come giustamente sostiene Corleone, si sono trovati “ nel posto sbagliato”.

Sbagliato perché costretti a condividere tempi e spazi, talora esigui, con soggetti in tutt'altra situazione psico-comportamentale; perché ammessi in Rems senza alcuna valutazione peritale (il 34% nel gruppo B e il 28.5% nel gruppo C) o

privati di accertamento attuale della pericolosità sociale (emblematico il caso di un paziente ricoverato in misura di sicurezza provvisoria a distanza di due anni dalla commissione del reato e dalla valutazione peritale, anni nel frattempo trascorsi al proprio domicilio) o perché addirittura in attesa del primo interrogatorio di garanzia.

Emerge a questo punto, come necessaria e doverosa, la riflessione su quale debba essere la reale finalità di un percorso Rems, posta l'evidente eterogeneità dei bisogni assistenziali, sia in senso sanitario che giuridico, dei pazienti ricoverati.

Come emerso dai dati sinora analizzati la Rems di accoglienza del Sistema di Castiglione ha costituito primariamente, nel corso degli ultimi due anni, un nucleo di osservazione /valutazione forense cui l'onere fondamentale è stato quello, da un lato, di ampliare, integrare e talvolta addirittura vicariare la valutazione peritale e il processo di risk assessment, dall'altro, di raccordare il lavoro della Magistratura con quello dei Dipartimenti di salute mentale, deputando alle altre unità del Sistema Polimodulare l'attuazione dei percorsi trattamentali.

Chi scrive ritiene, tuttavia, che non possa essere questa la principale finalità di strutture quali le Rems che dovrebbero invece rappresentare luoghi altamente specializzati nell'erogare trattamenti forensi di validata efficacia per pazienti, selezionati, che realmente ne possano trarre beneficio.

Il lavoro, assolutamente cruciale, di assessment e valutazione dovrebbe invece essere compiuto "a monte" del sistema Rems, tramite l'articolazione, all'interno dei Dipartimenti di salute mentale, di apposite Unità di psichiatria forense

territoriale, in linea con quanto accade in Paesi di consolidata esperienza forense clinica quali l'Olanda e il Regno Unito.

Tali strutture, nello svolgere il processo di assessment di cui sopra, potrebbero inoltre costituire centri nevralgici di ricerca epidemiologica forense .

Seena Fazel, uno dei maggiori esperti europei del campo, ritiene che l'epidemiologia può avere due importanti funzioni in ambito psichiatrico-giudiziario. In primo luogo, rendendo disponibili informazioni sulla prevalenza di disturbi mentali fra gli autori di reato, l'epidemiologia può contribuire a evidenziare se le risorse per tali soggetti siano adeguate o meno.

In secondo luogo può fornire informazioni sugli esiti e in particolare sui fattori di rischio per esiti avversi, identificazione assai utile per la prevenzione <sup>86</sup>.

Molte indagini in questo campo, commissionate da enti governativi o giudiziari, trovano, difatti, attualmente spazio solo nella letteratura grigia.

Le considerazioni sinora espresse trovano tra l'altro piena risonanza con quanto recentemente ribadito dalla Società Italiana di Psichiatria (SIP) tramite le parole del Prof. Mencacci:

*“Innanzitutto occorre migliorare l'utilizzo sanitario delle Rems, considerandole fase di un percorso di cura, condiviso con i servizi territoriali delle Asl .Si potrebbe prevedere, ad esempio, che vengano nominati periti con un adeguato collegamento con il Sistema sanitario; oppure istituire dei servizi di Psichiatria forense presso i Dipartimenti di salute mentale delle Asl per interfacciarsi col sistema della giustizia. In più, va potenziata e differenziata l'offerta di cura e riabilitazione psichiatrica all'interno degli istituti di pena, prevedendo lì la permanenza dei soggetti che necessitano di un periodo di custodia e cura prima*



*del percorso sanitario nelle Rems o sul territorio, con possibilità di ritorno in carcere in caso d'inosservanza delle regole da parte del paziente. O ancora, prevedere l'organizzazione di qualche residenza per le misure di sicurezza ad alta intensità terapeutico-riabilitativa per persone con elevato rischio di violenza che necessitano di programmi di trattamento specifici e di personale appositamente formato”.*

Oltre all'utilizzo delle Rems qui sinora discusso, il Prof. Mencacci solleva un'altra questione di cruciale importanza, ossia quale debba essere, all'interno della nuova cornice legislativa, la funzione peritale collegata, inevitabilmente, all'accertamento della pericolosità sociale.

Veniamo quindi ai dati del nostro lavoro.

L'applicazione di una metodica professionale strutturata, la HCR-20, al fine di valutare il rischio di recidiva violenta nella popolazione in esame, ha consentito di individuare, per ciascun soggetto, un punteggio medio ponderato con conseguente attribuzione ad una classe di rischio. Ciò che, a nostro parere, deve fare assolutamente riflettere è il fatto che alla maggior parte dei pazienti internati in OPG (gruppo A) è stata attribuita una classe di rischio media mentre, tra i soggetti ricoverati in Rems, (gruppi B e C) a prevalere è la classe di rischio più bassa.

Interpretando, anche grossolanamente, tali risultati, potremmo concludere che, paradossalmente, i pazienti ammessi nel sistema Rems sono di fatto a minor rischio di recidiva rispetto ai soggetti precedentemente internati in OPG.

A conferma di questo il fatto che nessuno dei pazienti afferenti ai gruppi B e C, dimessi in regime di Libertà Vigilata, ha fatto rientro per recidiva di reato, ciò confermando la buona capacità predittiva fornita dalla HCR-20.

Tornando al nostro obiettivo di studio potremmo pertanto, in estrema sintesi, concludere che il paziente entrato in OPG è generalmente un soggetto in misura di sicurezza definitiva, appartenente ad una classe media di rischio di recidiva.

Viceversa, al paziente ammesso nel sistema Rems, non dissimile per assetto diagnostico e tipologia di reato ascritto, ma con comorbidità più frequente per abuso di sostanze, è applicata, nella maggior parte dei casi, una misura di sicurezza provvisoria ed attribuito un indice più basso di rischio di recidiva.

Innanzitutto merita una breve riflessione il problema delle sostanze . La maggior frequenza osservata, nei gruppi B e C , di condotte di abuso, sia per quanto riguarda le sostanze stupefacenti che l'alcol, ne indica, presumibilmente, un ingravescente ruolo criminogenetico e criminodinamico. Un ampio studio su pazienti autori di reato ha ad esempio rilevato che l'uso di sostanze aumenta del 50% il rischio di recidiva violenta<sup>87</sup>.

Secondo molti autori <sup>88</sup> il trattamento per i disturbi da abuso di sostanze dovrebbe diventare una priorità clinica nella psichiatria forense, in particolare nei casi di poliabuso.

E' infatti interessante considerare che il ricovero a lungo termine imposto ai pazienti forensi, offre l'opportunità di affrontare il problema della tossicodipendenza in ambiente sicuro, con lunghe fasi di astinenza forzata e possibilità di collaborazione tra gli stessi servizi forensi e quelli territoriali deputati al trattamento delle dipendenze.

Torniamo ora al “profilo” del paziente Rems.

Possiamo rinunciare a sterili e troppo facili polemiche circa la modalità di applicazione della *extrema ratio* legislativa così come tralasciare l'osservazione che se, a rigor di legge, avessimo escluso dalla scala i fattori R, ossia quelli legati alla cosiddetta pericolosità situazionale, i punteggi ottenuti sarebbero stati ancora più bassi .

Ci sia concessa però un'ultima riflessione.

Siamo consapevoli che a tutt'oggi la forma più comune di valutazione del rischio di violenza è ancora il giudizio espresso da un medico. Tuttavia, “questa modalità è priva di trasparenza, è vulnerabile ai limiti cognitivi e si basa sull'esperienza del professionista. Le valutazioni standardizzate, basate su un elenco di fattori di rischio identificati hanno reso la valutazione del rischio di violenza più obiettivo, affidabile e probabilmente più accurata”<sup>89</sup>

Tuttavia, nonostante i loro vantaggi rispetto al solo giudizio clinico l'utilizzo di strumenti di valutazione è tutt'altro che libero da controversie etiche o scientifiche, oggi ampiamente discusse nella letteratura forense. Le preoccupazioni scientifiche riguardano la forza della separazione statistica dei gruppi ad alto e basso rischio, l'eccessivo affidamento su misure di discriminazione (quali l'area sotto la curva ) piuttosto che le misure di previsione (come Valore predittivo positivo) , l'applicabilità degli strumenti a gruppi diversi e la misura in cui i dati relativi al rischio aggregato si applicano agli individui. Inoltre, i dati esistenti suggeriscono che la maggior parte degli strumenti di valutazione del rischio abbia talora scarsa accuratezza <sup>90</sup>. In genere, più della metà degli individui giudicati dagli strumenti come ad alto rischio sono classificati in

modo errato: tali soggetti non continueranno ad offendere e rischiano pertanto di essere detenuti inutilmente.

Si è osservato, ad esempio che i falsi positivi possono essere particolarmente comuni nei gruppi etnici minoritari ed in altre popolazioni specifiche<sup>91</sup>.

Le tariffe dei falsi negativi sono generalmente molto inferiori anche se, in casi tipici, circa il 9% di quelli classificati come basso rischio continuerà ad offendere.

Questi individui possono quindi essere dimessi troppo presto, comportando un rischio eccessivo sia per sé stessi che per la collettività.

Tuttavia, la prevalenza degli errori di previsione non pregiudica completamente la logica per l'utilizzo degli strumenti di valutazione del rischio. Per equilibrare il

rischio per la collettività contro gli interessi dell'individuo, è necessario comunque un metodo di valutazione e gli strumenti standardizzati, anche se limitati

nell'accuratezza, possono essere l'opzione migliore disponibile. Inoltre- sostiene

Fazel – *“per ridurre la possibilità di una detenzione inadeguata o eccessiva, le limitazioni degli strumenti di valutazione dei rischi devono essere ben compresi e considerati nel loro valore sia clinico che giudiziario”<sup>92</sup>*

In assenza di questo consapevole percorso esistono, difatti due rischi che, a parere di chi scrive, perfettamente si attagliano al dibattito attualmente in corso

nel nostro Paese *“Da un lato, i professionisti della salute mentale possono continuare ad impiegare variabili che comportano una discriminazione o una*

*stigmatizzazione inutili. Dall'altro lato, data la crescente preoccupazione per quanto riguarda l'uso di tali variabili, i professionisti o i responsabili politici*

*possono rimuoverli prematuramente dagli strumenti di valutazione dei rischi.*

*Prima che le variabili vengano rimosse in quanto potenzialmente controverse,*

*una ricerca di alta qualità che utilizza metodi trasparenti dovrebbe esaminare se i fattori inclusi negli attuali strumenti ne aumentino o meno la validità prestazionale”<sup>93</sup>.*

Per quanto concerne invece il profilo etico, la critica alle metodiche di risk assessment si è concentrata sulla possibilità che i professionisti della salute mentale, nell'implementazione di strumenti di valutazione del rischio, non possano rispettare i propri obblighi professionali nei confronti dei loro pazienti<sup>94</sup>.

Buchanan e Grounds affermano che "non è opportuno applicare scale di valutazione del rischio ad un paziente infermo a meno che, sulla base di tale valutazione, non venga proposto un intervento psichiatrico a suo favore o un altro beneficio"<sup>95</sup>. Allo stesso modo, Mullen sostiene che "le valutazioni di risk assessment debbono essere la preoccupazione propria dei professionisti della sanità, nella misura in cui avviano interventi correttivi che beneficino direttamente, o indirettamente, la persona valutata"<sup>96</sup>.

Ed è proprio su questa linea, assolutamente condivisibile, che la nostra pratica clinica si muove.

Come i risultati del nostro studio hanno dimostrato, la possibilità di utilizzare metodiche standardizzate di risk assessment ci ha permesso non soltanto di individuare i fattori di rischio su cui implementare il necessario percorso trattamentale (aspetto clinico) ma anche di corroborare le nostre valutazioni in sede di proposta di attenuazione della misura di sicurezza alla magistratura competente (aspetto giuridico).

Concludiamo le nostre riflessioni circa il ruolo della psichiatria forense con quanto espresso da Buchanan<sup>97</sup>:

“I modi in cui gli psichiatri forensi contribuiscono alle aspettative del pubblico e alle funzioni legali delle organizzazioni sanitarie sono vincolati dai principi etici e gli obiettivi di un servizio psichiatrico forense devono essere coerenti con questi principi. Anche se può contribuire in modo significativo alla tutela della collettività in singoli casi, la prevenzione della criminalità non può essere il suo scopo primario. In un clima sociale che pone sempre maggiore enfasi sulla gestione del rischio, la pressione per farlo è sostanziale. Il futuro stato della psichiatria forense dipenderà non solo dall'utilità pratica delle sue risposte alle opportunità e alle sfide presentate dai recenti sviluppi politici, ma anche dall'integrità etica di tali risposte...[...].Non possiamo dimenticare che gli imperativi clinici della psichiatria forense sono uguali a quelli dei servizi generali. La natura dei problemi dei loro pazienti conferisce ai clinici forensi un'esperienza particolare dei conflitti che sorgono dal dover fornire, contemporaneamente, assistenza ai malati e protezione agli altri, nonché dati utili alla ricerca. La configurazione dei servizi forensi significa che, se questa esperienza dovrà essere utilizzata nella gestione del rischio in ambienti extramurari, sarà in gran parte attraverso la collaborazione, non la sostituzione, di servizi psichiatrici generali. L'aumento della collaborazione tra servizi generali e servizi forensi non può che beneficiare la gestione a lungo termine dei pazienti forensi”.

## **]BIBLIOGRAFIA**

1. Gli episodi che diedero origine all' *Insane Offender's Act* sono riportati da Nicolson D., *The Morbid Psychology of Criminals*, in *Journal of Mental Science*, vol. XXIII, 1877.
2. Di Lombroso C. cfr. *Genio e follia*, Milano, Hoepli, 1877; *Le più recenti scoperte ed applicazioni della psichiatria ed antropologia criminale*, Torino, Fratelli Bocca, 1893, e l'Archivio digitale "Cesare Lombroso", Biblioteca del Dipartimento di Neuroscienze L Bergamini, Università degli Studi di Torino, in: [http://www.unito.it/unitoWAR/page/biblioteche4/B066/B066\\_Lombroso](http://www.unito.it/unitoWAR/page/biblioteche4/B066/B066_Lombroso)
3. Lombroso C., *Sull'istituzione dei manicomi criminali in Italia*, in *Rendiconti del Regio Istituto Lombardo di scienze, lettere e arti*, 1872, vol. 5, 72 ss.
4. Tamburini A., *I manicomi criminali*, in *Rivista di discipline carcerarie*, 1873, 35 ss
5. Saporito F., *Su gl'incorreggibili e il loro governo razionale: nota di psicologiacriminale*, Aversa, 1908, 362.

6.Lombroso C., *L'uomo delinquente in rapporto all'antropologia, alla giurisprudenza ed alla psichiatria*, Milano, Bompiani, 1897, parte undicesima, vol. II, § 3.

7. Ferri E., *Sociologia criminale*, Torino, Fratelli Bocca, 1900, 718 ss.

8.Foucault M., *Il manicomio illimitato*, in Bertani M., Rovatti A., *Follia e psichiatria*, Milano, Giuffrè, 1994, 150.

9.Cfr. art. 469 e ss., del Regio Decreto 1° febbraio 1891, n. 260, Regolamento Generale degli Stabilimenti Carcerari e dei Riformatori Governativi

10.Durante Mangoni E., Ferrari M., *L'evoluzione della legislazione psichiatrica*, Padova, Piccin, 1983, 54 ss.

11.Lombroso C., *La cattiva organizzazione della polizia ed i sistemi carcerari*, 1900, in *Il momento attuale*, Milano, Ed. Moderna, 1903, 94 ss.

12. Fornari U., *Trattato di Psichiatria Forense*, UTET, 2010

13.Romani C.A., Saurgnani I., *L'ospedale psichiatrico giudiziario oggi, tra ideologie e prassi*, in *Rassegna italiana di criminologia*, vol. 12, 2001, 500.

14. Carbone E., *Habeas corpus e sofferenza psichica: riflessioni di un giudice tutelare*, in *Dir. famiglia*, 2005, 2, 611 ss, § 2.



15.Cfr. Rabaglitti G., *Manicomi*, in *Novissimo Digesto*, vol. X, Torino, Utet, 1957, 177.

16. Cfr. Andreoli V., *Un secolo di follia*, Milano, Rizzoli, 1991, 49 ss.

17.Lavori preparatori del codice penale e di procedura penale, in Vassalli G., *Codice penale*, in *Enc. del dir.*, vol. III, Milano, 1960, 271.

18. Cfr. Vecchietti A.M., *Salute mentale e riforma sanitaria*, Milano, Giuffrè, 1983, 25 ss.

19.Daga L., *Ospedali psichiatrici giudiziari, sistema penale e sistema penitenziario*, in *Rassegna Penitenziaria e Criminologica*, n. 1, 1985, 11.

20. F. Della Casa, *Basta con gli Opg! La rimozione di un "fossile vivente" quale primo passo di un arduo percorso riformatore*, in *Rivista Italiana di Diritto e Procedura Penale*, 2013, n. 1, p. 67.

21.In questo senso, G. L. Gatta, *La riforma degli ospedali psichiatrici giudiziari*, in [http://www.treccani.it/enciclopedia/la-riforma-degli-ospedali-psichiatrici-giudiziari\\_\(Il-Libro dell'anno-del-Diritto\)/](http://www.treccani.it/enciclopedia/la-riforma-degli-ospedali-psichiatrici-giudiziari_(Il-Libro_dell'anno-del-Diritto)/), 2013, paragrafo 1.2 .

22. Su tale disposizione v. anche E. Zanalda - C. Mencacci, *Percorso di superamento degli Ospedali psichiatrici giudiziari in Italia. L'impatto sui*

*dipartimenti di salute mentale. L'opinione della società italiana di psichiatria*, in *Rassegna penitenziaria e criminologica*, 2013, n. 1, p. 36.

23. Critica invece l'insufficienza dei fondi stanziati M. Pelissero, *Il definitivo superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari nel tempo della crisi*, in *Diritto Penale e Processo*, 2012, n. 2, p.1025.

24. Cfr. Osservatorio Carcere dell' unione delle camere penali, *La svolta epocale nella disciplina delle misure di sicurezza*, in [www.conams.it](http://www.conams.it), 2014.

25.N Mazzamuto, *Intervento convegno SEAC*, in <http://www.conams.it/wpcontent/uploads/2014/09/Intervento-OPG.pdf> .

26. F. Schiaffo, *La riforma continua del “definitivo superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari”*: la tormentata vicenda legislativa dell'art.3-ter del d.l. n.211/2011, in *Critica del Diritto*, 2013, n. 1, p. 47.

27.A. Calcaterra, *La riforma delle misure di sicurezza e il necessario ripensamento del percorso di cura*, in *Questione di Giustizia*, 2015, n. 2, p. 80;  
OSSERVATORIO CARCERE DELL'UNIONE DELLE CAMERE PENALI, *La svolta epocale nella disciplina delle misure di sicurezza*, in [www.conams.it](http://www.conams.it), 2014, p. 2.

28. Cfr. P. Di Nicola, *La chiusura degli Opg: un'occasione mancata*, in [www.dirittopenalecontemporaneo.it](http://www.dirittopenalecontemporaneo.it), 13 marzo 2015, p. 7.
29. A. Pugiotto, *Dalla chiusura degli Ospedali psichiatrici giudiziari alla(possibile) eclissi della pena manicomiale*, in <http://www.costituzionalismo.it/articoli/515/>, 2015, n.2, paragrafo 12.
30. Cfr. M. Pelissero, *Ospedali psichiatrici giudiziari in proroga e prove maldestre di riforma della disciplina delle misure di sicurezza*, in *Diritto Penale e Processo*, 2014, n. 8, p. 926; sulle garanzie che secondo la Corte Edu debbano assistere le misure di sicurezza detentive v. M. Pelissero, *Quale futuro per le misure di sicurezza?*, in *Rivista Italiana Diritto e procedura penale*, 2013, n. 3, pp. 1281-1282.
31. F. Fiorentin, *La riforma sceglie tre linee guida fondamentali per coniugare salute del reo e libertà personali*, in *Guida al Diritto*, 2014, n. 26, p. 21.
32. D. Piccione, *Libertà dall'ospedale psichiatrico in dimissione e rischi di regressione istituzionale*, in *Rivista AIC*, 2014, n. 4. p. 6.
33. F. Fiorentin, *Al vaglio di costituzionalità i parametri di accertamento della pericolosità sociale dei mentally ill offenders*, in *Archivio Penale*, 2014, n. 3, p. 4.

34. G. L. Gatta, *Aprite le porte agli internati! Un ulteriore passo verso il superamento degli OPG e una svolta epocale nella disciplina delle misure di sicurezza detentive: stabilito un termine di durata massima* (applicabile anche alle misure in corso, a noi pare), in [www.penalecontemporaneo.it](http://www.penalecontemporaneo.it), 6 giugno 2014.

35. A. Manna, *La lunga e accidentata marcia verso l'abolizione degli ospedali psichiatrici giudiziari*, in *Antigone*, 2014, n. 1, pp. 19-20;

36. F. Fiorentin, *La riforma sceglie tre linee guida fondamentali per coniugare salute del reo e libertà personali*, in *Guida al Diritto*, giugno 2014, n. 26, p. 22.

37. Foucault M., *Il potere psichiatrico*, Corso al College de France (1973-1974). Milano, Feltrinelli, 2004

38. Giurì D. *Infermità psichica e presunzione di pericolosità nel giudizio della Corte Costituzionale*, nota a C. Cost 249/1983 in *Riv. It. Dir. Proc. Pen.*, 1984

39. Luzzago A., Beduschi G., *Dal manicomio giudiziario all'OPG: un problema insoluto*, in *Rass. Di Criminol.*, 1987

40. Vassalli G., *L'abolizione della pericolosità presunta degli infermi di mente attraverso la cruna dell' ago*, in *Giur. Cost.*, 1982

41 Russo G., *Infermità di mente e pericolosità sociale*, in Riv. It. Med. Leg., 1987

42 Fornari L., *Misure di sicurezza e doppio binario: un declino inarrestabile?* in Riv. Dir. Proc Pen.,1993.

43 Giannini I., *La pericolosità sociale degli infermi di mente e il suo accertamento*, [http: www.crimine.info](http://www.crimine.info), 2000

44. Merzagora Betsos I. in *Percorsi clinici e discipline forensi*, Centro Scientifico Editore, 2005

45.Cfr. M. Pelissero, *Il definitivo superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari nel tempo della crisi*, in Diritto Penale e Processo, 2012, n. 2, p. 1019;  
M. Pelissero, *Ospedali psichiatrici giudiziari in proroga e prove maldestre di riforma della disciplina delle misure di sicurezza*, in Diritto Penale e Processo, 2014, n. 8, p. 921.

46. M. Pelissero, *Pericolosità sociale e doppio binario. Vecchi e nuovi modelli di incapacitazione*, Torino, G. Giappichelli Editore, 2008, p 139.

47. Cfr. p. 16 della sentenza; R. Bianchetti, *Sollevata questione di legittimità costituzionale in merito ai nuovi criteri di accertamento della pericolosità sociale del seminfermo di mente*, in [www.dirittopenalecontemporaneo.it](http://www.dirittopenalecontemporaneo.it), 14

novembre 2014, p. 8; F. Fiorentin, *Al vaglio di costituzionalità i parametri di accertamento della pericolosità sociale dei mentally ill offenders*, in *Archivio Penale*, 2014, n. 3, p. 7.

48. A titolo di esempio, M. Pelissero, *Ospedali psichiatrici giudiziari in proroga e prove maldestre di riforma della disciplina delle misure di sicurezza*, in *Diritto Penale e Processo*, 2014.

49. American Psychiatric Association, Task Force Report Number 8: *Clinical Aspects of the Violent Individual*, Washington DC, American Psychiatric Association, 1974.

50. Douglas K.S., Skeem J.L., *Violence Risk Assessment. Getting specific about being dynamic*, *Psychol Public Pol L*, 11,3,347, 2005.

51. Steadman H.J., Cocozza J., *Careers of the criminally insane: Excessive social control of deviance*, Lexington Books, Lexington, MA, 1974.

52. Skeem J., et al., *Gender and Risk Assessment Accuracy : Underestimating Women's Violence Potential*, *Law Human Behav*,29, 173, 2005.

53. Putkonen H., et al., *Risk of repeat offending among violent female offenders with psychotic and personality disorders*, *Am J Psychiat*, 160, 5, 2003.

54. Quinsey V., Maguire A., *Maximum security psychiatric patients: actuarial and clinical prediction of dangerousness*, J Interpersonal Violence, 1, 143, 1986
55. Mulvey E. P., Lidz C.W., *Clinical prediction of violence as a conditional judgment*, Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol, 33, 107, 1998.
56. Grove W.M., Meehl P.E., *Comparative efficiency of informal (subjective, impressionistic) and formal (mechanical, algorithmic) prediction procedures: The clinical-statistical controversy*, Psych Pub Pol Law, 2, 293, 1996.
57. Monahan J., *The prediction of violent behaviour: toward a second generation of theory and policy*, Am J Psychiat, 141, 10, 1984.
58. Giulini P., *Le problematiche dell'osservazione scientifica della personalità: l'operatore penitenziario tra aspettative deluse e nuove prassi trattamentali. Incontro di studi organizzato dal C.S.M., Roma, 7-8 febbraio 2008.*
59. Quinsey V.L. et al., *Violent offenders: Appraising and managing risk*, American Psychological Association, Washington, D.C., 1998.
60. Quinsey V.L. et al., *Violent offenders: Appraising and Managing Risk*, 2nd ed. Washington, DC, American Psychological Association, 2006.

61. Hare R., *The Hare psychopathy checklist-revised: Manual*, Multi-Health Systems, Tonawanda, NY, 1991.
62. Hart S.D., Michie C., Cooke D.J., *Precision of actuarial risk assessment instruments: Evaluating the 'margins of error' of group v. individual predictions of violence*. *Brit J Psychiatr*, 49, s60, 2007.
63. Monahan J. et al., *An actuarial model of violence risk assessment for persons with mental disorders*, *Psyc Serv* 56, 810, 2005.
64. Webster C. et al., *Violence risk assessment: using structured clinical guidelines professionally*, *Int J Ment Health*, 1, 185, 2002.
65. Webster C. et al., *Manual for the HCR-20: Assessing risk for violence*, Burnaby, Mental Health Law and Policy Institute, Simon Fraser University, British Columbia, 1997.
66. Monahan J. et al., *The classification of violence risk*, *Behav Sci Law*, 24, 721, 2006.
67. Higgins N. et al., *Assessing violence risk in general adult psychiatry*, *Psychiatr Bull*, 29, 131, 2005.



68. Guy P. et al., *Performance indicators of the structured professional judgment approach for assessing risk for violence to others: a meta-analytic survey*, Unpublished doctoral dissertation, Simon Fraser University, Burnaby, BC, 2008.

69. Singh J. P. et al., *A comparative study of violence risk assessment tools: a systematic review and meta-regression analysis of 8 studies involving 25980 participants*, Clin Psychol Rev, 31, 499, 2011.

70. Gray T.L. et al., *Predicting violence using structured professional judgment, in patients with different mental and behavioural disorders*, Psychiatr Res, 187, 1, 248, 2011.

71. Mc Demmott B.E. et al., *The accuracy of risk assessment instruments in the prediction of impulsive versus predatory aggression*, Behav Sci Law, 26, 759, 2008.

72. Doyle M, Carter S., Shaw J., *Predicting community violence from patient discharged from acute mental health units in England*, Soc. Psychiatr Epidemiol, 47,627, 2012

73. Skeem J., Monahan J., *Current directions in violence risk assessment*, Curr Dir Psychol Sci 20, 38, 2011

74. American Psychiatric Association, *Practice guideline for the treatment of patients with schizophrenia, second edition*, Am J Psychiat, 161, 1, 2004;75

75 Wright P., & Webster C.D., *Implementing structured professional judgment risk assessment schemes: An example of institutional change*, The International Journal of Forensic Mental Health, 2011, 10(1):1-11

76. Belfrage H., *Implementing the HCR-20 scheme for risk assessment in a forensic psychiatric hospital: Integrating research and clinical practice*, Journal of Forensic Psychiatry, 1998, 9(2):328-338

77. Cawood J.S., & Corcoran M.H., (2009). *Violence assessment and intervention: The practitioner's handbook*-2nd edition. CRC Press

78. Thamakosit W., *Validity of the HCR-20: Violence Risk Assessment Scheme (Thai version)*, Journal of Mental Health of Thailand, 2007, 15(2)

79 Fujii D.E.M., Tokioka A.B., Lichten A.I., & Hishinuma E., *Ethnic differences in prediction of violence risk with the HRC-20 among psychiatric inpatients*, Psychiatric Services, 2005, 56(6)

80. Stadtland C., & Nedopil N., *Psychiatric disorders and the prognosis for criminal recidivism*, Der Nervenarzt, 2005, 76(11):1402-1411

81. Tengström A., *Long-term predictive validity of historical factors in two risk assessment instruments in a group of violent offenders with schizophrenia*, Nordic Journal of Psychiatry, 2001, 55(4):243-249

82. Gray N.S., Taylor J., & Snowden R.J., *Predicting violent reconvictions using the HCR-20*, The British Journal of Psychiatry, 2008, 192 (5):384-387

83. Dolan M., & Khawaja A., *The HCR-20 and post-discharge outcome in male patients discharged from medium security in the UK*, Aggressive Behavior, 2004, 30(6): 469-483

84. Guy L.S., Douglas K.S., & Hendry M.C., *The role of psychopathic personality disorder in violence risk assessments using the HCR-20*, Journal of Personality Disorders, 2010, 24(5):551-580

85. Daffern M., & Howells K., *The prediction of imminent aggression and self-harm in personality disordered patients of a high security hospital using the HCR-20 Clinical Scale and the Dynamic Appraisal of Situational Aggression*, The International Journal of Forensic Mental Health, 2007, 6(2):137-143

86 Fazel et al., *Risk assessment tool in criminal justice and forensic psychiatry. The need for better data*, Eur Psychiatry, 2017;42:134-137

87. Grann et al., *The association between psychiatric diagnosis and violent re-offending in adult offenders in the community*, BMC Psychiatry, 2008; 8:92

88. Pickard et al., *Substance abuse as a risk factor for violence in mental illness: some implications for forensic psychiatric practice and clinical ethics*, Curr Opin Psychiatry, 2013; 26(4): 349-54

89. Large et al., *The limitations and future of violence risk assessment*, World Psychiatry, 2017 Feb; 16(1): 25–26.

90. Shepherd S.M., *Violence risk instruments may be culturally unsafe for use with indigenous patients*, Australas Psychiatry. 2016; 24:5

91. Shepherd S.M., Lewis-Fernandez R. , *Forensic risk assessment and cultural diversity – contemporary challenges and future directions*, Psychol Public Policy Law. 2016;22:427–438.65–567.

92. Fazel S., Singh J.P., Doll H., Grann M. *Use of risk assessment instruments to predict violence and antisocial behaviour in 73 samples involving 24 827 people: systematic review and meta-analysis*. *BMJ*. 2012;345:e 4692

93. Monahan J., Skeem J.L. *Risk assessment in criminal sentencing*. *Annu Rev Clin Psychol*. 2016;12:489–513

94. Eastman N., Adshead G., Fox S., Latham R., Whyte S. *Forensic psychiatry*. Oxford University Press; 2012. Professional duties and personal integrity and conflicting ethical values

95 –97. Buchanan A., Grounds A. *Forensic psychiatry and public protection*. *Br J Psychiatry*. 2011;198(6):420–423.

96. Mullen P.E. *Forensic mental health*. *Br J Psychiatry*. 2000;176(4):307–311

## **SITOGRAFIA:**

[Dagli Opg alle nuove Residenze per i sofferenti psichici autori di reato ...](#)

[www.ristretti.it/commenti/2016/settembre/pdf3/tesi\\_zuppa.pdf](http://www.ristretti.it/commenti/2016/settembre/pdf3/tesi_zuppa.pdf)

[Rischio di Violenza e Pericolosità Sociale: quali influenze ...](#)

[www.antonioacasella.eu/archipsy/Pomilla\\_phd\\_2012.pdf](http://www.antonioacasella.eu/archipsy/Pomilla_phd_2012.pdf)

[Università degli Studi di Padova Dipartimento di Diritto Pubblico ...](#)

[paduaresearch.cab.unipd.it/5378/1/Bassiri\\_Gharb\\_Roshanak\\_tesi](http://paduaresearch.cab.unipd.it/5378/1/Bassiri_Gharb_Roshanak_tesi)

[https://www.ristretti.it/commenti/2015/gennaio/pdf7/tesi\\_forcellini.pdf](https://www.ristretti.it/commenti/2015/gennaio/pdf7/tesi_forcellini.pdf)

