

DARIO STEFANO DELL'AQUILA

COSA RESTA DEL MANICOMIO CRIMINALE?

Abstract:

The latest criminal asylums were closed in 2015. This essay analyzes their history and the process that led to their closure. Our goal is to answer the question: what remains of the criminal asylum after the reform? Can it be said that, after more than a century, that mental hospital culture is finally a sad reminder of the past?

Keywords:

Asylum, Psychiatry, Restraint.

Il passato non è morto; non è nemmeno passato.
Wolf, *Trama di infanzia*, 1992

1. *Premessa*

«Gli ospedali psichiatrici giudiziari strutture che a metà degli anni Settanta hanno sostituito i manicomi criminali, hanno cessato di esistere il 31 marzo 2015, secondo quanto stabilito dalla legge 30 maggio 2014, n. 81». Questo si legge sulle pagine ufficiali del ministero della Giustizia in una scheda informativa dedicata alle misure detentive per le persone con disagio psichico¹. In solo tre righe, un mero richiamo normativo, si dà conto della fine di una istituzione totale, l'ospedale psichiatrico giudiziario (OPG), che per più di un secolo ha dominato lo scenario del sistema penale italiano (prima e dopo l'Unità).

L'informazione in sé è formalmente corretta. A partire dal primo aprile 2015, l'esecuzione delle misure di sicurezza avviene in nuove strutture – realizzate su base regionale – che si chiamano Residenze per l'esecuzione delle misure di sicurezza (REMS). In realtà, gli OPG non hanno chiuso

1 La scheda è pubblicata sul portale del Ministero, www.giustizia.it.

subito, ma sono stati sospesi i nuovi ingressi. Una parte degli internati è stata spostata negli istituti penitenziari, in reparti che sono definiti «Articolazioni sanitarie» delle carceri. Uno di questi reparti è stato aperto nella stessa struttura che ospitava l'OPG di Napoli. I nuovi ingressi sono stati indirizzati nelle REMS, strutture modulari da 20 posti, che si sono progressivamente aperte in ogni regione. Sino a oggi se ne contano 31, in sostituzione dei sei OPG esistenti. Un progressivo passaggio che è durato sino al febbraio del 2017, quando è stato finalmente chiuso l'ultimo OPG di Barcellona Pozzo di Gotto. I vecchi manicomi criminali di Aversa, Barcellona Pozzo di Gotto, Castiglione delle Stiviere, Napoli, Montelupo Fiorentino e Reggio Emilia chiudevano dunque i portoni, almeno nella forma di OPG. In realtà, quello di Castiglione delle Stiviere chiudeva le porte come manicomio per riaprirle un minuto dopo come REMS (da 120 posti), ma di questo diremo poi. Potrebbe essere il lieto fine di una riforma che ha portato a compimento quella iniziata con la legge 180? Per rispondere a questa domanda è necessario spostare la riflessione dal piano strettamente giuridico e riportarla sul terreno materiale delle lotte e delle tensioni, politiche e sociali, che hanno determinato la loro chiusura. Perché il contesto in cui questa chiusura si è determinata, il clamore della battaglia che l'ha accompagnata, è la premessa indispensabile per intravedere gli sviluppi futuri. Per queste ragioni, il nostro articolo intende svilupparsi lungo tre assi: I) Il dispositivo giuridico alla base dell'internamento manicomiale; II) Cosa erano e come si è arrivati alla chiusura degli OPG; III) Il nuovo dispositivo clinico detentivo delle REMS.

Nell'insieme, quindi, analizzeremo le prospettive del sistema delineato dalla riforma – rispondendo alla domanda principale di questo lavoro: cosa resta del manicomio giudiziario? Vediamo se alla fine di questa breve disamina, saremo in grado di offrire una risposta.

2. L'internamento perpetuo: le misure di sicurezza detentive e il doppio binario

Ciò che è già evidente nel manicomio civile risulta ancora più chiaro nel manicomio giudiziario dove medicina e giustizia si uniscono in un'unica finalità: la punizione di coloro per la cui cura e tutela medicina e giustizia dovrebbero esistere.

Basaglia, *La marchesa e i demoni*, 1973

Per quanto brevemente, se si vuole comprendere appieno il dispositivo dell'internamento nel manicomio criminale, nei suoi elementi essenziali

e, in parte ancora attuali, è indispensabile avere chiaro come funziona il sistema delle «misure di sicurezza» introdotte con il codice penale tutt'ora in vigore. Se, infatti, vigente il codice Zanardelli, il manicomio si poneva «come reparto specializzato del carcere stesso» (Gandolfi *et al.* 1988, p. 55), con il nuovo codice assume una funzione legata a doppio filo a questo particolare istituto giuridico. Ai fini di questa nostra ricostruzione, ci limitiamo qui solo ad accennare rapidamente, rinviando altrove per un approfondimento.

L'applicazione delle misure di sicurezza è subordinata a due presupposti, uno oggettivo – la commissione di un fatto previsto dalla legge come reato – e l'altro di tipo soggettivo – la pericolosità sociale del soggetto. L'articolo 202 c.p. stabilisce infatti che le misure di sicurezza possono essere applicate solo a persone *socialmente pericolose* che abbiano commesso un fatto previsto dalla legge come reato. Quello che è decisivo è che *la misura di sicurezza ha una durata indeterminata*. La durata dell'applicazione di tali misure è fissata dalla legge nel minimo, ma resta indeterminata nel massimo, e ciò in quanto è impossibile fissare in anticipo la cessazione della pericolosità del soggetto. Ai sensi dell'art. 207 c.p., infatti, tali misure non possono essere revocate se le persone a esse sottoposte non hanno cessato di essere socialmente pericolose.

L'istituto delle misure di sicurezza è espressione di un meccanismo definito «doppio binario»². Se l'autore di un reato è «*sano di mente*» è condannato a una pena detentiva, proporzionale alla gravità del reato commesso. Questa pena ha un termine determinato nella sentenza di condanna. Se, invece, all'autore di un reato viene riconosciuto un «vizio di mente» ed è ritenuto socialmente pericoloso, viene dichiarato non imputabile. Il processo non si svolge, ma l'imputato deve scontare, in un manicomio criminale, una misura di sicurezza detentiva. La caratteristica della misura di sicurezza, la cui durata iniziale può essere fissata in due, cinque o dieci anni, è che può essere prorogata senza limiti. Questo sistema è rimasto invariato

2 Questo schema (per il quale ringraziamo l'avvocato Cristiana Bianco) aiuta a comprendere meglio quanto sia complessa la sorte di un sofferente psichico che abbia commesso un reato. Le ipotesi sono: a) se viene riconosciuto il vizio totale di mente (art. 88 c.p.) e se viene giudicato non socialmente pericoloso (artt. 203-133 c.p.) viene prosciolto e rimesso in libertà (artt. 529-530 c.p.p.); b) se viene riconosciuto il vizio totale di mente (art. 88 c.p.) e se viene giudicato socialmente pericoloso (artt. 203-133 c.p.) viene prosciolto e internato in un OPG per 2, 5 o 10 anni (artt. 215-222 c.p.); c) se viene riconosciuto il vizio parziale di mente (art. 89 c.p.) viene condannato, ma prima di entrare in carcere (art. 656 c.p.p.) trascorre un periodo di 1-3 mesi in un OPG, per il trattamento della patologia di mente (artt. 215-219 c.p.).

nel suo impianto di fondo, pur considerando gli interventi dovuti alla Corte costituzionale che hanno parzialmente modificato l'impianto normativo³. Solo nel 2014 si è affermato il principio per cui la misura di sicurezza non può eccedere la pena massima prevista per il reato compiuto.

Il folle autore di reato è «prosciolto» perché non imputabile, ma, in realtà, sconta una misura detentiva della quale non conosce la fine. Non sa, dunque, nel momento in cui varca le porte del manicomio giudiziario, quanto durerà il suo internamento. Alla scadenza del primo termine, un giudice valuta se persistono le condizioni di pericolosità sociale. Le relazioni che gli psichiatri redigono sullo stato di salute psichica e sul comportamento di un internato sono determinanti, così come è decisivo dimostrare, in sede di riesame della misura di sicurezza, di avere una concreta possibilità di reinserimento sociale nella vita esterna. Un dispositivo che rende l'internato «prigioniero» del giudice e del medico. Nella fase dell'internamento il vero *dominus* della sua vita non è il giudice, ma lo psichiatra, che, con una sola parola, può liberarlo o determinare altri anni di internamento. Come ha scritto Franco Basaglia, «il manicomio è un campo di concentramento, un campo di eliminazione, un carcere in cui l'internato non conosce né il perché né la durata della condanna, affidato com'è all'arbitrio di giudizi soggettivi che possono variare da psichiatra a psichiatra, da situazione a situazione, da momento a momento, dove il grado o lo stadio della malattia ha spesso un gioco relativo» (Basaglia 1973, p. XII).

Nel gergo del mondo penitenziario, è detta «ergastolo bianco» la sorte di quegli internati che, spesso anche a fronte di reati non gravi, hanno avuto prorogata per decine di volte la misura di sicurezza, a causa di un parere psichiatrico non favorevole o perché non avevano una casa, una famiglia o un lavoro ad attenderli oltre le mura del manicomio.

Sarebbe interessante analizzare perché queste disposizioni abbiano vissuto così a lungo nel nostro ordinamento giuridico, quali sostenitori e alleati abbiano trovato in campo giuridico e psichiatrico, ma non abbiamo qui spazio per questo approfondimento. Sia sufficiente dire che le fonda-

3 Ricordiamo qui la sentenza della Corte costituzionale n. 139 del 1982, in merito all'articolo 222 c.p., che ha dichiarato l'illegittimità costituzionale del primo comma nella parte in cui il provvedimento di internamento nel manicomio giudiziario non sia subordinato all'accertamento della persistente pericolosità sociale. Con la sentenza n. 253 del 2003, la Corte ha invece dichiarato l'illegittimità «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 assicurare adeguate cure dell'infermo di mente e a far fronte alla sua pericolosità sociale».

menta giuridiche del manicomio giudiziario sono state innalzate sul concetto di pericolosità sociale. Questo ha significato, come ha scritto Michel Foucault «che l'individuo deve essere considerato dalla società al livello delle sue possibilità e non dei suoi atti, non al livello delle infrazioni effettive ad una legge anche effettiva, ma delle possibilità di comportamento che esse rappresentano» (Foucault 2007, p. 109).

3. Fare la storia del presente: brevi cenni sugli Ospedali psichiatrico giudiziari

Tutte queste vite destinate a passare al di sotto di qualunque discorso e a sparire senza mai essere state dette, non hanno potuto lasciare tracce – brevi, incisive, spesso enigmatiche – se non nel punto del loro istantaneo contatto con il potere.

Foucault, *La vita degli uomini infami*, 2009

Ancora oggi, le frammentarie fonti documentarie e l'assenza di archivi accessibili, rende la ricostruzione storica degli OPG una raccolta di squarci, più o meno profondi. Squarci che, tuttavia, consentono, comunque, di intravedere appena i profili delle vite internate in questi posti. Per lungo tempo, infatti, la storia dei manicomi giudiziari è stata quella degli psichiatri che li hanno diretti, resi celebri dal potere derivante dalla funzione e dalle loro perizie. Una storia auto-celebrativa di simposi di freniatria, di sperimentazioni al limite della tortura, di terapie moralizzanti e di paternalismi pseudoscientifici (Babini 2009).

Il manicomio criminale, definizione mutata prima in manicomio giudiziario, nell'immediato dopoguerra, poi, con la riforma penitenziaria, in Ospedale psichiatrico giudiziario, è un'istituzione totale⁴ dalle origini ambigue, incrocio del discorso penale con quello psichiatrico. Nasce, in Italia, a fine Ottocento, per consentire l'internamento di due specifiche categorie: i detenuti che «perdevano la ragione» durante la detenzione (i cosiddetti rei-folli) e i sofferenti psichici colpevoli di un di reato (i cosiddetti folli-rei). La sua istituzione è una forma di modernizzazione di un modello detentivo che si andava definendo, contestualmente alla costruzione del sistema dei manicomi civili. Naturalmente, la sua istituzione non era dettata

4 Una istituzione totale può essere definita come il luogo di residenza e di lavoro di gruppi di persone che – tagliate fuori dalla società per un considerevole periodo di tempo – si trovano a dividere una situazione comune, trascorrendo parte della loro vita in un regime chiuso e formalmente amministrato (Goffman 1968, p. 29).

da esigenze «terapeutiche», ma serviva a rendere più efficiente e sicura la società. Cesare Lombroso, chiariva che

il manicomio criminale non è, come si crede, un alleviamento delle pene, perché se toglie di mezzo l'infamia, sostituisce alla reclusione temporanea quella perpetua, che è ben più severa e sicura; e quanto più un delinquente è pazzo tanto più presto e più seriamente ce ne premunisce (Lombroso 2000, p. 807).

La nascita del primo «nucleo» del manicomio giudiziario fu dovuta a una scelta dell'amministrazione carceraria che, nel 1876, inaugurò una «Sezione per maniaci» nella Casa penale per invalidi di Aversa. Successivamente, con l'emanazione nel 1891 del regolamento generale degli stabilimenti carcerari, venne disposto che i condannati con pena maggiore di un anno colpiti da alienazione mentale fossero inviati nei manicomi giudiziari «nei quali si provveda ad un tempo alla repressione e alla cura»⁵. Nacquero così, dopo quello di Aversa, i manicomi di Montelupo Fiorentino (1886), Reggio Emilia (1892), Napoli (1922), Barcellona Pozzo di Gotto (1925), Castiglione delle Stiviere (1939), Pozzuoli (1955). Come detto, il primo manicomio criminale nasce ad Aversa, non a caso. Nella città era presente un grande manicomio civile, diretto da un esponente di primo piano del positivismo criminologico, Gaspare Virgilio. Fu lui a ottenere, nel 1876, che fosse aperta una sezione per criminali all'interno del manicomio civile. Sostenne, con successo, che la migliore collocazione per un nuovo manicomio criminale fosse accanto a quello civile (Catapano 1986, p. 174). Fu poi per «gemmazione» che da quello di Aversa nacquero altri due manicomi, uno a Napoli e l'altro, femminile, a Pozzuoli. La sua fama è dovuta all'aver «ospitato» controversi protagonisti delle pagine di cronaca e anche oppositori politici, a cominciare da Giovanni Passannante, l'anarchico che attentò, senza esito, alla vita del re Umberto I. Il suo primo direttore, lo psichiatra Filippo Saporito, fu autore di perizie di casi celebri alle cronache, come quello di Leonarda Cianciulli, la cosiddetta saponificatrice, o del brigante Giuseppe Musolino. In tempi relativamente più recenti, vi fu detenuta la contessa Pia Bellentani, moglie di un nobile industriale milanese, internata nel 1948 per aver ucciso il suo amante.

Sono poche le testimonianze di vita degli internati nei manicomi giudiziari, almeno sino all'inizio degli anni Settanta. Negli anni in cui nasce e si rafforza il movimento basagliano, troviamo la prima articolata testimonianza della vita all'interno di un manicomio giudiziario. L'autrice è Maria Luisa Marsigli, una nobildonna, che pubblica, nel 1973, per la casa editrice

5 Regio Decreto primo febbraio 1891, n. 260.

Feltrinelli, un diario sulla propria esperienza di internamento a Castiglione delle Stiviere, avvenuta tra il 1968 il 1970. La Marsigli è una figura insolita, nel panorama delle presenze nei manicomi criminali. Donna di profonda cultura, coglie, immediatamente, i tratti repressivi del manicomio dove è finita, in modo inaspettato, nella convinzione di rendere più lieve la sua posizione processuale.

Si deve, però, alla orribile morte di una donna internata nel manicomio femminile di Pozzuoli, Antonietta Bernardini, se il tema dei manicomi criminali comparve, per la prima volta, sulla scena politica italiana.

Il 27 dicembre 1974 Antonia Bernardini brucia viva nel manicomio giudiziario femminile di Pozzuoli, nella sezione «Agitate e coercite». Era, in quel momento, legata al letto di contenzione. Il materasso prende fuoco e le fiamme si sviluppano così rapidamente che quando riescono a liberarla c'è poco da fare. Il suo corpo è ormai ricoperto di ustioni e, come accade in questi casi, la morte giunge dopo una agonia che dura quattro giorni. Il 31 dicembre Antonia Bernardini si spegne all'ospedale Cardarelli di Napoli (Dell'Aquila, Esposito 2017).

Quello stesso anno, fu segnato dall'apertura di un processo per violenze, maltrattamenti e abusi aperto nei confronti del direttore e di alcuni agenti del manicomio di Aversa. Un processo che nacque da un impressionante, per stile e contenuti, memoriale di denuncia di un internato, Aldo Trivini (Dell'Aquila, Esposito 2013). Il manoscritto denunciava, attraverso un racconto lucido, puntuale e atroce, la brutalità quotidiana di un internato, dal momento del suo ingresso per l'intera durata della sua detenzione.

La denuncia è una puntuale e diretta ricostruzione delle condizioni inumane cui erano costretti gli oltre mille internati di Aversa. Un inferno che comincia appena si varca l'ingresso. Un sistema diffuso di piccole violenze e metodica coercizione. Nel letto di contenzione si finisce per la più insignificante delle ragioni.

Venne il brigadiere, mi disse «dove vuoi andare, in altro reparto?» «sì» e gli spiegai i fatti. Lui mi rispose: «tu più che al cimitero, non puoi andare» mi prese e mi legò di nuovo per 2 giorni in un'altra stanza. Lì mi fecero delle punture, trattato male e sempre umiliato, con la sete. Chiedevo acqua e non mi veniva data. Cibo pessimo e neanche bastava per tutti. Per fare i bisogni c'è un buco nel letto: devo fare tutto lì. Poi quando fai la cacca, dopo un'ora, due ore viene lo scopino con una scopa grande con due zeppi, con un secchio, ti scopre, allarghi le gambe e lui ti pulisce in mezzo. Ti raschia in mezzo alle gambe e ti fa uscire pure il sangue. La spazzola è fatta di zeppi e non è pulita perché pulisce altri detenuti: è sempre sporca di cacca (*Ivi*, p. 127).

Se il manicomio criminale rappresentava l'occasione di una detenzione comoda o di una via di fuga dal carcere per detenuti illustri (basti ricordare il fondatore della nuova camorra organizzata, Raffaele Cutolo, che evase uscendo dal portone principale di Aversa, dopo aver corrotto alcuni agenti), per tutti gli altri costituiva un vero girone infernale. La denuncia di Trivini sarà confermata in sede processuale dalla perizia voluta dai pubblici ministeri che arrivò a contare settanta casi di morti sospette, tra cui quella di un giovane di soli diciannove anni morto al letto di contenzione.

In quegli anni, anche altri manicomi giudiziari furono al centro dell'attenzione pubblica. Nel 1975 la magistratura aprì un'inchiesta su presunti trattamenti di favore nei confronti di alcuni internati nel manicomio di Napoli. Il processo si concluse con l'assoluzione del direttore e degli agenti accusati (Dell'Aquila 2009), ma ebbe una notevole risonanza sui principali quotidiani nazionali. Nel 1976, il direttore del manicomio giudiziario di Reggio Emilia e cinque agenti furono indagati per maltrattamenti nei confronti di alcuni internati. Nel 1977, Soccorso rosso, Medicina democratica e Psichiatria democratica sollevarono il caso di Antonio Martinelli, morto nel letto di contenzione del manicomio giudiziario di Montelupo Fiorentino (*Ivi*, pp. 44 e 85). Episodi che non ebbero alcun esito giudiziario, ma indicano come, dopo anni di silenzio, il tema fosse divenuto di grande evidenza. In quello stesso periodo, sono anche pubblicati due libri sui manicomi giudiziari che accompagnano l'inizio dell'inchiesta su Aversa e che riportano testimonianze anche degli altri manicomi:

Il letto di contenzione era di quelli senza buco, per cui per fare i bisogni corporali bisognava sperare nella buona grazia dello scopino o piantone, come lo vogliamo chiamare, che era poi niente altro che un ergastolano ormai abbruttito da decenni di galera. La dipendenza assoluta da questo scopino – piantone – secondino ovviamente si ripeteva anche in tutti gli altri casi, tipo il mangiare, ecc. Sicché riuscire ad avere il pappagallo per pisciare o un bicchiere d'acqua, rappresentava sempre una sorta di ricatto che faceva succedere cose incredibili⁶.

Nel maggio del 1978, Giacomo Rosapepe, direttore del manicomio giudiziario di Napoli, si suicida impiccandosi ad una sbarra nella stanza del suo studio, attigua al manicomio. Aveva già provato a togliersi la vita solo qualche mese prima. La sua morte presenta analogie con quella del direttore del manicomio giudiziario di Aversa, Guglielmo Ragozzino, che si toglie la vita nel mese di novembre. Nel 1979, Franco Basaglia, in un giro di

6 Testimonianza riportata in Bonazzi 1975. L'altro testo indicato in narrativa è Valacarengi 1975.

conferenze in Brasile, definì i manicomi giudiziari «vere fosse dei serpenti con persone legate ai letti o chiuse in isolamento per mesi» (Basaglia 2000, p. 66). Il 4 agosto del 1980 il direttore del manicomio di Napoli, Domenico Longobardi, viene ferito alle gambe con colpi di pistola. Il ferimento è rivendicato dai Nuclei armati rivoluzionari.

Nel corso degli anni Ottanta, gli OPG rientrano nell'ombra. La legge 180⁷ ha dato il via al lungo processo di chiusura e dismissione dei manicomi civili, ma si è fermata dinnanzi alle mura degli Ospedali psichiatrici giudiziari. Terminata la lotta principale, finisce anche l'attenzione dedicata all'appendice di manicomi civili. Non appaiono però mutate le condizioni detentive, stando alle poche testimonianze disponibili.

Tra le rare testimonianze dirette, questa, risalente al 1982, restituisce il dramma di un internato a Reggio Emilia, che scrive:

Non capirò mai perché intorno a me si è scatenato quello che si è scatenato; perché mi hanno assegnato questo posto da torturato? Per questo penso che non ce la posso fare, perché non sto lottando qui dentro per difendere un ideale, ma per resistere qui dentro, giorno per giorno. [...] Ho capito che mi hanno dato l'ergastolo o la condanna a morte. Il guaio è che sono loro a determinare la mia coscienza. Ho perso l'equilibrio, credo che mi assorbono anche questo tipo di lettere. Ho scritto lettere di una diversità enorme in questi ultimi mesi e non ho più fiducia in niente (Prette 2006, p. 411).

Negli ospedali psichiatrici giudiziari, inoltre, non è mai cessato il ricorso ai letti di contenzione. Questa è la testimonianza di Mimmo De Simone, internato nella seconda metà degli anni Ottanta a Montelupo Fiorentino (De Simone 2006, p. 71):

Prima di essere legato – e a me è successo decine e decine di volte – vieni spogliato completamente. Se hai avuto un diverbio con le guardie, uno scontro anche solo verbale, ti devi preparare a subire una “ripassata” che consiste in una robusta scarica di botte. A questo punto ti ordinano di sdraiarti sul letto [...] arriva il momento del *punturone* [...]. L'importante è sedare, come si fa con gli animali pericolosi. Iniziano a questo punto a legarti stretto, in posizione supina, e già mentre le guardie e gli infermieri sono lì a tirar le corde o a stringere morsetti, senti la testa cominciare a girare e ti addormenti quasi subito.

7 Legge 13 maggio 1978, n. 180 «Accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori».

Nel 1988 Alberto Manacorda⁸ rese pubblici i risultati di una ricerca⁹ sugli ospedali psichiatrici giudiziari, commissionata dallo stesso ministero della Giustizia, confermando la gravità della situazione, senza che per questo fossero adottati nuovi interventi. Agli inizi del 1994, la Commissione Sanità del Senato in un rapporto di indagine sulla sanità penitenziaria, descrive questo scenario:

Quanto agli ospedali psichiatrici giudiziari, dall'indagine condotta, particolarmente grave risulta la condizione dei pazienti, poiché le esigenze di custodia, nelle strutture e nell'organizzazione, prevalgono nettamente sulle necessità di cura e di recupero e comunque le limitano fortemente. Non sta a noi esprimere su eventuali modifiche del regime di proscioglimento. Vogliamo tuttavia segnalare che l'aumentata incidenza di sottoposti a misure di sicurezza di breve periodo (due anni) evidenzia come trovino ricovero in ospedali psichiatrici giudiziari pazienti psichiatrici a bassa pericolosità sociale, per evidente carenza dei servizi psichiatrici del Servizio sanitario nazionale e di adeguate strutture intermedie. Non a caso, misure di sicurezza provvisorie in attesa di sentenza per lo più scontate negli ospedali psichiatrici giudiziari¹⁰.

A questo punto la Commissione formula una considerazione molto interessante sui livelli di assistenza e sull'uso degli strumenti di contenzione.

Che in queste condizioni non vi sia alcuna possibilità di assistenza è chiaro a tutti: I pazienti sono dunque penalizzati dalla generale inadeguatezza del sistema socio-sanitario assistenziale, da cui l'ospedale psichiatrico giudiziario è rigidamente e istituzionalmente separato. Ancor più dolorosa appare la condizione degli internati psichiatrici gravi i quali, sia per carenze strutturali, sia per carenze di personale, specie infermieristico, rischiano di vedere cronicizzato irreversibilmente il loro stato, senza alcuna possibilità di recupero. Per inciso, va resa informazione sulla persistenza in alcuni ospedali psichiatrici giudiziari di letti di contenzione che attualmente non sarebbero, a detta dei dirigenti degli istituti stessi, utilizzati¹¹.

8 Autore di quello che rimane, ancora oggi, uno dei testi più completi sulla storia dei manicomi criminali, Manacorda 1982.

9 La ricerca fu commissionata al Centro regionale umbro per la ricerca e la documentazione storico-psichiatrica del Ministero di grazia e giustizia. Cfr. Manacorda (a cura di) 1988.

10 Cfr. Indagine conoscitiva sulla situazione sanitaria nelle carceri, Documento conclusivo, Commissione permanente Igiene e Sanità Senato della Repubblica, XI legislatura, Indagine conoscitiva sulla situazione sanitaria nelle carceri, Documento conclusivo, Seduta di mercoledì 12 gennaio 1994 pagine 7-8 (disponibile consultando il sito www.senato.it).

11 *Ibidem*.

In effetti, la prudenza dei senatori sulle dichiarazioni che assicuravano che non fossero più utilizzati i letti di contenzione era fondata. Nello stesso anno, infatti, uno psichiatra, che lavorava a Reggio Emilia, rese pubblico il caso di un internato costretto al letto di contenzione per ben quattordici mesi. La denuncia ottenne, come unico risultato, l'allontanamento del medico dalla struttura (Dell'Aquila 2009, p. 47). Il documento finale della Commissione si concludeva con un auspicio alla trasformazione degli ospedali psichiatrici giudiziari in strutture di tipo sanitario.

La Commissione ritiene auspicabile che gli ospedali psichiatrici giudiziari possano essere trasformati nel senso di rispondere maggiormente alle esigenze di trattamento sanitario dei pazienti. Ritiene inoltre che vadano identificate fin da ora le modalità organizzative attraverso le quali organizzare una vera integrazione con i servizi psichiatrici territoriali, per un loro pieno coinvolgimento, superando quella segregazione istituzionale propria dell'attuale ospedale psichiatrico giudiziario¹².

Nel 1997 due ricercatrici, Giovanna Pugliese e Giovanna Giorgini, realizzano, per Arcisolidarietà, un libro dossier (Pugliese, Giorgini 1997) sugli OPG, effettuando, in compagnia di parlamentari e consiglieri regionali, un giro di visite. Il dossier, che raccoglie i sintetici resoconti di queste visite, rilancia l'esigenza di una modifica legislativa che consenta il superamento delle misure di sicurezza così come previste dal codice penale. Su questo tema, sono due gli orientamenti, che sono riassunti in due diverse ipotesi di disegni di legge.

Il primo, rappresentato nella proposta di legge di iniziativa di Franco Corleone (allora deputato dei Verdi), propone di abolire l'istituto della non imputabilità degli infermi psichici, riconoscendo al sofferente psichico la capacità di intendere e di volere. In caso di reato, quindi, non più il manicomio e una condanna a una misura di sicurezza, ma una pena da scontare in carcere, in una struttura idonea alla cura di disturbi psichici.

Il secondo, contenuto nella proposta redatta da Alessandro Margara, (allora presidente del Tribunale di sorveglianza della Toscana) e di un gruppo di lavoro della Fondazione Michelucci, mantiene il sistema delle misure di sicurezza ma ne prevede, in sostanza, l'esecuzione in strutture sanitarie organizzate su base regionale.

Ha un certo risalto anche l'indagine, curata da Vittorino Andreoli per incarico dell'Ufficio studi del Dipartimento dell'amministrazione penitenziaria, sulla popolazione degli internati negli OPG che procede al «censi-

12 Cfr. Indagine conoscitiva sulla situazione sanitaria nelle carceri, cit.

mento» di 1.282 internati, suddivisi per profilo medico e giuridico. Secondo i dati resi disponibili dalla ricerca, nel corso di quell'anno vi sono stati 931 episodi di contenzione che hanno interessato circa 600 internati su di una popolazione detenuta di 1.282 persone. Quindi quasi la metà degli internati era stato legato al letto di contenzione. Tuttavia, secondo Andreoli, sarebbe un errore:

[...] ritenere che il dissidio sia sanabile applicando i principi e i metodi della legge 180, che basti una sua estensione anche ai manicomi giudiziari. [...] Il problema della pericolosità sociale rimane centrale e occorre, a ventiquattro anni dalla promulgazione di quella legge, e lontano dalle ideologie e dalla contestazione che aveva caratterizzato quel periodo [...] avere il coraggio e l'onestà di affermare che quella legge, che si è mostrata capace di risolvere i problemi della assistenza ai malati psichici senza manicomi, non è in grado di affrontare il problema della pericolosità insita in alcuni comportamenti che sono strutturalmente a rischio di diventare reati (Andreoli 2002, p. 110).

Non si tratta quindi di proporre la chiusura e il superamento, perché, alla luce del quadro normativo gli Ospedali psichiatrici giudiziari, dunque, non possono che rimanere operativi, ma in maniera sostanzialmente diversa, indipendentemente da leggi di riforma. È possibile farlo semplicemente attraverso una diversa organizzazione promossa dal Dipartimento dell'Amministrazione penitenziaria, senza bisogno di leggi (*Ivi*, p. 112).

La soluzione, per Andreoli, è lasciare aperti gli OPG per consentire che diventino il punto di riferimento di venti strutture regionali dalla capienza di cinquanta posti ciascuna. Perché si torni a parlare, con risonanza nazionale, dell'internamento manicomiale, bisogna attendere qualche anno. Nel 2005, Vito De Rosa, internato da oltre quaranta anni nel manicomio di Napoli, dopo l'intervento di un consigliere regionale, ottiene la grazia dal Presidente della Repubblica Carlo Azeglio Ciampi (Maranta 2005).

Nei manicomi, ora travestiti da ospedali, poco o nulla è cambiato. Si continuano a usare i letti di contenzione, senza alcun tipo di protocollo di intervento. Lo confermano gli stessi ministri della Salute e della Giustizia rispondendo a un'interrogazione parlamentare che chiede chiarimenti sul caso di un internato costretto al letto di contenzione, oltre dieci giorni, per essere a rischio suicidio¹³. Nel 2007, la questione manicomiale ritrova uno spazio significativo nei quotidiani e nei mezzi di informazione proprio ripartendo da Aversa. Una sequenza di morti sospette, denunciate

13 Camera dei deputati, Interrogazione (5-01072) al ministro della Salute a firma dei deputati Caruso, Dioguardi, Smeriglio.

dall'Osservatorio nazionale sulla detenzione dell'associazione Antigone, porta nuovamente l'ospedale psichiatrico giudiziario di Aversa al centro di interrogazioni parlamentari e approfondimenti giornalistici. Fulvio Bufi, per il «Corriere della Sera», firma, il 18 aprile 2007, un duro reportage, effettuato accompagnando il deputato Francesco Caruso durante una visita parlamentare. Scrive Bufi: «ognuno in questo manicomio ha a suo modo una storia straordinaria da raccontare. Storie di assassini disperati, ladri disperati, rissaioli disperati. Comunque storie di disperati. E nel momento del passeggio nel cortile della 'Staccata' – un posto che trent'anni fa chiamavano 'lo zoo' – quelle storie ti assalgono tutte insieme».

Ritornano a galla le testimonianze di internati costretti ai letti di contenzione, recenti eppure sempre uguali al passato. Questa riguarda un internato di Montelupo Fiorentino e risale al 2007:

Fui immediatamente accompagnato nella stalla di coercizione in mezzo ai ragni, scarafaggi, ed un odore di urina insopportabile, completamente denudato e legato al letto di contenzione per 26 ore consecutive, senza poter mangiare né bere com'ero, sdraiato nel letto senza coperte che in questo ospedale mancano sempre (la mattina dopo ero assiderato), costretto ripetutamente a urinarmi addosso (l'infermiere mi ha messo il pappagallo sotto il letto e non riuscivo a prenderlo) (Dell'Aquila 2009, p. 76).

Quanti siano i casi come questo è impossibile dirlo con precisione, considerata l'assenza di statistiche ufficiali. L'unico termine di riferimento disponibile risale al 2004 ed è contenuto nel documento di un gruppo di lavoro formato dagli stessi direttori delle strutture manicomiali. Secondo il rapporto, sono 515 gli episodi di contenzione registrati in un solo anno¹⁴. Ciò significa che almeno un internato su tre è stato legato al letto. Non esistono, in nessuno degli ospedali psichiatrici giudiziari, disposizioni su come praticarla. Si legano le persone ai letti con le stesse modalità di sempre, senza alcuna valutazione dei rischi legati a un prolungato stato di immobilità e senza disposizioni scritte che regolino il comportamento degli operatori sanitari e penitenziari. Dovranno trascorrere altri sei anni, perché questo uso indiscriminato e punitivo della contenzione sia denunciato come esempio della violenza manicomiale; sarà necessario attendere l'intervento di un organismo internazionale e poi quello successivo di una commissione parlamentare di inchiesta.

14 Commissione interministeriale giustizia – salute, Gruppo di lavoro per i problemi degli Ospedali psichiatrici giudiziari (OPG), Documento finale del 6 novembre 2006.

4. Come si arriva alla chiusura

4.1. Il rapporto del Comitato europeo per la prevenzione della tortura

La pubblicazione del rapporto del Comitato europeo per la prevenzione della tortura¹⁵ (Cpt) determina uno degli eventi più importanti nella storia degli OPG. Il Comitato, organismo indipendente del Consiglio d'Europa, nel 2008 (tra il 14 e il 26 settembre) si reca in visita nel manicomio casertano. Il rapporto viene reso pubblico il 20 aprile 2010 e dimostra che il tempo, in questi luoghi, si sia fermato. Le parole degli osservatori europei, obbligati comunque a un tono diplomatico, non hanno la stessa forza narrativa di quelle di Aldo Trivini, ma raccontano le stesse cose, a oltre trent'anni di distanza.

È importante ripercorrere il *report* del Comitato¹⁶, per questo ne diamo qui una ampia sintesi. Nei giorni della visita sono presenti 268 pazienti per una capienza ufficiale di 259 posti letto (la capienza tollerabile è di 306 posti letto), numeri leggermente inferiori alle oltre trecento presenze registrate negli anni precedenti. Sono trentuno gli internati di nazionalità straniera¹⁷. La visita della delegazione ha luogo in una congiuntura critica,

15 Il Comitato europeo per la prevenzione della tortura e delle pene o trattamenti inumani o degradanti (Cpt) prevede un sistema di visite nei luoghi di detenzione per verificare le condizioni di trattamento delle persone private della libertà. Ha la facoltà di visitare carceri, centri di detenzione minorile, commissariati di polizia, centri di detenzione per immigrati irregolari, istituti psichiatrici, strutture e istituzioni di ricovero a carattere sociale. È stato istituito in virtù della Convenzione europea per la prevenzione della tortura e delle pene o trattamenti inumani o degradanti entrata in vigore nel 1989 in base all'articolo 3 della Convenzione europea per la salvaguardia dei diritti dell'uomo e delle libertà fondamentali, che stabilisce che nessuno può essere sottoposto a tortura, né a pene o trattamenti inumani o degradanti. Cfr. <http://www.cpt.coe.int/italien.htm>.

16 Il Rapporto, in inglese, e la risposta del Governo italiano sono disponibili sul sito ufficiale del Cpt <http://cpt.coe.int/en/states/ita.htm>.

17 Interessante notare la posizione giuridica dei pazienti che poteva essere analizzata nel modo seguente: 100 pazienti dichiarati penalmente irresponsabili e assegnati involontariamente in un OPG ai sensi dell'articolo 222 del Codice penale; 66 pazienti la cui assegnazione provvisoria in un OPG era stata ordinata ai sensi dell'articolo 206 del Codice penale; 7 detenuti condannati che richiedono cura psichiatrica assegnati a un OPG ai sensi dell'articolo 148 del Codice penale; 64 pazienti dichiarati parzialmente infermi di mente e assegnati ad una Casa di Cura e Custodia ai sensi dell'articolo 219 del Codice penale; 31 pazienti provvisoriamente assegnati ad una Casa di Cura e Custodia ai sensi dell'articolo 206 del Codice penale.

nel momento in cui la competenza in materia di sanità penitenziaria è stata trasferita alle Regioni¹⁸.

Nel paragrafo dedicato ai maltrattamenti, il Comitato sottolinea, innanzitutto, la situazione, totalmente inaccettabile, per le condizioni e le procedure seguite per le costrizioni fisiche dei pazienti. Una situazione equivalente a un trattamento inumano e degradante. Il Cpt verifica che le condizioni materiali sono mediocri nella Sezione 6 e nella sezione «Nuovo reparto» (la famigerata sezione «Staccata»). Gli spazi vivibili nei dormitori sono piccoli (alcuni con letti a castello e con un numero di armadi, sedie e tavoli insufficiente) e disgustosamente sporchi. Inoltre, le dotazioni sanitarie sono molto scarse, addirittura non c'è acqua calda. Gli internati riferiscono della presenza di ratti nel cortile del passeggio e in alcuni settori della sezione «Nuovo reparto». In moltissimi dormitori la mancanza di mobilio, a parte i letti e gli scaffali, e in particolare la quasi totale mancanza di oggetti personali e di oggetti decorativi dà agli ambienti un tono austero e impersonale. Il regime quotidiano offerto ai pazienti risulta limitato e monotono. La vita quotidiana ruota, essenzialmente, attorno ai pasti, alla distribuzione delle terapie e al passeggio (quattro ore al giorno) in cortili dall'atmosfera oppressiva. Gli internati, perciò, trascorrono la maggior parte del tempo nei dormitori o nei corridoi delle rispettive sezioni, guardando la televisione, leggendo o, semplicemente, distesi sul letto. Per i pazienti allettati o incontinenti, la delegazione europea osserva che, per la mancanza di adeguate dotazioni, il personale utilizza soluzioni di fortuna che li obbligano a cambiare i materassi di schiuma e le lenzuola. Gli standard di igiene lasciano a desiderare in quasi tutte le sezioni.

Per quanto riguarda l'assistenza psichiatrica, è offerta da una *équipe* di otto psichiatri specializzati, a parcella. Ognuno di questi psichiatri segue gli internati di una data sezione residenziale, per una media di circa quaranta pazienti a testa. Il numero di ore di visita non copre in maniera adeguata le necessità di circa duecentocinquanta persone. Una media di trecento-

18 Nella relazione il Cpt ha messo in risalto che il trasferimento degli OPG al Ministero della salute, piuttosto paradossalmente, sembra aver offerto l'opportunità alle autorità penitenziarie di riprendere il controllo dell'OPG per mezzo della nomina di Direttori Penitenziari all'interno di tali istituti, che sono assistiti dai Direttori Medici. Ai primi viene data la responsabilità generale degli istituti (in particolare gli aspetti amministrativi, contabili e di sicurezza), mentre ai secondi sono affidati gli aspetti puramente terapeutici. Secondo la delegazione un approccio di tale tipo sembra incoerente con lo scopo iniziale perseguito, quello di rafforzare gli aspetti sanitari e terapeutici di questi istituti.

trenta ore al mese per più di duecentocinquanta pazienti fa sì che si dia solo un'ora di visita al mese per internato.

È importante evidenziare le parti del rapporto in cui è affrontato il tema dei mezzi di costrizione e dell'isolamento. I rilievi mossi dal Comitato sono identici a quelli emersi nel corso del processo per le violenze all'OPG di Aversa, nel 1974. I componenti del Comitato rilevano che gli internati che mostrano condotte autolesionistiche o etero-aggressive sono immobilizzati a un letto di contenzione con cinghie di stoffa e con la somministrazione di sedativi. I pazienti sono immobilizzati, su ordine del medico/psichiatra in servizio o, in casi di emergenza, di un infermiere, con la successiva approvazione del medico/psichiatra di turno. La delegazione è informata che al personale di sorveglianza poteva essere chiesto di assistere gli infermieri per immobilizzare un paziente. I letti di contenzione sono tre, fissati al suolo, hanno un materasso di schiuma con una copertura di gomma e un'apertura centrale che permette ai pazienti di defecare. Un secchio per raccogliere gli escrementi è posto sotto l'apertura. I pazienti sono legati al letto con cinghie di cotone. Quelle usate per bloccare le mani sono cucite sul posto attorno ai polsi con un grosso ago che sembra un ago da tappezziere. Le cinghie ai polsi e alle caviglie e quella al petto non vengono mai tolte, neanche al momento dei pasti. Di conseguenza, un infermiere deve imboccare il paziente. Inoltre, il paziente non viene mai lavato durante l'intero periodo della costrizione. In più, rimane legato al letto, indossando solo una giacca; la parte inferiore del corpo è nuda, coperta solo da un lenzuolo.

La direzione dichiara alla delegazione che gli episodi di costrizione non superano la durata di 24-48 ore e che i pazienti sono controllati con grande regolarità (ogni trenta minuti) dagli infermieri e dal dottore di turno (ogni due o tre ore). La consultazione dei registri e dei fascicoli medici e i colloqui con gli internati dimostrano, invece, che i controlli sono molto meno frequenti. L'infermiere controlla due o tre volte al giorno e il medico al massimo una volta al giorno. Per il resto del tempo, il paziente è lasciato incustodito. Inoltre, è emerso che i letti di contenzione sono sempre occupati e che vi sono stati periodi molto lunghi di contenzione (fino a nove o dieci giorni alla volta). Il Comitato non ha esitazioni e ritiene, dunque, che le condizioni materiali in cui è stata applicata la contenzione, la durata della misura osservata, l'assenza di compagnia umana e lo sporadico controllo clinico dei pazienti sono equivalenti a trattamenti disumani e degradanti. Alla delegazione viene anche riferito dalla direzione che l'isolamento dei pazienti non è, in linea di principio, praticato. Ciononostante, durante la visita, la delegazione ha notato che un paziente era stato tenuto da solo in una stanza singola, in un isolamento de facto permanente, per almeno

sette mesi. Il caso è stato discusso a lungo con il personale di cura e di sorveglianza. Il paziente, che soffriva di un disturbo cronico respiratorio e aveva un desiderio irrefrenabile di fumare, era stato messo in isolamento per ragioni che rimangono poco chiare, poiché le motivazioni addotte sono scarsamente convincenti e, per certi aspetti, contraddittorie. Inoltre, al paziente era permesso di stare all'aria aperta solo per trenta minuti al giorno.

Questo, il rapporto obiettivo e impietoso di un organismo europeo di tutela dei diritti umani che, nelle conclusioni, raccomanda, che gli ospedali psichiatrici giudiziari siano sottoposti a controlli ispettivi da parte degli organi già attivi per le strutture civili, come i carabinieri del Nucleo antisofisticazioni (NAS).

4.2. *La Commissione parlamentare di inchiesta*

La Commissione parlamentare d'inchiesta sull'efficacia e l'efficienza del sistema sanitario nazionale¹⁹ ha effettuato le sue prime visite negli ospedali psichiatrici giudiziari nell'estate del 2010, successivamente alla pubblicazione del rapporto del Cpt. I componenti della Commissione, presieduta dal senatore Ignazio Marino (Pd), sono accompagnati dai carabinieri del Nas. Le visite della Commissione confermano i risultati del rapporto europeo e dimostrano che la situazione è ugualmente grave ad Aversa come negli altri OPG. Per il presidente Marino si tratta di «una sorta di inferno organizzato dove, senza problemi, viene affermato anche dagli operatori che vi lavorano che i malati stanno vivendo una sorta di ergastolo bianco»²⁰. In queste strutture (Aversa, Barcellona Pozzo di Gotto, Napoli, Montelupo Fiorentino, Reggio Emilia) hanno trovato internati abbandonati da venticinque anni, condizioni fatiscenti, stanze che puzzano di urina, persone legate nude al letto di contenzione. Per tre strutture (Aversa, Barcellona Pozzo di Gotto e Montelupo Fiorentino) il quadro appare, se possibile, ancora più grave. Condizioni invivibili, sporcizia, degrado e assenza di assistenza sanitaria. A leggere la durezza dei rapporti si comprende la gravità della situazione. A proposito di Barcellona, ad esempio, scrivono i Nas che durante il sopralluogo emergeva il sovraffollamento degli ambienti, l'assenza di cure specifiche, l'inesistenza di qualsiasi attività educativa

19 Senato della Repubblica, Commissione parlamentare di inchiesta sull'efficacia e l'efficienza del Servizio sanitario nazionale istituita nella XVI legislatura con Deliberazione del 30 luglio 2008, pubblicata nella Gazzetta Ufficiale n. 182 del 5 agosto 2008.

20 Le dichiarazioni del senatore Ignazio Marino sono rese in sede di conferenza stampa del 28 luglio 2010 e sono raccolte dai lanci di agenzia AdnKronos.

o ricreativa e la sensazione di completo e disumano abbandono del quale gli stessi degenti si lamentavano. I degenti, nell'assoluta indifferenza, oltre ad indossare abiti vecchi e sudici, loro malgrado, si presentavano sporchi e maledoranti²¹. Ad Aversa le celle/stanze, munite di 6 posti letto ed un servizio igienico, versavano tutte in pessime condizioni strutturali ed igienico-sanitarie, con pavimenti danneggiati in vari punti, soffitti e pareti con intonaco scrostato ed estese macchie di umidità e ovunque cumuli di sporcizia e residui alimentari, letti metallici con vernice scrostata e ruggine, sgradevoli esalazioni di urina, armadietti vetusti, effetti lettereschi sporchi, strappati ed evidentemente insufficienti, finestre, anche in corrispondenza di letti, divelte o con vetri rotti: il tutto in condizioni tali da rendere disumana la permanenza di qualsiasi individuo²².

Se nell'OPG di Napoli le condizioni strutturali sembrano migliori, non altrettanto si può dire per le condizioni degli internati. È il caso di Leonardo Marco che, a fronte di una misura di sicurezza inizialmente di due anni, è internato da ben venticinque anni o il caso di un altro internato che da circa tre anni ha ottenuto parere favorevole ma è ancora in attesa di trasferimento in una comunità. E poi ci sono i casi di E. V. con un occhio nero (e messo nel letto di contenzione il 16 luglio) e di uno con ustioni alle mani, senza che nulla risulti nella loro cartella clinica. Un altro internato presenta un'evidente cancrena agli arti inferiori. Un piccolo estratto di quella che appare come una galleria della disumanità. I casi sono davvero numerosi²³.

Prendiamo, per esempio, la visita a Barcellona Pozzo di Gotto, in Sicilia, effettuata l'11 giugno 2010. Qui i Nas trovano un uomo contenuto, una legatura con garza alle mani e ai piedi, con un vistoso ematoma, nudo, coperto solo da un lenzuolo. L'uomo è legato a un letto arrugginito, con al centro un foro per feci e urine che finiscono nel pozzetto posto a terra nel pavimento. L'ospedale «ospita» trecentocinquanta internati. Il presidente Marino racconta di «celle luride affollate al di là della soglia di tollerabilità, internati seminudi e madidi di sudore a causa della temperatura torrida, per lo più sotto l'evidente effetto di psicofarmaci, contenzioni adottate

21 Nuclei Antisofisticazioni e Sanità dell'Arma dei Carabinieri, Relazione dei sopralluoghi effettuati negli ospedali psichiatrici giudiziari (OPG) di Barcellona Pozzo di Gotto, Aversa e Napoli, Montelupo Fiorentino, Reggio Emilia, Castiglione delle Stiviere disponibile sul sito www.ignaziomarinno.it.

22 Ivi.

23 Da qui in poi, laddove non diversamente indicato, le dichiarazioni di Marino e degli altri deputati sono tratte dai Resoconti stenografici delle sedute n. 73 del 16 giugno 2010, n. 74 del 22 giugno 2010, n. 75 del 6 luglio 2010 disponibili sul sito ufficiale del Senato della Repubblica <http://www.senato.it>.

con metodiche inaccettabili e non repertate sugli appositi registri». Duri anche i commenti degli altri componenti della Commissione parlamentare. Il senatore Michele Saccomanno sottolinea che «dai registri rileviamo che la media della contenzione è di quattro-cinque giorni e non sono riportate motivazioni cogenti, anche per un medico non psichiatra, ma solo una generica dichiarazione della sua necessità nel caso presente, tra l'altro non predisposta dallo psichiatra che sembra essere un materiale professionale raro». Parla, riferendosi alla seconda sezione (ve ne sono sei in tutto l'OPG), di abbandono sanitario, di degrado igienico, di affollamento con fino a nove persone per cella, del «dramma delle condizioni di pareti, bagni, letti e lenzuola (cambiate ogni quindici giorni se possibile)». Le cartelle cliniche risultano spesso carenti nell'anamnesi e certificano per i pazienti importanti carenze del programma originario per controlli, regolazioni, indicazioni. Una situazione «oggettiva» che lo stesso direttore, Nunziante Rosania, definisce «un momento di particolare difficoltà per una drammatica carenza di risorse economiche, per la riduzione di personale e per un numero di ricoverati che è lievitato in maniera esponenziale». E ancora, lo stesso direttore ammette (con sincerità disarmante) «che le terapie psichiatriche [...] sono sicuramente obsolete rispetto a quelle che vengono praticate all'esterno dato che non abbiamo i fondi sufficienti per acquistare, in misura adeguata, neurolettici tipici di ultima generazione». Pippo Insana, cappellano da oltre venticinque anni e storico punto di riferimento per gli internati, è diretto: «Mancano farmaci, manca personale idoneo e qualificato a curare e riabilitare [...] le persone inferme di mente più problematiche vengono trasferite continuamente da un reparto all'altro, senza un serio e impegnativo intervento sanitario». I numeri confermano questo stato di crisi. Nella struttura, per quasi quattrocento persone sono presenti solo ventotto infermieri di ruolo e sei medici incaricati. I sei consulenti psichiatrici hanno un monte ore che, suddiviso per il numero di presenti, si traduce in quarantotto minuti di assistenza al mese. Numeri che comunque non giustificano il ricorso alla contenzione e che lasciano perplessi gli stessi componenti della Commissione. La senatrice Donatella Poretti (Radicali) aggiunge «quando abbiamo chiesto al medico di turno il motivo per il quale il soggetto si trovasse lì, non essendo indicato nel registro di contenzione, sinceramente non l'ho capito. Il medico ha continuato a ripetere che quel soggetto aveva dato fastidio agli infermieri e che addirittura aveva infastidito un'infermiera con delle battute osé». La Commissione parlamentare ha avviato un delicato e fondamentale lavoro di sensibilizzazione dell'opinione pubblica e di raccordo tra i diversi soggetti istituzionali (Ministero della salute, Ministero della giustizia, Regioni, Dipartimento

amministrazione penitenziaria, Regioni) con competenze in materia. Ha avviato un monitoraggio sulle persone presenti la cui pericolosità sociale era sostanzialmente frutto di un mancato intervento dei servizi di salute mentale. È giunta a sequestrare, episodio senza precedenti nella storia della Repubblica, alcune sezioni delle strutture di Barcellona Pozzo di Gotto e di Montelupo Fiorentino che non avevano adempiuto alla disposizione sugli standard regolamentari previsti per le celle, e ha sequestrato la farmacia di Aversa. Un lavoro indubbiamente costante e tenace che ha portato a esprimersi sul tema la più alta carica dello Stato, il presidente della Repubblica Giorgio Napolitano, che ha parlato «dell'estremo orrore dei residui ospedalieri psichiatrici giudiziari, inconcepibile in qualsiasi Paese appena, appena civile»²⁴.

Le immagini riprese durante le visite ispettive della Commissione dal regista Francesco Cordio, trasmesse in anteprima a Rai 3, e poi divenute un film (*Lo Stato della Follia*) riflettono pubblicamente la drammatica condizione detentiva degli internati e contribuiscono a creare le condizioni per una opinione pubblica favorevole alla chiusura degli OPG. Finalmente, si giunge ad un voto parlamentare.

5. Le Residenze per le misure di sicurezza

Si è arrivati, così, finalmente alla norma che ha disposto la chiusura degli OPG. Il decreto legge 22 dicembre 2011, n. 211, poi convertito in legge 17 febbraio 2012, n. 9, ha disposto all'art. 3-ter la chiusura delle strutture per la data del 31 marzo 2013. Il decreto legge 25 marzo 2013 n. 24 ha poi prorogato tale chiusura al primo aprile 2014. Ancora una volta, tuttavia, il termine originariamente disposto non è stato rispettato, e, come visto in premessa, è stato prorogato all'anno seguente, e sono stati necessari poi ancora due anni perché gli OPG smettessero davvero di funzionare.

Secondo le nuove disposizioni, le misure di sicurezza del ricovero in ospedale psichiatrico giudiziario e dell'assegnazione a casa di cura e custodia devono essere eseguite, esclusivamente, all'interno delle strutture sanitarie, fermo restando che le persone che hanno cessato di essere socialmente pericolose devono essere senza indugio dimesse e prese in carico, sul territorio, dai Dipartimenti di salute mentale.

24 Intervento pronunciato il 28 luglio 2011, in occasione di un convegno organizzato dal Partito radicale sul tema delle carceri riportato in www.agenparl.it.

Il Ministro della salute, con un proprio decreto, ha poi definito «i requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi, anche con riguardo ai profili di sicurezza, relativi alle strutture destinate ad accogliere le persone cui sono applicate le misure di sicurezza del ricovero in ospedale psichiatrico giudiziario e dell'assegnazione a casa di cura e custodia». Criteri di massima sono: a) esclusiva gestione sanitaria all'interno delle strutture; b) attività perimetrale di sicurezza e di vigilanza esterna, ove necessario in relazione alle condizioni dei soggetti interessati, da svolgere nel limite delle risorse umane, strumentali e finanziarie disponibili a legislazione vigente; c) destinazione delle strutture ai soggetti provenienti, di norma, dal territorio regionale di ubicazione delle medesime.

Secondo il piano originario, le Regioni dovevano approvare un programma per la costruzione delle REMS con la realizzazione di 990 posti (articolati in 38 strutture) per una spesa di circa 173 milioni di euro²⁵. Per rendere concreto il piano di superamento degli OPG e fare in modo che le Regioni, competenti in materia di sanità, si attivassero il Governo ha dovuto ricorrere, nel 2016, alla nomina di un Commissario unico nazionale, Franco Corleone per superare ritardi e inadempienze e portare a termine il processo di riforma. Nella relazione finale²⁶, annunciando di avere concluso il suo mandato con successo, il Commissario Corleone, il 19 febbraio 2017, rendeva disponibili i primi dati nazionali sulle REMS. In quella data risultavano aperte 29 REMS, suddivise in 17 regioni, con un numero complessivo di 569 presenti su una capienza totale di 604 posti. Le strutture, pur nelle loro differenze territoriali, rispondono a standard di tipo sanitario e non ospitano più di 20 persone, con la sola eccezione di Castiglione delle Stiviere²⁷, che da OPG è stato suddiviso in 6 REMS e che ospita 120 persone. Il numero dei presenti, dunque, è circa la metà di quello che era presente negli OPG quando è stato avviato il processo di chiusura. Questo perché, come lo stesso commissario ha ricordato in una intervista al Sole

25 Cfr. la Relazione al Parlamento ai sensi dell'art. 3 ter, comma 8 bis del D.L. 211/2011 sullo stato di attuazione dei programmi regionali relativi al superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari trasmessa alla Camera dei deputati il 16 dicembre 2013, redatta congiuntamente dai ministeri della Giustizia e della Salute.

26 Relazione finale sulle attività svolte dal Commissario unico per il superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari (OPG) 17 febbraio 2017, disponibile sul portale della Camera dei Deputati <https://www.camera.it>

27 Occorre ricordare che, rispetto agli altri 5 OPG, quello di Castiglione ha, comunque, sempre rappresentato una eccezione, perché il solo ad essere gestito, sin dalla sua istituzione, dall'Azienda sanitaria locale in virtù di una convenzione con il ministero della Giustizia.

24 ore, obiettivo della riforma non era il trasferimento degli internati dagli OPG alle REMS, ma l'inizio di un percorso di de-istituzionalizzazione.

Lo spirito della legge 81 è chiaro: bisogna deistituzionalizzare, la REMS è l'ultima ratio, bisogna avere progetti personalizzati per ogni persona. Su questo abbiamo avviato una riflessione con il Csm, un tavolo, ma è un processo culturale e il confronto non sarà né facile né breve. Ognuno deve fare la propria parte, inclusa la magistratura. Le REMS non possono essere un sistema a porte girevoli, da cui si entra e si esce. Siamo in una fase nuova che impone anche nuove forme di monitoraggio. Per alcune persone, ripeto, bastano i servizi territoriali, non devono entrare provvisoriamente nelle REMS per poi uscire dopo poco. Non è questo lo spirito della legge 81²⁸.

Nel mentre si realizzavano le nuove strutture, alcune in via provvisoria, è intervenuto il Consiglio superiore della Magistratura con una delibera di indirizzo di rilievo. Come detto, il sistema delle misure di sicurezza ha giocato un ruolo importante nel "dimenticare" migliaia di persone nel chiuso dei manicomi criminali. Il Consiglio Superiore della Magistratura, con risoluzione del 19 aprile del 2017, ha approvato direttive interpretative²⁹ con cui si conferma che lo spirito della riforma deve portare al superamento del modello OPG. Secondo il CSM la legge «ha innanzitutto stabilito il principio per cui il ricorso alle misure di sicurezza detentive, per il non imputabile, deve considerarsi la soluzione estrema e residuale cui ricorrere soltanto quando sono acquisiti elementi dai quali risulta che ogni misura diversa non è idonea ad assicurare cure adeguate e a fare fronte alla pericolosità sociale...». La risoluzione ricorda che «è stato introdotto un termine massimo di durata per le misure di sicurezza, al precipuo fine di scongiurare "gli ergastoli bianchi" e nel presupposto che il prolungamento di una misura di sicurezza nel lungo periodo si rivela fonte di cronicizzazione, di irrigidimento sanzionatorio sterile e di marginalizzazione dell'individuo dal tessuto sociale» e che le REMS assumono connotazioni del tutto differenti rispetto agli OPG perché si tratta di strutture a gestione specificamente ed esclusivamente sanitaria, dirette da un responsabile medico che ne assume la direzione sanitaria ed amministrativa, con ridotta capienza di posti letto, al massimo di venti, ove si svolgono attività terapeutico-riabilitative per gli

28 L'intervista è riportata sulla pagina "sanità" del portale de «Il sole 24ore». <https://www.sanita24.ilsole24ore.com>

29 Consiglio superiore della Magistratura, Direttive interpretative ed applicative in materia di superamento degli Ospedali psichiatrici giudiziari (OPG) e di istituzione delle Residenze per l'esecuzione delle misure di sicurezza (REMS), di cui alla legge n. 81 del 2014- Risoluzione 19 aprile 2017.

ospiti in raccordo e coordinamento con i servizi psico-sociali territoriali». Vi è dunque la consapevolezza che la riforma ha posto al centro del nuovo sistema i dipartimenti di salute mentale, divenuti «titolari dei programmi terapeutici e riabilitativi allo scopo di attuare, di norma, i trattamenti in contesti territoriali e residenziali. Le REMS sono, pertanto, soltanto un elemento del complesso sistema di cura e riabilitazione dei pazienti psichiatrici autori di reato. L'internamento in REMS ha assunto non solo, come si è anticipato, il carattere della eccezionalità, ma anche della transitorietà: il Dipartimento di salute mentale competente, infatti, per ogni internato deve predisporre, entro tempi stringenti, un progetto terapeutico-riabilitativo individualizzato, poi inviato al giudice competente, in modo da rendere residuale e transitorio il ricovero in struttura». Questo orientamento è ribadito poi dallo stesso CSM in una seconda risoluzione del 24 settembre 2018, con la quale il Consiglio Superiore della Magistratura individua l'opportunità di realizzare protocolli operativi tra i soggetti istituzionali coinvolti nella gestione delle misure di sicurezza.

Se quindi non si è riusciti a riformare il codice penale e il sistema del “doppio binario”, può almeno confortare il nuovo orientamento della magistratura più attenta anche a costruire relazioni con il sistema della salute mentale. Questo attenua, ma non supera le osservazioni più critiche come quelle di Maria Grazia Giannichedda che ha ben scritto «L'OPG non è solo un luogo, è un dispositivo solidamente ancorato al codice penale che ne definisce l'oggetto (l'infermo di mente autore di reato o il condannato che diventa infermo di mente), la forma (misura di sicurezza) e le funzioni (cura e custodia). E poiché il codice penale non si modifica per decreto tutto questo resta immutato»³⁰.

6. *Ipotesi conclusive*

Come stia funzionando il sistema REMS è presto ancora per dire, proprio perché la loro regionalizzazione non consente di disporre di una visione uniforme. Se leggiamo i dati forniti dall'Osservatorio sul superamento degli OPG e sulle REMS e Coordinamento REMS-DSM³¹ sulle dotazioni e sul funzionamento delle strutture stesse a partire dalla data della loro

30 M. G. Giannichedda, OPG, chiuderne sei per aprirne quanti?, in «il Manifesto» del 7 febbraio 2012.

31 Elaborati dal Dipartimento Assistenziale Integrato Salute Mentale Dipendenze Patologiche – AUSL Parma a cura di Pellegrini P., Visentini C., Tadonio L. e Pellegrini C., consultabile sul portale www.stopopg.it

apertura è possibile fare tre ordini di considerazioni. La prima è che sicuramente le nuove strutture dispongono di una capacità sanitaria che era impensabile nei vecchi OPG. Il rapporto tra personale e pazienti è pari a 1,5, come negli standard delle strutture ordinarie per la salute mentale. La seconda considerazione è che i dati segnano il persistere di una conflittualità di non semplice gestione all'interno di queste strutture. Si legge nel rapporto del 2019, «per quanto riguarda gli eventi critici, rapportati al numero totale di utenti transitati all'interno delle REMS, risultano: 90 Trattamenti Sanitari Obbligatoriosi (5,7%), 80 contenzioni (5,1%), 4 suicidi (0,3%), 4 tentati suicidi (0,3%), 202 aggressioni ad altri pazienti (12,8%), 161 aggressioni ad operatori (10,2%), 98 allontanamenti (6,2%)». Sono numeri che, seppur contenuti in termini assoluti e percentuali, indicano la necessità di un monitoraggio costante sull'efficacia del nuovo modello REMS. La terza considerazione è inerente al dato per cui «i Progetti Terapeutico Riabilitativi Individualizzati (PTRI) predisposti entro 45 giorni dall'ingresso del paziente in REMS, riguardano circa 1 utente su 4 (24,3%)». Se non si rafforza la capacità di lavorare sul reinserimento esterno delle persone internate, in prospettiva, si rischia di tornare a nuove forme di cronicizzazione.

Cosa resta del manicomio criminale, allora? Sicuro restano le mura di edifici che sono oggi divenuti carceri³². E poi? Possiamo sostenere con certezza che nelle nuove REMS non saranno replicate le forme di contenimento farmacologico e fisico e di prolungato isolamento? Che non rivivranno nella forma della clinica i dispositivi del manicomio? Se la riforma ha consentito di chiudere gli OPG – ed è innegabile che questo sia stato un risultato di grande importanza – oggi non disponiamo di sufficiente certezza per dire che è stato realizzato il superamento definitivo del dispositivo del manicomio criminale.

L'internamento psichiatrico è però un dispositivo sottile e complesso, determinato da un duplice discorso, giuridico e medico. Se le mura che ne faranno materialità sono quelle invalicabili di un manicomio giudiziario o quelle bianche e asettiche di una struttura residenziale, i termini del problema non mutano automaticamente. La chiusura degli ospedali psichiatrici giudiziari è stata condizione necessaria, ma non sufficiente per il completo superamento della logica manicomiali di sopraffazione e violenza su persone sofferenti. Per questo è fondamentale non separare il tema delle REMS da quello più generale dei modelli di assistenza residenziale e territoriali dei pazienti psichiatrici. Così come è importante che prosegua

32 A eccezione di Montelupo Fiorentino che è stato chiuso e di Castiglione delle Stiviere, trasformato in REMS.

l'azione delle organizzazioni e delle associazioni raccolte nella sigla STOP OPG che effettuano un continuo monitoraggio sullo stato della riforma.

La chiusura degli ospedali psichiatrici giudiziari potrebbe essere allora lo stimolo al mutamento di quelle pratiche e discorsi psichiatrici ancora oggi fondati su logiche di contenimento, internamento ed esclusione (Esposito 2019). Se questo non accadrà ci sono fondati timori che ciò che resterà del manicomio è ancora tanto, ancora troppo³³.

Riferimenti bibliografici

- Andreoli V., a cura di, 2002, *Anatomia degli Ospedali psichiatrici giudiziari italiani, Dipartimento dell'amministrazione penitenziaria*, Roma, Ministero della giustizia.
- Babini V. P., 2009, *Liberi tutti. Manicomi e psichiatri in Italia: una storia del Novecento*, Bologna, il Mulino.
- Basaglia F., prefazione a M. L. Marsigli, 1973, *La marchesa e i demoni. Diario da un manicomio*, Milano, Feltrinelli.
- Id., 2000, *Conferenze brasiliane*, Milano, Raffaello Cortina.
- Bonazzi A., 1975, *Squalificati a vita. Inchiesta e testimonianze sui manicomi criminali italiani*, Torino, Gribaudo.
- Catapano V. D., 1986, *Le Reali Case de' Matti nel Regno di Napoli*, Napoli, Liguori.
- De Simone M., 2006, *I due volti dell'innocenza*, Roma, Sensibili alle foglie.
- Dell'Aquila D. S., 2009, *Se non ti importa il colore degli occhi. Inchiesta sui manicomi giudiziari*, Napoli, Filema.
- Dell'Aquila D. S., Esposito A., 2013, *Cronache da un manicomio criminale*, Roma, Edizioni dell'Asino.
- Id., 2017, *Storia di Antonia*, Roma, Sensibili alle foglie.
- Esposito A., 2019, *Le scarpe dei matti. Pratiche discorsive, normative e dispositivi psichiatrici in Italia (1904-2019)*, Napoli, ad est dell'equatore.
- Foucault M., 2007, *La verità e le forme giuridiche*, Napoli, La Città del Sole, (ed. or. 1977, *A verdade e as forma juridicas*, «Cadernos da P.U.C.», n. 16, pp. 5-133).
- Id., 2009, *La vita degli uomini infami*, Bologna, Il Mulino (ed. or. 1977, *La vie des hommes infames*, «Les Cahiers du chemin», n. 29).
- Gandolfi S., Lescovelli M., Manacorda A., 1988, *Cenni storici sull'ospedale psichiatrico giudiziario*, in A. Manacorda (a cura di), *Folli e reclusi. Una ricerca sugli internati negli ospedali psichiatrici giudiziari italiani*, Firenze, la casa Usher.

33 Il 10 aprile 2020, mentre queste pagine erano in consegna, è morto per Covid-19 un internato nella REMS di San Maurizio Cavanese (Torino). Lo ha reso noto l'Associazione Antigone Piemonte www.associazioneantigone.it

- Goffman E., 1968, *Asylums. Le istituzioni totali: i meccanismi dell'esclusione e della violenza*, Torino, Einaudi (ed. or. 1961, *Aylum. Essay on the social situation of mental patients and other inmates*, Anchor Books, Doubleday & Company Inc., New York).
- Lombroso C., 2000, *Delitto, genio, follia. Scritti Scelti*, Torino, Bollati Boringhieri.
- Manacorda A., 1982, *Il manicomio giudiziario. Cultura psichiatrica e scienza giuridica nella storia di una istituzione totale*, Bari, De Donato.
- Id. (a cura di), 1988, *Folli e reclusi. Una ricerca sugli internati negli ospedali psichiatrici giudiziari italiani*, Firenze, la casa Usher.
- Maranta F., a cura di, 2005, *Vito il recluso. OPG un'istituzione da abolire*, Roma, Sensibili alle foglie.
- Prette M. R., a cura di, 2006, *Il carcere speciale*, Roma, Sensibili alle foglie.
- Pugliese G., Giorgini G., a cura di, 1997, *Mi firmo per tutti. Dai manicomi criminali agli ospedali psichiatrici giudiziari. Un'inchiesta e una proposta*, Roma, Datanews.
- Valacarengi M., 1975, *I manicomi criminali*, Milano, Mazzotta.
- Wolf C., 1992, *Trama di infanzia*, Roma, edizioni e/o (ed. or. 1976, *Kindheitsmutter*, Suhrkamp Verlag).