

ABBATTERE IL MURO DELL'IMPUTABILITÀ. UNA PROPOSTA CHE GUARDA OLTRE*

di Franco Corleone**

(Ex-commissario unico per il definitivo superamento
degli ospedali psichiatrici giudiziari)

SOMMARIO: 1. Considerazioni introduttive. – 2. La «rivoluzione gentile». Tra conquiste, punti fermi e criticità – 2.1. Le conquiste: la legge n. 81/2014 e l'esperienza felice delle REMS – 2.2. Punti fermi da confermare e preservare. Contro le nostalgie del manicomio – 2.3. Criticità da monitorare. Per iniziare a guardare oltre. – 3. Una rivoluzione «che aspetta la riforma». I nodi da affrontare – 4. La responsabilità è terapeutica. Una proposta radicale. – 4.1. Breve storia delle proposte – 4.2. La radicale continuità – 4.3. I contenuti – 5. Conclusioni.

1. - In materia di salute mentale, l'Italia può insegnare molto in Europa e nel mondo: è il primo paese ad aver chiuso i manicomi civili nel 1978, con la legge n. 180/1978, nota come legge Basaglia¹ e ad aver introdotto un approccio *community-based*² di tutela

* Il contributo costituisce la versione rivista e aggiornata della relazione svolta dall'Autore il 17.10.2020 nell'ambito del convegno "Malattia psichiatrica e pericolosità sociale: tra sistema penale e servizi sanitari", organizzato dal Curriculum in Amministrazione, Mercato e Giustizia Penale del Dottorato in Scienze Giuridiche dell'Università di Pisa. Il testo è destinato alla raccolta degli atti del convegno, in corso di pubblicazione per i tipi della Giappichelli.

** Il contributo è stato scritto con la collaborazione della Dr.ssa Giulia Melani, ricercatrice indipendente, dottoressa di ricerca in Scienze del linguaggio, della società, della politica e dell'educazione.

¹ Come noto, la legge n. 180/1978, il cui contenuto è stato integralmente traslato nella legge istitutiva del Servizio Sanitario Nazionale n. 833/1978, ha previsto la chiusura degli ospedali psichiatrici, ha riaffermato il principio costituzionale della volontarietà dei trattamenti sanitari e introdotto come unica eccezione il trattamento sanitario obbligatorio, che può essere disposto per urgenza e in caso di rifiuto delle terapie e non per pericolosità a sé e agli altri, come era previsto, dalla legge precedentemente vigente, per i ricoveri in manicomio. Per una ricostruzione storica, si rinvia a: V.P. Babini, *Liberi tutti. Manicomi e psichiatri in Italia: una storia del Novecento*, Bologna 2009; M. Colucci-P. Di Vittorio, *Franco Basaglia*, Milano 2009; *Il manicomio dimenticato*, a cura di G. Contini-E. Straticò, Bologna 1988; F. Ongaro Basaglia, *L'itinerario di Franco Basaglia attraverso i suoi scritti*, in *Sapere* 1982, 11 e ss.; B. Saraceno, *Psichiatria Democratica: cronaca di una lotta*, in *Sapere* 1982, 21 e ss. Sulla disciplina introdotta dalla legge n. 180/1978, si rinvia a S.P. Panuzio, *Trattamenti sanitari obbligatori e costituzione*, in *DS* 1979, 4, 889 e ss.; G. Melani, *La funzione dell'OPG. Aspetti normativi e sociologici*, in *AD* 2014, cap. 3.

² Nella letteratura internazionale sulla cura della salute mentale, si distinguono due principali modelli di politiche (ciascuno con le sue ulteriori declinazioni): un modello istituzionale e un modello *community-based*. Cfr. S. Goodwin, *Comparative mental health policy: From institutional to community care*, London 1997.

della salute mentale. Tanto che l'esperienza del servizio triestino è riconosciuta dall'Organizzazione Mondiale della Sanità come una delle più avanzate al mondo³.

A quella legge, così rivoluzionaria, erano comunque sopravvissuti i manicomi criminali, che nonostante il nuovo appellativo di "ospedali psichiatrici giudiziari", introdotto dalla legge n. 354/1975, istitutiva dell'ordinamento penitenziario, sono rimasti fino al loro superamento le stesse «istituzioni totali per eccellenza: carceri e manicomi insieme»⁴, con un direttore penitenziario, la polizia penitenziaria, le celle, le sbarre, la vigenza del regolamento penitenziario.

L'Italia, proseguendo sulla via tracciata dalla legge Basaglia, ha cancellato anche quell'ultimo residuo di manicomio, che l'allora Presidente della Repubblica Giorgio Napolitano non esitò a qualificare come «un orrore indegno per un paese che possa definirsi civile»⁵.

Ci si potrebbe chiedere perché sia necessario oggi intervenire nuovamente sulla materia e se possa essere sensato un cambio di rotta rispetto ad una riforma che ha prodotto effetti così significativi. Con il mio intervento, vorrei provare a rispondere a questo quesito e a descrivere il cuore di una nuova proposta di legge, che promuove l'abolizione della non imputabilità per vizio di mente.

2. - Come ho avuto modo di scrivere altrove, il processo avviato il 17 Febbraio 2012, con l'introduzione dell'art. 3-ter della legge n. 9/2012, di conversione con modificazioni del d.l. n. 211/2011, e conclusosi con l'uscita dell'ultimo internato dall'OPG di Barcellona Pozzo di Gotto, l'11 maggio 2017, è stata una «rivoluzione gentile»⁶, che ha «spostato il baricentro dai binomi manicomiali "malattia mentale/pericolosità sociale e cura/custodia", ai progetti di cura e riabilitazione individuali e al territorio»⁷.

Il percorso per completare il superamento è stato lungo, complesso e non privo di insidie: due proroghe, l'effettiva conclusione del processo solo dopo due anni dallo spirare dell'ultimo termine e con l'intervento, resosi necessario, di un commissario unico, incarico per cui sono stato nominato dal Consiglio dei Ministri il 19 febbraio

³ World Health Organization, *Mental Health: Stop Exclusion-Dare to Care*, 2001, in www.who.int/world-health-day/previous/2001/en/.

⁴ F. Corleone, *La fine degli OPG e il cambiamento radicale*, in *Manicomi criminali. La rivoluzione aspetta la riforma*, a cura di F. Corleone, in *Quaderni del Circolo Rosselli*, diretto da Spini V., 2018, XXXVIII, 130, 11.

⁵ G. Napolitano, *Messaggio di fine anno del Presidente della Repubblica*, 2012, la cui trascrizione è reperibile sul sito della Presidenza della Repubblica www.quirinale.it.

⁶ F. Corleone, *La rivoluzione gentile*, cit., 11-17.

⁷ F. Corleone, *La fine degli OPG. Un bilancio di transizione*, in *Manicomi criminali. La rivoluzione aspetta la riforma*, a cura di F. Corleone, in *Quaderni del Circolo Rosselli*, diretto da Spini V., 2018, XXXVIII, 130, 31.

2016 e che ho ricoperto per un anno⁸. I ritardi e la dilatazione rispetto al programma originario sono stati anche un'occasione per ripensare l'intervento e apportare modifiche particolarmente significative alla disciplina delle misure di sicurezza psichiatriche⁹. In particolare, con la legge n. 81/2014, di conversione con modificazioni del d.l. n. 52/2014, è stato previsto un tetto massimo di durata della misura di sicurezza detentiva, è stato disposto che il giudizio di pericolosità sociale non possa fondarsi sulla sola mancanza di programmi terapeutici individuali, è stato introdotto il principio di *extrema ratio* della misura del ricovero in REMS.

Questo grande passaggio, però, è stato fatto a codice penale invariato e senza affrontare i nodi e le contraddizioni che da sempre caratterizzano la misura di sicurezza detentiva psichiatrica. Contraddizioni che definisco felici, ma che non possono essere occultate e meritano di essere analizzate e affrontate.

2.1. - Il superamento degli OPG ha messo fine ad una storia di violenze, spoliazioni e condizioni di vita inumane, testimoniate nel corso degli anni dagli internati alla loro uscita dagli OPG– da Aldo Trivini¹⁰ a Maria Luisa Marsigli¹¹ a Michele Fragna¹² – e dagli organismi di monitoraggio che hanno visitato quei luoghi – dal CPT¹³ alla Commissione d'inchiesta sull'efficacia e l'efficienza del sistema sanitario nazionale, presieduta da Ignazio Marino¹⁴. Oggi, possiamo felicemente guardare ad esperienze molto positive, come quelle delle REMS di Nogara e di Bologna, sulle quali sono state presentate relazioni esaustive.

⁸ Per la ricostruzione delle varie tappe del processo di superamento, si rinvia a: G. Melani, *Dalla genesi all'attuazione: il non-finito processo di superamento degli OPG*, in *L'abolizione del manicomio criminale. Tra utopia e realtà*, a cura di F. Corleone, Fiesole 2015, 71-82.

⁹ G. del giudice-S. Cecconi, *Il caso StopOpg. Quando la partecipazione migliora il progetto politico*, in *Aut Aut* 2016, 370, 68 ss.

¹⁰ Si fa riferimento al memoriale dattiloscritto, depositato il 6 gennaio 1974 da Aldo Trivini alla Procura della Repubblica di Aversa, integralmente riportato D.S. Dell'aquila-A. Esposito, *Cronache di un manicomio criminale*, Edizioni dell'asino, Roma 2013.

¹¹ M.L. Marsigli, *La marchesa e i suoi demoni. Diario da un manicomio*, Feltrinelli, Milano, 1973.

¹² Alcuni estratti del diario di Michele Fragna sono riportati in *Vito il recluso. OPG un'istituzione da abolire*, a cura di F. Maranita, Roma 2005.

¹³ Council of Europe – European Committee for The Prevention of Torture and Inhumane or Degrading Treatment and Punishment, *Report to the Italian Government in the visit to Italy carried out by the European Committee for The Prevention of Torture and Inhumane or Degrading Treatment and Punishment (CPT) from 14 to 26 september 2008*, CPT/inf(2010) 12.

¹⁴ Commissione parlamentare di inchiesta sull'efficacia e l'efficienza del Sistema sanitario nazionale – Senato della Repubblica – XVI legislatura, *Relazione sulle condizioni di vita e di cura all'interno degli ospedali psichiatrici giudiziari*, 20.07.2011, doc.XXII-bis n. 4.

La «rivoluzione gentile» ha eliminato quelle condizioni manicomiali e inciso, grazie alla legge n. 81/2014, su alcuni degli aspetti più a lungo criticati delle misure di sicurezza psichiatriche.

Fin dai primi anni 2000, alcune associazioni – in particolare quelle che si costituiscono nel comitato StopOpg – avevano portato alla luce il problema dei cosiddetti «dimissibili», una percentuale significativa di persone a cui la misura di sicurezza era prorogata soltanto per le carenze dei servizi sociali e sanitari esterni¹⁵. A questa stortura ha posto un argine la previsione del divieto di contemplare, nella valutazione della pericolosità sociale, gli elementi di cui all'art. 133 co. 4 Cp e quello di fondare il relativo giudizio sulla mancanza di un piano terapeutico individualizzato¹⁶.

Questa modifica è stata accolta da resistenze: il Tribunale di sorveglianza di Messina, il 16 luglio 2014 aveva rimesso una questione di legittimità alla Corte costituzionale¹⁷. La Corte il 24 maggio 2015, con sentenza n. 186/2015, la rigettò, offrendo un'interpretazione della nuova normativa, secondo cui gli elementi sociali ed economici non sono completamente esclusi dal giudizio relativo alla pericolosità sociale, ma non possono fondare l'applicazione di una misura detentiva¹⁸.

Nonostante le resistenze, questa modifica ha sicuramente prodotto risultati, soprattutto perché è stata accompagnata da un cambio di paradigma: la gestione delle REMS non è affidata all'amministrazione penitenziaria, il personale è soprattutto sanitario ed educativo, nella gran parte delle nuove istituzioni si sono attivate collaborazioni con i dipartimenti di salute mentale che consentono, attraverso la predisposizione di piani terapeutici individualizzati, di operare per la transitorietà del percorso dentro la REMS.

La legge 81/2014 ha anche proposto una soluzione per il problema dei cosiddetti «ergastoli bianchi»: persone che per la commissione di reati spesso bagatellari, finivano per trascorrere tutta la vita in OPG, proroga dopo proroga: il tetto massimo di durata della misura di sicurezza. Una innovazione importante, ma che rischia di poter essere aggirata attraverso la sostituzione della misura detentiva con quella non detentiva della libertà vigilata, che non ha alcuna durata massima e sui cui luoghi e modalità di esecuzione, c'è una grande discrezionalità ed una grande lacuna di indagine¹⁹.

¹⁵ . “StopOpg” - gruppo di associazioni costituito per promuovere la chiusura dell'OPG – denunciava la presenza, nel 2010, di 350 dimissibili su un totale di 1419 internati, quasi il 25% della popolazione complessiva degli OPG. A novembre del 2011, a fronte di una popolazione di 1322 internati i dimissibili erano 213, pari al 16% circa. Cfr. www.stopopg.it.

¹⁶ Sulla novità introdotta in materia dalla legge n. 81/2014, si rinvia a F. Schiaffo, *La pericolosità sociale tra «sottigliezze empiriche» e «spessori normativi»: la riforma di cui alla legge n. 81/2014*, in *DirPenCont*, 2014.

¹⁷ Trib. Sorv. Messina, ord. 16.07.2014 (r.o. n. 247 del 2014).

¹⁸ Corte cost., sent. 24.05.2015, n. 186 in www.cortecostituzionale.it.

¹⁹ G. Melani, *Il superamento degli OPG e i nodi irrisolti*, in *Archeologia criminale. Le misure di sicurezza psichiatriche e non psichiatriche La Rems di Volterra e la Casa di lavoro di Vasto*, a cura di F. Corleone, Fiesole 2019.

La Corte Costituzionale, con l'importantissima sentenza 253/2003, aveva rimosso uno degli automatismi previsti in materia di misure di sicurezza psichiatriche, consentendo l'applicazione al malato di mente autore di reato, ritenuto socialmente pericoloso, della misura di sicurezza non detentiva della libertà vigilata²⁰. Il legislatore del 2015 ha previsto che la misura detentiva possa essere applicata soltanto laddove non vi siano altre misure idonee. Da una ricerca effettuata nei primi mesi dopo l'introduzione della L. 81/2014 e resa nota dal Tavolo XI degli Stati generali dell'esecuzione penale²¹, questa previsione non risultava ancora pienamente nota e applicata dai giudici che disponevano le misure di sicurezza.

Anche se rimangono alcuni nodi da risolvere, il giudizio complessivo sull'esperienza delle REMS è positivo, grazie soprattutto all'impegno del personale coinvolto. Le ricerche condotte a più riprese quando ero Garante dei diritti dei detenuti della Regione Toscana mostrano un altissimo livello di turnover della popolazione sottoposta a misura di sicurezza nella REMS di Volterra²², un dato positivo che non è solo toscano. Infatti, dall'elaborazione dei questionari effettuata dall'Osservatorio di StopOpg, risulta che nelle 24 REMS (su 31) che hanno aderito al progetto: «le persone transitate nelle REMS dalla data della loro apertura (che varia da struttura a struttura e che va dal 01.04.2015 al 11.03.2019) sono state complessivamente 1580, di cui 11,5% di sesso femminile, mentre le persone dimesse sono state 1029 (65,1% delle transitate)»²³.

Questa esperienza, però, rischia di essere schiacciata dalle difficoltà burocratico-amministrative, perdendo l'entusiasmo che c'è stato in questi anni, se non guardiamo avanti. Il rischio è concreto, se si pensa all'incremento della durata media del ricovero in REMS, segnalato da Antigone nel XVII Rapporto sulle condizioni detentive: «al 30 novembre 2020 la durata media del ricovero in Rems è di 236 giorni, tre anni fa, nel 2017 era di 206 giorni. Una crescita costante»²⁴.

²⁰ Cfr. A. Margara, *La flessibilità delle misure di sicurezza: situazione attuale e ipotesi*, in *Fogli di informazione*, XXXII (2014), 201, 13-19.

²¹ Si vedano i materiali del Tavolo XI degli Stati Generali dell'esecuzione penale sul sito del Ministero della Giustizia, www.giustizia.it.

²² S. Migliori-K. Poneti-M. Storri-E. Tavormina, *Opg addio, per sempre*, rapporto di ricerca, 4 marzo 2014, in www.consiglio.regione.toscana.it/garante-detenuiti/default.aspx; E. Tavormina, *Il quadro delle REMS in Italia e la fotografia di Volterra*, in *Mai più Manicomi. Una ricerca sulla Rems di Volterra. La nuova vita dell'Ambrogiana*, a cura di F. Corleone, Fiesole 2018; F. Corleone, *Relazione annuale del Garante dei diritti dei detenuti della Regione Toscana 2018*, in www.consiglio.regione.toscana.it/garante-detenuiti/default.aspx; F. Corleone, *Relazione annuale del Garante dei diritti dei detenuti della Regione Toscana 2019*, in www.consiglio.regione.toscana.it/garante-detenuiti/default.aspx; F. Corleone, *I Relazione del Commissario unico per il superamento dell'OPG*, 2016; F. Corleone, *II Relazione del Commissario unico per il superamento dell'OPG*, 2017.

²³ P. Pellegrini-C. Visentini-L. Tadonio-C. Pellegrini, *Primi risultati della rilevazione sulle REMS*, in www.osservatoriostop.opg.it;

²⁴ *Ibid.*

2.2. - Come ho scritto e dichiarato a più riprese, questa rivoluzione ha prodotto cambiamenti sostanziali è necessario ribadirlo, perché ci sono stati alcuni punti fermi che hanno caratterizzato le nuove residenze, rendendole luoghi in tutto diversi dai vecchi OPG.

In primis, dobbiamo ricordare il principio della territorializzazione, quindi il legame con la città, il paese di provenienza della persona ricoverata in REMS, il luogo dove può coltivare legami e relazioni. Dobbiamo ricordare che il principio della territorializzazione fu già un caposaldo della riforma della sanità penitenziaria²⁵ ed è cruciale per garantire l'attivazione di percorsi di reinserimento esterni, agevolati dalla prossimità.

Il secondo principio fondamentale è rappresentato dal numero chiuso, numero chiuso che consente che le strutture mantengano una efficacia di intervento terapeutico grazie ad un rapporto equilibrato tra operatori e pazienti. Ragione per cui, io non parlo di posti letto, ma di posti, perché le REMS non sono ospedali, ma devono essere comunità, in cui le persone devono svolgere molte attività, come è stato indicato dai relatori che hanno parlato delle REMS di Nogara e Bologna, perché la camera deve essere un luogo per garantire uno spazio personale (scrittura, lettura) e ovviamente per dormire.

Terzo e ultimo caposaldo: il rifiuto della contenzione in REMS. Le REMS infatti, come le altre strutture deputate alla cura, dovrebbero adeguarsi ai principi espressi da Comitato Nazionale di Bioetica, con il parere del 23 aprile 2015, tra i quali «la necessità del superamento della contenzione, nell'ambito della promozione di una cultura della cura rispettosa dei diritti e della dignità delle persone, in specie le più vulnerabili»²⁶.

Ribadire questi punti saldi è necessario, perché non tutti questi principi trovano un riscontro nella concreta gestione di ciascuna delle REMS – si pensi a quella di Castiglione delle Stiviere con 151 persone presenti al 30.11.2020²⁷ e 918 episodi di contenzione nel periodo tra il 01.04.2015 e il 31.03.2016²⁸ - ed è doveroso monitorare il loro rispetto, ricordando che la gestione sanitaria non rappresenta di per sé una garanzia e che le esperienze positive sono il frutto dell'assorbimento e dell'applicazione di questi principi cardine.

È necessario ribadire questi punti saldi oggi, anche perché stiamo assistendo ad una campagna, che facendo leva sui numeri delle persone in lista d'attesa e sul timore della

²⁵ Il complesso di atti normativi, avviato con la legge delega n. 419/1998 e conclusosi con la finanziaria dell'anno 2008 ed il Dpcm 1° Aprile 2008 e con cui la Sanità penitenziaria entrò a far parte del Sistema Sanitario Nazionale.

²⁶ Comitato Nazionale di Bioetica, estensori G. Zuffa-S. Canestrari, *La contenzione. Problemi bioetici*, 23 aprile 2015, integralmente riprodotto in *L'abolizione del manicomio criminale. Tra utopia e realtà*, a cura di F. Corleone, Fiesole 2015.

²⁷ M. Miravalle, *Salute mentale e REMS*, cit.

²⁸ F. Corleone, *I relazione del commissario unico*, cit.

popolazione per la presenza di persone pericolose in libertà, mostra una «subdola nostalgia del manicomio giudiziario»²⁹ e mira ad un ritorno al passato. Non mi riferisco soltanto ad articoli di riviste e quotidiani, che avanzano proposte che vanno dall'aumento dei posti³⁰ al ritorno della gestione al DAP, ma anche alla recente ordinanza del GIP di Tivoli, con cui si solleva questione di legittimità costituzionale degli artt. 206 e 222 Cp e dell'art. 3-ter della legge n. 9/2012 (come modificata dalla legge n. 81/2014) nelle parti in cui escludono il Ministero della Giustizia dall'esecuzione delle misure di sicurezza³¹. Un'ordinanza con un'argomentazione bislacca, in cui si richiama e si evoca la necessità di una presenza dell'amministrazione penitenziaria nelle REMS, mostrando un chiaro rifiuto del cuore della riforma e la volontà di un ritorno al passato. Un'ordinanza che cavalca timori securitari e si fa manifesto della persistente visione del folle (a maggior ragione se reo) come «pericoloso a sé e agli altri».

Da Commissario unico per il superamento degli OPG, ho già avuto modo di affrontare il tema della mancanza di chiarezza nelle procedure di raccolta dei dati e della scarsa attendibilità di alcuni dei dati che sono forniti e/o circolano. In particolare, in quell'occasione sottolineavo come non si fosse trovata corrispondenza tra i numeri forniti al nostro ufficio dal Ministero della Giustizia – Dipartimento dell'amministrazione penitenziaria – ed una verifica effettuata con ciascuna delle REMS. Oggi, la situazione non sembra affatto migliorata e si riscontrano dati fortemente divergenti: al 30 novembre 2020, dal sistema SMOP – sistema informativo di monitoraggio OPG – risultava una lista di attesa di 175 persone³², ma i dati che sono maggiormente circolati sono quelli enormemente superiori raccolti e diffusi dal Dipartimento dell'amministrazione penitenziaria (DAP) e riportati dai quotidiani, come nel passo che segue: «nell'aprile del 2019 i soggetti internati nelle Rems erano 629, mentre quelli in lista d'attesa ammontavano a 642, di cui 63 risultavano detenuti illegittimamente in carcere. Nel febbraio 2020, secondo il Garante Nazionale dei diritti delle persone private della libertà personale, i soggetti internati nelle Rems erano scesi a 600, quelli in lista d'attesa saliti a 714, quelli detenuti in carcere sempre 63»³³.

Sicuramente, ci sono persone che attendono l'esecuzione della misura di sicurezza e questo dato non può essere trascurato, non tanto perché – come sostengono i fautori del ritorno al manicomio criminale – vi siano molti soggetti pericolosi a piede libero, quanto perché una parte di queste persone si trova in carcere, senza un'idonea presa in carico, questione su cui si è pronunciata, il 21 gennaio 2021, la Corte Europea dei

²⁹ F. Corleone-M. Passione, *La subdola nostalgia del manicomio giudiziario*, in *Il Manifesto*, 24.06.2020.

³⁰ M. Paternello, *Le REMS: uscire dall'inferno solo con le buone intenzioni*, in *QuestG* (rivista online), 2.06.2020.

³¹ GIP Tivoli, ord. 11.05.2020. Per un commento si rinvia a A. Calcaterra, *Misura di sicurezza con ricovero in REMS: il ritorno al passato no!*, in *DirPenUomo*, 14.06.2020.

³² Dato riportato in M. Miravalle, *Salute mentale e REMS*, cit.

³³ E. Zamparutti, *63 pazienti psichiatriche chiusi in cella abusivamente*, in *Il riformista*, 29.01.2021.

diritti dell'uomo con un provvedimento cautelare, ai sensi dell'art. 39 del Regolamento, in favore di un paziente psichiatrico detenuto nel carcere di Regina Coeli, ordinando al Governo italiano di provvedere al suo immediato trasferimento presso una struttura idonea ad assicurargli la fruizione di un trattamento adeguato alle sue condizioni di salute³⁴.

La presenza di liste d'attesa deve essere affrontata non aumentando i posti in REMS o eliminando il numero chiuso, quanto avviando, come chiarirò più avanti, una seria analisi sulla crescita esponenziale del ricorso alle misure di sicurezza provvisorie.

2.3. - Gli aspetti su cui mantenere un'alta soglia d'attenzione sono numerosi e su alcuni mi sono già soffermato; ad esempio, ho chiarito che è necessario monitorare: le caratteristiche strutturali e di gestione delle singole REMS, così che sia garantito il rispetto dei principi cardine e una loro vocazione al reinserimento a fronte della riproposizione di piccoli OPG, guidati dalle stesse logiche istituzionali; il ricorso alla libertà vigilata, in termini sia quantitativi che qualitativi (relativi soprattutto alla tipologia di prescrizioni), affinché non diventi uno strumento per aggirare il tetto di durata massima della misura di sicurezza detentiva e non si produca quello che il sociologo Stanley Cohen chiamava effetto «*net widening*»³⁵; l'effettiva applicazione del principio di *extrema ratio*, sì da rompere il persistente automatismo follia-pericolosità-misura contenitiva, che è stato perno del nostro sistema dualistico.

Un ulteriore aspetto che merita di essere indagato è quello del regime di vita e delle regole vigenti nelle REMS. Infatti, non tutte le disposizioni dell'ordinamento penitenziario trovano applicazione³⁶ e la gran parte delle direzioni delle strutture ha adottato regolamenti interni, alcuni dei quali contengono regole bizzarre e più limitative della libertà personale di quelle vigenti nelle strutture penitenziarie, specie in relazione alla tipologia di oggetti che le persone possono possedere.

Ma riprendiamo il tema delle liste d'attesa, ammettiamo che i dati più alti, quelli che indignano molti e portano a proporre dei vistosi passi indietro rispetto a questa rivoluzione, siano attendibili. Ammettiamo che oltre 700 persone siano in lista d'attesa. Ciò significherebbe che le potenziali persone sottoposte a misure di sicurezza

³⁴ *Ibid.*

³⁵ S. Cohen, *The Punitive City: Notes on the Dispersal of Social Control*, in *Contemporary Crises* 1979, 339-363.

³⁶ L'interrogativo relativo alle regole applicabili all'interno delle REMS, in particolare in relazione all'ordinamento penitenziario, è stato posto sin dall'approvazione della riforma commentatori, tra cui Franco Della Casa, al quale si rinvia per un approfondimento, F. Della Casa, *Basta con gli OPG! La rimozione di un "fossile vivente" quale primo passo di un arduo percorso riformatore*, in *RIDPP* 2013, 64-103. La Conferenza Unificata, con accordo 26 febbraio 2015 (Rep. n. 17/CU) ha fissato alcune linee guida e stabilito che i diritti disciplinati dall'ordinamento penitenziario e dal regolamento debbano essere garantiti anche alla persona in REMS, «in prospettiva ampliata», tenuta in considerazione la completa gestione sanitaria.

detentiva ad oggi sarebbero superiori al numero di presenti in OPG prima della riforma: quasi 1400 persone a fronte delle 1094 del 31.12.2012 e delle 1051 del 31.12.2013³⁷, nonostante un tasso di *turnover* molto elevato ed una durata media della misura di sicurezza detentiva inferiore.

Numeri di questo tenore, non rappresenterebbero un atto d'accusa per le REMS, che hanno un principio fondamentale, quello del numero chiuso. Piuttosto, dovrebbero farci riflettere sulle applicazioni delle misure di sicurezza detentive e sull'effettività del principio di *extrema ratio*.

La mia sensazione è che dopo la riforma sia cresciuto il numero di applicazioni delle misure di sicurezza detentive. Da un lato, infatti, vi è una tendenza di medio periodo all'incremento dei proscioglimenti, strettamente connessa con il fenomeno della patologizzazione e psichiatrizzazione crescente, dimostrato dall'ultimo Manuale statistico diagnostico dell'*American Psychiatric Association* (DSM-V)³⁸. Dall'altro, l'impressione è che ci sia una maggior leggerezza – in netto contrasto con i principi della legge n. 81/2014 – nell'applicazione delle misure di sicurezza detentive, legata alla scomparsa del mostruoso OPG.

Questa sensazione è confermata dai dati, che mostrano una stabilità nei numeri di misure di sicurezza detentive definitive ed una lieve e costante crescita di quelle provvisorie, che rappresentano ben il 50% del totale delle misure³⁹.

3. - La nostra rivoluzione «aspetta la riforma»⁴⁰, perché questo grande passaggio è stato fatto senza toccare il codice penale e senza affrontare alcuni nodi e contraddizioni, che sono stati messi in luce anche in questo convegno. È rimasto intatto quel fondamento, quella logica di fondo, di derivazione criminologico-positivista del nesso tra malattia mentale, pericolosità sociale e custodia. Un nesso che produce contraddizioni che ancora sono presenti, nonostante la vocazione della riforma alla sostituzione del paradigma custodiale del soggetto pericoloso, con quello della tutela della salute mentale della persona.

La psichiatrizzazione dei comportamenti e degli stati di salute nella migliore delle ipotesi conduce ad interventi di paternalismo solidarista, quando non scivola in un paternalismo a vocazione autoritaria. Per questo è importante riconoscere le contraddizioni e affermare la necessità di intervenire su quell'aspetto che già la commissione

³⁷ Dati del coordinamento interregionale sanità penitenziaria.

³⁸ S. Benevenuto, *Dibattito su DSM-V. Introduzione a un libro in progress*, in *European Journal of Psychoanalysis*, www.journal-psychoanalysis.eu.

³⁹ M. Miravalle, op.cit.

⁴⁰ F. Corleone, *La rivoluzione gentile*, cit.

Marino individuava come prioritario: il nodo dell'imputabilità⁴¹ e superare così quel «guado» alla cui metà, per parafrasare l'espressione di Pelissero⁴², ci troviamo oggi.

Dobbiamo affrontare la questione, sforzandoci di abbandonare una visione infantilizzante e muovendoci nella prospettiva dei diritti e delle garanzie fondamentali. Nel nostro codice, l'incapacità di intendere e volere deve essere valutata con riferimento al momento della commissione del fatto, ciononostante, la valutazione del reo come incapace espande i suoi effetti e produce una incapacitazione permanente della persona.

Vorrei aprire una parentesi su una questione che potrebbe sembrare di dettaglio, ma non lo è, perché le parole che usiamo informano il nostro modo di pensare e quindi di agire: il lessico legislativo. Nel codice penale e nell'ordinamento penitenziario rimangono etichette, espressioni e vocaboli, figlie di un'altra epoca e non al passo con il significato della recente riforma. Termini come «internato» dovrebbero essere rapidamente rimossi⁴³.

4. - Sul muro dell'ex manicomio di Trieste campeggiava la scritta «la libertà è terapeutica», realizzata nell'estate del 1973 dal Collettivo d'arte Arcobaleno, guidato dal pittore Ugo Guarino⁴⁴. Richiamando quello slogan, che è stato a lungo utilizzato dai movimenti basagliani, io sostengo che la «responsabilità è terapeutica»⁴⁵.

⁴¹ Nella relazione della Commissione sull'efficacia e l'efficienza del Sistema Sanitario Nazionale, si legge: «le modificazioni d'anziché auspiccate debbano costituire soltanto il primo passo – da muovere quanto prima, anche con il ricorso a strumenti legislativi di urgenza – verso la successiva abolizione dell'istituto della non imputabilità. Trattandosi di un intervento che inciderebbe sino alle radici l'impostazione del codice penale attualmente vigente, non si può in questa sede che evocarlo, senza comunque rinunciare ad indicarlo quale approdo necessario». Cfr. Commissione parlamentare d'inchiesta, *Relazione sull'efficacia e l'efficienza*, cit., 10.

⁴² M. Pelissero, *Misure di sicurezza e REMS una disciplina a metà del guado*, in A. Menghini-E. Mattevi (a cura di), *Infermità mentale, imputabilità e disagio psichico in carcere. Definizioni, accertamento e risposte del sistema penale*, Quaderni dell'università di Trento, 2020, 48, numero monografico, 79-103.

⁴³ K. Poneti, *Le misure di sicurezza e la modifica del codice penale*, in *Manicomi criminali. La rivoluzione aspetta la riforma*, a cura di F. Corleone, in *Quaderni del Circolo Rosselli*, diretto da V. Spini, 2018, XXXVIII, 130, 37-63.

⁴⁴ Spesso si dice che «la bellezza salverà il mondo» e sembra una frase retorica e vuota, ma vorrei ricordare che negli anni '60 e '70, ci sono stati molti artisti che hanno affrontato il tema della violenza delle istituzioni totali, talvolta in anticipo rispetto alla riflessione teorica e critica e che hanno partecipato attivamente ai movimenti di liberazione. Oltre a Guarino, ricordo Hugo Pratt che disegnò la copertina del volume primo «Che cos'è la psichiatria?» (*Che cos'è la psichiatria*, a cura di F. Basaglia, *Amministrazione provinciale di Parma*, Parma, 1974) o Bruno Caruso e Roberto Sambonet. Questo ricordo di alcuni degli artisti di quegli anni, mi fa pensare che avesse ragione Albert Camus «la bellezza senza dubbio non fa le rivoluzioni, ma viene un giorno in cui le rivoluzioni hanno bisogno di lei» (A. Camus, *L'uomo in rivolta*, Milano 2001). Per quanto riguarda la storia del famoso murales a cui ho fatto riferimento nel corpo del testo, si rinvia a M.G. Giannichedda, *Quando il futuro incominciò*, in *Fogli d'informazione* 2008, 5-6, 10-21.

⁴⁵ F. Corleone, *La responsabilità è terapeutica*, in *Il muro dell'imputabilità. Dopo la riforma una scelta radicale*, a cura di F. Corleone, Fiesole 2019, 7 e ss.

In quasi tutte le condizioni patologiche, permane un margine di consapevolezza, che deve essere rispettato, proprio per dare alla persona la possibilità di un'assunzione di responsabilità per l'atto compiuto.

L'abolizione del «binario speciale» di giustizia per i malati di mente, che propongo, è in linea con la visione promossa dalla riforma psichiatrica del 1978 e la sua approvazione ne rappresenterebbe un pieno completamento. Si riconosce infatti nel *folle*, in primo luogo, una persona e un soggetto di diritto, restituendo, così: diritti, libertà, responsabilità e dignità piena.

Questa proposta non sarebbe solo in linea con l'eredità della legge Basaglia, ma anche con le contemporanee convenzioni internazionali per i diritti delle persone disabili. Il rifiuto di binari giuridici speciali, basati sull'incapacitazione e sulla riduzione (o negazione) di responsabilità, infatti, è una scelta coerente con le previsioni della Convenzione ONU sulla disabilità⁴⁶.

Il Manuale di implementazione della Convenzione – redatto dalla *World Network of Users and Survivors of Psychiatry*⁴⁷ – sottolinea che le leggi discriminatorie devono essere eliminate e vi comprende anche quelle che limitano la capacità.

Il Comitato Nazionale di Bioetica ha qualificato le disposizioni che regolano la non imputabilità per vizio di mente come forme di legislazione speciale per le persone con disabilità psicosociale vietate dalla Convenzione⁴⁸.

Nella direzione del pieno riconoscimento del *folle reo* come persona e soggetto di diritto, indicato dalle convenzioni internazionali, si muove questa proposta, che ho presentato – in una sua prima versione – negli ultimi giorni del mio incarico come Garante dei diritti dei detenuti della Regione Toscana nel volume *Il muro dell'imputabilità*⁴⁹.

A fronte della commissione di un reato, questo il cuore di ciò che propongo, deve esserci un diritto al giudizio. Qualcuno potrebbe sostenere che il diritto al giudizio sia subordinato ad una capacità a prendervi pienamente parte, ma questo vale per molte persone non etichettate come pazienti psichiatrici. La garanzia di essere sottoposti a giudizio solo se si è capaci di prendervi parte coscientemente è stata infatti mantenuta intatta con la nostra proposta.

Un giudizio, certamente, può comportare una condanna e una conseguente pena, ma dobbiamo iniziare a rimuovere dal nostro immaginario quell'equivalenza automatica e spontanea tra pena e carcere. Le obiezioni fondate sul timore della carcerizzazione del folle mi sembrano talvolta pretestuose. L'OPG – che prima era qualificato

⁴⁶ United Nation, *Convention on the Rights of Persons with Disabilities* (CRPD) sottoscritta il 13.12.2006 a New York, ratificata dallo Stato italiano, il 24.2.2009 con legge n. 18/2009 e ratificata dall'Unione Europea il 23.12.2010.

⁴⁷ Il manuale di implementazione è reperibile sul sito della rete: www.wnusp.net/crpd.html;

⁴⁸ Ivi, 9.

⁴⁹ *Il muro dell'imputabilità*, cit.

come manicomio giudiziario – era un carcere eppure ha avuto una lunga storia, senza che si levassero troppe voci di indignazione. Allo stesso tempo la massiccia presenza di persone che sono ristrette nel carcere odierno sovraffollato, pur in presenza di patologie psichiatriche, non sembra sollevare grandi levate di scudi, se non da chi sembra rimpiangere la struttura contenitiva dell'istituzione totale.

Ma non voglio delegittimare queste posizioni, anzi, mi interessa ricordare che un'argomentazione di questo tipo è stata sostenuta da un grande magistrato di sorveglianza, con una cultura fortemente garantista, come Alessandro Margara. Questo tema era l'unico che ci trovava distanti: «la mia posizione, ereditata dalla proposta Vinci Grossi e sostenuta con caparbia da Peppe Dell'Acqua, non lo convinceva: non tanto per l'astrattezza o la rigidità illuministica, quanto per le conseguenze fattuali sulle persone in carne ed ossa (il riferimento a cui è sempre stato fedele), sofferenti e bisognose di aiuto e sostegno»⁵⁰. Nell'elaborazione della proposta di legge, quindi, abbiamo preso sul serio queste osservazioni, prevedendo misure alternative *ad hoc* e un ampliamento della sospensione dell'ordine di esecuzione, nella convinzione ben espressa da Pitch, che si possa «tenere conto dei 'bisogni' senza mettere in mora i diritti»⁵¹.

4.1. - La proposta odierna ha una sua storia ed oggi che ne discutiamo nuovamente, seppure in una sua versione riveduta e modificata, credo che sia utile richiamare alcune tappe della storia delle proposte abolizioniste o riformiste dell'OPG.

La questione dell'OPG venne messa all'ordine del giorno dalla Regione Toscana e dalla Regione Emilia-Romagna, le quali nel 1997 inviarono al Parlamento una proposta di legge di riforma dell'OPG elaborata da Sandro Margara con un gruppo di lavoro della Fondazione Michelucci (A.S. 2746). La proposta si incentrava sull'istituzione di strutture su base regionale, in cui erano eseguite le misure di sicurezza⁵².

Alla proposta riformista dell'istituzione psichiatrico-giudiziaria si affiancava la più radicale proposta abolizionista, che toccava il nodo dell'imputabilità ed era stata presentata dal senatore Vinci Grossi nel 1983 (A.S.177), e ripresa da me nel 1991 (A.S. 2894) e nel 1996 (A.C. 151). Con questi disegni di legge si proponeva l'eliminazione dell'incapacità di intendere e volere per vizio di mente, e delle misure di sicurezza correlate.

Quella proposta fu sostenuta da un magistrato straordinario come Michele Coiro, allora Capo del DAP, il quale, durante l'audizione davanti alla XII Commissione permanente della Camera dei Deputati – Affari sociali, dichiarava:

⁵⁰ Alessandro Margara. *La giustizia e il senso di umanità. Antologia di scritti su carcere, OPG, droghe, magistratura di sorveglianza*, a cura di F. Corleone, Fiesole 2015, 9-10.

⁵¹ T. Pitch, *Responsabilità limitate. Attori, conflitti, giustizia penale*, Milano 1989, 171.

⁵² Ddl n. 2746/1997. Il testo del disegno di legge è integralmente riprodotto nel volume: G. Pugliese-G. Giorgini, *Mi firmo per tutti. Dai manicomi criminali agli ospedali psichiatrici giudiziari. Un'inchiesta e una proposta*, Roma 1997.

C'è quindi bisogno di strutture esterne in grado di accogliere queste persone e si valuta positivamente l'indirizzo della citata proposta di legge di iniziativa Corleone che individua la strada per il superamento dell'ospedale psichiatrico giudiziario. Le misure di sicurezza, peraltro, potrebbero essere fin d'ora abolite per i seminfermi di mente mentre tale soluzione non risulta applicabile ai totali infermi di mente per i quali le misure indicate corrispondono al duplice obiettivo di garantire la custodia e la cura del malato⁵³.

All'epoca, quella proposta poteva apparire come una provocazione. Oggi, sembra collocarsi in continuità con il percorso di superamento ed in linea con i principi e il cambio di paradigma che hanno guidato l'istituzione delle REMS.

4.2. - La distinzione tra pene e misure di sicurezza si fondava sui diversi presupposti e le diverse funzioni delle due risposte alla commissione di un reato. La distinzione tra una pena con funzione retributiva e una misura di sicurezza con finalità specialpreventiva, probabilmente, è esistita sempre su un piano astratto ed oggi può dirsi superata. La pena è riconosciuta come polifunzionale e deve tendere alla rieducazione e la misura di sicurezza inizia ad essere contaminata da alcuni elementi di retributività.

La previsione di un tetto di durata massimo legato al massimo edittale, in fondo aggiunge, seppure come mera forma di ultima garanzia, un elemento retributivo, avvicinando un po' la misura di sicurezza detentiva per non imputabili alla pena. Dunque, una scelta coerente con questo attuale assetto è quella dell'equiparazione tra gli autori di reato folli e gli altri: giudizio e pena, anziché proscioglimento e misura di sicurezza.

La proposta di abolizione della non imputabilità si pone in un *continuum* con il superamento dei manicomi prima e poi degli OPG. Il concetto di «incapace di intendere e di volere» su cui poggia la non imputabilità rimanda infatti alla visione del paziente psichiatrico «pericoloso a sé e agli altri»: proprio quella visione che la riforma psichiatrica si è proposta di cancellare e che giustificava la «cura e custodia» negli OPG.

A questo proposito, vale la pena ricordare che nel nostro codice abbiamo anche un altro retaggio del positivismo criminologico: le misure di sicurezza non psichiatriche. Un vero obbrobrio che dovrebbe essere cancellato⁵⁴.

⁵³ Camera dei deputati, XVII legislatura, XII Commissione Permanente Affari sociali, *Resoconto stenografico della seduta del 7 marzo 1997*, 107.

⁵⁴ Cfr. *Archeologia criminale. Le misure di sicurezza psichiatriche e non psichiatriche. La REMS di Volterra e la Casa di lavoro di Vasto*, a cura di F. Corleone, Fiesole 2019.

4.3. - La proposta, che in una versione iniziale riprendeva quasi integralmente i testi precedenti, è stata elaborata quando ero ancora Garante dei diritti dei detenuti⁵⁵. Quel testo è stato poi sottoposto a discussione, nel corso di un seminario organizzato dalla Società della Ragione a Treppo Carnico nel settembre 2020 e di un successivo webinar nel gennaio 2021. Il dibattito ha condotto a pensare soluzioni nuove⁵⁶ e originali, sulle quali vale la pena soffermarsi.

Introduzione del concetto di disabilità psicosociale.

Per riuscire nell'intento di spezzare la logica manicomiale del sistema a doppio binario, si è rivelato necessario rimuovere i concetti chiave che si trovano nell'attuale codice ed individuarne di nuovi.

La revisione linguistica e concettuale è una delle più grandi novità di questo disegno e marca la discontinuità tra questa proposta e le precedenti opzioni abolizioniste.

Si è scelto di sostituire la nozione di persona inferma di mente con quella di persona con disabilità psicosociale, che si trova nel Manuale di implementazione della Convenzione ONU sui diritti delle persone disabili redatto dal WNUSP⁵⁷: persona con disabilità psicosociale. Questa espressione consente di sottolineare che la condizione di disabilità è determinata non solo dalle caratteristiche psichiche della persona, ma anche dal contesto sociale che produce differenziazioni, etichettamento e discriminazioni.

Eliminazione della non imputabilità e semi-imputabilità per vizio di mente e conseguente abolizione delle misure di sicurezza correlate.

Sono abrogate le disposizioni relative al vizio totale e parziale di mente (art. 88 e 89 c.p.) ma è lasciata invariata la disciplina generale relativa alla non imputabilità e rimangono immutate le altre ipotesi (ad esempio la disciplina relativa ai minori).

A differenza dei disegni di legge Grossi e Corleone, si è optato per l'abrogazione, anziché per la riformulazione *a contrario* dei due articoli, così da non dover richiamare i concetti che – come abbiamo visto – vogliamo modificare.

Sono altresì eliminate le misure di sicurezza specifiche per il malato di mente autore di reato: il ricovero in manicomio giudiziario e l'assegnazione ad una casa di cura e custodia, sia definitive che provvisorie. È cancellata la possibilità di trasformare la misura di sicurezza per imputabili in misura per non imputabili per infermità psichica sopravvenuta.

⁵⁵ *Il muro dell'imputabilità*, cit.

⁵⁶ Per un confronto con la prima versione della proposta, si rinvia a F. Corleone, *La responsabilità è terapeutica*, cit., 163-165.

⁵⁷ *World Network of Users and Survivors of Psychiatry*, v. *supra*, § 4.

Visto che è decaduta la distinzione degli autori di reato con disabilità mentale fondata sul momento dell'emersione del disturbo (infermità psichica preesistente e sopravvenuta), si procede all'abrogazione dell'art. 148 Cp che cessa di avere una qualche logica di esistenza.

Attenuante.

Un atteggiamento di cecità verso le differenze rischia di essere tanto discriminatorio quanto la previsione di una legge speciale. Per questo, si è introdotta una circostanza attenuante che consenta di moderare il trattamento sanzionatorio per le persone con disabilità psicosociale, in quanto queste persone vivono in una condizione di svantaggio, determinata anche e soprattutto da discriminazioni sistemiche, che sembra necessario considerare debitamente.

Equiparazione disabilità pregressa e sopravvenuta ai fini della capacità dell'imputato di partecipare al processo.

Con la proposta di legge viene meno in radice la distinzione tra le due vecchie categorie dei rei folli e dei folli rei. Per questo, ai fini della valutazione della capacità di partecipare al processo, cade anche la necessità di distinguere tra disabilità al momento del fatto e sopravvenuta.

Predisposizione di misure atte ad evitare la carcerazione per il detenuto con disabilità psicosociale.

Come già sottolineato è necessario rompere l'equiparazione pena-carcere. Per questo, abbiamo scelto di introdurre delle misure volte a favorire un'esecuzione di pena esterna.

In primo luogo, abbiamo adeguato il testo dell'art. 147 Cp alla recente pronuncia della Corte Costituzionale 99 del 2019⁵⁸ e equiparato, ai fini del rinvio facoltativo, la disabilità psicosociale alla malattia fisica.

Inoltre, siamo intervenuti sulla fase cautelare, estendendo la disciplina dei criteri di scelta della misura cautelare relativa alla persona affetta da AIDS o da altra grave malattia, anche alla persona con disabilità psicosociale e confermando la possibilità della custodia cautelare in luogo di cura.

Un interessamento celere del Dipartimento di salute mentale è fondamentale per garantire l'effettività di queste disposizioni, per questo, siamo intervenuti sull'art. 73 c.p.p., prevedendo la possibilità che il giudice chieda al dipartimento di salute mentale di relazionare sulle condizioni di salute dell'imputato e di elaborare un programma di

⁵⁸ Corte Cost., sent. n. 99/2019, 06.02.2019 (dep. 19.04.2019). Il testo della sentenza è riprodotto nel volume *Il muro dell'imputabilità*, cit., 95-109.

cura e assistenza individualizzato, in cui siano delineati i percorsi terapeutici più adeguati, con particolare attenzione a quelli non detentivi.

Inoltre, per scongiurare che la persona con disabilità psicosociale, in attesa dell'applicazione di una misura alternativa, possa entrare in carcere, si prevede un'ipotesi di sospensione dell'ordine di esecuzione *ad hoc* (art. 11).

Infine, si introducono misure alternative specifiche per la persona con disabilità psicosociale, sulla falsariga di quanto previsto per i tossicodipendenti (art. 13). Per accedere a queste misure alternative, la condizione di salute della persona deve essere accertata dal Dipartimento di salute mentale, che provvede anche alla elaborazione di un programma di cura e assistenza.

Volontarietà dei trattamenti sanitari e di tutte le misure alternative alla detenzione.

Il diritto alla salute si deve basare sulla volontarietà, come previsto dall'art. 32 Cost. e dalla legge n. 180/78 (norme incluse poi nella legge n. 833/78 sul S.S.N.), che si esprime tramite il consenso informato della persona, ai sensi della legge n. 219/2017. Da questi principi non si può prescindere per nessuna persona. Le persone con disabilità psicosociale hanno il «diritto di avere diritti»⁵⁹ e in particolare, il diritto di esprimersi sul trattamento sanitario al quale vogliono sottoporsi. Le uniche eccezioni sono quelle previste dalla legge, nella specie il trattamento sanitario obbligatorio, con tutte le relative garanzie.

Nelle norme proposte è sempre ribadita la volontarietà dei trattamenti. La volontà del soggetto è un elemento imprescindibile anche per l'accesso alle misure alternative.

Previsione di norme atte a garantire, nell'ipotesi di detenzione della persona con disabilità psicosociale, che possa ricevere cure adeguate.

Originariamente si erano previste piccole modifiche all'art. 111 del regolamento penitenziario (D.P.R. 30 giugno 2000, n. 230), mantenendo ed implementando il sistema delle articolazioni per la salute mentale.

Le articolazioni per la salute mentale sono eterogenee dal punto di vista strutturale, gestionale e del livello delle prestazioni assistenziali garantite e presentano numerose criticità, tra le quali: il rischio di tradursi in piccoli manicomi dentro il carcere e quello di essere utilizzate come luogo di punizione e isolamento delle persone che dentro l'istituzione penitenziaria tengono condotte ritenute eccentriche, bizzarre, ribelli o fastidiose.

Per questo, si è scelto di procedere all'eliminazione delle sezioni speciali. La cura delle persone con disabilità psicosociale dovrà essere garantita dalla presenza del Dipartimento della salute mentale in ogni istituto penitenziario.

⁵⁹ L'espressione è ovviamente mutuata da S. Rodotà, *Il diritto di avere diritti*, Bari 2015.

Estensione del tetto di durata massima delle misure di sicurezza detentive alle non detentive.

Si propone di porre un limite alla durata delle misure di sicurezza della libertà vigilata, estendendo anche a queste il limite introdotto dalla legge 81/2014 per le misure detentive.

Destino delle REMS.

Le Residenze per l'esecuzione delle misure di sicurezza di cui all'art. 3-ter della legge n. 9/2012, di conversione del d.l. n. 211/2011, rappresentano un patrimonio in termini di risorse umane, culturali e materiali, di buone prassi applicative e di integrazione con i servizi sociosanitari. Allo scopo di conservare e tutelare questo patrimonio, si propone la riconversione delle REMS in strutture ad alta integrazione sociosanitaria, quali articolazioni dei Dipartimenti Salute Mentale.

Introduzione di un organismo di monitoraggio.

Considerando che durante il processo di superamento degli OPG l'organismo esistente ha svolto un ruolo essenziale di coordinamento, si è ritenuto opportuno introdurre un analogo organismo al fine di monitorare l'applicazione della presente legge, con particolare riferimento alla tutela della salute mentale e all'assistenza psichiatrica delle persone con disabilità psicosociale, sia in carcere che nei percorsi alternativi alla detenzione.

Si è previsto che ogni anno dalla data di entrata in vigore della legge, il Ministro della salute e il Ministro della giustizia trasmettano alle Camere una relazione sullo stato della sua attuazione.

5. - Ritengo che questa proposta, che avevo già presentato molti anni fa, quando ero parlamentare, oggi possa essere di nuovo discussa, proprio per far tesoro di questa esperienza, della chiusura dell'OPG, del suo superamento, dell'apertura e del lavoro delle REMS, per fare un bilancio e valutare se non sia necessario intervenire oggi sul codice penale per eliminare il doppio binario ed offrire una soluzione più limpida.

La proposta, che non intende essere di pura testimonianza, è stata depositata alla Camera dei deputati dall'onorevole Riccardo Magi, con il titolo «Modifiche al codice penale, al codice di procedura penale e alla legge 26 luglio 1975, n. 354, in materia di imputabilità e misure alternative alla detenzione per le persone con disabilità psicosociale» il 12 marzo 2021(n.2939) e potrà rappresentare un elemento fondamentale del dibattito che ha già coinvolto grazie alla Società della Ragione centinaia di uomini e

donne, psichiatri, giuristi, avvocati, operatori e militanti delle associazioni impegnate sul terreno della riforma del Codice Rocco a novanta anni dalla sua entrata in vigore.

Se invece rimarrà come una bottiglia lanciata in mare, potremmo dire con Leonardo Sciascia che rappresenta un lascito a futura memoria. Se la memoria ha un futuro o meglio se la politica ha un futuro.