

L'evoluzione dell'istituzione manicomiale giudiziaria in Italia tra paradigmi psichiatrici e giuspenalistici.

Luci ed ombre all'esito dell'importante riforma del 2012

L'évolution des établissements pénitentiaires psychiatriques en Italie entre deux paradigmes : le paradigme psychiatrique et celui du droit pénal.

Aspects positifs et négatifs de l'importante réforme de 2012

The evolution of psychiatric prisons in Italy between two paradigms: the psychiatric and the criminal law.

Positive and negative aspects of the major reform in 2012

*Stefano D'Auria**

Riassunto

Sin dall'epoca classica c'è stata l'esigenza di riservare a coloro che commettevano reati a causa di patologie e problemi mentali un trattamento differente - perché non responsabili dei loro atti - rispetto ai criminali "normali". Parimenti era avvertita la necessità di tutelare la società da questi soggetti, potenzialmente molto pericolosi. Per tali ragioni, in Italia, alla fine dell'Ottocento, con un certo ritardo rispetto ad altri Paesi, sono stati istituiti i manicomi criminali. La creazione e lo sviluppo di questi istituti è avvenuto adottando modelli e paradigmi provenienti dalla scienza psichiatrica e da quella giuridica. Nel 2012, con la storica Legge 9/2012, gli istituti manicomiali giudiziari sono stati abrogati. Hanno avuto circa 150 anni di vita nel corso dei quali sono stati accompagnati da intensi e continui dibattiti inerenti la loro necessità e la loro organizzazione. Attualmente, nonostante il superamento di queste strutture, i dibattiti e le polemiche sui motivi che hanno indotto alla loro istituzione non si sono placati.

Résumé

Depuis l'époque classique, on a estimé qu'il était nécessaire de traiter différemment des criminels « normaux », les auteurs de crimes souffrant de pathologies et de problèmes mentaux, car jugés non responsables de leurs actes. De même, on a ressenti le besoin de protéger la société contre ces personnes, potentiellement très dangereuses. C'est pourquoi, en Italie à la fin du XIXe siècle, avec un certain retard par rapport à d'autres pays, les établissements pénitentiaires psychiatriques ont été institués. Pour ce faire, des modèles et des paradigmes provenant des sciences psychiatriques et juridiques ont été adoptés. En 2012, grâce à la nouvelle loi n°9, les établissements pénitentiaires psychiatriques ont été abolis et fermés. Ils ont eu à peu près 150 ans de service opérationnel allant de pair avec un débat continu sur le sens de leur existence et de leur structure organisationnelle.

Aujourd'hui, malgré leur fermeture, le flux de critiques continue.

Abstract

As regards "normal" criminals, since classical age there has been a need to provide different treatment to people who committed crimes because of their pathologies and mental problems. This is because insane criminals were not considered responsible for their behaviours. Likewise there was a need to protect society from these people potentially highly dangerous. For these reasons, in Italy at the end of the nineteenth century, with some delay behind some other countries, psychiatric prisons were set up. This was done by adopting models and paradigms coming from the psychiatric and legal sciences.

In 2012, according to the major Law n°9, psychiatric prisons were abolished and closed down. They had operated for about 150 years during which their existence and organisation structure were constantly the target of extensive and continuous discussions. Nowadays, despite their closure, their criticism carries on.

Key words: psychiatric prison; psychiatry; imputability.

* Avvocato (Foro di Cassino), è specializzato in "Scienze forensi, Criminologia, Investigazione, Security, Intelligence".

1. Introduzione.

L'istituzione manicomiale giudiziaria ha avuto, in Italia, circa 150 anni di vita. Le problematiche alla base dell'esigenza sociale di strutture di tal tipo erano state percepite già in epoca classica. Circa duemila anni fa (non si esclude a priori la possibilità di "tracce" antecedenti), infatti, i giuristi del tempo erano consapevoli che i malati di mente autori di reati dovevano ricevere un "trattamento" differente dai rei che godevano di salute ed equilibrio psichico. Accanto al problema inerente la "gestione" dei c.d. folli rei – coloro che avevano commesso atti penalmente rilevanti in stato di malattia o alterazione mentale – vi era quello dei c.d. rei folli: i condannati che, nel corso dell'esecuzione della pena, sviluppavano una condizione di patologia psichica.

I primi embrioni dei manicomi giudiziari hanno avuto origine, in Italia, nella seconda metà dell'Ottocento con notevole ritardo rispetto ad altri Paesi – in particolare nei confronti dell'Inghilterra che ha istituito le prime sezioni di custodia per i folli rei quasi con un secolo di anticipo¹. Esistono tre denominazioni, utilizzate in periodi e contesti storici differenti, che si riferiscono alla stessa struttura: con "manicomio criminale" si intende l'istituzione ideata ed elaborata dai criminologi positivisti nel corso del XIX secolo, con "manicomio giudiziario" ci si riferisce, invece, a quelle istituzioni che si sono diffuse nel periodo successivo all'apertura della prima "Sezione per maniaci" ad Aversa (1876) e, infine, con "ospedale psichiatrico giudiziario" (O.P.G.) si indicano i medesimi istituti dopo il 1975, anno di entrata in vigore dell'ordinamento penitenziario.

¹ In Inghilterra, nel corso del XVIII, era balzato agli onori della cronaca il problema degli attentati ad alte personalità politiche e dello Stato (re Giorgio III ha subito, nel 1786 e nel 1790, due attentati da parte di due persone ritenute folli) e, di conseguenza, la questione di predisporre forme di custodia per i prosciolti considerati *guilty but insane*.

Nella fase iniziale e di sviluppo delle strutture manicomiali giudiziarie, i paradigmi di riferimento provenivano sia dalla scienza psichiatrica che da quella giuridica, in particolare da quella penalistica. La disputa sull'adozione di un modello rispetto ad un altro ha accompagnato tutta la "vita" delle strutture *de quibus* ed, ancora oggi, nonostante la declamata fine degli O.P.G., la discussione è ancora viva, soprattutto quando si verificano casi di cronaca che paiono animare e far prendere forma a vecchie controversie.

2. Le origini e il dibattito sul manicomio criminale nel XIX secolo.

Punire un soggetto che non è nelle condizioni di comprendere o governare le proprie azioni per anomalie attinenti il funzionamento mentale è sempre stato motivo di grave imbarazzo - oltre a creare problematiche conseguenti come la difficoltà di conoscere lo stato mentale dell'autore al momento in cui è stato commesso il reato, la necessità di evitare che il fatto si potesse ripetere, ecc.

Il codice penale napoleonico (1810) escludeva l'imputabilità nei casi di "demenza", termine con il quale ci si riferiva in senso lato alla malattia mentale, ponendo il problema dell'intervallo lucido della "mania ragionante" e considerando l'ipotesi di una diminuzione di libertà e consapevolezza nell'autore di reato in assenza di una totale compromissione. Dell'impostazione napoleonica ne hanno indubbiamente risentito – anche se con modalità non omogenea – i codici degli Stati preunitari nella prima metà dell'Ottocento e quelli vigenti nel Regno di Sardegna, in Toscana e nel Regno delle Due Sicilie sino all'emanazione del Codice Zanardelli (1889). I manicomi criminali hanno fatto la loro apparizione nel dibattito politico-penale italiano a

partire dagli anni Settanta dell'Ottocento – l'esigenza di adottare questi nuovi istituti era sostenuta *in primis* dagli esponenti della Scuola Positiva. Il manicomio criminale rappresentava un "asilo speciale", una buona soluzione al neo-problema costituito dalla gestione della pericolosità dei folli rei e dei rei folli – un istituto prodotto dall'incontro di due discipline ritenute fondamentali in quegli anni per il progresso e per il miglioramento delle condizioni di vita dell'uomo: il diritto penale e la psichiatria.

Diritto penale e psichiatria, modernamente intesi, così come la democrazia, possono essere considerati figli delle grandi rivoluzioni borghesi di fine Settecento – tutte e tre, peraltro, condividevano un fondamentale oggetto di studio: la libertà dell'uomo². Diritto e psichiatria, nella seconda metà dell'Ottocento, sono andati incontro ad un tentativo di mutamento di paradigma che, in entrambi i casi, non ha condotto ad un successo completo³. In ambito psichiatrico, infatti, c'è stata la crisi del modello dell'alienismo, o del c.d. "ottimismo terapeutico", fondato da Pinel⁴ (1745-1826) ed Esquirol⁵ (1771-1840), derivata dalla delusione per il mancato funzionamento del manicomio inteso come mezzo terapeutico e dal consolidarsi di un nuovo paradigma del c.d. "pessimismo custodialistico" coincidente con l'affermazione della

"degenerescenza" del Morel⁶ (1809-1873) e del Magnan⁷ (1835-1916). Questo modello emergente ha avuto, in Italia, come maggior interprete Cesare Lombroso⁸ (1835-1909) pur estendendo la propria influenza sull'intera generazione di psichiatri che, tra Ottocento e Novecento, restava strettamente legata al positivismo – una generazione esposta al fascino dell'antropologia come estensione del metodo psichiatrico e anche all'influenza di ambiti diversi come l'educazione dell'infanzia e la prevenzione del crimine.

Lo scontro tra paradigmi che ha investito la psichiatria dopo il 1850 ha determinato effetti analoghi nel campo del diritto. Il diritto penale ha origini nell'Illuminismo in antitesi agli arbitrii dell'*ancien régime* e, per quanto attiene l'Italia, soprattutto nelle opere del Beccaria⁹ (1738-1794) – esso ha adottato come modello una visione essenzialmente contrattualistica del rapporto tra individuo e Stato, in base al quale sussisteva una responsabilità morale del primo e una proporzionalità tra il reato, volontariamente e consapevolmente realizzato, e il carico afflittivo della conseguente sanzione¹⁰. Si era in un periodo di grande fermento scientifico nel quale le teorie evoluzionistiche di Darwin¹¹ (1809-1882), l'egemonia culturale del positivismo e il consolidarsi del paradigma degenerazionistico nella psichiatria e nell'antropologia conducevano alla concezione del

² Babini V.P., Cotti M., Minuz F., Tagliavini A., *Tra sapere e potere. La psichiatria italiana nella seconda metà dell'Ottocento*, il Mulino, Bologna, 1982.

³ Peloso P.F., Paoletta F., "Dei claustrici, e altro. Idee e progetti per la costruzione del manicomio criminale nella psichiatria italiana dell'Ottocento", in Grassi G. Bombardieri C. (a cura di), *Il policlinico della delinquenza. Storia degli ospedali psichiatrici giudiziari italiani*, FrancoAngeli Editore, Milano, 2016.

⁴ Pinel P., *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale ou la manie*, JA Brosson, Paris, 1809.

⁵ Weiner D.B., "Jean Etienne Dominique Esquirol", in *Dictionary of medical biography*, 2, 2007.

⁶ Morel B.A., *Traité des degenerescences physiques, intellectuelles et morales de l'espèce humaine*, JB Baillière, Paris, 1857.

⁷ Del Pistoia L., "Il paradigma psicopatologico e la legittimazione della psichiatria", in *Comprendere*, 24, 2014, pp. 38-67.

⁸ Lombroso C., *Delitto, genio, follia. Scritti scelti*, (a cura di) Frigessi D. Giacanelli F. Mangoni L., Bollati Boringhieri editore, Torino, 2000.

⁹ Beccaria C., *Dei delitti e delle pene*, Feltrinelli, Milano, 2014.

¹⁰ Peloso P.F., Paoletta F., *op. cit.*, 2016.

¹¹ Darwin C., *L'origine della specie*, BUR, Milano, 2009.

crimine non più come fatto privato – inerente quindi il rapporto tra libera scelta della persona e la collettività nella quale agiva – bensì come fenomeno sociale che, in quanto tale, andava trattato e studiato: lo scopo principe del diritto penale era divenuto quello di identificare e gestire individui determinati alla commissione di reati dalla costituzione criminale o dalla follia, non più ritenuti liberi di scegliere la condotta da intraprendere come sostenuto dai giuristi della Scuola classica. L'ambito politico-sociale nel quale si stava consolidando questo mutamento di paradigma era caratterizzato dall'affermarsi di una classe borghese – non più giovane, generosa e fiduciosa di poter sconfiggere i maggiori problemi dell'umanità e, tra questi, la follia – bensì delusa, paurosa e arroccata in se stessa perché si sentiva minacciata da soggetti e classi pericolose che andavano identificati, arginati e fermati. Questa nuova concezione non perseguiva più ideali di giustizia, ma insisteva particolarmente sulla “difesa sociale” concepita come diritto primario della società a difendere se stessa applicando il potere punitivo con modalità scientifiche e indipendentemente dalle responsabilità dell'individuo. Maggior interprete di questa metamorfosi è la Scuola positiva che, in Italia, ha conosciuto ampio sviluppo grazie all'antropologo-psichiatra Cesare Lombroso e ai due giuristi Garofalo¹² (1851-1934) e Ferri¹³ (1856-1929). Si è pervenuti in tal modo a delineare nuove figure come quella del “delinquente nato”, un soggetto costituzionalmente determinato a commettere atti criminosi, e quella del “delinquente folle”, costituzionalmente determinato alla follia e quindi estremamente pericoloso per la società.

¹² Garofalo R., *Criminologia*, Bocca, Torino, 1885.

¹³ Fabiano M.A., *L'immagine dell'altro. Le origini della sociologia criminale in Italia*, LED Edizioni Universitarie, Milano, 2010.

Nell'ambito di questo sviluppo scientifico-culturale ha iniziato a prendere piede la questione del manicomio criminale – i problemi, però, attenevano maggiormente ai folli rei in quanto l'idea di imporre al folle un luogo che restava comunque un carcere ripugnava non poco ai giuristi di orientamento liberale e agli psichiatri maggiormente legati alla vocazione terapeutica della psichiatria e del manicomio. Peraltro, gli psichiatri del tempo erano chiamati a dover stabilire un confine netto tra follia e normalità - compito tutt'altro che semplice come testimoniato dagli aspri dibattiti sulla c.d. “zona intermedia” introdotta da Maudsley¹⁴ (1835-1918), sulla pazzia ragionante o su quella morale, sull'epilettoidismo lombrosiano, ecc.¹⁵

Sul finire dell'Ottocento la maggior parte degli Stati occidentali si erano dotati di manicomi criminali. Negli anni Settanta del XIX secolo, in Italia non esisteva un codice penale unitario. A quasi tutta la penisola era stato esteso il Codice penale sardo del 1859, ma alcune zone erano escluse dalla sua applicazione. Nel caso in cui un soggetto avesse commesso un delitto in una condizione di accertata follia, il Codice penale sardo – il quale più specificamente parlava di “... imbecillità, pazzia o morboso furore ...” (art. 94) – escludeva la configurazione di un reato e, pertanto, l'imputato veniva prosciolto e rimesso in libertà. Poteva però accadere che l'autorità amministrativa disponesse il ricovero in un asilo ai sensi della normativa che, in ciascuna regione, disciplinava il ricovero in manicomio – si trattava, però, di una misura eventuale del tutto svincolata dal processo penale che poteva verificarsi per qualsiasi altro folle (anche per colui che non aveva commesso alcun reato). I

¹⁴ Maudsley H., “Responsibility”, in *Mental Diseases*, King, London, 1874.

¹⁵ Peloso P.F., Paolella F., *op. cit.*, 2016.

rei folli, invece, scontavano la loro pena all'interno di istituti ordinari¹⁶.

In Italia, l'idea dei manicomi criminali, concepiti come luoghi che fossero nello stesso tempo carcere e manicomio, senza essere ridotti a nessuno dei due, ha cominciato a diffondersi, a partire dagli anni Settanta dell'Ottocento, con sempre maggiore intensità soprattutto su varie riviste specializzate nelle discipline psichiatriche, penalistiche e sociali. Un momento cardine in questa evoluzione è rappresentato dalla pubblicazione, nel 1872, da parte del Lombroso di un saggio importante – avvenuta sui Rendiconti del R. Istituto Lombardo di Scienze e Lettere e sulla Rivista di Discipline Carcerarie – dal titolo “Sull'istituzione dei manicomi criminali in Italia. Memoria del s.c. prof. Cesare Lombroso” ritenuto un'opera di riferimento, una sorta di modello per tutti i successivi interventi sull'argomento e dove erano presenti tutti i singoli temi ricorrenti nel dibattito sui manicomi *de quibus*. Nello stesso anno il Ministero dell'Interno – allarmato dall'emergenza dovuta all'aumento costante dei rei folli - ha provveduto alla distribuzione di una circolare presso tutti i direttori dei bagni penali e dei manicomi pubblici volta ad avere informazioni riguardo il numero degli alienati al tempo presenti nelle carceri italiane e volta anche ad ricevere pareri su come preparare un locale da destinarsi alla custodia dei delinquenti alienati. Tale indagine ha avuto come concorde risposta la richiesta di una netta separazione degli alienati dagli altri reclusi e l'invio dei primi in un nuovo tipo di istituto consono alla loro cura: il manicomio criminale.

¹⁶ Melani G., *La funzione dell'OPG. Aspetti normativi e sociologici*, 2014. Disponibile alla pagina: <http://www.altrodiritto.unifi.it>

Il manicomio criminale rappresentava, per Lombroso, un luogo di cura ma soprattutto un luogo di disciplina – la sua direzione doveva essere affidata ad un medico, meglio se psichiatra, ma con un personale di custodia di tipo carcerario. Coloro che venivano riconosciuti come abitualmente pericolosi non dovevano assolutamente essere dimessi in quanto era notevolmente alto il tasso di recidività tra i “pazzi criminali” – un trattamento più *soft*, invece, era riservato ai rei mossi da un eccesso di follia istantanea o intermittente i quali potevano essere messi fuori dal manicomio criminale dopo un anno o due di osservazione, pur dovendo rimanere sotto stretta vigilanza medica. Queste tesi lombrosiane trovavano sostegno anche in Augusto Tamburini (1848-1919), altra figura centrale dell'alienismo italiano del tempo, il quale riconosceva nel manicomio criminale la misura di igiene sociale più efficiente per tutti i fenomeni consistentemente perturbanti dell'ordine sociale – esso rappresentava uno strumento di lotta contro l'infezione sociale volto a garantire la sicurezza sociale da tutti coloro che, avendo avuto a che fare con la giustizia penale, avevano dato segnali di alienazione psichica al momento del delitto, nel corso del processo o durante l'espiazione della pena¹⁷. Serafino Biffi (1822-1899), invece, era per l'adozione di un differente paradigma riguardo i folli criminali. Per Lombroso anche i folli rei, assolti o prosciolti, dovevano in gran parte essere custoditi nei manicomi criminali – assunto non condiviso dal Biffi che sosteneva fortemente le esigenze di cura per costoro e le possibilità della psichiatria di far fronte alla loro custodia con i mezzi forniti dal manicomio ordinario, qualunque fosse stato il

¹⁷ Tamburini A., “I manicomi criminali”, in *Rivista di Discipline Carcerarie. Parte prima*, 3, 1873, pp. 35-49.

delitto realizzato¹⁸. A complicare ancor più un dibattito già di per sé abbastanza complesso vi era il “profilarsi all’orizzonte” di una terza categoria di folli molto eterogenea - non riconducibile né ai folli rei né ai rei folli – che si trovava nella posizione definita su base diagnostica da Maudsley come “zona intermedia” e su base giuridica come quella dei “semi-responsabili”¹⁹.

Le istanze degli psichiatri e degli antropologi criminali non trovavano, però, molta attenzione da parte dell’ambiente politico e governativo, dove regnava sostanzialmente un disinteresse riguardo il tema dei manicomi criminali. Nel frattempo, in una situazione di vuoto legislativo, con un atto amministrativo (1876), il direttore delle carceri M.B. Scalia istituiva – presso la casa penale per invalidi di Aversa diretta al tempo dal medico G. Virgilio – una sezione per maniaci alla quale venivano destinati diciannove rei folli²⁰. Qualche anno dopo, nel 1886, veniva inaugurata a Montelupo Fiorentino, nell’edificio della Villa Medicea, il primo vero e proprio manicomio giudiziario. Sei anni dopo, nel 1892, veniva aperto il manicomio giudiziario di Reggio Emilia posto in un vecchio convento del centro della città. L’apertura di entrambe le strutture proveniva da un’iniziativa della Direzione generale

delle carceri rimanendo un fatto del tutto interno al circuito penitenziario, una sorta di “reparto specializzato del carcere” non assumendo, quindi, *ab origine* quella funzione per la quale era stato pensato: una sorta di “terza opzione” differente sia dal carcere che dal manicomio ordinario.

Negli anni Novanta dell’Ottocento, in Italia, erano state istituite tre strutture manicomiali, volte essenzialmente al “ricovero” dei rei folli, senza essere riusciti ad avere una legge istitutiva dei manicomi giudiziari tramite la strada della legislazione sugli alienati e sui manicomi. A risultati migliori non si è pervenuti neanche con i lavori preparatori del codice penale giunti, dopo un lavoro di circa vent’anni, nel giugno 1889, all’introduzione del Codice Zanardelli²¹. Due anni dopo l’introduzione del nuovo codice penale veniva emanato, nel febbraio 1891, il Regolamento generale per gli stabilimenti carcerari (R.D. 260/1891), il primo atto volto alla disciplina dei manicomi giudiziari ed anche il primo a prevedere la possibilità del “ricovero” in tali istituti dei folli rei. Gli istituti *de quibus* erano classificati tra gli stabilimenti di pena speciali (art. 4) e ad essi veniva attribuito il compito di “repressione e cura” dei condannati impazziti (art. 469). Oltre ai rei folli venivano ospitati in queste strutture: gli accusati che, ritenuti folli, erano stati inviati in stato d’osservazione nel manicomio ordinario e potevano essere trasferiti in queste strutture (art. 472); gli inquisiti che davano segni di pazzia (art. 473); e, infine, i folli rei nei casi in cui il giudice civile avesse ordinato il ricovero nei manicomi ordinari, i quali potevano essere spostati in apposite sezioni dei

¹⁸ Biffi S., “Provvedimenti che occorrerebbero in Italia per i delinquenti divenuti pazzi. Cenni del m.e. Serafino Biffi”, in *Rendiconti del R. Istituto Lombardo Scienze, Lettere e Arti*, 5, 1872, pp. 583-589.

¹⁹ Tale categoria si collocava a metà strada tra crimine consapevole e follia e costituiva la popolazione per la quale il manicomio criminale – un istituto “intermedio” anch’esso – avrebbe potuto rappresentare la soluzione più consona. La “zona intermedia” consisteva in un’area eterogenea che comprendeva folli ragionanti, folli lucidi, folli morali, sospetti di simulazione, autori di crimini mostruosi e incomprensibili, perversi, ecc..

²⁰ Non mancavano, intanto, progetti di legge volti a regolamentare la gestione dei manicomi – in particolare tesi a disciplinare le procedure riguardo gli ingressi coattivi - al fine di pervenire ad un equilibrio tra le esigenze di “igiene e sicurezza” pubblica con le idonee garanzie per la libertà di tali soggetti. Tra questi ve ne erano alcuni che facevano esplicito riferimento anche ai manicomi giudiziari: il progetto Nicotera (1877), il progetto Depretis (1881), ecc.

²¹ Il Codice Zanardelli ha rappresentato una vera e propria sconfitta per la Scuola positiva e per la sua visione generale del sistema penitenziario e di tutto il diritto penale. Le tesi della pena come prevenzione ed “emenda” e della difesa sociale non hanno trovato spazio, così come non hanno trovato spazio i manicomi criminali.

manicomi giudiziari, con decreto del ministero dell'interno su proposta delle autorità di pubblica sicurezza (art. 471)²².

3. Dalla L. 36/1904 (Legge Giolitti) alla L. 354/1975 (Ordinamento penitenziario italiano).

A cavallo tra XIX e XX secolo, in Italia, erano in funzione tre manicomi giudiziari. I dati ISTAT, recentemente analizzati, depongono a favore di istituti che raccoglievano una popolazione in notevole aumento passata da 118 internati nel 1881, a 512 nel 1894, a 735 nel 1901 – costituita negli anni dal 1910 al 1914 per l'80% da soggetti in massima parte accusati di crimini violenti e condannati a pene superiori ai 10 anni (per circa i due terzi celibi, per circa il 40% analfabeti e per la restante parte in grado solo di leggere e scrivere)²³.

Dopo decenni di dibattiti e di attese, nel 1904, finalmente si perveniva al varo della legge di riforma psichiatrica – dal titolo “Disposizioni sui manicomi e sugli alienati. Custodia e cura degli alienati”²⁴ – diretta per la prima volta, dopo l'unità d'Italia, a regolamentare l'assistenza psichiatrica con indicazioni univoche riguardo il ruolo e la gestione dei manicomi. La L. 36/1904 aveva un'impostazione prettamente custodialistica – più che terapeutica - finalizzata alla protezione della società dalla potenziale azione disturbatrice dei folli. L'internamento in manicomio veniva giustificato dal fatto che un soggetto fosse pericoloso per sé o per gli altri o fosse di pubblico scandalo a causa delle sue turbe psichiche. L'obiettivo sanitario era sacrificato a quello della difesa sociale ma, nel

contempo, ai manicomi veniva riconosciuta una funzione importante – ai direttori erano attribuiti ampi poteri quali: le dimissioni, la fuoriuscita dal circuito manicomiale, la riacquisizione dei diritti di cittadinanza, ecc. Per l'ambiente psichiatrico del tempo la Legge Giolitti ha rappresentato una novità importante ed apprezzata, come testimoniato anche da un importante articolo del Tamburini pubblicato sulla *Rivista Sperimentale di Freniatria* (1904). La parte maggiormente criticata, tuttavia, è stata proprio quella inerente l'ambito psichiatrico giudiziario; difatti, la L. 36/1904 conduceva ad un sostanziale ridimensionamento del ruolo dei tre manicomi giudiziari all'epoca operativi. Il punto sul quale si concentravano i giudizi più negativi era quello che disponeva il ricovero nei manicomi giudiziari solo per i rei folli – per i folli rei (il cui mantenimento era posto a carico delle Province) si aprivano nuovamente le porte dei manicomi ordinari²⁵.

La Legge Giolitti, comunque, ha portato anche degli effetti positivi: gli psichiatri hanno iniziato a presentarsi maggiormente concordi nell'adozione di un paradigma unitario riguardo il trattamento dei folli rei - costoro, superando l'aspro dibattito di fine Ottocento tra posizioni fortemente contrapposte, ritenevano che i folli rei non andavano più ricoverati nei manicomi civili. Un altro prodotto positivo della L. 36/1904 – peraltro molto gradito dagli alienisti - era rappresentato da una consistente valorizzazione del ruolo dei direttori dei manicomi sia ordinari che criminali; metamorfosi che ha permesso di migliorare le condizioni degli psichiatri direttori sanitari i quali, sino ad allora, si lamentavano per l'eccessiva subordinazione ai direttori amministrativi, oltre che per la troppa rigidità di

²² Melani G., *op. cit.*, 2014.

²³ Gibson M., “Forensic psychiatry and the birth of the criminal insane asylum in modern Italy”, in *International Journal of Law and Psychiatry*, 37, 1, 2014, pp. 117-126.

²⁴ La Legge n. 36/1904, nota anche come “Legge Giolitti”, era composta di soli 11 articoli.

²⁵ I manicomi ordinari iniziavano, quindi, ad organizzarsi con specifiche sezioni interne, una sorta di manicomi nei manicomi, separati dai reparti ordinari da un secondo muro di cinta.

applicazione del regolamento carcerario. Nel marzo 1907 veniva istituito il quarto manicomio giudiziario a Barcellona Pozzo di Gotto in Sicilia ma - proprio a dimostrazione della scarsa importanza che questi istituti godevano in quegli anni - è stato inaugurato solo nel 1925, ben 18 anni dopo²⁶.

La figura principale, per quanto attiene la psichiatria giudiziaria italiana dell'epoca, è stata senza dubbio quella dell'allora guardasigilli Alfredo Rocco (1875-1935) il quale si è dedicato intensamente al delicato ambito della psichiatria forense e del manicomio criminale²⁷. Le linee guida delineate a quei tempi a proposito del rapporto tra patologie mentali e giustizia, tra cura e custodia dei folli, sono ancora oggi attuali - a conferma di questo *trend*, infatti, veniva aperto nel 1923 il manicomio giudiziario di S. Eframio a Napoli e, due anni dopo, veniva inaugurato quello di Barcellona Pozzo di Gotto (istituito nel 1907). Il vero punto di svolta nei rapporti fra psichiatria e giustizia si è avuto nel 1930 con l'introduzione del nuovo Codice Penale - noto appunto come Codice Rocco - che è andato a sostituire il vecchio Codice Zanardelli (1889). Con il Codice Rocco si è pervenuti ad un compromesso, dopo vari decenni di confronti e dibattiti, tra il paradigma giuridico proposto dalla Scuola classica con quello della Scuola positiva - si è istituito il c.d. "doppio binario", ovvero l'applicazione della pena per coloro che avevano commesso dei reati nel pieno possesso delle proprie facoltà mentali e l'impiego della misura di sicurezza per coloro che venivano riconosciuti infermi di mente (non escludendone a priori l'applicazione anche per i

soggetti imputabili). Il codice *de quo* ha attuato una vera e propria rivoluzione copernicana in quanto "... l'apparato delle misure di sicurezza va a rompere nella sostanza quella omogeneità di trattamento tra infermi autori di reato e non autori di reato, che aveva improntato la legislazione su cui andava ad innestarsi"²⁸. Per di più, non solo i rei folli ma anche i folli rei andavano ricoverati nei manicomi giudiziari e non più in quelli civili. Sono tre in realtà le novità importanti introdotte dal Codice Rocco. *In primis*, la misura di sicurezza del ricovero in un manicomio giudiziario (non più a carico delle Province) era direttamente disciplinata dal codice penale, l'ordine di ricovero del folle reo diveniva di competenza esclusiva del giudice penale. Era stato quindi cassato l'istituto della consegna del prosciolto folle all'autorità competente e ciò che, sino ad allora, rientrava nelle prerogative del presidente del tribunale civile passava al giudice penale, lo stesso che doveva pronunciarsi nel merito sul reato o sui reati contestati. Questo passaggio di competenze va considerato come la presenza nell'ambito giuridico di una specie di "... diffidenza nei confronti della psichiatria ..."²⁹, come se i giuristi volessero riappropriarsi di un primato. L'Italia era l'unico paese in Europa nel quale il sistema penale riacquistava titolarità e competenza sulle persone prosciolte per infermità mentale - dopo il 1930, difatti, il folle reo non fuorisciva dal sistema penale, piuttosto rientrava a far parte di un sottosistema specifico che governava le misure di sicurezza detentive³⁰. Altra innovazione del Codice

²⁶ Grassi G., "Un manicomio speciale. Gli OPG dalla Legge Giolitti al 2015", in Grassi G. Bombardieri C. (a cura di), *Il policlinico della delinquenza. Storia degli ospedali psichiatrici giudiziari italiani*, FrancoAngeli Editore, Milano, 2016.

²⁷ Simone G., *Il Guardasigilli del regime*, Franco Angeli Edizioni, Milano, 2012.

²⁸ Pelissero M., *Pericolosità sociale e doppio binario. Vecchi e nuovi modelli di incapacitazione*, Giappichelli, Torino, 2008, p. 91.

²⁹ Giusti G. (a cura di), *Trattato di medicina legale e scienze affini*, Cedam, Padova, 1999, p. 675.

³⁰ Manacorda A., "Il manicomio giudiziario. Aspetti di raffronto fra l'Italia e gli altri paesi europei" in Pugliese G. Giorgini G. (a cura di), *Mi firmo per tutti. Dai manicomi*

Rocco è stata l'entrata della follia all'interno del sistema penale avvenuta tramite il concetto di "pericolosità sociale" (art. 203) che, in tanti casi, è addirittura presunta e dichiarata dal codice stesso a priori. Infine, l'art. 222 fissava i "termini minimi" di durata riguardo la permanenza in un manicomio giudiziario (due, cinque o dieci anni, a seconda dell'entità del reato commesso) – al termine della misura di sicurezza, il giudice, sentito il parere del perito psichiatra, doveva valutare la sussistenza della pericolosità sociale del periziando e l'eventuale necessità di prorogare la misura di sicurezza detentiva (questa non poteva essere interrotta prima delle scadenze indicate dal giudice nella sentenza se non su disposizione del ministro). Prevedendo limiti di durata, il manicomio giudiziario – da misura di sicurezza extrapenale – si è trasformata in vera e propria sanzione penale, collegandosi alla gravità del reato realizzato e non alla pericolosità dell'autore come sarebbe dovuto essere. Tale peculiarità amplificava il profilo sanzionatorio della misura di sicurezza, oltrepassando – in maniera un po' pericolosa – il principio di proporzionalità tra il reato commesso e la pena e, di conseguenza, anche il fondamentale principio di legalità. Stava emergendo un paradosso giuridico: la durata dell'internamento poteva superare quella della pena nella quale sarebbe incorso il reo se capace di intendere e di volere³¹.

La riforma in esame sanciva l'automatismo tra non imputabilità e misura di sicurezza detentiva: al riconoscimento dell'infermità totale e della non imputabilità seguiva necessariamente una misura detentiva la cui durata minima era stabilita dal

giudice in base all'entità del reato – quest'automatismo "superava" le posizioni degli psichiatri della generazione precedente per i quali il proscioglimento non avrebbe dovuto condurre al ricovero necessario nel manicomio criminale (il ricovero *de quo* andava valutato caso per caso dal giudice sulla base di un responso peritale). Il Codice Rocco, inoltre, confermava e normava anche la seminfermità mentale – condizione nella quale la capacità di intendere e di volere del reo sono grandemente scemate ma non del tutto abolite – che conduceva all'applicazione di una pena ridotta e alla misura di sicurezza del ricovero in casa di cura e custodia. Quest'ultima non era una struttura differente dal manicomio giudiziario in quanto il soggetto interessato veniva ricoverato insieme agli altri (i non imputabili *in toto*) senza nessuna differenza dal punto di vista assistenziale e logistico – la diversità era di natura sostanzialmente giuridica essendo una misura di sicurezza associata, e non alternativa, alla pena.

Nel 1939 veniva aperto il manicomio giudiziario di Castiglione delle Stiviere; in questo caso, il Ministero di Grazia e Giustizia ha preferito agire in convenzione con l'Amministrazione degli Istituti Ospedalieri, ente dal quale allora dipendeva il manicomio ordinario – questa caratteristica ha permesso che il manicomio di Castiglione fosse caratterizzato da connotazioni meno carcerarie degli altri, oltre ad essere dotato di forme di assistenza maggiori dal punto di vista sanitario (tali peculiarità contraddistinguono questa struttura, rispetto alle altre simili, anche nei decenni successivi). Negli anni Quaranta, in Italia, il numero degli internati e detenuti raggiungeva il suo massimo storico - nel 1941 erano 3.432 compresi dei ricoverati presenti nei sei manicomi giudiziari e nelle due sezioni giudiziarie di Imola e Volterra. Nel dopoguerra –

criminali agli ospedali psichiatrici giudiziari. Un'inchiesta e una proposta, Datanews, Roma, 1997.

³¹ Miravalle M., *Roba da matti. Il difficile superamento degli Ospedali psichiatrici giudiziari*, Edizioni Gruppo Abele, Torino, 2015.

situazione che permarrà sino agli inizi del XXI secolo – il numero dei ricoverati diminuirà sino a stabilizzarsi, con variazioni di qualche centinaio di unità, attorno ai 1.500 soggetti³².

Tra il secondo dopoguerra e gli anni Sessanta la società italiana è stata scossa da profondi cambiamenti. Trend che, però, non si è riscontrato nella psichiatria e nei manicomi, sia ordinari che giudiziari. La scienza psichiatrica italiana, infatti, non è stata in grado di rinnovarsi e di mutare i suoi modelli di riferimento; giunta al termine, insieme al regime fascista, la stagione della fisiognomica lombrosiana e il degenerazionismo, gli alienisti (salvo qualche eccezione) restavano ancora sostanzialmente legati ai paradigmi manicomiali e custodialistici, rigettando il confronto con le esperienze che si stavano sviluppando all'estero. Le tecniche e le terapie psichiatriche rimanevano fortemente ancorate al modello biologico: si iniziavano a sperimentare i primi trattamenti psicofarmacologici, continuavano le terapie di *shock* sia elettrico che insulinico e si eseguivano interventi di psicochirurgia. Essendo queste le premesse riguardanti la psichiatria generale non occorre una grande immaginazione per comprendere lo stato di arretratezza e di trascuratezza nel quale si trovavano i manicomi giudiziari. Nella metà degli anni Cinquanta si è avuto – nella psichiatria giudiziaria – qualche piccola riorganizzazione: nel 1955 apriva il manicomio giudiziario di Pozzuoli (poi chiuso nel 1975); l'anno successivo veniva chiusa la sezione giudiziaria di Imola e, successivamente, quella di Volterra. I manicomi ordinari erano nell'occhio del ciclone, si succedevano continuamente le denunce per gli abusi perpetrati per la diffusa situazione di

arretratezza e per le condizioni “non umane” nelle quali erano tenuti i pazienti.

Dopo l'introduzione del Codice Rocco e dopo l'entrata in vigore della Costituzione repubblicana – ci si sta riferendo soprattutto agli artt. 27 e 32 riguardanti il trattamento dei detenuti e il diritto alla salute – i manicomi giudiziari sono stati collocati dal legislatore in una sorta di dimenticatoio. L'unico intervento di un certo rilievo è stata la Legge n. 431/1968 che ha aperto la via alle successive e importanti revisioni normative. Anche i folli rei non restavano ai margini di questi mutamenti – andava a consolidarsi l'idea che la psichiatria dovesse riappropriarsi di una sorta di sovranità sulla loro vita. La L. 431/1968 restituiva l'infermo di mente alla psichiatria, limitando il carattere custodiale del manicomio e ponendone in evidenza la funzione terapeutica – venivano creati i primi Centri e Servizi di igiene mentale territoriale con compiti preventivi e curativi per tutti coloro che ne facevano richiesta³³.

4. L'inizio e la fine degli O.P.G.

Gli anni Settanta del XX secolo, in Italia, sono stati anni di intense tensioni politiche, ma anche di grande impegno civile. Nel 1975 è stato approvato il nuovo Ordinamento penitenziario (Legge n. 354/1975), una riforma molto importante per gli istituti di pena, ma che ha lambito solo perifericamente gli istituti di esecuzione delle misure di sicurezza, *in primis* i manicomi giudiziari. Su quest'ultimo versante si è trattata di una riforma poco più che “nominalistica” in quanto si è limitata a mutare la denominazione di “manicomio giudiziario” in quella di “ospedale psichiatrico giudiziario” (O.P.G.). Tuttavia, pur trattandosi di un

³² Grassi G., *op. cit.*, 2016.

³³ Miravalle M., *op. cit.*, 2015.

cambiamento solo formale, esso rifletteva l'idea ben più sostanziale che i folli rei avrebbero dovuto esser curati prima che puniti, in strutture maggiormente somiglianti agli ospedali che alle carceri. Ha rappresentato comunque un chiaro passo verso il recupero del paradigma psichiatrico terapeutico a scapito di quello custodialistico. Parimenti innegabile è stato il fatto che i benefici della riforma del sistema penitenziario si siano riversati indirettamente anche sugli O.P.G. – come il detenuto, anche l'internato ha cominciato a poter usufruire delle opportunità trattamentali, le c.d. “misure alternative alla detenzione”, volte al reinserimento nella società (art. 27 Cost.). La novità più importante è stata quella della previsione della possibilità dell'internato in O.P.G. di poter trascorrere parte della giornata al di fuori della struttura per partecipare ad attività lavorative, istruttive o altrimenti utili ai fini del reinserimento nella società (art. 48 L. 354/1975) – tra l'altro all'internato, a differenza del detenuto, poteva essere concesso il regime di semilibertà a prescindere dal tipo di reato commesso (quindi anche per quelli meno gravi).

Il 13 maggio 1978, il Parlamento a larghissima maggioranza, ha approvato la Legge n. 180/1978 di riforma del Sistema sanitario nazionale che ha rappresentato l'esito di una dura battaglia avviata da Franco Basaglia (1924-1980) e dal movimento antipsichiatrico che, da tempo, chiedevano una riforma delle cure psichiatriche basandosi su due principi fondamentali: la territorializzazione delle cure e la responsabilizzazione del malato di mente³⁴. Con essa finiva un'epoca e l'Italia, unico paese al mondo, aveva accettato una sfida di portata

smisurata: dimostrare che era possibile una psichiatria, anzi una società, senza manicomi. Il paradigma imposto dalla Legge Giolitti era stato ribaltato *in toto*: il ricovero, se necessario, era finalizzato alla tutela della salute del soggetto e non più fondato su esigenze di difesa sociale. Nella L. 180/1978 non vi è stato alcun riferimento agli O.P.G. né ai folli rei – la dottrina ha ritenuto privo di qualsivoglia fondamento il tentativo di una parte minoritaria della giurisprudenza volto a considerare implicitamente abrogato, dall'art. 11 della L. 180/1978, l'art. 222 Cod. Pen. (riguardante il ricovero in O.P.G.)³⁵ – ma ciò non significa che non ci siano state ripercussioni positive anche nell'ambito giudiziario: veniva definitivamente adottato un approccio diretto verso l'integrazione all'interno della società del malato di mente, con l'abbandono della prospettiva dell'emarginazione sulla quale si basava la normativa previgente. Gli internati in O.P.G. – che dai circa 2.000 dei primi anni Sessanta sono progressivamente diminuiti sino ai 1.035 del 1976 – hanno raggiunto i 1.584 nel 1982 per poi ridursi appena negli anni successivi e oscillare con variazioni di circa un centinaio di unità: nel 2001 erano 1.282 e nuovamente 1.438 nel 2008³⁶. Negli anni successivi il numero degli internati è notevolmente calato sino a dimezzarsi al momento della chiusura degli O.P.G..

Negli anni dal 1978 al 2008, gli O.P.G. non hanno avuto una grande attenzione da parte dei politici, né da parte dei mezzi di comunicazione e nemmeno dall'ambiente psichiatrico. Sono stati periodicamente oggetto di visite da parte di delegazioni, provenienti da vari ambiti, che ne hanno solo constatato l'antiterapeuticità e

³⁴ Basaglia F., *L'istituzione negata*, Baldini Castoldi Dalai, Milano, 1998; Pivetta O., *Franco Basaglia, il dottore dei matti. La biografia*, Dalai Editore, Milano, 2012.

³⁵ Pelissero, *op. cit.*, 2008.

³⁶ Calogero A., *Superamento degli OPG – Attuazione del d.p.c.m. 1 aprile 2008*, 2015. Disponibile alla pagina: <http://www.siaecm.org>

l'anacronismo senza adoperarsi per addivenire a cambiamenti sostanziali. Si è approfondito ulteriormente il solco tra i servizi pubblici psichiatrici e gli O.P.G.: i primi si sono orientati verso un modello di psichiatria di comunità che, con la rinuncia ai manicomi civili, si poneva all'avanguardia rispetto agli altri paesi europei ed extraeuropei; mentre i secondi si sono ridotti alla loro funzione custodialistica all'interno delle carceri senza pervenire al livello degli altri stati europei³⁷. In questo stesso periodo è stata la giurisprudenza della Corte costituzionale ad ovviare parzialmente alle carenze e alle contraddizioni legislative – ruolo che non ha destato grandi sorprese in considerazione dei vari e profondi contrasti tra il Codice Rocco e la Costituzione repubblicana³⁸.

Questo trend evolutivo ha trovato ulteriore e importante conferma nel 2010 quando, nell'ambito dell'attività della Commissione parlamentare d'inchiesta sull'efficacia e l'efficienza del Sistema sanitario nazionale, una delegazione presieduta dal Sen. Marino ha fatto visita a tutti gli O.P.G. A

³⁷ Un passo in avanti c'è stato con il D.Lgs. n. 230/1999, entrato in vigore il 31 luglio 1999 che ha dato inizio alla progressiva attuazione del riordino della medicina penitenziaria. Esso, successivamente implementato dal D.P.R. n. 230/2000, pur conservando gli O.P.G. sotto la giurisdizione dell'Amministrazione Penitenziaria, ha sancito sempre più l'importanza del paradigma curativo – e non solo custodialistico – per gli internati. Sul punto si consulti Cimino L., "Il superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari: un'analisi critica", in *Rivista di Criminologia, Vittimologia e Sicurezza*, VIII, 2, 2014, pp. 29-45.

³⁸ Già nel 1974, un'importante pronuncia (la n. 110/1974) dichiarava l'illegittimità dell'art. 207 Cod. Pen. nella parte che prevedeva l'irrevocabilità della misura di sicurezza prima della scadenza del suo termine minimo di durata. Ancora più innovativa è stata la pronuncia n. 139/1982 a seguito della quale la valutazione della pericolosità del soggetto interessato veniva espletata, non più al momento del fatto, bensì al momento dell'applicazione della misura di sicurezza. La 253/2003, invece, ha messo in discussione l'assunto della maggiore pericolosità dei soggetti con vizio totale di mente rispetto a quelli affetti da vizio parziale sancendo che, anche nei confronti di un individuo prosciolto per infermità psichica, poteva trovare applicazione una misura di sicurezza a carattere non detentivo come la libertà vigilata, sempre se ritenuto di scarsa pericolosità sociale.

seguito dei lavori di tale commissione si è diffusa in Italia una particolare attenzione – ed anche un certo clima di riprovazione – verso gli ospedali psichiatrici giudiziari; clima che ha condotto, nel febbraio 2012 al varo della storica Legge 9/2012. Dopo quasi un secolo e mezzo, difatti, veniva decretata la fine dell'istituzione manicomiale giudiziaria in Italia. La data per il definitivo superamento degli istituti *de quibus* era stata fissata al 31 marzo 2013 – nel frattempo, tutte le Regioni dovevano provvedere all'assistenza, alla cura e alla riabilitazione delle persone con malattia mentale che si erano resi autori di reati avvalendosi dei servizi di salute mentale presenti sul territorio oltre che delle Residenze per l'esecuzione delle misure di sicurezza (REMS). Queste ultime consistono in strutture residenziali, su base regionale, interne ai Dipartimenti di salute mentale, dotate di sola assistenza sanitaria all'interno; mentre all'esterno, ove necessario, di sistemi di sicurezza e vigilanza perimetrale – devono essere dotate di massimo 20 posti letto, non possono essere allocate presso istituti penitenziari attivi e le modalità volte a garantire la sicurezza e vigilanza perimetrale non sono di pertinenza della polizia penitenziaria. In sostanza la L. 9/2012 stabilisce che l'assistenza e la cura dei folli rei deve essere garantita al di fuori degli stabilimenti penitenziari – costoro devono essere affidati ai dipartimenti di salute mentale e godere, quindi, di tutte le opportunità concesse agli altri cittadini. Le REMS si reputavano necessarie in quanto, non essendo stato modificato il codice penale vigente, era ancora prevista per i soggetti non imputabili e pericolosi socialmente l'applicazione di misure di sicurezza a carattere detentivo; a queste particolari strutture, almeno nelle intenzioni del legislatore, veniva affidata la funzione di garantire l'esecuzione di tali provvedimenti con lo scopo – trasformata la

misura di sicurezza da detentiva a non detentiva - di riaffidare gli interessati ai servizi psichiatrici esterni per poterli reinserire nella società. Nessuna Regione, però, è stata in grado di rispettare la scadenza del 31 marzo 2013 – pertanto, con il d.l. 24/2013 è stata concessa la proroga di un anno del termine per il superamento degli O.P.G.

Al 31 marzo 2014 non si è ancora pervenuti al definitivo superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari tanto che il legislatore, con Legge 81/2014, ha stabilito che gli O.P.G. possono essere utilizzati solo nel caso in cui fossero stati acquisiti elementi tali che ogni altra misura diversa non sarebbe stata idonea ad assicurare cure adeguate ed a far fronte alla pericolosità sociale del soggetto – peraltro, l'assenza di progetti di risocializzazione del folle reo attribuibili al sistema socio-sanitario non devono influenzare il giudizio di pericolosità su questi conducendo ad un allungamento della sua permanenza negli O.P.G. o nelle REMS³⁹. Nel frattempo, il numero delle persone ricoverate nei sei O.P.G. si era notevolmente ridotto – al 9 settembre 2014 erano 793 come riferito al Parlamento dai ministri B. Lorenzin e A. Orlando. L'1 aprile 2015 i sei O.P.G. erano ancora aperti ma tutte le Regioni – ad eccezione del Veneto - avevano individuato le strutture residenziali (REMS) nelle quali inviare i soggetti autori di reato nei confronti dei quali era stata emessa misura di sicurezza detentiva. Dall'aprile 2015 sono iniziati i trasferimenti, come previsto *ex lege*, dagli O.P.G. alle REMS. Unico O.P.G. ad essere riconvertito come sede di REMS è stato quello di Castiglione delle Stiviere, con a disposizione ben 160 posti letto.

³⁹ A tal fine veniva stabilito anche che il limite massimo delle misure di sicurezza detentive non poteva superare la previsione edittale massima relativa alla pena detentiva prevista per il reato commesso.

Negli ultimi due anni sono stati fatti ulteriori progressi. Il principio di territorialità, cardine della riforma e funzionale al reinserimento sociale del soggetto, appare oggi in buona parte rispettato. A novembre 2016 erano solo 34 i pazienti ricoverati in strutture collocate fuori dalla propria regione di residenza. Gli O.P.G. da chiudere erano ancora due (Montelupo Fiorentino e Barcellona Pozzo di Gotto) con ancora 26 internati – le REMS istituite 28 (3 quelle di prossima attivazione) con 624 posti disponibili e 603 pazienti ricoverati⁴⁰.

Conclusioni.

Dopo 150 anni di vita, in Italia, i manicomi giudiziari sono stati chiusi. Se la loro esistenza è giunta al termine, altrettanto non è avvenuto per quanto attiene il dibattito che da sempre si è sviluppato intorno ad essi e che, all'alba del terzo millennio, è ancora vivace e lontano dal fornire soluzioni valide ed oggettive. Basti pensare che la stessa figura del folle reo – inscindibilmente legata al concetto di imputabilità - va incontro a continue metamorfosi. Da ultimo la Suprema Corte – adottando un orientamento volto ad allargare il “bacino della non imputabilità” - ha ritenuto che anche i c.d. “disturbi di personalità” possano costituire causa idonea ad escludere o scemare grandemente la capacità di intendere e di volere della persona⁴¹.

Non c'è alcun dubbio che il paradigma psichiatrico vincente e non più oggetto di contesa sia oggi quello curativo e terapeutico - a scapito di quello custodialistico - parallelo e vicino a quello giuridico della rieducazione e della risocializzazione (art. 27

⁴⁰ Corleone F., *Seconda relazione trimestrale della Commissione per il superamento degli O.P.G. (agosto-novembre 2016)*, 2016. Disponibile alla pagina: <http://www.penalecontemporaneo.it>

⁴¹ Sul punto si consulti Sent. Corte di Cassazione n. 9163/2005 e n. 8282/2006.

Cost.); la realizzazione dei relativi obiettivi è però ancora lontana dal trovare apprezzabile concretezza. Con la Legge 9/2012 sono stati cassati gli ospedali psichiatrici giudiziari e, ad essi, si stanno sostituendo le residenze per l'esecuzione delle misure di sicurezza. Questo cambiamento ha fatto sì che, anche in ambito giudiziario, si realizzassero quei progressi conseguiti, oltre trent'anni prima, nel campo dei manicomi ordinari con la Legge 180/1978: principale tratto comune ed obiettivo delle due riforme legislative, infatti, è stata la "territorializzazione" degli istituti e dei servizi di sostegno ai malati di mente e ai malati di mente che avevano commesso reati. Da questa riforma, però, derivano non poche problematiche – *in primis*, non è chiaro se le REMS vadano considerati istituti di carattere transitorio o rappresentino strutture connotate da maggiore stabilità. Peraltro, quest'innovazione non dovrebbe rivelarsi solo una riforma di carattere nominalistico – i sistemi di sicurezza e vigilanza perimetrale delle residenze in esame deporrebbero in questa direzione – con la conseguenza che le REMS possano essere ritenute dei piccoli O.P.G. con massimo 20 posti letto. Ciò che ha condotto, alla fine dell'Ottocento, all'istituzione dei manicomi giudiziari sono stati i progressi psichiatrici, antropologici e giuridici del tempo, ma soprattutto un'esigenza di "difesa sociale" e di sicurezza avvertita, in maniera particolare, dalla classe borghese che si sentiva minacciata da soggetti e classi pericolose che andavano identificati e fermati. Attualmente quest'esigenza di sicurezza non è diminuita. Ha solo assunto connotazioni diverse, non è sentita dalla sola borghesia ma è avvertita in tutta la società. A far paura non sono le classi sottoproletarie, ma fermenti e fenomeni come la crisi economica, il terrorismo, l'immigrazione dal terzo mondo, ecc. E'

questo intenso bisogno di sicurezza la ragione per cui, pur avendo proceduto al "doveroso" superamento dei manicomi giudiziari, tante problematiche sono rimaste aperte e ancor lontane da soluzioni definitive.

Bibliografia.

- Babini V.P. Cotti M. Minuz F. & Tagliavini A., *Tra sapere e potere. La psichiatria italiana nella seconda metà dell'Ottocento*, il Mulino, Bologna, 1982.
- Basaglia F., *L'istituzione negata*, Baldini Castoldi Dalai, Milano, 1998.
- Beccaria C., *Dei delitti e delle pene*, Feltrinelli, Milano, 2014.
- Biffi S., "Provvedimenti che occorrerebbero in Italia per i delinquenti divenuti pazzi. Cenni del m.e. Serafino Biffi", in *Rendiconti del R. Istituto Lombardo Scienze, Lettere e Arti*, 5, 1872.
- Bricola F., *Il carcere riformato*, il Mulino, Bologna, 1977.
- Calogero A., *Superamento degli OPG – Attuazione del d.p.c.m. 1 aprile 2008*, 2015. Disponibile alla pagina: <http://www.siaecm.org>
- Cimino L., "Il superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari: un'analisi critica", in *Rivista di Criminologia, Vittimologia e Sicurezza*, VIII, 2, 2014.
- Corleone F., *Seconda relazione trimestrale della Commissione per il superamento degli Ospedali psichiatrici giudiziari (agosto-novembre 2016)*, 2016. Disponibile alla pagina: <http://www.penalecontemporaneo.it>.
- Darwin C., *L'origine della specie*, BUR, Milano, 2009.
- Del Pistoia L., "Il paradigma psicopatologico e la legittimazione della psichiatria", in *Comprendere*, 24, 2014.
- Fabiano M.A., *L'immagine dell'altro. Le origini della sociologia criminale in Italia*, LED Edizioni Universitarie, Milano, 2010.
- Garofalo R., *Criminologia*, Bocca, Torino, 1885.
- Gibson M., "Forensic psychiatry and the birth of the criminal insane asylum in modern Italy", in *International Journal of Law and Psychiatry*, 37, 1, 2014.
- Giusti G. (a cura di), *Trattato di medicina legale e scienze affini*, Cedam, Padova, 1999.
- Grassi G., "Un manicomio speciale. Gli OPG dalla Legge Giolitti al 2015", in Grassi G. & Bombardieri C. (a cura di), *Il policlinico della*

delinquenza. Storia degli ospedali psichiatrici giudiziari italiani, FrancoAngeli Editore, Milano, 2016.

- Lombroso C., “Sull’istituzione dei manicomi criminali in Italia. Memoria del s.c. prof. Cesare Lombroso”, in *Rendiconti del R. Istituto Lombardo Scienze, Lettere e Arti*, 5, 1872.
- Lombroso C., *L’uomo delinquente. Quinta edizione – 1897*, Bompiani, Milano, 2014.
- Lombroso C., *Delitto, genio, follia. Scritti scelti*, (a cura di) Frigessi D., Giacanelli F., Mangoni L., Bollati Boringhieri editore, Torino, 2000.
- Lorenzin B. Orlando A., *Relazione sullo stato di attuazione delle iniziative per il superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari (aggiornata al 30 settembre 2014)*, 2014. Disponibile alla pagina: <http://www.camera.it>.
- Manacorda A., “Il manicomio giudiziario. Aspetti di raffronto fra l’Italia e gli altri paesi europei”, in Pugliese G., Giorgini G. (a cura di), *Mi firmo per tutti. Dai manicomi criminali agli ospedali psichiatrici giudiziari. Un’inchiesta e una proposta*, Datanews, Roma, 1997.
- Maudsley H., “Responsibility”, in *Mental Diseases*, King, London, 1874.
- Melani G., *La funzione dell’OPG. Aspetti normativi e sociologici*, 2014. Disponibile alla pagina: <http://www.altrodiritto.unifi.it>.
- Michel L., Brahmy B., *Guide de la pratique psychiatrique en milieu pénitentiaire*, Heures de France, Paris, 2005.
- Miravalle M., *Roba da matti. Il difficile superamento degli Ospedali psichiatrici giudiziari*, Edizioni Gruppo Abele, Torino, 2015.
- Morel B.A., *Traité des degenerescences physiques, intellectuelles et morales de l’espèce humaine*, JB Baillière, Paris, 1857.
- Paoletta F., “Alle origini del manicomio criminale”, in *Rivista Sperimentale di Freniatria*, 125, 1, 2011.
- Pelissero M., *Pericolosità sociale e doppio binario. Vecchi e nuovi modelli di incapacitazione*, Giappichelli, Torino, 2008.
- Peloso P.F., “Suggestioni psicopatologiche e psicodinamiche nel Malleus Maleficarum (1487)”, in *Psicoterapia e scienze umane*, 38, 1, 2004.
- Peloso P.F., Paoletta F., “Dei claustris, e altro. Idee e progetti per la costruzione del manicomio criminale nella psichiatria italiana dell’Ottocento”, in Grassi G. & Bombardieri C. (a cura di), *Il policlinico della delinquenza. Storia degli ospedali psichiatrici giudiziari italiani*, FrancoAngeli Editore, Milano, 2016.
- Pinel P., *Traité médico-philosophique sur l’aliénation mentale ou la manie*, JA Brosson, Paris, 1809.
- Pivetta O., *Franco Basaglia, il dottore dei matti. La biografia*, Dalai Editore, Milano, 2012.
- Saporito F., “L’assistenza dei pazzi criminali all’estero e in Italia”, in *Rivista di discipline carcerarie. Parte prima*, 53, 1, 1918.
- Simone G., *Il Guardasigilli del regime*, Franco Angeli Edizioni, Milano, 2012.
- Simonetti G., “Ospedale psichiatrico giudiziario: aspetti normativi e sociologici”, tesi di laurea, Facoltà di giurisprudenza, Università degli studi di Firenze, 2003.
- Tamburini A., “I manicomi criminali”, in *Rivista di Discipline Carcerarie. Parte prima*, 3, 1873.
- Tamburini A., “La legge sui manicomi”, in *Rivista Sperimentale di Freniatria*, 30, 1, 1904.
- Weiner D.B., “Jean Etienne Dominique Esquirol”, in *Dictionary of medical biography*, 2, 2007.