



Home	Informazioni generali	Comunità di ricerca	Attività formative	Risorse	Osservatorio OPAL	
----------------------	---------------------------------------	-------------------------------------	------------------------------------	-------------------------	-----------------------------------	--

Sei qui: [Home](#) ► [Osservatorio OPAL](#) ► [OPAL n. 8 - 6/2016](#) ► [Il commissariamento delle Regioni inadempienti al piano di superamento degli Ospedali psichiatrici giudiziari](#)

Il commissariamento delle Regioni inadempienti al piano di superamento degli Ospedali psichiatrici giudiziari

di [Matteo Porricolo](#)

[Stampa](#) | [Email](#)

Il Consiglio dei Ministri il 19 febbraio 2016 ha disposto la nomina di un Commissario unico per l'attuazione dei piani di superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari, in sostituzione di sei Regioni italiane inadempienti.

Tale intervento è stato l'esito di un lungo percorso, per certi aspetti molto travagliato, che nel prosieguo si cercherà di ripercorrere ed esporre nel modo più lineare possibile. A tale discorso, però, pare opportuno premettere brevissimi cenni sulle misure di sicurezza, in generale, e sull'assegnazione a una casa di cura e di custodia e sull'ospedale psichiatrico giudiziario, in particolare.

Le **misure di sicurezza** sono state previste dal Codice penale come sanzioni, diverse dalla pena, da applicarsi in caso di commissione di un reato, o "quasi reato" (cfr. artt. 49 e 115 c.p.) ai soggetti socialmente pericolosi.

Il concetto di "pericolosità sociale", presupposto per l'applicazione di tali misure, è definibile quale la probabilità che il soggetto che ha commesso i fatti sopra indicati, anche se non imputabile o non punibile, commetta nuovi fatti preveduti dalla legge come reati (art. 203 c.p.)^[1].

Tali misure soggiacciono al principio di legalità (art. 199 c.p.), ma, diversamente dalla pena, sono regolate dalla legge in vigore al tempo della loro applicazione (art. 200). Si distinguono in personali e patrimoniali, le prime sono a loro volta distinte fra detentive e non detentive.

Si suole in dottrina affermare che l'insieme sanzionatorio delle pene e delle misure di sicurezza crea il cd. "sistema del doppio binario", in cui le prime – fondate sulla colpevolezza – si affiancano alle seconde – fondate sulla pericolosità sociale –, derivandone una possibile loro applicazione congiunta. Stabilisce, infatti, l'art. 211 c.p. che le misure di sicurezza aggiunte a una pena detentiva sono eseguite dopo che la pena è stata scontata o è altrimenti estinta. Invece, le misure di sicurezza aggiunte a pena non detentiva sono eseguite subito dopo la divenuta irrevocabilità della sentenza di condanna^[2].

Fra le misure di sicurezza personali detentive rientrano l'assegnazione a una casa di cura e di custodia e l'ospedale psichiatrico giudiziario.

L'assegnazione a una casa di cura e di custodia, ex art. 219 c.p., è disposta al condannato^[3] per delitto non colposo a una pena diminuita a causa di infermità psichica (art. 89 c.p.), di cronica intossicazione da alcool o da sostanze stupefacenti (art. 95 c.p.), o a causa di sordomutismo (art. 96 c.p.).

Nella disciplina di tale misura si nota bene il citato criterio del "doppio binario": in quanto, dispone l'art. 220 c.p. che l'ordine di ricovero del condannato nella casa di cura e di custodia è eseguito dopo che la pena restrittiva della libertà personale sia stata scontata o sia altrimenti estinta^[4].

Ai sensi dell'art. 222 c.p., invece, nel caso di proscioglimento per vizio totale di mente (art. 88 c.p.), ovvero per intossicazione cronica da alcool o da sostanze stupefacenti (art. 95 c.p.), ovvero per sordomutismo (art. 96 c.p.), è sempre ordinato il ricovero dell'imputato in un manicomio giudiziario (poi **ospedale psichiatrico giudiziario**)^[5]^[6].

Per quanto ad oggi le disposizioni codicistiche siano rimaste inalterate, a causa di vari interventi legislativi e della Corte costituzionale, l'applicazione di tali misure è venuta a mutare in modo considerevole.

La **Corte costituzionale** è intervenuta a più riprese a mitigare la rigidità del sistema. Con la sentenza n. 2 del 18 luglio 2003, n. 253 ha dichiarato l'illegittimità costituzionale dell'articolo 222 del codice penale, nella parte in cui non consente al giudice, nei casi ivi previsti, di adottare, in luogo del ricovero in ospedale psichiatrico giudiziario, una diversa misura di sicurezza, prevista dalla legge, idonea ad assicurare adeguate cure dell'infermo di mente e a far fronte alla sua pericolosità sociale.

Analoga la sentenza n. 367 del 29 novembre 2004, che ha sancito l'illegittimità costituzionale dell'art. 206 c.p. (*Applicazione provvisoria delle misure di sicurezza*), nella parte in cui non consente al giudice di disporre, in luogo del ricovero in ospedale psichiatrico giudiziario, una misura di sicurezza non detentiva, prevista dalla legge, idonea ad assicurare alla persona inferma di mente cure adeguate e a contenere la sua pericolosità sociale.

Primo fra gli interventi che hanno colto l'esigenza di superare un siffatto sistema di stampo custodiale e che aveva dimostrato ormai serie criticità^[7] è stato il **Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 1° aprile 2008** (*Modalità e criteri per il trasferimento al Servizio sanitario nazionale delle funzioni sanitarie, dei rapporti di lavoro, delle risorse finanziarie e delle attrezzature e beni strumentali in materia di sanità penitenziaria*), emanato in attuazione dell'art. 2, c. 283, della legge 24 dicembre 2007, n. 244; comma a sua volta integrativo e attuativo del d.lgs. 22 giugno 1999, n. 230 sul riordino della medicina penitenziaria.

Il D.p.c.m. recava all'allegato C "*Linee di indirizzo per gli interventi negli ospedali psichiatrici giudiziari (OPG) e nelle case di cura e custodia*".

Questa prima azione non sortì gli effetti sperati e le ragioni del fallimento furono individuate sia nell'inesistenza di sezioni speciali all'interno degli istituti penitenziari in grado di ospitare gli internati dimessi, sia nell'incapacità dei servizi territoriali di

Newsletter

Osservatorio sulle Autonomie
Locali

Nome

Email

Privacy e Termini di Utilizzo

[Iscriviti](#) [Cancellati](#)



garantire supporti terapeutico-riabilitativi individualizzati adeguati^[8], con l'effetto che le misure di sicurezza di natura custodiale rimasero ancora al centro della scena.

Su questo quadro è così intervenuto il **decreto legge 22 dicembre 2011, n. 211**, anche noto come "svuota carceri", il cui art. 3 *ter* (inserito dalla legge di conversione 17 febbraio 2012, n. 9.) è rubricato "**Disposizioni per il definitivo superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari**"^[9].

In esso veniva inizialmente previsto che il termine per il completamento del processo di superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari, già previsto dal citato allegato C del D.p.c.m. 1° aprile 2008, fosse fissato al 1° febbraio 2013.

La legge prevedeva che le misure di sicurezza del ricovero in ospedale psichiatrico giudiziario e dell'assegnazione a una casa di cura e custodia fossero eseguite esclusivamente all'interno delle strutture con requisiti da stabilirsi con Decreto ministeriale da emanarsi entro il 31 marzo 2012 da parte del Ministro della salute, di concerto con il Ministro della Giustizia e d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome (tale fu, poi, il **D.m. 1 ottobre 2012**).

Tale decreto sarebbe stato adottato nel rispetto dei seguenti criteri:

c) destinazione delle strutture ai soggetti provenienti, di norma, dal territorio regionale di ubicazione delle medesime.

A decorrere dal **31 marzo 2013** le misure di sicurezza del ricovero in ospedale psichiatrico giudiziario e dell'assegnazione a casa di cura e custodia sarebbero state eseguite esclusivamente all'interno delle strutture sanitarie di cui sopra, fermo restando che le persone che avrebbero cessato di essere socialmente pericolose sarebbero dovute essere dimesse senza indugio e prese in carico dai Dipartimenti di salute mentale.

Stante la perdurante inattuazione dei programmi, nell'imminenza dello scadere dei termini, il **d.l. 25 marzo 2013 n. 24** convertito in l. 23 maggio 2013, n. 57, prorogava tale chiusura al **1° aprile 2014**.

Ancora una volta, tuttavia, il termine non veniva rispettato, così che il **d.l. 31 marzo 2014, n. 52** (*disposizioni urgenti in materia di superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari*) - convertito in legge 30 maggio 2014, n. 81 - disponeva una seconda proroga, al **31 marzo 2015**.

Oltre tale modifica all'art. 3 *ter*, c. 4, del d.l. 211/2011, la norma aggiungeva un lungo periodo allo stesso comma 4 dall'interessante rilievo penalistico: imponendo al giudice, o al magistrato di sorveglianza in sede di accertamento della pericolosità sociale (art. 679 c.p.p.), di disporre nei confronti dell'infermo di mente e del seminfermo di mente l'applicazione di una misura di sicurezza, anche in via provvisoria, diversa dal ricovero in un ospedale psichiatrico giudiziario o in una casa di cura e custodia, salvo quando siano acquisiti elementi dai quali risulti che ogni misura diversa non è idonea ad assicurare cure adeguate e a fare fronte alla sua pericolosità sociale^[10].

La norma - che ha introdotto un concetto di OPG quale *extrema ratio* - è palesemente figlia degli approdi della Corte costituzionale citati in apertura, con cui il Giudice delle leggi aveva attenuato i rigidi automatismi che il Codice imponeva nella condanna alle misure di sicurezza in parola e che di conseguenza non consentivano un bilanciamento tra bisogni di cura del soggetto ed esigenze di sicurezza della collettività.

Altresì interessante per la sua assoluta novità è stato il comma 1 *quater* del d.l. 31 marzo 2014, n. 52, inserito dalla legge di conversione, di tal tenore: «*Le misure di sicurezza detentive provvisorie o definitive, compreso il ricovero nelle residenze per l'esecuzione delle misure di sicurezza, non possono durare oltre il tempo stabilito per la pena detentiva prevista per il reato commesso, avuto riguardo alla previsione edittale massima. Per la determinazione della pena a tali effetti si applica l'articolo 278 del codice di procedura penale. Per i delitti puniti con la pena dell'ergastolo non si applica la disposizione di cui al primo periodo*».

È una norma assolutamente rivoluzionaria per la disciplina delle misure di sicurezza, che, senza ritoccare il testo del Codice, supera il previgente principio dell'indeterminatezza nel massimo, dato dalla regola secondo la quale la durata di tali misure dipendeva dalla periodica valutazione della pericolosità sociale del soggetto (artt. 207-208 c.p.)^[11].

Il c. 2 *bis* istituiva presso il Ministero della salute un *Organismo di coordinamento per il superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari* composto da rappresentanti del Ministero della salute, del Ministero della Giustizia, delle regioni e delle province autonome di Trento e di Bolzano, al fine di esercitare funzioni di monitoraggio e di coordinamento delle iniziative assunte per garantire il completamento del processo di superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari.

All'**accordo** di cui al citato D.M. 1 ottobre 2012^[12], Allegato A, Stato e Regioni addivenivano in sede di **Conferenza unificata del 26 febbraio 2015**.

In esso, in breve, si conveniva che per ciascun paziente internato sarebbe stato definito uno specifico percorso terapeutico-riabilitativo individualizzato, periodicamente verificato.

Le Regioni e le Province autonome si impegnavano a garantire il trasferimento delle persone sottoposte a misure di sicurezza detentive residenti nel proprio territorio nelle *Residenze per l'esecuzione delle misure di sicurezza* (di seguito, REMS).

Gli stessi Enti territoriali avrebbero fornito un elenco delle REMS, completo di indicazioni sulla capienza - fermo il limite di venti posti a struttura - e sugli eventuali profili di sicurezza (in mancanza tutte le REMS presenti nella Regione sarebbero state ritenute idonee).

Il Dipartimento dell'Amministrazione penitenziaria si impegnavo a trasferire gli internati dagli OPG alle REMS, in base al suddetto principio di territorialità (da fondarsi sulla residenza accertata del paziente).

Il personale delle REMS - chiamato ad una specifica formazione - veniva individuato esclusivamente in figure sanitarie e amministrative (ma in via eccezionale con appartenenti all'Amministrazione penitenziaria a supporto): con ciò evidenziandosi la marcata nuova impronta prettamente sanitaria e non detentiva di dette Residenze.

Il **22 gennaio 2016** i Ministri della Salute e della Giustizia hanno presentato una **relazione al Parlamento** sullo stato di attuazione del processo di cui si tratta al 15 dicembre 2015, fornendo una sintesi delle soluzioni adottate da ciascuna Regione ed esponendo le criticità che hanno impedito, in alcune di esse, la piena esecuzione dei piani.

Il piano della Regione **Piemonte** è stato approvato dallo Stato con D.M. 19 dicembre 2014; l'Ente territoriale aveva annunciato che sarebbe stato rimodulato, ma i Ministri rilevavano ad allora come non fossero pervenuti ancora i documenti relativi a tale rimodulazione.

La Regione, nelle more dell'individuazione delle REMS definitive, aveva individuato due strutture provvisorie: San Michele di Bra (struttura privata da 18 posti letto) e Grugliasco (per 20 posti letto).

Stante l'inattuazione del piano, si dava atto che con D.p.c.m. 21 ottobre 2015 la Regione Piemonte era stata diffidata a garantire entro 30 giorni la presa in carico dei propri residenti internati negli ex OPG e di quelli raggiunti da misure di sicurezza provvisorie (in quel momento la struttura di San Michele di Bra era stata attivata come REMS definitiva, coprendo però solo 18 posti letto dei 38 previsti).

Le Regioni **Lombardia** e **Valle d'Aosta** hanno stipulato un accordo per ospitare i pazienti residenti nella seconda nelle strutture della prima. Il D.M. 14 gennaio 2014 aveva confermato le strutture di Castiglione delle Stiviere (120 p.l.) e Limbiate (40 p.l.). Per la fase transitoria, però, è stata attivata soltanto la prima, che si trova oltretutto in sovrannumero (225 pazienti) e in difficoltà a gestire la sicurezza.

Le Province autonomi **Trento** ha attivato dal 1° agosto 2015 10 p.l. presso il Polo di Pergine, riservando 5 p.l. alla Provincia autonoma di **Bolzano**.

La Regione **Veneto**, come da D.M. 5 febbraio 2015, prevede la realizzazione di una REMS a Nogara (VR); nel frattempo ha stipulato una convenzione con la Regione Lombardia per il pagamento delle rette dei pazienti ospitati a Castiglione delle Stiviere. Pertanto, sempre col D.p.c.m. 21 ottobre 2015, al pari del Piemonte, è stata raggiunta dalla diffida.

Nessuna particolare obiezione viene mossa all'operato del **Friuli Venezia Giulia** (due strutture in progetto definitivo, già ora attive in via transitoria), **Emilia Romagna** (24 p.l. fra due strutture per la fase transitoria; una residenza unica, in progetto, da 30 p.l.); **Marche** (una struttura da 16 p.l. per la fase transitoria), **Basilicata** (una struttura definitiva da 10 p.l., 5 p.l. provvisoriamente riservati alla Calabria). In **Sicilia** l'attuazione del piano è stata sospesa in attesa delle modifiche statutarie che si dicono necessarie (nl frattempo sono state attivate due REMS provvisorie da 20 p.l. ciascuna). La **Sardegna** ha attivato 16 posti letto in via provvisoria.

La Regione **Liguria**, infine, ha stipulato una convenzione con la Lombardia per l'accoglienza provvisoria nella REMS di Castiglione delle Stiviere di 10 pazienti liguri, un numero però insufficiente rispetto alle sue necessità.

Le restanti Regioni alla valutazione di ottobre sono state ritenute inadempienti e, quindi, diffidate al pari di Piemonte e Veneto.

Toscana e **Umbria** hanno presentato un programma unitario. Per la fase transitoria è prevista l'attivazione di 22 p.l. a Volterra (a regime saranno 40 in tale sede); ma al momento della relazione erano attivi soli 12 p.l.

La Regione **Lazio** ha previsto per la fase transitoria quattro sedi, per un totale di 91 p.l.: oggetto di diffida a ottobre, posti tutti attivati al momento della relazione di dicembre.

Anche **Abruzzo** e **Molise** sono addvenute ad un accordo interregionale, per la realizzazione di 20 p.l., ma al momento in cui si relazionava nessuna residenza era stata già concretamente aperta.

La **Campania** – prima diffidata – su una programmazione definitiva di 40 p.l., ha attivato al dicembre 2015 una delle due REMS definitive di 20 p.l. e due REMS provvisorie per complessivi 20 p.l.

La **Puglia**, su una programmazione definitiva di 38 p.l., ha attivato solo una REMS da 20 p.l.

Da ultimo la **Calabria**, su una programmazione definitiva di 40 p.l., si appoggiava al momento alla convenzione (comunque insufficiente) con la Basilicata.

Si rende noto, quindi, che il Dipartimento dell'amministrazione penitenziaria ha avviato, laddove possibile, il trasferimento dei 689 internati (al 31 marzo 2015) dagli OPG alle nuove strutture. Ma, sia a causa della mancata attivazione di tutte le REMS in alcune Regioni, sia a causa dell'insufficiente capacità ricettiva di quelle già attivate, non è stato possibile trasferire la totalità dei soggetti, tant'è che al **15 dicembre 2015** residuavano ancora negli OPG ben **164 internati** (19 nell'OPG di Reggio Emilia, 48 nell'OPG di Montelupo Fiorentino, 41 nell'OPG di Aversa, 16 nell'OPG di Napoli-Secondigliano e 40 in quello di Barcellona Pozzo di Gotto).

Sempre in tale data i pazienti delle REMS erano 455, mentre 98 persone, raggiunte da misura, erano in stato di libertà.

In questo modo, il Dipartimento dell'amministrazione penitenziaria è stato costretto ad assegnare pazienti a REMS di altra Regione (in violazione del principio di territorialità che dovrebbe guidare tali trasferimenti), così arrecando disguidi e creando sovraffollamenti nelle strutture virtuose.

A ciò si deve aggiungere che certi soggetti ancora internati negli OPG, in forza della normativa vigente secondo la quale, allo stato attuale, tali strutture non dovrebbero più ospitare alcuno, hanno presentato reclami ex art. 35 Ordinamento penitenziario, che in molti casi sono stati accolti dai Tribunali di sorveglianza, riconoscendo che la mancata chiusura – a causa dell'inerzia delle Regioni – è motivo di pregiudizio dei loro diritti.

Il Governo decideva così di procedere ai sensi del comma 9 dell'art. 3 *ter* d.l. 211/2011, regolante l'esercizio del potere sostitutivo dello Stato in caso di mancato completamento del programma^[13], presentando alla Conferenza permanente Stato-Regioni, per l'obbligatorio parere, lo **schema di delibera** di nomina di un Commissario governativo per la realizzazione di detti programmi in luogo delle Regioni inadempienti^[14].

Sullo schema presentato, la Conferenza forniva in data 11 febbraio 2016 **parere negativo**, senza esplicitare particolari motivazioni a riguardo.

Attesa la natura non vincolante del parere e la volontà del Governo di proseguire, a questo punto, anche in assenza di un parere positivo, col Comunicato stampa n. 104^[15] si è dato atto che il 19 febbraio 2016, su proposta dei Ministri della Salute e della Giustizia, il Consiglio dei Ministri ha nominato Francesco Corleone^[16] **Commissario unico del Governo** per le procedure necessarie al definitivo superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari e messa all'opera delle Residenze per l'esecuzione delle misure di sicurezza nelle Regioni **Abruzzo, Calabria, Piemonte, Puglia, Toscana e Veneto**, in esercizio del potere sostitutivo a norma dell'articolo 8 della legge n.131 del 2003.

Il Commissario è stato chiamato, con ampi poteri, a dare attuazione in via sostitutiva agli accordi stipulati in vario tempo dalle Regioni^[17]. Egli sarà tenuto ad aggiornare trimestralmente l'Organismo di coordinamento per il superamento degli Ospedali psichiatrici giudiziari, istituito presso il Ministero della salute^[18] sullo stato di avanzamento dei programmi. L'incarico avrà durata di sei mesi, rinnovabile.

Deve ora auspicarsi che il primo termine assegnato si dimostri in concreto sufficiente, onde non fare ricorso all'ennesima proroga, affinché sia finalmente portato a reale compimento un progetto da troppo tempo inattuato e ormai estremamente necessario.

[1] Fondamentale a riguardo la monografia di M. Pelissero, **Pericolosità sociale e doppio binario: vecchi e nuovi modelli di incapacitazione**, Torino, 2008.

[2] Per un approfondimento sulle misure di sicurezza nella manualistica, M. Pelissero, in C.F. Grosso, M. Pelissero, D. Petrinì, P. Pisa, *Manuale di diritto penale: parte generale*, Milano, 2013, pp. 655 e ss.

[3] Quando la pena stabilita dalla legge non è inferiore nel minimo a cinque anni di reclusione.

Se per il delitto commesso è stabilita dalla legge la pena dell'ergastolo, ovvero la reclusione non inferiore nel minimo a dieci anni, la misura di sicurezza è ordinata per un tempo non inferiore a tre anni. Se si tratta di un altro reato, per il quale la legge stabilisce la pena detentiva, e risulta che il condannato è persona socialmente pericolosa, il ricovero in una casa di cura e di custodia è ordinato per un tempo non inferiore a sei mesi; tuttavia il giudice può sostituire alla misura del ricovero quella della libertà vigilata (artt. 228-232 c.p.). Tale sostituzione non ha luogo, qualora si tratti di condannati a pena

diminuita per intossicazione cronica da alcool o da sostanze stupefacenti.

Quando deve essere ordinato il ricovero in una casa di cura e di custodia, non si applica altra misura di sicurezza detentiva.

Tutti i termini di durata vanno rilette alla luce della sentenza della **Corte costituzionale 23-04-1974, n. 110**, che ha disposto l'illegittimità costituzionale dell'art. 207 (revoca delle misure di sicurezza personali), in quanto non consente la revoca delle misure di sicurezza prima che sia decorso il tempo corrispondente alla durata minima stabilita dalla legge.

Inoltre, **Corte cost., 28-07-1983, n. 249** ha dichiarato l'illegittimità costituzionale dell'articolo nella parte in cui non subordina il provvedimento di ricovero in una casa di cura e di custodia dell'imputato condannato per delitto non colposo ad una pena diminuita per cagione di infermità psichica al previo accertamento da parte del giudice della persistente pericolosità sociale derivante dalla infermità medesima al tempo dell'applicazione della misura di sicurezza.

[4] Il giudice può, però, tenuto conto delle particolari condizioni d'infermità psichica del condannato, disporre che il ricovero venga eseguito prima che sia iniziata o abbia termine la esecuzione della pena restrittiva della libertà personale. Il condannato, dimesso dalla casa di cura e di custodia, è sottoposto all'esecuzione della pena.

A ciò si aggiunge il disposto dell'art. 221 c.p., secondo cui, quando non debba essere ordinata altra misura di sicurezza detentiva, i condannati alla reclusione per delitti commessi in stato di ubriachezza, qualora questa sia abituale, o per delitti commessi sotto l'azione di sostanze stupefacenti all'uso delle quali siano dediti, sono ricoverati in una casa di cura e di custodia.

Tuttavia, se si tratta di delitti per i quali sia stata inflitta la reclusione per un tempo inferiore a tre anni, il ricovero in una casa di cura e di custodia può essere sostituito con la libertà vigilata.

[5] Ex art. 62 L. 26 luglio 1975, n. 354. Norme sull'ordinamento penitenziario e sulla esecuzione delle misure privative e limitative della libertà.

[6] Per un tempo non inferiore a due anni, salvo che si tratti di contravvenzioni o di delitti colposi o di altri delitti per i quali la legge stabilisce la pena pecuniaria o la reclusione per un tempo non superiore nel massimo a due anni, nei quali casi la sentenza di proscioglimento è comunicata all'Autorità di pubblica sicurezza. La durata minima del ricovero nel manicomio giudiziario è di dieci anni, se per il fatto commesso la legge stabilisce la pena dell'ergastolo, ovvero di cinque se per il fatto commesso la legge stabilisce la pena della reclusione per un tempo non inferiore nel minimo a dieci anni (sulla **durata minima v. C. cost. sub nota 2**).

Nel caso in cui la persona ricoverata in un manicomio giudiziario debba scontare una pena restrittiva della libertà personale, l'esecuzione di questa è differita fino a che perduri il ricovero nel manicomio.

La Corte costituzionale, con sentenza 27-07-1982, n. 139, ha stabilito l'illegittimità costituzionale dell'articolo nella parte in cui non subordina il provvedimento di ricovero in ospedale psichiatrico giudiziario dell'imputato prosciolto per infermità psichica al previo accertamento da parte del giudice della cognizione e della esecuzione della persistente pericolosità sociale derivante dalla infermità medesima al tempo dell'applicazione della misura.

La Corte costituzionale, con sentenza 24-07-1998, n. 324, ha stabilito l'illegittimità costituzionale dell'articolo nella parte in cui prevede l'applicazione anche ai minori della misura di sicurezza del ricovero in ospedale psichiatrico giudiziario.

[7] Per una ricostruzione, F. Della Casa, *Basta con gli OPG! La rimozione di un fossile vivente quale primo passo di un arduo percorso riformatore*, in Riv. it. dir. proc. pen., 2013, pp. 98 s.; A. Pugiotto, *Dalla chiusura degli Ospedali psichiatrici giudiziari alla (possibile) eclissi della pena manicomiale*, in *Costituzionalismo.it*, 2/2015; A. Manna, *Sull' "abolizione" degli ospedali psichiatrici giudiziari: pericolosità sociale o bisogno di terapia?*, in Riv. it. dir. proc. pen., 2013, pp. 1329 ss. P. Di Nicola, *La chiusura degli OPG: un'occasione mancata*, in *Dir. pen. contemp.*, 13 marzo 2015; S. Rossi, *Once upon a time: la parabola degli OPG fino al loro superamento*, in *Rivista di BioDiritto*, 2/2015.

[8] M. Pelissero, *Ospedali psichiatrici giudiziari in proroga e prove maldestre di riforma della disciplina delle misure di sicurezza – il commento*, in *Dir. pen. proc.*, 8/2014, p. 918.

[9] Per un commento M. Pelissero, *Il definitivo superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari nel tempo della crisi*, in *Dir. pen. proc.* 8/2012, pp. 1017 e ss.

[10] Per un commento, F. Schiaffo, *La pericolosità sociale tra 'sottigliezze empiriche' e 'spessori normativi': la riforma di cui alla legge n. 81/2014*, in *Dir. pen. contemp.*, 11 dicembre 2014.

[11] Per un commento, v. ancora M. Pelissero, *Ospedali psichiatrici giudiziari in proroga [...]*, cit., p. 927 ss; G. L. Gatta, *Aprite le porte agli internati! Un ulteriore passo verso il superamento degli OPG e una svolta epocale nella disciplina delle misure di sicurezza detentive: stabilito un termine di durata massima (applicabile anche alle misure in corso, a noi pare)*, in *Dir. pen. contemp.*, 6 giugno 2014.

[12] Per legge sarebbe, però, dovuto essere emanato entro il 31 marzo 2012.

[13] «Nel caso di mancata presentazione del programma di cui al comma 6 entro il termine del 15 maggio 2013, ovvero di mancato rispetto del termine di completamento del predetto programma, il Governo, in attuazione dell'articolo 120 della Costituzione e nel rispetto dell'articolo 8 della legge 5 giugno 2003, n. 131, provvede in via sostitutiva al fine di assicurare piena esecuzione a quanto previsto dal comma 4. Nel caso di ricorso alla predetta procedura il Consiglio dei Ministri, sentita la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, nomina commissario la stessa persona per tutte le regioni per le quali si rendono necessari gli interventi sostitutivi».

[14] Si legge in essa: «Considerato che, alla data odierna, nessuna delle regioni diffidate ha fornito, attraverso le dichiarazioni rese e la documentazione presentata, garanzie sufficienti ad assicurare la piena e immediata esecuzione dei programmi finalizzati a dare attuazione a livello nazionale di quanto previsto dal comma 4 del citato articolo 3 ter del decreto legge n. 211 del 2011, e ricorrono, pertanto, i presupposti per la nomina di un commissario unico [...]».

Si noti come, in confronto all'elenco delle Regioni inizialmente diffidate col D.p.c.m. 21 ottobre 2015, Lazio e Campania nel frattempo hanno portato a compimento i piani e pertanto non sono state commissariate.

[15] <http://www.governo.it/articolo/comunicato-stampa-del-consiglio-dei-ministri-n-104/4174>.

[16] Attualmente Garante regionale delle persone sottoposte a misure restrittive della libertà personale della Regione Toscana e Coordinatore dei Garanti territoriali per i diritti dei detenuti.

[17] Si tratta, in particolare, di dare attuazione al Decreto del Ministro della salute 9 ottobre 2013 di approvazione del programma presentato dalla Regione Calabria, al Decreto del Ministro della salute 17 dicembre 2013 di approvazione del programma della Regione Abruzzo, al Decreto del Ministro della salute 19 dicembre 2013 per la Regione Piemonte, al D.M. 14 luglio 2015 per la Regione Toscana, ai DD.MM. 4 marzo 2015 e 30 aprile 2015 per la Regione Puglia e al D.M. 5 febbraio 2015 per la Regione Veneto.

[18] Istituito, come detto, ai sensi dell'art. 1., c. 2 bis, d.l. 31 marzo 2014, n. 52, convertito in l. 30 maggio 2014, n. 81.

Tweet

Like

Sign Up to see what your friends like.



Publicato in [Newsletter n. 8 - 1/2016](#)

Keywords: [Regioni](#), [Stato](#), [Europa](#)

[Torna in alto](#)