

CUSTODIA O CURA:  
STORIA E VICENDE DEI MANICOMI CRIMINALI

Offrono spunto per una breve riflessione sul (tenebroso) passato e sul futuro (incerto) degli ospedali psichiatrici giudiziari, nuova etichetta a designare i manicomi criminali di lombrosiana memoria, due volumi di recente pubblicazione.

Il primo (Adelmo MANNA, *L'imputabilità e i nuovi modelli di sanzione. Dalle "finzioni giuridiche" alla "terapia sociale"*, Giappichelli, Torino 1997, pagg. 281) compare nella collana «Itinerari di diritto penale», diretta da FIANDACA-MUSCO-PADOVANI-PALAZZO. L'Autore, a dire il vero, ha un progetto più impegnativo, non limitato alla indagine storica sugli istituti, proponendosi di tracciare un itinerario sicuro nelle indefinite plaghe di confine tra colpevolezza e imputabilità, per affrontare poi il tema della duplice articolazione delle sanzioni criminali, senza sottrarsi al rischio di un progetto per il legislatore di un futuro che si annuncia prossimo.

*Il secondo volume (Mi firmo per tutti. Dai manicomi criminali agli ospedali psichiatrici giudiziari. Un'inchiesta e una proposta, a cura di Giovanna PUGLIESE e Giovanna GIORGINI, Datanews, Roma 1997 pagg. 140) contiene i risultati di una inchiesta condotta nel 1995-96 negli OPG di Barcellona Pozzo di Gotto, Aversa, Napoli, Montelupo Fiorentino, Reggio Emilia, Castiglione delle Stiviere. Il libro si articola sopra contributi di diverso conio: i resoconti delle visite compiute, corredati dalla scheda con i dati riferibili a ciascun Istituto; una nota dei Direttori degli OPG (dott. Adolfo FERRARO per Aversa; dott. Michele SCHIAVON per Castiglione delle S.; dott. Franco SCARPA per Montelupo F.; dott. Nunziante ROSONIA per Barcellona Pozzo di Gotto); la storia clinica e le vicende personali di cinque internati; alcune "lettere dal manicomio"; un pregevole saggio di Assunta BORZACCHIELLO (*Alle origini del manicomio criminale*) ed altro articolo di Alberto MANACORDA (*Il manicomio giudiziario: Aspetti di raffronto tra l'Italia e gli altri paesi europei*); infine una proposta di legge di iniziativa del deputato Corleone ed altro proget-*

to di proposta di legge delle Regioni Emilia-Romagna, Toscana e della fondazione Michelucci.

Seguendo percorsi diversi e servendosi di differenti strumenti gli Autori dei due lavori pervengono alla stessa conclusione: la marcata prevalenza delle necessità custodialistiche rende la odierna misura dell'OPG, oltre che obsoleta nella sua struttura normativa, contraria allo spirito della riforma penitenziaria nonché (secondo la tesi del MANNA) a cogenti disposizioni costituzionali. Tentiamo di seguire i punti salienti dei due percorsi, partendo dal volume collettaneo.

Le succinte relazioni seguite alla visita dei sei OPG temiamo offrano un quadro meno preoccupante sulle condizioni degli Istituti di quelle reali. Certo la dott. PUGLIESE (che ha partecipato a tutte le visite e che, presumibilmente, ha steso i brevi rapporti conclusivi) non aveva intenzione di nascondere o coprire. Il fatto è che il visitatore esterno difficilmente sarà in grado di calarsi in un ambiente così caratterizzato come quello in discorso, nel volgere di incontri necessariamente brevi.

Dalle sei relazioni, rileviamo che gli ambienti sono, generalmente, ben tenuti e che sono in via di realizzazione (soprattutto a Barcellona P.G., Aversa e Napoli) importanti lavori di miglioramento. Mentre, per Montelupo F., il sindaco del luogo avrebbe in progetto un trasferimento dell'Istituto, anche per recuperare la villa medicea che attualmente lo ospita.

Il trattamento a celle aperte è praticato negli istituti di Aversa, Montelupo (in parte). Mentre a Barcellona P.G. prevale il trattamento a celle chiuse, che viene applicato generalmente a Reggio Emilia, a causa di dichiarate carenze di personale. E in effetti, dalla scheda che accompagna la Relazione, risulta che il rapporto tra personale e ricoverati nell'OPG di Reggio Emilia è il meno favorevole in assoluto (ce ne chiediamo perché). Molto succinti i dati trattamentali sull'OPG di Napoli; per questo Istituto, nel periodo corrente tra la data della visita (20 giugno 1995) e il momento della raccolta dei dati informativi (12 dicembre 1996) il numero dei ricoverati risulta notevolmente ridotto (da 160 a 137). Da notare anche come il direttore o il vicedirettore di Napoli (quest'ultimo ha partecipato all'incontro) non abbiano collaborato alla parte del lavoro a loro riservata («Esperienze dei direttori degli OPG»).

In tutti gli Istituti, con l'eccezione di quello di Castiglione delle S., i rapporti con la comunità esterna sono regolati secondo le norme dell'ordinamento penitenziario (quattro colloqui mensili, due premiali per i meritevoli, con vetro basso, due telefonate mensili).

Quanto alle terapie, di queste si riferisce molto genericamente. In particolare, riferendo dell' Istituto di Barcellona P.G., gli stessi partecipanti all'incontro si domandano quale genere di terapia venga praticata nel reparto "agitati". In genere, si tratta di terapie farmacologiche, mentre la psicoterapia assume valenza marginale. Il personale medico e infermieristico non in tutti i casi risulta sufficiente, con un rapporto più sfavorevole a Montelupo Fiorentino.

In ordine alle misure alternative, nulla risulta per Barcellona P.G., Napoli e Aversa, per quanto riguarda semilibertà e lavoro all'esterno. Vi è un semilibero a Montelupo F, tre in semilibertà e tre internati ammessi al lavoro all'esterno a Reggio E. (per la presenza di una associazione di volontariato e di una cooperativa di lavoro). A Castiglione delle S. sono invece rappresentati casi di licenze-esperimento e di internati ammessi a corsi di formazione professionale.

Normalmente rappresentato il lavoro intramurale, inteso specificamente come ergoterapia ma che, nelle percentuali, non si differenzia dalla situazione presente in media nelle case di reclusione.

I direttori degli Istituti hanno inviato loro brevi osservazioni.

Il solo che si dichiara soddisfatto del suo lavoro pare essere il dott. SCHIAVON, direttore dell'Istituto di Castiglione delle S. E questo, con evidenza, perché fondatamente convinto di «dirigere un ospedale e non un carcere confortati dal giudizio dei pazienti stessi e dei loro parenti».

L'OPG di Castiglione funziona sulla scorta di una convenzione tra il Ministero e la Regione Lombardia: il che pone il problema (ancora, di carattere formale, in rapporto alla persistenza del sistema del doppio binario nel codice penale) della compatibilità dell'Istituto, qualificato come ospedale psichiatrico *tout court*, con la dismissione della gestione manicomiale prevista a decorrere dal 31 dicembre 1996.

Il problema dei ruoli — qui da specificare in relazione meta-istituzionale, e quindi in termini di consapevolezza soggettiva — viene naturalmente percepito in modo diverso dagli altri direttori.

Il dott. FERRARO (Aversa) è esplicito: «il dubbio era quello se sentirsi e comportarsi da funzionari dello Stato, con leggi e codici applicati alla lettera e tranquillizzante burocrazia, oppure sentirsi quello che si era, cioè medici, e pure psichiatri, al comando o quasi di una struttura che serviva a tamponare le falle giuridiche e penitenziarie e che per uno strano scherzo legislativo, erano dirette, appunto, da sanitari e non da direttori di carcere».

Più o meno sulla stessa linea corrono le osservazioni del dott. SCARPA (Montelupo F.). Il quale intende la distinzione tra carcere

(offerta di “servizi” al detenuto, libero però di accettare il trattamento) e ospedale psichiatrico, nel senso che in quest’ultimo il “bisogno” di trattamento impone una risposta in termini di cura, con un programma, per quanto possibile, da proporre al paziente perché egli lo accetti: passaggio indispensabile per la progressiva incidenza del trattamento sul presupposto della pericolosità sociale. Mentre, aggiunge questo direttore, «la scelta di destinare istituzioni specifiche per trattare soggetti che esprimono sia pericolosità sociale che infermità evidenti, (è) stata frutto di un equivoco, più che di una contraddizione, perché si è pensato che si potesse applicare ad un mondo e ad una realtà penitenziaria le regole e le metodiche di intervento tipiche di un’organizzazione sanitaria».

Infine il dottor ROSANIA (vicedirettore a Barcellona P.G., dove, a quanto risulta dalla scheda, il direttore dott. Mirabile parrebbe convinto «della utilità e validità ancora attuali del mandato sociale affidato agli OPG, la cui funzione sarà difficile sostituire con presidi alternativi o con meri assunti ideologici») rileva come «non sia possibile sulla base degli ordinamenti vigenti nonché della prassi operativa consolidata e del “significato sociale” attribuito a queste istituzioni, scalfire la realtà essenzialmente e preminentemente repressiva degli ospedali psichiatrici giudiziari... L’infermità deve essere oggetto di interventi articolati secondo la patologia e le necessità trattamentali di ciascun caso; è una risposta di alto profilo clinico e assistenziale di cui si sente il bisogno: orbene questa risposta... non può venire dall’OPG così come esso è attualmente inteso e strutturato, e cioè volto più al profilo custodiale meramente contenitivo, e in qualche modo con elementi francamente afflittivi, che non alla presa in carico, razionale ed informata ad una multiassialità di interventi...: è giunto il momento... di abolire lo “status di diversità” che ancora oggi grava sui prosciolti rispetto agli altri malati che non hanno commesso reati».

Tra le “storie cliniche” riportate nel testo, merita un cenno, a pag. 61, quella di Angelo, ricoverato nell’Istituto di Barcellona P.G., nel quale è morto suicida.

Si tratta di un caso di delirio paranoico non riscontrato nel corso dei processi ai quali il soggetto era stato sottoposto (il più grave dei quali, sotto l’imputazione di omicidio). Egli, infatti, veniva ritenuto per lungo tempo del tutto sano di mente. La sua condizione di infermità era invece rilevata nel corso della detenzione, dove il soggetto «ha vagato a lungo da un carcere all’altro», sempre rifiutato dagli operatori come soggetto difficile, refrattario al trattamento.

Il caso si attaglia ad una ad una situazione che, per quanto a noi risulta, non di rado si realizza nella corrente esperienza dei processi penali. L'imputato per delitti di sangue viene guardato con sospetto dai giudici, quasi che egli intenda prospettare una grave alterazione delle facoltà intellettive e volitive, con il solo fine di procurarsi un più mite trattamento sanzionatorio.

Non solo per questo, tuttavia, ma in ragione di una accezione affatto restrittiva della categoria dell'infermità di mente, la tendenza emersa (più marcatamente, forse, soprattutto nell'ultimo decennio) vede la giurisprudenza contrastare ogni tentativo di ampliamento del campo delle patologie mentali, oltre i limiti segnati da caratteri organici, innati o acquisiti che siano, immediatamente percettibili.

Ora Angelo, l'infermo di cui si tratta si presentava come «intelligentissimo, querulomane, grafomane e logorroico». Mentre la diagnosi della malattia mentale (paranoia) di cui in seguito è risultato affetto, è inevitabilmente emersa in ragione della osservazione compiuta in istituto, provocando la sospensione della pena detentiva.

Non sarà certo l'ultimo caso di orientamenti confliggenti tra l'accertamento peritale compiuto ai fini del giudizio, e le indagini psichiatriche eseguite in carcere. Il fatto è che, spesso, il lavoro del perito si risolve in due o tre incontri con il paziente, di tal che, se costui si mostra in grado di comunicare ed ha una visione della realtà esterna (apparentemente) non distorta, il perito conclude per la sanità mentale, sapendo in partenza che questa sarà anche la opinione del giudice.

In una situazione opposta, quando la imputazione è di lieve entità, il giudice è portato ad ignorare persino manifestazioni vistose di insania mentale, perché preoccupato della grave sproporzione degli effetti della decisione: tra una condanna, ad esempio, per oltraggio e resistenza a pochi mesi di reclusione, magari con pena sostituita, di regola non verrà scelta la via della fungibilità con la misura di sicurezza, e questo — crediamo — anche in ragione della opinione non favorevole sugli attuali OPG, anche dopo la riforma penitenziaria.

Ancora alcune osservazioni sui due saggi di Assunta BORZACCHIELLO e di Alberto MANACORDA.

Nel primo (*Alle origini del manicomio criminale*) l'A. delineando la storia della Istituzione manicomial-penitenziaria dagli anni di Lombroso ai giorni nostri, utilizza e offre ai lettori una nutrita messe di riferimenti testuali.

Gli anni della istituzione dei manicomi criminali (Aversa, 1876; Montelupo F., 1886; Reggio E., 1896; Napoli-S.Efremo, 1923;

Barcellona P.G., 1925; Castiglione delle S., 1939) segnano tappe della progressiva affermazione del concetto di difesa della società contro i pericoli rappresentati dai folli autori di reato. Il codice penale del 1930 consacra il sistema del doppio binario: capacità a delinquere-pena criminale; pericolosità-misura di sicurezza. Ma, anche così, per quanto la Scuola positiva del diritto penale — che non solo per motivi di immagine indica in Lombroso il suo radicale antesignano — si affanni a proclamare che il reato è sempre espressione di un inadattamento del colpevole e che, pertanto, la pena dovrebbe assumere carattere e forme di riabilitazione, nondimeno i manicomi criminali non perdono la natura di istituti di custodia nei quali, a ragione della specificità della popolazione detenuta, vengono, *anche*, praticate terapie mediche.

Non molto cambia con la Riforma del 1975. La stessa modifica delle denominazione degli Istituti — da manicomi giudiziari ad ospedali psichiatrici giudiziari — viene soli tre anni dopo a introdurre un elemento ulteriore di disarticolazione del sistema, con la abolizione del trattamento psichiatrico obbligatorio (con la nota legge Basaglia n. 180 del 1978, e successivamente, dal dicembre 1996, con la soppressione degli ospedali psichiatrici civili, quali strutture autonome). Non solo: ma il sospetto che si sia trattato, da parte del legislatore, di una “truffa delle etichette” si addensa sol che si consideri come gli OPG sono soggetti alle medesime regole, di organizzazione, trattamenti, disciplinari, stabilite dall’ordinamento penitenziario agli articoli 13 e segg. e 32 e segg. con richiamo specifico, nel regolamento di attuazione, agli articoli 98 e 99.

A fronte di consimile realtà, sembrano di scarso peso gli interventi della Corte costituzionale (in particolare nel 1975, e nel 1982) che ha dapprima dichiarato non conforme a Costituzione l’articolo 148 del codice penale nella parte in cui non prevede che debba essere computato nell’ammontare della pena inflitta il periodo trascorso in OPG quando l’infermità sia sopraggiunta alla esecuzione della condanna (sent. n. 146/75). Nel 1982, con la sentenza n. 139, la Corte delle leggi ha poi dichiarato l’illegittimità dell’articolo 205 del codice, che collegava lo stato di pericolosità (quindi, presunta) a condizioni prefissate dalla norma, imponendo perciò una valutazione specifica del giudice, caso per caso. La legge n. 663/86 (l. Gozzini) completando l’opera, ha soppresso l’art. 204 del codice penale rubricato «Accertamento di pericolosità. Pericolosità sociale presunta».

L’articolo di MANACORDA riguarda infine la situazione normativa nel nostro paese in tema di OPG, con qualche spunto comparatistico

rispetto alla disciplina di altri Paesi. L'A. ritiene — sarà difficile dargli torto — che la Legge penitenziaria del 1975, con le successive importanti modifiche, abbia introdotto una disciplina «più aderente al dettato costituzionale e alle scelte di fondo della nostra collettività di quanto non fosse il testo originario del codice penale Rocco». Se questo è vero, non meno fondata ci appare l'opinione di quanti sollecitano a compiere un ulteriore e decisivo passo, fino coniugare accettabilmente i valori della difesa della collettività con quelli della tutela, cura e riabilitazione dei malati mentali, soprattutto sotto la specie del diritto alla salute che l'art. 32 della Costituzione garantisce ai cittadini.

Il problema centrale dell'ampio studio di Adelmo MANNA appartiene al ristretto novero delle questioni sulle quali si affatica la scienza penalistica fin dalle prime codificazioni. Rilevato, infatti, che l'applicazione della pena è superflua oltre che ingiusta, nei confronti di quanti abbiano commesso il fatto illecito in condizione di incapacità psichica, si tratta di stabilire il fondamento logico-giuridico della reazione pubblica, ove vi sia, nei confronti dei "rei folli" ed eventualmente di graduare una tipologia di risposte adeguate oltre che alla gravità del fatto, soprattutto alla gravità e specie della infermità.

Come ognuno vede, *in apicibus* la questione direttamente riguarda anche la giustificazione attuale e la futura disciplina degli OPG.

Il discorso prende le mosse dalla disciplina della imputabilità nel codice penale del 1889 e nel codice Rocco, ancora vigente. Come sappiamo il codice del 1930 è frutto di un compromesso tra le due Scuole penalistiche: accogliendo in omaggio alla concezione classica della libertà del volere e della idea retribuzionista, la concezione di una responsabilità "legale", e quindi riducendo per quanto possibile le situazioni di imputabilità esclusa o diminuita, attraverso piurime *fictiones juris*.

Mentre la opposta Scuola positiva — la quale, nel progetto di codice penale redatto dal principale esponente della Scuola, Enrico Ferri, riconosceva valenza, in ordine alla graduazione della imputabilità, anche a stati morbosi meno gravi della psicosi — vedeva accolto, con il sistema binario pena-misura di sicurezza, forse il suo più rilevante postulato.

Un primo caso di "finzione" risiede, secondo MANNA, nella assoluta irrilevanza conferita dall'articolo 90 del codice agli stati emotivi e passionali. La regola di politica criminale sottesa alla norma consiste, come è noto, nella volontà di evitare — secondo la Relazione del Guardasigilli al codice 1930 — che «ogni bizzarria di temperamento

e di carattere, ogni minima forma di nervosismo, possa dar luogo alla diminuzione, mentre occorre che si riscontri uno stato patologico veramente serio». Nel medesimo ordine concettuale trova conseguente spiegazione il mantenimento dell'avverbio «grandemente» nella norma relativa al vizio parziale di mente, nonostante che fosse, anche all'epoca, ben nota alla scienza psichiatrica la grande difficoltà di graduare, in riferimento ad un malato di mente, tra infermità tale da escludere per intiero la capacità di intendere e volere e malattia mentale che sulla stessa capacità incidesse in misura rilevante.

Altro esempio di *factio* si rinviene nella disciplina dell'ubriachezza. Se è vero che la «preoccupazione principale del legislatore del 1930 nell'introdurre un sistema così sbilanciato in favore delle esigenze di prevenzione generale, fosse quella di cercare di estirpare ad ogni costo ... un vizio che poteva mettere in pericolo la sanità della stirpe», nondimeno il trattamento normativo dell'ubriaco non tiene in alcun conto la condizione di chi, volontariamente o per colpa, si sia posto in stato di ubriachezza e in tale condizione commetta un reato. Lo sforzo della dottrina è giunto a individuare una situazione di non imputabilità solo nella ubriachezza preordinata colposa, interpretandosi l'art. 87 c.p., dove è stabilito il regime *dell'actio libera in causa*, solo in relazione ad una azione preordinata volontaria e non già meramente colposa.

La giurisprudenza della Corte di cassazione ha trovato conveniente adagiarsi sulla interpretazione letterale (e meno pericolosa) delle norme appena richiamate, estese, anche, alla cronica intossicazione da alcool e da stupefacenti, che vengono considerate cause di esclusione della imputabilità solo quando siano «stabilmente insediate, fino a provocare alterazioni patologiche permanenti».

Non rientrano nel tema del lavoro di MANNA i riflessi medico-legali della questione imputabilità (dei quali, peraltro, l'A. si era occupato in altra sede). Occorre, nondimeno, ribadire come anche la psichiatria forense sia ferma, per così dire, nel punto meno agevole di un guado, trovandosi il perito, costretto dalle indicazioni codicistiche e dal tetragono orientamento della giurisprudenza, a dover conferire valenza di malattia mentale condizionante la imputabilità solamente a quelle patologie esternamente «visibili», perché rapportabili ad una delle diverse manifestazioni psicotiche.

Di converso, la ampia e mutevole categoria di affezioni, che l'A. raggruppa sotto la definizione di «disturbi della personalità», come pure, volendo ulteriormente distinguere, la cosiddetta pazzia morale e le sociopatie, quando pure individuate e diagnosticate, non giungono a condizionare un giudizio di imputabilità esclusa o limitata.



La dottrina del diritto penale riconosce che il codice, tra i due modi di intendere la colpevolezza — rapporto dell'agente con il fatto; rapporto con il fatto illuminato dalla conoscenza della norma — segue la prima concezione. Ciò che comporta, in genere, l'esonero, nel momento della interpretazione della fattispecie concreta, da ogni preoccupazione in ordine alla coscienza della illiceità penale.

Ma, si domanda l'A., come è possibile ritenere che dolo o colpa presentino, per quanti siano portatori di infermità mentali, la stessa rilevanza giuridica che possiedono in riferimento agli imputabili? «Di tal che la colpevolezza risulterebbe una categoria del tutto indipendente dall'imputabilità». Ne seguirebbe che l'errore sul fatto ascrivibile in via esclusiva alla malattia di mente dovrebbe rilevare ad escludere la colpevolezza, qualunque possa essere il grado della malattia.

Al "restauro" del principio di colpevolezza, MANNA dedica alcune tra le più significative pagine del suo lavoro. Muovendo dalla nota decisione della Corte costituzionale n. 364/88, importante come segno di un possibile *révirement*, più che per gli scarsi effetti sino ad oggi concretamente esercitati sulla giurisprudenza, visibilmente timorosa di intaccare il principio imperativistico, ma in realtà sprovvista di strumenti utili ad indagare sulla rilevanza giustificatrice dell'errore di diritto.

Il percorso non appare, nondimeno, agevole. Il nuovo equilibrio tra esigenze della prevenzione (che impongono la effettività della sanzione, limitando i casi di non punibilità) e la riaffermazione del principio di colpevolezza, figura al centro del dibattito nell'ordinamento tedesco dove, con la riforma del 1975, la imputabilità viene qui collocata quale presupposto della colpevolezza medesima, figurando, nella sistematica del codice, ai paragr. 20 e 21, come elemento del reato e non più di pertinenza del reo. È così possibile prendere in considerazione tutte quelle cause atte ad incidere sulla "capacità di colpevolezza", quali la intossicazione alcolica o da stupefacenti, gli stati emotivi o passionali, la debolezza mentale, le nevrosi, e in generale i disturbi della personalità senza accertata base organica.

A dire il vero convince meno la ragione di politica penale che l'A. prospetta, per la ipotesi di una modifica del regime della imputabilità nel senso descritto. Non interessa, infatti, che l'ampliamento dei casi di non imputabilità venga, alla fine, considerato come «una vittoria delle esigenze connesse al principio di colpevolezza a scapito di quelle legate alla prevenzione». Importa invece che il giudice sia "costretto" a conoscere la personalità del reo: ciò che, del resto, nell'attuale nostro sistema, dovrebbe essere imposto dalla necessaria valutazione

della capacità a delinquere ai fini della determinazione della pena equa. E interessa, dunque, che siano predisposti i mezzi per un giudizio che non si risolva, come avviene nella generalità dei casi, in una valutazione su base "empatica", quale la Corte di cassazione, ripetutamente, nel deserto di ogni utile mezzo, ha riconosciuto come sufficiente.

Le esigenze di difesa (*id est* di prevenzione generale) spiccano nella disciplina della pericolosità: e in particolare nelle situazioni normative della pericolosità presunta. Con la abolizione di questa figura mercé intervento della Corte costituzionale, secondo l'A. la nozione di pericolosità non perde tuttavia il suo carattere di sostanziale indeterminatezza, come dimostra, per un lato e sul piano codicistico, il mantenimento dei minimi di durata nella applicazione della misura di sicurezza; dall'altro la difficoltà di riempire di contenuti empirici quella propensione a nuove violazioni del precetto penale, nel che consiste la letterale accezione della figura.

Lo sforzo della psichiatria forense di "prevedere" il comportamento criminale non ha, peraltro, condotto a risultati degni di nota. Gli studi compiuti da criminologi nordamericani negli anni settanta e ottanta, configurano al più una possibilità di previsione limitata al breve periodo. Ciò che spiega la difficoltà (quasi l'imbarazzo) del perito medico legale nel riferire, come di regola richiesto dal giudice, anche in ordine alla pericolosità futura del soggetto.

In simile contesto, rilevato che le misure di sicurezza detentive, anche in riferimento alla prassi concreta della loro applicazione, non conservano alcuna ragione di permanenza nel nostro sistema, risolvendosi esse, in quanto "aggiunte" alla pena, in un dannoso ed inutile doppiopene, l'A. rileva che «l'avvenire riservato alle misure di sicurezza è quello soltanto per i non imputabili». Ma, a tale punto, conservare o meno l'attuale denominazione diviene un falso problema: ciò che importa è «la conseguenziale riforma dei giudizi prognostici, che si adegui agli auspicati mutamenti strutturali di tale tipo di misura».

La misura di sicurezza, quale che sia il nome sotto cui rubricarla, verrebbe ad acquisire i connotati sostanziali di una misura alternativa (o, applicata dal giudice della cognizione, di misura sostitutiva) alla reclusione. Piegandosi a rivestire una piurima possibilità di intervento, a secondo del "bisogno di cura" rilevabile nei singoli casi. La misura, in un sistema così modellato, non viene ad "aggiungersi" alla pena, ma la sostituisce, nella prospettiva di un modello "vicariale" che ha già trovato in alcune esperienze estere significative applicazioni.

Il problema assume peculiare rilievo in riferimento alla prospettata riforma delle MDS per i non imputabili. La dottrina contemporanea, invero, afferma che l'unica via per far sopravvivere le misure di sicurezza per i non imputabili, sia quella di trasformarle in alternative alla pena.

Ma, per quanto direttamente attiene agli ospedali psichiatrici giudiziari, la opportunità di una loro abolizione viene sostenuta, anche, sulla base di ulteriori, specifici rilievi.

Secondo MANNA, la attuale disciplina degli OPG comporta una «irragionevole disparità di trattamento tra malati di mente, e ciò in base soltanto alla commissione di un fatto di reato». Ne deriva un evidente profilo di incostituzionalità ai sensi dell'art. 3 Cost.: posto che «i manicomi criminali (ora OPG) altro non sono che una semplice variante del comune genus, ovverosia dei manicomi comuni».

In effetti, le origini culturali dell'istituto consentono di tracciare un parallelo: se il Lombroso nel 1878 proponeva di segregare con la prigionia perpetua sotto forma di manicomio, non solo i malati di mente autori di reati, ma anche tutti quegli elementi psichicamente tarati la cui speciale pericolosità «può tramutarsi in danno esteso all'intera nazione». Ma la tesi della necessaria omogeneità tra la disciplina del trattamento dei malati di mente ai sensi della legge n. 180/78 e quella riservata agli infermi autori di reati riceve (secondo l'A.) ulteriore conferma sotto il profilo del «diritto alla salute» nei termini intesi all'art. 32 Cost. L'A. rileva come il regolamento penitenziario consenta le sanzioni disciplinari a carico dell'internato, nei casi in cui esse, a giudizio del direttore, possano inferire un «positivo» effetto sulla psiche. E permette altresì (art. 77 regol.) le «fasce di contenzione ai polsi e alle caviglie» anche se in vista delle finalità, dall'ampio e indeterminato spettro, di «evitare danni a persone o cose o di garantire la incolumità dello stesso soggetto».

Il primato delle necessità terapeutiche, nella concezione della migliore dottrina, viene a brutale contrasto con le finalità normative e la prassi applicativa degli OPG, dove, al contrario, prevalgono le esigenze di contenimento e neutralizzazione. Uno spiraglio era stato aperto, in anni lontani, dalla Corte costituzionale (sent. n. 68/1967) quando, pur affermando la compatibilità dei manicomi giudiziari con l'art. 32 Cost., aveva riconosciuto che il manicomio è «disposto a fine di cura».

Altra annotazione sul tema, riguarda la pratica inapplicazione della misura della casa di cura e custodia che, nella pratica attuazione, non ha registrato sviluppo autonomo, risolvendosi invece nella

creazione di padiglioni annessi agli OPG in funzione, sottoposti dunque ad analogo regime.

La rassegna sugli istituti di "terapia sociale" realizzati in alcuni Paesi (USA, Portogallo, Svizzera, Austria, Inghilterra, soprattutto in Olanda e in Germania) induce a interrogarci sulle ragioni della grande difficoltà, in Italia, del porre mano con efficacia a riforme strutturali, se si consideri che diversi progetti di riforma del codice penale sono comparsi all'attenzione degli studiosi, periodicamente, da oltre trent'anni. Di converso, in Austria e in Germania nel 1975 e, in anni più recenti, in Portogallo, in Spagna, in Francia è stato approvato un nuovo codice penale, ed è consolidata la tendenza a regolare la complessa e varia disciplina penale speciale attraverso Testi unici o leggi organiche.

La analisi delle tipologie di trattamento nei diversi istituti di "terapia sociale" mostra a dire il vero una realtà composita. Non sempre le necessità terapeutiche prevalgono su quelle del contenimento e della difesa sociale. Mentre, in particolare in Germania, dove la giustificazione degli istituti di terapia sociale viene considerata solo sulla base dei risultati in termini di riduzione del tasso di recidività, si afferma negli ultimi anni una più radicata sfiducia verso questi "istituti del trattamento", con particolare riguardo proprio a quelli di terapia sociale.

Il contrasto tra prevenzione e repressione, tra esigenze della difesa sociale in senso stretto e quello della riabilitazione e del recupero sociale del reo probabilmente non può essere interamente composto. Il legislatore, dal canto suo, non potrà ignorare la diffusa e pressante richiesta di tutela e sicurezza che proviene dai cittadini. La violenza, i fatti criminosi sono oggi assai meno numerosi rispetto a consimili "malattie" sociali, anche di un passato remoto. E tuttavia i crimini sono oggi molto più "visibili", in ragione dello straordinario sviluppo dei mezzi di informazione, provocando un sentimento generale di insicurezza.

Nelle conclusioni della sua indagine, MANNA affronta il rischio di prospettare un sistema più equilibrato.

Che è possibile riassumere nei seguenti punti:

a) soppressione delle misure di sicurezza, in ragione della revisione del concetto di pericolosità sociale che dovrà essere agganciato al principio di colpevolezza;

b) sostituzione delle MDS con istituti di terapia sociale nei riguardi dei non imputabili;

c) soppressione degli OPG e loro sostituzione con un sistema flessibile di misure riservato ai delinquenti psicotici;

d) introduzione degli istituti di "terapia sociale" quale nuova misura alternativa da riservare ai portatori di gravi "disturbi della personalità";

e) creazione di istituti *ad hoc* per gli alcoolisti e i tossicodipendenti.

Potremmo aggiungere, tra le riforme possibili, la istituzione di un modello trattamentale specifico per i detenuti, sempre più numerosi, che provengono da Paesi extracomunitari. Se è vero infatti, come MANNA sostiene, che il primato della colpevolezza — da restaurare contro malintese istanze retribuzioniste — presuppone come prima cosa la conoscenza del divieto e la consapevolezza del carico di disvalore che esso comporta, non si vorrà negare, allora, che un cittadino straniero, spesso di cultura islamica, non sia in grado di recepire, nel momento in cui commette un reato, un sistema di valori estraneo al suo mondo, e di intendere di conseguenza, una volta soggetto alla pena, la offerta trattamentale che gli viene proposta.

Da rilevare che la proposta di legge (Corleone) e il progetto di proposta di legge (Regioni Emilia R. e Toscana, e Fondazione Michelucci) riportate in calce al lavoro sugli OPG prospettano una riforma del regime della imputabilità e, di conseguenza, della disciplina della pericolosità e delle misure di sicurezza. Crediamo pure dover sottolineare la particolare attenzione che il secondo «progetto di proposta» dedica agli accertamenti medico-legali, anche mediante la creazione, presso ogni tribunale, di un albo dei periti psichiatri, che devono possedere specifica e documentata qualificazione.

Quanto ai costi di una riforma di questa specie, MANNA a dire il vero non formula ipotesi in argomento. Ma è possibile ritenere, in termini di solo costo economico (senza considerare il più che probabile guadagno in termini di diminuita pericolosità di quanti verranno sottoposti alla terapia) che i nuovi istituti non imporranno un costo maggiore di un normale nuovo istituto di pena.