



**PSICHIATRIA  
E PSICOLOGIA FORENSE**

**03**

Nunzio Cosentino  
Angela Giannetto

**“ SUI FOLLI-REI:  
UNA RICERCA COMPARATA ”**

RASSEGNA ITALIANA DI  
**CRIMINOLOGIA**  
anno III - n. 3 - 2009



La legge stabilisce che quanto più grave è stato il fatto-reato tanto più lungo (2, 5 o 10 anni) è il periodo minimo di internamento in un ospedale psichiatrico giudiziario.

Il periodo massimo, al contrario, è indeterminato, per nulla corrispondente alla gravità del reato commesso, quanto piuttosto oggettivamente alla «capacità contrattuale sociale» dell'internato.

Secondo Basaglia (1968) la malattia psichiatrica acquisisce un significato materiale differenziato, in base al diverso livello sociale e quindi economico del paziente.

Uno schizofrenico abbiente sarà ricoverato in una casa di cura privata, non sarà automaticamente etichettato come «pericoloso socialmente», mentre a quello povero verrà applicata la misura di sicurezza del ricovero in ospedale psichiatrico giudiziario.

Anche Manacorda (1997) è dello stesso avviso:

*“La durata massima di internamento finisce così per durare di meno, a parità di gravità del reato commesso, per gli internati che avessero una famiglia che si occupava di loro, un avvocato che li seguisse, delle risorse economiche e culturali non del tutto insufficienti”.*

La mancata previsione legale del periodo massimo dell'internamento produceva (e, tuttora, produce, anche se più raramente di quanto accadeva in passato) la permanenza per decenni in ospedale psichiatrico giudiziario di alcuni soggetti, i quali, spesso, erano annoverati tra quelli che avevano commesso reati di lieve entità, e che, nella migliore delle ipotesi, avevano una minima «capacità contrattuale sociale», se non ne erano del tutto privi.

Non è difficile immaginare che le nefaste conseguenze di una pluridecennale protratta permanenza assumevano i contorni di un duplice effetto: da un lato, un ulteriore prevedibile deterioramento del quadro psichico e, dall'altro, una inevitabile rapida e spesso definitiva espulsione dal contesto familiare, sociale, economico e culturale di provenienza.

Altro effetto esiziale della prolungata dinamica di esclusione era la cronica impossibilità di costruire la prospettiva di restituire il soggetto alla società libera, anche nell'assai improbabile eventualità che le condizioni psichiche dell'internato da molti anni fossero nel frattempo migliorate.

È ormai noto che la continuata reclusione nelle istituzioni totali tende a provocare un progressivo deterioramento psichico di questi soggetti (*Goffman*, 1961; *Gonin*, 1991) che, giustapponendosi al disturbo psichico già esistente, e moltiplicandone gli effetti, produce una complessiva involuzione della personalità.

Ne deriva una condizione di regressione psichica cronica, che ha effetti anche a livello comportamentale, e che tende a rendere il soggetto autore di azioni sempre più anomale e talvolta violente, facendolo quindi diventare sempre meno idoneo alla vita relazionale della società libera.

Si è in presenza a questo punto di una spirale in cui il processo di emarginazione tende ad aumentare in modo inesorabile, fino a diventare irreversibile.

Con l'obiettivo di invertire tale tendenza, nel corso degli ultimi decenni sono state proposte numerose iniziative legislative (e non) in tema di riforma degli ospedali psichiatrici giudiziari, senza mai riuscire ad avviare una discussione parlamentare che porti a dirimere le disfunzioni di un sistema che riduce il sofferente psichico che ha commesso un reato a subire lunghissimi periodi di detenzione senza essere stato condannato.

In realtà, solo i pungoli delle numerose pronunzie della Consulta (la quale, in una sua nota recente sentenza sulla questione della misura del ricovero in ospedale psichiatrico giudiziario, non ha mancato l'occasione di sottolineare «l'inerzia» del legislatore), hanno attenuato le distorsioni di una norma giuridica basata sulla nozione di «pericolosità sociale», intesa come probabilità che un individuo commetta un reato, e valutata da Debuyst (1975) come una «malattia infantile» della criminologia (Bandini et coll., 2004).

Tale principio affonda le proprie radici nella Scuola Positiva che ha focalizzato la sua attenzione non più sul reato (Scuola Classica), ma sull'uomo delinquente, inteso come un individuo che alla stregua di un malato va "curato", ma prima di tutto deve essere neutralizzato (in doveroso ossequio al principio della difesa sociale).

L'ordinamento giuridico che ha recepito il concetto di pericolosità della Scuola Positiva è stato quello dello Stato fascista che lo ha sancito con l'approvazione del Codice Rocco del 1930.

A tutt'oggi non si è riusciti a superare la misura di sicurezza del ricovero in ospedale psichiatrico giudiziario per quanto sia noto che nella maggior parte dei casi gli internati sono dei soggetti che hanno necessità di cure e riabilitazione, piuttosto che individui socialmente pericolosi per la società.

La letteratura criminologica è, infatti, giunta unanimemente alla conclusione, sulla base di numerosissime ricerche empiriche, che non vi è relazione tra malattia mentale e pericolosità sociale.

Bandini et coll. (2004) affermano, infatti:

*“Anche l'evoluzione della moderna psichiatria ha contribuito a far entrare in crisi i sistemi che trovano fondamento nella predizione della pericolosità. Come già ricordato in precedenza, è stato empiricamente dimostrato che la malattia mentale non è statisticamente collegata con la pericolosità, e ciò in seguito ad indagini che hanno verificato sia la scarsa delittuosità dei soggetti dimessi da istituzioni psichiatriche, sia la limitata recidiva dei delinquenti malati di mente.*

Nel corso delle pagine seguenti, dopo aver analizzato il presupposto normativo e le più significative pronunzie della Consulta (nonché alcuni stralci di sentenze emesse dai giudici di merito) su tale argomento, si è esaminata l'intera popolazione dei prosciolti per vizio totale (ex art. 222, c.p.), ricoverati dall'1 gennaio al 31 dicembre 2007 presso l'Ospedale Psichiatrico Giudiziario di Barcellona Pozzo di Gotto (Me), attraverso l'analisi dei dati raccolti nelle cartelle personali conservate presso l'Ufficio Matricola, l'Area Trattamentale e la Direzione Sanitaria.

L'obiettivo della ricerca, sulla base delle osservazioni suesposte, è rilevare le loro caratteristiche (età, istruzione, lavoro, precedenti penali, pregressi periodi di internamento in ospedali psichiatrici giudiziari o strutture civili, ecc.) e valutare la durata della misura di sicurezza del ricovero in ospedale psichiatrico giudiziario e l'eventuale numero di ordinanze che ne hanno disposto la proroga.

I risultati ottenuti sono stati confrontati con quelli rilevati nel corso di uno studio simile, effettuato da Russo (1987), su 232 imputati di reato prosciolti per vizio di mente, e con alcune ricerche svolte negli ultimi anni presso gli ospedali psichiatrici giudiziari italiani.

## 1 • La misura di sicurezza del ricovero in Ospedale Psichiatrico Giudiziario

---

### 1.1 *Il precetto normativo*

L'art. 222 c.p. stabilisce che nel caso di proscioglimento per infermità psichica, ovvero per intossicazione cronica da alcool o da sostanze stupefacenti, ovvero per sordomutismo, è sempre ordinato il ricovero dell'imputato in un ospedale psichiatrico giudiziario, per un tempo non inferiore a due anni; salvo che si tratti di contravvenzioni o di delitti colposi o di altri delitti per i quali la legge stabilisce la pena pecuniaria o la reclusione per un tempo non superiore nel massimo a due anni, nei quali casi la sentenza di proscioglimento è comunicata all'Autorità di pubblica sicurezza.

La durata minima del ricovero nell'ospedale psichiatrico giudiziario è di dieci anni, se per il fatto commesso la legge stabilisce l'ergastolo, ovvero di cinque se per il fatto commesso la legge stabilisce la pena della reclusione per un tempo non inferiore nel minimo a dieci anni.

Una caratteristica essenziale (che accomuna peraltro tutte le misure di sicurezza detentive) è la durata teoricamente indeterminata (con un minimo stabilito per legge) della misura.

A differenza delle pene detentive che sono previste dalla legge per un



tempo prefissato, le misure di sicurezza detentive sono invece applicate per un tempo minimo che può essere soggetto a proroga.

Il codice penale prevede i casi in cui è possibile applicare le misure di sicurezza:

*“Le misure di sicurezza possono essere applicate soltanto alle persone socialmente pericolose, che abbiano commesso un fatto preveduto dalla legge come reato” (art. 202, primo comma, c.p.).*

stabilendo che,

*“Agli effetti della legge penale, è socialmente pericolosa la persona, anche se non imputabile o non punibile, la quale ha commesso taluno dei fatti indicati nell’articolo precedente, quando è probabile che commetta nuovi fatti preveduti dalla legge come reati” (art. 203, 1° co., c.p.).*

La valutazione della pericolosità sociale di una persona è data, quindi, dal considerare probabile che l’infermo psichico possa reiterare comportamenti che violino i precetti penali, simili o anche differenti dal primo fatto-reato che ha dato luogo al proscioglimento dell’imputato per riconosciuta infermità psichica al tempo del fatto.

Il giudizio di pericolosità sociale è, almeno formalmente, una valutazione “oggettiva” (nel senso che non può essere presunta<sup>1</sup>) e si basa sull’individuazione di una serie di caratteristiche relative al fatto-reato e al suo autore, espressamente indicate dal codice penale: «La qualità di persona socialmente pericolosa si desume dalle circostanze indicate nell’art. 133» (art. 203, 2° co., c.p.).

La pericolosità sociale si desume quindi:

- dalla natura, dalla specie, dai mezzi, dall’oggetto, dal tempo, dal luogo e da ogni altra modalità dell’azione;
- dalla gravità del danno o del pericolo cagionato alla persona offesa dal reato;

1 Solo con l’approvazione della L. 10/10/1986, n° 663 (cd. Legge Gozzini), ed in particolare con l’art. 31, 1° co., è stato abrogato l’art. 204, c.p. che così recitava: «[...] Nei casi espressamente determinati, la qualità di persona socialmente pericolosa è presunta dalla legge. [...]». È utile ricordare che nei «casi espressamente determinati» rientravano l’infermità e la seminfermità di mente. Si rinvia all’interessante e quanto mai attuale saggio di Alberto Manacorda (1982) per esplorare storicamente “i tentativi compiuti dai giudici per far riconoscere la illegittimità costituzionale di questa norma”.



- dalla intensità del dolo o dal grado della colpa;
- dai motivi a delinquere e dal carattere del reo;
- dai precedenti penali e giudiziari e, in genere, dalla condotta e dalla vita del reo, antecedenti al reato;
- dalla condotta contemporanea o susseguente al reato;
- dalle condizioni di vita individuale, familiare e sociale del reo.

Indeterminatezza della misura e pericolosità sociale sono dunque i due concetti attorno a cui ruota l'applicazione della misura di sicurezza, ben definiti nella loro radice criminologica da Manacorda:

*“Così, dalla Scuola Classica deriva l'aspetto retributivo della misura di sicurezza, che ne fissa la durata minima irriducibile dal giudice e che è commisurata al tipo di reato commesso; dalla Scuola Positiva la indeterminazione della durata massima, che è appunto funzionale alla eliminazione della 'pericolosità', e quindi alle esigenze della 'difesa sociale'.”*

## 1.2 Coordinate storiche e teoriche delle misure di sicurezza

Le misure di sicurezza (compresa quella del ricovero nell'ospedale psichiatrico giudiziario) furono introdotte dal codice penale vigente (cosiddetto “Codice Rocco”, dal nome del Ministro della Giustizia dell'epoca), approvato nel 1930 dallo Stato fascista.

Il previgente codice penale, il cosiddetto “Codice Zanardelli” del 1889, bersagliato per decenni dalle critiche mosse dai propugnatori della Scuola Positiva, era basato sulle pene detentive e non contemplava le misure di sicurezza. Le persone prosciolte per vizio di mente erano infatti destinatarie di un provvedimento di tipo non penale.

L'art. 46 del codice penale del 1889 prevedeva, infatti, che:

*“Non è punibile colui che, nel momento in cui ha commesso il fatto, era in tale stato di infermità di mente da togliergli la coscienza o la libertà dei propri atti.*

*Il giudice, nondimeno, ove stimi pericolosa la liberazione dell'imputato prosciolto, ne ordina la consegna all'Autorità competente per i provvedimenti di legge”.<sup>2</sup>*

- 2 Si poteva applicare un intervento coattivo, con carattere giudiziario, ma senza l'applicazione di misure penali (ricovero nel manicomio civile). Così come tutt'oggi accade, peraltro, nella maggior parte dei cc.dd. “Paesi Occidentali”. A tale proposito risulta interessante il confronto con alcune legislazioni straniere sul trattamento del “folle criminale” riportato dal Manacorda (1982) nel cap. XV.



I manicomi criminali, inizialmente, furono in effetti istituiti con la finalità di ricoverare i cosiddetti “rei – folli”, ovvero quelli che stavano rinchiusi all’interno del carcere per scontare una pena e che davano avvisaglie di insanità mentale<sup>3</sup>. Fu così che l’Amministrazione penitenziaria dell’epoca istituì nel 1876 il primo manicomio criminale italiano, senza alcuna previsione normativa, inaugurando, con un mero atto amministrativo, la Sezione per maniaci presso il carcere di Aversa.

Nei decenni successivi furono istituiti gli altri manicomi giudiziari: Montelupo Fiorentino nel 1886, Reggio Emilia nel 1892, Napoli nel 1922, Barcellona Pozzo di Gotto nel 1925, Castiglione delle Stiviere (Mantova) nel 1939, Pozzuoli nel 1955 (quest’ultimo, successivamente, chiuso nel 1975 con provvedimento ministeriale).

Con il Codice Rocco il manicomio criminale cambia denominazione e finalità. L’istituzione prende il nome di manicomio giudiziario (che in virtù della legge di riforma dell’ordinamento penitenziario n° 354/1975, verrà sostituita dall’attuale denominazione di Ospedale Psichiatrico Giudiziario) e tra i suoi internati, oltre ai “rei – folli”, si registra anche la presenza dei cosiddetti “folli – rei”, ovvero le persone prosciolte da una imputazione perché psichicamente non responsabili e riconosciuti pericolosi socialmente.

Il sistema penale del codice del 1930 è costruito sostanzialmente sul cosiddetto «doppio binario» punitivo, basato sull’applicazione congiunta di pene e di misure di sicurezza.

Vi è una differenza fondamentale tra le prime e le seconde, che viene efficacemente formulata da Luigi Ferrajoli:

*“Dalle pene le misure di sicurezza si distinguono per il loro diverso presupposto: che non è tanto, o non solo e comunque non sempre, la commissione di un reato, bensì la qualificazione della persona come «pericolosa socialmente» per la probabilità che commetta qualche reato futuro (artt. 202-203)”.*

Da questo punto di vista, le misure di sicurezza assomigliano molto più alle misure di prevenzione che alle pene, per la loro natura intrinseca volta alla difesa sociale, in quanto la loro applicazione discende dall’analisi delle caratteristiche del reo, piuttosto che dal fatto-reato da lui commesso.

In qualche modo possono considerarsi come un doppione delle pene, in quanto si sommano a queste qualora vi sia una condanna, mentre le sostituiscono nei casi di proscioglimento per soggetti non imputabili. Nella fattispecie, le misure di sicurezza detentive, inflitte con sentenza di condanna

3 Cesare Lombroso fu certamente tra i maggiori propugnatori della nascita dei manicomi criminali per internare “i condannati impazziti in carcere”.



per vizio parziale di mente, sono eseguite dopo l'espiazione delle pene e si differenziano da queste esclusivamente per la maggiore afflittività, dovuta all'indeterminatezza della loro durata.

È evidente la matrice della Scuola positiva, con la particolare attenzione al reato inteso alla stregua di una patologia che affligge il deviante, soggetto riconosciuto "pericoloso socialmente", da trattare in funzione della prevenzione e della difesa sociale. Così come è altrettanto palese lo sganciamento "dal principio di stretta legalità penale e dai connessi corollari garantisti propri delle pene" (derivanti dalla Scuola classica del diritto penale).

Ne consegue che il codice Rocco da un lato accoglie le garanzie delle pene proprie della Scuola Classica, e dall'altro le respinge, introducendo le misure di sicurezza improntate ai principi "terapeutici" della Scuola Positiva.

Con la Carta Costituzionale, che afferma esplicitamente i fini rieducativi della pena (art. 27, III co.: «Le pene non possono consistere in trattamenti contrari al senso di umanità e devono tendere alla rieducazione del condannato»), si assiste alla legittimazione delle misure di sicurezza, esplicitata con il dettato costituzionale che stabilisce all'art. 25, III co.: «Nessuno può essere sottoposto a misure di sicurezza se non nei casi previsti dalla legge»<sup>4</sup>, ancorandole così al «principio di mera legalità», anziché a quello di «stretta legalità penale»<sup>5</sup>.

Nonostante ciò, la gran parte della letteratura penalistica ritiene che le misure di sicurezza hanno natura giurisdizionale.

Sebbene, persino la Corte di Cassazione si sia espressa in maniera ineludibile:

*“la sentenza non passa mai in giudicato per quanto concerne le misure di sicurezza, data la natura sostanzialmente amministrativa di queste, la loro modificabilità e revocabilità, e l'applicabilità ex officio persino dopo la sentenza nei casi indicati dall'art. 205 cod. pen.”* [il neretto è nostro, n.d.r.] (Cass. Sez. I, 21.9.1995, n. 4077, Melacrinò, CED)<sup>6</sup>.

Del resto, alcuni studiosi avevano da tempo dichiarato, senza indugi, il carattere amministrativo delle misure di sicurezza.

- 4 L'art. 199 del codice Rocco stabilisce che: «Nessuno può essere sottoposto a misure di sicurezza che non siano espressamente stabilite dalla legge e fuori dei casi dalla legge stessa preveduti.».
- 5 Ferrajoli (1989) sintetizza molto efficacemente i due principi: «Chiamerò d'ora in poi "principio di mera legalità" la riserva di legge, che è una norma rivolta ai giudici cui prescrive l'applicazione delle leggi comunque formulata; ed userò l'espressione "principio di stretta legalità" per designare la riserva assoluta di legge, che è una norma rivolta al legislatore cui prescrive la tassatività e la determinatezza empirica delle formulazioni legali».
- 6 Riportato in Fiorentin e Marcheselli (2005).



Secondo questi ultimi, gli studiosi di diritto penale che considerano le misure di sicurezza di natura giurisdizionale sarebbero fuorviati da quattro fattori: «la loro menzione nel codice penale, la loro applicazione da parte del giudice, il fatto che esse conseguono (quasi) sempre alla commissione di un reato e il principio di legalità per esse affermato dall'art. 25 Cost. e dall'art. 199 c.p.»<sup>7</sup>.

A suffragio, invece, della loro inequivocabile natura amministrativa, ai fini della individuazione occorre concentrarsi sulla loro collocazione all'interno del codice penale. Gli articoli inerenti alle misure di sicurezza, infatti, sono dal 199 al 240 e appartengono al Titolo VIII del codice penale, che riporta la seguente denominazione: «Delle misure amministrative di sicurezza». Analizzando più in profondità nello specifico, emergono i tratti distintivi dei tipici provvedimenti amministrativi: la «discrezionalità» (artt. 202, 203, 133 c.p.) e la loro eventuale «revocabilità» o «modificabilità» (artt. 207, c.p.; art. 679 c.p.p. e art. 69, IV co., L. 354/75).

Le misure di sicurezza, in realtà, nella loro applicabilità non sono rette dai principi di garanzia propri delle pene detentive, ovvero retributività (art. 202, II co., c.p.: «la legge penale determina i casi nei quali a persone socialmente pericolose possono essere applicate misure di sicurezza per un fatto non preveduto dalla legge come reato»), stretta legalità (nell'art. 199 c.p. non vi sono indicati i casi tassativi, predeterminati, nonché le corrispondenti misure di sicurezza da applicare altrettanto tassativamente predeterminate nel tipo e nella durata<sup>8</sup>) e stretta giurisdizionalità (dalla lettera dell'art. 203 c.p., emerge che non si è in presenza di un fatto da provare, ma di una qualità da riconoscere).

### 1.3 I principi sanciti dalla Consulta e gli orientamenti della Corte Suprema.

Le norme penali che disciplinano la misura di sicurezza del ricovero nell'ospedale psichiatrico giudiziario sono state oggetto, negli ultimi decenni, di numerosi rilievi d'incostituzionalità della Consulta e dei conseguenti interventi della Suprema Corte che hanno dato avvio ad una stagione di grandi innovazioni, prima con la sostanziale abolizione della misura mini-

7 Secondo Ferrajoli (1989): «la prima è irrilevante, la seconda è puramente estrinseca, la terza è sostanzialmente disattesa da norme dettate dal codice e la quarta non corrisponde alla garanzia della stretta legalità richiesta nel diritto penale ma a quella della legalità mera o lata che presiede all'esercizio di qualunque pubblico potere.»

8 In assenza di ogni garanzia di certezza circa il momento della cessazione della misura, tanto più grave e vessatorio appare il fatto che neanche il provvedimento di applicazione riesca a determinare in via definitiva la sua durata.

ma, e successivamente con la revisione della obbligatoria applicazione delle misure di sicurezza sulla base di presunzioni legali (Canepa, Merlo, 2002).

L'apripista giuridico si è materializzato con la ormai nota sentenza 5 aprile 1974 n° 110 della Corte Costituzionale, la quale ha dichiarato:

*“l'illegittimità costituzionale dell'art. 207, terzo comma, del codice penale, nella parte in cui attribuisce al Ministro di grazia e giustizia - anziché al giudice di sorveglianza - il potere di revocare le misure di sicurezza, nonché, ai sensi dell'art. 27 della legge n. 87 del 1953, l'illegittimità costituzionale del secondo comma dello stesso articolo 207 del codice penale, in quanto non consente la revoca delle misure di sicurezza prima che sia decorso il tempo corrispondente alla durata minima stabilita dalla legge”.*

Con questa pronuncia il giudice delle leggi ha stabilito che la durata minima della misura di sicurezza era illegittima, e che la misura poteva essere revocata dal giudice anche prima che ne fosse decorso il periodo minimo che era (ed è tuttora) stabilito dalla legge, purché fosse cessata la pericolosità sociale del soggetto.

Nella prima metà degli anni '80, la Consulta, con la altrettanto nota sentenza n° 139/82, dichiara:

*“l'illegittimità costituzionale degli artt. 222, primo comma, 204, cpv. e 205, cpv. n. 2, del codice penale, nella parte in cui non subordinano il provvedimento di ricovero in ospedale psichiatrico giudiziario dell'imputato prosciolto per infermità psichica al previo accertamento da parte del giudice della cognizione o della esecuzione della persistente pericolosità sociale derivante dalla infermità medesima al tempo dell'applicazione della misura” (Corte Cost., sent. n° 139 dell'8 luglio 1982).*

Nel giro di qualche anno, la giurisprudenza di legittimità, in relazione all'obbligo del giudice di valutare la pericolosità sociale dell'infermo di mente, è intervenuta con una sentenza della VI Sezione, affermando che

*“[...] in caso di proscioglimento dell'imputato per riconosciuta infermità mentale al tempo del fatto, il giudice della cognizione, per ordinare il ricovero in un ospedale psichiatrico giudiziario, ha l'obbligo di verificare lo stato di salute psichica del soggetto al momento del giudizio. Il giudice dell'esecuzione deve ripetere le relative indagini soltanto quando ciò sia necessario, in relazione alle particolari contingenze, che possono verificarsi in ordine all'attuazione della misura stessa, per assicurare che essa venga concretamente applicata ad un soggetto in situazioni attuali di infermità mentale.” (Cass., Sez. VI, 07.02.1985, n° 8414, De Feo, CED)<sup>9</sup>.*

9 Riportata nel volume di Fiorentin e Marcheselli (2005).



e, successivamente, con un'altra pronunzia della Sezione V,

*“Il proscioglimento di un imputato per incapacità di intendere e di volere dovuta ad infermità psichica comporta una presunzione di pericolosità sociale che dà luogo all'applicazione di una misura di sicurezza nei casi e nei modi stabiliti dalla legge. L'applicazione di tale misura, tuttavia, in seguito alla parziale dichiarazione di illegittimità costituzionale degli artt. 204, 205 e 222 cod. pen., contenuta nella sentenza della Corte Costituzionale 29 luglio 1982 n° 139, è sempre subordinata all'accertamento del perdurare dell'infermità, quando l'esecuzione sia distanziata temporalmente dal momento della commissione del fatto.” (Cass., Sez. V, 7.3.1986, n° 552, Mollica, CED)<sup>10</sup>.*

Tale accertamento, in sede di revisione della pericolosità, si basa su un ampliamento delle caratteristiche funzionali alla valutazione del giudizio di pericolosità sociale.

La Suprema Corte ha infatti stabilito che il giudice può utilizzare ‘qualsiasi’ elemento che consideri utile ai fini della valutazione della pericolosità sociale, incluso «il contegno tenuto nel corso dell'internamento e le concrete possibilità di adeguato reinserimento sociale.» (Cass., Sez. I, 22.10.1982, n° 2146, Ferrara, CED).

Per adeguato reinserimento sociale si intende certamente la disponibilità ad accogliere l'infermo da parte della famiglia di origine, ma anche e soprattutto (tenuto conto che si tratta di soggetti con problemi psichiatrici) l'esistenza di affidabili strutture sanitarie disponibili a curare l'infermo psichico.

A tal proposito, significativa appare la sentenza della Cassazione n° 507/1993<sup>11</sup>, nella quale si conferma la decisione del giudice di merito che ha riconosciuto pericoloso socialmente un imputato prosciolto per vizio parziale di mente, adducendo «la dimostrata inaffidabilità dei locali servizi di assistenza psichiatrica» (Cass., Sez. I, 7.12.1993, n° 507, Mitrugno, CED).

L'art. 222 c.p. risulta essere il nucleo centrale della disciplina del ricovero in ospedale psichiatrico giudiziario e certamente diviene quello maggiormente colpito dall'azione della Consulta, la quale con sentenza n° 324/1998 lo dichiara incostituzionale nella parte in cui prevede l'applicazione anche ai minori della misura di sicurezza del ricovero in un ospedale psichiatrico giudiziario.

Nel giro di un lustro, il giudice delle leggi dichiara anche l'illegittimità costituzionale dello stesso articolo nella parte in cui non consente al giudice, nei casi ivi previsti, di adottare, in luogo del ricovero in ospedale psichiatrico giudiziario, una diversa misura di sicurezza, prevista dalla legge, idonea ad assicu-

<sup>10</sup> *Ibidem.*

<sup>11</sup> *Ibidem.*



rare adeguate cure dell'infermo di mente e a far fronte alla sua pericolosità sociale (cfr. Corte cost. n° 253/2003), principio che viene subito recepito in numerosi casi dai tribunali di sorveglianza, applicando la misura di sicurezza della libertà vigilata, anziché il ricovero nell'ospedale psichiatrico giudiziario.

Fiorentin e Marcheselli (2005) riportano sinteticamente le motivazioni espresse dai giudici costituzionali espresse nella pronuncia in parola:

*“La Consulta, premesso che «viene denunciato come incostituzionale il vincolo rigido imposto al giudice di disporre comunque la misura detentiva... anche quando una misura meno drastica, e in particolare la misura più elastica e non segregante come la libertà vigilata, che è accompagnata da prescrizioni imposte dal giudice, di contenuto non tipizzato (e quindi anche con valenza terapeutica), 'idonee ad evitare le occasioni di nuovi reati' (art. 228, secondo comma, cod. pen.), appaia capace, in concreto, di soddisfare contemporaneamente le esigenze di cura e tutela della persona interessata e di controllo della sua pericolosità sociale», ha osservato ancora che «la legge qui adotta un modello che esclude ogni apprezzamento della situazione da parte del giudice, per imporgli un'unica scelta, che può rivelarsi, in concreto, lesiva del necessario equilibrio fra le diverse esigenze che deve necessariamente caratterizzare questo tipo di fattispecie, e persino tale da pregiudicare la salute dell'infermo: ciò che, come si è detto, non è in alcun caso ammissibile».*

*I giudici costituzionali così concludono: «mentre solo il legislatore (la cui inerzia in questo campo, caratterizzato da scelte assai risalenti nel tempo e mai riviste alla luce dei principi costituzionali e delle acquisizioni scientifiche, non può omettersi di rilevare ancora una volta) può intraprendere la strada di un ripensamento del sistema delle misure di sicurezza, con particolare riguardo a quelle previste per gli infermi di mente autori di fatti di reato, e ancor più di una riorganizzazione delle strutture e di un potenziamento delle risorse, questa Corte non può sottrarsi al più limitato compito di eliminare l'accennato automatismo, consentendo che, pur nell'ambito dell'attuale sistema, il giudice possa adottare, fra le misure che l'ordinamento prevede, quella che in concreto appaia idonea a soddisfare le esigenze di cura e tutela della persona, da un lato, di controllo e contenimento della sua pericolosità sociale dall'altro» (Corte cost. 18.7.2003, n° 253, GU 23/7/2003)<sup>12</sup>.*

A distanza di un anno, la Consulta con sentenza n° 367 del 2004, [...] si esprime su una «questione sostanzialmente analoga» alla precedente pronuncia (253/2003), considerando che:

*“Le argomentazioni svolte dalla sentenza n. 253 del 2003 nel censurare il rigido automatismo che caratterizzava l'art. 222 cod. pen. e le conclusioni cir-*

12 *Ibidem.*



*ca la violazione del principio di ragionevolezza e del diritto alla salute si attagliano, a maggior ragione, alla disciplina dell'applicazione provvisoria della misura di sicurezza del ricovero in ospedale psichiatrico giudiziario, posto che sarebbe irragionevole precludere al giudice l'applicazione in via provvisoria di una misura non detentiva consentita invece in via definitiva.*

*In particolare, l'art. 312 del codice di procedura penale dispone che per applicare la misura provvisoria è sufficiente la sussistenza di «gravi indizi di commissione del fatto», cioè un sommario giudizio prognostico, mentre in caso di proscioglimento per infermità psichica l'applicazione in via definitiva della misura presuppone evidentemente un compiuto accertamento circa la sussistenza degli elementi oggettivi e soggettivi del fatto di reato.»*

E dichiara, pertanto:

*“l'illegittimità costituzionale dell'art. 206 del codice penale (Applicazione provvisoria delle misure di sicurezza), nella parte in cui non consente al giudice di disporre, in luogo del ricovero in ospedale psichiatrico giudiziario, una misura di sicurezza non detentiva, prevista dalla legge, idonea ad assicurare alla persona inferma di mente cure adeguate e a contenere la sua pericolosità sociale”.*

L'ultima pronuncia in ordine di tempo (ma non certo per importanza) è, infine, quella che le Sezioni Unite della Suprema Corte di Cassazione hanno affermato con sentenza n° 9163 del 2005, fissando il principio secondo cui possono costituire causa idonea per stabilire la non imputabilità per vizio di mente, totale o parziale, anche i «disturbi della personalità», disancorandosi così dal tradizionale modello definitorio delle infermità.

Il giudice di legittimità precisa che affinché ciò avvenga, è necessario che al soggetto agente siano riconosciuti al momento del fatto disturbi di personalità che siano di «consistenza, intensità, rilevanza e gravità tali da concretamente incidere sulla sua capacità di intendere e di volere» (art. 88 e 89 c.p.).

Inoltre, secondo la Suprema Corte, deve sussistere il nesso eziologico tra il disturbo di personalità e il comportamento deviante, vale a dire si deve poter ritenere che il disturbo mentale abbia causato il fatto reato.

Così concludono, infatti, il giudizio di legittimità in parola le Sezioni Unite:

*“Possono a tal punto raccogliersi le fila del discorso giustificativo sin qui svolto e trarsi la conclusione che deve essere affermato il seguente principio di diritto, ai sensi dell'art. 173.3 disp. att. c.p.p.: ai fini del riconoscimento del vizio totale o parziale di mente, rientrano nel concetto di «infermità» anche i «gravi disturbi della personalità», a condizione che il giudice ne accerti la gravità e l'intensità, tali da escludere o scemare grandemente la capacità di intendere o di volere, e il nesso eziologico con la specifica azione criminosa”.*





## 2 • Uno studio comparato sull'Ospedale Psichiatrico Giudiziario di Barcellona Pozzo di Gotto (Me)

La ricerca che verrà illustrata nelle pagine che seguono è un'indagine conoscitiva sui prosciolti per vizio totale di mente, internati dall'1 gennaio al 31 dicembre 2007, presso l'Ospedale Psichiatrico Giudiziario di Barcellona Pozzo di Gotto (Me).

L'obiettivo è quello di confrontare i risultati emersi da tale indagine con quelli ottenuti nel corso di una rilevazione effettuata nel 1985, per verificare eventuali significative differenze rispetto alle caratteristiche degli internati, nonché all'utilizzo della misura del ricovero in ospedale psichiatrico giudiziario (durata della misura ed eventuali proroghe).

Nella ricerca del 1985 (Russo, 1987) sono state rilevate le seguenti caratteristiche: l'età, lo stato civile, il titolo di studio, l'attività lavorativa esercitata prima di essere ricoverati, il reato commesso, i precedenti penali, il luogo di residenza, la diagnosi formulata nel corso dell'internamento, i precedenti ricoveri in strutture psichiatriche civili o giudiziarie, il sostegno offerto dal nucleo familiare.

Nel lavoro svolto nel corso del 2007, la ricerca si è focalizzata, oltre che sull'analisi delle suddette variabili, anche sulla durata della permanenza dell'internato nell'ospedale psichiatrico giudiziario, nonché sul numero di proroghe stabilite a seguito del riconoscimento della «pericolosità sociale».

### 2.1 La ricerca sui prosciolti per vizio totale dell'OPG di Barcellona (Me)

Prima di mettere a confronto i due studi, è necessario illustrare l'impostazione data alla ricerca del 2007 e le sue finalità.

Con la presente indagine si intendono infatti descrivere alcune caratteristiche degli imputati di reato che sono stati prosciolti in seguito ad una sentenza che li ha riconosciuti infermi per vizio totale di mente (d'ora in poi denominati per opportunità semplicemente "internati"), ricoverati presso l'Ospedale Psichiatrico Giudiziario di Barcellona Pozzo di Gotto (Me) dall'1 gennaio al 31 dicembre 2007.

I dati sono stati ricavati dall'esame incrociato delle diverse cartelle personali che sono conservate presso l'Ufficio Trattamentale, l'Ufficio Sanitario e l'Ufficio Matricola.

Nel corso del 2007 si è rilevata la presenza effettiva di 150 prosciolti per vizio totale, provenienti nel 38% dei casi dalla Sicilia, nel 30% da altre regioni meridionali (Calabria, Campania, Puglia), nel 12% dai paesi stranieri, nel 10% dalla Sardegna e nel rimanente altro 10% dalle regioni del Centro – Nord.

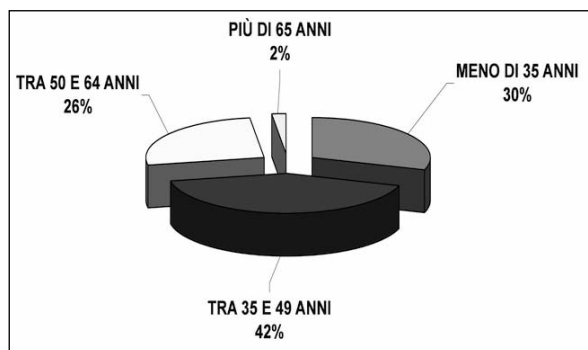




L'età media degli internati al momento dell'ingresso nell'Ospedale psichiatrico giudiziario di Barcellona è di 36 anni, mentre è di 43 anni nel periodo (anno 2007) in cui è stata fatta la rilevazione.

In particolare, circa un terzo dei prosciolti per vizio totale aveva meno di 35 anni, e poco meno della metà era fra i 35 e i 49 anni. Gli internati tra i 50 e i 64 anni erano pari al 26%, mentre solo il 2% possedeva un'età superiore ai 65 anni (cfr. Grafico I).

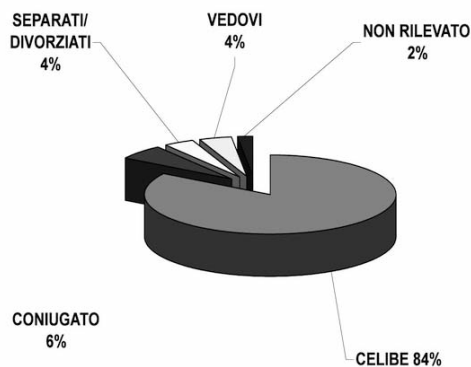
**Grafico I** - Età degli internati al momento della rilevazione



Per quanto concerne lo stato civile, dai risultati ottenuti dall'analisi delle cartelle personali è emerso che vi è un'alta incidenza di celibi (84%), mentre molto modeste risultano le percentuali relative alla qualità di coniugato (6%), separato/divorziato (4%), vedovo (4%).

Solo nel restante 2% dei casi non è stato possibile rilevare il dato (cfr. Grafico II).

**Grafico II** - Stato civile



532

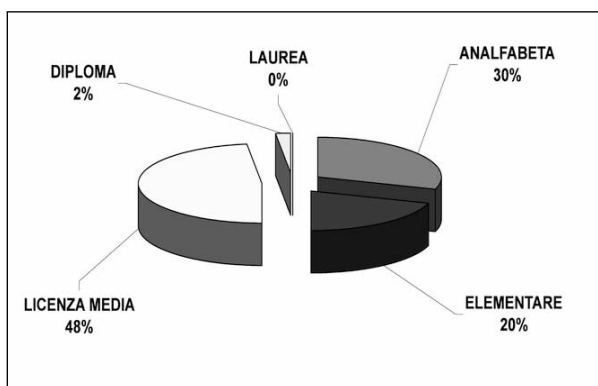
• psichiatria e psicologia forense •

Dal Grafico III si rileva chiaramente che circa la metà degli internati non è in possesso del titolo corrispondente alla scuola dell'obbligo: il 30% di essi è risultato analfabeta e il 20% ha conseguito la licenza elementare. Il 48% ha raggiunto il titolo di studio della scuola dell'obbligo, mentre solo il 2% è diplomato. Nessuno è in possesso di titoli universitari.

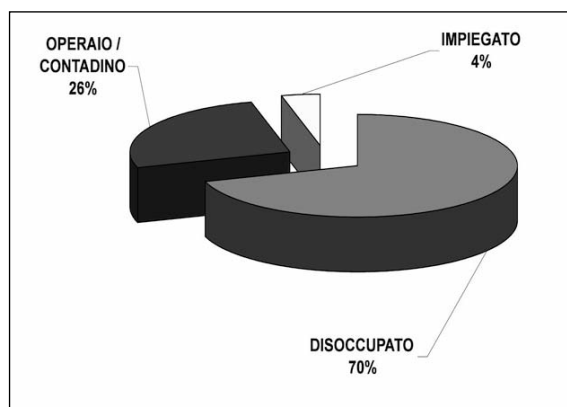
Per quanto concerne l'attività lavorativa esercitata prima di essere ricoverati, si è registrato che la maggior parte dei soggetti erano disoccupati (70%), circa un quarto avevano un lavoro scarsamente qualificato (operai/contadini nel 26%) e solo una minima percentuale (4%) poteva vantare un posto di impiegato. Nessuno aveva ricoperto ruoli apicali o di un certo prestigio sociale (cfr. Grafico IV).

Dai dati raccolti è emersa una vasta differenziazione di tipologie di reati, che oscillano da quelli gravi a quelli assai modesti.

**Grafico III - Titolo di studio**



**Grafico IV - Condizione lavorativa**

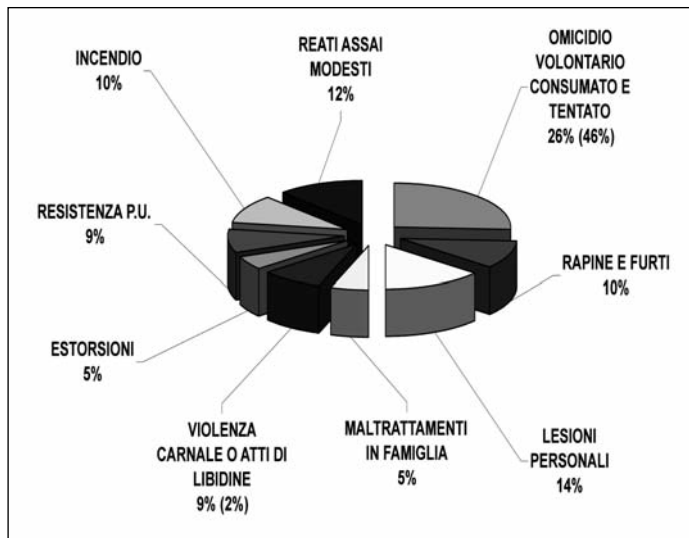






### Grafico V - Tipologia di reati

(i dati tra parentesi sono relativi allo studio condotto nel 1985 da Russo)



Dal Grafico V si rileva la ripartizione dei reati: il più frequente risulta l'omicidio volontario consumato e tentato (26%), seguono a ruota le lesioni personali (14%), i furti e le rapine (10%), l'incendio e il tentato incendio (10%), la violenza carnale o gli atti di libidine (9%), la resistenza a pubblico ufficiale (9%), le estorsioni (5%) e i maltrattamenti in famiglia (5%).

Significativo che anche altre tipologie di reati assai modesti (calunnie, minacce semplici, oltraggio, ubriachezza molesta, etc.) si attestino complessivamente nella percentuale del 12%.

Gli internati risultano con precedenti penali nel 44% dei casi e il 56% di essi è stato precedentemente ricoverato in altri ospedali psichiatrici giudiziari.

Si è anche riscontrato che solo il 44% di questi soggetti aveva avuto più di un contatto con le strutture territoriali psichiatriche civili.

Le diagnosi formulate ai ricoverati esaminati sono: il 34% con disturbo schizofrenico, il 22% con disturbo psicotico, il 12% con disturbo correlato alcol e tossicodipendenza, il 6% con disturbo della personalità, il 6% con disturbo dell'umore, il 6% con ritardo mentale, il 6% con altri disturbi, l'8% non si è potuto rilevare. A nessuno è stato diagnosticato il disturbo dell'ansia.

In generale, la durata del ricovero in ospedale psichiatrico giudiziario è strettamente correlata al numero di proroghe della misura di sicurezza per riconosciuta «pericolosità sociale».

Per quanto riguarda la durata della permanenza nell'Ospedale psichiatrico giudiziario di Barcellona Pozzo di Gotto, dal Grafico VII si evidenzia che nella maggior parte dei casi (60% circa) la misura di sicurezza ha una durata fra i 3 e



i 10 anni. Nella fattispecie, il 24% fra i 3 e i 5 anni e il 36% tra i 6 e i 10 anni.

Quasi un quinto (18%) dei prosciolti per vizio totale “beneficia” di oltre 10 anni di permanenza all’ospedale psichiatrico giudiziario: il 10% dagli 11 ai 15 anni, il 6% dai 16 ai 20 anni, e addirittura il 2% oltre i 20 anni.

Il rimanente 22% di internati è rimasto fino al massimo 2 anni (6% meno di 1 anno e 16% tra 1 e 2 anni).

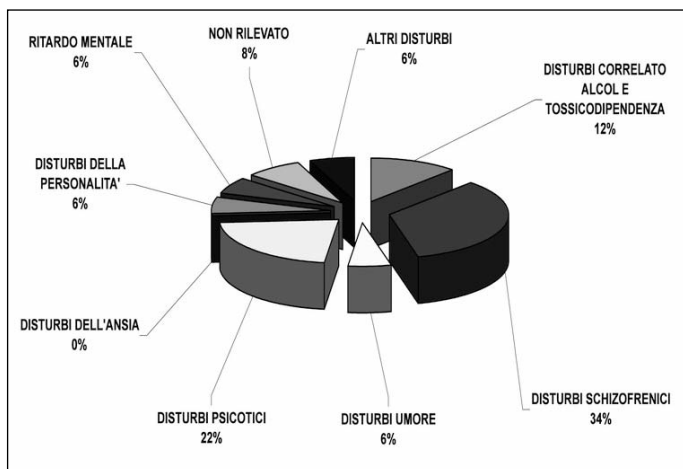
La maggior parte degli internati a Barcellona sono soggetti alla «proroga» della misura di sicurezza.

I ricoverati per vizio totale sono stati complessivamente destinatari di oltre 20 proroghe per il 4%, tra le 16 e le 20 nell’8% dei casi, tra le 11 e le 15 per il 19% e tra le 6 e le 10 proroghe il 14% dei casi. Solo circa un quinto (18%) di essi non è stato destinatario di ordinanze di «proroghe», ma il 19% ne ha avute da 1 a 2, così come il 18% da 3 a 5 (cfr. Grafico VIII).

Per quanto concerne il sostegno offerto dal nucleo familiare si è deciso, attraverso un confronto diretto con gli operatori penitenziari e gli assistenti sociali che si occupano dei casi e con l’ausilio di una lettura accurata delle cartelle personali dei soggetti conservate nell’archivio dell’area trattamentale, di valutare non tanto la presenza e la frequenza dei familiari all’appuntamento dei colloqui mensili, quanto la disponibilità di questi ultimi ad accogliere o meno l’internato dopo la (o in vista della) eventuale dimissione.

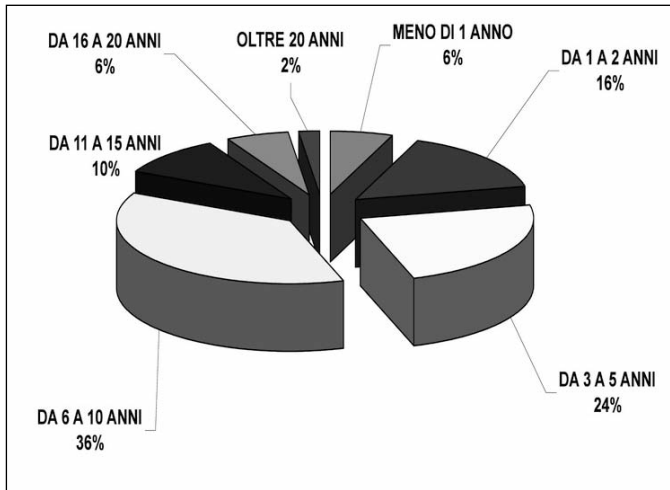
I dati raccolti hanno rilevato che solo il 38% delle famiglie dei ricoverati si è reso effettivamente disponibile ad accogliere il proprio congiunto, mentre il 62% ha implicitamente (o addirittura, in talune occasioni, esplicitamente) dichiarato la propria indisponibilità a gestire l’internato in caso di revoca o non proroga della misura di sicurezza del ricovero in ospedale psichiatrico giudiziario (cfr. Grafico IX).

**Grafico VI - Diagnosi**

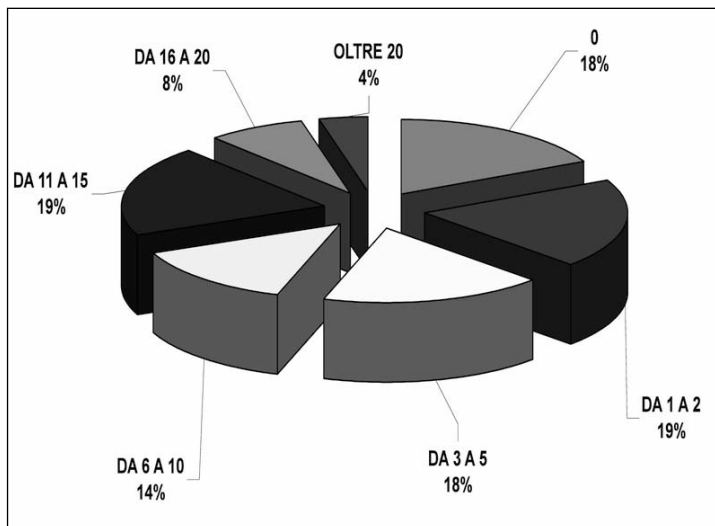




**Grafico VII - Permanenza Opg**

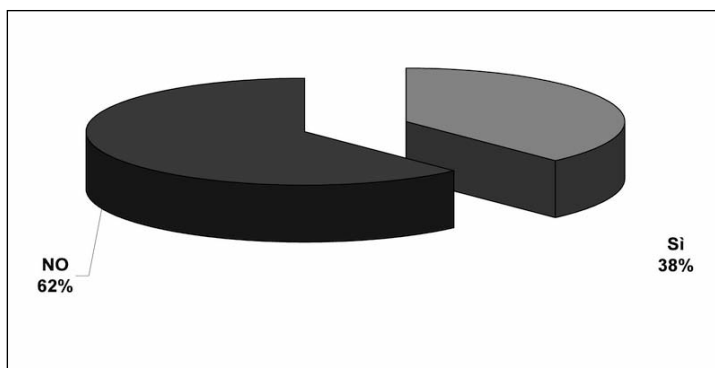


**Grafico VIII - Numero di proroghe**



• Sui folli-rei: una ricerca comparata



**Grafico IX** - Il sostegno offerto dal nucleo familiare

## 2.2 Discussione dei risultati

I risultati più significativi della presente ricerca sono stati confrontati con i dati raccolti in una precedente indagine effettuata su 232 ricoverati (ex art. 222, c.p.), dal 1° gennaio al 31 dicembre 1985, presso lo stesso Ospedale psichiatrico giudiziario (Russo, 1987), nonché con altre ricerche effettuate negli ospedali psichiatrici giudiziari italiani. In particolare, e per ovvie necessità di comparazione scientifica, si è proceduto al confronto limitatamente a quegli studi empirici che hanno indagato solamente gli internati per vizio totale di mente in un equivalente periodo temporale (un intero anno solare). La presente ricerca, infatti, non ha preso in considerazione tutta la popolazione internata, ma solo i soggetti ricoverati ai sensi dell'art. 222, c.p.

### Provenienza

L'ospedale psichiatrico giudiziario di Barcellona Pozzo di Gotto (Me) ha un bacino di utenza molto variegato a causa del noto problema che non tutte le regioni d'Italia hanno una simile struttura penitenziaria. Dunque, non deve meravigliare che i soggetti provengono, in maggioranza, oltre che dalla Sicilia, anche da altre regioni prevalentemente meridionali, con una tendenza in aumento della presenza degli stranieri, rispetto soprattutto alla precedente rilevazione (Russo, 1987) che non ne aveva registrati. Si tratta di un mutamento, seppur di modesta entità, della composizione della popolazione degli internati che riflette l'incremento progressivo del nu-





mero dei residenti stranieri in Italia negli ultimi decenni<sup>13</sup> ed è in linea con il costante aumento degli stranieri che si registra ormai da diversi lustri in tutti gli Istituti Penitenziari ed anche in diversi Ospedali Psichiatrici Giudiziari<sup>14</sup>.

#### *Età, stato civile, istruzione, lavoro*

I ricoverati sono in gran parte di media età, con scarse opportunità sociali di accesso all'istruzione e al mondo del lavoro, e con grandi difficoltà di realizzazione familiare.

Sotto questi profili vengono confermati i risultati emersi da altre ricerche (Russo, 1987; Romano, Saugnani, 2001; Andreoli, 2002), salvo l'attuale rilevamento di un tasso di analfabetismo in crescita (30%) rispetto ai dati del 1985 (19%). Si è anche riscontrata una tendenza decrescente del tasso di diplomati (il 2% nel 2007 contro l'11% del 1985), ma crescente rispetto alla scuola dell'obbligo (48% contro il 14%).

In gran parte, i dati emersi in relazione a tali tratti caratteristici degli internati per vizio totale di mente sembrerebbero dare ragione a quanti considerano gli ospedali psichiatrici giudiziari come l'ultimo contenitore dell'esclusione sociale. Troppo alti appaiono infatti i tassi riscontrati dei soggetti che non hanno conseguito il titolo della scuola dell'obbligo (50%), che sono privi di una occupazione (70%) e che non hanno raggiunto una autonoma realizzazione familiare.

#### *Precedenti penali e precedenti ricoveri*

La rilevante incidenza di soggetti con precedenti penali (44%), nonché con precedenti ricoveri in ospedale psichiatrico giudiziario (56%) e in comunità terapeutiche riabilitative (44%), riscontrata da Russo (1987), e confermata anche in questo lavoro di ricerca, potrebbe portare a ipotizzare che si tratta per una buona parte di soggetti già precedentemente "selezionati" dalla rete delle agenzie del controllo sociale, le quali più facilmente riconoscono

13 Dall'ultimo rapporto "International Migration Outlook" realizzato dal Censis per l'Ocse, il numero degli immigrati residenti in Italia è di quasi 3,5 milioni (*la Repubblica*, 22 settembre 2009).

14 In uno studio sull'Ospedale Psichiatrico Giudiziario di Castiglione delle Stiviere (Romano, 2001), analizzando l'intera popolazione internata nel corso dell'anno 1999, in relazione alla provenienza di origine dei ricoverati, è stato rilevato che gli stranieri sono il 3% dell'intero universo preso in esame, registrandosi peraltro un tasso molto più alto tra le donne (10% del totale delle donne).



il vizio di mente e la pericolosità sociale, e quindi applicano la misura di sicurezza del ricovero in ospedale psichiatrico giudiziario, a prescindere di una “corretta” ed adeguata valutazione della pericolosità sociale del soggetto.

### *Sostegno familiare*

Il sostegno offerto dal nucleo familiare d'origine, così come emerso da altre ricerche (Russo, 1987) è molto modesto.

Si è riscontrato, infatti, che i familiari dell'internato si presentano spesso per i colloqui mensili, ma quando si tratta di impegnarsi formalmente con il giudice di sorveglianza per dare piena disponibilità ad accogliere il proprio congiunto, altrettanto spesso rispondono negativamente.

E ciò trova autorevole conferma nella capacità icastica delle parole di Manacorda (1965) che descrivono con efficacia le motivazioni dei familiari che si ritrovano sempre più soli con la malattia mentale dopo l'approvazione della legge Basaglia e la conseguente abolizione dei manicomini civili «senza la creazione di adeguate strutture territoriali» (Basaglia, 1968):

*“Si è così arrivati al punto che in certi casi sono le famiglie stesse, esasperate, dai comportamenti di un loro membro e dalla puntuale assenza dei servizi pubblici di salute mentale, a provocare la criminalizzazione del loro congiunto. E – quel che è più grave – a criminalizzarlo col preciso intento, almeno a livello soggettivo, di «farlo per il suo bene»” (Manacorda, 1982).*

### *Reati*

Si è riscontrato che agli internati corrispondono una pluralità di illeciti penali che variano dai reati gravi a quelli assai modesti.

Considerato che rispetto alla ricerca effettuata da Russo (1987), il numero assoluto di internati effettivamente presenti nel corso dell'anno 2007 (150) è scemato di circa il 25%<sup>15</sup>, si rileva una consistente diminuzione di prosciolti per vizio totale inerenti al reato di omicidio (volontario, consumato e tentato) che va ben oltre il valore relativo dei tassi che variano dal

15 La riduzione in termini assoluti riscontrata nella presente ricerca è in sintonia con la diminuzione dell'uso dell'Opg in Italia, rilevata in diversi lavori di ricerca (Andreoli, 2002). Suggestiva, a tal proposito, l'ipotesi formulata da Russo (2001), quando afferma che «il più ridotto uso dell'opg negli ultimi decenni è presumibilmente da porsi in rapporto ad una differente percezione della criminalità in generale [...], che, in un clima di più elevato allarme sociale, [...] sempre meno tende ad essere vista come un problema riconducibile ad una patologica diversità e sempre più come una questione di ordine pubblico da gestirsi in un circuito di controllo ordinario».



46% (nel 1985) al 26% (nel 2007) e che appare simile alla percentuale registrata nello studio effettuato presso l'Ospedale Psichiatrico di Castiglione delle Stiviere, in cui si è riscontrato il 28,5% degli internati per reato di omicidio su un totale di 227 ricoverati, di cui però solo 170 uomini e 27 donne erano sottoposti ad una misura di sicurezza definitiva (ex art. 222, c.p.), sottolineando come

*“complessivamente la percezione sociale della tipologia di reati presenti in O.P.G. appare sovradimensionata in ordine ai reati più gravi, rispetto alla realtà concretamente riscontrabile” (Romano, 2001).*

Questi dati confermano quanto emerso in altre ricerche nazionali, effettuate anche in contesti psichiatrici ambulatoriali (Luberto, Zavatti e Gualandri, 1993), dove si rileva una tendenza al ribasso della presenza degli imputati prosciolti per reati gravi e di contro una sempre più crescente presenza di internati per reati di modesta entità.

Ad una simile conclusione giungono anche Bandini et coll. (2004) quando, dopo aver passato in rassegna numerose ricerche nazionali ed internazionali sull'incidenza della malattia mentale tra gli autori di reato, affermano che:

*“Le ricerche empiriche sembrano quindi dimostrare non soltanto che i malati di mente non commettono reati in misura maggiore dei non malati, ma anche che la recidiva delinquenziale dei malati di mente che hanno compiuto reati non è dissimile dalla recidiva dei delinquenti in generale” (Bandini et Coll., 2004).*

Non bisogna, però, dimenticare che la norma prevede, tuttavia, che la misura di sicurezza del ricovero in Ospedale Psichiatrico Giudiziario scatta nel momento in cui viene valutata l'infermità psichica del soggetto e, nel contempo, riconosciuta la sua pericolosità sociale, a prescindere quindi dalla gravità del reato.

### *Diagnosi*

Questa ricerca risente delle stesse difficoltà enucleate da Andreoli (2002) nel reperire le diagnosi psichiatriche rese all'atto dell'invio e durante il periodo d'internamento in ospedale psichiatrico giudiziario.

Molteplici i fattori che incidono su tale problematicità, anche se certamente un nodo critico è soprattutto lo scarso interesse giuridico per la diagnosi, a tutto vantaggio della valutazione della pericolosità sociale che determina ciò.

La raccolta dei dati diagnostici, in alcuni casi, ha pertanto incontrato no-



tevoli ostacoli: riferimenti molto disomogenei sulla interpretazione delle diagnosi, in quanto non si utilizzano per la formulazione di queste ultime i criteri statistico diagnostici contenuti nel D.S.M., manuale che ormai da decenni è utilizzato in Usa, nella maggior parte degli altri Paesi stranieri ed anche in Italia; esigua o nulla presenza delle diagnosi nelle cartelle personali degli internati dell'ospedale psichiatrico giudiziario; discordanze rilevanti tra la diagnosi relativa alla fase del pre-internamento, e quella formulata durante il periodo trascorso in ospedale.

In altri casi, e sono purtroppo la maggior parte, la diagnosi è assente, imprecisa e/o discorde.

Ad ogni modo, si è deciso di riportare in questo studio la diagnosi ricavata spesso con l'aiuto di uno psichiatra che ha avuto contatto diretto con i soggetti presi in esame, nonché attraverso la lettura dei sintomi trascritti in cartella clinica, considerato che sono sovente, ma non sempre, rivelatori di una "precisa" diagnosi.

Di seguito, si riferiscono i raggruppamenti delle diagnosi suddivise, alla luce delle difficoltà appena esposte, sommariamente sulla base delle indicazioni categoriali riportate nel DSM IV.

I disturbi schizofrenici sono i più frequenti, sebbene forse si sia in presenza di un'inversione di tendenza rispetto alla rilevazione del 1985 (dal 44% al 34%).

Al contrario, i disturbi psicotici si attestano come la seconda patologia più presente, e sono in netto aumento rispetto al lavoro di ricerca effettuato da Russo (1987).

È significativa la scarsa o nulla rappresentanza dei disturbi dell'umore, dell'ansia e della personalità, malgrado questi ultimi siano presenti nella popolazione in generale in misura maggiore.

#### *Durata della permanenza in ospedale psichiatrico giudiziario e numero di proroghe*

Analizzando la durata della permanenza in ospedale psichiatrico giudiziario è emerso che almeno il 18% degli internati è ricoverato oltre la durata massima (dieci anni, per il reato più grave) della misura di sicurezza, che, in alcuni casi, è stata addirittura prolungata oltre i 20 anni.

Si è, altresì, rilevato che oltre l'80% degli internati è stato soggetto alle proroghe stabilite dal magistrato di sorveglianza, il quale nel 31% dei casi l'ha disposta per almeno 11 volte, stabilendola anche in misura superiore alle 20 volte (4%).

Un dato simile è stato riscontrato anche in un altro studio empirico, da cui sono emerse percentuali che rilevano persistenze su quanto precedentemente rilevato:





*“La maggior parte delle persone internate a Castiglione [delle Stiviere, n.d.r.] in via definitiva è in «proroga» della misura di sicurezza. In particolare, si tratta di 146 uomini su 170 (86% tot. U.) e di 6 donne su 27 (22% tot. D.), per un totale di 152 internati su 197 (77% tot.) (Romano, 2001).*

anche in ordine alle possibili cause che le determinano:

*“Questo dato è sicuramente allarmante. Va infatti precisato che purtroppo la proroga della misura di sicurezza non viene applicata soltanto nel caso in cui si accerta la persistente pericolosità dell'internato ma anche, quando il soggetto, non più pericoloso, non ha, al di fuori dell'O.P.G., una struttura adeguata in grado di accoglierlo. La famiglia, per paura o per disinteresse, spesso rifiuta di occuparsi del soggetto e i servizi psichiatrici territoriali coinvolti nella formulazione di programmi terapeutici riabilitativi, finalizzati al reinserimento nel tessuto sociale, in molti casi hanno atteggiamenti di scarso interesse o, addirittura, di ostilità. Le comunità terapeutiche, inoltre, non sono molto numerose e, di conseguenza, hanno difficoltà a rispondere in modo adeguato al numero sovrabbondante di richieste. L'ospedale psichiatrico giudiziario assume così una funzione di assistenza che, in realtà, non ha ed è tenuto ad ospitare persone che, pur avendo ancora problemi psichiatrici, non sono più un pericolo per la società” (Romano, 2001).*

Il fenomeno sopradescritto va compreso (ma non per questo certamente giustificato) alla luce del fatto che purtroppo la misura di sicurezza non viene applicata soltanto se si riconosce la pericolosità sociale del soggetto, ma anche quando non vi sia una rete familiare, sociale, e sanitaria, in grado di poter sostenere il soggetto non più pericoloso.

L'internato, spesso, va incontro al rifiuto opposto dal nucleo familiare d'origine, all'indisponibilità della società libera ad offrirgli un ruolo occupazionale che lo renda indipendente almeno dal punto di vista economico, alla inadeguatezza delle strutture territoriali sanitarie che non sono in grado di risolvere, attraverso l'erogazione dei necessari servizi di cura, sostegno e di riabilitazione, i problemi psichiatrici di un soggetto che non è più pericoloso per la società.

## • Conclusioni

Il momento, forse, in cui si è più dibattuto sulla questione della misura di sicurezza dell'ospedale psichiatrico giudiziario è stato all'indomani (o meglio, a cinque giorni) della morte di Antonia Bernardini, cui ha fatto seguito la chiusura dell'ospedale psichiatrico di Pozzuoli.

In quel periodo, persino esponenti della compagine di governo si sono



ritrovati, presi dalla drammaticità degli eventi da fronteggiare, a (dover) riflettere sull'opportunità di superare gli ospedali psichiatrici italiani.

Franco Foschi, psichiatra e sottosegretario democristiano alla Sanità, affermò all'epoca che era necessario

*“affrontare finalmente il più complesso problema dell'opportunità di mantenere in vita i manicomi giudiziari ed in genere un ordinamento sanitario carcerario 'separati' rispetto al servizio sanitario nazionale.*

*Questa autarchia sul piano sanitario, ma anche per quanto attiene ad altri servizi delle strutture giudiziarie, oltre a mantenere una rigida quanto negativa separazione rispetto alla realtà esterna, costituisce in particolare per i malati di mente un grave elemento di perpetuazione del pregiudizio e della emarginazione di queste persone”.*<sup>16</sup>

E ancora, rilevava criticamente che

*“il comportamento conseguente ad una malattia viene giudicato come motivo di imputazione, e che sull'imputazione si costruiscono le ragioni di un ricovero in manicomio giudiziario che è già di per sé una implicita condanna che non può che avere effetti aggravanti sulle condizioni psichiche dei soggetti”.*<sup>17</sup>

L'ospedale psichiatrico giudiziario dovrebbe aprirsi all'esterno, per superare la condizione di alienazione e isolamento che caratterizza la vita degli internati, al fine di consentire ad essi di comunicare le loro sensazioni, di confrontarsi con il mondo “fuori”, di recuperare la normalità delle azioni e dei sentimenti.

Un primo passo in questa direzione è stato recentemente fatto con il superamento dell'«autarchia sul piano sanitario», operando il passaggio della Sanità Penitenziaria al Servizio sanitario nazionale, stabilito in un primo momento con legge delega del 1999 (D.Lgs. 230/99) e solo successivamente attuato, almeno formalmente, con il D.P.C.M. 1 aprile 2008. Si tratta di una riforma che ha segnato un cambiamento epocale nella gestione sanitaria del detenuto, che viene preso in carico dal Servizio Sanitario Nazionale (S.S.N.) alla stregua di qualunque cittadino italiano in stato di libertà<sup>18</sup>.

16 Già citato in Manacorda (1982), p. 11.

17 *Ibidem*.

18 È appena il caso qui di ricordare che le esigue risorse economiche a disposizione, le difficoltà incontrate dalle Regioni in relazione all'istituzione di nuovi modelli organizzativi funzionali alla attuazione del passaggio al SSN, nonché i ritardi e le inadempienze, spesso ingiustificati, persino nel recepire da parte di alcune regioni a Statuto Speciale la suddetta riforma, compromettono di fatto la piena applicazione del passaggio della Medicina Penitenziaria al Servizio Sanitario Nazionale e soprattutto rischiano di determinare disparità di trattamento tra i soggetti detenuti in aree

Tale trasferimento di competenze e funzioni della Sanità Penitenziaria al S.S.N., in alcune regioni (ad esempio, in Toscana), ha anche rappresentato l'occasione per avviare, persino in sede legislativa regionale, un serrato dibattito verso il graduale superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari. Tuttavia allo stato attuale tale riforma non è certamente sufficiente a ridurre le disfunzioni e le distorsioni della misura di sicurezza del ricovero in ospedale psichiatrico giudiziario che nelle pagine precedenti si è tentato di evidenziare, illustrando la genesi normativa e le illegittimità costituzionali dichiarate più volte dalla Consulta su tali annose questioni. Per non parlare dei motivi e delle ragioni che hanno spinto verso i (vani) tentativi di superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari italiani, che purtroppo in questa sede non è stato possibile affrontare per mancanza di spazio.

A proposito dell'impossibilità di superare lo schema e la struttura della misura di sicurezza, Sandro Margara (1997) afferma con grande acume critico:

*“Penso, invece, che quando, in un qualsiasi sistema, si introduce un elemento di ulteriore sicurezza, tale elemento abbia una forza di autoconservazione difficile da superare. Viene il dubbio che le leggi penali seguano un tracciato obbligato di rafforzamento della sicurezza, che è conseguenza della maggiore insicurezza che accompagna i nostri tempi. Il «diritto penale minimo», che tende a ridurre all'essenziale l'area della legge penale, è un'idea illuminata e generosa, ma che credo abbia prospettive non molto diverse e altrettanto poco fortunate di altre idee generose”.*

In quest'ottica, è illuminante l'osservazione di molti esperti su una delle conseguenze più inique della misura del ricovero in ospedale psichiatrico giudiziario.

Il codice penale stabilisce, infatti, che quando il soggetto che ha commesso un reato è proscioltto per infermità totale psichica, si considera la pena edittale massima che la legge prevede per quel determinato reato. A quella corrisponde una determinata durata minima della misura di sicurezza dell'ospedale psichiatrico giudiziario.

*“Tale sistema di corrispondenza regolato dall'art. 222 c.p. stabilisce in conseguenza (e per esperienza di tutti gli addetti ai lavori e per conoscenza dei cultori della disciplina) che «una normativa simile di fatto tanto più privilegia*

geografiche diverse del nostro Paese. Alcune regioni (soprattutto quelle del Centro-Nord) dimostrano infatti di essere molto più sensibili alle necessità sanitarie di chi è costretto a vivere in strutture penitenziarie, riuscendo persino a drenare proprie risorse finanziarie, altre, come ad esempio la Regione Sicilia che ancora oggi (ottobre 2009) deve recepire il DPCM dell'1 aprile 2008, sono impreparate a garantire pienamente l'erogazione del servizio sanitario a tutti i detenuti.

*l'autore di un reato, quanto più grave è il reato commesso. Non è quindi un caso che un imputato di reati molto gravi tenti spesso di farsi riconoscere in giudizio come infermo di mente»". (Manacorda, 1982)*

Alla graduazione in ascesa delle pene edittali non corrisponde una proporzionale graduazione delle durate minime della misura di sicurezza. In questo senso, l'autore di un reato lieve che sarà riconosciuto infermo totale di mente rischierà molto probabilmente l'applicazione di una misura di sicurezza di durata minima di due anni.

L'ex manicomio giudiziario, considerato per decenni come l'istituzione totale per eccellenza, rappresenta una dimensione della giustizia penale italiana ancora poco esplorata e non sufficientemente affrontata nelle sue conseguenze problematiche.

I risultati ottenuti dalla ricerca effettuata su 150 prosciolti per vizio totale di mente, ricoverati nel 2007 presso l'Ospedale Psichiatrico Giudiziario di Barcellona Pozzo di Gotto (Me), confermano purtroppo l'alto livello di esclusione e di marginalità sociale degli internati.

Sono emersi, infatti, tassi di analfabetismo e di disoccupazione che non corrispondono a quelli riscontrati tra la popolazione che vive in società libera.

Tali difficoltà si riverberano direttamente nella vita affettiva e relazionale, e soprattutto nelle impossibilità di realizzare un nuovo nucleo familiare, come è stato evidenziato dagli alti tassi di celibato riscontrati tra i prosciolti.

In alcuni casi, dalla lettura delle relazioni del servizio sociale, non è stato possibile comprendere con certezza se alle origini della vita dell'internato vi era uno squilibrio psichico o un'intollerabile povertà materiale tale da condurlo a un profondo disagio psichico.

Ulteriore elemento emerso dalla ricerca effettuata è la durata della permanenza in ospedale psichiatrico giudiziario che si attesta ben oltre la determinata soglia minima della misura, nonché il numero eccessivo di ordinanze di proroga, che per stessa ammissione dei giudici di merito e di legittimità (cfr. il primo paragrafo) non dipende solo dal giudizio di pericolosità sociale, ma anche talvolta dalla inadeguatezza delle strutture sanitarie territoriali ad accogliere e a curare il soggetto che viene restituito alla vita della società libera.

Alla luce di questi dati che hanno trovato conferma in numerose altre ricerche effettuate sugli ospedali psichiatrici giudiziari, viene il sospetto che ciò che afferma il sociologo Loïc Wacquant, a proposito dello Stato penale elefantino, sia fondato, soprattutto quando sottolinea che dagli anni '70 ad oggi gli Stati Uniti (e i cosiddetti "Paesi Occidentali") hanno gradualmente ma inesorabilmente



“sostituito lo Stato (semi)sociale con uno Stato penale e poliziesco nel quale la criminalizzazione della miseria e la segregazione delle categorie svantaggiate sostituiscono la politica sociale.” (Wacquant, 1998)

C'è, comunque, come un giuridico “dover essere”, un diritto alla cura che nonostante ciò non va trascurato.

È il diritto di tutti, compresi i malati cronici, dunque inclusi gli infermi di mente, a prescindere dalle capacità scientificamente dimostrate, e quindi dalle aspettative, di guarigione.

“Fare sempre più a meno del manicomio alla fine non si giustifica perché la psichiatria demanicomilizzata abbia più possibilità di guarire la follia di quante ne abbia la psichiatria manicomiale, ma si legittima perché è più rispettosa dei diritti del sofferente.” (Pavarini, 2005)

Diritti come questo, secondo Massimo Pavarini (2005), sono fondati socialmente perché servono ad orientare la giustizia penale in termini di utilità sociale.

Perché servono a ridurre l'ansia degli uomini liberi verso un evento futuro che nessuno di noi può escludere, un destino, che per quanto possa considerarsi incerto, è sempre possibile.

## • Bibliografia

- ANDREOLIV. (2002): “Anatomia degli ospedali psichiatrici giudiziari italiani”, Ministero della Giustizia.
- BANDINI T., GATTI U., GUALCO B., MALFATTI D., MARUGO M.I., VERDE A. (2004): “Criminologia. Il contributo della ricerca alla conoscenza del crimine e della reazione sociale”, Giuffrè, Milano, vol. II.
- BASAGLIA F. (1998): *L'istituzione negata*, Baldini & Castoldi, Milano.
- CANEPA M., MERLO S. (2006): *Manuale di diritto penitenziario*, Giuffrè, Milano.
- CAPPELLI I. (1988): *Gli avanzi della giustizia*, Editori Riuniti, Roma.
- DEBUYST C. (1975): “Les nouveaux courants dans la criminologie contemporaine. La mise en cause de la psychologie criminelle et de son objet”, *Revue de droit penal et de criminologie*, 10, 845-870.
- DE FAZIO F. (1971): “Realtà e limiti di compiti terapeutici dei manicomi giudiziari”, *Quaderni di Criminologia clinica*, 3, 335-343.
- DE FAZIO F. (1978): “A proposito della ‘chiusura’ dei manicomi giudiziari”, *Rassegna di Criminologia*, IX, 1, 177-180.
- FIORENTIN F., MARCHESELLI A. (2005): “L'ordinamento penitenziario”, UTET, Milano.
- GOFFMAN E. (1961): *Asylums*, Einaudi, Torino 2001.
- GONIN D. (1991): *Il corpo incarcerato*, EGA, Torino 1994.
- LAING. R.D. (1959): *L'io diviso*, Einaudi, Torino 1991.
- LUBERTO S., ZAVATTI P., GUALANDRI G. (1993): “Tipologia di reato e malattia menta-



- le. Indagine campionaria su pazienti in trattamento psichiatrico”, *Quaderni di Psichiatria Forense*, 2, 73-103.
- MANACORDA A. (1982): “*Il manicomio giudiziario*”, De Donato, Bari.
- MANACORDA A. (1997): “Le prospettive di riforma dell’Ospedale Psichiatrico Giudiziario”, in: MARCETTI C., SOLIMANO N. (a cura di): *Carcere di tante carceri*, Angelo Pontecorboli, Firenze.
- MARGARA S. (1997): “Riflessioni su un progetto di superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari e di alcuni problemi connessi”, in: MARCETTI C., SOLIMANO N. (a cura di): *Carcere di tante carceri*, Angelo Pontecorboli, Firenze.
- PAVARINI M. (2004-2005): “«Carcere e territorio» rivisited...”, *La nuova città*, ottava serie, 8-9-10, 141-148.
- ROMANO C.A., SAURGNANI I. (2001): “L’Ospedale Psichiatrico Giudiziario oggi, tra ideologie e prassi”, *Rassegna Italiana di Criminologia*, 3-4, 492-536.
- RUSSO G. (1980): “Psicopatologia e criminalità: studio criminologico su 80 soggetti”, *Rassegna Penitenziaria e Criminologia*, 3-4, 523-561.
- RUSSO G. (1981): “Il fattore età nel comportamento deviante dei soggetti mentalmente disturbati”, *Rassegna di Criminologia*, 1, 125-148.
- RUSSO G. (1981): “Il recidivismo criminale dei delinquenti mentalmente disturbati”, *Rassegna di Criminologia*, 2, 317-335.
- RUSSO G. (1981): “Psicopatologia e omicidio. Studio clinico-criminologico su 47 soggetti”, *Rassegna di Criminologia*, n2, 337-344.
- RUSSO G. (1982): “Il manicomio giudiziario: un’alternativa al manicomio civile nel controllo sociale del malato di mente?”, *Rivista Italiana di Medicina Legale*, 1, 151-157.
- RUSSO G. (1982): “Sospensione del procedimento penale ai sensi dell’art. 88 c.p.p.”, *Rivista Italiana di Medicina Legale*, 4, 824-829.
- RUSSO G. (1982): “Il manicomio giudiziario come luogo di “trattamento” per detenuti difficili”, *Rivista Italiana di Medicina Legale*, 4, 928-933.
- RUSSO G. (1983): “La pericolosità sociale dell’infermo di mente prosciolto”, *Rivista Italiana di Medicina Legale*, 2, 375-382.
- RUSSO G. (1987): “Studio su 232 imputati di reato prosciolti per vizio di mente”, *Rassegna di Criminologia*, XVIII, 2, 655-64.
- RUSSO G. (2005): “Le donne nell’Ospedale Psichiatrico Giudiziario”, in FRANCIA A., ALBERICI E., GUALCO B., FORNARI U. (a cura di): *Realtà e prospettive degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari in Italia*, Edizioni Essebiemme, Parma, pp. 207-23.
- WACQUANT L. (1998): “La tentazione penale in Europa”, *La Nuova Città*, 2/3, Angelo Pontecorboli, Firenze, pp. 13-17.