



Favor libertatis e cura nella riforma degli ospedali psichiatrici giudiziari in Italia

di

Sara Lieto*

SOMMARIO: 1. Premessa. - 2. Le prime fasi dell'iter di riforma. - 3. Le leggi n. 9 del 2012 e n. 81 del 2014. - 4. Il giudizio di pericolosità sociale. - 5. Qualche osservazione conclusiva.

1. Premessa

Il definitivo superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari si realizza con la legge n. 81 del 2014, che rappresenta la fase conclusiva di un lungo percorso che ha origine nel 1978 con l'abolizione dei manicomi civili. Con la legge n. 180 del 1978 di riforma della psichiatria italiana (Legge Basaglia) viene, infatti, decretata la fine di un modello di tipo custodiale, improntato al controllo e alla neutralizzazione dell'alienato, attraverso la graduale chiusura dei manicomi esistenti in Italia, per favorire una dimensione terapeutica e di cura degli infermi di mente basata su di una assistenza psichiatrica ambulatoriale¹. La legge Basaglia, tuttavia, non incide sugli ospedali psichiatrici giudiziari (opg), definiti prima della riforma dell'ordinamento penitenziario del 1975 manicomi giudiziari, lasciando in una sorta di cono d'ombra l'ambito di cura e tutela del paziente autore di reato ritenuto socialmente pericoloso. Fino alla fine degli anni 90, si assiste pertanto ad una sostanziale diversità di trattamento, rispetto agli altri malati psichici, dei rei infermi di mente reclusi negli ospedali psichiatrici giudiziari, ultimo baluardo di istituzione totale dove – come molte

* Ricercatrice in Istituzioni di diritto pubblico presso l'Università di Napoli "Parthenope".

¹ Per un approfondimento della dottrina di Basaglia, ispirata al *favor libertatis*, e della fine dell'istituzione manicomiale, si v. D. Piccione, *Riflessi costituzionalistici del pensiero di Franco Basaglia, a trent'anni dalla morte*, in *Giur. cost.* fasc. 5, 2010, 4137 ss.

indagini conoscitive nel corso degli anni hanno rilevato - la violazione dei diritti è endemica². Per queste ragioni, il processo riformista, nonostante le perduranti incertezze sia teoriche che attuative, è stato sostenuto su più fronti come un doveroso atto di civiltà giuridica a garanzia della dignità umana e dei diritti fondamentali.

Con il presente contributo ci si propone di ripercorrere le tappe fondamentali della riforma, ponendo in evidenza aspetti innovativi e criticità e dando riscontro delle recenti attività svolte dal Commissario unico per il superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari voluto dal governo. Verranno, inoltre, sinteticamente ripresi le principali riflessioni dottrinali sul giudizio di pericolosità sociale (su cui la riforma ha, in parte, inciso) e i contributi più significativi della giurisprudenza costituzionale, sia in corso di consolidamento dei pilastri della riforma, sia, successivamente all'entrata in vigore, in sua difesa.

Va, tuttavia, preliminarmente osservato che alcun cambiamento si è prodotto sull'impianto alla base delle misure di sicurezza, ovvero il modello del codice penale del 1930 del doppio binario (pena/misura di sicurezza)³, su cui invece sarebbe stato importante intervenire a partire dall'abolizione dell'istituto della non imputabilità⁴. Si tratta, sul piano formalistico, di uno schema secondo cui la pena riguarda ipotesi di responsabilità colpevole di soggetti, autori di reato, capaci di intendere e di volere, mentre la misura di sicurezza riguarda ipotesi di irresponsabilità (e dunque non imputabilità, con conseguente proscioglimento) di soggetti, autori di reato, non imputabili perché infermi di mente, ritenuti socialmente pericolosi. Lo schema, dunque, persiste, nonostante - come si diceva - ne sia stato auspicato il superamento «per la sostanziale impossibilità di distinguere - sul piano delle funzioni, dei

² Nel contesto di discussione sul tema delle istituzioni totali si vedano, in particolare, gli studi di M. Foucault, tra cui: *Storia della follia nell'età classica*, Milano, 1963; *Nascita della clinica*, Torino, Einaudi, 1969; *Sorvegliare e Punire. Nascita della Prigione*, Torino, Einaudi, 1976; *Io, Pierre Rivière, avendo sgozzato mia madre, mia sorella e mio fratello...*, Torino, Einaudi, 1978; *Il manicomio illimitato*, in M. Bertani e A. Rovatti (a cura di), *Follia e Psichiatria*, Milano, Giuffrè, 1994; *Malattia mentale e psicologia*, Milano, Cortina Raffaello, 1997; *Gli Anormali. Corso al Collège de France (1974 - 1975)*, Milano, Feltrinelli, 2002.

³ Sul tema si v. M. Pelissero, *Pericolosità sociale e doppio binario. Vecchi e nuovi modelli di incapacitazione*, Torino, 2008; ed inoltre Id., *Il doppio binario nel sistema penale italiano*, in *Dir. Penale Contemporaneo*, 2011.

⁴ In dottrina si riscontrano molte posizioni a favore del superamento dello schema del doppio binario; in particolare sull'incostituzionalità dell'internamento in opg, che non sarebbe altro che una variante solo nominalistica della pena, si v. A. Pugiotto, *L'ergastolo nascosto (e altri orrori) dietro i muri degli ospedali psichiatrici giudiziari*, in *Quaderni costituzionali*, fasc. 2, 2013, 359 ss.

presupposti e degli scopi – le misure di sicurezza a carattere custodiale da un complessivo sistema di sanzioni penali di cui hanno finito per costituire null’altro che una peculiare *species*»⁵. Inoltre, l’applicazione della misura di sicurezza si fonda su di un giudizio di pericolosità sociale carico di incertezze ed ambiguità, che presuppone un altrettanto vago concetto, quello di infermità mentale, che secondo gli orientamenti della Cassazione, per il sistema penale, dovrebbe essere inteso in modo ampio, tanto da ricomprendervi anche i disturbi della personalità⁶.

Con la riforma (legge n. 9 del 2012 e legge n. 81 del 2014) viene decretata la chiusura degli ospedali psichiatrici giudiziari e la loro sostituzione con le residenze per l’esecuzione delle misure di sicurezza (rems), ovvero istituti a vocazione terapeutica, rientranti nella competenza sanitaria regionale, rispetto ai quali il rischio che possano riprodursi nuovi opg di piccole dimensioni e si ristabilisca la logica dell’internamento sembra essere scongiurato da una serie di garanzie, ovvero: la residualità della misura custodiale, la territorialità delle rems, la previsione di una durata massima della misura. Si tratta di previsioni strutturali che pongono le residenze, almeno in teoria, a riparo da derive di isolamento e coercizione, dando soprattutto importanza alle esigenze di cura e al reinserimento nel tessuto sociale dell’infermo di mente. In ogni caso, come è stato opportunamente evidenziato, «la traiettoria costituzionalmente orientata per le nuove istituzioni sostitutive degli ospedali psichiatrici giudiziari, non si fonda solo su una capacità descrittiva e conformativa del legislatore del 2012 [...], ma soprattutto sul modo in cui queste consentiranno di offrire un’interpretazione nuova dell’intero sistema delle misure di sicurezza detentive, orientandolo al massimo

⁵ G. Balbi, *Infermità di mente e pericolosità sociale tra OPG e REMS*, in *Dir. Penale Contemporaneo*, 2015, 7.

⁶ V. Cassazione sez. un. 8 marzo 2005, n. 9163: «Anche i disturbi della personalità, come quelli da nevrosi e psicopatie, possono costituire causa idonea ad escludere o scemare grandemente, in via autonoma e specifica, la capacità di intendere e di volere di un soggetto agente ai fini degli artt. 88 e 89 c.p., sempre che siano di consistenza, rilevanza, gravità e intensità tali da concretamente incidere sulla stessa; per converso, non assumono rilievo ai fini della imputabilità le altre “anomalie caratteriali” e gli “stati emotivi e passionali”, che non rivestano i suddetti connotati di incisività sulla capacità di autodeterminazione del soggetto agente; è inoltre necessario che tra il disturbo mentale ed il fatto di reato sussista un nesso eziologico, che consenta di ritenere il secondo causalmente determinato dal primo»; si v. anche a riguardo la nota di M.T. Collica, *Anche i “disturbi di personalità” sono infermità mentale*, in *Riv. it. dir. proc. pen.*, 2005, 394 ss.; ed inoltre per un’ampia trattazione dei disturbi della personalità e sulla loro incidenza sulla capacità di intendere e di volere v. M. Baldassarre, *Narcisismo, perversione e disturbi della personalità*, Roma, 2012.

abbassamento della soglia invasiva della libertà personale, secondo le garanzie dell'art. 13 Cost.»⁷.

2. Le prime fasi dell'iter di riforma

Un primo intervento di rilievo per gli infermi di mente, autori di reato, che si pone nella direzione di una loro equiparazione con gli altri malati, in una prospettiva di maggiore garanzia del diritto alla salute, è rappresentato dal d.lgs. 22 giugno 1999, n. 230 sul riordino della medicina penitenziaria, che all'art. 1, comma 1, stabilisce che «i detenuti e gli internati hanno diritto, al pari dei cittadini in stato di libertà, alla erogazione delle prestazioni di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione, efficaci ed appropriate, sulla base degli obiettivi generali e speciali di salute e dei livelli essenziali e uniformi di assistenza individuati nel Piano sanitario nazionale, nei piani sanitari regionali e in quelli locali».

Segue poi il d.P.R. 30 giugno 2000, n. 230 (Regolamento recante norme sull'ordinamento penitenziario e sulle misure privative e limitative della libertà), in cui, in maniera ancora più incisiva, viene posto l'accento sulle esigenze terapeutiche degli internati, attraverso la presenza negli istituti di ricovero di personale tecnico sanitario e l'attuazione di protocolli di trattamento psichiatrico; gli opg, tuttavia, continuano ad esistere e a gravitare nell'ambito dell'amministrazione penitenziaria.

In questo clima, che riflette una maggiore sensibilità verso le condizioni dei rei malati di mente reclusi negli opg⁸, un ruolo di significativo impulso in senso riformatore è svolto da alcune sentenze della Corte costituzionale, tra cui la sent. n. 253 del 2003⁹, che dichiara l'illegittimità costituzionale dell'art. 222 c.p. nella parte in cui, nei riguardi del

⁷ D. Piccione, *Politica delle libertà costituzionali e soppressione degli ospedali psichiatrici giudiziari*, in *Giur. cost.*, fasc. 6, 2013, 5157 ss. Sul tema della libertà personale – la cui letteratura è vastissima – si v. in particolare A. Pace, *Libertà personale (diritto costituzionale)*, in *Enc. dir.*, vol. XXIV, Milano, 1974; ed inoltre, S. Merlini, *Libertà personale e tutela della salute mentale: profili costituzionali*, in *Democrazia e diritto*, 1970, 55.

⁸ A questo proposito è da notare che la popolazione degli opg è sempre risultata piuttosto eterogenea; tali strutture infatti sono diventate, soprattutto dopo l'abolizione dei manicomi civili, anche luogo di internamento di soggetti problematici e marginalizzati, non solo dunque di coloro nei cui confronti è applicata una misura di sicurezza in via definitiva o provvisoria.

⁹ A riguardo, si v. il commento di A. Famiglietti, *Verso il superamento della pena manicomiale*, in *Giur. cost.*, 2003, 2109 ss; ed inoltre, F. Della Casa, *La Corte Costituzionale corregge il rigido automatismo del ricovero provvisorio nella struttura manicomiale promuovendo la libertà vigilata al rango di alternativa*, in *Giur. cost.*, 2004, 4001; T. Groppi, *La sent. n. 253 del 2003: la Corte e il "diritto mite"*, in *Forum di QC*, 2003.

soggetto prosciolto per infermità psichica, giudicato socialmente pericoloso, impone *sempre* di adottare la misura del ricovero in ospedale psichiatrico giudiziario, senza consentire di utilizzare altre misure, e in specie quella della libertà vigilata, con eventuali prescrizioni¹⁰.

Un'altra tappa importante del processo di riforma è rappresentata dal d.PCM 1 aprile del 2008, nell'ambito della finanziaria 2008. Con tale intervento, al fine di dare completa attuazione al riordino della medicina penitenziaria, sono trasferite alle regioni le funzioni sanitarie relative agli ospedali psichiatrici giudiziari ubicati nel territorio delle medesime, (art. 5), lasciando tuttavia gli aspetti custodiali e di sicurezza all'amministrazione penitenziaria. Non vi è ancora una presa di posizione netta sulla loro chiusura, ma si intravede, nell'attribuzione di competenza alle regioni, un segnale importante nella dimensione territoriale individua il contesto più idoneo alla cura e alla riabilitazione degli infermi di mente.

Momento decisivo dell'iter di riforma è rappresentato dall'indagine compiuta dalla Commissione parlamentare di inchiesta sulle condizioni di vita e di cura all'interno degli ospedali psichiatrici giudiziari nel 2011, nota anche come Commissione Marino (dal nome del suo presidente, Sen. Ignazio R. Marino). I riscontri della Commissione in occasione dei sopralluoghi suscitano sgomento e indignazione per le condizioni disumane degli internati¹¹. Nella relazione viene descritta, salvo qualche eccezione, una

¹⁰ La Corte a riguardo osserva che «la specificità di questa misura di sicurezza sta, ovviamente, nella circostanza che essa è prevista nei confronti di persone che, per essere gravemente infermi di mente, non sono in alcun modo penalmente responsabili, e dunque non possono essere destinatari di misure aventi un contenuto anche solo parzialmente punitivo. La loro qualità di infermi richiede misure a contenuto terapeutico, non diverse da quelle che in generale si ritengono adeguate alla cura degli infermi psichici. D'altra parte la pericolosità sociale di tali persone, manifestatasi nel compimento di fatti costituenti oggettivamente reato, e valutata prognosticamente in occasione e in vista delle decisioni giudiziarie conseguenti, richiede ragionevolmente misure atte a contenere tale pericolosità e a tutelare la collettività dalle sue ulteriori possibili manifestazioni pregiudizievoli. Le misure di sicurezza nei riguardi degli infermi di mente incapaci totali si muovono inevitabilmente fra queste due polarità, e in tanto si giustificano, in un ordinamento ispirato al principio personalista (art. 2 della Costituzione), in quanto rispondano contemporaneamente a entrambe queste finalità, collegate e non scindibili (cfr. sentenza n. 139 del 1982), di cura e tutela dell'infermo e di contenimento della sua pericolosità sociale. Un sistema che rispondesse ad una sola di queste finalità (e così a quella di controllo dell'infermo "pericoloso"), e non all'altra, non potrebbe ritenersi costituzionalmente ammissibile», paragrafo 2, in diritto.

¹¹ In particolare sul tema della contenzione – frequentemente praticata negli opg – si v. M. Massa, *Diritti fondamentali e contenzione nelle emergenze psichiatriche*, in *Riv. it. Medicina legale*, 1, 2013, 179 ss. Ed inoltre vi v. in proposito quanto rilevato dal Commissario unico per il

realtà raccapricciante sulla quale urgentemente intervenire¹². Molte sono le indicazioni della Commissione per una legge specifica di tutela della salute mentale del paziente autore di reato, al fine di superare un modello che, malgrado gli interventi correttivi e i moniti della Corte costituzionale, continua a fare perno sugli opg. La Commissione sottolinea la necessità di individuare modalità alternative di trattamento degli infermi di mente che abbiano commesso reati, garantendo la terapia e la riabilitazione unitamente all'applicazione di misure di sicurezza adeguate alla condizione del soggetto¹³. Inoltre la Commissione, sia pure in maniera incidentale, non trascura di evidenziare la necessità di un ripensamento complessivo dell'istituto della non imputabilità, ritenendo che, al di là degli interventi legislativi di urgenza, la riforma debba andare necessariamente in quella direzione come «approdo necessario».

superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari (agosto 2016 – febbraio 2017): «Il rifiuto della contenzione è stato definito come uno dei capi saldi della riforma e seguendo le indicazioni del parere del Comitato Nazionale di Bioetica, del 24 aprile 2015, si deve rifiutare tale pratica, sia intesa come contenzione fisica che come contenzione farmacologica. Viene confermato dalle comunicazioni dei Responsabili delle REMS, il non utilizzo della pratica della contenzione meccanica (che però continua a Castiglione delle Stiviere). In alcuni casi viene adottata la contenzione ambientale e comportamentale all'interno di stanze di deescalation. Viene comunque dichiarato dai Responsabili che la contenzione è utilizzata solo come extrema ratio, per casi gravi, e solo per il tempo strettamente necessario prima dell'applicazione di un TSO», p. 42 della Seconda relazione semestrale.

¹² Una realtà tuttavia che era già stata in passato denunciata, ad esempio: nel corso della XI legislatura, al termine di una indagine conoscitiva sullo stato delle carceri effettuata dalla Commissione Igiene e sanità del Senato; dal Commissario per i diritti umani del Consiglio d'Europa nel 2005; dal Comitato per la prevenzione della tortura e delle pene o trattamenti disumani o degradanti del Consiglio d'Europa nel 2008.

¹³ Si sottolinea a riguardo che «ciò consentirebbe di dare seguito alla giurisprudenza della Corte costituzionale in tema di *favor libertatis*, giurisprudenza che allo stato non sembra essere stata compiutamente valorizzata nella prassi. Inoltre, l'auspicato raccordo permetterebbe probabilmente di porre un argine al fenomeno delle proroghe sistematiche della misura di sicurezza, basate su una certa dilatazione del concetto di pericolosità sociale: sovente la proroga risulta disposta non già in ragione di una condizione soggettiva di persistente pericolosità, ma bensì per la carenza di un'adeguata offerta di strutture residenziali e riabilitative esterne, che dovrebbero essere individuate e messe a disposizione dai competenti Dipartimenti di salute mentale. In questo modo, il luogo della cura e dell'esecuzione della misura di sicurezza sembra essere condizionato dall'inefficienza dei servizi psichiatrici, i quali non riescono a provvedere alle necessità più complesse e gravose dei pazienti psichiatrici autori di reato. In una psichiatria coerente con le proprie finalità istituzionali non dovrebbero ricercarsi «recinzioni più forti» nei luoghi di cura e di recupero psicosociale, ma piuttosto maggiore disponibilità e competenza del personale sanitario specialistico che vi opera, assicurando funzioni di «accompagnamento» del paziente all'interno di programmi terapeutici individualizzati».

3. Le leggi n. 9 del 2012 e n. 81 del 2014

Il legislatore, tuttavia, non disconosce la scelta a favore della non imputabilità, nonostante modelli alternativi, anche di matrice extrapenale. Si pensi, ad esempio, al modello francese di tipo amministrativo che, tuttavia, ha recentemente riconosciuto alla giurisdizione penale la possibilità di decidere d'ufficio sulla ospedalizzazione psichiatrica del prosciolto per infermità di mente¹⁴, suscitando non poche preoccupazioni.

Con la legge 7 febbraio 2012, n. 9, di conversione, con modificazioni, del decreto legge 22 dicembre 2011 n. 211, recante interventi urgenti per il contrasto della tensione detentiva determinata dal sovraffollamento delle carceri, viene stabilita per il *primo febbraio 2013* la data di chiusura degli ospedali psichiatrici giudiziari.

Oltre alla data di chiusura, la legge di conversione, all'art. 3-ter, fissa un crono programma: 1) entro il 31 marzo 2012, con decreto di natura non regolamentare del Ministro della salute (...) sono definiti (...) ulteriori requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi, anche con riguardo ai profili di sicurezza, relativi alle strutture destinate ad accogliere le persone cui sono applicate le misure di sicurezza del ricovero in ospedale psichiatrico giudiziario e dell'assegnazione a casa di cura e custodia¹⁵; 2) 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 sono eseguite esclusivamente all'interno delle nuove strutture sanitarie previste, fermo restando che le persone che hanno cessato di essere socialmente pericolose devono essere *senza indugio* dimesse e prese in carico, sul territorio, dai dipartimenti di salute mentale (dsm).

Come è noto, tuttavia, i termini non sono stati rispettati, sia da parte delle regioni, per la realizzazione delle nuove strutture in cui eseguire le misure custodiali, sia da parte dei dipartimenti di salute mentale (dsm), competenti per territorio, per la presa in carico degli infermi non più socialmente pericolosi.

¹⁴ Per un approfondimento circa le possibilità di superamento della giurisdizione penale a favore di una procedura amministrativa o civile, anche tenendo conto delle esperienze di altri paesi, si v. M. Bertolino, *Il "crimine" della pericolosità sociale: riflessioni da una riforma in corso*, in *Riv. it. Medicina legale*, 4, 2016, 1371 ss.

¹⁵ Il decreto è adottato nel rispetto dei seguenti criteri: a) esclusiva gestione sanitaria all'interno delle strutture; b) attività perimetrale di sicurezza e di vigilanza esterna, ove necessario in relazione alle condizioni dei soggetti interessati, da svolgere nel limite delle risorse umane, strumentali e finanziarie disponibili a legislazione vigente; c) destinazione delle strutture ai soggetti provenienti, di norma, dal territorio regionale di ubicazione delle medesime.

Ben due i rinvii che si sono resi necessari per l'abolizione definitiva degli ospedali psichiatrici giudiziari. Il primo, con il decreto legge n. 24 del 25 marzo 2013, che fissa come data di chiusura il *primo aprile 2014*. Il secondo, con il decreto legge n. 52 del 31 marzo 2014, che fissa come data di chiusura definitiva il *31 marzo 2015*.

Il decreto legge n. 52 del 2014, recante disposizioni urgenti in materia di superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari, viene convertito nella legge n. 81 del 2014. Nelle modificazioni apportate in sede di conversione viene approvato un emendamento che introduce due principi fondamentali: il primo è la natura residuale delle misure di sicurezza di tipo detentivo¹⁶, il secondo è la previsione di un loro limite massimo di durata¹⁷.

La residualità delle misure custodiali trova la sua *ratio* nella centralità acquisita dal diritto alla salute, anche su sollecitazione di alcune pronunce della Corte costituzionale (quali ad esempio la già ricordata sent. n. 253 del 2003 e la sent. n. 367 del 2004) che hanno censurato l'automatismo di una misura segregante e *totale* come il ricovero in ospedale psichiatrico giudiziario, quando una misura non segregante, con opportune prescrizioni, consente di soddisfare in modo più adeguato, non solo le esigenze di sicurezza ma anche quelle di cura e di tutela. E' evidente, infatti, che «l'eccesso di funzioni cui assolve l'ospedale psichiatrico giudiziario è aggravato dall'incompatibilità di fondo tra cura del disturbo mentale e stato detentivo, il che si spiega con lo stridere tra le componenti dei binomi sorvegliare e punire, da una parte, e curare e risocializzare, dall'altra»¹⁸. Viene, dunque, sancita per legge la residualità della misura di sicurezza detentiva, dando priorità a soluzioni meno lesive della libertà personale.

¹⁶ Art. 1, comma 1, lett. b): «Il giudice dispone 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 sono acquisiti elementi dai quali risulta che ogni misura diversa non è idonea ad assicurare cure adeguate e a fare fronte alla sua pericolosità sociale, il cui accertamento è effettuato sulla base delle qualità soggettive della persona e senza tenere conto delle condizioni di cui all'articolo 133, secondo comma, numero 4, del codice penale».

¹⁷ Art. 8, comma 1-quater: «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»;

¹⁸ D. Piccione, *Politica delle libertà costituzionali e soppressione degli ospedali psichiatrici giudiziari*, in *Giur. cost.*, fasc. 6, 2013, 5157 ss.

Il limite di durata della misura detentiva rappresenta un aspetto della riforma di grande importanza in quanto evita che la misura detentiva possa essere prorogata all'infinito, trasformandola in un vero e proprio ergastolo. Anche perchè alla base della frequente reiterazione della misura detentiva non vi sono quasi mai ragioni di reale pericolosità sociale dell'infermo di mente autore di reato, quanto piuttosto difficoltà e carenze degli apparati di protezione sociale sul territorio. La dimissione di soggetti non più pericolosi dagli ospedali psichiatrici investe, infatti, i servizi sanitari locali, che non sempre si rivelano adeguati nell'opera di integrazione degli internati dimessi nella rete territoriale dei servizi di salute mentale. La misura di internamento presenta, inoltre, il rischio, se reiterata per un tempo eccessivo, nonostante il venir meno della pericolosità, di avere «come esito di determinare una distruzione del tessuto sociale dell'internato»¹⁹. E' stato a questo proposito evidenziato che le istituzioni totali «contribuiscono a stabilire rapporti d'interdipendenza con ulteriori forme di segregazione, alimentando fenomeni di migrazione dall'una all'altra». Se il welfare recede, si intensifica la segregazione; quando questa raggiunge dei livelli di saturazione la sua flessione, però, è di frequente dettata da ragioni legate ai costi che le strutture detentive comportano (si pensi al sovraffollamento delle carceri) e non ad una effettiva garanzia della dignità umana, tanto che il più delle volte alla segregazione segue, con la messa in libertà, uno stato di abbandono²⁰.

La reiterazione, dunque, della misura segregante comporta violazioni plurime della Costituzione, in quanto trattenere in uno stato di reclusione un soggetto che può essere dimesso vuol dire violare ingiustificatamente i suoi diritti fondamentali (art. 2 Cost.), la libertà personale (artt. 13 Cost.), la legalità della pena (art. 25, commi 2 e 3, Cost.), il diritto alla salute (art. 32 Cost.), il principio di eguaglianza (art. 3 Cost.)²¹.

¹⁹ Ivi, p. 5157 ss.

²⁰ F. Bricola, *Crisi del Welfare e sistema punitivo*, in *Pol. dir.*, 1982, 65 ss.

²¹ Sui rilievi di legalità costituzionale delle misure detentive reiterate, si v. A. Pugiotto, *Dalla chiusura degli ospedali psichiatrici giudiziari alla (possibile) eclissi della pena manicomiale*, in *costituzionalismo.it*, fasc. 2, 2015, il quale sottolinea: «Viene così tratteggiata normativamente l'inaudita categoria degli internati dimissibili: soggetti che, da tempo, non potrebbero più essere rinchiusi in Opg e che, da tempo, dovrebbero essere in libertà o sottoposti a misura di sicurezza non detentiva. Da subito criticate (più che fondatamente) in sede parlamentare e poi nei commenti della dottrina, perché mere reiterazioni di quanto prescritto dal codice penale, tali prescrizioni – se lette in controtuce – attestano una grave condizione extralegale di limitazione della libertà personale: venuto meno il presupposto della pericolosità sociale, infatti, la

4. Giudizio di pericolosità sociale

Un'altra importante novità introdotta in sede di conversione del decreto legge n. 52 del 2014 con legge n. 81 del 2014 riguarda la ridefinizione dei parametri del giudizio di pericolosità sociale del reo infermo di mente per disporre una misura detentiva.

Prima di entrare nel merito delle modifiche introdotte dalla riforma, è forse utile brevemente ricordare l'origine e l'evoluzione giuridica del concetto di pericolosità sociale, che nel nostro sistema penale si configura non solo quale presupposto per l'applicazione delle misure di sicurezza, ma anche per altre fattispecie, quali ad esempio la commisurazione della pena, le misure di prevenzione, la declaratoria di abitudine, professionalità e tendenza a delinquere, etc. Esso è disciplinato dall'art. 203 c.p. ed è strettamente connesso a quello di capacità a delinquere (art. 133 c.p.). Secondo l'art. 203 c.p. «agli effetti della legge penale, è socialmente pericolosa la persona, anche se non imputabile o non punibile, la quale ha commesso taluno dei fatti indicati nell'articolo precedente quando è probabile che commetta nuovi fatti preveduti dalla legge come reati. La qualità di persona socialmente pericolosa si desume dalle circostanze indicate nell'articolo 133».

La nozione di pericolosità sociale è stata introdotta nell'ordinamento dal codice penale del 1930, in due varianti: la pericolosità accertata di volta in volta dal giudice (art. 204 comma 1, c.p.) e la pericolosità presunta dalla legge (art. 204 comma 2, c.p.). Tuttavia,

prosecuzione dell'internamento in un manicomio giudiziario è misura ingiustificata giuridicamente. Chiamando le cose con il loro nome, si tratta di una detenzione illegale, e «detenzione illegale vuol dire, sostanzialmente, sequestro di persona». Assistiamo così al paradosso di uno Stato che, con espressa previsione di legge, si dichiara fuorilegge. Per il suo spessore costituzionale si tratta della «questione centrale», cui la legge n. 81 del 2014 è chiamata a dare soluzione. E' il nodo cruciale poiché capovolge quanto prescritto dall'art. 25, comma 3, Cost. per cui «nessuno può essere sottoposto a misura di sicurezza se non nei casi previsti dalla legge», secondo una logica residuale propria di tutte le modalità restrittive della libertà personale. E' il fenomeno delle sistematiche proroghe dell'internamento in Opg disposte «non già in ragione di una condizione soggettiva di persistente pericolosità, ma bensì per la carenza di un'adeguata offerta di strutture residenziali e riabilitative esterne». Una prassi giudiziaria che, di stecca in stecca (come gergalmente sono designati i provvedimenti di proroga della misura di sicurezza detentiva), è responsabile di veri e propri ergastoli bianchi, irrogati senza base legale, scontati *sine die* in uno stato di abbandono individuale e di indifferenza collettiva, moderna rappresentazione di quelle «vite vere» - censite da Michel Foucault - che si sono così giocate «di fatto la loro libertà, la loro sventura, spesso la loro morte, in ogni caso il loro destino». Procrastinare ancora, dunque, non si poteva più. Non per dovere morale o per generosità legislativa o per umanitaria empatia, ma per rispetto della legalità costituzionale: la libertà personale dell'internato dimissibile, infatti, è un diritto, non un dono della psichiatria o una concessione del giudice di sorveglianza», 10 ss.

con l'entrata in vigore della Costituzione del 1948, le presunzioni di pericolosità sono risultate in evidente contrasto con i principi costituzionali, in particolare con quello di eguaglianza, tanto da sollecitare frequenti interventi della Corte costituzionale²². A riguardo va innanzitutto ricordata la sentenza n. 1 del 1971, che dichiara l'illegittimità costituzionale della presunzione di pericolosità operante nei confronti del minore di 14 anni, in violazione dell'art. 3 della Costituzione, in quanto situazioni difformi (la condizione di un minore è diversa da quella di un adulto) vengono disciplinate in modo eguale²³. Seguono poi le sentenze n. 139 del 27 luglio 1982 e n. 249 del 15 luglio 1983, che dichiarano la illegittimità degli artt. 222 e 219 comma 1 e 2 c.p., nella parte in cui non subordinano il provvedimento di applicazione della misura di sicurezza del manicomio giudiziario e della casa di cura e custodia, «al previo accertamento da parte del giudice della persistente pericolosità sociale derivante dall'infermità (...), al tempo dell'applicazione della misura di sicurezza»²⁴. Ciò che, tuttavia, appare illegittimo non è la presunzione di pericolosità sociale fondata sui requisiti di malattia e commissione di reato di una certa gravità, bensì la presunzione di un costante mantenimento nel tempo dell'infermità psichica. Infatti, secondo la Corte, «una simile presunzione assoluta di durata dell'infermità psichica, lungi dall'esprimere esigenze di tutela discrezionalmente apprezzate dal legislatore, finisce per allontanare la disciplina normativa dalle sue basi razionali. Dietro la presunzione non vi sono né dati d'esperienza suscettibili di generalizzazione, né esigenze di semplificazione

²² Sugli interventi della Corte costituzionale in tema di presunzioni legali di pericolosità, si v. M. Luciani, *Le infermità mentali nella giurisprudenza costituzionale*, in *Pol. dir.*, 1986, 439 ss.

²³ Solo nel 1998, la Corte con la sentenza n. 324 affronta in via definitiva la questione concernente le norme che prevedono la misura di sicurezza del ricovero in ospedale psichiatrico giudiziario, nella parte in cui riferiscono l'applicabilità di tale misura ai minori infermi di mente. Viene smantellata pertanto l'impostazione del codice penale del 1930 secondo cui, in presenza di uno stato di infermità psichica tale da comportare il vizio totale di mente, la condizione di minore diviene priva di specifico rilievo e viene per così dire assorbita dalla condizione di infermo di mente: tanto che persino se si tratta di minore riconosciuto non imputabile per ragioni di età, il regime di applicazione delle misure di sicurezza è quello previsto per l'infermo di mente adulto, e non quello riservato ai minori. Secondo la Corte tale scelta non è compatibile con i principi derivanti dagli artt. 2, 3, 27 e 31 della Costituzione, in forza dei quali il trattamento penale dei minori deve essere improntato, sia per quanto riguarda le misure adottabili, sia per quanto riguarda la fase esecutiva, alle specifiche esigenze proprie dell'età minorile. Pertanto, viene dichiarata la illegittimità costituzionale delle norme che prevedono l'applicabilità ai minori della misura di sicurezza del ricovero in ospedale psichiatrico giudiziario.

²⁴ Sul tema si v. G. Vassalli, *A prima lettura. L'abolizione della pericolosità presunta degli infermi di mente attraverso la cruna dell'ago*, in *Giur. cost.*, 1982, I, 1202 ss.

probatoria. Indurre, a distanza di tempo imprecisata, lo stato di salute mentale attuale da quello del tempo del commesso delitto, è questione di fatto che può e deve essere verificata caso per caso; totalmente privo di base scientifica sarebbe comunque ipotizzare uno stato di salute (anzi di malattia) che si mantenga costante, come regola generale valida per qualsiasi caso d'infermità totale di mente».

L'abolizione definitiva della pericolosità *presunta* si realizza, tuttavia, con la legge n. 663 del 1986 (Modifiche alla legge sull'ordinamento penitenziario e sulla esecuzione delle misure privative e limitative della libertà).

Attualmente il reo infermo di mente non può essere presuntivamente ritenuto pericoloso, essendo necessario uno specifico accertamento di concreta e soggettiva pericolosità sociale. Ma che cos'è la pericolosità? E che grado di attendibilità ha un giudizio prognostico? Il discorso sulla pericolosità è complesso e non può, in questa sede, che essere brevemente ripreso per cenni. Innanzitutto il concetto di pericolosità si pone in relazione con quello di sicurezza e tale binomio costituisce spesso il fondamento degli interventi del legislatore, per il quale, soprattutto in tempi recenti, la pericolosità, «non più pudicamente relegata ad assolvere la caliginosa funzione del controllo sociale della devianza nelle sue "classiche" applicazioni in tema di misure di prevenzione e misure di sicurezza, ha finito infatti per diventare protagonista assoluta di un diritto penale securitario in cui, tramite la canalizzazione mediatica delle paure collettive verso soggetti deboli, percepiti come diversi dal corpo sociale, si sono compiute operazioni di marketing politico del tutto indifferenti alle coordinate garantiste del diritto penale del fatto»²⁵.

Il giudizio di pericolosità degli infermi di mente autori di reato si pone come un giudizio prognostico sul futuro. Il grado di affidabilità scientifica, tuttavia, presenta evidenti limiti, tanto da essere definito da taluni un giudizio quasi vaticinante²⁶. Altrettanto sfuggente risulta essere l'estensione per il diritto penale del concetto di infermità mentale, che si pone a monte del sistema delle misure di sicurezza di cui si discute. Come è noto, la decisione del giudice sullo stato di infermità mentale, totale o

²⁵ G. Balbi, *Infermità di mente e pericolosità sociale tra OPG e REMS*, cit., 6.

²⁶ Ivi, 8.

parziale, è strettamente dipendente dalla valutazione effettuata dal perito²⁷, con tutte le conseguenze derivanti dai diversi orientamenti della psichiatria, non più fondata su una visione organicistica della malattia mentale ma, a partire da Freud, articolata in molteplici correnti, spesso in conflitto tra loro.

In ogni caso, l'applicazione di una misura di sicurezza di tipo detentivo nel caso di giudizio di pericolosità sociale positivo implica una forma di restrizione che, soprattutto se prolungata nel tempo, si pone in conflitto con qualsiasi esigenza di cura e riabilitazione. Alla prova dei fatti, pertanto, il doppio binario non regge, perché la misura segregante è in assoluto afflittiva. La persona per la quale viene disposta è nella sostanza punita molto più di quanto lo siano gli autori di reato "sani".

Tenuto conto delle riserve sinteticamente esposte sulla persistenza del sistema del doppio binario, va comunque evidenziato che la legge n. 81 del 2014 ha introdotto sul giudizio di pericolosità delle modifiche che – come anche la Corte costituzionale ha confermato²⁸ - tendono evitare che sul reo infermo di mente ricadano, con la declaratoria di pericolosità, conseguenze afflittive ulteriori. Ma vediamo più nel dettaglio su quali aspetti del giudizio di pericolosità sociale è intervenuto il legislatore e con quali conseguenze. Secondo quanto stabilito dalla riforma, «il giudice dispone 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 sono acquisiti elementi dai quali risulta che ogni misura diversa non è idonea ad assicurare cure adeguate e a fare fronte alla sua pericolosità sociale, *il cui accertamento è effettuato sulla base delle qualità soggettive della persona e senza tenere conto delle condizioni di cui all'articolo 133, secondo comma, numero 4, del codice penale.* Allo stesso modo provvede il magistrato di sorveglianza quando interviene ai sensi dell'articolo 679 del codice di procedura penale. *Non costituisce elemento idoneo a supportare il giudizio di pericolosità sociale la sola mancanza di programmi terapeutici individuali*»²⁹, (mio il corsivo). In questa

²⁷ Sul tema della perizia e i suoi aspetti problematici, si v. V. Andrioli, *La perizia psichiatrica*, in *Quaderni italiani di psichiatria*, XIX, 1, 2000.

²⁸ Sent. n. 186 del 2015

²⁹ Comma 4 dell'articolo 3-ter del decreto-legge 22 dicembre 2011, n. 211, convertito, con modificazioni, dalla legge 17 febbraio 2012, n. 9, come modificato dall'art. 1, comma 1, lett. b), del decreto-legge 31 marzo 2014, n. 52, in sede di conversione in legge n. 81 del 2014.

disposizione viene innanzitutto sancita la residualità della misura detentiva, ed inoltre la specificazione che il giudizio di pericolosità sociale: 1) va effettuato sulla base delle qualità soggettive della persona; 2) non deve tenere conto delle condizioni di cui all'art. 133, comma 2, numero 4, c.p. ovvero delle condizioni di vita individuale, sociale e familiare del reo; 3) né può essere supportato dalla sola mancanza di un programma terapeutico individuale.

Nell'immediato però i nuovi parametri del giudizio di pericolosità delineati dalla riforma non sono stati compresi e hanno suscitato non poche perplessità, sia in dottrina che in giurisprudenza, tanto da aver determinato il Tribunale di sorveglianza di Messina a sollevare questione di legittimità costituzionale³⁰. In realtà, come è stato già anticipato, l'esclusione delle condizioni di vita individuale, familiare e sociale del reo dal giudizio di pericolosità e l'insufficienza a supportarlo della sola mancanza di programmi terapeutici individuali trova la sua *ratio* nell'esigenza di evitare «da un lato, che l'indigenza, il disagio familiare e sociale e, più in generale, condizioni di marginalità e abbandono assumano un ruolo determinante nell'attribuzione della patente di "soggetto socialmente pericoloso" e, dall'altro, che l'internamento possa dipendere da eventuali disfunzioni organizzative, quali l'impossibilità di assegnare il soggetto interessato ai dipartimenti di salute mentale»³¹. Ciò nonostante, come si diceva, sulla disposizione è stato fatto ricorso alla Corte che, con sentenza, n. 186 del 2015, ha dichiarato non fondata la questione per erroneità del presupposto interpretativo del Tribunale di sorveglianza di Messina. Essa ha infatti sottolineato innanzitutto che si tratta di «una disposizione da leggere nell'ambito della normativa volta al definitivo superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari» ed inoltre che «le frasi sulle quali si appunta la censura non riguardano la pericolosità sociale come categoria generale, ma si riferiscono più specificamente alla pericolosità che legittima il "ricovero in un ospedale psichiatrico o in una casa di cura". La disposizione esordisce affermando che "il giudice dispone nei confronti dell'infermo di mente e del

³⁰ Ordinanza di rimessione n. 247 del 2014; tale provvedimento ha suscitato vive reazioni in dottrina, venendo intesa come segnale a carattere difensivo di una certa magistratura poco incline alla riforma. Si v. in questo senso A. Pugiotto, *La giurisprudenza difensiva in materia di opg a giudizio della Corte costituzionale*, in *Rivista AIC*, 4, 2015, in particolare p. 2 ss.

³¹ A. Massaro, *Pericolosità sociale e misure di sicurezza detentive nel processo di "definitivo superamento" degli ospedali psichiatrici giudiziari: la lettura della Corte costituzionale con la sentenza n. 186 del 2015*, in *Archivio penale*, 2, 2015, 4.

seminfermo di mente l'applicazione di una misura di sicurezza", ed è chiaro che nel fare ciò il giudice deve valutare la pericolosità sociale nei modi generalmente previsti. È solo per disporre il ricovero di una persona in un ospedale psichiatrico giudiziario o in una casa di cura o di custodia che il giudice deve accertare, "senza tenere conto delle condizioni di cui all'art. 133, secondo comma, numero 4, del codice penale", che "ogni misura diversa non è idonea ad assicurare cure adeguate e a fare fronte alla sua pericolosità sociale". La limitazione quindi non riguarda in generale la pericolosità sociale, ma ha lo scopo di riservare le misure estreme, fortemente incidenti sulla libertà personale, ai soli casi in cui sono le condizioni mentali della persona a renderle necessarie», (paragrafo 4.2, in diritto). L'emendamento, infatti, ha avuto l'obiettivo di impedire all'autorità giudiziaria di desumere la pericolosità sociale dall'apparente mancanza di adeguate possibilità di cura e sistemazione in stato di libertà, sulla base di quella che è stata con efficacia identificata come pericolosità latente³². In altre parole, si è voluto che l'applicazione della misura di sicurezza detentiva possa aver luogo o protrarsi solo in base alla specifica valutazione della *situazione personale* dell'infermo di mente e non essere disposta in conseguenza dello stato di marginalità socio economica in cui questi verrebbe a trovarsi se dimesso.

5. Qualche osservazione conclusiva

La questione centrale intorno alla quale ruota l'abolizione degli opg è rappresentata dall'impossibilità palese di conciliare la cura con l'internamento. In uno Stato costituzionale che all'art. 32 sancisce il diritto alla salute, sia come diritto di prestazione che come «libertà di scelta terapeutica»³³, la persistenza di strutture nominalmente terapeutiche (ospedali) ma sostanzialmente segreganti e, dunque, fortemente limitative della libertà personale legittima una contraddizione insuperabile anche da esigenze di sicurezza sociale. Il paradigma delle misure di sicurezza a carattere detentivo per il reo folle, da eseguire negli opg, si pone dunque in aperto contrasto con l'art. 32, in entrambe le sue declinazioni. Sia sul piano della prestazione, prevalendo con

³² Così F. Schiaffo, *Le funzioni latenti del sistema penale: l'ospedale psichiatrico giudiziario*, in *Crit. Dir.*, 3-4, 2012, 270 ss.; ed inoltre Id., *La pericolosità sociale tra «sottigliezze empiriche» e 'spessori normativi': la riforma di cui alla legge n.81/2014*, in *Dir. Penale Contemporaneo*, 2014.

³³ Sul tema si v. M. Cartabia, *La giurisprudenza costituzionale relativa all'art. 32, secondo comma, della Costituzione italiana*, in *Quaderni costituzionali*, 2, 2012, 455 ss.

l'internamento una istanza di sicurezza sociale piuttosto che il diritto alla salute. Sia sul piano di scelta terapeutica, risolvendosi il ricovero in opg come un passaggio obbligato che non lascia spazio a percorsi terapeutici alternativi.

Vi è inoltre una evidente tensione tra il ricovero in opg e la libertà personale, che come è noto è circondata da salde garanzie costituzionali, sia nel senso della riserva assoluta di legge che di giurisdizione. Qualsiasi restrizione della libertà deve essere prevista dalla legge ma ciò non basta, in quanto la legge nel prevedere tali ipotesi deve non solo realizzare un adeguato bilanciamento tra interessi differenti, ma anche rispettare il parametro della proporzionalità tra mezzo e fine. E' quanto si può osservare, per rimanere in tema di infermità mentale, a proposito del trattamento sanitario obbligatorio³⁴, su cui la Corte costituzionale si è in diverse occasioni pronunciata, soprattutto riguardo al concetto di obbligatorietà/coattività del trattamento. Il ricovero, come è noto, ha una durata limitata in quanto si fonda su una motivata necessità ed urgenza clinica a tutela dell'infermo. La previsione di una durata massima del ricovero, per fronteggiare l'urgenza di una crisi, ne conferma in sostanza l'eccezionalità rispetto a trattamenti terapeutici di altra natura. Infatti, il ricovero può avere una sua giustificazione nell'immediato, a fronte di casi di pericolo per la salute dell'infermo e l'incolumità di terzi, ma mal si concilia con un percorso terapeutico di durata medio/lunga. Le riflessioni sul tso inducono pertanto a ripensare il concetto di pericolosità, in quanto essa emerge in specifiche condizioni che non possono che avere portata eccezionale. Se lo stato di pericolosità fosse la regola, tanto da giustificare una misura segregante continuativa, ciò vorrebbe anche significare il fallimento di percorsi terapeutici alternativi.

Della riforma sono state dunque messe in evidenza le caratteristiche più significative che se non hanno del tutto superato la penalità delle misure di sicurezza, hanno stemperato quanto meno gli eccessi del sistema codicistico, ponendo l'internamento come misura residuale e a termine. E ciò naturalmente, come si è detto all'inizio, non può che rappresentare un indiscutibile progresso sul piano della garanzia dei diritti fondamentali e della dignità umana.

³⁴ Sul tema si v. diffusamente I. Ciolli, *I trattamenti sanitari obbligatori per i malati psichici. Vecchi problemi e nuove prospettive*, in *Scritti in onore di Gaetano Silvestri*, I, Torino, 2016, 621 ss.

Le riforme, tuttavia, oltre che essere valutate sul piano teorico per gli obiettivi che si pongono e gli strumenti che predispongono, si misurano inevitabilmente nella fase attuativa. E' proprio in questa fase, infatti, che l'impianto teorico di una riforma prende vita, si plasma, rivelando i suoi pregi e i suoi difetti. Nel caso specifico, poi, la riforma ha implicato un avvicendamento di strutture (dagli opg alle rems³⁵), che ha comportato non poche difficoltà sul piano tecnico e organizzativo. Ciò ha reso necessario la nomina di un Commissario straordinario che accompagnasse l'attuazione della riforma e si ponesse come interlocutore specifico, soprattutto delle regioni. Nella Seconda Relazione Semestrale sulle attività svolte dal Commissario unico (Franco Corleone) relativa al periodo 19 agosto 2016 – 19 febbraio 2017³⁶ vengono, dunque, tirate le fila di una missione che, in ogni caso, non può dirsi del tutto conclusa. Certamente un significativo passo in avanti è stato fatto nel solco tracciato a suo tempo dalla Legge Basaglia ma «altri passi sicuramente andranno compiuti, nella stessa direzione e con la stessa radicalità. Ma questo cammino troverà senso pieno e compimento all'interno di un progetto e una cultura complessiva di riforma del diritto e del Codice Penale» e nella consapevolezza che «le leggi e il diritto sono strumenti non feticci. Non si può loro delegare il cambiamento e neppure la giustizia nel suo complesso. Le vere e prime rivoluzioni - ma anche le vere e durature riforme, parola che purtroppo la politica corrente ha svilito e spesso pervertito in pratica restaurativa - si fanno nel corpo della società, nelle culture che in essa si riescono ad affermare e a rendere viventi».

³⁵ Il quadro delle strutture definitive è ancora incerto. Si può stimare che tutte le rems saranno definitive, non prima di due anni.

³⁶ Il 19 agosto 2016 era terminato il mandato del Commissario unico per il superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari. Nel decreto di istituzione della figura si prevedeva che il mandato dovesse avere durata semestrale (19 febbraio 2016 – 19 agosto 2016) ma la situazione presente ad agosto ha convinto il Governo della necessità di una prosecuzione delle attività del Commissario e ha quindi deciso una proroga di sei mesi (19 agosto 2016 – 19 febbraio 2017). Nell'atto ufficiale veniva confermato il compito di ultimare la chiusura dei due opg che erano ancora aperti, Montelupo Fiorentino e Barcellona Pozzo di Gotto, di monitorare le REMS aperte e di seguire l'iter di attivazione delle rems programmate.