



MEMORIE DEL DIPARTIMENTO DI GIURISPRUDENZA
DELL'UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI TORINO
21/2022

Comitato scientifico delle Memorie del Dipartimento di Giurisprudenza

Raffaele Caterina (coordinatore), Alessandra Algostino, Roberto Cavallo Perin, Elena D'Alessandro, Paolo Gallo, Enrico Grosso, Michele Graziadei, Edoardo Greppi, Daniela Izzi, Pier Giuseppe Monateri, Ugo Pagallo, Anna Maria Poggi, Michele Rosboch, Dario Tosi, Michele Vellano, Ilaria Zuanazzi.

Dieci anni di REMS

Un'analisi interdisciplinare

a cura di

MARCO PELISSERO, LAURA SCOMPARIN, GIOVANNI TORRENTE



UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
DI TORINO

Edizioni
Scientifiche
Italiane



Opera finanziata con il contributo del Dipartimento di Giurisprudenza dell'Università di Torino.

Il presente volume è stato preliminarmente sottoposto a un processo di referaggio anonimo, nel rispetto dell'anonimato sia dell'Autore sia dei revisori (*double blind peer review*). La valutazione è stata affidata a esperti del tema trattato, nominati dal Comitato Scientifico della Collana in conformità al Regolamento delle pubblicazioni del Dipartimento di Giurisprudenza dell'Università di Torino.

I revisori hanno formulato un giudizio positivo sull'opportunità di pubblicare il presente volume.

PELISSERO Marco; SCOMPARIN Laura; TORRENTE Giovanni (*a cura di*)
Dieci anni di REMS. Un'analisi interdisciplinare
Memorie del Dipartimento di Giurisprudenza dell'Università di Torino - 21/2022
Napoli-Torino: Edizioni Scientifiche Italiane - Università degli Studi di Torino

© 2022 by Edizioni Scientifiche Italiane s.p.a.
80121 Napoli, via Chiatamone 7
www.edizioniesi.it
info@edizioniesi.it

pp. XIV+620; 24 cm
ISBN: 978-88-495-4900-3

© 2022 Università degli Studi di Torino
10124 Torino, Via Verdi 8
[www.collane.unito.it/oa/
openaccess@unito.it](http://www.collane.unito.it/oa/openaccess@unito.it)

ISBN: 9788875902186

Prima edizione: maggio 2022
un volume in lingua italiana



Quest'opera è distribuita con Licenza Creative Commons Attribuzione - Non commerciale Non opere derivate 4.0 Internazionale

I diritti di traduzione, riproduzione e adattamento totale o parziale e con qualsiasi mezzo (compresi i microfilm e le copie fotostatiche) sono riservati per tutti i Paesi.

Fotocopie per uso personale del lettore possono essere effettuate nei limiti del 15% di ciascun volume/fascicolo di periodico dietro pagamento alla SIAE del compenso previsto dall'art. 68, comma 4 della legge 22 aprile 1941, n. 633 ovvero dall'accordo stipulato tra SIAE, AIE, SNS e CNA, CONFARTIGIANATO, CASA, CLAAI, CONFCOMMERCIO, CONFESERCENTI il 18 dicembre 2000.

Sommario

Presentazione di MAURO PALMA IX

MARCO PELISSERO, LAURA SCOMPARIN, GIOVANNI TORRENTE
Premessa XIII

SEZIONE PRIMA

Le persone

PERLA ARIANNA ALLEGRI, BARBARA GIORS, MICHELE MIRAVALLE
Salute mentale e questione criminale: dal superamento normativo degli OPG all'attuazione della riforma 3

DANIELA RONCO
La categoria sociologica della pericolosità e il trattamento delle eccedenze. Il caso dei cripto-imputabili 35

TOMMASO TRINCHERA
La nozione di infermità mentale nella giurisprudenza penale 55

FILIPPO PENNAZIO, VINCENZO VILLARI
L'imputabilità e l'ampliamento della nozione di infermità di mente. I disturbi di personalità e il problema dei cripto-imputabili 79

ANDREA CABIALE
L'accertamento giudiziale della pericolosità sociale fra presente e futuro 93

MARCO PELISSERO
Misure di sicurezza terapeutiche e mutazioni della pericolosità sociale 127

- GABRIELE ROCCA, CATERINA BOSCO
*Tra pericolosità sociale e bisogno di cura: i difficili equilibri
tra approccio giudiziale, concezione psicologica e conce-
zione psichiatrica della pericolosità* 155
- GEORGIA ZARA
*La valutazione del rischio nel percorso di costituzione delle
REMS. Criticità e prospettive future* 185

SEZIONE SECONDA

I luoghi

- GIUSEPPE DI GIUDA, ELENA SEGHEZZI
*L'edilizia penitenziaria, dal controllo alla cura: dai manicomi
alle Residenze per l'esecuzione delle misure di sicurezza* 209
- GIOVANNI TORRENTE
È quello delle REMS un caso di deistituzionalizzazione? 225
- KARMA NATALI
*Vita quotidiana e diritti dei pazienti ricoverati nelle REMS:
i modelli di organizzazione interna* 255
- EMMANUELE PENCO
*La gestione della sicurezza nelle REMS: profili organizzati-
vi, giuridici, terapeutici* 279

SEZIONE TERZA

I percorsi

- PERLA ARIANNA ALLEGRI
*Le liste d'attesa per l'accesso in REMS. Modelli di tenuta tra
esigenze di cura ed aspirazioni securitarie* 305
- BARBARA GAGLIARDI
*La tutela della salute mentale degli «ex internati» tra orga-
nizzazioni pubbliche e private* 335
- MICHELE MIRAVALLE
*Non solo REMS. Le «altre» misure di sicurezza tra cura e
controllo* 357

Sommario VII

ANTONIO FRANCESCO MORONE
Dalle misure di sicurezza non detentive alle misure terapeutiche: cronaca di un percorso normativo incompiuto 385

GIULIA MANTOVANI
Applicazione provvisoria di misure di sicurezza e strumenti alternativi per il controllo e la cura 417

SEZIONE QUARTA
I contesti

LAURA SCOMPARIN
La valutazione della Corte europea dei diritti dell'uomo sulle limitazioni alla libertà personale imposte alle persone affette da patologie mentali: tra casi e principi, una progressiva crescita di attenzione per diritti fondamentali a rischio amplificato 461

ANNA COSTANTINI
Custodia e cura dell'infermo di mente-autore di reato nel modello tedesco delle «misure di miglioramento e sicurezza» 483

CAROLINE PELOSO
I modelli di sorveglianza e cura negli ordinamenti e nelle prassi europee: Francia 515

ANTONELLA MADEO
Le misure di sicurezza in Spagna 535

SOFIA CONFALONIERI
La cura e la custodia del soggetto psichiatrico autore di reato in Inghilterra 573

OSCAR CALAVITA
Le misure di sicurezza e la loro esecuzione nei Paesi scandinavi 595

Notizie sugli autori 615

MICHELE MIRAVALLE

Non solo REMS

Le «altre» misure di sicurezza tra cura e controllo

SOMMARIO: 1. La riforma delle misure di sicurezze psichiatriche nel quadro delle politiche penali e penitenziarie contemporanee. – 2. Dall'isola all'arcipelago, il senso di una riforma. Le «altre» misure di sicurezza oltre alle REMS. – 3. La dimensione quantitativa della *libertà vigilata*. – 4. Le comunità tra modello asilare e territoriale. La necessità di un approccio microfisico.

1. *La riforma delle misure di sicurezze psichiatriche nel quadro delle politiche penali e penitenziarie contemporanee*

Uno dei più lucidi criminologi critici contemporanei, Stanley Cohen, attento studioso dei meccanismi di governo della devianza, per descrivere che cosa è il controllo sociale ricorreva alla metafora della rete da pesca (*fishing net*).

Cohen, in una delle sue opere più note, pubblicata nel 1985, *Vision of Social Control*, sostiene che nella società contemporanea, i soggetti devianti siano come pesci nell'oceano e che la società sia quell'oceano, con marosi, correnti e onde. Nell'oceano, secondo Cohen, fluttua una grande rete da pesca trascinata da pescatori instancabili, non sempre in accordo tra loro, non sempre tutti obbedienti allo stesso modo agli ordini dall'alto impartiti da capitani di nave, ora più severi ora più indulgenti.

La metafora proposta da Cohen fornisce almeno due spunti di riflessione. Da una parte, si sconfessa l'idea positivista che vorrebbe affibbiare agli strumenti di controllo (come il carcere o le istituzioni psichiatriche) solo gli obiettivi manifesti cristallizzati dalle norme positive. E quindi quelli *retributivi*, di «giusta ricompensa» per la lesione del contratto sociale provocata dall'autore del reato e quelli *rieducativi*, affermati dalle carte dei diritti novecentesche, ma anche. A questi, nel caso peculiare delle misure di sicurezza per pazienti psichiatrici autori di reato, si aggiungono le finalità *terapeutiche* o *riabilitative*.

Più corretto invece interpretare gli strumenti del controllo come fluttuanti e cangianti nel tempo, sensibili ai cambiamenti del clima sociale e agli orientamenti dei decisori politici, pur in assenza di significative modifiche normative.

Dall'altra parte, quella metafora permette di superare la tradizionale dicotomia tra controllo penale (o coercitivo) e controllo sociale, che ha storicamente permeato gli ordinamenti giuridici.

Secondo l'impostazione classica¹, il controllo *penale* è istituzionalizzato, formalizzato, pubblico, quello *sociale* è invece svolto in contesti non istituzionali, è informale e spesso affidato ad agenzie private.

Tale distinzione però dimentica «the social component of coercive control, just as the coercive component of social control»², rendendo troppo rigido e «teorico» il dualismo.

Sarebbe dunque meglio non imbalsamare la questione criminale in categorie analitiche che non trovano riscontro nel dato di realtà, ammettendo che non esistono *tipi* di controllo diversi, ma semplicemente modalità attuative diverse, ora più repressive-coercitive, ora più orientate alla socializzazione.

Le differenze si collocherebbero piuttosto sul piano micro-sociologico e riguarderebbero le singole *tecnologie di potere*, mentre sul piano macrosociologico, nel rapporto tra individuo e società nel suo complesso, il ruolo di strumenti controllo più sociali o più coercitivi, non cambia.

In questo senso tutte le tipologie di controllo (sia esso sociale o coercitivo) assolverebbero all'esigenza, tipica delle società capitalistiche contemporanee, di monitorare intere categorie sociali, considerate *pericolose*.

Proviamo ad adattare queste riflessioni al caso-studio dei pazienti psichiatri autori di reato, indagando come sono cambiate le maglie della rete, alla luce della riforma delle misure di sicurezza.

In particolare in questo capitolo, si esploreranno due ipotesi di ricerca: la prima, se la riforma sul superamento degli Ospedali Psichiatri Giudiziari, manifestamente tesa a raggiungere obiettivi *terapeutici e riabilitativi*, chiudendo gli «ultimi manicomi» sopravvissuti nell'ordinamento italiano, non abbia, nei suoi risvolti applicativi, introdotto «nuove» forme di *confinamento* sul modello *asilare*; la se-

¹ Cfr. *ex multiis*, M. JANOWITZ, *Sociological Theory and Social Control*, in *American Journal of Sociology*, n. 81/1, 1975, pp. 82-108.

² J. LOWMAN, J.R. MENZIES e T. PALYS, *op. cit.*, 1987, p. 3. Trad.: «La componente sociale del controllo penale, così come la componente coercitiva insita nel controllo sociale».

conda, se abbia contratto o esteso il gruppo di persone con patologie psichiatriche sottoposte a controllo.

Prima di rispondere a queste domande, occorre però inquadrare la riforma delle misure di sicurezza psichiatriche nel quadro delle politiche penali e penitenziarie contemporanee³.

A partire dagli anni Ottanta, tutte le riforme legislative che hanno riguardato la questione penale e penitenziaria sono collocabili su una linea immaginaria tra due opposte tendenze⁴.

La prima tendenza, è quella del *populismo penal-penitenziario* (la politica del «buttare via la chiave»), che provoca un passaggio da un modello di *welfare* universalista al *prisonfare* selettivo come risposta alla paura liquida che attanaglia la società⁵. Tale tendenza conduce alla mitizzazione degli strumenti della giustizia penale come via maestra per «regolare» la società. Questo approccio ha provocato, a partire dagli anni Novanta negli Stati Uniti, un aumento generalizzato dei tassi di carcerazione (la c.d. *mass incarceration*) a fronte di tassi di criminalità sostanzialmente invariati.

La seconda tendenza, più rilevante al fine della nostra analisi, è la via *reformista* (o *neo-progressista*) alla questione criminale. In quest'ottica, si persegue un processo di *ibridazione* della giustizia penale, proponendo contaminazioni con *sapéri*, lessici e funzioni che con la questione criminale hanno poco a che fare.

³ Si considerano qui solo le politiche penali e penitenziarie adottate in quei Paesi che la letteratura sociologica definisce *Global North*. Il *Global North* ricomprende l'Europa continentale e mediterranea, nonché i paesi anglofoni, accomunati da simili processi di globalizzazione tipici del finire del XX secolo. In questi contesti, troviamo molte similitudini tra politiche penitenziarie e andamenti dei flussi della popolazione detenuta, pur in presenza di ordinamenti giuridici differenti (cfr. D. MELOSSI, *Crime, Punishment and Migration*, New York, 2015)

⁴ Per una generale descrizione di tali tendenze si rimanda all'opera collettanea editata nel 1987 nell'ambito della scuola criminologica canadese che fa capo alla Simon Fraser University, J. LOWMAN, J. R. MENZIES e T. PALYS. (a cura di), *Transcarceration: Essays in the Sociology of Social Control*, Aldershot, 1987. Si noti come entrambe le tendenze citate rimangono lontane da proposte più radicali, approfondite dalla letteratura critica, come quelle di stampo abolizionista elaborate dalla scuola scandinava (cfr. T. MATHIESEN *The politics of abolition. Essays in political action theory*, Oslo, 1974 e N. CHRISTIE, *Abolire le pene? Il paradosso del sistema penale*, Torino, 1985) e da quella anglosassone-mitteleuropea (cfr. L. HULSMAN, *Abolire il sistema penale?*, in *Dei delitti e delle pene*, n. 1/1983, pp. 71-89), che, con diverse sfumature, mirano a «liberarsi dalla necessità» del carcere (e degli strumenti di controllo penale).

⁵ Il sociologo Loic Wacquant in una espressione molto citata afferma che l'obiettivo dei sistemi penali e penitenziari post-moderni sia quello di «punire i poveri». Cfr. L. WACQUANT, *Punishing the Poor. The Neoliberal Government of Social Insecurity*, Durham, 2009.

I sostenitori di tale approccio riconoscono infatti i limiti di un sistema penale e penitenziario inefficiente, sovraffollato, disumano, incapace di abbattere i tassi di recidiva e propongono riforme nel senso della *diversion*, della deistituzionalizzazione e della depenalizzazione dei reati di scarso allarme sociale, sostenendo l'introduzione di nuovi modelli di controllo *non segreganti*, spesso giustificati da esigenze *terapeutiche* del deviante.

Si tratta insomma di introdurre strumenti che rendano più socialmente accettabile la limitazione della libertà, ma non si preoccupano affatto di mettere in dubbio le necessità di un «controllo». In altre parole, la via riformista alla questione criminale auspica riforme che incidono sull'*estetica* del controllo, capaci sì di umanizzare il trattamento della devianza, ma, in ultima analisi, aumentando il numero di persone sottoposte a controllo. Per tornare alla metafora di Cohen, si tratterebbe di una pesca meno cruenta, ma pur sempre una pesca.

Una delle *ibridazioni* più ricorrenti (e discusse) è proprio quella tra giustizia penale e psichiatria, laddove la psichiatria assume una funzione ancillare della giustizia penale, contribuendo al controllo, più che alla *cura* della persona⁶. Già negli anni Settanta, Franco Basaglia definiva l'«abbraccio mortale tra psichiatria e giustizia»⁷, come

⁶ Quello dei rapporti psichiatria e giustizia penale è uno dei temi cardine del pensiero di Michel Foucault. In particolare, durante il ciclo di seminari tenuto al Collège de France nel 1974-1975, Foucault spiega così il rapporto strumentale tra psichiatria (e scienza medica, in generale) e giustizia penale facendo l'esempio delle perizie psichiatriche utilizzate nel processo penale: «Che la perizia psichiatrica costituisca un apporto di conoscenza uguale a zero è vero, ma non è importante. Il suo ruolo essenziale è quello di legittimare, nella forma della conoscenza scientifica, l'estensione del potere di punire a una cosa diversa dall'infrazione. L'essenziale è che essa permetta di ricollocare l'azione punitiva del potere giudiziario in un insieme generale di tecniche riflesse di trasformazione degli individui». La scienza medico-psichiatrica, secondo Foucault, ha dunque il ruolo di dare agli attori del processo penale dei *discorsi di verità*, cioè «discorsi a statuto scientifico o formulati esclusivamente da persone qualificate all'interno di un'istituzione scientifica». Sulla base di tali discorsi di verità si determina, direttamente o indirettamente, la decisione giudiziaria. Cfr. M. FOUCAULT, *Gli anormali. Corso al Collège de France (1974-1975)*, Torino, 2000, p. 17 ss.

⁷ L'espressione è di Franco Basaglia, utilizzata nella celebre intervista rilasciata a *La Stampa*, il 12 maggio 1978, a poche ore dall'approvazione della l. 180/1978: «Una cosa è abbastanza importante: che le forze politiche abbiano apprezzato ciò che è accaduto negli ultimi anni in manicomi smantellati da psichiatri democratici, preparando una legge i cui motivi ispiratori sembrano coerenti con simile apprezzamento. Sotto questo aspetto, si tratta di una nostra piccola vittoria. [La norma che accomuna la psichiatria all'assistenza medica, prevedendo la cura dei malati di mente negli ospedali generali, nda] ha un certo peso, soprattutto in relazione alla iniqua legge del 1904 che con l'alibi della «pericolosità» di certi individui suggellava

l'aspetto più problematico della tendenza alla *sanitarizzazione* della sanzione penale (nel nostro caso della misura di sicurezza)⁸.

2. *Dall'isola all'arcipelago, il senso di una riforma. Le «altre» misure di sicurezza oltre alle REMS*

L'intero processo di superamento degli OPG si può dunque considerare come esempio di approccio *riformista* (o *neo-progressista*) alla questione criminale, poiché nel rendere residuale l'uso dell'*internamento* in strutture coercitive di stampo manicomiale, ha però consolidato un «arcipelago istituzionale»⁹ dove il paziente psichiatrico autore di reato può essere destinato. Con la riforma, si è infatti creato un *network* di luoghi e istituzioni in cui le funzioni penali-giudiziarie e socio-assistenziali si confondono.

Da qui, l'urgenza di «allargare lo sguardo» e considerare gli «altri luoghi» dove si possono eseguire le misure di sicurezza oltre agli OPG/REMS. Quella culminata con l'approvazione della l. 81/2014 è infatti una riforma di «sistema», dove gli OPG ieri, le REMS oggi non sono che un'isola, né la più popolata, né la più problematica.

Se si analizza la storia delle istituzioni totali dedicate all'internamento dei folli-rei si noterà un momento preciso in cui tale siste-

l'abbraccio mortale fra psichiatria e giustizia, favorendo segregazioni e torture. Ma attenzione alle facili euforie. Non si deve credere d'aver trovato la panacea a tutti i problemi del malato di mente con il suo inserimento negli ospedali tradizionali. La nuova legge cerca di omologare la psichiatria alla medicina, cioè il comportamento umano al corpo. È come se volessimo omologare i cani con le banane».

⁸ Sempre Foucault (cfr. M. FOUCAULT, *Storia della follia nell'età classica*, Milano, 1963) invitava ad analizzare l'«abbraccio mortale tra psichiatria e giustizia» in termini di *potere*, sottolineando come l'intera storia del trattamento della patologia psichiatrica possa essere interpretato come una continua oscillazione tra potere del medico-psichiatra e potere del giudice. Il «folle» è stato, nel corso della storia, ora «governato» dalla giustizia penale ora dalla psichiatria. Il «successo» dei modelli manicomiali risiede proprio nell'intuizione di affidarne la direzione ai medici-psichiatri, rendendoli così «socialmente accettabili». Foucault, però, sul punto ammoniva «Ho conosciuto cos'era un manicomio. Ho udito quelle voci e sono stato, credo come chiunque, sconvolto da quelle voci. Dico «chiunque» fatta eccezioni per i medici. E quando dico «ad eccezioni dei medici e degli psichiatri», non è affatto aggressività nei loro confronti. Voglio dire che il loro funzionamento statutario filtra a tal punto il grido che può trovarsi nelle parole di un folle, che essi ne odono solo la parte intellegibile o non intellegibile del discorso. La forma «grido» è divenuta loro inaccessibile, proprio a causa del filtro del loro sapere istituzionale e della loro conoscenza». M. FOUCAULT, *Discipline, poteri e Verità*, Torino, 1992, p. 87.

⁹ La definizione (nel testo originale si parla di *arcipelago carcerario*) risale a M. FOUCAULT, *Sorvegliare e punire. Nascita della prigione*, Torino, 1976.

ma istituzionale complesso ha acquistato cittadinanza giuridica. Tale trasformazione non avviene grazie ad un intervento legislativo, ma consegue ad una decisione giudiziale¹⁰.

Si tratta della sentenza n. 253 del 2003 della Corte costituzionale. È il momento cruciale in cui si forniscono «alternative» all'istituzione totale OPG¹¹ e in cui si delinea quello che diventerà un principio cardine delle successive modifiche normative, l'internamento come *extrema ratio*.

La Corte infatti dichiara incostituzionale l'automatismo che costringeva il giudice a ricoverare il folle-reo in OPG potendo, d'ora innanzi, «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 lato».

Questa decisione costituisce un *messaggio normativo* con un rilevante impatto sul *campo giuridico*, poiché rompe quell'*indifferentismo* giuridico e terapeutico costituito dall'OPG e dal modello manicomiale, interrompendo quel processo di de-personificazione¹² che fa confondere le peculiarità dell'individuo-persona con la «classe» di appartenenza (in questo caso, quella dei folli-rei). Dal 2003 dunque, a casi diversi possono darsi soluzioni diverse. L'effetto più immediato è la *diversificazione* dei luoghi di confinamento del folle-reo.

«Tra le misure che l'ordinamento prevede» infatti ha un ruolo

¹⁰ La decisione della Consulta si inserisce in un dibattito già in corso da alcuni anni sull'«attualità» e l'adeguatezza del sistema del doppio binario nel nostro ordinamento. Erano in discussione proposte di riforma dell'intero sistema delle misure di sicurezza e di «superamento» dello sfuggente concetto di *pericolosità sociale*. Tra queste la proposta della «Commissione Grosso» di riforma del Codice penale del 2001 proponeva di valutare il «bisogno di cure» come presupposto applicativo di misure di sicurezza a carattere terapeutico (cfr. A. MANNA, *Sull'«abolizione» degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari: pericolosità sociale o bisogno di terapie?*, in *Riv. it. dir. proc. pen.*, 2013, p. 1329 ss. e M. PAVARINI, *Le conseguenze giuridiche del reato*, in AA.VV., *Introduzione al sistema penale*, vol. II, Torino, 2001, p. 481 ss.). Per un'analisi delle proposte di tutte le proposte di riforma avanzate si rimanda a M. MIRAVALLE, *Roba da matti. Il difficile superamento degli ospedali Psichiatrici Giudiziari*, Torino, 2015.

¹¹ La sentenza è stata molto commentata dalla dottrina giuridica. Tra i pareri più significativi, si segnalano: M.T. COLLICA, *Il riconoscimento del ruolo delle neuroscienze sul giudizio di imputabilità*, in *Dir. pen. cont.*, 2012, p. 218 ss.; F. FAMIGLIETTI, *Verso il superamento della pena manicomiale*, in *Giur. cost.*, 2003, p. 2118 ss.; M. MINNITI, *La Consulta apre la strada a misure più flessibili rispetto all'OPG*, in *Dir. giust.*, 2003, p. 46 ss. Dal punto di vista psicopatologico forense) cfr. MERZAGORA BETSOS-MARTELLI, *I cascami del positivismo: ancora su OPG e pericolosità sociale*, in *Riv. it. med. leg.*, 2003, p. 1149 ss.

¹² Cfr. F. BASAGLIA (a cura di), *L'istituzione negata. Rapporto da un ospedale psichiatrico*, Torino, 1968.

preminente la *libertà vigilata*, strumento sufficientemente flessibile e capace di plasmarsi alle esigenze «terapeutiche» del folle-reo.

Se sul piano astratto la libertà vigilata è infatti una misura di sicurezza personale non detentiva ordinata dal giudice che impone alla persona, ex art. 228 c. 2 c.p., «prescrizioni idonee a evitare le occasioni di nuovi reati», nei risvolti applicativi essa diventa, una permanenza forzata e non volontaria in spazi fisici definiti, quali le strutture residenziali socio-sanitarie che costellano il territorio italiano, assumendo diverse denominazioni a seconda delle legislazioni regionali di riferimento.

Se si adotta la prospettiva suggerita da Cohen nel paragrafo precedente, la libertà vigilata non avrebbe un ruolo diverso rispetto al ricovero in REMS, ma assolverebbe alla stessa funzione, dando vita ad un modello «trans-carcerario» di controllo sociale del folle-reo, che coinvolge istituzioni diverse.

Paradossalmente, tale controllo «alternativo» è, per certi aspetti, però meno garantito sul piano dei diritti delle persone.

La *libertà vigilata* – come tutte le misure di sicurezza non custodiali – non ha, ad esempio, un limite di durata massimo, previsto invece per il ricovero in OPG/REMS, oggi corrispondente alla durata massima edittale del reato commesso dalla persona dichiarata non imputabile per vizio di mente, ma socialmente pericolosa¹³.

¹³ Sul piano teorico, imporre limiti rigidi e predeterminati di durata alle misure di sicurezza «tradisce» i presupposti stessi della misura di sicurezza e, in fin dei conti, dell'intero sistema del «doppio binario» su cui è strutturato il codice penale italiano. Si assottigliano infatti le differenze tra le pene, riservate agli autori di reato imputabili e le misure di sicurezza per i non imputabili, ma socialmente pericolosi. È bene ricordare che la soluzione del «doppio binario» era nata come compromesso tra le due principali scuole criminologiche di inizio XX secolo, la *Scuola classica* e la *Scuola moderna* (o *positiva*).

Seguendo la precisa ricostruzione storica di G. NEPPI MODONA, *Legislazione penale*, in *Il mondo contemporaneo*, vol. I, tomo 2, Firenze, 1978, p. 584 ss.: la *Scuola classica*, maturata nell'ambiente politico-culturale di derivazione illuministica, riteneva che l'uomo fosse assolutamente libero nella scelta delle proprie azioni e poneva quindi, a fondamento del diritto penale, la responsabilità morale del soggetto intesa come rimproverabilità per il male commesso, da cui scaturisce una concezione etico-retributiva della pena. Il merito di questo orientamento è la razionalizzazione di principi quali quello della materialità e offensività del fatto, della colpevolezza, dell'imputabilità, della retribuzione della pena. Tre sarebbero invece i principali limiti: aver relegato il diritto penale nella sfera astratta di un diritto naturale razionalistico lontano dalla realtà naturalistica 8il libero arbitrio è una mera illusione), aver limitato la difesa sociale dalla criminalità alla sola pena, non avere prestato attenzione alla esecuzione della pena e quindi alle finalità di recupero del reo, in quanto per i classici il problema penale ha termine con il passaggio in giudicato della sentenza. La *Scuola positiva*, che conta tra i suoi principali esponenti Lombroso, Ferri, Grispigni affonda le proprie origini filosofiche nel positivismo metodologico della fine del XIX secolo. In opposizione

Proprio la mancanza di un limite di durata del ricovero aveva innescato il fenomeno dei c.d. «*ergastoli bianchi*».

Gli ergastoli bianchi permettevano di prorogare «all'infinito» la misura del ricovero in OPG, legittimando, da una parte percorsi di *neutralizzazione* e *istituzionalizzazione* dell'internato, slegati da ogni esigenza terapeutica e, dall'altra l'inerzia dei servizi di salute mentale, che non erano in nessun modo vincolati a immaginare percorsi alternativi al ricovero in OPG *sine die*.

Proprio l'esistenza di persone il cui internamento aveva durata sproporzionata alla gravità del reato commesso (unita alle condizioni materiali di vita all'interno degli OPG) era stato uno degli «scandali» sollevati dall'inchiesta parlamentare che aveva portato l'allora Presidente della Repubblica Giorgio Napolitano a definire gli OPG luoghi «indegni un Paese civile»¹⁴. Una stortura che oggi è stata cancellata per i ricoveri in REMS, ma non per le altre misure di sicurezza non custodiali.

al postulato del libero arbitrio affermavano il principio del determinismo causale dal quale discendevano i seguenti corollari: 1) Il reato non interessa più come ente giuridico distinto dall'agente, ma come fatto umano individuale che trova spiegazione nella struttura bio-psicologica del delinquente, quale espressione della sua pericolosità del soggetto; 2) al posto della volontà colpevole, della responsabilità morale e dell'imputabilità viene a sostituirsi la pericolosità sociale, intesa come probabilità che il soggetto sia spinto a compiere altri reati; 3) un sistema di misure di sicurezza viene a sostituirsi alla pena retributiva. La Scuola positiva ha così sottolineato il problema della personalità del delinquente e dei suoi condizionamenti bio-psico-sociologici, ha avuto il merito di avere tenuto conto della realtà sociale in cui il reato viene a compiersi e di aver introdotto accanto alla tradizionale prevenzione generale l'idea della prevenzione speciale e della risocializzazione del delinquente. Tra i suoi limiti: l'aver deresponsabilizzato l'individuo attraverso le schematizzazioni deterministiche, l'aver rimesso in discussione le garanzie di legalità e di certezza in nome della difesa sociale e della giustizia concreta una volta aver incentrato il diritto penale su tipologie criminologiche di autori. Lo stesso principio *nulla poena sine delicto* (non c'è alcuna pena, per chi non ha commesso nessun crimine) veniva messo in discussione dalla Scuola positiva, dal momento che era stata sostituita la colpevolezza per il fatto con la pericolosità: quindi anche i soggetti che risultavano pericolosi socialmente, pur non avendo ancora commesso il fatto, avrebbero dovuto essere sottoposti a misure di sicurezza, per il solo fatto di appartenere ad una classe pericolosa, finché la pericolosità non fosse venuta meno.

¹⁴ Il riferimento è al lavoro ispettivo svolto, tra il 2010 e il 2011, dalla Commissione d'inchiesta sull'efficacia e l'efficienza del Servizio sanitario nazionale del Senato della Repubblica, presieduta da Ignazio Marino. I commissari entrarono negli allora sei OPG italiani anche con le telecamere. Quelle immagini diventarono un documentario, *Lo stato della follia* (regia di Francesco Cordio) e furono mostrate in anteprima al Presidente della Repubblica. Per un'analisi dettagliata del ruolo svolto dalla Commissione d'inchiesta e l'impatto della scelta di utilizzare il *visuale*, si rimanda a M. MIRAVALLE, *Roba da matti. Il difficile superamento degli ospedali Psichiatrici Giudiziari*, Torino, 2015, p. 24.

3. La dimensione quantitativa della libertà vigilata

Perché definiamo la libertà vigilata l'architrave dell'intero sistema delle misure di sicurezza psichiatriche? Quale valore aggiunto di conoscenza e riflessione forniscono i dati sulla libertà vigilata se inseriti nel quadro teorico? La dimensione quantitativa ci permette di verificare l'ipotesi, introdotta nel primo paragrafo, di un *effetto espansivo* dell'area del controllo nei confronti dei pazienti psichiatrici autori di reato. Un effetto, come si vedrà, che diventa giuridicamente permesso (e auspicato) dal 2003 e poi accelerato dalla definitiva chiusura degli OPG avvenuta dopo il 2014.

Prima di addentrarci in una sintetica analisi quantitativa, va anzitutto premesso che i dati statistici forniti dal Ministero della Giustizia scontano almeno due lacune che potrebbero viziarne l'interpretazione.

La prima, i dati non permettono di distinguere quante sono le persone in libertà vigilata in ragione di un vizio totale o parziale di mente, da coloro che sono stati dichiarati socialmente pericolosi per ragioni diverse dalla patologia psichiatrica, ad esempio perché «delinquenti abituali, professionali o per tendenza» (categorie giuridiche ancora considerate dal nostro codice penale).

La seconda, non distinguono neanche il «contenuto» della libertà vigilata e dunque non è possibile risalire, nemmeno genericamente, a quale sia il grado di restrizione della libertà imposto dal giudice. Non sappiamo dunque quando la libertà vigilata assume forme *residenziali* (obbligo di stare in una struttura residenziale), *semiresidenziali* (permanenza in comunità ma con possibilità di uscite, ad esempio per lavoro o formazione) o *domiciliare* (permanenza al proprio domicilio o a quello dei famigliari con obbligo di cure di tipo ambulatoriale nei servizi di salute mentale del territorio).

Fatte queste due necessarie premesse, si «facciano parlare» i dati.

Occorre anzitutto capire quante persone sono in libertà vigilata e se nel lasso tempo a cavallo della riforma vi siano stati significativi cambiamenti. Concentriamo l'attenzione sul decennio 2010-2020 e individuiamo come anni cruciali per osservare l'impatto quantitativo della dismissione degli OPG il triennio 2013-2015, quindi dall'anno immediatamente successivo al lavoro ispettivo della Commissione d'inchiesta parlamentare a quello in cui la l. 81/2014 ha sancito l'improrogabilità del superamento degli OPG.

I risultati completi dell'inchiesta parlamentare sono riportati nella *Relazione sulle condizioni di vita e di cura all'interno degli ospedali psichiatrici giudiziari*, Commissione parlamentare di inchiesta sull'efficacie e l'efficienza del servizio sanitario nazionale, 20 luglio 2011, in *Atti del Senato della Repubblica*, doc. XXII-bis, n. 4.

I dati complessivi nazionali delle persone in libertà vigilata dimostrano che si tratta di una misura in costante aumento negli ultimi dieci anni, con un vistoso incremento nel triennio 2013-2015. In questo lasso di tempo si è infatti assistito ad un deciso aumento delle persone in libertà vigilata (+758); nell'intero decennio 2010-2020, il totale delle persone in libertà vigilata è aumentato di 1.283 soggetti (1.402 se si considerano i dati al 31 dicembre), percentualmente significa un aumento di oltre il 20%.

Tra il 2014 e il 2015, proprio a cavallo dell'entrata in vigore della l. 81/2014, l'aumento delle persone in libertà vigilata è stato di 489 persone in un solo anno.

In generale dunque, registriamo una tendenza all'aumento che non ha arretramenti, né interruzioni. E che anzi incrementa d'intensità negli anni della riforma.

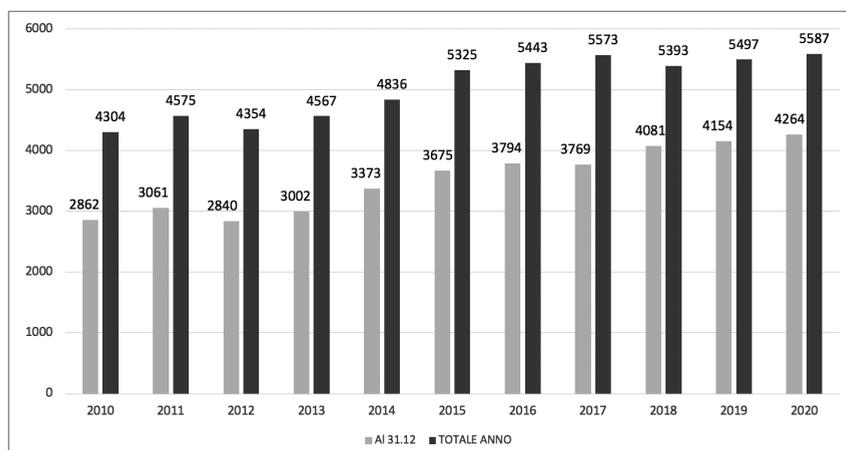


Gráfico 1. *Persone in libertà vigilata*

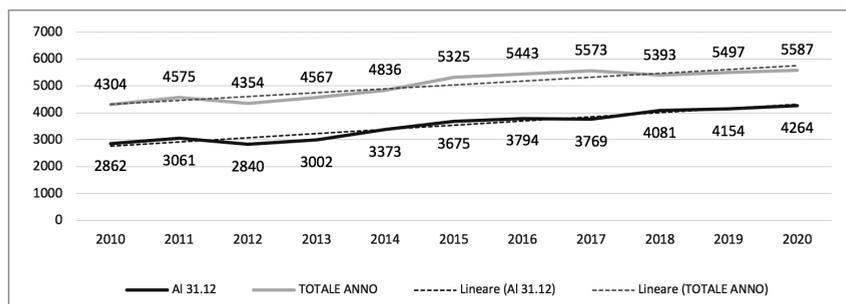


Gráfico 2. *Tendenze numero persone in libertà vigilata*

Si provi ora ad affiancare ai dati sulla libertà vigilata quelli sulle presenze in OPG/REMS. A fini statistici, OPG e REMS vengono considerate realtà omogenee e dunque sovrapponibili, in quanto *extrema ratio* tra le misure di sicurezza a disposizione del giudice.

Tale confronto è quello che fornisce maggiori elementi di valutazione critica della riforma, poiché permette quella visione sistemica e non atomistica richiamata in apertura di capitolo.

Nel decennio analizzato il *discorso dominante* è infatti «superiamo gli OPG», un discorso che fino al 2014 resta sul piano persuasivo, non vincolante e dal 2014 assume invece i caratteri dell'ordine perentorio¹⁵. Con quali effetti?

Anzitutto i dati a disposizione dicono che il numero di persone in misura sicurezza non detentiva è, negli anni, diventato enormemente superiore alle persone in misura di sicurezza detentiva: se nel 2010 per ogni internato in OPG vi erano meno di due persone in libertà vigilata, nel 2020 per ogni persona ricoverata in REMS ve ne sono 7 in libertà vigilata. Ciò è avvenuto perché, come già notato, il numero di persone in libertà vigilata è andato aumentando e quello degli internati si è invece più che dimezzato.

L'incremento più deciso del rapporto tra misura di sicurezza detentiva e non detentiva si registra nel 2015-2016, proprio quando il superamento degli OPG diventa effettivo e le REMS iniziano ad assumere una loro conformazione definitiva. Questo suggerisce due osservazioni: la prima, solo quando la chiusura degli OPG è passata da mera «indicazione politica» a «vincolo giuridico» (post 2014) si è assistito ad un drastico calo del numero di internati, che si è «stabilizzato» intorno alle 600 persone, corrispondente al numero massimo di posti in REMS disponibili in Italia. Dunque il numero di persone ristrette nella più coercitiva delle misure di sicurezza è, nel 2020, meno della metà di quello di dieci anni prima.

La seconda, un considerevole numero di persone in uscita dal circuito OPG/REMS negli anni della chiusura non sono state «liberate»

¹⁵ In realtà, l'idea che gli OPG dovessero essere *l'extrema ratio* riservata solo ai casi più gravi era già un orientamento cristallino del legislatore fin dalla «sanitarizzazione» degli OPG. A partire dal DPCM 1 aprile 2008 Allegato C, si stabiliva che le «competenze» sugli OPG dovessero transitare dal Ministero della Giustizia alle Regioni e dunque, alle aziende sanitarie locali. Era questo uno dei punti qualificante della c.d. «Riforma della sanità penitenziaria». Proprio quel provvedimento già stabiliva la chiusura degli OPG, senza tuttavia dare un termine perentorio, ma solo una generica «agenda» del processo di dismissione, che si rivelò non rispettata. Per un commento sociologicamente orientato sulla riforma della sanità penitenziaria, cfr. D. RONCO, *Cura sotto controllo. Il diritto alla salute in carcere*, Roma, 2018.

dalla misura di sicurezza, ma hanno beneficiato di un «attenuazione» della misura, diventata non detentiva, nelle forme della libertà vigilata¹⁶.

	Libertà vigilata	OPG/REMS	Rapporto
	Al 31.12	Al 31.12	Libero Vigilati/Internati
2010	2862	1600	1.7
2011	3061	1387	2.2
2012	2840	1094	2.5
2013	3002	1051	2.8
2014	3373	877	3.8
2015	3675	355 (solo OPG)	10.3
2016	3794	527	7.1
2017	3769	576	6.5
2018	4081	604	6.7
2019	4154	593	7.0
2020	4264	551	7.7

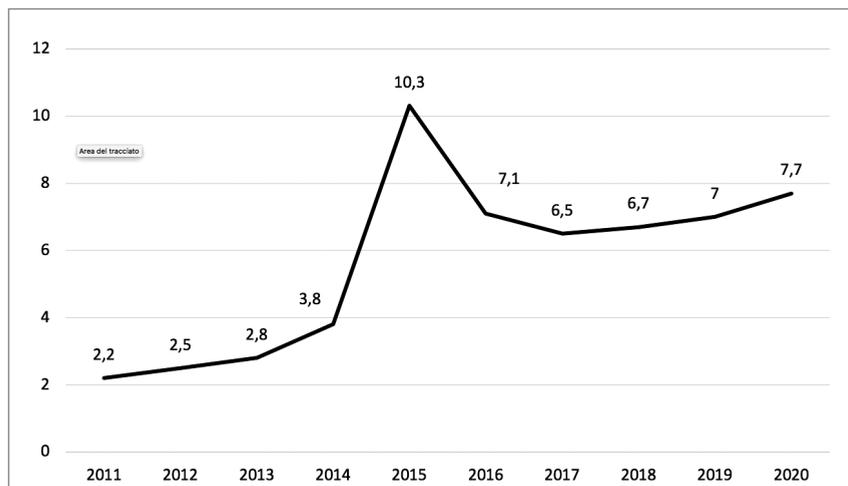


Grafico 3. *Rapporto persone in libertà vigilata e persone in OPG/REMS*

¹⁶ Chi conosce le dinamiche del trattamento psichiatrico sa che il passaggio dall'istituzione totale alla libertà avviene in rarissimi casi, poiché si tende a privilegiare un «progressività» del trattamento. Non è questo la sede per svolgere osservazione di carattere medico-psichiatrico su vizi e virtù di tale approccio. Quello che qui interessa, va ribadito, è l'analisi critica del superamento degli OPG che ha portato ad un aumento dell'utilizzo di altre forme di controllo.

2010-2020 (Fonte: Rielaborazione dati Smop e Ministero Giustizia)

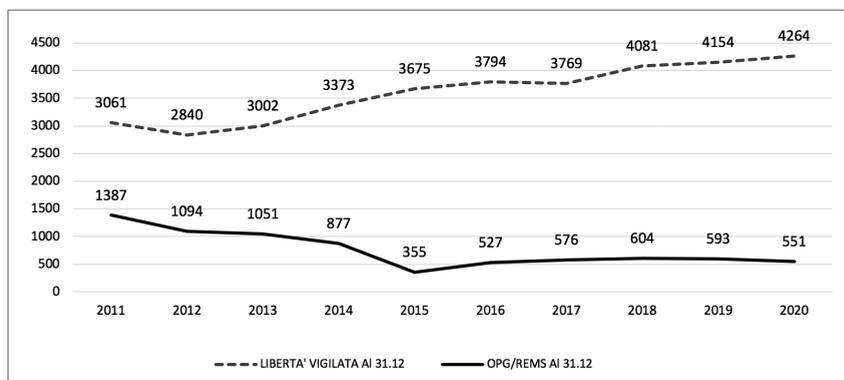


Grafico 4. Rapporto OPG/REMS e libertà vigilata 2010-2020

Proviamo ora però ad approfondire il rapporto tra internati in OPG/REMS e libero vigilati. Se si prova a «sezionare» il decennio 2010-2020 tra un «pre-riforma» e un «post-riforma» si noterà come il rapporto tra OPG/REMS e libertà vigilata è «inversamente proporzionale» fino alla chiusura degli OPG e fino a quando non vige il meccanismo del «numero chiuso». Dunque, fino al 2015, al calo dei numeri dell'OPG/REMS corrisponde un maggior utilizzo della libertà vigilata.

Con la riforma si osserva qualcosa di diverso, che è possibile interpretare nell'ottica della *transcarceration*: si espande l'area del controllo penale dei pazienti psichiatrici autori di reato e si attenua l'interdipendenza tra misura di sicurezza detentiva e non detentiva.

Le due traiettorie non sono più divergenti, ma quella che rappresenta il numero di internati in REMS si stabilizza, come già notato, in corrispondenza del numero massimo di posti disponibili e quella che rappresenta le persone in libertà vigilata aumenta, lenta ma inesorabile (+785 persone dal 2015 al 2020).

Questo produce una generale espansione dell'area del controllo. Il dato, oltretutto, appare sottostimato, poiché non considera né le persone in c.d. *licenza finale di esperimento* – cioè collocate in una struttura residenziale in corrispondenza della fase finale della propria misura di sicurezza detentiva (ultimi sei mesi) e in ragione di un miglioramento delle proprie condizioni di salute – né le persone «in lista d'attesa»¹⁷

¹⁷ Cfr. diffusamente in questo volume il saggio di P.A. ALLEGRI.

di un posto in REMS che attendono negli istituti penitenziari o in strutture residenziali. Se disponessimo anche di quei numeri, l'area del controllo sarebbe ulteriormente estesa. Un'estensione che non sembra trovare ragione né in una maggior incidenza delle patologie psichiatriche né in un aumento dei delitti commessi da persone con patologie psichiatriche.

Occorre dunque trovare spiegazioni differenti, che in questa sede possono essere formulate solo in termini di *ipotesi* da approfondire con ulteriori ricerche.

La prima ipotesi è che la libertà vigilata cresca come effetto della «saturazione» del sistema REMS. Seguendo questo ragionamento, il giudice sarebbe influenzato dall'impossibilità di ricoverare il paziente in REMS per mancanza di posti disponibili e ricorre alla libertà vigilata¹⁸. Provocatoriamente si può ipotizzare, che se non ci fosse il vincolo del numero chiuso, il numero di ricoverati sarebbe superiore all'attuale e minore il numero dei liberi vigilati.

La seconda ipotesi è che i flussi di entrata nel circuito misura di sicurezza siano più consistenti dei flussi in uscita, di coloro cioè che terminano la misura di sicurezza. In altre parole, entrano più persone di quelle che escono e il sistema diventa esponenzialmente più esteso. Su questa ipotesi torneremo diffusamente nel paragrafo seguente, poiché è necessario soffermarsi sulle biografie ricorrenti dei folli-rei e sui loro percorsi di *istituzionalizzazione*. Qui ci limitiamo a fornire alcuni dati quantitativi.

Al 30 novembre 2020 la durata media del ricovero in REMS è di 236 giorni, tre anni prima, nel 2017 era di 206 giorni. Una crescita costante. Tra i capisaldi della legge 81/2014 vi era la necessaria transitorietà della REMS, questi dati iniziano a metterla in discussione. Le REMS, nelle intenzioni del legislatore e delle buone pratiche, devono invece diventare «tappe» di un percorso progressivo (la c.d. *progressività terapeutica*). L'aumento della durata dei ricoveri fotografa un rischio di trasformazione delle REMS in *cronicari*, dove la durata del ricovero non dipende affatto dalle condizioni di salute il ricovero si allunga per il solo fatto che non si riescono a trovare soluzioni altre,

¹⁸ È questa, in estrema sintesi, la motivazione che ha portato il giudice del Tribunale di Tivoli a rivolgersi alla Corte Costituzionale affinché si pronunciasse sulla legittimità del meccanismo delle «liste d'attesa». Quel giudice infatti si proclama «costretto» a disporre in via provvisoria la libertà vigilata per una persona che invece dovrebbe essere ricoverata in REMS, ma non trova posto. Il testo dell'Ordinanza di rinvio è disponibile a questo indirizzo www.questionegiustizia.it/data/doc/2549/tivoli-questione-legittimita-costituzionale-rems.pdf

con la conseguenza di allungare le liste d'attesa e, «negare» il posto in REMS a persone ancora nella fase acuta della loro patologia.

La terza ipotesi, strettamente legata alla seconda, è che le persone in libertà vigilata crescono, perché, oltre a coloro per i quali la libertà vigilata applicata *ex novo*, direttamente dal giudice si aggiungono le persone in uscita dalle REMS, il «ritorno in libertà» è infatti un'ipotesi sostanzialmente mai presa in considerazione dai giudici: dei 172 pazienti dimessi dalle REMS nel corso del 2020 (fino al 30 novembre) solo uno è andato agli arresti domiciliari, mentre per il 72% dei pazienti dimessi (154) vi è la trasformazione della misura in libertà vigilata o l'applicazione della licenza finale di esperimento.

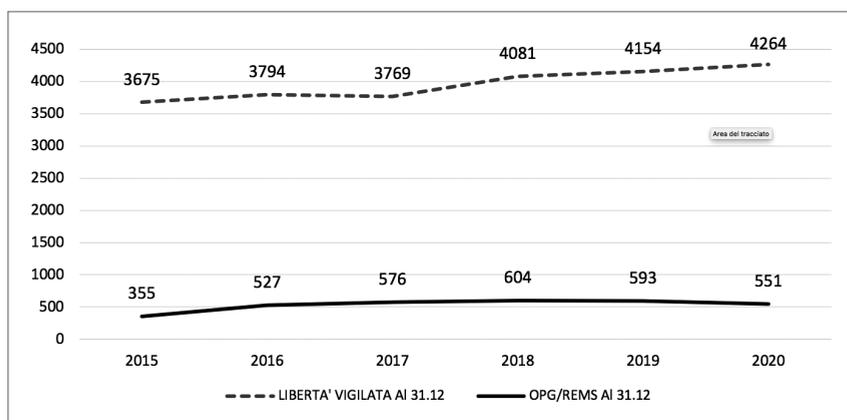


Grafico 5. Rapporto OPG/REMS e libertà vigilata post riforma (2015-2020)

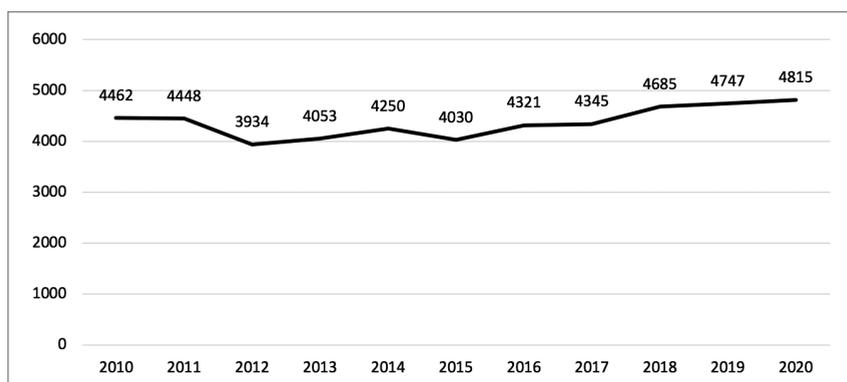


Grafico 6. Totale area controllo penale-psichiatrico (OPG/REMS + libertà vigilata)

Per fornire ulteriori elementi di analisi, aggiungiamo un terzo elemento di comparazione, costituito dal carcere. Proviamo infatti a mettere in correlazione il dato sui soggetti in libertà vigilata e in OPG/REMS (misure di sicurezza psichiatriche) con il numero di persone detenute in carcere.

I dati dimostrano che «carcere» e «misure di sicurezza» rimangono microcosmi relativamente indipendenti¹⁹. Si noti in particolare come il microcosmo misure di sicurezze rimanga sostanzialmente indifferente ai «significativi cambiamenti» del contesto penitenziario nel periodo di riferimento e dunque: il drastico calo della popolazione detenuta avvenuto, tra il 2013 e il 2015 (-13.537 persone) come conseguenza della condanna per trattamenti inumani e degradanti pronunciata contro l'Italia dalla Corte Europea dei diritti dell'Uomo (c.d. sentenza Torreggiani). E la pandemia causata dal Covid-19 che ha ridotto significativamente il numero di persone detenute nel biennio 2020-2021 (-7.405 persone solo nel 2020), ma non ha avuto impatti deflattivi sulle misure di sicurezza: ha ridotto infatti di 42 persone gli internati in REMS, ma ha aumentato di 110 persone quelle in libertà vigilata.

¹⁹ Si tratta di un tema molto discusso negli anni Settanta, durante il dibattito sulla chiusura dei manicomi civili, culminata con l'approvazione della l. 180/1978. Tra i timori di coloro che erano contrari alla dismissione dei manicomi vi era il possibile effetto «criminalizzazione» delle patologie psichiatriche, che avrebbe portato all'interno del circuito penitenziario (in carcere, ma anche nei manicomi giudiziari, allora del tutto assimilabili ad istituti penitenziari, anche sotto il profilo gestionale) molto di quelle persone internate in manicomio, le quali, una volta libere, avrebbero commesso reati. Questo timore si è rivelato infondato: se si analizza il numero di internati dal 1950 al 2000, effettivamente si che nel periodo della riforma e dell'antipsichiatria (gli anni Settanta), vi è un effetto elastico, con il numero di internati in manicomio giudiziario/OPG che, dopo una costante diminuzione dal 1970 (1.542 internati) al 1977 (1.116), nell'anno dell'approvazione della legge 180 torna a salire, anche se di poche unità (1.149). Il trend ascendente rimane tale e, anzi accelera, nei primi anni Ottanta, quando verosimilmente la riforma inizia a spiegare i suoi effetti. Perché il dato torni a scendere occorre aspettare il 1985 (1.361 internati). Tuttavia l'oscillazione rimane nell'ordine del centinaio di unità (a livello percentuale è del 14% circa), neanche lontanamente paragonabile con i dati del primo dopoguerra (costantemente sopra i 2.000 internati fino al 1963). Si tratta poi di oscillazioni più correttamente riconducibili, a partire dagli anni Ottanta, al fenomeno della incarcerazione di massa. Il numero di detenuti, nell'arco di quindici anni, passa dalle 21.379 unità del 1970 alle 41.850 del 1985, praticamente un raddoppio, un'ascesa inarrestabile, che supererà quota 70.000 detenuti negli anni Duemila: Nella storia del secondo Novecento italiano l'OPG non si è quindi *diffuso*, ma anzi si è progressivamente ridotto nella pratica. Per una approfondita analisi sugli anni precedenti la chiusura dei manicomi, cfr. D. PULINO, *Prima della legge 180. Psichiatri, amministratori e politica (1968-1978)*, Merano, 2016.

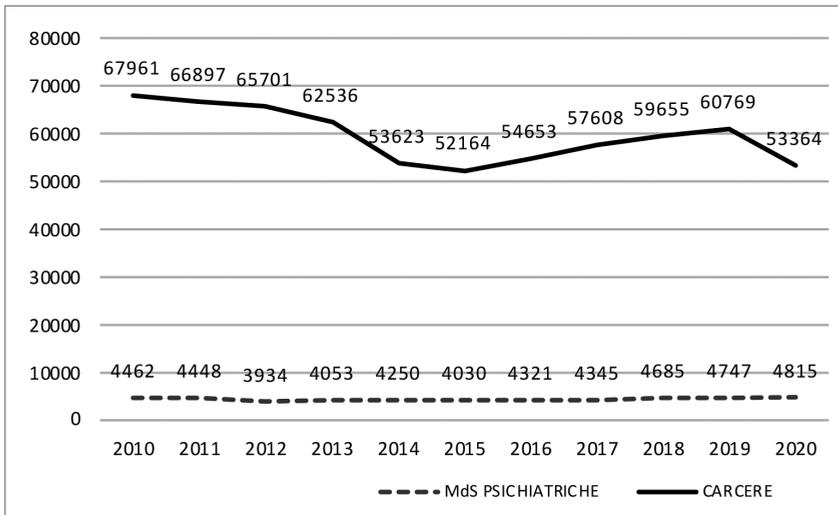


Grafico 7. Rapporto carcere e misure di sicurezza psichiatriche

Volendo proporre una sintetica ricostruzione dell'analisi quantitativa si può affermare che, il criterio di REMS come *extrema ratio* è stato «interiorizzato» solo quando si è imposto il numero massimo di posti e si è «scelto» di non sovraffollare le REMS.

La significativa contrazione dei numeri dovuta al passaggio OPG-REMS ha avuto effetto espansivo sulla libertà vigilata e ha significato una moderata espansione dell'area del controllo penale dei pazienti psichiatrici autori di reato. Le misure di sicurezza psichiatriche sono relativamente indipendenti con l'andamento della popolazione detenuta e, sul piano quantitativo, non riflettono i «cambiamenti» avvenuti nel sistema penitenziario nel decennio 2010-2020.

4. Le comunità tra modello asilare e territoriale. La necessità di un approccio microfisico

L'analisi quantitativa sconta l'impossibilità di capire meglio attraverso i dati cosa significhi davvero *libertà vigilata*.

Come già notato, non sappiamo dunque quando la libertà vigilata assume forme *residenziali* (obbligo di stare in una struttura chiusa, senza possibilità di uscita, salvo casi eccezionali), *semiresidenziali* (permanenza in comunità ma con possibilità di uscite, ad esempio per lavoro o formazione) o *domiciliare* (permanenza al proprio domicilio o a quello dei familiari con obbligo di cure di tipo ambulatorio).

riale nei servizi di salute mentale del territorio). E se anche lo sapessimo, dai dati quantitativi non ricaveremmo ulteriori informazioni.

Ecco perché, il gruppo di ricercatori impegnato in questa ricerca ha percepito subito la necessità di procedere con la strutturazione di una ricerca qualitativa focalizzata in due regioni campione, la Campania e il Piemonte. Uno dei focus della ricerca²⁰ sono stati i luoghi dove si svolge la *libertà vigilata*. Abbiamo dunque esplorato, attraverso interviste, focus group con operatori e osservazione diretta, il microcosmo delle comunità psichiatriche specializzate nell'accoglienza di pazienti autori di reato («provenienti da circuito penale»). Comunità che sono diventate il luogo di transito di biografie individuali di persone che hanno spesso incrociato diverse istituzioni di controllo, il carcere, l'OPG, la REMS, altre comunità psichiatriche, i più anziani di loro addirittura il manicomio (quelli che il linguaggio burocratico definisce, «i residui manicomiali»).

In termini astratti, la libertà vigilata dovrebbe essere l'esemplificazione di un *modello non custodiale* di intervento sul paziente psichiatrico autore di reato, che si contrapponga con nettezza al *modello asilare* di ispirazione manicomiale.

Il *modello non custodiale*, così come declinato nel contesto italiano, si basa tradizionalmente su strutture residenziali di piccole dimensioni, che possano accogliere persone con medio-bassa pericolosità sociale, capillarmente diffuse sul territorio e in grado di garantire un percorso terapeutico e riabilitativo al paziente. In queste strutture le esigenze di cura dovrebbero prevalere su quelle di sicurezza, grazie anche alla presenza *esclusiva* di personale sociosanitario e a strutture che, anche architettonicamente, assomiglino il meno possibile a luoghi di internamento o detenzione.

Si noti come tutte le proposte di riforma delle misure di sicurezza, sia quelle di stampo abolizionista che revisionista²¹, concordano sul fatto che debbano esistere luoghi a carattere comunitario dove i folli-rei, in particolare quelli con una medio-bassa pericolosità sociale, debbano essere accolti.

Già sul fronte della psichiatria civile, il «modello Basaglia», e dunque quell'approccio democratico alla salute mentale, di tendenza anti-psichiatrica, aveva proprio nell'esistenza delle c.d. *strutture territoriali intermedie* uno dei suoi capisaldi. La dismissione dei ma-

²⁰ Il cui impianto generale è descritto in questo volume nel saggio di P.A. ALLEGRI, B. GIORS e M. MIRAVALLE.

²¹ Per un'analisi delle proposte di riforma della legislazione sui pazienti psichiatrici autori di reato cfr. M. MIRAVALLE, *op. cit.*, Torino, 2015, p. 114 ss.

nicomi civili avrebbe dovuto essere accompagnata da una rete capillare di servizi e luoghi dove curare la malattia mentale prescindendo dalla segregazione e dalla separazione dal «mondo dei sani», luoghi profondamente connessi con il territorio, dove promuovere una *psichiatria di comunità*²². Solo le fasi acute della patologia psichiatrica avrebbero necessitato di interventi più coercitivi, anche contro la volontà del paziente, ma sempre all'interno di strutture sanitarie pubbliche, quali sono, ancora oggi, gli SPDC (Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura) all'interno degli ospedali civili.

Luoghi con queste caratteristiche non sono dunque una novità conseguente alla dismissione degli OPG, anzi da tempo costellano il territorio italiano (sia in aree urbane che rurali), assumendo le denominazioni più varie (comunità terapeutiche, di recupero, di accoglienza, case famiglia, gruppi appartamento...) a seconda delle normative locali e trovano cittadinanza giuridica nel nostro ordinamento ex l. 328/2000, con cui si disciplina il sistema integrato di interventi e servizi sociali.

Essendo infatti quella della salute e dei servizi sociali ai sensi ex art. 117 Cost. una materia a potestà legislativa concorrente tra Stato e Regioni, ogni ente regionale ha regolamentato l'effettivo funzionamento dei servizi sociali territoriali ai sensi dell'art. 8 l. 328/2000.

Nel campo della salute mentale, la suddivisione tra tipologie di comunità avviene solitamente sulla base dell'«intensità terapeutica», cioè sui livelli di assistenza che è necessario garantire. Ad ogni livello corrisponde una retta giornaliera che, nel caso di pazienti in misura di sicurezza, viene pagata dall'azienda sanitaria locale competente. Nella quasi totalità dei casi si tratta infatti di comunità gestite da enti privati (cooperative, società con scopo di lucro, associazioni...) che superano un processo di «accreditamento» con i servizi sanitari.

Le comunità dunque non sono certo un'invenzione recente per l'ordinamento italiano, dove hanno avuto un ruolo fondamentale (e controverso) per quanto riguarda la cura e l'accoglienza della tossi-

²² La bibliografia su ideali e pratiche antipsichiatriche è sterminata, in particolare sui rapporti tra psichiatria e territorio e sull'approccio «di comunità» alla psichiatria si segnalano il recente volume di «buone pratiche» e di attualizzazione del pensiero basagliano P. PELLEGRINI *et al.*, *Soggetto, Persona, Cittadino*, Merano, 2019; G. GALLO e M.G. COGLIATI DEZZA, *La città che cura*, Merano, 2018 e P. CAROZZA, *La psichiatria di comunità tra scienza e soggettività*, Milano, 2010. In senso critico, per un'analisi dei limiti e dei fallimenti della de-istituzionalizzazione cfr. gli editoriali di Elvezio Pirfo (*Psichiatria di comunità e psichiatria sociale in Italia: problemi attuali e futuri*) e di Julian Leff (*Nuove sfide per la psichiatria di comunità*) pubblicati sul primo numero della rivista *Psichiatria di comunità* (2002).

codipendenza, dell'abbandono e della devianza minorile, della violenza familiare, così come del disagio psichico²³.

Tuttavia, nonostante questa mole di esperienze e modelli, fino al 2014-2015 erano piuttosto rare le esperienze di comunità specializzate nell'accoglienza prevalente, se non esclusiva, di pazienti psichiatrici autori di reato provenienti dal circuito penale.

Ma tra gli effetti collaterali della riforma delle misure di sicurezza, vi è proprio un processo di *specializzazione* da parte di molte comunità del territorio nell'accoglienza di pazienti autori di reato con misura di sicurezza.

Dal punto di vista socio-giuridico, è molto interessante notare che tale *specializzazione* sia avvenuta in assenza di qualsiasi previsione normativa o, più banalmente, senza alcun atto «regolamentare» che lo incentivasse (o fornisse parametri omogenei alle comunità). Si tratta dunque di un processo che ad oggi rimane sul piano dell'*informalità*.

Non esistono dunque licenze, accreditamenti speciali, linee-guida, procedure, regolamenti da adottare che distinguano le comunità specializzate nell'accoglienza di persone provenienti dal circuito penale.

È stato proprio questo uno dei focus della ricerca: perché alcune comunità si sono *specializzate* ed altre no? Cosa significa *specializzarsi* nell'accoglienza di autori di reato sul piano organizzativo e gestionale? Quali difficoltà si incontrano nell'accogliere un paziente autore di reato in misura di sicurezza rispetto a utenti non autori di reato?

Sono queste alcune dei quesiti che hanno occupato spazio nelle interviste e nei focus group con le comunità oggetto della ricerca.

L'idea di occuparsi di pazienti provenienti dal circuito penale è nata per la scelta di non eludere le sfide più difficili, da lì si è creato una sorta di passaparola tra i servizi e sono aumentati i contatti e le richieste su questo fronte. Io stesso sono stato in quasi tutti gli OPG italiani per fare colloqui con pazienti poi inseriti nelle nostre comunità».

(Direttore sanitario comunità, Piemonte)

La cooperativa [...] nel 2011 decise di contribuire alla chiusura degli OPG e io scrissi proprio un intervento, si dispose che una parte dei suoi posti letto, all'epoca parlavamo di 5 su 20 fosse riservata alle persone in uscita dall'OPG. Quindi decidemmo che era cosa buona e giusta sostene-

²³ La letteratura e le ricerche che si sono concentrate sulle *comunità* è piuttosto ampia. Prevalgono di gran lunga gli approcci psico-sociali, e socio-politico *ex multiis* si rimanda a M. DE CRESCENTE, *Le politiche delle comunità terapeutiche*, Alpes Italia, Roma, 2011; AA.VV., *Le comunità terapeutiche: mito e attualità*, Ananke, Torino, 2007; A. LOMBARDO, *La comunità terapeutica: cultura, strumenti e tecnica*, Milano, 2004 e C. BELLOSI, *Piccoli Gulag: sentieri e insidie delle comunità terapeutiche*, Roma, 2004.

re questo processo di dismissione degli ospedali psichiatrici cominciando a immaginare dei luoghi, all'epoca non si parlava di REMS... per cui bisognava immaginare delle strutture alternative agli OPG e noi pensammo che potevamo essere in grado di ospitare delle persone che venivano dimesse e infatti insieme a Magistrati di Sorveglianza di Napoli, che eminentemente abbiamo lavorato con i due ospedali psichiatrici napoletani e abbiamo cominciato ad ospitare le persone, quindi 5 su 20... ad oggi questa percentuale si è modificata per cui abbiamo in questo momento 4 posti letto per persone senza misure di sicurezza e invece 16 posti letto occupati da persone con misura di sicurezza.

(Direttore sanitario comunità, Campania)

Poi vabbè, nel nostro caso [...] noi ci stiamo sempre più specializzando con questo tipo di utenza, con persone autori di reati, però appunto i posti in REMS sono pochi, in Campania non sono state attivate tutte le REMS, le comunità che si prendono la responsabilità di prendere... di far accedere le persone autori di reato sono poche... perché sono persone che comunque spaventano nelle comunità, se non si ha un tipo di, diciamo di formazione adeguata su questo tipo di pazienti si rischia di fare dei... insomma di trovarsi in delle situazioni difficili. E quindi gli avvocati spesso ci chiamano per sapere se abbiamo disponibilità di posto, noi avendo pochissimi posti, è raro che abbiamo il posto disponibile.

(Psicologa, Campania)

In tutte le comunità oggetto della ricerca, il processo di *specializzazione* non è solo *informale*, ma anche *spontaneo*, cioè non richiesto, né tanto meno imposto da soggetti-terzi. Le ragioni che spingono la comunità a specializzarsi sui pazienti autori di reato vanno dalla scelta ragionata e consapevole, magari frutto di uno slancio ideale alla semplice occasionalità («è andata così»). Meno evidente nelle interviste, ma ha certamente avuto un ruolo anche l'aspetto economico, di scelta strategica, non va infatti dimenticata che per ottenere la dismissione degli OPG furono individuati budget *ad hoc* con cui coprire i costi delle rette delle persone accolte nelle comunità.

La spontaneità sta tuttavia attenuandosi e divide gli operatori delle comunità, tra coloro che sarebbero favorevoli a «formalizzare» le specializzazioni e coloro che invece vedono più rischi che vantaggi. In entrambe le regioni dove sono stati svolti gli affondi qualitativi della ricerca, sono comunque allo studio strategie di individuazione di comunità specializzate nell'accoglienza di pazienti provenienti dal circuito penale. Tra le positività, vi è un migliore raccordo con gli attori della giustizia penale e la creazione di un «canale di dialogo privilegiato» con giudici, avvocati e periti che permetterebbe di standardizzare i percorsi di ricovero delle persone in libertà vigilata. Tra gli svantaggi

più richiamati, il rischio di riproporre la dinamica asilare, tipica del modello manicomiale che dovrebbero invece rimanere estranea ad un ambiente comunitario. Una comunità che ha un'utenza esclusivamente proveniente dal circuito penale finirebbe con l'enfatizzare gli aspetti securitari del ricovero, sia sul piano estetico (porte allarmate, recinzioni, inferriate...) sia sul piano relazionale (presenza di personale di sicurezza, sanzioni disciplinari, rigidità dei regolamenti...).

Pur in assenza di una *formalizzazione*, si è osservato che, sia tra i vertici dell'amministrazione sanitaria sia tra gli operatori «sul campo», vi è comunque la consapevolezza di quali siano le comunità dove vengono inviate le persone dimesse dalle REMS oppure in libertà vigilata. La «scelta» di quale comunità, che spetta al giudice su consiglio (più o meno persuasivo) del perito e dei servizi di salute mentale del territorio, se il paziente è già «noto», si riduce dunque ad un nucleo ristretto di comunità, secondo parametri anzitutto territoriali, tenendo conto della provenienza della persona, ma anche di «disponibilità» di posti. C'è quindi, sui singoli territori un nucleo di comunità che si ritiene essere le sole in grado di accogliere il paziente psichiatrico autore di reato e che, per questo, vengono privilegiate rispetto ad altre strutture del tutto simili dal punto di vista formale.

La specializzazione è dunque informale, spontanea, ma anche *rischiosa* sia in termini di «clima» interno, delle relazioni tra ospiti e tra ospiti e operatori. Vi è la diffusa percezione che l'intervento sul paziente autore di reato, sia più difficile che quello su altro paziente, pur a parità di gravità della patologia psichiatrica. La variabile «autore di reato» ha dunque un peso sulla relazione operatore-paziente e crea diffusi pregiudizi e paure tra gli stessi operatori.

Questo bisogno securitario si sta trasferendo anche sulle comunità, questo è il limite di questa vicenda, quindi da un'esperienza alternativa, si si vuole pionieristica, il rischio è far parte di un circuito che si occupa eminentemente degli autori di reato.

(Direttore sanitario comunità, Campania)

Noi potremmo anche, in questo momento, pensare di aprire una struttura ad hoc per gli autori di reato che non sia una REMS, ma invece vogliamo fare un lavoro non di ghettizzazione, ma di auto-mutuo-aiuto perchè abbiamo degli autori di reato che stanno facendo dei progetti da diverso tempo e hanno fatto una serie di passaggi quindi abbiamo anche la possibilità di, come dire, contaminarci tutti rispetto anche alla positività, non solo ecco l'autore di reato come problema, ma anche come risorsa per chi si trova in una situazione magari simile ma è una fase iniziale di progetto.

(Direttore sanitario comunità, Piemonte)

Le «strategie» per minimizzare i rischi diventano dunque fondamentali. Vi è anzitutto una profonda attenzione ai percorsi di selezione dei pazienti da ospitare in comunità, molto diversificati a seconda delle situazioni. L'ingresso del paziente in comunità non è mai automatico e immediato, ma frutto di una «contrattazione» sia con il paziente, che deve avere consapevolezza del funzionamento della comunità sia con coloro che decidono la collocazione in comunità (formalmente i magistrati e i servizi sanitari territoriali, ma informalmente anche gli avvocati difensori e i periti).

Io sono del privato sociale no, non sono... si sono accreditato nel sistema nazionale ma sono del privato sociale, e mi sono offerto come cooperativa di ospitare percorsi alternativi, ma me li devo promuovere, nel senso che i medici mi devono conoscere, devono sapere di me, non è come dire una prassi istituzionale. La persona può finire da me o in un reclusorio che viene chiamato comunità ma non è comunità, ma accoglie persone per business. Ecco perché il servizio di salute mentale deve diventare, deve restare il tenentario responsabile del progetto, non può diventare il magistrato il responsabile del progetto, deve essere il servizio di salute mentale, invece il servizio di salute mentale è scavalcato in questo senso dal magistrato, che poi il magistrato decide lui se mandarlo in comunità, se mandarlo in una REMS.

(Direttore sanitario comunità, Campania)

Domanda: quindi il perito può indicare specificatamente la vostra struttura, non «un» inserimento in struttura?

Risposta: Sì, potrebbe indicare la nostra struttura, lì non possiamo sottrarci e lì vediamo di fare il possibile, insomma... cerchiamo di lavorare con tutti, tranne con le persone che possono avere un indice suicidario molto alto che può essere pericoloso, in una struttura così grande non si può avere un controllo continuo sul paziente, anche perché noi non facciamo controllo, noi facciamo riabilitazione.

(Psicologa, Campania)

...C'è quella situazione in cui soprattutto all'inizio può essere una difficoltà il paziente che è obbligato tra virgolette ad entrare in comunità, quindi non c'è un percorso di motivazione... e questo può essere almeno inizialmente un discorso difficile. Dall'altra parte può essere un vantaggio, perché in realtà noi abbiamo, possiamo lavorare su dei pazienti che non arriverebbero in nessuna maniera invece così, poi sviluppando diciamo un adattamento, così, una fiducia reciproca con il personale, si può poi fare un percorso di presa di coscienza della situazione, sia a livello della patologia psichiatrica, sia a livello della problematica giudiziaria.

(Direttore sanitario comunità, Piemonte)

Direttore: Le richieste innanzitutto... che devono arrivare dalle varie ASL. Queste richieste vengono ordinate rispetto... beh come primo parametro la data di arrivo e quella è la parte mia, poi io le giro all'equipe dell'accoglienza per l'analisi di tutto l'aspetto degli autori di reato e lì si incomincia a prendere contatto con i servizi, la prima domanda è «che urgenza avete?» perché se è domani... no! Se invece abbiamo del tempo davanti per programmare un inserimento, e questo in generale ragioniamo: materiale, incontri col paziente, contatti vari, famiglia eccetera per fare una valutazione di compatibilità e anche capire qual è la struttura più idonea all'interno della nostra rete.

Domanda: stiamo parlando di? 2-3-6 mesi?

Direttore: stiamo parlando di... dipende dalla struttura. Stiamo parlando di sì, attualmente, io credo che almeno con gli inserimenti già in programma avremo almeno 4 mesi in media di lista di attesa, almeno si sì. Almeno... quindi questa è la procedura. Quando i servizi ci dicono ok, ci abbiamo il tempo perché ci interessa fare un lavoro specifico e quindi vanno sulla qualità dell'intervento o meglio sull'opportunità dell'intervento che facciamo.

(Direttore sanitario comunità, Piemonte)

La questione della selezione della tipologia di pazienti ha dirette conseguenze sull'organizzazione della vita interna, in particolare sulla *gestione della sicurezza*, rispetto ad episodi critici (fughe, aggressioni agli operatori e agli altri ospiti), considerati unanimemente «normali» e «ricorrenti» in questo tipo di comunità.

Quello delle strategie con cui garantire la sicurezza, è il campo su cui più si accentuano le differenze tra modelli e, «stili» comunitari. Esistono infatti diversità sul piano *estetico* (maggiore o minore chiusura degli ambienti comunitari, presenza o assenza di cancelli, videosorveglianza, controlli all'ingresso...) e sul piano *relazionale* (maggiore o minore «tolleranza» rispetto alle violazioni delle regole comunitarie o delle prescrizioni relative alla misura di sicurezza, frequenza di richieste di intervento delle forze dell'ordine, presenza di sanzioni disciplinari formali o informali...).

Ma l'aspetto che qui più interessa, nell'ottica di una riflessione sistemica sulle misure di sicurezza, riguarda la percezione degli operatori di svolgere un ruolo che trascende, anche sul piano formale, la sola missione terapeutica-riabilitativa.

In altre parole, abbiamo indagato se esiste la consapevolezza di ricoprire un ruolo di «controllo» e come ciò influenza la quotidianità.

Gli operatori intervistati rifiutano unanimemente il ruolo di «guardiani», anzi giudicano con sospetto la legge e i suoi interpreti (magistrati, avvocati, forze dell'ordine) e rivendicano, con convinzione, il loro ruolo *clinico e riabilitativo*.

...alcuni pazienti, a volte soprattutto appena arrivano hanno bisogno di confini, non devono superare i confini, per esempio di questa comunità, poi a volte viene ampliato a tutto il comprensorio, poi se si comporta bene al comune, poi possono andare in paese... quindi man mano che il paziente migliora viene chiesto di aumentare il perimetro diciamo.

Anche perchè come dicevamo noi abbiamo più un aspetto terapeutico-riabilitativo, non contenitivo e di sorveglianza, che poi c'è anche un aspetto contenitivo e di sorveglianza tra virgolette, nel senso che nel momento in cui per esempio si portano fuori sul territorio dei pazienti con misure di sicurezza ovviamente gli educatori che sono con loro li devono guardare praticamente a vista, cioè non li possono lasciare in giro. Quindi c'è anche un aspetto poi di sorveglianza tra virgolette, ma in realtà noi abbiamo più un aspetto terapeutico-riabilitativo.

(Direttore sanitario comunità, Piemonte)

Direttore: La scelta è di essere molto chiari sia con gli avvocati sia con magistrati rispetto al fatto che noi ci occupiamo del controllo sanitario e quindi ovviamente quello che facciamo, c'è un protocollo molto chiaro rispetto a assenza, allontanamenti, situazioni di come dire... rispetto a tutta la parte delle prescrizioni eccetera che mettiamo in atto. A parte questo...

Domanda: ...non ci sono altre forme di controllo.

Direttore: Assolutamente no.

(Direttore sanitario comunità, Piemonte)

Tuttavia c'è un parametro indagato dalla ricerca che mette in dubbio tale convinzione, quello della durata della permanenza in comunità e della qualità dello *scorrere del tempo* all'interno della struttura. Alcune comunità si accontentano del *badantato*, dove si vive con rassegnazione l'isolamento e la chiusura verso tutto ciò che proviene dall'esterno, quasi considerato un pericolo in grado di turbare pazienti spesso annichiliti dalla contenzione farmacologica.

La variabile del *tempo* evidenzia più di altre la distanza tra le *finalità* della libertà vigilata immaginate dalla legge e quelle effettivamente perseguite. Se è vero che la misura di sicurezza per i folli-rei ha nella cura la sua caratteristica ontologica, allora la durata di un ricovero è un dato rilevante e deve diventare parametro per sancire il successo di un percorso di riabilitazione.

Sono sostenibili percorsi che durano anni? Cosa deve esserci dopo la comunità? Il «ritorno» nella società, ma per molti la società è la quella comunità o semplicemente un'altra comunità. La non previsione di un limite massimo di durata della libertà vigilata, agevola dunque la creazione di biografie istituzionalizzate.

I magistrati di sorveglianza nella prima fase erano abbastanza disponibili poi a seguire i progetti di dismissione completa, quindi di restituzione all'interlocuzione sociale delle persone, mentre oggi per esempio le misure di sicurezza vengono prorogate. In epoca OPG forse pensando che le persone avessero già scontato abbastanza negli OPG quindi gli anni, i mesi che poi passarono in comunità all'epoca furono ritenuti sufficienti a dare come dire prova della loro reintegrazione sociale, oggi invece i magistrati di sorveglianza come dire si sono fatti un po' più di manica corta in relazione alla messa in libertà delle persone, per cui abbiamo proroghe che una volta erano di 6 mesi, adesso sono arrivate proroghe di due anni addirittura, di un anno, di due anni.

Funziona così: se c'è una persona complessa, difficile, che è difficile da trattare, la REMS diventa la prima opzione. Quindi la REMS non è come ultima istanza come dice la legge, no [...] la REMS diventa il primo step, se c'è posto nella REMS abbiamo risolto il problema, lo mettiamo lì dentro.

(Direttore sanitario comunità, Campania)

I tempi (della permanenza in comunità, nda) spesso vengono definiti dal magistrato e dalla prosecuzione della pericolosità sociale. Quindi fino a quando una persona è considerata pericolosa non viene diciamo... liberato. Questo è un motivo di grossa sofferenza da parte dei pazienti. Ora, che cosa rende una persona pericolosa o non pericolosa? È una bella domanda insomma. Quindi i tempi sono lunghi, per questo noi vogliamo anche creare questo gruppo appartamento nei pressi della comunità ma in un luogo un po' più vicino al paese... insomma del nostro territorio, in modo tale da creare una struttura cuscinetto, dove l'operatore può essere presente, magari non tutte le ore del giorno, i pazienti che non hanno una famiglia, non hanno una casa possono iniziare a sperimentare un'autonomia, sempre diciamo sempre sotto autorizzazione del magistrato e quindi la rete la andiamo a creare noi, lì dove c'è una carenza dei servizi sociali, di una rete sociale, di una famiglia, è anche la nostra stessa rete di comunità a creare il dopo.

(Psicologa comunità, Campania)

La ricerca non ha infine potuto eludere l'aspetto focale di questo capitolo, il rapporto tra OPG/REMS e libertà vigilata. I dati quantitativi del precedente paragrafo trovano riscontro nelle percezioni degli operatori emerse durante le interviste. È opinione comune che, ad oggi, esistano due fasi del percorso di riforma quello pre-superamento OPG (dal 2010 al 2015) e quello successivo, dal 2015 al 2020.

Le due fasi sono distinte dal «ruolo» delle comunità nei percorsi di dismissione dell'OPG e nel passaggio alle REMS: se nella prima fase, la comunità accoglieva principalmente persone provenienti dagli OPG/REMS e dunque con precedenti, più o meno lunghi, percorsi

di istituzionalizzazione. Nella seconda fase è sempre più frequente la presenza di pazienti per cui la misura di sicurezza della libertà vigilata è conseguenza diretta del reato, senza alcun passaggio in REMS, anche a causa del «numero chiuso» di posti in REMS, che rende spesso necessario la collocazione diretta in misura di sicurezza non detentiva.

...In realtà c'è stato un buon afflusso iniziale, cioè da quando sono state aperte le REMS, dopodiché credo che il sistema sia un po' piantato e quindi i posti sono pochi e non tutti quelli che transitano dalla REMS poi finiscono un progetto all'interno delle comunità e... Anzi sono quasi diventati due percorsi paralleli, [...] è come se si snodassero in due progetti differenti: quelli che eseguono una misura di sicurezza detentiva e quelli che invece fanno un percorso riabilitativo esclusivamente in comunità. Questa è un po' la sensazione ecco, ecco non sono dati certi, però mi sembra un po' questo.

(Direttore sanitario comunità, Piemonte)

Psicologa: a volte ospiti che arrivavano e poi venivano inseriti negli OPG nel momento in cui avevano comportamenti molto violenti. Questo in questo momento non può più succedere perché in REMS non ci sono posti, quindi c'è anche una difficoltà nel ricollocare

Domanda: cosa succede in questi casi?

Psicologa: li teniamo noi. Però succede di trovarsi a dover gestire dei pazienti complessi, anche magari con un'aggressività fisica, perché quella verbale va bene viene contenuta, che rimangono da noi perché ci viene detto dai servizi «non sappiamo dove metterli in questo momento», cioè c'è questa difficoltà perché magari un paziente diventa violento, diventa di difficile gestione...

(Psicologa comunità, Piemonte)

Se la *libertà vigilata* è diventata, sul piano quantitativo e qualitativo, l'architrave dell'intero sistema delle misure di sicurezza, allora è urgente aprire un dialogo multidisciplinare su che forme e che obiettivi deve avere.

La riforma ha costituito un deciso (e non rinviabile) miglioramento delle condizioni materiali di vita delle persone sottoposte a misura di sicurezza, ha «costretto» al dialogo gli operatori della giustizia penale e quelli della salute mentale, ha stimolato le autorità sanitarie a «immaginare» nuovi interventi e «approcci»²⁴. La riforma ha però

²⁴ Per un bilancio «operativo» della riforma si rimanda alle Relazioni al Parlamento del Garante nazionale dei diritti delle persone private della libertà, ove si sottolineano criticità e buone pratiche, supportate da una corposa base di dati. Le

agito principalmente sul piano dell'*umanizzazione* dei luoghi e delle relazioni, ma si tratta di un processo reversibile e fragile, soprattutto se viene meno l'attenzione istituzionale e dell'opinione pubblica. La chiusura degli OPG non esclude che possano rinascere (o siano già rinati) luoghi dove il controllo viene declinato con il vocabolario dell'*esclusione/segregazione*.

Molte delle sfide aperte dalla riforma si svolgono oggi, parafrasando Foucault²⁵, sul piano della *microfisica*. Nelle singole comunità, nei contesti territoriali, nelle pratiche e nelle relazioni di potere del quotidiano, nei discorsi tra operatori della giustizia e della salute mentale.

Al netto dei dilemmi sulla sostenibilità di concetti quali la *non imputabilità per vizio di mente* e la *pericolosità sociale*, questa ricerca dimostra in conclusione che all'arcipelago misure di sicurezza psichiatriche non servono stravolgimenti, ma correttivi. Due su tutti: da una parte, l'opportunità di *tipizzare* la libertà vigilata, distinguendola per intensità dei livelli di controllo, tendendo conto dei percorsi residenziali, semi-residenziali o domiciliari-ambulatoriali. Più il percorso comporta il *confinamento* in uno spazio fisico definito, più sarà necessario estendere limiti e garanzie, come quello della *durata massima del ricovero* già previsto per il ricovero in REMS.

Dall'altra, la necessità di individuare di modelli *comunitari* sostenibili sul piano organizzativo, strutturale e relazionale da costruire attraverso lo scambio di buone pratiche tra operatori e il controllo da parte di *occhi non assuefatti*, quali quelli dei Garanti delle persone private della libertà, che possano indicare storture, contraddizioni e lesioni dei diritti.

Relazioni sono consultabili all'indirizzo www.garantenazionaleprivatiliberta.it/gnpl/it/pub_rel_par.page

²⁵ Il riferimento è qui ad uno dei testi più «politici» della produzione del filosofo francese, M. FOUCAULT, *Microfisica del potere. Interventi politici*, Milano, 1977. Delineando il concetto di «microfisica del potere» Foucault esorta la ricerca sociale a occuparsi non solo della macro-analisi, necessariamente astratta e generalizzata, ma di studiare i fenomeni sociali in senso microstorico e locale, laddove le dinamiche sociali acquisiscono concretezza. L'esortazione di Foucault era strettamente legata alla necessità per il ricercatore di un posizionamento politico rispetto all'oggetto della ricerca, rifuggendo l'astrattezza e la terzietà.