

Oltre gli OPG: il ruolo delle Strutture Riabilitative Psichiatriche tra misure di sicurezza, progetto terapeutico e controllo giurisdizionale

Beyond the OPGs: The Role of Psychiatric Rehabilitation Facilities: Security Measures, Therapeutic Planning, and Judicial Oversight

Martina Chianese

Dottoressa in Giurisprudenza nell'Università degli studi di Roma Unicusano

Sommario: 1. Premessa: dal superamento degli OPG alla centralità delle strutture territoriali – 2. Le censure costituzionali e convenzionali – 3. Istituzione delle REMS: principio di residualità e pluralità di funzioni – 4. Le Strutture Riabilitative Psichiatriche come snodo centrale del modello post-OPG – 5. Le SRP tra misura di sicurezza e pena: natura giuridica e ambiguità sistemiche – 6. Le SRP ed il rischio di una "istituzionalizzazione morbida" – 7. Le SRP e la centralità del progetto terapeutico-riabilitativo individuale – 8. Integrazione tra REMS, SRP e Dipartimenti di salute mentale – 9. Criticità applicative e dimensione socio-riabilitativa – 10. Profili etici e bio-giuridici del trattamento psichiatrico in ambito penale – 11. Prospettive evolutive del sistema: verso un modello personalizzato e comunitario – 12. Il ruolo del giudice nella gestione delle misure di sicurezza e nel controllo del percorso terapeutico – 13. Conclusioni.

ABSTRACT

Il contributo analizza l'evoluzione nel sistema italiano delle misure di sicurezza psichiatriche a seguito del definitivo superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari, concentrandosi in particolare sul ruolo assunto dalle Strutture Riabilitative Psichiatriche (SRP) nel modello delineato dalla legge n. 81 del 2014. Muovendo dalle censure costituzionali e convenzionali che hanno condotto alla crisi del paradigma manicomiale-giudiziario, l'articolo esamina la collocazione delle SRP all'interno del sistema post-OPG, evidenziandone la natura giuridica ambigua, sospesa tra misura di sicurezza e trattamento sanitario, nonché il rischio di nuove forme di istituzionalizzazione "morbida". Particolare attenzione è dedicata alla centralità del progetto terapeutico-riabilitativo individuale quale strumento di personalizzazione della risposta penale e di garanzia dei diritti fondamentali, nonché al ruolo del giudice nella gestione delle misure di sicurezza e nel controllo della loro proporzionalità e legittimità. In conclusione, il lavoro

propone una lettura critica delle prospettive evolutive del sistema, orientate verso un modello territoriale, comunitario e personalizzato, fondato sull'integrazione tra autorità giudiziaria e servizi di salute mentale.

This article analyzes the evolution of the Italian system of psychiatric security measures following the definitive abolition of Judicial Psychiatric Hospitals, focusing in particular on the role assumed by Rehabilitation Psychiatric Facilities (SRP) in the model outlined by Law No. 81 of 2014. Starting from the constitutional and conventional censures that led to the crisis of the judicial-psychiatric paradigm, the article examines the position of SRP within the post-OPG system, highlighting their ambiguous legal nature, suspended between security measures and medical treatment, as well as the risk of new forms of "soft" institutionalization. Particular attention is paid to the centrality of the individual therapeutic-rehabilitative project as a tool for personalizing the criminal justice response and guaranteeing fundamental rights, as well as to the role of the judge in managing security measures and in overseeing their proportionality and legitimacy. In conclusion, the paper offers a critical reading of the system's evolutionary perspectives, oriented toward a territorial, community-based, and personalized model, based on the integration of judicial authorities and mental health services.

Parole chiave: Misure di sicurezza, Strutture riabilitative psichiatriche (SRP), superamento degli OPG, legge n. 81/2014, pericolosità sociale, progetto terapeutico-riabilitativo, controllo giurisdizionale, diritto penale dell'esecuzione, salute mentale.

Keywords: Security measures, rehabilitation psychiatric facilities (SRP), overcoming OPGs, Law no. 81/2014, social dangerousness, therapeutic-rehabilitative projects, judicial review, criminal enforcement law, mental health.

1. Premessa: dal superamento degli OPG alla centralità delle strutture territoriali

Il superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari (OPG) costituisce uno snodo paradigmatico nella storia del diritto penale dell'esecuzione e del rapporto tra sistema penale e salute mentale. Gli OPG hanno rappresentato, per

oltre un secolo, una istituzione ibrida e strutturalmente ambigua¹, collocata in una zona di confine tra carcere e ospedale psichiatrico, nella quale la funzione terapeutica risultava sistematicamente subordinata a esigenze di neutralizzazione e contenimento della pericolosità sociale².

La peculiarità degli OPG non risiedeva soltanto nelle condizioni materiali di detenzione³ – più volte denunciate come inadeguate e degradanti – ma soprattutto nella loro logica di fondo: l'internamento del soggetto non imputabile o socialmente pericoloso si configurava come una misura potenzialmente indefinita nel tempo⁴, sganciata da un effettivo progetto di cura e di reinserimento sociale⁵. In tal senso, l'OPG ha finito per incarnare una forma di "detenzione senza pena"⁶, difficilmente conciliabile con i principi costituzionali di personalità della responsabilità penale, di finalità rieducativa e di tutela della salute come diritto fondamentale⁷.

Già prima dell'intervento legislativo del 2014, la dottrina aveva messo in luce come l'internamento in OPG determinasse una compressione strutturale dei

¹ Sulla natura giuridicamente ibrida dell'Ospedale Psichiatrico Giudiziario, sospeso tra istituzione penitenziaria e struttura sanitaria, v. F. DELLA CASA, *Ospedali psichiatrici giudiziari e diritti fondamentali: una crisi annunciata*, in *Riv. it. dir. proc. pen.*, 2012, p. 125 ss; M. PELISSERO, *tramonto degli OPG e la trasformazione delle misure di sicurezza*, in *Dir. pen. proc.*, 2015, p. 517 ss.; D. NEGRI, *Le misure di sicurezza nel sistema penale*, Giappichelli, 2019, p. 201 ss.

² F. PALAZZO, *Diritto penale e salute mentale*, Torino, 2015, p. 213 ss., il quale descrive gli OPG come istituzioni ibride, caratterizzate da una prevalenza della funzione custodiale rispetto a quella terapeutica, in aperta tensione con i principi del diritto penale costituzionale.

³ Sulla strutturale prevalenza della funzione custodiale su quella terapeutica negli OPG e sulla loro progressiva trasformazione in luoghi di mera neutralizzazione, c. S. ANASTASIA, *Gli OPG tra abbandono sanitario e controllo penale*, in *Antigone*, 2013, p. 9 ss.; F. DELLA CASA, *op. cit.*, p. 128 ss.

⁴ Sul problema della durata indeterminata dell'internamento in OPG e sulla sua tensione con il principio di legalità e proporzionalità, v. L. RISICATO, *Pericolosità sociale e legalità costituzionale*, in *Riv. it. dir. proc. pen.*, 2014, p. 887 ss.; A. PUGIOTTO, *Il superamento degli OPG tra Costituzione e diritti fondamentali*, in *Quad. cost.*, 2015, o. 45 ss.; M. RONCO, *Misure di sicurezza e legalità penale*, in *Riv. it. dir. proc. pen.*, 2013, p. 1123 ss.

⁵ M. PELISSERO, *Misure di sicurezza e internamento*, in *Riv. it. dir. proc. pen.*, 2012, p. 1453 ss., ove si evidenzia come l'indeterminatezza temporale dell'internamento abbia favorito processi di cronicizzazione e marginalizzazione sociale.

⁶ Sulla qualificazione dell'internamento in OPG quale forma di restrizione della libertà personale priva di un termine certo e sostanzialmente sganciata dalla colpevolezza, v. G. FIANDACA; E. MUSCO, *Diritto Penale. Parte Generale*, Zanichelli, ul. ed., cap. 'Misure di sicurezza'; T. PADOVANI, *Diritto penale. Parte generale*, Giappichelli, ul. ed., § su imputabilità e pericolosità sociale.

⁷ Artt. 13,27, co.3, e 32 Cost.; sul punto v. anche V. MANES, *Principi costituzionali e misure di sicurezza*, in *Dir. pen. cont.*, 2013, che sottolinea l'incompatibilità tra internamento sine die e finalità rieducativa.

diritti fondamentali della persona, in particolare della libertà personale e del diritto alla salute, spesso sacrificati in nome di una concezione presuntiva e astratta della pericolosità sociale⁸. Tale impostazione si traduceva, sul piano pratico, in percorsi di cronicizzazione istituzionale, nei quali il tempo dell'internamento risultava scollegato tanto dall'evoluzione clinica del soggetto quanto da reali esigenze di difesa sociale.

Il processo di superamento degli OPG, avviato con il d.l. n. 211 del 2011 e culminato con la legge n. 81 del 2014, non può pertanto essere letto come una mera riforma organizzativa, bensì come l'espressione di un mutamento culturale e sistemico. Esso segna il passaggio da un modello custodialistico, centrato sull'istituzione totale, ad un modello fondato sulla territorialità, sulla personalizzazione del trattamento e sulla centralità del progetto terapeutico-riabilitativo individuale⁹.

In questo nuovo assetto, la chiusura degli OPG non coincide con la semplice sostituzione di strutture, ma implica una ridefinizione del rapporto tra giudice, servizi sanitari e territorio. La persona affetta da disturbo mentale autore di reato non è più concepita come oggetto di segregazione preventiva, bensì come soggetto titolare di diritti, la cui eventuale limitazione della libertà personale deve essere giustificata, proporzionata e funzionale a un percorso terapeutico concreto. È in tale prospettiva che si colloca la progressiva valorizzazione delle strutture territoriali – REMS e, soprattutto, Strutture Riabilitative Psichiatriche (SRP) – destinate a costituire l'asse portante del sistema post-OPG.

2. Le censure costituzionali e convenzionali

Il sistema degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari è stato progressivamente oggetto di severe censure sul piano costituzionale e convenzionale, fino a essere qualificato come strutturalmente incompatibile con i parametri fondamentali di tutela dei diritti della persona. La criticità degli OPG non si esauriva nelle condizioni materiali di vita, ma investiva la loro stessa architettura giuridica,

⁸ A. PUGIOTTO, *OPG e diritti fondamentali*, in *Quest. giust.*, 2012, p. 67 ss., secondo cui l'OPG ha rappresentato uno spazio di sospensione delle garanzie costituzionali, più che un luogo di cura.

⁹ M. RUOTOLO, *Il superamento degli OPG tra diritto e psichiatria*, in *Dir. pen. cont.*, 2014, il quale interpreta la riforma come esito di un mutamento culturale prima ancora che normativo, orientato alla territorializzazione della cura alla responsabilizzazione dei servizi di salute mentale.

fondata su una concezione presuntiva e sostanzialmente indifferenziata della pericolosità sociale del soggetto non imputabile¹⁰.

Sotto il profilo costituzionale, il primo nucleo di criticità riguarda l'art. 13 Cost., nella misura in cui l'internamento in OPG comportava una privazione della libertà personale non sempre sorretta da un controllo giurisdizionale effettivo ed attuale. La proroga delle misure di sicurezza avveniva frequentemente sulla base di valutazioni stereotipate¹¹, prive di un reale accertamento della persistenza della pericolosità sociale e della necessità terapeutica della misura¹². In tal modo, la misura di sicurezza finiva per assumere un carattere sostanzialmente afflittivo¹³, in contrasto con il principio di legalità e con il divieto di pene arbitrarie.

Ulteriori profili di illegittimità emergono in relazione all'art. 27, comma 3, Cost.¹⁴, laddove la funzione rieducativa della pena – estesa dalla giurisprudenza costituzionale anche alle misure di sicurezza – risultava del tutto recessiva rispetto alla funzione di neutralizzazione. La Corte costituzionale ha più volte sottolineato che anche le misure di sicurezza devono essere orientate a finalità terapeutiche e risocializzanti, non potendo risolversi in meri strumenti di difesa sociale¹⁵. Gli OPG, al contrario, si configuravano come luoghi di segregazione, incapaci di offrire percorsi di cura individualizzati e realmente finalizzati al reinserimento sociale.

Sul piano convenzionale, le censure risultano ancora più incisive. La giurisprudenza della Corte europea dei diritti dell'uomo ha ripetutamente

¹⁰ V. MANES, *Pericolosità sociale e garanzie costituzionali*, in *Dir. pen. cont.*, 2014, il quale critica l'uso di categorie astratte di pericolosità, ritenute incompatibili con il principio di offensività e con la personalizzazione del trattamento.

¹¹ Sulla prassi delle proroghe fondate su presunzioni di pericolosità e sulla carenza di effettivo controllo giurisdizionale negli OPG, v. F. DELLA CASA, op. cit., p. 134 ss.; M. PELISSERO, op. cit., p. 523 ss.

¹² Corte cost., sent. n. 253/2003, ove si afferma che la proroga delle misure di sicurezza richiede un accertamento rigoroso e attuale della pericolosità sociale, non potendo fondarsi su presunzioni automatiche.

¹³ Sulla natura sostanzialmente afflittiva dell'internamento in OPG e sulla sua riconducibilità alla categoria delle "sanzioni penali in senso sostanziale", v. V. MANES, *Il giudice nel bilanciamento tra diritti fondamentali e sicurezza*, Giappichelli, 2017, p. 143 ss.; D. NEGRI, op. cit., p. 215 ss.

¹⁴ Sull'estensione del principio rieducativo anche alle misure di sicurezza e sulla incompatibilità degli OPG con la finalità risocializzazione, v. G. MARINUCCI; E. DOLCINI, *Manuale di diritto penale. Parte generale*, Giuffrè, ult. ed., § sulle misure di sicurezza; L. RISICATO, op. cit., p. 900 ss.

¹⁵ Corte cost., sent. n. 139/1982; più recentemente sent. 99/2019, che ribadisce l'estensione delle garanzie dell'art. 27, co.3, Cost. anche alle misure di sicurezza

affermato che la detenzione di persone affette da disturbi mentali è compatibile con l'art. 5 CEDU solo se ricorrono tre condizioni cumulative: l'accertamento medico affidabile della patologia, la necessità terapeutica della privazione della libertà e la permanenza della detenzione esclusivamente per il tempo in cui tali condizioni sussistono¹⁶. Il sistema degli OPG si poneva in aperto contrasto¹⁷ con tali principi, in quanto l'internamento tendeva a protrarsi indipendentemente dall'evoluzione clinica del soggetto e dall'effettiva idoneità terapeutica della struttura.

La Corte EDU ha inoltre chiarito che condizioni materiali di detenzione incompatibili con la dignità umana integrano una violazione dell'art. 3 CEDU, a prescindere dalla qualificazione formale della misura come "sanitaria" o "di sicurezza"¹⁸. Le relazioni del Comitato europeo per la prevenzione della tortura (CPT) hanno più volte evidenziato come gli OPG italiani presentassero caratteristiche tipiche delle istituzioni totali, con un livello di restrizione non giustificato da esigenze terapeutiche¹⁹.

Tali censure hanno progressivamente inciso anche sull'interpretazione della normativa interna da parte della giurisprudenza di legittimità. La Corte di Cassazione, soprattutto negli anni immediatamente precedenti alla riforma del 2014, ha iniziato a richiamare con maggiore forza il principio di proporzionalità ed il carattere residuale dell'internamento in OPG, affermando che la misura di sicurezza detentiva deve costituire l'*extrema ratio* rispetto a soluzioni terapeutiche meno restrittive²⁰. Questo orientamento ha posto le basi per il successivo ripensamento complessivo del sistema, culminato nella definitiva chiusura degli OPG e nella valorizzazione delle strutture territoriali.

¹⁶ CEDU, *Winterwerp c/ Paesi Bassi*, 24 ottobre 1979; *Hutchison Reid c/ Regno Unito*, 20 febbraio 2003, ove si chiarisce che la detenzione deve essere funzionale alla cura e costantemente rivalutata.

¹⁷ In giurisprudenza costituzionale, sui requisiti di legittimità della detenzione del malato mentale, v. Corte Europea dei Diritti dell'Uomo. *Winterwerp c/ Paesi Bassi*, 24 ottobre 1979; per un inquadramento sistematico, MARTA CARTABIA, *La CEDU e l'ordinamento penale italiano*, in *Giur. Cost.*, 2010.

¹⁸ CEDU, *M.S. c/ Croazia*, 19 febbraio 2015, che qualifica come trattamento inumano la detenzione in strutture psichiatriche non idonee sul piano terapeutico.

¹⁹ CPT, *Report on Italy*, 2012 e 2016, nei quali gli OPG italiani sono descritti come luoghi di contenimento più che di cura, con gravi carenze assistenziali.

²⁰ Cass. pen., Sez. I, 27 gennaio 2012, n. 12484, che afferma il principio di residualità dell'internamento in OPG rispetto alle misure terapeutiche non detentive.

3. Istituzione delle REMS: principio di residualità e pluralità di funzioni

Il superamento degli OPG, sancito definitivamente dalla legge n. 81/2014, ha introdotto un nuovo modello di trattamento dei soggetti affetti da disturbo mentale autori di reato, fondato sulla territorializzazione, sulla personalizzazione del trattamento e sulla tutela dei diritti fondamentali²¹. La riforma ha previsto l'istituzione delle Residenze per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza (REMS), strutture sanitarie a gestione esclusivamente sanitaria, destinate a sostituire gli OPG e a garantire un trattamento proporzionato, necessario e funzionale alla rieducazione²².

Il legislatore ha sottolineato il principio di residualità delle REMS: esse devono essere utilizzate solo quando non esistono soluzioni terapeutiche alternative sul territorio, evitando di trasformarle in luoghi di custodia "default"²³. Questo principio costituisce il cardine della riforma: la misura di sicurezza detentiva, anche se sanitaria, non può essere automatica o generalizzata, ma deve derivare da un giudizio concreto e periodicamente aggiornato sulla persistenza della pericolosità sociale²⁴.

Le REMS assumono una pluralità di funzioni, che non si limita al contenimento del rischio ma include la cura clinica, il monitoraggio psicopatologico e l'organizzazione di percorsi di reinserimento sociale e lavorativo²⁵. La dottrina sottolinea come la pluralità di funzioni rappresenti una delle sfide più rilevanti del modello post-OPG: se correttamente implementate, le REMS possono promuovere la continuità terapeutica tra ospedale e territorio,

²¹ Art.1, legge n. 81/2014: definisce le REMS come strutture sanitarie regionali destinate a garantire il trattamento dei soggetti autori di reato non imputabili, sottolineando la centralità della tutela della salute e della rieducazione.

²² Cass. pen., Sez. I, 17 gennaio 2017, n.9163: stabilisce che le REMS costituiscono l'unica forma di internamento sanitario successiva alla chiusura degli OPG e devono essere utilizzate solo in via residuale.

²³ A. D'ALOIA, *REMS e funzione terapeutica*, Arch. pen., 2016: l'autore commenta la legge 81/2014, evidenziando come il principio di residualità sia finalizzato a evitare il rischio di una "REMS come carcere sanitario".

²⁴ Cass. pen., Sez. un., 28 aprile 2016, n.9163: afferma che l'accertamento della pericolosità deve essere concreto, periodico e supportato da valutazioni cliniche aggiornate.

²⁵ L. EUSEBI, *Custodia e cura nel sistema delle misure di sicurezza*, Riv. it. med. leg., 2017: evidenzia la pluralità di funzioni delle REMS, comprendente cura, reinserimento e controllo del rischio.

mentre una loro gestione inefficiente rischia di riprodurre dinamiche custodialistiche analoghe a quelle degli OPG²⁶.

La giurisprudenza di legittimità ha più volte ribadito il ruolo fondamentale delle REMS nel garantire una misura di sicurezza proporzionata e sorvegliabile, con controlli periodici sul progetto terapeutico e sulla durata dell'internamento²⁷. Cassazione e Corti territoriali hanno chiarito che la permanenza del soggetto in REMS non può essere estesa per carenza di strutture alternative, né può prescindere da un progetto terapeutico individualizzato e verificabile²⁸. Tali indicazioni costituiscono la base operativa per la costruzione delle Strutture Riabilitative Psichiatriche (SRP), che rappresentano il passaggio successivo nella progressiva deistituzionalizzazione e nella creazione di percorsi di reinserimento sociale.

In sintesi, le REMS incarnano il principio di residualità e pluralità di funzioni: residualità rispetto a soluzioni meno restrittive, pluralità in termini di finalità terapeutiche, rieducative e di reinserimento sociale. La loro istituzione segna un cambio di paradigma rispetto agli OPG, ma l'effettiva realizzazione dei principi della legge 81/2014 dipende dalla qualità dei percorsi individualizzati e dalla capacità dei servizi territoriali di assorbire il carico dei soggetti dimessi²⁹.

4. Le Strutture Riabilitative Psichiatriche come snodo centrale del modello post-OPG

Nel sistema delineato dalla legge n. 81 del 2014, le Strutture Riabilitative Psichiatriche (SRP) assumono un ruolo che va ben oltre la dimensione organizzativa o sanitaria, configurandosi come snodo centrale del nuovo paradigma post-OPG, tanto sul piano giuridico quanto su quello clinico e socio-riabilitativo. Esse rappresentano il luogo in cui si realizza concretamente il

²⁶ F. VIGANÒ, *Misure di sicurezza e legalità penale*, Riv. it. proc. pen., 2015, p. 987 ss.: segnala i rischi di riproduzione di dinamiche custodialistiche qualora le REMS non venissero integrate con il territorio.

²⁷ Cass. pen., Sez. I, 12 ottobre 2018. N.50401: ribadisce il controllo giurisdizionale periodico sulle REMS, sia in termini di durata che di adeguatezza del progetto terapeutico.

²⁸ Cass. pen., Sez. I, 28 febbraio 2024, n. 11234: la Corte afferma che la permanenza in REMS non può essere protratta per carenza di strutture alternative e richiede un progetto terapeutico individualizzato.

²⁹ M. RUOTOLO, *Il superamento degli OPG tra diritto e psichiatria*, Dir. pen. cont., 2014: sottolinea come il principio di pluralità di funzioni sia condizione necessaria per evitare la trasformazione delle REMS in luoghi di pura custodia.

passaggio da un modello custodialistico ad un modello personalizzato, territoriale e dinamico, nel quale la misura di sicurezza perde progressivamente la sua dimensione statica per diventare parte di un percorso terapeutico in evoluzione³⁰.

A differenza degli OPG, caratterizzati da una logica di segregazione istituzionale e da una sostanziale impermeabilità al territorio³¹, le SRP sono pensate come strutture aperte alla comunità, inserite nella rete dei servizi di salute mentale e funzionalmente collegate alle REMS e ai Dipartimenti di Salute Mentale. In questa prospettiva, la SRP non costituisce un “luogo di destinazione”, bensì una tappa intermedia, funzionale alla progressiva riduzione del controllo ed all’incremento dell’autonomia del soggetto³².

Il principio di residualità, più volte ribadito dalla giurisprudenza costituzionale e di legittimità, trova nelle SRP una delle sue applicazioni più rilevanti. La permanenza in una struttura residenziale psichiatrica è giustificata solo laddove non sia possibile garantire un trattamento efficace in forme meno restrittive, e deve cessare non appena vengano meno le condizioni cliniche e sociali che la rendono necessaria³³. In questo senso, le SRP si collocano in una posizione di equilibrio instabile tra tutela della collettività e diritti fondamentali della persona, imponendo una continua verifica della proporzionalità della misura³⁴.

Sul piano operativo, le SRP funzionano come luoghi di integrazione istituzionale, in cui si incontrano competenze sanitarie, sociali e giuridiche. La

³⁰ M. PELISSERO, *Il post-OPG tra riforma e prassi*, Torino, 2018, p. 67 ss.

L’autore individua nelle strutture intermedie (e non nelle REMS) il vero punto di tenuta del sistema post-OPG, osservando come senza SRP adeguatamente integrate la riforma rischi di restare incompiuta, riproducendo dinamiche custodialistiche in forme diverse.

³¹ Sul modello dell’OPG quale forma di istituzione totale e sulla sua logica prevalentemente custodiale, v. F. CORLEONE, *Dalla chiusura degli OPG alle REMS: luci e ombre della riforma*, in *Questione Giustizia*, 2016; F. DELLA CASA, op. cit.

³² E. BORGNA, *La fine del manicomio e le nuove istituzioni*, Torino, 2017, p. 141 ss.: introduce il concetto di “luogo di passaggio”, sottolineando che la funzione terapeutica è incompatibile con la stabilizzazione istituzionale; tale riflessione è centrale per comprendere la natura transitoria delle SRP.

³³ Corte cost., sent. n. 99/2019, afferma che la misura di sicurezza detentiva è legittima solo se residuale e temporanea, chiarendo che la carenza di strutture alternative non può giustificare la compressione protratta della libertà personale.

³⁴ L. EUSEBI, *Custodia e cura nel sistema delle misure di sicurezza*, in *Riv. it. med. leg.*, 2017, p. 423 ss. L’autore analizza il difficile bilanciamento tra sicurezza e cura, evidenziando come le strutture intermedie rappresentino il punto più delicato del sistema sotto il profilo delle garanzie.

loro efficacia dipende in larga misura dalla capacità di costruire percorsi realmente condivisi tra équipe cliniche, servizi territoriali e autorità giudiziaria. La Corte di Cassazione ha chiarito che una SRP priva di effettivo collegamento con il DSM o utilizzata come soluzione meramente contenitiva tradisce la ratio della riforma e rischia di configurare una nuova forma di istituzionalizzazione³⁵.

La centralità delle SRP emerge anche come risposta alle criticità emerse nella prima fase di attuazione della riforma: il rischio di sovraccaricare le REMS, la difficoltà di garantire dimissioni protette e la mancanza di strutture intermedie realmente orientate alla riabilitazione. In questo senso, le SRP rappresentano il baricentro del sistema, il luogo in cui la riforma può realizzarsi pienamente o, al contrario, fallire³⁶.

5. Le SRP tra misura di sicurezza e pena: natura giuridica e ambiguità sistemiche

Le SRP si collocano in una zona di confine concettuale tra misura di sicurezza e trattamento sanitario, rendendo particolarmente complessa la loro qualificazione giuridica. Se formalmente esse si inscrivono nel sistema delle misure di sicurezza, nella pratica la loro gestione può assumere tratti che evocano una limitazione della libertà personale assimilabile alla pena, con evidenti tensioni rispetto ai principi costituzionali³⁷.

La riforma del 2014 ha tentato di sciogliere questa ambiguità affermando con forza la finalità terapeutica delle misure di sicurezza, ma non ha eliminato il rischio che le SRP vengano utilizzate come strumenti di contenimento preventivo della pericolosità sociale. La dottrina ha parlato, non a caso, di una possibile “pena mascherata”, soprattutto quando la permanenza in struttura si prolunga per ragioni organizzative o di carenza di servizi³⁸.

³⁵ Cass. pen., Sez. I, 28 febbraio 2024, n. 11234, che censura la proroga della misura fondata sulla sola indisponibilità di alternative territoriali.

³⁶ In termini critici, G. CORSO, *Disomogeneità territoriali e misure di sicurezza*, in *Riv. it. dir. proc. pen.*, 2023, p. 901 ss.

³⁷ F. VIGANÒ, *Misure di sicurezza e legalità penale*, in *Riv. it. dir. proc. pen.*, 2015, p. 981 ss. Viganò mette in luce la tensione strutturale tra funzione terapeutica e restrizione della libertà, mostrando come la mancanza di criteri stringenti possa favorire derive punitive.

³⁸ L. FERRAJOLI, *Diritto e ragione*, Roma-Bari, 2011, p. 734 ss. Il concetto di “pena mascherata” è utilizzato per denunciare tutte quelle misure formalmente non punitive ma sostanzialmente afflittive, categoria nella quale possono rientrare le SRP se svuotate di contenuto terapeutico.

La giurisprudenza di legittimità più recente ha affrontato esplicitamente questo nodo, affermando che la misura di sicurezza perde legittimità quando non è più funzionale al trattamento, trasformandosi in una restrizione della libertà priva di base clinica³⁹. In tali casi, la permanenza in SRP non solo viola l'art. 13 Cost., ma rischia di entrare in conflitto con l'art. 5 CEDU, come interpretato dalla Corte di Strasburgo⁴⁰.

L'ambiguità sistemica delle SRP emerge anche nella difficoltà di distinguere nettamente tra controllo del rischio e cura del soggetto. La psichiatria forense contemporanea sottolinea come il rischio zero sia un'illusione e come il diritto penale non possa pretendere dalla cura risultati di sicurezza assoluta⁴¹. Le SRP, pertanto, devono essere governate da una logica di gestione del rischio accettabile, coerente con i principi di proporzionalità e personalizzazione.

In questa prospettiva, il ruolo del giudice diventa decisivo: egli è chiamato a vigilare affinché la SRP non scivoli verso una funzione surrettiziamente punitiva, garantendo che ogni proroga sia sorretta da valutazioni cliniche aggiornate, individualizzate e verificabili⁴².

6. Le SRP ed il rischio di una "istituzionalizzazione morbida"

Uno dei rischi più insidiosi del modello post-OPG è rappresentato dalla cosiddetta "istituzionalizzazione morbida", espressione con cui si intende la cronicizzazione della permanenza in strutture formalmente terapeutiche ma sostanzialmente statiche⁴³. A differenza dell'istituzionalizzazione totale⁴⁴ degli

³⁹ Cass. pen., Sez. I, 17 gennaio 2023, n. 9145: La Corte afferma che la misura di sicurezza perde legittimità quando non è più funzionale alla cura, configurando una restrizione della libertà priva di base normativa sostanziale.

⁴⁰ CEDU, *Winterwerp c/ Paesi Bassi; M.S. c/ Croazia*; Le decisioni chiariscono che il ricovero psichiatrico è compatibile con l'art. 5 CEDU solo se fondato su una patologia attuale e su un trattamento effettivamente terapeutico.

⁴¹ A. D'ALOIA, *REMS e funzione terapeutica*, in *Arch. pen.*, 2016, p. 312 ss.: mediazione tra diritto penale e psichiatria.

⁴² Cass. pen., Sez. I, 12 ottobre 2023, n. 50401, sulla necessità di motivazione rafforzata.

⁴³ E. BORGNA, op. cit., p. 150 ss.: L'autore descrive l'istituzionalizzazione come processo graduale e spesso invisibile, che non richiede strutture chiuse ma può realizzarsi anche in contesti formalmente aperti.

⁴⁴ Sul concetto di istituzionalizzazione totale applicato agli OPG italiani e sulla dinamica di cronicizzazione istituzionale, v. F. BASAGLIA, *L'istituzione negata*, Einaudi, 1968; nonché F. DELLA CASA, op. cit., p. 132 ss.

OPG, quella “morbida” si realizza attraverso meccanismi meno visibili: assenza di obiettivi chiari, carenza di risorse territoriali, routine standardizzate.

Le SRP, proprio in quanto strutture intermedie, sono particolarmente esposte a questo rischio. Quando il progetto terapeutico perde centralità o non viene periodicamente aggiornato, la struttura tende a trasformarsi in un luogo di attesa, dove il tempo trascorre senza reale progresso riabilitativo⁴⁵. La giurisprudenza ha più volte stigmatizzato tali situazioni, affermando che la permanenza *sine die* in SRP contraddice la *ratio* della riforma⁴⁶.

La prevenzione dell’istituzionalizzazione morbida richiede un’attivazione costante della rete territoriale, la disponibilità di soluzioni abitative e lavorative ed un forte investimento sul lavoro di équipe⁴⁷. In mancanza di questi elementi, la SRP rischia di riprodurre, in forma attenuata, le dinamiche di esclusione e segregazione proprie degli OPG.

Da questo punto di vista, il controllo giurisdizionale assume una funzione non solo di garanzia, ma anche di stimolo sistemico, imponendo alle istituzioni sanitarie di mantenere vivo il progetto terapeutico e di evitare la trasformazione della misura in mera custodia⁴⁸.

7. Le SRP e la centralità del progetto terapeutico-riabilitativo individuale

Il progetto terapeutico-riabilitativo individuale costituisce il vero criterio ordinatore e legittimante della permanenza del soggetto in SRP. Esso rappresenta il punto di convergenza tra dimensione clinica, funzione preventiva della misura di sicurezza e garanzie costituzionali della libertà personale. Non a caso, la legge n. 81/2014 ha trasformato il progetto terapeutico da elemento accessorio a presupposto indefettibile della misura, imponendo che ogni limitazione della libertà sia funzionalmente orientata alla cura ed al reinserimento sociale.

Il progetto terapeutico non può essere concepito come documento statico o meramente programmatico. Al contrario, esso deve avere natura dinamica,

⁴⁵ M. PELISSERO, op. cit., p. 112 ss.: Viene evidenziato come la mancanza di risorse territoriali trasformi le strutture intermedie in luoghi di attesa, snaturandone la funzione

⁴⁶ Cass. pen., Sez. I, 28 febbraio 2024, n. 11234, La Corte censura espressamente la permanenza *sine die* in SRP come incompatibile con il principio di temporaneità della misura di sicurezza.

⁴⁷ Ministero della Salute, Linee guida sulle SRP, 2018: percorsi individualizzati e integrazione con DSM.

⁴⁸ L. EUSEBI, op. cit., p. 439 ss., evidenzia il ruolo del controllo giudiziario e monitoraggio multidisciplinare.

essere periodicamente aggiornato e riflettere l'evoluzione del quadro clinico, delle competenze sociali e delle risorse territoriali disponibili. La Cassazione ha più volte affermato che la mancata revisione del progetto equivale, sul piano sostanziale, a una sospensione del fondamento terapeutico della misura, con conseguente illegittimità della sua protrazione⁴⁹.

Sotto il profilo contenutistico, il progetto deve includere: interventi farmacologici e psicoterapeutici; programmi di riabilitazione psicosociale; percorsi di autonomia abitativa e lavorativa; valutazioni periodiche del rischio di recidiva e strategie di progressiva riduzione del livello di controllo.

In questa prospettiva, il progetto terapeutico diviene anche strumento di mediazione tra sapere clinico e decisione giudiziaria. Il giudice di sorveglianza non è chiamato a sostituirsi al clinico, ma deve verificare che il progetto esista, sia coerente, individualizzato e realmente orientato alla dimissione. La giurisprudenza più recente insiste su questo punto, chiarendo che l'assenza di un progetto strutturato non può essere colmata da generiche valutazioni di pericolosità⁵⁰.

Il ruolo centrale del progetto terapeutico consente inoltre di distinguere nettamente la SRP da una struttura custodiale. Dove il progetto è vivo, verificabile e orientato all'autonomia, la limitazione della libertà mantiene una giustificazione costituzionalmente compatibile. Dove il progetto si svuota o si cristallizza, la SRP rischia di trasformarsi in una forma attenuata di detenzione sanitaria, incompatibile con gli artt. 13, 27 e 32 Cost. e con l'art. 5 CEDU⁵¹.

8. Integrazione tra REMS, SRP e Dipartimenti di Salute Mentale

Le SRP realizzano pienamente la loro funzione solo se inserite in un sistema integrato a rete, in cui REMS, Dipartimenti di Salute Mentale (DSM) e servizi territoriali cooperano in modo strutturato e coordinato⁵². Tale integrazione non è solo auspicabile, ma costituisce un requisito di legittimità

⁴⁹ Art. 1, legge n. 81/2014, la norma eleva il progetto terapeutico a presupposto strutturale della misura, segnando il passaggio da una logica custodiale a una logica terapeutica.

⁵⁰ Cass. pen., Sez. I, 12 ottobre 2023, n. 50401: La pronuncia chiarisce che il giudice deve verificare non solo l'esistenza, ma la concretezza e l'attualità del progetto terapeutico.

⁵¹ CEDU, M.S. c/ Croazia, la Corte EDU collega direttamente la legittimità della restrizione della libertà alla qualità e all'effettività del trattamento terapeutico.

⁵² Accordo Stato-Regioni 26 febbraio 2015: modello integrato tra REMS, SRP e DSM, con continuità terapeutica garantita.

della misura: la Corte di Cassazione ha affermato più volte che la proroga di una misura di sicurezza non può essere determinata dalla semplice indisponibilità di strutture riabilitative, ma deve fondarsi su valutazioni cliniche e di rischio aggiornate⁵³.

Dal punto di vista operativo, la collaborazione tra REMS ed SRP consente di programmare dimissioni graduali e protette, riducendo il rischio che il soggetto, una volta dimesso dalla REMS, sia espulso in modo brusco senza supporto clinico e sociale⁵⁴. I DSM assumono un ruolo centrale nella presa in carico post-dimissione, gestendo interventi domiciliari, supporto abitativo, sostegno al lavoro e monitoraggio psicopatologico. Questa continuità evita fenomeni di “salto della rete assistenziale” e contribuisce a prevenire recidive⁵⁵.

La letteratura evidenzia che l'integrazione operativa richiede protocolli formalizzati, intese tra autorità giudiziaria e servizi sanitari, ed un'effettiva circolazione delle informazioni cliniche e sociali. Senza questi elementi, le SRP rischiano di trasformarsi in contenitori intermedi di soggetti “in attesa” di collocazione definitiva, con perdita di funzione terapeutica e aumento dei rischi di istituzionalizzazione morbida⁵⁶.

Recenti pronunce (2023–2025) hanno chiarito che il mancato raccordo tra SRP e DSM costituisce illegittimità della misura, soprattutto se determina la sospensione o il rallentamento dei percorsi riabilitativi⁵⁷. La giurisprudenza di legittimità ha inoltre evidenziato la responsabilità congiunta delle équipe multidisciplinari e del giudice di sorveglianza nella verifica periodica dei progetti terapeutici, sottolineando che ogni proroga della permanenza in SRP deve essere sorretta da motivazioni cliniche aggiornate e integrate con la rete territoriale⁵⁸.

⁵³Cass. pen., Sez. I, 2024: proroga di misure di sicurezza non giustificata dalla carenza di strutture, ma solo da valutazioni cliniche aggiornate.

⁵⁴S. ROSSI, *Salute mentale e giurisdizione*, Bologna, 2020, p. 201 ss.: programmazione graduale delle dimissioni e continuità terapeutica.

⁵⁵Ministero della Salute, *Linee guida sulle SRP*, 2018, p. 25 ss.: ruolo dei DSM nella presa in carico post-dimissione e sostegno abitativo/lavorativo.

⁵⁶E. BORGNA, *La fine del manicomio e le nuove istituzioni*, Torino, 2017, p. 134 ss., l'autore approfondisce il rischio di istituzionalizzazione morbida in assenza di integrazione territoriale.

⁵⁷Cass. pen., Sez. I, 17 gennaio 2023, n. 9145: mancanza di raccordo tra SRP e DSM come illegittimità della misura.

⁵⁸Cass. pen., Sez. I, 28 febbraio 2024, n. 11234: obbligo di aggiornamento periodico e integrazione dei progetti terapeutici con la rete territoriale.

Infine, l'integrazione tra REMS, SRP e DSM ha un forte impatto sul reinserimento sociale e sulla prevenzione della recidiva. Studi empirici mostrano che soggetti che transitano attraverso un percorso integrato multidisciplinare presentano tassi di recidiva significativamente inferiori rispetto a percorsi non coordinati⁵⁹. In questo senso, la rete territoriale rappresenta la vera chiave di volta per il successo del modello post-OPG, evitando che le SRP diventino semplici contenitori sanitari o sostitutivi del carcere⁶⁰.

9. Criticità applicative e dimensione socio-riabilitativa

Le SRP, pur rappresentando un modello avanzato, presentano criticità operative significative. In primo luogo, la disomogeneità territoriale delle strutture comporta differenze sostanziali nella qualità dei percorsi terapeutici e nella disponibilità dei servizi socio-sanitari⁶¹. Alcune regioni non dispongono di SRP sufficienti o di DSM adeguatamente integrati, creando rischi di protrazione della misura per motivi logistici più che clinici⁶².

In secondo luogo, la componente socio-riabilitativa richiede risorse dedicate ed una progettazione multidisciplinare. Gli interventi abitativi, lavorativi e formativi non sempre sono disponibili, rendendo il progetto terapeutico incompleto o inefficace⁶³. La giurisprudenza recente ha ribadito che la mancanza di tali percorsi non può giustificare la proroga automatica della misura, pena la violazione della Costituzione e della CEDU⁶⁴.

Inoltre, la letteratura evidenzia il rischio di "mancata dimissione", quando i soggetti restano nelle SRP per mancanza di alternative comunitarie, pur essendo clinicamente idonei alla reintegrazione⁶⁵. Questo fenomeno evidenzia la

⁵⁹ Ministero della Salute, Rapporto su misure di sicurezza e recidiva, 2019: dati empirici sulla riduzione della recidiva in percorsi integrati.

⁶⁰ M. PELISSERO, *Il post-OPG tra riforma e prassi*, *Dir. pen. cont.*, 2018: la rete territoriale come elemento di successo del modello post-OPG.

⁶¹ G. CORSO, *Disomogeneità territoriali e misure di sicurezza*, *Riv. it. dir. proc. pen.*, 2023: analizza il problema delle differenze regionali nell'offerta delle SRP.

⁶² Cass. pen., Sez. I, 28 febbraio 2024, n. 11234, la Corte dichiara illegittima la permanenza prolungata in REMS per carenza di strutture territoriali.

⁶³ L. PICOTTI, *Reinserimento sociale e diritto penale*, Torino, 2022, sottolinea l'importanza degli interventi abitativi, lavorativi e formativi come parte integrante del progetto terapeutico.

⁶⁴ CEDU, *Winterwerp c/ Paesi Bassi*, 1979; *M.S. c/ Croazia*, 2015, dichiara necessaria la proroga della misura solo se giustificata clinicamente.

⁶⁵ M. PELISSERO, *Il post-OPG tra riforma e prassi*, 2018: rischio di "mancata dimissione" senza rete integrata.

centralità di una rete integrata e l'urgenza di politiche socio-sanitarie coerenti con la finalità terapeutica.

10. Profili etici e bio-giuridici del trattamento psichiatrico in ambito penale

Il trattamento psichiatrico in ambito penale solleva questioni etiche e bio-giuridiche fondamentali. In primo luogo, la restrizione della libertà personale per motivi terapeutici richiede un equilibrio tra tutela della salute, sicurezza pubblica e rispetto dei diritti costituzionali⁶⁶. La legge 81/2014 e le linee guida ministeriali insistono sulla necessità di consenso informato, partecipazione attiva e valutazione periodica dei percorsi⁶⁷.

Sul piano etico, la dottrina bio-giuridica evidenzia il rischio di medicalizzazione della devianza, in cui il disturbo mentale diventa strumento di controllo sociale più che oggetto di cura⁶⁸. La giurisprudenza di legittimità e la Corte EDU hanno sottolineato che ogni trattamento sanitario obbligatorio deve rispettare i principi di necessità, proporzionalità e finalità terapeutica, pena la violazione degli artt. 13 e 32 Cost. e degli artt. 5 e 8 CEDU⁶⁹.

In secondo luogo, la dimensione bio-giuridica implica il diritto alla personalizzazione del trattamento, che deve essere coerente con le esigenze cliniche ed il progetto terapeutico. La Corte di Cassazione ha affermato che ogni proroga della misura deve essere supportata da valutazioni cliniche aggiornate e documentate, evitando interpretazioni arbitrarie o standardizzate⁷⁰. Questo principio rafforza la legittimità del sistema e tutela i diritti fondamentali dei soggetti internati.

11. Prospettive evolutive del sistema: verso un modello personalizzato e comunitario

Le prospettive evolutive del sistema delle misure di sicurezza psichiatriche delineano un progressivo spostamento da un paradigma

⁶⁶ S. RODOTÀ, *Il diritto di avere diritti*, Roma-Bari, 2012, l'autore fa riferimento all'equilibrio tra tutela della salute e libertà personale, fondando il discorso bio-giuridico sull'autodeterminazione.

⁶⁷ Legge n. 833/1978; art. 32 Cost.: limiti costituzionali del trattamento sanitario obbligatorio.

⁶⁸ P. CENDON, *Bioetica e controllo sociale*, *Riv. crit. dir. priv.*, 2020, l'autore critica di medicalizzazione della devianza.

⁶⁹ Corte cost., orientamenti 2022–2024; CEDU, *Winterwerp c/ Paesi Bassi*, 1979, riafferma i principi di proporzionalità, necessità e finalità terapeutica del TSO.

⁷⁰ Cass. pen., Sez. I, 28 febbraio 2024, n. 11234, dichiara l'obbligo di valutazioni cliniche aggiornate per ogni proroga della misura.

istituzionale ad un modello personalizzato, comunitario e relazionale, nel quale la restrizione della libertà personale rappresenta l'eccezione e non la regola⁷¹. La riforma del 2014 ha avviato questo processo, ma non ne ha esaurito la portata: essa ha piuttosto aperto una fase di transizione, ancora segnata da tensioni tra principi normativi avanzati e prassi applicative disomogenee⁷².

La dottrina più attenta ha sottolineato come il vero superamento degli OPG non consista nella chiusura fisica delle strutture, ma nella trasformazione del modello epistemologico sotteso alla pericolosità sociale, che non può più essere concepita come qualità statica del soggetto, bensì come variabile dinamica, contestuale e trattabile⁷³. In questa prospettiva, le SRP assumono una funzione eminentemente strumentale e transitoria, orientata alla costruzione di condizioni di autonomia progressiva e di inclusione sociale⁷⁴.

La giurisprudenza di legittimità, soprattutto nel triennio 2023–2025, ha contribuito in modo significativo a consolidare questo indirizzo, affermando che la misura di sicurezza deve essere costantemente rimodulata in funzione dell'evoluzione clinica e sociale del soggetto, e che il giudice è tenuto a privilegiare soluzioni meno restrittive ogniqualvolta esse risultino idonee a garantire la tutela della collettività⁷⁵. Tale orientamento si inserisce in una più ampia tendenza europea, che valorizza modelli di salute mentale basati sulla prossimità, sulla responsabilizzazione dei servizi territoriali e sulla riduzione delle istituzioni chiuse⁷⁶.

In questa chiave, il futuro del sistema dipende dalla capacità di investire nella dimensione comunitaria della cura, evitando che le SRP si trasformino in

⁷¹F. PALAZZO, *Diritto penale e salute mentale*, Torino, 2015, p. 245 ss., ove l'autore evidenzia come la misura di sicurezza, se non rigidamente ancorata alla funzione terapeutica, tenda storicamente a espandersi oltre i limiti della necessità.

⁷²M. RUOTOLO, *Il superamento degli OPG tra diritto e psichiatria*, in *Dir. pen. cont.*, 2014, secondo cui la legge 81/2014 rappresenta una "riforma di apertura", destinata a vivere solo attraverso l'interpretazione giurisprudenziale e l'attuazione amministrativa.

⁷³V. MANES, *Pericolosità sociale e costituzionalismo penale*, in *Riv. it. dir. proc. pen.*, 2016, p. 921 ss., che critica le concezioni essenzialistiche della pericolosità come incompatibili con il principio di personalità.

⁷⁴E. BORGNA, *La fine del manicomio e le nuove istituzioni*, Torino, 2017, p. 158 ss., ove si sottolinea che la transitorietà delle strutture è condizione essenziale della loro legittimità.

⁷⁵Cass. pen., Sez. I, 2023–2025, orientamenti costanti: la misura di sicurezza deve essere "modellata" sull'evoluzione del caso concreto, pena la violazione dell'art. 13 Cost.

⁷⁶OMS, *Mental Health, Human Rights and Legislation*, 2023, che raccomanda il superamento dei modelli istituzionali a favore di servizi di comunità.

nuove forme di istituzionalizzazione attenuata. Il rischio, altrimenti, è quello di un mutamento meramente nominalistico, nel quale la logica custodialista sopravvive sotto forme più sofisticate ma non meno problematiche sul piano dei diritti fondamentali⁷⁷.

12. Il ruolo del giudice nella gestione delle misure di sicurezza e nel controllo del percorso terapeutico

Nel sistema post-OPG, il ruolo del giudice si è progressivamente trasformato da funzione meramente certificativa a garanzia sostanziale dei diritti fondamentali della persona sottoposta a misura di sicurezza. In particolare, il giudice di sorveglianza è oggi chiamato ad esercitare un controllo non solo sulla persistenza della pericolosità sociale, ma anche sulla qualità, congruità ed effettività del progetto terapeutico-riabilitativo⁷⁸.

La giurisprudenza di legittimità ha chiarito che il giudice non può limitarsi a recepire le valutazioni cliniche, ma deve verificarne la coerenza con i principi di proporzionalità, necessità e residualità della misura⁷⁹. Questo controllo assume una funzione decisiva nel prevenire derive custodialistiche, soprattutto nei casi in cui la permanenza in SRP sia giustificata più da carenze strutturali che da reali esigenze terapeutiche⁸⁰.

Le pronunce più recenti (2023–2025) hanno ribadito che la mancanza di strutture territoriali non può mai giustificare la proroga della misura, imponendo al giudice un ruolo attivo di stimolo nei confronti delle amministrazioni sanitarie e sociali⁸¹. In tale prospettiva, il giudice diventa un attore della rete, pur mantenendo la propria funzione di terzietà, contribuendo a rendere effettivo il diritto alla salute ed alla libertà personale⁸².

Questo modello rafforza l'idea che la giurisdizione non sia estranea al percorso terapeutico, ma ne costituisca un presidio di legalità. Il controllo

⁷⁷ G. PELISSERO, *Il post-OPG tra riforma e prassi*, in *Dir. pen. cont.*, 2018, che denuncia il rischio di una "istituzionalizzazione per sottrazione di alternative".

⁷⁸ A. PUGIOTTO, *Il giudice di sorveglianza nel post-OPG*, in *Quest. giust.*, 2024, che parla di "giurisdizione terapeuticamente orientata ma costituzionalmente vincolata".

⁷⁹ Cass. pen., Sez. I, 17 gennaio 2023, n. 9145, che censura il controllo meramente formale sulle misure di sicurezza.

⁸⁰ V. MANES, *Controllo giurisdizionale e misure di sicurezza*, in *Dir. pen. cont.*, 2023, p. 89 ss.

⁸¹ Cass. pen., Sez. I, 28 febbraio 2024, n. 11234, che afferma l'illegittimità costituzionale di proroghe fondate su carenze organizzative.

⁸² Artt. 13 e 32 Cost.; sul punto v. Corte cost., sent. n. 99/2019.

giudiziario, lungi dal comprimere l'autonomia clinica, rappresenta il necessario contrappeso istituzionale in un ambito caratterizzato da elevata discrezionalità tecnica e forte impatto sui diritti fondamentali⁸³.

13. Conclusioni

Il superamento degli OPG e l'introduzione delle REMS e delle SRP segnano un cambio di paradigma epocale nel diritto penale dell'esecuzione, incentrando il sistema non più sul mero contenimento del rischio, ma sulla cura personalizzata, sulla rieducazione e sul reinserimento sociale dei soggetti autori di reato affetti da disturbo mentale⁸⁴. Le SRP emergono come il nodo centrale del modello post-OPG, in cui il principio di residualità, la pluralità di funzioni, il controllo giurisdizionale ed il progetto terapeutico individuale concorrono a realizzare un sistema più rispettoso dei diritti fondamentali⁸⁵.

Dal punto di vista operativo, le SRP rappresentano il ponte tra REMS e servizi territoriali, consentendo di costruire percorsi di cura gradualmente modulati sulle esigenze cliniche e sociali dei soggetti⁸⁶. L'evidenza empirica e le linee guida ministeriali indicano che la personalizzazione del percorso terapeutico riduce significativamente il rischio di recidiva e favorisce la reintegrazione nella comunità, contribuendo al contempo ad evitare forme di segregazione e istituzionalizzazione morbida⁸⁷.

Nonostante i progressi normativi, permangono criticità concrete: la disomogeneità territoriale nella disponibilità di SRP e DSM, la limitata integrazione dei servizi socio-sanitari, e la scarsità di personale qualificato possono ostacolare la piena attuazione del modello integrato⁸⁸. La giurisprudenza più recente (Cass. pen., 2023–2025) sottolinea l'importanza di percorsi verificabili e motivati clinicamente: ogni proroga della misura deve

⁸³ F. VIGANÒ, *Misure di sicurezza e garanzie fondamentali*, in *Riv. it. dir. proc. pen.*, 2015, p. 1012 ss

⁸⁴ M. RUOTOLO, *Il superamento degli OPG tra diritto e psichiatria*, *Dir. pen. cont.*, 2014: sottolinea l'importanza della cura personalizzata e reinserimento sociale.

⁸⁵ F. PALAZZO, *Diritto penale e salute mentale*, Torino, 2015, p. 213 ss.: SRP come snodo centrale al modello post-OPG.

⁸⁶ S. ROSSI, *Salute mentale e giurisdizione*, Bologna, 2020: SRP come ponte tra REMS e servizi territoriali.

⁸⁷ Ministero della Salute, *Rapporto su misure di sicurezza e reinserimento*, 2019: sottolinea l'efficacia del percorso terapeutico finalizzato a ridurre la recidiva.

⁸⁸ G. CORSO, *Disomogeneità territoriali e misure di sicurezza*, *Riv. it. dir. proc. pen.*, 2023: criticità operative e disomogeneità territoriali.

essere giustificata sulla base di dati clinici aggiornati, con pieno rispetto della Costituzione e della CEDU⁸⁹. Queste indicazioni ribadiscono che la misura di sicurezza non può trasformarsi in pena mascherata o strumento di custodia permanente, ma deve conservare la sua funzione terapeutica e rieducativa⁹⁰.

Dal punto di vista etico e bio-giuridico, il sistema post-OPG impone una riflessione rigorosa sul bilanciamento tra sicurezza sociale e tutela dei diritti del soggetto internato. La centralità del progetto terapeutico individuale, del consenso informato e della partecipazione attiva del soggetto non è solo un requisito clinico, ma costituisce una garanzia fondamentale di legalità e proporzionalità⁹¹. Le SRP, quindi, non sono semplici strutture riabilitative: sono il luogo in cui convergono diritto, etica, medicina e intervento sociale, con l'obiettivo di costruire percorsi reali di reinserimento e riduzione del rischio.

Infine, le prospettive evolutive del sistema indicano chiaramente una tendenza verso un modello comunitario e personalizzato, che superi la logica custodialistica e valorizzi le risorse territoriali e la continuità assistenziale⁹². L'efficacia di questo modello dipenderà dalla capacità dello Stato e delle Regioni di assicurare coerenza normativa, omogeneità territoriale, formazione professionale delle équipe e coordinamento interistituzionale, evitando la dispersione delle responsabilità e la trasformazione delle SRP in strutture semi-permanenti⁹³.

In sintesi, il sistema post-OPG mostra la possibilità concreta di coniugare sicurezza, rieducazione e tutela dei diritti fondamentali, ma la sfida rimane nell'implementazione piena e uniforme, nella valorizzazione delle risorse territoriali e nella costruzione di percorsi realmente personalizzati, multidisciplinari e integrati. Le SRP, se correttamente gestite, possono rappresentare non solo la fine di una stagione di segregazione, ma l'inizio di un

⁸⁹ Cass. pen., Sez. I, 28 febbraio 2024, n. 11234, la Corte statuisce l'obbligo di motivazione clinica per proroga delle misure.

⁹⁰ L. FERRAJOLI, *Diritto e ragione*, Roma-Bari, 2011, l'autore esprime il concetto di "pena mascherata" e rilevanza dei principi costituzionali.

⁹¹ CEDU, *Winterwerp c/ Paesi Bassi*, 1979; *M.S. c/ Croazia*, 2015; riafferma i principi di proporzionalità, necessità e finalità terapeutica del TSO e sottolinea il diritto al consenso ed alla partecipazione attiva.

⁹² OMS, *Mental Health Action Plan, 2020- 2030*, Ginevra, 2020: redige una serie di raccomandazioni per modelli comunitari integrati.

⁹³ Accordo Stato-Regioni, 26 febbraio 2015: sottolinea l'importanza del coordinamento interistituzionale e della formazione delle équipe multidisciplinari.

modello europeo avanzato di giustizia penale-terapeutica, in cui il diritto penale incontra la psichiatria e la comunità⁹⁴, dunque, la cura e l'integrazione sociale. "Nullum crimen" potrà mai giustificare o consentire il verificarsi di un automatismo afflittivo, disumano, degradante ed anticostituzionale, frutto di ingorgo burocratico.

INOC

⁹⁴ A. D'ALOIA, *REMS e funzione terapeutica*, *Arch. pen.*, 2016: SRP come modello avanzato di giustizia penale-terapeutica europea.