pubblicato su: www.stopopg.it

pubblicato su:
SOSSANITÀ

Relazione semestrale sull'attività svolta dal Commissario unico per il superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari

Franco Corleone

19 febbraio - 19 agosto

Il testo della relazione è di mia piena responsabilità nell'analisi e nelle proposte. Ringrazio per la collaborazione Evelin Tavormina e Katia Poneti.

INDICE

Premessa **5**

1. Relazione sull'attività svolta dal Commissario **8**

2. Analisi dei Regolamenti delle Rems **23**

3. Rems sul territorio nazionale: strutture attive, da attivare, capienza **39**

3.1 Rems e contenzione **43**

3.2 Rems e donne **45**

3.3 Rems e persone Senza Fissa Dimora **47**

3.4 Misure di sicurezza non eseguite **49**

3.4.1 Regioni con Rems attive ma senza posti disponibili **49**

3.4.2 Regioni che non hanno ancora attivato Rems **50**

Allegato A

All. A.1 Rems sul territorio nazionale: ingressi e dimissioni **51**

All. A.2 Rems sul territorio nazionale: presenze e tipologia delle misure di sicurezza **52**

4. Misure di sicurezza provvisorie **53**

4.1 Il metodo dell'integrazione dei saperi e i nuovi scenari del trattamento dell'infermo di mente autore di reato **62**

5. Articolazioni psichiatriche penitenziarie **71**

6. Conclusioni **77**

7. Nota Finale **80**

Premessa

La vicenda della proposta della chiusura degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari a favore di strade alternative per le persone responsabili di reati e poi dichiarate prosciolte per vizio totale o parziale di mente, ha avuto un lungo percorso.

La Legge n. 180 del 13 maggio 1978, conosciuta come Legge Basaglia, non affrontò il buco nero del manicomio giudiziario che la Legge sull'Ordinamento Penitenziario, L. 354 del 1975, aveva pudicamente ribattezzato in Ospedale Psichiatrico Giudiziario (OPG).

La Commissione del Senato sul funzionamento del Servizio Sanitario Nazionale, istituita il 30 luglio 2008 e presieduta da Ignazio Marino, denunciò una situazione intollerabile e propose interventi radicali con la legge n. 9 del 17 febbraio 2012 e, successivamente, con alcune proroghe si è giunti alla Legge n. 81 del 30 maggio 2014 la quale ha sancito la fine di un iter laborioso per cui il 31 marzo 2015 gli OPG avrebbero dovuto cessare la loro attività.

La Corte Costituzionale in data 24 giugno 2015 con la sentenza n. 186/2015 ha confermato i presupposti della legge n. 81/2014 respingendo il ricorso promosso dal Tribunale di Sorveglianza di Messina, giudicando non fondata la questione di legittimità costituzionale. Il ricorso contestava la legge 81/2014 nelle parti in cui stabilisce che l'accertamento della pericolosità sociale "*è effettuato sulla base delle qualità soggettive della persona e senza tenere conto delle condizioni (cosiddette ambientali) di cui all'articolo 133, 2° comma – n. 4, del Codice Penale"* e che *"non costituisce elemento idoneo a supportare il giudizio di pericolosità sociale la sola mancanza di programmi terapeutici individuali".*

La nuova norma aveva spostato il baricentro dai binomi manicomiali "malattia mentale/pericolosità sociale e cura/custodia", ai progetti di cura e riabilitazione individuali e al territorio. In particolare essa stabiliva che le misure di sicurezza

detentive non dovevano essere la regola, salvo che in situazioni determinate che dovevano diventare l'eccezione.
Il 19 febbraio 2016, 97 persone erano internate nei quattro OPG ancora aperti e funzionanti. Era stato chiuso solo l'OPG di Napoli Secondigliano e l'OPG di Castiglione dello Stiviere era stato trasformato in un Sistema Polimodulare di REMS provvisorie.

Questa era la cornice all'interno della quale è intervenuta la decisione del Governo che, esercitando il potere sostitutivo previsto nel decreto-legge 211/2011, convertito nella Legge 9/2012, art. 3-ter, comma 9, in attuazione dell'art. 120 Cost., ha deciso con DPCM del 19 febbraio 2016, di nominare un Commissario unico per provvedere in via sostitutiva, in luogo delle Regioni Calabria, Abruzzo, Piemonte, Toscana, Puglia e Veneto, alla realizzazione di programmi al fine di garantire la chiusura degli ex ospedali psichiatrici giudiziari e il tempestivo ricovero presso le competenti Residenze per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezze (REMS) delle persone ancora ivi internate e di quelle sottoposte a misura di sicurezza. Il compito assegnato era anche di dare attuazione agli specifici accordi interregionali stipulati per la realizzazione di strutture comuni in cui ospitare i soggetti internati provenienti dalle regioni commissariate. Il Commissario doveva, inoltre, intraprendere ogni utile iniziativa volta a sollecitare anche le regioni diverse da quelle commissariate perché procedessero ad una rapida e completa realizzazione dei programmi di loro competenza.

Un compito estremamente delicato che si è sviluppato e si sta realizzando con risultati confortanti. Gli OPG ancora funzionanti sono due, Montelupo Fiorentino e Barcellona Pozzo di Gotto essendo stati chiusi quelli di Reggio Emilia e di Aversa; 37 sono le persone[1] che si trovano ancora internate in una detenzione illegale e che rimangono in attesa di essere inserite nelle REMS di competenza territoriale o per i quali si sta cercando di intraprendere percorsi alternativi.

[1] Montelupo Fiorentino 15: Toscana 7, Umbria 2, Piemonte 1, Liguria 2, Sardegna 1, Puglia 1, SFD 1.
Barcellona Pozzo di Gotto 22: Calabria 7, Sicilia 13, SFD 2.

Il Governo, valutando la situazione ha deciso di prorogare l'incarico del Commissario Unico per il superamento degli OPG e nel Consiglio dei Ministri del 10 agosto 2016 ha precisato che tale incarico sarà espletato per i sei mesi successivi e quindi sino al 19 febbraio 2016. Nell'atto di proroga viene specificato che il Commissario dovrà: "provvedere in via sostitutiva, in luogo delle Regioni tuttora inadempienti, al fine di garantire il completamento della chiusura degli ex ospedali psichiatrici giudiziari e il tempestivo ricovero presso le competenti Residenze per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza (R.E.M.S.) delle persone ancora ivi internate, e di quelle sottoposte a misura di sicurezza provvisoria, nonché il superamento delle persistenti criticità relative alle REMS provvisorie".

Questo nuovo incarico di sei mesi ha come obiettivo la soluzione di tutti i problemi aperti. Gli obiettivi che si dovranno raggiungere entro novembre saranno: la chiusura degli OPG ancora aperti e l'apertura delle REMS in Piemonte, Liguria, Toscana, Calabria e Sicilia e infine il trasferimento di tutti i pazienti nelle REMS delle regioni di provenienza. Nei mesi successivi dovrà poi essere compiuta una ricognizione puntuale e un monitoraggio sul funzionamento di tutte le REMS e le indicazioni per il coordinamento successivo alla chiusura della fase commissariale e la puntualizzazione del piano per l'attivazione delle REMS definitive.

Si deve dare atto e riconoscimento che le Regioni Veneto, Abruzzo e Puglia, commissariate secondo quanto stabilito dal DPCM del 19 febbraio 2016, hanno provveduto con solerzia e celerità agli adempimenti e quindi sono nelle condizioni di lavorare per la predisposizione delle REMS definitive.

La relazione che presento è arricchita da due contributi particolarmente pregnanti di Daniele Piccione, che ringrazio per la disponibilità e l'attenzione. Uno sul mutamento della nuova disciplina dell'infermo di mente autore di reato e la Nota finale.

2. Relazione sull'attività svolta dal Commissario

Nel decreto di istituzione della figura del Commissario si stabiliva che il mandato dovesse avere durata semestrale (19 febbraio 2016 – 19 agosto 2016) ma veniva specificato che sarebbe stata possibile una proroga. Di fatto, la situazione attuale ha reso necessaria la prosecuzione delle attività del Commissario e il suo mandato è stato prorogato sino al 19 febbraio 2016. Nell'atto ufficiale di proroga viene confermato il compito di ultimare la chiusura dei due OPG ancora aperti, di monitorare le REMS aperte e di seguire l'iter di attivazione delle REMS programmate.

L'inizio delle attività svolte dal Commissario sono state concordate con il Sottosegretario alla Salute Vito De Filippo. E' stato delineato un quadro di impegni con i rappresentanti delle sei regioni commissariate prendendo contatti con i responsabili politici e amministrativi, da parte dei quali si è manifestata disponibilità e spirito di collaborazione. Sono stati effettuati, poi, degli incontri con i responsabili politici, i dirigenti delle strutture e delle Asl sia delle Regioni commissariate che delle altre. Sono state visitate le REMS già esistenti ed è stato seguito il processo di localizzazione di quelle in programma.

I problemi emersi e le difficoltà connesse sono numerosi e di non facile soluzione. In molti casi, i ritardi delle regioni sono stati determinati dalle opposizioni dei sindaci e delle popolazioni interessate che hanno respinto la localizzazione di Residenze per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza (REMS). Questo problema in questi mesi si è sostanzialmente risolto in quasi tutte le regioni.

Una contraddizione pesante che si è subito manifestata è quella tra l'obiettivo prioritario di chiudere gli OPG, e quindi individuare le alternative per gli internati, e dall'altra parte la risposta alle richieste di inserimento nelle REMS di persone per le quali è stata disposta una misura di sicurezza provvisoria da parte della Magistratura.

Si è pervenuti alla chiusura, dopo quella di Napoli Secondigliano, dell'ex OPG di Reggio Emilia (adesso riadattato a istituto penitenziario), dell'ex OPG di Aversa e della Casa di Cura e Custodia femminile di Sollicciano.

Durante questi mesi di lavoro sono emerse varie criticità. Si riassumono le principali, presentate dai Responsabili delle Rems o dai DSM:

Emilia Romagna. La dirigente dell'area sanitaria della Regione Emilia-Romagna, Mila Ferri, e il direttore del DSM-DP di Parma, Pietro Pellegrini, segnalano alcune necessità e avanzano delle proposte:

- L'individuazione di un punto d'incontro tra giustizia e psichiatria, superando ogni visione difensiva e burocratica.
- Rispetto del principio della territorialità secondo il quale dovrebbe essere vietato l'invio d'ufficio fuori regione senza che ci siano accordi fra le regioni stesse.
- Rendere effettiva la residualità della misura di sicurezza detentiva.
- Stabilire che la magistratura di cognizione non può collocare persone in REMS senza una valutazione/perizia psichiatrica e una diagnosi di disturbo mentale e deve dichiarare nel dispositivo l'assenza di valide alternative, avendo anche consultato il direttore del DSM competente.
- Lo psichiatra deve prevedere il raccordo con i servizi psichiatrici territoriali competenti e l'individuazione di soluzioni da indicare alla magistratura.
- I pazienti in licenze finali di esperimento non dovrebbero restare ancora in carico alla REMS (come avveniva per gli OPG) ma ai Centri di Salute Mentale. Questo per molteplici ragioni tra cui: liberare posti nella REMS, responsabilizzare il territorio, evitare un inutile rientro del paziente al termine della licenza nella REMS.
- Inadeguatezza delle norme del regolamento penitenziario applicate in OPG e in continuità nelle REMS (es. permessi *ad horas* il cui sistema è lento, farraginoso e inefficiente).

Veneto. Viene segnalata la problematicità del trasporto in ospedale per visite non psichiatriche di ospiti non stabilizzati, affidato solo al personale sanitario.

Sicilia. E' questa la Regione con il numero più alto di persone con una misura di sicurezza in attesa di essere eseguita per mancanza di ricettività delle strutture. Il Procuratore di Palermo, Francesco Lo Voi, ha manifestato più volte la sua preoccupazione relativa alla constatazione che non fossero rispettate le esigenze di cura del paziente e la tutela della sicurezza dei cittadini. A questa preoccupazione sia il Sottosegretario De Filippo che il Commissario hanno risposto con attenzione, prendendo l'impegno per accelerare l'apertura delle altre due REMS previste sollecitando nel contempo una puntuale osservanza della legge 81.

Basilicata: il Responsabile della REMS di Pisticci, Domenico Antonio Guarino, segnala delle criticità tra le quali si citano: la poca presenza dei Dipartimenti Salute Mentale nella stesura dei piani terapeutici riabilitativi dei pazienti presenti nella REMS; la scarsità dell'applicazione di misure di sicurezza non detentive; assegnazioni, da parte del DAP, di pazienti nonostante la REMS sia piena; conflittualità con la Polizia Penitenziaria in merito ai piantonamenti; assenza di coinvolgimento della Magistratura e scarsa conoscenza dei principi della riforma da parte di molti giudici; difficoltà del personale sanitario a procedere con identificazione, immatricolazione, ricostruzione e aggiornamento della posizione giuridica finito il periodo transitorio nel quale tale compito spetta alla polizia penitenziaria; confusione in merito alla modalità di notifica degli atti giudiziari.

Friuli Venezia Giulia: il Direttore del Dipartimento di Salute Mentale di Trieste, Roberto Mezzina, segnala la necessità di non predisporre più percorsi/statuti/istituti speciali per i rei che presentano disturbi psichiatrici ma di considerare queste persone come responsabili che hanno diritto a un processo (così come stabilito anche dalla CRPD - Convenzione sui Diritti delle Persone con Disabilità dell'ONU).

Si rappresenta anche la delicata problematica relativa alle donne ospiti delle REMS. La questione delle donne e la loro adeguata ospitalità nelle REMS pone al momento non pochi problemi. Alcune REMS provvisorie non sono attrezzate per garantire e tutelare la loro privacy e la conseguenza è che per le donne, più che per gli uomini, il principio della territorialità non è ancora integralmente rispettato[2].

Tutte queste problematiche hanno trovato un ampio spazio di discussione durante l'incontro dell'Organismo di coordinamento per il superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari tenutosi l'8 giugno.

Nel momento della chiusura degli ultimi due OPG ancora funzionanti e dell'apertura delle Rems previste (Piemonte, Liguria, Toscana, Calabria e Sicilia) si dovrà tenere obbligatoriamente in considerazione anche il principio di territorialità stabilito all'interno della Conferenza Unificata (Accordo Stato – Regioni) del 26 febbraio 2015 nella quale, all'interno dell'art.1, viene stabilito che il Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria debba attenersi al principio della territorialità per effettuare assegnazioni e trasferimenti (come espressamente previsto nell'articolo 3-ter. Comma 3, lettera c) del decreto-legge 22 dicembre 2011, n. 211).

Di seguito sono riportate le attività svolte regione per regione:

- *Piemonte*. Incontro l'8 marzo a Torino con il Presidente Sergio Chiamparino e l'Assessore Antonino Saitta. E' stato effettuato un sopralluogo a Grugliasco e all'Eremo di Lanzo, ipotizzati come sedi della REMS, con l'assistenza del dr. Vittorio Demicheli, dirigente dell'Assessorato alla Sanità, del dr. Massimo Rosa, psichiatra responsabile della REMS provvisoria di Bra e del Garante dei detenuti Bruno Mellano.

  L'8 e il 9 aprile si è svolto un incontro pubblico presso l'Università di Torino dal titolo: "Chiudere gli OPG. Per davvero. Ripensare i servizi di salute mentale e applicare la L. 81/2014". Ho compiuto una visita alla REMS di

[2] Vedi paragrafo 3.2 "Rems e donne" a pag. 44 della presente relazione.

Bra e un sopralluogo alla struttura del Fatebenefratelli. Si è concordato l'abbandono dell'ipotesi di Grugliasco e condivisa la scelta della nuova struttura: si tratta di una struttura di natura privata accreditata presso il Presidio Sanitario "Beata Vergine della Consolata" di San Maurizio Canavese (20 posti letto) la cui apertura è prevista per settembre con l'accoglienza di tutti gli internati piemontesi presenti a Castiglione delle Stiviere e in altre strutture.

- *Toscana*. Il 7 marzo 2016 è stato effettuato un incontro all'assessorato alla Salute per un esame delle problematiche presenti nell'OPG di Montelupo Fiorentino e nella REMS di Volterra. Si è discusso sulla necessità di una nuova REMS. Il 2 marzo è stata effettuata una visita alla Villa Guicciardini a Firenze, indicata come struttura intermedia e che sarà pronta alla fine del mese di settembre. A metà aprile si è realizzato l'ampliamento della struttura di Volterra a 28 posti e sono stati accolti alcuni internati provenienti da Castiglione delle Stiviere, dall'OPG di Reggio Emilia e dall'OPG di Montelupo Fiorentino.

  Insieme alla Presidente del Tribunale di Sorveglianza di Firenze, dott.ssa Antonietta Fiorillo, è stata effettuata una visita presso la REMS di Volterra in data 27 aprile 2016. E' stata fatta una verifica sul funzionamento della struttura, sui lavori di ristrutturazione della Villa *Domus Aeoli* che sarà utilizzata come struttura intermedia e sulle prospettive della REMS definitiva. Sono state segnalate al direttore della Azienda USL Toscana Nord Ovest (ex ASL 5 di Pisa) Mauro Maccari, delle osservazioni critiche sulle strutture di sicurezza che rendono la REMS eccessivamente carceraria. Osservazioni condivise anche dalla dott.ssa Antonietta Fiorillo e che, se prese in considerazione, faciliterebbero anche il lavoro del dott. Alfredo Sbrana, psichiatra responsabile della struttura. Sono stati presi varie volte contatti con il Presidente della Regione, Enrico Rossi, e con l'Assessora alla

Salute, Stefania Saccardi, aggiornandoli costantemente sulla situazione presente, avanzando proposte e suggerendo soluzioni. E' stata più volte sottolineata l'imprescindibile necessità dell'apertura di un'altra REMS in Toscana. L'Amministrazione Penitenziaria ha deciso di dismettere il piccolo carcere femminile a custodia attenuata di Empoli e questa struttura viene giudicata dalla Regione come possibile soluzione per superare l'emergenza. La struttura verrebbe adibita a REMS provvisoria con una capienza massima di 20 posti letto. Sono in corso le procedure di riconsegna al demanio dell'immobile e, dopo la decisione di affidamento alla Regione e all'Asl, potranno iniziare i lavori per l'adeguamento della struttura che potrebbero essere ultimati nel mese di ottobre. Questo permetterebbe di accogliere le persone toscane e umbre ancora internate presso l'OPG di Montelupo Fiorentino e di far rientrare presso la regione toscana, persone che, per mancanza di posti letto, sono stati accolte in REMS fuori regione.

In data 30 giugno si è svolto un incontro convocato dal Prefetto con i rappresentanti degli Uffici Giudiziari di Firenze, della Regione e della ASL per mettere a punto una strategia condivisa per superare le difficoltà emerse.

- *Abruzzo*. Il 21 marzo a Pescara è avvenuto un incontro con l'Assessore Silvio Paolucci, con il quale si è andati in visita presso la struttura di Barete indicata come REMS provvisoria (20 posti) e che è stata inaugurata il 4 aprile. Alla fine dell'incontro con il direttore del DSM, il dr. Vittorio Sconci e con la responsabile della struttura, la dott.ssa Ilaria Santini, è prevalsa l'opinione che tale struttura sia definitiva. L'apertura effettiva è avvenuta il 9 maggio e sono stati accolti i primi ospiti provenienti dall'OPG di Aversa e da REMS fuori regione.

- *Veneto*. Il 29 febbraio è stato effettuato un incontro, presso la REMS di Nogara, con l'Assessore alla sanità, Luca Coletto, con il Sindaco di Nogara e con diversi dirigenti della regione e direttori della ULSS21.

  Si sono tenuti due incontri, in data 4 aprile, con la Prefettura e la Sovrintendenza per la definizione del protocollo di sicurezza e per l'approvazione del progetto della struttura definitiva. La REMS di Nogara, il 27 giugno ha aperto un secondo modulo e i posti disponibili presso la struttura sono adesso 36. Il 4 luglio è stata effettuata una nuova visita alla struttura e in particolare al nuovo modulo e alla progettazione della REMS definitiva.

- *Calabria*. Il 20 aprile è stata effettuata una visita al Comune di Girifalco e un sopralluogo all'edificio destinato alla REMS definitiva con una valutazione del progetto, la cui realizzazione richiederà due anni. Lo stesso giorno è poi avvenuto un incontro presso l'assessorato alla Sanità a Catanzaro per valutare le difficoltà insorte per l'apertura della REMS provvisoria di Santa Sofia d'Epiro. Il 16 maggio a Catanzaro, c'è stato un incontro con il Sindaco del Comune di Santa Sofia d'Epiro e il Direttore Generale, Riccardo Fatarella, durante il quale sono state definite le condizioni per l'apertura della Rems provvisoria, che dovrà avvenire entro la fine dell'anno, e che accoglierà prioritariamente i calabresi attualmente internati a Barcellona Pozzo di Gotto e quelli ospitati nella REMS di Pisticci.

- *Puglia*. Il 14 giugno, accompagnato dal direttore del Dipartimento Salute e Benessere, dott. Giovanni Gorgoni e dal Garante dei diritti dei detenuti della Regione Puglia, Prof. Pietro Rossi è stata effettuata una visita presso la REMS già aperta di Spinazzola e a quella di Carovigno, che allora era in fase di realizzazione.

La prima visita è stata dedicata alla struttura già attiva di Spinazzola, dove sono presenti venti pazienti. La REMS si avvale della presenza di personale fortemente motivato che ha messo in luce, con estrema chiarezza, le criticità presenti sia da un punto di vista strutturale che nei rapporti con la magistratura. E' stata espressa preoccupazione per la caratterizzazione data dalle misure di sicurezza provvisorie. Sono stati concordati alcuni interventi migliorativi urgenti. Il giudizio è positivo per l'impegno offerto per l'apertura della struttura e per il livello di professionalità degli operatori. E' una struttura che per essere trasformata in soluzione definitiva richiederebbe un aumento degli spazi interni ed esterni.

La struttura di Carovigno, con capienza massima di 18 posti, è stata aperta in data 4 luglio. I primi pazienti ad essere accolti sono stati i pugliesi che erano internati presso l'OPG di Barcellona Pozzo di Gotto, successivamente anche i pazienti pugliesi provenienti da altre REMS. Dopo un necessario periodo di assestamento e riequilibrio tra le due REMS pugliesi, si valuteranno le richieste delle misure di sicurezza in attesa di essere eseguite. E' stata presa visione, inoltre, dell'area e del progetto della REMS definitiva che sarà situata nel centro della città. I tempi di realizzazione sono indicati in diciotto mesi.

E' stata effettuata una visita presso la REMS di Pisticci in Basilicata, il 24 giugno, con il Sottosegretario Vito De Filippo e con la presenza del Responsabile Domenico Antonio Guarino. La struttura ospita 8 pazienti calabresi che, una volta aperta la REMS a Santa Sofia D'Epiro, saranno trasferiti nella propria Regione. Le modalità del trasferimento rispetteranno la volontà dei pazienti anche riguardo ai tempi e alla lunghezza della misura di sicurezza.

Sono stati presi contatti con gli Assessori alla Sanità di alcune Regioni non commissariate come Liguria e Sardegna e con i Responsabili delle regioni Sicilia e Lazio, e con alcuni dirigenti dell'area sanitaria della Regione Emilia Romagna.

Sono avvenuti due incontri a Genova con l'Assessora Sonia Viale, il 4 maggio e il 16 giugno. E' stato definito che una REMS provvisoria sarà inaugurata entro la fine dell'anno, in questo modo non solo si riusciranno a trasferire definitivamente gli internati liguri ancora presenti presso l'OPG di Montelupo Fiorentino ma anche gli ospiti liguri presenti presso il Sistema Polimodulare REMS di Castiglione dello Stiviere. Questa è una soluzione transitoria, in attesa della REMS definitiva prevista a Calice del Cornoviglio (SP) che ha dei tempi di realizzazione previsti per la fine del 2017.

Sono stati presi contatti telefonici con l'Assessore alla sanità della Regione *Sardegna*, Luigi Arru. E' stato sollecitato un aumento dei posti nella REMS di Capoterra in modo da poter accogliere gli internati ancora presenti a Montelupo Fiorentino. E' in corso di definizione un incontro a ottobre per valutare la situazione anche sulla base di una comunicazione del responsabile della REMS, dott. Riccardo Curreli, che ritiene adeguata per ricettività e per qualità delle prestazioni offerte la struttura esistente. In una lettera del 5 agosto, faceva presente che a breve sarebbero state previste due dimissioni che avrebbero permesso alla struttura di accogliere gli internati sardi ancora presenti presso l'OPG di Montelupo Fiorentino[3]. Inoltre veniva segnalato che nella Rems di Capoterra si trova internato un cittadino residente nella Regione Umbria, per il trasferimento del quale non hanno ricevuto nessuna indicazione dalle istituzioni competenti. Infine, anche il dott. Curreli, come molti altri Responsabili delle REMS presenti in Italia, osserva come alcune disposizioni dell'Autorità Giudiziaria non sembrerebbero essere in linea con il principio dell'internamento in REMS come *extrema ratio*, problematica più volte sollevata nel corso della relazione.

Sono stati presi contatti telefonici con il referente della *Sicilia*, dott. Maurizio D'Arpa e con l'Assessore alla Salute, Baldassare Gucciardi, sollecitando una decisione delle altre due strutture previste nel piano nazionale delle REMS; in data 14 luglio, insieme al Consigliere Piscitello, direttore generale del DAP, è stata effettuata una visita in

[3] Dei due internati sardi presenti presso l'OPG toscano, segnalati nella precedente relazione, uno è stato trasferito nella Rems di Capoterra, l'altro paziente rimane in attesa di essere accolto. La REMS, infatti, è priva di posti disponibili.

Sicilia. L'incontro è avvenuto all'Assessorato alla salute a Palermo e durante tale incontro è stata concordata l'apertura di un'altra REMS a Caltagirone. Questo non solo consentirebbe la chiusura dell'OPG di Barcellona Pozzo di Gotto ma darebbe una risposta, seppure parziale, alle misure di sicurezza emesse dalle Autorità Giudiziarie, e ancora non eseguite in REMS, per mancanza di disponibilità[4].

Per quanto riguarda la Regione *Lazio*, sono stati presi contatti con il sub commissario Arch. Giovanni Bissoni, che hanno portato ad una accelerazione dell'apertura del secondo modulo di Palombara Sabina. L'inaugurazione è avvenuta l'8 giugno e il Commissario è stato presente insieme al Direttore Generale, dott. Vitaliano De Salazar, al dott. Egidio Schiavetti, collaboratore del Commissario ad Acta per la sanità, e al dott. Giuseppe Nicolò, direttore del dipartimento. Questo sviluppo positivo ha consentito la chiusura, in data 15 giugno, dell'OPG di Aversa, dove erano presenti cinque internati laziali.

Il 13 aprile è stata effettuata una visita all' OPG di Reggio Emilia, insieme al Consigliere Calogero Piscitello e la dott.ssa Grazia De Carli. L'OPG ha chiuso in data 5 maggio 2016 e la struttura è stata riconvertita in Istituto Penitenziario; a tal proposito è stata segnalata al Capo del Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria, Santi Consolo, la delicatissima questione riguardante i detenuti, art. 148 c.p. e ex art 111 DPR 230/2000 ivi presenti, sollecitando un trasferimento nelle regioni di provenienza.
Sempre al Capo del DAP, Santi Consolo, è stata segnalata anche la questione relativa al destino degli archivi degli OPG, problematica che è stata sollevata dal Ministero dei beni culturali.
Sono state richieste diverse informazioni ai Responsabili delle Residenze per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza presenti sul territorio nazionale avendo come finalità quella di costruire un quadro specifico per ogni REMS (vedi paragrafo 2.

[4] Secondo i dati forniti dal Ministero della Giustizia, aggiornati al 6 settembre, le misure di sicurezza in attesa di essere eseguite per la Regione Sicilia sono 58, di cui 35 provvisorie e 23 definitive. Tra queste 2 sono misure di sicurezza rivolte a donne (una provvisoria e una definitiva).

Analisi dei regolamenti delle Rems; vedi paragrafo 3. *Fotografia delle Rems presenti sul territorio nazionale e 3.3 Rems e persone Senza Fissa Dimora*).

Obiettivi immediati

- Chiusura degli ultimi due OPG ancora aperti: Montelupo Fiorentino e Barcellona Pozzo di Gotto;
- Rapida apertura di una terza REMS in Sicilia. Si individua Caltagirone come sede ed entro la fine dell'anno si dovrebbe essere in grado di aprire la struttura per un totale di 20 posti letto e in condizioni strutturali che permettano anche la presenza di pazienti di sesso femminile. La chiusura dell'OPG di Barcellona Pozzo di Gotto dipende dall'apertura di questa struttura;
- Rapida apertura di una REMS di 20 posti in Toscana. Si condivide la scelta della ex Casa Circondariale femminile a custodia attenuata di Empoli come sede di REMS provvisoria con un adeguamento della struttura agli standard sanitari e comunitari. Questo è un passaggio indispensabile per arrivare alla chiusura dell'OPG di Montelupo Fiorentino.

Criticità riscontrate

1) Ad agosto 2016 le persone internate nei due OPG ancora aperti sono 37[5] e al 6 settembre, le misure di sicurezza in attesa di essere eseguite sono 219[6], 150 provvisorie e 69 definitive. Sono state decise, nella gran parte, dalla Magistratura di cognizione e rimangono in attesa di essere eseguite per mancanza di disponibilità nelle REMS.

   Dare esecuzione a queste misure di sicurezza comporterebbe l'esplosione del sistema. Va posto in evidenza che mentre la separazione degli imputati dai condannati è un principio di tutela valido in generale per tutte le persone private

[5] Montelupo Fiorentino: Toscana 7, Umbria 2, Piemonte 1, Liguria 2, Sardegna 1, Puglia 1, SFD 1.
Barcellona Pozzo di Gotto: Calabria 7, Sicilia 13, SFD 2.

[6] Tra le 219 misure di sicurezza ancora non eseguite, 7 (6 provvisorie e 1 definitiva) sono rivolte a donne. Le misure di sicurezza riguardano donne delle seguenti Regioni: Calabria (2 provvisorie), Piemonte (1 provvisoria), Puglia (1 provvisoria), Sicilia (1 provvisoria e 1 definitiva), Toscana (1 provvisoria).

della libertà, nel caso di persone con problemi psichiatrici si aggiungono le difficoltà di cura legate alla commistione di soggetti la cui situazione (medica e giuridica) è definita da quelli che sono in fase di accertamento.

Questa situazione rende assolutamente urgente la traduzione in provvedimenti normativi dei contenuti del documento finale del Tavolo 11 degli Stati Generali sulle misure di sicurezza, prevedendo che il ricovero nella REMS venga riservato solo a chi ha già avuto la sentenza, almeno di primo grado.

Durante il giudizio può essere applicata la cura e il controllo con affidamento al DSM competente o la custodia in carcere in sezioni speciali o presso reparti psichiatrici ospedalieri. Si potrebbe disporre che il ricovero in REMS per l'esecuzione di misure di sicurezza è applicabile solo con riferimento al secondo comma dell'articolo 211-bis c.p. Negli altri casi potrebbe essere applicata la libertà vigilata.

A tal proposito è stata inviata una lettera al Ministro Orlando con precise proposte di provvedimenti urgenti. Veniva presentato un quadro puntuale sulla situazione sempre più drammatica delle misure di sicurezza provvisorie decise dalla Magistratura di cognizione relative a nuovi casi con richiesta di provvedimenti di ricovero in REMS[7]. Ribadisco la necessità di un intervento legislativo di chiarimento sulle misure di sicurezza provvisorie, la loro natura e la loro destinazione poiché ritengo che molte delle misure che prevedono il ricovero nelle REMS siano improprie rispetto a quanto previsto dalla legge 81.

[7] Il 18 maggio 2016 è giunta una risposta da parte del Capo di Gabinetto, Giovanni Melillo. Informa di aver investito l'Ufficio legislativo per le valutazioni in ordine alla proposta di articolato, finalizzata al superamento delle criticità registrate nell'esecuzione delle misure di sicurezza provvisorie. Viene affermato che saranno valutati gli strumenti normativi più opportuni a garantire il necessario equilibrio tra esigenze di difesa della collettività rispetto ad accertate condizioni di pericolosità sociale e diritto ad un personalizzato trattamento sanitario degli indagati destinatari di misure di sicurezza provvisorie.
Va segnalata una proposta emendativa di iniziativa dell'Ufficio legislativo del Ministero della Giustizia, atta a modificare il codice penale, il codice di procedura penale e l'ordinamento penitenziario nella parte in cui si prevede che la destinazione in REMS possa essere applicata solo ed esclusivamente ai condannati per i quali sia stato accertato, in via definitiva, lo stato di infermità al momento della commissione del fatto, da cui derivi il giudizio di pericolosità sociale. Ciò al fine di tenere separate le posizioni di coloro che sono certamente affetti da patologie psichiatriche, rispetto a coloro per i quali è ancora in corso il relativo accertamento e a coloro che siano raggiunti da infermità psichica dopo la commissione del fatto di reato.

Un'anticipazione della previsione ordinamentale potrebbe meritare anche un intervento d'urgenza per determinare alcune condizioni precise per l'ingresso in REMS. E' stato chiesto al DAP un riscontro obiettivo sui reati compiuti da queste persone e anche per le misure provvisorie già in atto in REMS; mi auguro di ottenere una fotografia puntuale, sicuramente utile per una valutazione sull'applicazione della legge 81. In tale prospettiva è necessaria anche una urgente revisione e un ripensamento terminologico del linguaggio del Codice, del Regolamento di esecuzione dell'Ordinamento penitenziario a partire, ad esempio, dalla eliminazione dei riferimenti all'OPG e della qualifica di internato.

2) Il quadro di problemi concomitanti comprende il nodo della seminfermità, il destino dei 148[8], il rapporto con il carcere e le sezioni per l'osservazione. Per tali tipologie, riconducibili alle condizioni previste dagli artt. 111, co. 5 e 7 DPR 230/2000 (infermità psichica sopravvenuta e vizio parziale di mente, art. 112 DPR 230/2000 – accertamento condizioni psichiche, art. 65 O.P. sezioni per minorati psichici, 148 CP – infermità psichica sopravvenuta al condannato), la chiara indicazione normativa è che vengano ospitati in sezioni specializzate all'interno degli istituti penitenziari. Le sezioni speciali carcerarie, previste, oltre che nelle norme dell'Ordinamento penitenziario (art. 65), nel DPCM 1° aprile 2008, che disciplina il passaggio delle funzioni sanitarie dall'amministrazione penitenziaria alle Regioni, e nei successivi Accordi della conferenza Stato-Regioni, che hanno definito i dettagli di questo passaggio (Accordi n. 81/CU del 26/11/2009, n. 95/CU del 13/10/2011, n. 3/CU del 22/01/2015, n. 17/CU del 26 febbraio 2015), e nelle quali gli interventi diagnostici e terapeutici sono assicurati dai dipartimenti di salute mentale del territorio, comprendono e

[8] Un'altra criticità è quella rappresentata dai soggetti ex art. 148 c.p. e 111 DPR 230/2000 che erano ospitati negli OPG e che oggi devono trovare una situazione adeguata alla loro condizione di salute. Il problema riguardante la posizione dei 148 pone ulteriori difficoltà a causa della mancata modifica del Codice penale che, nel caso di grave disturbo mentale sopravvenuto in fase esecutiva, indica ancora l'OPG come loro destinazione. Ovviamente risulta impensabile la possibilità di ospitare queste persone in Rems, se così fosse l'intera riforma potrebbe essere vanificata. A livello nazionale si hanno numeri notevoli. Vedi pag. 75, 76, 77 della presente relazione.

unificano le preesistenti sezioni penitenziarie per osservandi e "minorati psichici" e dovranno ospitare i soggetti con disturbi psichici gravi, comprendendo tutte le categorie di soggetti in tali condizioni, non sottoposti a misura di sicurezza. Quanto alla seminfermità sembra opportuno seguire l'indicazione del tavolo 11 degli Stati Generali, nel senso di una sua abolizione.

Prospettiva a lungo termine

1) Monitoraggio delle REMS che sono e saranno presenti sul territorio con impostazioni e regolamenti diversi *(vedi paragrafo 2)*;
2) Definizione di regole minime sui diritti e i principi informatori applicabili a tutte le REMS, tra cui il tassativo divieto della contenzione e il chiarimento in merito all'applicazione parziale dell'Ordinamento penitenziario;
3) Definizione dello status della REMS di Castiglione delle Stiviere, con l'obiettivo di limitare le presenze ai pazienti lombardi e di evitare la specializzazione dei nuovi sei moduli previsti di venti posti ciascuno, legati ai disturbi psichiatrici (psicotici, disturbi di personalità, schizofrenici) che al di là delle ragioni legate a un efficace intervento terapeutico, rischia di riproporre la logica del vecchio istituto manicomiale (civile e criminale). Soprattutto la perplessità sorge dalla notevole differenza con il sistema diffuso di REMS con venti posti senza differenze in relazione alle diverse patologie. Di questa problematica si è discusso in un incontro con i responsabili della struttura il 4 luglio.
4) Rispetto del principio di territorialità: tutti i pazienti devono essere accolti nelle REMS della propria regione, incluse le donne;
5) Prevedere la presenza di uno o due posti letto liberi per ogni REMS per rispondere ad eventuali urgenze;
6) Programmazione delle REMS definitive: strutture con la presenza di sole camere singole o con una percentuale minima di camere doppie.

Mi sono convinto che alla fine del periodo del commissariamento, sia necessaria ed opportuna l'istituzione di un organismo di monitoraggio e di indirizzo composto dai rappresentanti dei Ministeri della Salute e della Giustizia, del DAP, delle Regioni, delle Associazioni, del Coordinamento REMS, della Commissione mista del CSM.

E' una proposta che andrà precisata, nei suoi contorni, sul suo ruolo e sulla sua funzione. Suggerisco che sulla sua istituzione si apra una discussione che coinvolga soprattutto gli operatori che stanno quotidianamente realizzando il processo riformatore. La riforma mostrerà la sua forza nel tempo, nella capacità di incidere sul funzionamento dei servizi psichiatrici di base, diffusi sul territorio, sugli SPDC e nel rapporto con i servizi psichiatrici nelle carceri. La sfida è proprio quella di costituire un modello di intervento che leghi prevenzione e riparazione.

Un seminario di approfondimento, con la partecipazione dei Responsabili delle REMS e dei Dipartimenti, di alcuni Magistrati di Sorveglianza e di Associazioni impegnate sul tema, potrebbe essere un'occasione per cominciare a mettere a punto un percorso che definisca un regolamento base in tutte le REMS, che assicuri i diritti degli ospiti e che favorisca un confronto sulle pratiche terapeutiche e sulle questioni relative alla sicurezza.

2. Analisi dei Regolamenti delle REMS

L'Art. 3 ter del Decreto Legge n. 211/2011, convertito in Legge il 17 febbraio 2012 (L.9/2012), sanciva le disposizioni per il definitivo superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari ed indicava il termine entro il quale (il Ministero della Salute di concerto con il Ministero della Giustizia, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome) doveva essere adottato un decreto di natura non regolamentare che definisse 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 in casa di cura e custodia.

Si stabiliva che il decreto dovesse essere 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;
c) destinazione nelle strutture di soggetti provenienti, di norma, dal territorio regionale di ubicazione delle medesime.

All'interno del decreto interministeriale del 1° ottobre 2012 furono stabiliti, poi, i requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi delle stesse strutture sanitarie (che integrano gli standard previsti dal cosiddetto Decreto Bindi del 1997).
Infine, all'interno della Conferenza Unificata (Accordo Stato – Regioni) del 26 febbraio 2015 si dettano delle linee guida in merito a:

- Assegnazioni alle REMS (art. 1);
- Trasferimenti, traduzioni, piantonamenti (art.2);
- Altri procedimenti amministrativi (art.3);
- Formazione (art.4);

- Personale (art 5.);
- Sicurezza (art.6);
- Rapporti con UEPE e Magistratura (art. 7);

(art 8. Accordo sottoposto a monitoraggio da parte dell'Organismo di coordinamento e del Comitato paritetico interistituzionale).

Tra le premesse dell'Accordo viene stabilito che, come avveniva per gli internati in OPG, anche i diritti dei pazienti delle strutture sanitarie, sono disciplinati dalla normativa penitenziaria (L. 354/1975 e DPR 230/2000) in base ai principi del Servizio Sanitario Nazionale, secondo proprie procedure e organizzazione; e che, in tal senso, detti diritti sono pienamente garantiti, in prospettiva ampliativa, anche in considerazione della esclusiva gestione sanitaria. I medesimi principi sono applicati con riguardo ai rapporti dell'internato con la famiglia e con la comunità esterna, fermo restando che l'ammissione ai momenti di mantenimento dei rapporti con la famiglia e/o con la comunità esterna è subordinato, ove previsto, al nulla osta da parte dell'Autorità Giudiziaria competente e deve comunque essere coerente al percorso terapeutico-riabilitativo del singolo paziente; Si fa riferimento ancora all'Ordinamento Penitenziario quando si rende necessario un ricovero esterno in luogo di cura per un paziente. In quel caso si prevedendo l'applicazione dell'Art 11 della L. 354/75 e dell'Art 17 del DPR 230/2000. Dovrà essere, infatti, l'Autorità Giudiziaria ad adottare il provvedimento e, solo in casi di urgenza, il provvedimento potrebbe essere emesso dal Responsabile della REMS.

E rispetto al trattamento delle persone ivi ospitate si afferma che:

"per ogni paziente internato è definito uno specifico percorso terapeutico-riabilitativo individualizzato, periodicamente verificato secondo le procedure sanitarie ed inserito nella cartella personale; tale percorso deve prevedere il massimo coinvolgimento attivo del soggetto secondo i principi della recovery:

- valutazione multiprofessionale, secondo precise procedure e strumenti definiti per ciascun ambito;

- definizione del percorso terapeutico-riabilitativo che comprenda gli obiettivi generali e specifici, la prevenzione dei comportamenti a rischio - che sia comunque finalizzato alla reintegrazione sociale - nonché aspetti specifici di trattamento (impostazione della quotidianità, responsabilizzazione delle persone nella vita della struttura, attività, teatro, gruppi di problem solving, abilità automutuo-aiuto, formazione, studio, attività sportive, partecipazione del volontariato e ministri di culto) anche attraverso il mantenimento (o la ricostruzione) dei rapporti con la famiglia, con la comunità esterna, con il mondo del lavoro;"

Sulla base di questo Accordo le REMS si sono dotate di un proprio regolamento interno.

Grazie ad uno studio comparativo sulle Residenze per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza presenti su tutto il territorio nazionale sono stati raccolti dati esaustivi che permettono di costruire un quadro preciso della situazione interna a ciascuna REMS confrontandone i regolamenti e le prassi organizzative.

L'analisi dei regolamenti permette di confermare che tutte le strutture hanno osservato i principi generali che stanno alla base della Conferenza Unificata (Accordo Stato – Regioni) del 26 febbraio 2015.
Questo è il quadro che ne emerge:

Il **principio della territorialità** così come viene espresso nell'art. 1 della Conferenza Unificata, alla data odierna non viene rispettato per 51 pazienti su un totale di 541 persone ospitate complessivamente nelle REMS.
"Le assegnazioni e i trasferimenti (...) così come tutte le successive assegnazioni presso le REMS, sono eseguite dal Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria attenendosi al principio della territorialità come espressamente previsto

dall'articolo 3-ter, comma 3, lettera c) del decreto-legge 22 dicembre 2011, n. 211. La territorialità si fonda sulla residenza accertata".

Nella seguente tabella vengono specificate le Regioni dalle quali provengono le persone che stanno eseguendo una misura di sicurezza in regioni diverse dalla loro regione di appartenenza, le REMS presso le quali sono ospitate e il numero totale.

Regione di provenienza	**REMS di accoglienza**	**Numero**
LIGURIA	- Castiglione dello Stiviere – Lombardia	9[9]
ABRUZZO e MOLISE	San Nicola Baronia – Campania	1
LAZIO	- Castiglione dello Stiviere- Lombardia	2
SICILIA	Castiglione dello Stiviere – Lombardia	4
TOSCANA E UMBRIA	- Castiglione dello Stiviere – Lombardia (2) - Bologna – Emilia Romagna (1) - Parma – Emilia Romagna (1) - Montegrimano – Marche (4) - Capoterra – Sardegna (1)	9
VENETO	Castiglione dello Stiviere – Lombardia	2
CALABRIA	- Palombara Sabina – Lazio (1) - Spinazzola – Puglia (1) - Pisticci – Basilicata (8)	10
PIEMONTE	- Castiglione dello Stiviere	14[10]
	Totale	51

A tal proposito sarebbe utile anche ricordare che il principio della territorialità non viene quasi mai rispettato per le donne. In molte REMS, infatti, non vi è ad oggi la possibilità di ospitare donne e di conseguenza ci si trova costretti ad assegnarle alle poche strutture disponibili ma che spesso sono lontane dalla loro Regione di

[9] 9 presenti in REMS e 4 in Licenza Finale di Esperimento
[10] 14 presenti in REMS e 4 in Licenza Finale di Esperimento

provenienza. Sarebbe indispensabile, invece, che tutte le REMS fossero strutturate in modo da permettere l'eventuale presenza di donne al loro interno.

REMS dove si trovano le donne che non hanno trovato ospitalità presso strutture nella loro Regione di provenienza.

	REMS	Pazienti presenti
1	REMS di Castiglione dello Stiviere	9[11]
2	REMS di Pisticci	2 calabresi
	TOTALE	11

Nell'art. 2 della Conferenza Unificata si fa riferimento alla questione dei **trasferimenti, delle traduzioni e dei piantonamenti**. Viene così stabilito:

"Il Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria procede ai trasferimenti dagli Istituti Penitenziari alle REMS per l'applicazione e l'esecuzione delle misure di sicurezza, nonché alle traduzioni per motivi di giustizia, secondo quanto disposto dall'Autorità Giudiziaria. Competono all'Amministrazione Sanitaria i trasferimenti in luoghi di cura esterni alla REMS.

Il piantonamento in caso di ricovero presso strutture ospedaliere del Servizio Sanitario Nazionale esterne alle REMS è effettuato dal personale appartenente al Corpo di Polizia Penitenziaria, se disposto dall'Autorità Giudiziaria.

I trasferimenti presso comunità o abitazione, nei casi di fruizione di licenze, semilibertà e libertà vigilata, sono eseguiti a cura del Servizio Sanitario Nazionale.

Nei casi di estrema urgenza e di pericolo di vita il Dirigente responsabile della REMS dispone direttamente il trasferimento, provvedendo contestualmente a darne notizia all'Autorità giudiziaria competente per eventuali ulteriori disposizioni in merito."

[11] Lazio 1, Piemonte 1, Sicilia 3, Toscana 1, Umbria 1, Veneto 1, Liguria 1.

Queste disposizioni sono riprese e fatte proprie in ogni regolamento delle REMS.

Si devono però segnalare alcune problematiche che sono emerse a tal riguardo. Non sempre tra REMS, Polizia Penitenziaria, Carabinieri e Polizia si trovano facilmente accordi per effettuare traduzioni e piantonamenti e la normativa, a volte incompleta, non aiuta i giudici a decidere come provvedere a risolvere certi impasse. (cfr. varie criticità presentate, a partire dalla pag. 9 della presente relazione)

L'organizzazione disposta dall'art. 3 della stessa Conferenza Unificata, viene condivisa e adottata in tutte le strutture nella misura in cui si stabilisce che:

"I procedimenti di ammissione alla REMS, registrazione ai fini amministrativi-sanitari, conservazione degli atti relativi alla posizione giuridica e rapporti con l'Autorità Giudiziaria sono svolti a cura del personale amministrativo della REMS.
Sono altresì di competenza del personale sanitario e amministrativo della REMS i rapporti e le comunicazioni alla Magistratura di sorveglianza o di cognizione e le comunicazioni delle Autorità Giudiziarie nei confronti dei ricoverati (a titolo di esempio: permessi, licenze, notifiche), nonché quelle all'Amministrazione Penitenziaria con riguardo alle attività di cui al primo comma del presente articolo.
Per un periodo transitorio di un anno i procedimenti di identificazione, immatricolazione, ricostruzione ed aggiornamento della posizione giuridica sono svolte dal personale dell'Amministrazione Penitenziaria."

Allo scadere del periodo transitorio però questa ultima funzione, ancora svolta dal personale dell'Amministrazione Penitenziaria, sarebbe dovuta essere gestita dal personale amministrativo della REMS.

Sulla base di quanto stabilito nell'art. 6, va ricordato, infine, che:

"i servizi di sicurezza e vigilanza perimetrale sono attivati sulla base di specifici Accordi con le Prefetture"

Viene rilevato che, a tal proposito, sono messe in atto disposizioni diverse, anche in considerazione del fatto che gli ospiti presenti nelle REMS possono avere gradi di pericolosità sociale assai diversificata.

Risulta che tra le 26 REMS presenti sul territorio nazionale, 19 hanno un servizio di vigilanza privato, 5 ne sono sprovviste, 2 affidano il servizio ai dipendenti della REMS. In tutti i casi in cui è presente il servizio di vigilanza, tranne che in uno[12], si tratta di un servizio di vigilanza 24 ore su 24. In tutte le REMS, tranne in due[13], i vigilanti possono intervenire qualora ci siano delle situazioni critiche. Tra tutte le strutture, solo in 5 casi il personale addetto alla vigilanza svolge servizio con un'arma[14]. Solo in 7 casi gli operatori svolgono servizio all'esterno della struttura, nelle rimanenti strutture gli operatori permangono all'ingresso della REMS, in un locale apposito.

Il sistema di video sorveglianza è presente in tutte le strutture, cambia solo in termini di posizionamento delle telecamere. Alcune hanno attivo il sistema solo all'estero, altre all'esterno e negli spazi comuni, altri ancora anche nelle stanze.

Rems	Spazi comuni	Stanze	Bagni	Esterno
Bra (Piemonte)	1	0	0	0
Castiglione (Lombardia)	1	1	0	1
Nogara (Veneto)	1	1	0	1
Pergine Valsugana (Trentino)	1	1	1	1
Aurisina (Friuli)	0	0	0	1
Maniago (Friuli)	1	0	0	0
Udine (Friuli)	0	0	0	1
Bologna (Emilia Romagna)	0	0	0	1
Parma (Emilia Romagna)	1	0	0	1

[12] Rems Bra: 9.30 – 22.30, salvo imprevisti.
[13] Spinazzola (BAT) e Volterra (PI)
[14] Il personale presente per turno è in genere di una o due unità. L'arma di servizio non è visibile ai pazienti.

Montegrimano (Marche)	1	1	0	1
Subiaco (Lazio)	1	0	0	0
Palombara Sabina - Merope e Minerva (Lazio)	1	0	0	0
Ceccano (Lazio)	1	0	0	1
Pontecorvo (Lazio)	1	0	0	1
Barete (Abruzzo)	0	0	0	1
Roccaromana (Campania)	0	0	0	1
Mondragone (Campania)	0	0	0	1
Vairano Patenora (Campania)	0	0	0	1
San Nicola Baronia (Campania)	1	1	0	1
Spinazzola (Puglia)	1	1	0	1
Carovigno	1	1	0	1
Pisticci (Basilicata)	1	0	0	1
Caltagirone (Sicilia)	1	0	0	1
Naso (Sicilia)	1	0	0	1
Capoterra (Sardegna)	1	0	0	1
Volterra (Toscana)	1	0	0	1

NOTE:

1)Nella REMS di Bra il sistema di video sorveglianza esterno copre solo l'ingresso e sul cortile ma non su tutto il perimetro della struttura;

2) Nella REMS di Castiglione è presente un sistema di video sorveglianza nelle stanze di osservazione, non di degenza;

3) Nella REMS di Pergine Valsugana la videosorveglianza esterna ha una capacità di registrazione sino a 72 ore. All'interno è predisposto un sistema di video sorveglianza senza registrazione; tale sistema è presente anche nei bagni ma garantisce comunque la privacy dei pazienti;

4) Nella Rems di Montegrimano il sistema di video sorveglianza nelle stanze copre solo l'ingresso;

5) Il sistema di video sorveglianza nelle stanze della Rems di Caltagirone è assente, fatta eccezione in due stanze singole (bagno escluso).

In sole quattro strutture[15] non è prevista la presenza di un sistema di allarme ed in questi casi, eventualmente ci fosse una situazione pericolosa, gli operatori potrebbero avvisare le forze dell'ordine solo attraverso chiamata. Nelle rimanenti strutture sono presenti sistemi di allarme e in tre casi[16], gli operatori sono anche dotati di un braccialetto con un pulsante di soccorso che permette di attivare l'allarme in caso di pericolo.

A Castiglione dello Stiviere l'attività di vigilanza è garantita da videosorveglianza perimetrale e i monitor di visione sono collocati negli spazi dell'area di portineria. Si prevede la presenza di un sistema di videosorveglianza anche in alcune stanze di osservazione, ma non di degenza, e negli spazi comuni esterni. I monitor sono collocati nelle infermerie delle rispettive strutture.

Partendo da queste premesse si è proceduto ad analizzare tutti i Regolamenti attuati nelle Residenze di Esecuzione delle Misure di Sicurezza (REMS) rilevando, come già affermato, che alcuni cornici di riferimento sono uguali o molto similari in tutte le strutture, come ad esempio:

- Disposizioni in merito a procedure di **identificazione**, **immatricolazione**, ricostruzione e aggiornamento della **posizione giuridica** degli ospiti;
- **Formazione continua del personale** della REMS sia da un punto di vista clinico che giuridico amministrativo;

[15] Roccaromana, Mondragone e Vairano Patenora (Campania), Spinazzola (Puglia).

[16] Castiglione dello Stiviere (Lombardia), Bologna (Emilia Romagna), Capoterra (Sardegna).

- Disposizioni relative alle procedure di **screening sanitario** (azioni da attivare entro le 24 h, entro i 3 giorni, entro i 7 giorni ed entro il primo mese dall'ingresso dell'ospite);
- Disposizioni relative alle procedure che devono essere messe in atto dagli operatori in caso di **allontanamento non concordato**[17] da parte degli ospiti e, ancora prima, alle possibili azioni preventive;
- Disposizioni in materia di **trasferimenti** (dagli Istituti Penitenziari, da REMS a Ospedale, da REMS ad altra struttura);
- Disposizioni in merito ad un eventuale **piantonamento** in struttura ospedaliera.

In ogni Regolamento viene specificato:

- Quale sia l'organizzazione della **vita quotidiana** all'interno della struttura;
- Quali siano i **diritti e i doveri** delle persone ospitate.

Si notano delle differenze sulla questione relativa alla possibilità di effettuare **colloqui** con familiari e persone esterne. In alcuni regolamenti viene indicata genericamente la modalità per usufruirne, spiegando che i colloqui possono essere effettuati se autorizzati dall'Autorità competente e se il Referente della struttura, che ha in carico il paziente, riconosce che questi non hanno effetti negativi per il paziente in questione.

In altri regolamenti sono indicati in maniera più specifica: giorni di accesso, cadenza con la quale possono essere effettuati i colloqui e le regole che devono essere rispettate dal paziente e dalla persona che fa visita (regolamentazione simile a quella prevista per i colloqui che vengono effettuati in carcere).

Solo in un regolamento (REMS Montegrimano) sono specificate le modalità e i tempi per potere effettuare e/o ricevere **telefonate** verso/da l'esterno che sono state

[17] Va sottolineato che il numero di pazienti che si sono indebitamente allontanati dalle Rems è veramente esiguo. Nella maggior parte dei casi fanno rientro, volontariamente o accompagnati dalle forze dell'ordine, entro poche ore o entro pochi giorni. Le persone che, a seguito di allontanamento, non hanno fatto rientro nella Rems di appartenenza sono complessivamente 4.

precedentemente autorizzate dall'Autorità Giudiziaria. Una volta effettuato l'ingresso della persona in struttura, qualora questa sia già autorizzata ad effettuare colloqui e telefonate da parte dell'Autorità Giudiziaria, potrà effettuare una comunicazione di arrivo verso famiglia e/o avvocato difensore. Dopo questo primo contatto sono previsti 15 giorni in cui non potranno essere effettuati altri colloqui telefonici. Se invece nella cartella personale dell'ospite non sono presenti autorizzazioni, il personale amministrativo della REMS dovrà farne formale richiesta all'autorità giudiziaria dopo aver ricevuto una copia dello stato di famiglia o apposita autocertificazione.

Negli altri regolamenti pervenuti, non si fa alcun riferimento specifico alle telefonate.

Nei regolamenti sono presenti delle disposizioni relative alle procedure che devono essere messe in atto dagli operatori in caso di **comportamenti aggressivi** assunti da parte degli ospiti. In alcuni viene specificato che se il comportamento aggressivo non dovesse regredire, dopo le procedure di rito, possono mettere in atto inserimento del paziente in stanze di descalation[18] / contenimento fisico del soggetto[19] / TSO. Ritengo che, al contrario, sia particolarmente interessante la digressione inserita nel regolamento di alcune REMS (es. Palombara Sabina, Subiaco) a proposito dell'importanza del comportamento verbale e non verbale assunto dagli operatori in dette situazioni e volto a contenere lo sviluppo naturale del ciclo dell'aggressività.

Alla base del trattamento di ogni paziente presente nelle REMS vi è il principio secondo il quale debba essere costruito un **Piano Terapeutico Riabilitativo Individualizzato** che tenga conto delle risorse e delle criticità della persona. Sarebbe importante che il progetto fosse condiviso dal paziente. Un approccio metodologico interessante viene offerto nella REMS di Pergine Valsugana nella quale si cerca di coinvolgere nella presa in carico anche la famiglia e le persone di riferimento,

[18] *Es: Caltagirone, Naso, Ceccano e Pontecorvo.*

[19] *Es. Pisticci, Ceccano, Pontecorvo: "qualora l'uso della forza risultasse indifferibile lo stesso personale sanitario può ritenere necessario il contenimento fisico del soggetto per il tempo limitato alla necessaria effettuazione di prestazioni di primo soccorso ovvero di operazioni volte alla salvaguardia della integrità dello stesso".*
Es. Volterra: in caso di mancata risoluzione della crisi, potrà essere disposto TSO extraospedaliero. Il personale delle Forze dell'Ordine intervenuto supporterà allora il personale sanitario nell'opera di contenimento del soggetto, attuando ogni misura per preservare la sua e di altrui integrità fisica.

attraverso un reciproco scambio di informazioni e di supporto, al fine di definire le strategie più efficaci nelle varie fasi del trattamento. L'approccio di tipo sistemico riteniamo possa essere l'approccio verso il quale orientarsi dal momento che la persona non può e non deve essere mai considerata come avulsa dal proprio contesto e sistema di riferimento. Questo tipo di lavoro potrebbe agevolare la persona anche in vista del suo reinserimento nella comunità.

Ruolo fondamentale viene dato a tutti gli operatori presenti nella equipe. Si tratta di **equipe multi professionali** poiché composte da professionisti con diverse specializzazioni (psichiatri, assistenti sociali, psicologi, infermieri, operatori socio sanitari, tecnici della riabilitazione psichiatrica, amministrativi).

Viene effettuato un importante **lavoro integrato** tra: REMS, Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria, Magistratura di Sorveglianza, Procura della Repubblica, Questura, UEPE, Casa circondariale, Carabinieri e Autorità giudiziaria che ha emesso il provvedimento che ha stabilito l'inserimento, il trasferimento o la dimissione della persona.

In tutti i regolamenti analizzati emerge l'importanza della **partecipazione** dell'ospite alle attività proposte nella REMS nell'ottica di evitare un comportamento passivo della persona e aumentare la condivisione della vita di comunità.

Nei regolamenti di diverse strutture viene specificato quali sono le **sostanze e i prodotti che non sono consentiti** (es. cellulari, vetro, lattine, specchi, stupefacenti, appendiabiti in legno o ferro, materiali infiammabili, solventi, alcolici, televisori, ombrelli, colla, prodotti alimentari e bevande), gli oggetti che sono vietati ma per cui **l'equipe potrà decidere di consentirne l'uso** (es. stampelle, denaro, oro, radio ecc.), gli oggetti che sono consentiti con un utilizzo assistito (forbicine, phon, rasoio tinture per capelli, creme depilatorie, accendino, computer, sigarette ecc.). **Consentiti**: abbigliamento, biancheria, asciugamani, prodotti per l'igiene personale, deodorante (non spray).

Uscite dalla REMS: sono previste se il responsabile della struttura ritiene che siano coerenti con il progetto terapeutico e solo se sono autorizzate dal Magistrato di Sorveglianza.

Volontari e altro: non in tutti i regolamenti viene specificato che per quanto attiene gli ingressi, il personale volontario, gli studenti, i tirocinanti e gli specializzandi sono regolamentati come disposto dagli art. 17 e 78 della L. 354/75. Anche in questo caso la singola persona sarà autorizzata dal Magistrato di Sorveglianza su parere favorevole del direttore della REMS.

Visite in struttura anche senza autorizzazione: nell'ordinamento penitenziario viene specificato che alcune persone (es. parlamentari, consiglieri regionali, garanti dei diritti dei detenuti) possono visitare gli istituti penitenziari anche senza autorizzazione. Questa disposizione, prevista nell'art. 67, è valida anche per le REMS. A tal proposito in data 18 maggio 2016 invitavo i Garanti regionali presenti nelle regioni dove sono ubicate le strutture a effettuare delle azioni di controllo e monitoraggio sul funzionamento delle stesse REMS.

Religione: in tutte le REMS gli ospiti sono liberi di professare la loro fede religiosa e possono richiedere di ricevere l'assistenza dei Ministri del proprio culto e ad assistere alla celebrazione dei riti.

Alcune annotazioni specifiche:

REMS di Nogara: gli operatori periodicamente effettuano controlli nelle stanze con l'intento di verificare che non vi siano conservati oggetti o materiali inidonei o non consentiti. Corrispondenza: aperta da un operatore alla presenza dell'ospite ma solo per verificarne il contenuto (idem REMS Castiglione).

All'interno della Carta dei Servizi della REMS di Caltagirone in Sicilia si può leggere che, per evitare di porre distanze tra gli operatori e gli utenti e per cercare di favorire una buona riuscita dei progetti riabilitativi, gli operatori non indossano il camice bianco. Sono presenti diverse attività: laboratorio di cucina, "gruppo benessere",

Gestione del quotidiano, Cineforum, Gruppo fiabe, Casa-Lavoro-Tempo libero, laboratorio di attività espressive, laboratorio di scrittura creativa, attività sportive, feste da organizzare sia all'interno che all'esterno della REMS, eventi per vivere la città, numerose uscite programmate e finalizzate a stringere rapporti con la popolazione.
REMS Bologna: i pazienti possono accedere ad internet, per un'ora a settimana, con la supervisione dell'operatore di turno.

REMS di due posti in Friuli Venezia Giulia (Udine, Maniago, Aurisina): l'operatività nel quotidiano non si discosta, fatte salve le misure detentive, dalle modalità previste e promosse negli altri DSM comprese le strutture residenziali. La stretta collaborazione con i gruppi di lavoro di competenza permette di costruire e mantenere una relazione di aiuto con il paziente, organizzare attività tipiche di una residenza, costruire progetti socio educativi.

I responsabili delle REMS del Friuli Venezia Giulia fanno presente il problema relativo alle misure di sicurezza che è stato segnalato anche da altre strutture. Si precisa che la funzione REMS è residuale, finalizzata al superamento dell'OPG. La Legge 81/2014 privilegia le misure alternative all'internamento e l'auspicio è che possa diventare una buona pratica la predisposizione di un Piano Terapeutico Riabilitativo Individuale (da effettuare entro 45 giorni dall'ingresso in struttura) finalizzato ad ottenere soluzioni diverse dalla misura detentiva in REMS.

Protocolli con enti esterni

In quasi tutte le strutture sono stati realizzati o sono in costruzione:

- Protocolli con Tribunale e Prefettura;
- Protocolli con i distretti (medici - continuità assistenziale, pronto soccorso, 118);
- Convenzioni con altre Regioni per la gestione temporanea di eventuali utenti inviati.

Requisiti strutturali – la questione dei posti letto

All'interno del decreto interministeriale del 1° ottobre 2012 vengono stabiliti i requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi (che integrano gli standard previsti dal cosiddetto Decreto Bindi del 1997). Viene specificato che:

"L'area abitativa con un numero massimo di 20 posti letto si configura come di seguito: è articolata in camere destinate ad una o due persone e comunque fino ad un massimo di quattro ospiti nei casi di particolari esigenze strutturali o assistenziali, il numero dei posti letto collocati in camere singole è pari ad almeno il 10% dei posti letto totali".

Per le REMS definitive andrà recepita l'indicazione del Tavolo 10 degli Stati Generali per l'esecuzione penale che indica come soluzione ottimale la previsione di camere singole. Questa indicazione è stata condivisa, e di fatto assunta, come linea nella progettazione in atto.

il seguente specchietto, invece, rappresenta la situazione attuale nelle REMS presenti su tutto il territorio nazionale:

REMS	Stanze
Bra (Piemonte)	Stanze singole o doppie
Castiglione (Lombardia)	5 stanze a sei letti, 6 stanze a cinque letti, 30 triple, 21 doppie, 15 singole
Nogara (Veneto)	8 singole, 2 triple, 11 doppie
Pergine Valsugana (Trentino)	5 stanze tra singole, doppie e triple
Aurisina (Friuli)	2 stanze singole
Maniago (Friuli)	2 stanze singole
Udine (Friuli)	2 stanze singole
Bologna (Emilia Romagna)	Stanze singole o doppie
Parma (Emilia Romagna)	1 tripla, 1 singola, 3 doppie
Montegrimano (Marche)	1 singola, 7 doppie
Subiaco (Lazio)	due singole, 9 doppie

Palombara Sabina, *Merope e Minerva* (Lazio)	2 moduli, ciascuno con 1 singola, 2 triple, 8 doppie
Ceccano (Lazio)	singole o doppie
Pontecorvo (Lazio)	singole o doppie
Barete (Abruzzo)	D:1doppia e 1singola. U: 8doppie, 1singola
Roccaromana (Campania)	4 quadruple, 1 tripla, 1 singola
Mondragone (Campania)	8 doppie
Vairano Patenora (Campania)	4 triple
San Nicola Baronia (Campania)	2 singole, 9 doppie
Spinazzola (Puglia)	3 triple, 3 doppie, 5 singole
Carovigno	singole o doppie
Pisticci (Basilicata)	9 singole e 1 doppia
Caltagirone (Sicilia)	2 singole, 2 triple, 6 doppie
Naso (Sicilia)	3 quadruple, 2 singole, 2 triple
Capoterra (Sardegna)	3 singole e 6 doppie
Volterra (Toscana)	3 singole, 3 triple, 8 doppie

L'indicazione normativa prevede un'attenzione al processo di umanizzazione degli spazi di cura. Tale indicazione è disattesa in alcune REMS data l'attuale affollamento dei pazienti nelle camere delle REMS. L'obiettivo è quello di prevedere con opportuni interventi nel tempo più rapido possibile l'abolizione almeno delle stanze quadruple e triple anche con il rischio di diminuire la capienza. Va ribadito che nelle REMS definitive devono essere previste camere singole e bagni in camera.

3. Rems sul territorio nazionale: strutture attive, da attivare, capienza

E' stato effettuato uno studio sulle REMS presenti sul territorio nazionale. I dati raccolti si riferiscono alla situazione presente ad aprile, quando le REMS presenti erano 23 più l'ex OPG di Castiglione dello Stiviere riconvertito in un Sistema Polimodulare di REMS provvisorie. I dati allora raccolti sono poi stati aggiornati ad agosto 2016. Nel frattempo sono state inaugurate altre due REMS:

1) una in Abruzzo, a Barete, dove sono stati accolti prioritariamente gli internati abruzzesi e molisani ancora presenti presso l'OPG di Aversa.
2) una in Puglia, a Carovigno, che ha accolto prioritariamente i 7 internati pugliesi ancora presenti presso l'OPG di Barcellona Pozzo di Gotto;

Sono state ampliate delle strutture esistenti:

1) Nel Lazio, la REMS di Palombara Sabina è stata ampliata con l'apertura di un secondo modulo e i posti disponibili sono diventati 40.
2) In Toscana, nella REMS di Volterra c'è stato un ampliamento da 20 a 28 posti.
3) In Veneto, nella REMS di Nogara, è stato aperto un ulteriore modulo con la presenza di 20 posti per una capienza complessiva di 36 posti letto.

Ad oggi le REMS presenti in Italia sono così ripartite nelle diverse regioni:

Regione Lazio

	REMS	Posti letto
1	Pontecorvo (FR)	11
2	Ceccano (FR)	20
3	Palombara Sabina (RM)	20+20
4	Subiaco (RM)	20
	Totale posti letto	**91**

Regione Campania

	REMS	Posti letto
1	Mondragone (CE)	16
2	Roccaromana (CE)	20
3	Vairano Patenora (CE)	12
4	San Nicola Baronia (AV)	20
	Totale posti letto	**68**

Regione Friuli Venezia Giulia

	REMS	Posti letto
1	Udine	2
2	Maniago (PN)	2
3	Aurisina (TS)	2
	Totale posti letto	**6**

Regione Emilia Romagna

	REMS	Posti letto
1	Bologna	14
2	Parma	10
	Totale posti letto	**24**

Regione Sicilia

	REMS	Posti letto
1	Naso (ME)	20
2	Caltagirone (CT)	20
	Totale posti letto	**40**

Regione Puglia

	REMS	Posti letto
1	Spinazzola (BAT)	20
2	Carovigno	18
	Totale posti letto	**38**

Regioni con una sola Rems

Regione	Città	Posti letto
Sardegna	Capoterra (CA)	16
Basilicata	Pisticci (MT)	10
Veneto	Nogara (VR)	16+20
Marche	Montegrimano (PS)	15
Trentino Alto Adige	Pergine Valsugana (TN)	10
Piemonte	Bra (CN)	18
Toscana	Volterra (PI)	28
Abruzzo	Barete (AQ)	20

Le prossime aperture sono previste nelle seguenti regioni:

1) Calabria, a Santa Sofia d'Epiro;
2) Piemonte, a San Maurizio Canavese (TO);
3) Liguria, a Genova;
4) Toscana, a Empoli;
5) Sicilia, secondo modulo a Caltagirone.

Ai Responsabili di tutte le REMS sono state chieste delle informazioni dettagliate in modo da costruire un quadro generale completo e puntuale. Le informazioni richieste riguardavano i seguenti punti:

1) Data di apertura della REMS e flusso su ingressi e uscite dalla REMS stessa;
2) Numero delle persone che si trovano in REMS per applicazione di misure di sicurezza provvisorie e quante per provvedimenti definitivi;
3) Eventuali episodi di contenzione attuati nella struttura. Indicando nello specifico se esiste una stanza appositamente adibita, se ci sono stati dei casi e, nell'ipotesi, quanti sono stati e la durata della contenzione;
4) Ricevere una copia del regolamento della REMS (vedi paragrafo 3).

Questa è la fotografia emersa:

Tutte le strutture sono state aperte nel 2015, tranne 5 REMS aperte nel 2016.

Il numero di ospiti presenti nelle REMS variano da un minimo di 2 (per le tre strutture del Friuli Venezia Giulia) ad un massimo di 28 (Toscana - Volterra) o con la presenza di due moduli da 20 posti nella stessa struttura (Palombara Sabina, Nogara e prossimamente anche Caltagirone). Ovviamente fa eccezione il Sistema Polimodulare di REMS provvisorie di Castiglione dello Stiviere che ha 6 moduli da 20 posti ma che attualmente registra un numero di presenze pari a 162.

I pazienti presenti nelle REMS ad oggi, considerando anche i 162 pazienti di Castiglione dello Stiviere, sono 541 di cui 318 definitivi, 216 provvisori e 7 con posizione mista. In totale sono 798 le persone che sono state inserite in REMS e 506 le persone che sono poi state dimesse[20]. Il fatto che delle persone vengano anche dimesse dalle REMS è un segnale positivo che porta a pensare che queste residenze siano delle strutture tendenzialmente aperte e, contrariamente agli OPG, non prevedono una presenza senza fine, con quella tragica pratica che era definita come *ergastolo bianco*.

[20] Il dato relativo alle dimissioni nelle REMS non è propriamente reale poiché comprende anche le dimissioni avvenute a Castiglione (284) che superano gli ingressi registrati nella stessa struttura dal momento che si tratta di un ex OPG riconvertito in Sistema Polimodulare di Rems provvisorie.

3.1 Rems e Contenzione

Su 26 strutture 17 non hanno una stanza appositamente adibita alla contenzione. In tre strutture ci sono stanze chiamate di "descalation" nelle quali si ospitano pazienti particolarmente agitati per evitare comportamenti etero o auto aggressivi; in una struttura sono presenti due camere video sorvegliate, due strutture dichiarano che non è ancora presente una stanza appositamente adibita ma che hanno intenzione di predisporne una per la messa in sicurezza di pazienti con agìti violenti per la loro sicurezza ma anche per la sicurezza degli altri pazienti e del personale.

Su 26 REMS 17 dichiarano che non si sono verificati episodi di contenzione[21] all'interno della struttura. Si registrano:

- 5 episodi di contenzione nella Casa di cura San Michele di Bra (Piemonte) registrati all'inizio dell'esperienza;
- 2 episodi di inserimento presso una stanza di descalation nella REMS di Ceccano (Lazio) per allontanare il paziente da una situazione critica e non praticando una contenzione fisica;
- 1 episodio di inserimento presso una stanza di descalation nella REMS di Pontecorvo (Lazio) anche in questo caso per allontanare la paziente da una situazione critica e non come contenzione fisica;
- 1 episodio di contenzione meccanica (della durata di 7 ore) a Subiaco (Lazio);
- 1 episodio di contenzione ambientale, relazionale e farmacologica ma non fisica/meccanica presso la REMS di Pergine Valsugana (Trentino);
- Nella REMS di Caltagirone (Sicilia) sono presenti due stanze video sorvegliate arredate come le altre camere di degenza ma con accorgimenti di sicurezza maggiorati. In una delle due è presente un paziente che viene periodicamente

[21] Un punto che richiede approfondimento è quello che riguarda la contenzione: non si dovrebbe tornare indietro rispetto al suo categorico rifiuto. Seguendo le indicazioni del parere del Comitato Nazionale di Bioetica del 24 aprile 2015, si dovrebbe rifiutare tale pratica, sia intesa come contenzione fisica che come contenzione farmacologica.
I dati riguardanti gli episodi di contenzione sono riferiti ad aprile 2016.

contenuto limitando il movimento di un solo arto. L'altra stanza è usata come comune stanza di degenza o come camera per ospitare, in condizioni di maggiore sicurezza, pazienti particolarmente agitati e aggressivi.;

Un discorso a parte va fatto sul Sistema Polimodulare REMS Provvisorie di Castiglione dello Stiviere che ospita un numero di persone pari a 162 (di cui 110 definitivi e 52 provvisori). All'interno della struttura vengono effettuate regolarmente delle *contenzioni*. Nel periodo che va dal 1° aprile 2015 al 31/03/2016, si registrano 918 episodi che interessano 59 pazienti. Si tratta di un numero di contenzioni molto alto ma in ogni caso va segnalato che tra queste contenzioni, 742 sono rivolte a una donna che presenta un quadro di ritardo mentale grave e manifesta comportamenti etero e autoaggressivi con tentativi di autoenucleazione degli occhi. Questa persona, di origine veneta, a fine ottobre sarà inserita in una struttura di lungo degenza nella propria regione.

Viene dichiarato che tali comportamenti sono resistenti ad ogni approccio farmacologico e per garantire la protezione della paziente e del personale si rende necessario un trattamento contenitivo quotidiano. Nei rimanenti 176 casi, 40 contenzioni riguardano 9 pazienti presenti nella REMS di accoglienza maschile, 61 contenzioni riguardano 20 pazienti presenti nel reparto Aquarius (maschile), 30 contenzioni riguardano 13 pazienti presenti nel reparto Virgilio A e B (Maschile) e 45 contenzioni riguardano 16 pazienti presenti nel reparto REMS femminile di degenza.

3.2 Rems e donne

Su 541, numero totale delle persone presenti in REMS, 52 sono donne e sono così ripartite:

	REMS	Pazienti presenti
1	Rems di Bologna	3
2	Rems di Barete	1
3	Rems di Capoterra	1
4	Rems di Castiglione dello Stiviere	26
5	Rems di Montegrimano	2
6	Rems di Pergine Valsugana	1
7	Rems di Pisticci	3
8	Rems di Pontecorvo	11
9	Rems di Roccaromana	3
10	Rems di Udine	1
	TOTALE	52

Delle 52 donne ospitate presso le strutture sopra elencate, 26 hanno una misura di sicurezza definitiva, 25 provvisoria e una è appellante. Nello specifico:

- Nella Rems di Bologna ci sono 3 donne emiliane, di cui due definitive e una appellante.
- Nella Rems di Barete è presente una donna abruzzese con misura di sicurezza provvisoria.
- Nella Rems di Capoterra è presente una donna sarda con misura di sicurezza definitiva.
- A Castiglione dello Stiviere sono presenti 26 donne (Lombardia 17, Piemonte 1, Veneto 1, Liguria 1, Toscana 1, Umbria 1, Lazio 1, Sicilia 3) di cui 16 in misura definitiva e 10 in misura provvisoria.
- Nella Rems di Montegrimano sono presenti due donne marchigiane con misura di sicurezza provvisoria.

- Nella Rems di Pergine Valsugana è presente una donna trentina con misura di sicurezza definitiva.
- Nella Rems di Pisticci sono presenti tre donne, una lucana e due calabresi. Le misure di sicurezza in questione sono due provvisorie e una definitiva.
- A Pontecorvo sono presenti 11 donne (tutte laziali) di cui 5 in misura di sicurezza definitiva e 6 in misura di sicurezza provvisoria.
- Nella Rems di Roccaromana sono presenti tre donne con misure di sicurezza provvisoria. Una assegnata alla regione Lazio, una assegnata alla regione Campania e una campana.
- Nella Rems di Udine è presente una donna friulana con misura di sicurezza provvisoria.

3.3 Rems e Senza Fissa Dimora

Le persone senza fissa dimora presenti all'interno delle REMS ad oggi sono 53 di cui 43 stranieri e 10 italiani. Tra i 43 stranieri, 35 sono extracomunitari e 8 i comunitari. Tra i 35 extracomunitari 28 sono le persone senza permesso di soggiorno, 5 le persone che erano regolari e che al momento hanno il permesso di soggiorno scaduto, uno è venuto in Italia con il passaporto che nel frattempo è scaduto, uno ha richiesto protezione internazionale.

In un solo tra questi casi è stato emesso un provvedimento di espulsione una volta terminata la misura di sicurezza.

Pochissimi i casi in cui sono previsti progetti di reinserimento per le persone senza fissa dimora presenti nelle strutture al termine della misura di sicurezza. Nella maggior parte dei casi viene espresso l'auspicio che facciano rientro nel loro paese di origine.

Entrare, per un periodo di tempo più o meno lungo, in una istituzione totale comporta non poca stigmatizzazione e le prospettive di reinserimento sociale sono più difficili quanto più lungo è il periodo di permanenza al loro interno. La costruzione di reti che favoriscano il reinserimento sociale della persona una volta scontata la pena e/o terminata la misura di sicurezza, così come stabilito dall'art.1 dell'Ordinamento Penitenziario, per i Senza Fissa Dimora diventa assai più complicato di quanto già non lo sia in generale per i cittadini italiani o comunque gli aventi titolo.

Su 53 persone senza fissa dimora, 30 sono definitive, 23 provvisorie, una ricorrente in Cassazione.

Nella quasi totalità dei casi si tratta di persone che hanno compiuto reati contro la persona. In un caso si tratta di reati connessi all'uso e allo spaccio di sostanze stupefacenti e in due casi di reati contro il patrimonio.
La maggior parte delle persone senza fissa dimora presenti nelle REMS hanno una residenza fittizia fornita dai comuni ove risiedevano in precedenza, questo gli

garantisce l'assistenza di welfare di base. Tale strumento usa essere definito "domicilio di soccorso". Nel caso in cui la persona è entrata irregolarmente all'interno del nostro paese e non ha mai registrato una residenza allora il principio che viene applicato per stabilire una residenza, seppure fittizia, è quella legata al luogo in cui la persona ha commesso il reato. Per i 10 italiani va immediatamente rilasciato un documento di identità e concessa la residenza che può essere quella del Comune dove ha sede la REMS.

Le REMS all'interno delle quali si trovano, o si sono trovate, persone senza fissa dimora sono le seguenti:

REMS ospitante	SFD italiani	SFD stranieri	Totale
Castiglione dello Stiviere	2	15	17
Nogara	1	3	4
Pergine Valsugana	1	1	2
Palombara Sabina (Merope e Minerva)		4	4
Bra		3	3
Ceccano	2	3	5
Pontecorvo		1	1
Mondragone		1	1
Parma		2[22]	2
Bologna	3	4	7
Subiaco	1	1	2
Spinazzola		1	1
Carovigno		1	1
Montegrimano		1	1
Volterra		1	1
Naso		1	1
Totale	10	43	53

[22] Una persona si è allontanata dalla struttura dopo pochi giorni che era stata accolta e ad oggi risulta latitante. Alla REMS, a partire dall'11 agosto, è stata assegnata un'altra persona straniera e SFD (inizialmente assegnata erroneamente alla REMS di Nogara) ma che al momento si trova in SPDC.

3.4 Misure di sicurezza non eseguite[23]

Tutti i responsabili delle strutture fanno emergere quanto sia preoccupante l'aumento di misure di sicurezza provvisorie che prevedono il ricovero in REMS.

Tra le 219 ordinanze[24] alle quali ad oggi non è stata data esecuzione, va fatta una differenziazione tra le misure rivolte alle persone residenti nelle regioni che hanno già attivato sul proprio territorio delle REMS (ma che avendo raggiunto la capienza massima non possono accogliere altri pazienti) e le misure rivolte a persone residenti in regioni che al momento non hanno attivato strutture adeguate per dare esecuzione a questi provvedimenti.

3.4.1 Regioni con REMS attive ma senza posti disponibili

Nel primo caso, l'elenco è il seguente: soggetti in attesa di esecuzione della misura di sicurezza residenti in Regioni con REMS attive ma senza posti disponibili:

Emilia Romagna	5 (4 provvisori e 1 definitivi)
Trentino Alto Adige	3 provvisorie
Basilicata	2 provvisori
Lazio	23 (20 provvisori e 3 definitivi)
Campania	23 (20 provvisori e 3 definitivi)
Puglia	10 (7 provvisori e 3 definitivi)
Toscana e Umbria	16 (13 provvisori e 3 definitivi)
Piemonte	20 (8 provvisori e 12 definitivi)
Sicilia	58 (35 provvisori e 23 definitivi)
Veneto	3 (1 provvisorio, 2 definitivi)
Abruzzo e Molise	1 provvisorio
Lombardia	13 (7 provvisori e 6 definitivi)
Totale	**177**

Per le Regioni: Friuli Venezia Giulia, Marche e Sardegna, non ci sono persone in attesa di essere inserite in REMS.

[23] Va specificato che, secondo quanto stabilito dal Decreto Legislativo 502/92, art. 8-ter, le strutture e l'esercizio di attività sanitarie e sociosanitarie devono essere opportunamente autorizzati. L'autorizzazione al funzionamento è rilasciata sulla base della verifica del possesso dei requisiti minimi, strutturali, tecnologici e organizzativi. Le Regioni legiferano definendo tali requisiti, e il provvedimento di autorizzazione al funzionamento riporta il numero di posti autorizzato per la specifica tipologia di struttura. Questo numero non può e non deve essere superato.

[24] Dati aggiornati al 6 settembre 2016.

3.4.1 Regioni che non hanno ancora attivato Rems

Nel secondo caso, l'elenco è questo: soggetti in attesa di esecuzione della misura di sicurezza residenti in Regioni che non hanno ancora attivato le REMS:

Calabria	24 (21 provvisori e 3 definitivi)
Liguria	18 (8 provvisori e 10 definitivi)
Totale	**42**

Va posto in evidenza che le due Regioni, Calabria e Liguria, sono impegnate per aprire le due REMS previste entro pochi mesi.

Allegato A

All. A. 1 Rems sul territorio nazionale: ingressi e dimissioni

N°	REMS	Regione	Data apertura	Capienza	Flussi	
					Ingressi	Dimissioni
1	Aurisina (Trieste)	FVG	04/05/2015	2	5	3
2	Maniago (PN)	FVG	21/05/2015	2	2	0
3	Udine	FVG	29/02/2016	2	2	0
4	"Merope" Palombara Sabina	Lazio	18/08/2015	20	30	10
	"Minerva" Palombara Sabina	Lazio	08/06/2016	20	9	1
5	Subiaco	Lazio	01/07/2015	20	32	14
6	Ceccano (FR)	Lazio	05/11/2015	20	28	8
7	Pontecorvo (FR)	Lazio	31/03/2015	11	17	6
8	Roccaromana	Campania	18/06/2015	20	46	28
9	Vairano Patenora	Campania	06/12/2015	12	18	8
10	Mondragone	Campania	30/04/2015	8+8*	28	12
11	San Nicola Baronia	Campania	02/12/2015	20	21	1
12	Volterra	Toscana (Umbria)	01/12/2015	28	37	8
13	Barete	Abruzzo (Molise)	09/05/2016	20	14	5
14	Bra (CN)	Piemonte	22/10/2015	18	32	14
15	Castiglione dello Stiviere	Lombardia	01/04/2015	160	197	284
16	Capoterra	Sardegna	27/07/2015	16	27	11
17	Caltagirone	Sicilia	30/04/2015	20	35	15
18	Naso	Sicilia	01/04/2105	20	51	31
19	Carovigno	Puglia	07/07/2016	18	12	0
20	Spinazzola	Puglia	01/12/2015	20	22	3
21	Pergine Valsugana	Trentino Alto Adige	01/07/2015	10	12	2
22	Parma	Emilia Romagna	27/04/2015	10	19	10
23	Bologna	Emilia Romagna	01/04/2015	14	25	11
24	Nogara (VR)	Veneto	20/01/2016	16+10	34	5
25	Montegrimano (PU)	Marche	25/06/2015	15	26	9
26	Pisticci	Basilicata	27/04/2015	10	17	7
			Totale	570	798	506

Note:

Le dimissioni registrate a Castiglione dello Stiviere (284) sono superiori rispetto agli ingressi perché si tratta di un OPG poi riconvertito in sistema Polimodulare di REMS provvisorie, pertanto al suo interno erano già presenti degli internati. Il dato totale riguardante le dimissioni (506) va quindi letto con la attenzione dovuta a questa particolarità.

Tra le dimissioni vengono compresi i trasferimenti in Istituti, in altre REMS o in comunità oltre che le dimissioni autentiche per termine della misura di sicurezza.

All. A. 2 Rems sul territorio nazionale: presenze e tipologia delle misure di sicurezza

N°	REMS	Regione	Pz. presenti	M d S.		
				Provvisorie	Definitive	Miste
1	Aurisina (Trieste)	FVG	2	1	1	
2	Maniago (PN)	FVG	2	0	2	
3	Udine	FVG	2	2	0	
4	"Merope" Palombara Sabina "Minerva" Palombara Sabina	Lazio Lazio	20 8	6 3	14 5	
5	Subiaco	Lazio	18	8	10	
6	Ceccano (FR)	Lazio	20	6	14	
7	Pontecorvo (FR)	Lazio	11	5	6	
8	Roccaromana	Campania	18	15	3	
9	Vairano Patenora	Campania	10	5	5	
10	Mondragone	Campania	16	6	10	
11	San Nicola Baronia	Campania	20	10	10	
12	Volterra	Toscana (Umbria)	29	9	20	
13	Barete	Abruzzo (Molise)	9	5	4	
14	Bra (CN)	Piemonte	18	5	10	3
15	Castiglione dello Stiviere	Lombardia	162	52	110	
16	Capoterra	Sardegna	16	1	15	
17	Caltagirone	Sicilia	20	10	10	
18	Naso	Sicilia	20	15	5	
19	Carovigno	Puglia	12	4	7	1
20	Spinazzola	Puglia	19	8	11	
21	Pergine Valsugana	Trentino Alto Adige	10	2	8	
22	Parma	Emilia Romagna	9	3	4	2
23	Bologna	Emilia Romagna	14	5	9	
24	Nogara (VR)	Veneto	29	11	18	
25	Montegrimano (PU)	Marche	17	10	7	
26	Pisticci	Basilicata	10	9	0	1
		Totale	541	216	318	7

Note:

Nella REMS di Parma sono assegnati 9 pazienti di cui 8 presenti in struttura e 1 ricoverato in SPDC.

Togliendo la voce riguardante Castiglione dello Stiviere, i dati che emergono sono più chiari e aderenti alla nuova realtà del sistema derivante dalla L. 81. Infatti la capienza è di 410 posti, gli ingressi sono stati 601, le dimissioni 222, i pazienti presenti sono 379. Tra questi, 164 con misura di sicurezza provvisoria, 208 con misura di sicurezza definitiva e 7 con misura di sicurezza mista.

4. Misure di sicurezza provvisorie

Alla posizione di coloro che hanno evidenti problemi psichici ma la cui condizione processuale è ancora aperta e la sussistenza della capacità d'intendere e di volere ancora da accertare in via definitiva viene data risposta dal Codice penale attraverso le misure di sicurezza provvisorie, previste nell'art. 206.

In via generale, le misure di sicurezza detentive, in quanto incidenti sulla libertà personale, possono essere adottate dal giudice soltanto all'esito del giudizio, potendo una sentenza di proscioglimento per infermità di mente essere emessa solo dopo aver esperito la fase più piena del processo, ovvero il dibattimento. Con la sentenza di assoluzione ex art. 530, il giudice, dopo aver assolto perché il fatto è stato commesso da persona non imputabile, applica (4° comma) le misure di sicurezza nei casi previsti dalla legge. Perché queste vengano eseguite è però necessario che il magistrato di sorveglianza entri in gioco (658 c.p.p.), e questo avviene tramite la trasmissione degli atti da parte del pm presso il giudice che ha emesso la sentenza verso il pm presso il magistrato di sorveglianza. Il magistrato di sorveglianza, prima di eseguire la misura, deve accertare la persistenza della pericolosità sociale dell'interessato (679 c.p.p.).

Durante il dibattimento vi è quindi la possibilità di richiedere una perizia psichiatrica, sia da parte del pm che da parte dell'imputato, oppure d'ufficio, in modo che sia accertato lo stato di mente al momento del fatto (art 508 c.p.p.). Anche prima del dibattimento può essere chiesta una perizia, con lo strumento dell'incidente probatorio, assumendo una prova utilizzabile nel giudizio. Quando la misura di sicurezza viene applicata in via definitiva si dovrebbe essere arrivati a una certezza sufficiente riguardo alle condizioni psichiche del soggetto.

Invece, il caso di applicazione della misura di sicurezza provvisoria segue altri percorsi: la misura è applicata, durante il processo, dal GIP, che opera un giudizio di pericolosità dell'imputato che non sempre è fondato sull'esperimento di una perizia psichiatrica. La perizia infatti può essere esperita in fase preliminare come accertamento tecnico di parte disposto dal PM (artt. 359-360), oppure come incidente probatorio per accertare lo stato mentale della persona, che può essere soggetto a

modificazione non evitabile (artt. 392-398 c.p.p.). Ma la perizia è sempre ordinata dal giudice nell'ambito della sua discrezionalità, così afferma la giurisprudenza (per esempio Cassazione penale sez. I, n. 37573/2014), e non vi è un obbligo di disporla. Dalle osservazioni delle prassi giudiziarie emerge che, infatti, la perizia non è sempre presente nel caso di applicazione provvisoria delle misure di sicurezza, che avviene in alcuni casi all'esito di un giudizio *prima facie* sulla pericolosità del soggetto. A tal proposito ritengo necessario approfondire la conoscenza di tali prassi e ho chiesto al Dap un resoconto sulla effettuazione, o meno, delle perizie, nei casi di applicazione di misura di sicurezza provvisoria.

Inoltre, quando la misura è applicata in via provvisoria, non entra in gioco il magistrato di sorveglianza, ma la misura è eseguita dal pm presso il giudice che procede (art. 658 c.p.p.). Non si ha quindi la rivalutazione della pericolosità da parte di quel magistrato che il nuovo codice, e prima la legge Gozzini, hanno previsto come referente ad hoc per le misure di sicurezza.

Le disposizioni emanate negli ultimi anni nell'ambito del processo di superamento degli OPG non hanno preso in considerazione in modo specifico le misure provvisorie, tranne che per confermare il principio della fungibilità tra misura provvisoria e misura definitiva (art. 8, comma 1-quater, L. 9/2012 come modificata dal DL 52/2014, conv in L. 81/2014) e per ribadire, anche per le misure provvisorie, la regola di giudizio dell'*extrema ratio*, che, per il magistrato che applica la misura, prevede di valutare come prima scelta la libertà vigilata, e solo se questa è ritenuta inidonea una misura detentiva (D.L. 52/2014, conv. in L. 81/2014, che ha modificato l'art. 3-ter, comma 4, della L. 9/2012). Ma il complesso della normativa non è stato toccato e non sono state date indicazioni sui luoghi di esecuzione di tali misure, rimanendo dunque vigente la previsione normativa dell'art. 206 del Codice penale, secondo il quale il ricovero deve essere effettuato in OPG o in CCC.

Tuttavia, tale previsione, alla luce del processo di superamento degli OPG e della netta indicazione a favore di trattamenti terapeutici per i soggetti con problemi psichiatrici contenuta nelle Leggi 9/2012 e 81/2014, risulta oramai inadeguata.

Infatti, mentre la separazione degli imputati dai condannati è un principio di tutela valido in generale per tutte le persone private della libertà, nel caso di persone con problemi psichiatrici si aggiungono a tale considerazione le difficoltà di cura legate alla commistione di soggetti la cui condizione patologica è definita da quelli che sono in fase di accertamento, ovvero di soggetti che presentano una crisi acuta e/o problemi di sicurezza e soggetti che hanno già una diagnosi e un programma terapeutico definito. La mescolanza all'interno delle REMS di soggetti in condizioni di salute e con posizioni giuridiche differenti tende a snaturare la struttura come luogo di cura specificamente dedicato.
Per comprendere le problematiche sorte da questo complesso di norme è importante considerare la situazione di fatto che si è creata durante il processo di superamento degli OPG, quando le REMS hanno incominciato ad ospitare pazienti autori di fatti-reato e alcuni OPG sono stati chiusi.

Come sopra ricordato numerose REMS sono state aperte in quasi tutte le regioni italiane (tranne Calabria e Liguria), anche se ancora i posti disponibili non sono sufficienti per permettere la chiusura di tutti gli OPG. Subito dopo l'apertura, o l'ampliamento della capienza, di queste strutture si è verificato un fenomeno di riempimento delle stesse con pazienti inviati dai Gip in REMS con misura di sicurezza provvisoria ex art. 206 c.p., con la conseguenza di pazienti in misura definitiva mantenuti negli OPG per mancanza di posti in REMS.

Oltre a ciò, a causa del gran numero di misure richieste sia dalla magistratura di cognizione che da quella di sorveglianza, si è verificato il fenomeno delle misure di sicurezza in attesa di esecuzione: si tratta di misure decise dalla magistratura, ma non eseguite per mancanza di posti letto in REMS, con la conseguenza che il soggetto destinatario della misura rimane, in attesa che questa venga eseguita, in carcere, se era già stato arrestato, oppure in libertà, generando situazioni contraddittorie rispetto alla duplice ratio delle misure di sicurezza, che dovrebbero garantire sia la cura della

malattia psichiatrica, sia la difesa sociale, ma che, in questi casi non garantiscono né l'una né l'altra.

I dati forniti dal DAP, aggiornati ad agosto 2016, descrivono le dimensioni di questi fenomeni.

I dati sulle presenze REMS indicano in totale sul territorio italiano 541 presenze[25]. Quasi la metà della metà dei ricoverati in REMS sono soggetti che ancora non hanno avuto una sentenza definitiva. Le proporzioni tra provvisori e definitivi non sono uguali in tutte le REMS: in alcune si ha una maggioranza di definitivi, in altre prevalgono i provvisori. Le differenze possono essere dovute alla sensibilità al problema da parte dei direttori sanitari delle REMS, ma anche ad altri fattori ambientali. Di sicura rilevanza è l'applicazione più o meno ampia fatta da parte dei Gip del nuovo criterio di scelta tra le misure di sicurezza, secondo il quale devono essere preferite le misure non detentive, se idonee a garantire le esigenze di cura e sicurezza (art. 3-ter, comma 4, della L. 9/2012).

Quanto ai soggetti in attesa di esecuzione questi sono in prevalenza destinatari di misure di sicurezza provvisorie: al 6 settembre 2016, confermano un totale di 219 soggetti destinatari di misura di sicurezza, non ancor entrati in REMS per mancanza di disponibilità delle REMS. Di questi 150 sono destinatari di misura provvisoria e 69 definitiva.

Ma, oltre a ostacolare il processo di superamento degli OPG, la mancata definizione di un destino specifico per le misure di sicurezza provvisorie appare come un problema da risolvere in primo luogo per tutelare i diritti degli imputati, e poi per ragioni di difesa sociale. Si tratta cioè di riconsiderare l'opportunità della collocazione degli imputati in misura di sicurezza provvisoria ex art. 206 c.p.

[25] Il dato fa riferimento a una richiesta di informazioni specifiche da parte del Commissario ai Responsabili delle REMS. Dai dati forniti dal DAP, infatti, si fa fatica a calcolare il numero esatto delle persone presenti nelle Rems poiché vengono computate tra le presenze anche le persone in Licenza finale di Esperimento e che quindi non si trovano più fisicamente nelle strutture. Si ritiene opportuno rivedere tale previsione nella misura in cui la competenza sulle persone in LFE dovrebbe passare al DSM competente territorialmente.

Nel vigore della precedente disciplina l'OPG era (se non per previsione normativa, per prassi consolidata) un luogo di internamento che accoglieva una quantità di soggetti con posizioni giuridiche diverse, misure di sicurezza definitive, provvisorie, nonché detenuti con infermità psichica sopravvenuta (art. 148) e in osservazione psichiatrica (art. 112 DPR 230/2000) e la cosa non creava particolari difficoltà dal punto di vista teorico, stante la missione prevalentemente custodialistica di quelle istituzioni. Ma con la previsione delle nuove strutture (REMS), pensate e costruite con caratteristiche e finalità curative, gestite esclusivamente con criteri e personale medico e della riabilitazione, in armonia con la prospettiva con cui la Corte Costituzionale ha guardato dai primi anni 2000 alle misure di sicurezza per gli infermi di mente[26], la collocazione dei soggetti con misura di sicurezza provvisoria in REMS non risulta più coerente con il complessivo sistema normativo. Basti ricordare la critica principale sollevata in modo molto diretto dagli psichiatri, che hanno sottolineato come per curare una persona bisogna prima avere una diagnosi, ovvero riconoscere che sia malata e nello specifico quale malattia abbia, mentre i destinatari di misura di sicurezza provvisoria si trovano ancora, molto spesso, in una fase di incertezza dal punto di vista diagnostico.

Sarebbe dunque opportuno che le REMS ospitassero soltanto persone che hanno già una situazione definita dal punto di vista medico, con una diagnosi fatta e un percorso di cura stabilito o da stabilire all'ingresso. Sarebbe bene non mescolare nello stesso ambiente soggetti con bisogni di salute diversi, con il rischio di far saltare equilibri raggiunti tra i pazienti con misura definitiva.

Di fatto, molte persone in misura di sicurezza provvisoria, tra quelli in attesa di esecuzione della misura per mancanza di posti nelle REMS, si trovano in carcere. Ma questa collocazione fa sorgere dubbi riguardo alla garanzia dei diritti di queste persone. Infatti essi si trovano in una condizione che non è quella prevista dal Codice penale, che come si è detto prevederebbe l'OPG e quindi la REMS, di cui si sono

[26] Ci si riferisce alle sentenze C. Cost. 253/2003, 367/2004 e 208/2009

evidenziati i problemi. Ma, in risposta, si trovano in una condizione che è meno garantita, rispetto a quella, pure insoddisfacente, delle norme del Codice. Infatti la collocazione nei penitenziari delle persone sottoposte a misure di sicurezza è di per sé incoerente con le finalità delle medesime misure, ponendo il soggetto destinatario in una condizione di garanzia dei diritti inferiore alla persona detenuta. Infatti, se si paragona l'imputato in misura di sicurezza provvisoria all'imputato in misura cautelare, si vede che quest'ultimo beneficia dei termini di durata massima della custodia cautelare, sia come termini di fase, sia come durata complessiva, mentre l'imputato in misura di sicurezza provvisoria gode, soltanto di un termine massimo di durata della misura di sicurezza, che corrisponde alla pena edittale massima prevista per il reato di cui è accusato, senza però termini di fase intermedi. Infatti la misura di sicurezza provvisoria non ha una durata stabilita, ma è legata alla durata del processo, quindi l'unico limite stabilito per legge è quello della durata massima.

Inoltre, il trascorrere la misura di sicurezza in carcere può rivelarsi controproducente perché la funzione della misura viene snaturata. Ricostruita questa nel suo valore terapeutico, alla luce della giurisprudenza della Corte Costituzionale e delle previsioni delle Leggi 9/2012 e 81/2014, dovrebbe essere percepita anche come un'opportunità di salute per il soggetto sottopostovi, che più tempo della stessa trascorre in carcere, meno ne trascorre in REMS, a detrimento del suo stato di salute.

Quale dovrebbe essere dunque la destinazione di questi soggetti?

Un'applicazione effettiva del principio dell'*extrema ratio* della misura di sicurezza detentiva, privilegiando la libertà vigilata e l'introduzione di una cornice di reati in seguito ai quali irrogare la misura sarebbe già un passo in avanti[27]: ma questa limitazione, che sarebbe stata utile a evitare i problemi attuali non è stata introdotta,

[27] Come sottolineato da Daniele Piccione, Consigliere parlamentare e dottore di ricerca in teoria dello Stato e istituzioni politiche comparate presso l'Università di Roma, al corso di formazione alla Scuola Superiore della magistratura del luglio scorso (Firenze, 13-15 luglio 2016). Al paragrafo 4.1 si trova un contributo del dott. Piccione intitolato "Il metodo dell'integrazione dei saperi e i nuovi scenari del trattamento dell'infermo di mente autore di reato".

l'emendamento che stabiliva questa norma non è passato per pochi voti, ma è una grande mancanza della L.81/2014.

Ma, oltre a questo, sarebbe opportuno un cambiamento normativo per i casi in cui la condizione psichica e quella processuale del soggetto imputato non siano ancora definite: le misure di sicurezza dovrebbero entrare in gioco solo al momento della definizione di entrambe le condizioni, ovvero al momento dell'assoluzione per vizio di mente con applicazione di misura di sicurezza, a questo punto definitiva.

La fase processuale dovrebbe essere gestita non tramite le misure di sicurezza, ma attraverso la custodia cautelare ordinaria, con l'applicazione di tutte le sue garanzie a favore dell'imputato. Si potrebbe casomai pensare di passare dalla custodia cautelare alla REMS a seguito della sentenza di primo grado, se supportata da perizia nel senso dell'incapacità, invece che aspettare una sentenza definitiva, come indicato dal Tavolo 11 degli Stati generali, che ha lavorato sul tema delle misure di sicurezza.

A livello di norme si propone l'abrogazione dell'art. 206 del Codice penale, e l'abrogazione dalle varie disposizioni normative del riferimento alle misure di sicurezza provvisorie, sostituendolo, se del caso, con il riferimento alla custodia cautelare in carcere. Per gli imputati con problemi psichici si suggerisce l'utilizzo degli artt. 73 e 286 c.p.p., che prevedono il ricovero in ospedale psichiatrico, sia nel caso via siano esigenze cautelari che non sussistano.

In tale prospettiva la persona in custodia cautelare con sofferenza psichica seguirebbe il percorso degli imputati con infermità sopravvenuta, con ricovero in SPDC nei casi più gravi di incompatibilità con il carcere, e detenzione nelle articolazioni psichiatriche penitenziarie[28] nei casi di compatibilità. Oppure sarebbe solo ricoverata in SPDC, anche a seguito di TSO, nel caso in cui siano presenti gravi condizioni psichiche ma non si rientri nei casi di custodia cautelare (art. 73 c.p.p., 1° e 2° comma).

[28] La costituzione effettiva delle articolazioni psichiatriche penitenziarie è un altro dei problemi emersi nel processo di chiusura degli OPG, e definire esattamente come queste dovranno essere costituite, e soprattutto a quali standard sanitari dovranno rispondere (LEA), cambierà in maniera sostanziale la loro configurazione.

Un passo fondamentale, perché una tale riforma abbia senso, è quello di concentrare le esigenze cautelari su un numero limitato di reati gravi, che portano allarme sociale e alta probabilità di reiterazione. E a tal fine la formulazione dell'art. 274, lett. c) del Codice di procedura penale sembra adeguata a definire il tipo di pericolosità da contenere. Si tratterebbe quindi di allontanarsi, almeno in fase cautelare, da quella pericolosità criminale generica[29], prevista dall'art. 203 c.p. come requisito per l'applicazione delle misure di sicurezza, e cioè la probabilità che la persona commetta nuovi fatti preveduti dalla legge come reati, per concentrarsi sulla difesa sociale da una pericolosità più qualificata dal punto di vista criminale, come è quella individuata nell'art. 274, lett. c) c.p.p.

Ciò sarebbe anche funzionale alla valorizzazione del carattere terapeutico e riabilitativo della nuova misura di sicurezza del ricovero nella REMS, riservando l'accesso ad essa ai soli prosciolti per incapacità. È infatti necessario evidenziare che la funzione curativa della misura di sicurezza per incapaci mentali, significa che, diversamente dal passato, l'aspetto terapeutico è anche un'opportunità di cura offerta al malato di mente autore di reato, e non solo una misura di difesa sociale. Considerando la dimensione dell'opportunità di cura insita nella nuova configurazione della misura di sicurezza diviene importante poter far sì che non vi siano discriminazioni nell'accedere a un tipo di trattamento (quello terapeutico effettuato nella REMS), che si prevede di modulare come specifico per affrontare le condizioni di disagio mentale degli autori di reato.

La materia richiederebbe una revisione organica, con una razionalizzazione delle misure introdotte con la legge 81/2014, e la modifica di alcuni articoli dei Codici penale e di procedura penale, in cui potrebbero essere valorizzati i suggerimenti del Tavolo di lavoro sulle misure di sicurezza (Tavolo 11) degli Stati generali dell'esecuzione penitenziaria, le cui proposte sono state meglio descritte nella nostra precedente relazione trimestrale. Nella proposta di riforma legislativa fatta dal Tavolo

[29] C. Cost. 228/1999

11, il ricovero nella REMS viene riservato ai soli prosciolti per incapacità di mente, almeno in primo grado. Durante il giudizio, propone ancora il Tavolo, può essere invece applicata la misura di cura e controllo con affidamento al DSM, o la custodia in carcere in sezioni speciali o presso reparti psichiatrici ospedalieri.
Si suggerisce anche di operare una pulizia linguistica dei Codici penale e di procedura penale e delle leggi successive, in modo da eliminare un vocabolario (ospedale psichiatrico giudiziario, internati) che fa riferimento a figure non più vigenti dal punto di vista giuridico e soprattutto in fase di superamento dal punto di vista culturale. Dopo il superamento dell'OPG resta da abbattere la logica manicomiale: si tratta di un'impresa a cui si è dato inizio in questi ultimi anni, e che deve essere continuata con un intervento organico e consapevole, senza indulgere in scorciatoie che potrebbero condurre al risorgere della vecchia pratica dell'ammassare corpi nel contenitore della devianza.

Va anche sottolineato con nettezza e con altrettanta preoccupazione una conseguenza inevitabile. Se nelle REMS fossero assegnati dei soggetti condannati, sarebbe inevitabile la presenza di personale di custodia, riproponendo nei fatti il diabolico meccanismo della cura e custodia e quindi il binomio manicomio-carcere.

4.1 Il metodo dell'integrazione dei saperi e i nuovi scenari del trattamento dell'infermo di mente autore di reato[*]

Daniele Piccione

Sommario: 1. Il mutamento della nuova disciplina dell'infermo di mente autore di reato. 2. Il metodo dell'integrazione per la revisione dei pilastri codicistici. 3. La pluralità di misure giudiziarie così da offrire un trattamento individualizzato. 4. Il concetto di pericolosità sociale come oggetto di intervento indifferibile in una legislazione di riforma. 5. Il presupposto del "bisogno di cure "quale passo decisivo per il trattamento del reo non imputabile. 6. Caratteristiche del trattamento nelle Rems, alla luce della Costituzione e degli sviluppi riformisti.

1. I mutamenti di paradigma nel mondo giuridico sogliono accadere secondo tre modalità che coincidono con altrettanti processi riassumibili nelle correnti del pensiero costituzionalistico novecentesco: il decisionismo politico; il dibattito della rappresentanza parlamentare che sfocia nella sintesi legislativa proiezione della indiretta volontà popolare; il processo di integrazione delle culture e dei saperi che confluiscono nell'istruttoria e nella decisione legislativa.

La prima metodologia corrisponde, in genere, al ricorrere di un netto rivolgimento politico o di indirizzo culturale, connotato da una forte e repentina capacità decisionale talvolta capace di imporsi[30] su un pregresso sistema per lo più ormai privo di effettività.

Vi è poi il metodo consensuale di innovazione da cui scaturisce la mediazione riformista attraverso la sintesi di diverse opzioni, di cui si fanno portatori gli attori del pluralismo parlamentare[31].

Il presente contributo è il frutto della sintesi di tre interventi svolti, rispettivamente, a Cagliari nel convegno di studio dal titolo: "*I Csm e le Rems nell'offerta di salute mentale*", tenutosi il 28 e 29 Aprile 2016; a Siena, alla Certosa di Pontignano, nel corso del convegno internazionale del 6 e 7 maggio, dal titolo: "*Il superamento dell'Opg: recenti progressi nell'attuazione di nuove misure di riforma*"; infine, al Convegno interdisciplinare che ha avuto luogo a Milano il 17 maggio, dal titolo: "*Il folle e il criminale*", organizzato dall'Associazione Romano Canosa per gli studi storici.

[30] In proposito sono note le pagine di C. SCHMITT, *Le categorie del politico*, ed. it., Bologna, 1998.

[31] La discendenza di questo schema si rinviene, naturalmente, in H. KELSEN, *Il primato del Parlamento*, ed. it. Milano, 1992.

Vi è, infine, un terzo metodo: quello dell'integrazione tra i diversi saperi, che coagula sensibilità diverse e attori dotati di competenze e prerogative separate e diversificate che, pure, giungono, attraverso il processo di integrazione, a sintesi. Ne deriva l'inclusione dei diversi elementi conoscitivi nel processo di fondazione delle nuove norme[32]. Qui il processo è culturale e insieme di prassi, normativo e giurisprudenziale. Forse, può dirsi particolarmente adatto a materie in cui gli slittamenti nelle prassi applicative e nel consolidarsi dell'interpretazione giurisprudenziale risultano particolarmente marcati e incisivi sulla sorte dei fenomeni sociali cui si cerca di fornire nuova regolazione.

La trasformazione del sistema delle misure di sicurezza per il non imputabile in Italia rappresenta un tema in cui i tre metodi descritti sono stati messi alla prova, progressivamente.

Nel corso della stagione della riforma psichiatrica del 1978, la legislazione italiana che certo non giungeva dal nulla, ma portava con sé elementi di assolutezza e radicalismo maturati in realtà sin dalla seconda metà degli anni quaranta e rivelatisi assai benefici, fu proprio l'istituzione manicomiale giudiziaria a sfuggire come sabbia dal maglio dell'innovazione legislativa. Già sopravvissuto, alla modifica dell'ordinamento penitenziario che ne aveva modificato poco più che la sola carta di identità, espungendo il *nomen* di manicomio giudiziario, l'Opg avrebbe valicato il millennio, nonostante della sua speciale capacità di resistenza si dolesse già Franco Basaglia, al solito intuendo la sorte di un dibattito pubblico che, di lì a poco, si sarebbe rivelato languente di fronte all'ombra dei residuali ospedali psichiatrici giudiziari alimentati dal lemma oscura della pericolosità sociale.

Un quadriennio di riforme non sistematiche, certo, ma comunque frutto delle dinamiche riconducibili al circuito Parlamento - Governo, hanno avuto come frutto prima la l. 9 del 2012 e poi la l. n. 81 del 2014. Discipline a-sistematiche quanto si voglia, ma che è opinione diffusa si siano spinte sino all'estremo limite di quanto era

[32] Il riferimento è alla teoria dell'integrazione sviluppata da R. SMEND, *Costituzione e diritto costituzionale*, ed. it. Milano, 1988.

modificabile senza scalfire gli assi portanti di un impianto codicistico sul quale occorrerebbe riflettere ancora una volta, oggi.

Anzi, forse a maggior ragione alla vigilia del ricorso al metodo dell'integrazione, rileva meditare attentamente sulle cognizioni di cui si dispone e sull'eterno riproporsi dei grandi dualismi che campeggiano nella materia che ci occupa. Gli indirizzi fenomenologici si contrappongono a nuovi impianti deterministici in psichiatria; rimangono labili i confini di competenze assegnate a scienze dallo statuto gracile o dalla storia recente, quali la psichiatria forense e la criminologia; il dibattito tra i giuristi si ridispone continuamente lungo le due esigenze della difesa sociale e della tutela del diritto alla salute mentale; sullo sfondo si rianimano empiti del populismo penale e persino il dibattito, assai venato di emotività e rincorsa al consenso, sulla sicurezza fisica e individuale quale diritto del singolo consociato.

Infine, il nodo principale della diffidenza della psichiatria di servizio pubblico investita dia violenti riflessi della crisi economica e sociale di un quinquennio e costretta a fare i conti con tendenze responsabilizzanti e confliggenti logiche decisionali del giudiziario

Già solo la rapida enumerazione di questi nodi problematici illustra da un lato le anacronistiche ma persistenti contraddizioni insite nel trattamento del reo infermo di mente; dall'altro, ne svela una peculiarità nascosta: quella di situarsi a un crocevia tra discipline e scienze il cui dialogo, nel tentativo di compiere passi congiunti in una direzione di civiltà e tutela dei diritti fondamentali, si fa sempre più urgente ma gravido di insidie velenose.

2. Il codice Rocco sopravvive nella nostra epoca con almeno tre cardini profondamente interdipendenti, in termini di politica criminale. L'esistenza della figura del reo non imputabile a cui riservare un trattamento speciale rispetto a colui il quale commette il crimine con una propria *suitas* completa.

L'idea che questo trattamento speciale si giustifica in forza dell'accertamento in concreto della pericolosità sociale connessa al disturbo mentale che, posto alla base del fatto criminoso, persiste al momento del trattamento da comminare.

Infine, l'ipotesi che lo statuto giuridico dell'infermo di mente autore di reato sia tale da giustificare una risposta trattamentale a finalità mista: di contenimento e controllo sociale da una parte; di terapia e riabilitazione, dall'altra[33].

E' intorno a questi tre cardini fondamentali, il Codice degli anni trenta del Novecento disponeva una serie di istituti – sui quali non è questa la sede per riflettere analiticamente – che hanno subito, tuttavia, una lenta ma continua erosione. Così l'ordinamento ha visto scomparire il sistema delle presunzioni di pericolosità sociale, i termini di durata minima delle misure di sicurezza detentive, la loro applicabilità anche al minore di età, la possibilità di una proroga *ad libitum* dell'internamento in ospedale psichiatrico giudiziario.

Ma certo la breccia che ha aperto una contraddizione vivida con uno dei pilastri del sistema e non solo con uno dei suoi corollari, è stata proprio la sofferta e incompleta dismissione dell'istituzione che sovraintendeva alla funzione trattamentale mista cui si alludeva in precedenza: appunto l'ospedale psichiatrico giudiziario.

Come talvolta accade, tuttavia, l'opera di de-istituzionalizzazione ha aperto nuove contraddizioni e messo a nudo fenomeni che la presenza dell'istituto asilare giudiziario prima occultava. La principale esigenza che ne deriva concerne sia il metodo che il merito dell'indagine sui nostri problemi. Si tratta di affrontare quel che viene dopo il declino dell'ospedale psichiatrico giudiziario contando sul meglio dell'indagine scientifica offerta dal diritto penale, dalla criminologia, dalla psichiatria

[33]Sul che - non sempre lo si ricorda - fu nettissima l'affermazione della Corte costituzionale, nella sent. 18 luglio 2003, n. 153, in cui si legge:
"In conclusione, mentre solo il legislatore (la cui inerzia in questo campo, caratterizzato da scelte assai risalenti nel tempo e mai riviste alla luce dei principi costituzionali e delle acquisizioni scientifiche, non può omettersi di rilevare ancora una volta) può intraprendere la strada di un ripensamento del sistema delle misure di sicurezza, con particolare riguardo a quelle previste per gli infermi di mente autori di fatti di reato, e ancor più di una riorganizzazione delle strutture e di un potenziamento delle risorse, questa Corte non può sottrarsi al più limitato compito di eliminare l'accennato automatismo, consentendo che, pur nell'ambito dell'attuale sistema, il giudice possa adottare, fra le misure che l'ordinamento prevede, quella che in concreto appaia idonea a soddisfare le esigenze di cura e tutela della persona, da un lato, di controllo e contenimento della sua pericolosità sociale dall'altro lato".

clinica e forense, dalla psichiatria di servizio pubblico, dall'organizzazione sanitaria, dal diritto penitenziario.

Questi gli attori della stagione in cui solo un processo di integrazione può condurre a soluzioni realistiche ed avanzate, le quali peraltro, si mostrano valide e forti soltanto se le si declina sull'innovazione legislativa come pure sulle prassi applicative.

3. Muovendo da quel che appare certo sia sul fronte delle possibili direttrici di riforma che sul piano delle pratiche sul territorio, nonchè degli indirizzi giurisprudenziali, è indispensabile che il giudice disponga di un ampio ventaglio di misure di sicurezza per poter trattare la condizione dell'infermo di mente autore di reato.

Naturalmente, l'obiettivo si consegue anche rendendo effettiva ed efficace una misura di libertà vigilata a modulazione graduale mediante prescrizioni variabili, cioè plasmabile secondo la condizione di disturbo e disagio vissuta dal singolo.

Questa acquisizione discende dall'esperienza che ha seguito l'entrata in vigore della l. n. 81 del 2014, risponde al dettato dell'art. 27 Cost. il quale prescrive che ogni trattamento sanzionatorio sia conformato a misura del caso singolo e all'esigenze della persona; soprattutto, questo primo snodo consente di evitare che sulle *Rems* si scarichino tensioni improprie, gravandole di impliciti e antistorici compiti di internamento di massa e pure spogliandole di inconfessabili ed equivoche aspettative di sostituzione dell'ospedale psichiatrico giudiziario.

Seguire questa linea di sviluppo normativo e applicativo, naturalmente, scongiura i rischi di replicare la disumana parabola avviata con l'istituzione dei manicomi giudiziari.

Inverare e rendere effettiva la necessità di trattamenti differenziati e fondati su una pluralità di istituti per far fronte agli specifici bisogni trattamentali del reo infermo sollecita la cultura della magistratura di cognizione come di quella di sorveglianza. Soprattutto, chiama in causa l'Uepe e la psichiatria di servizio pubblico, ponendo al centro del sistema il piano terapeutico individuale quale progetto di trattamento

personale interamente sanitario e imponendo risposte efficaci da parte dei servizi territoriali.

A questi ci si riferisce, naturalmente, non guardando solo ai servizi psichiatrici di diagnosi e cura, ma di certo alla pluralità di strutture territoriali, anche residenziali, sulle quali deve potere conformarsi il sistema delle prescrizioni imposte dal magistrato, alla vigilia del trattamento.

Si coglie qui il problema del coordinamento tra magistratura decidente e amministrazioni territoriali. Soprattutto, riemergono antichi dubbi che rischiano di esumare prassi e decisioni giudiziarie di carattere difensivo. Il timore di contaminare i servizi psichiatrici con soggetti che settanta anni di cultura giuridica repubblicana hanno indotto a ritenere non solo persone sofferenti di un malessere psichico, ma che, quantomeno, possono apparire propensi a comportamenti antisociali, condotte offensive, atti di violenza e recidive delittuose.

E' proprio l'esito di queste tendenze culturali a determinare il noto e temuto effetto *rebound*, che conduce la magistratura ordinaria a non guardare alle Rems come *extrema ratio* trattamentale e il legislatore della eventuale riforma a enfatizzare ancora le esigenze di controllo sociale sottese all'irrogazione delle misure di sicurezza, anche provvisorie, ovunque esse abbiano luogo e qualunque sia la diagnosi individuale.

4. Dall'analisi che precede si è indotti a chiedere quale sia l'anello fondamentale del paradigma che ancora resiste e perturba la nostra disciplina e quindi la prassi delle misure di sicurezza per il non imputabile. Si tratta del concetto di pericolosità sociale.

Concetto debole, sia detto chiaramente, da qualunque prospettiva scientifica lo si guardi, e non certo da oggi. Se possibile, il lemma si innerva di connotati ancora più ambigui, con il trascorrere del tempo. Prognosi postuma, ibrido incerto sia dal lato della diagnosi che da quello della prognosi, fonte di temibili equivoci sul piano trattamentale, dato che postula misure che curino e contengano allo stesso tempo. Non a caso fervono dibattiti intorno all'impiego di ulteriori aggettivi cui si attribuisce l'aspettativa di qualificare e specificare il senso della formula. Sono noti i tormentati

confronti interdisciplinari su concetti quali la pericolosità psichiatrica, il concetto di pericolosità sociale latente, con correlate conseguenze in termini di risposta sanzionatoria e finanche di approccio terapeutico.

Soprattutto dalla definizione codicistica del concetto di pericolosità sociale[34], si irradia il micidiale viluppo di deleghe di responsabilità e di accertamento che mettono a dura prova la scienza psichiatrica, la criminologia e il ruolo del magistrato nell'accertamento dell'imputabilità. E' infatti dal portato controverso del termine pericolosità sociale che sorgono le tendenze, mai troppo criticate, ad associare alla consulenza o alla perizia psichiatrica la richiesta predittiva sul ritorno a delinquere.

Qui il parallelismo con gli equivoci sottesi al trattamento sanitario coercitivo, alla sua esecuzione e all'accertamento dei suoi presupposti sarebbero interessanti per cogliere quanto le incursioni codicistiche nelle zone più incerte delle scienze a statuto debole, generino potenziali abusi di potere e il declino dei diritti all'assistenza e alla protezione dei soggetti svantaggiati.

5. E' da queste riflessioni che origina il tentativo delineato nella proposta deliberata dal Tavolo numero 11 degli Stati Generali dell'Esecuzione penale. Si tratta in primo luogo di un'opera di disambiguazione realizzata affiancando al concetto di pericolosità sociale il presupposto trattamentale del "bisogno di cure".

Forse non basterebbe tale iniziativa, peraltro da lungo propugnata da certa dottrina penalistica e non sconosciuta neanche per chi, muovendo dalla disamina delle indicazioni costituzionali cui guardare, ha sempre identificato nella pericolosità sociale quel sinistro meccanismo di sviluppo del custodialismo e della cronicizzazione dei disturbi mentali, nonché la fonte inesauribile di incomprensioni e scarichi di competenza tra i servizi territoriali, il Dipartimento dell'amministrazione penitenziaria e i (nuovi) luoghi del trattamento intensivo per l'infermo reo.

[34] Ai sensi dell'art. 203 c.p., la definizione è la seguente: "*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".*

Occorre anche che l'accertamento in sede giudiziaria metta in relazione il fatto reato compiuto (e non le probabilità di tornare a compierne) con il disturbo mentale. Certo, anche questa è indagine non agevole, si dirà. Ma, depurata di assurde aspettative di carattere prognostico che poi svelano, in definitiva, la tendenza a devolvere ad altri il peso di scelte che comportano rischi poco prevedibili per la comunità, l'eziologia tra reato e situazione di disturbo mentale riesce in molteplici compiti positivi per il sistema. Intanto, mantiene possibile l'imputabilità del fatto delittuoso all'infermo quando questi era in condizioni di prefigurarsene gli effetti e preservava una sfera volitiva minima. Stempera cioè il meccanismo rigido per cui il non imputabile che delinque resta pericoloso e chi ha commesso un reato vivendo l'esperienza della malattia mentale è, per ciò stesso, non imputabile. Evidenzia poi l'importanza di puntare su un sistema di tutela della salute mentale in carcere e in regime di esecuzione penale extracarceraria. Consente, infine, di rigettare in via definitiva la categoria ormai anacronistica del semi-infermo di mente trattato da semi imputabile.

6. Questo percorso conduce finalmente a delineare i termini del trattamento nelle istituzioni chiamate – solo in parte – a sostituire gli Ospedali psichiatrici giudiziari in via di progressiva e sin troppo lenta estinzione, valorizzando così le acquisizioni che la psichiatria di comunità, quella clinica e forense hanno ormai raggiunto.

Le Rems devono fornire un trattamento intenso e di media durata, non mai costante e improntato al solo contenimento neutralizzante. Il regolamento che ne disciplina il funzionamento non dovrebbe trovare fonte di ispirazione in quello penitenziario. Il trattamento, orientato a far fronte alle esigenze delle cure della persona, non può essere tradotto in standard massificanti; i luoghi, infine, devono poter includere un numero ridotto di posti letto, per poter allontanare ogni ombra di riproposizione del grande internamento.

Non va tuttavia smarrito l'obiettivo di fondo: quello di inserire la Rems in un sistema arcipelago di servizi. L'isolamento per specialità - magari perché alle Residenze si intende affidare un obiettivo particolare e cioè esclusivo - non può

giovare ad un sistema che deve pur sempre essere investito da un processo di integrazione culturale e sociale.

Torna allora la parola chiave da cui si erano prese le mosse. Essa diviene antidoto a surrettizie componenti di segregazione di lungo periodo, previene lo sviluppo di quegli ordinamenti separati che la Costituzione rigetta con costanza e fermezza, proclamando il diritto alla salute come oggetto da tutelare nella società e nei corpi intermedi ove si svolge la personalità del singolo.

Forse, in queste piccole soluzioni, peraltro perseguibili insistendo con il riformismo del legislatore ma anche con la diffusione delle buone pratiche applicative della disciplina vigente, si rinviene la consapevolezza che i tempi sono maturi affinchè non ci si limiti più all'analisi delle istituzioni ove ha luogo la restrizione della libertà personale dell'infermo, ma si possa osservare con sguardo panoramico l'intero sistema normativo di protezione della salute mentale dell'autore di reato così da garantirgli una adeguata collocazione codicistica. Alla de-istituzionalizzazione, dunque, può fare finalmente seguito lo sviluppo di strategie terapeutiche e riabilitative che procedano di pari passo con il percorso umanizzante del carcere e quindi la sofferta implementazione della salute mentale anche nel luogo di reclusione per eccellenza.

Obiettivi conseguibili a condizione di alimentare un rapporto tra i saperi, le pratiche e le conoscenze che non si limiti ad invocare il raccordo multidisciplinare che poi, alla resa dei conti, fragorosamente cade. Si deve trattare, invece, di quella che Guido Calogero chiamava la filosofia del dialogo[35]. Gli Stati generali dell'esecuzione penale ne sono stati una prova non banale. Tornare ad analizzare le radici del trattamento dell'autore di reato non imputabile, specie in questa fase di rivolgimenti ancora non compiuti, rappresenta sempre gradita e felice conferma di quel metodo costruttivo che vede nelle buone prassi applicative e nelle acquisizioni raggiunte dai disegni di riforma in corso un *continuum* logico da preservare e valorizzare.

[35] G. CALOGERO, *Logos e dialogo; saggio sullo spirito critico e sulla libertà di coscienza*, 1950, ora in ID. *Filosofia del dialogo*, Brescia, 2015.

5. Le articolazioni psichiatriche penitenziarie, ovvero la gestione della salute mentale all'interno del carcere

Per i soggetti con disagio mentale, condannati o in custodia cautelare, ma non sottoposti a misura di sicurezza, si è prevista la collocazione nelle articolazioni psichiatriche penitenziarie, sezioni specializzate degli istituti penali. I soggetti destinati a tali sezioni sono gli imputati, i condannati o gli autori di reato la cui condizione psichica è da determinare (osservandi) oppure i condannati a cui è sopravvenuta un'infermità psichica nel corso dell'esecuzione di una condanna, o ancora che si trovano in condizione di minorazione psichica. Si tratta cioè delle categorie di soggetti che, pur avendo problematiche di natura psichiatrica, non sono, o non sono ancora, sottoposti a misura di sicurezza.

Le norme di riferimento sono:

1) art. 111, co. 5 e 7 DPR 230/2000 – infermità psichica sopravvenuta e vizio parziale di mente

2) art. 112 DPR 230/2000 – accertamento condizioni psichiche

3) art. 65 O.P. sezioni per minorati psichici

4) 148 CP – infermità psichica sopravvenuta al condannato

Le disposizioni normative per destinare queste categorie di soggetti alle articolazioni psichiatriche penitenziarie, sono state dettate da un complesso di norme che è stato meglio analizzato nella nostra relazione trimestrale, a cui si rimanda per un'analisi più specifica. Si ricorda soltanto che le sezioni speciali carcerarie sono previste, oltre che nelle norme dell'Ordinamento penitenziario (artt. 65), nel DPCM 1° aprile 2008, che disciplina il passaggio delle funzioni sanitarie dall'amministrazione penitenziaria alle Regioni, e nei successivi Accordi della conferenza Stato-Regioni, che hanno definito i dettagli di questo passaggio, in particolare negli Accordi n. 81/CU del 26/11/2009, n. 95/CU del 13/10/2011, n. 3/CU del 22/01/2015, n. 17/CU del 26 febbraio 2015. Da tali disposizioni emerge la chiara indicazione che i soggetti con patologie psichiatriche ma non sottoposti a misura di sicurezza siano reclusi negli istituti penitenziari, rendendo

questi idonei a soddisfare le esigenze di cura, attraverso la realizzazione di sezioni specializzate, gestite con criteri sanitari.

Carattere essenziale della disciplina delle articolazioni psichiatriche penitenziarie è la gestione sanitaria della sezione, in cui "gli interventi diagnostici e terapeutico riabilitativi sono assicurati dai dipartimenti di salute mentale delle Aziende sanitarie territorialmente competenti, oltre che dagli specialisti del Servizio" (Accordo n. 3/CU del 22/01/2015). Inoltre si prevede che ogni Regione e provincia autonoma attivi, in almeno un istituto sul suo territorio, o preferibilmente in quello di ciascuna Asl, una specifica sezione destinata alla tutela intramuraria della salute mentale (Accordo n. 95/CU del 13 ottobre 2011).

Queste sezioni dunque, in cui gli interventi diagnostici e terapeutici sono assicurati dai Dipartimenti di Salute Mentale del territorio, comprendono e unificano le preesistenti sezioni penitenziarie per osservandi e "minorati psichici" e dovranno ospitare i soggetti con disturbi psichici gravi, comprendendo tutte le categorie di soggetti in tali condizioni, non sottoposti a misura di sicurezza.

Questo complesso normativo, apparentemente molto chiaro, ha alcuni punti deboli, che sono stati ampiamente descritti nella relazione trimestrale, a cui si rimanda. Si ricorda qui brevemente che il complesso di disposizioni normative inserito negli accordi Stato-Regioni manca del valore di legge, requisito a cui devono sottostare le disposizioni che influiscono sulla libertà personale degli individui ex art. 13 Costituzione. Inoltre la collocazione dei condannati con problemi psichici sopravvenuti (art. 148 c.p.) nelle articolazioni psichiatriche penitenziarie presenta una necessità di chiarimento rispetto alla disciplina prevista proprio nell'art. 148, secondo il quale il detenuto in caso di grave infermità non compatibile con lo stato detentivo, passa in alcuni casi al ricovero nel servizio di salute mentale ospedaliero (dopo la chiusura dei manicomi civili a cui la norma testualmente si riferisce), così come prevede il Codice di procedura penale per i detenuti in custodia cautelare, con la disposizione dell'art. 286 c.p.p.

Sarebbe dunque necessaria una modifica normativa che disciplinasse chiaramente le condizioni di privazione della libertà dei soggetti ex art. 148 c.p., sia per rispettare la

riserva di legge prevista dall'art. 13 Cost., sia per dare una chiara sistemazione normativa alla materia, in cui siano differenziati i casi in cui il detenuto con patologia psichiatrica resta in carcere, ma in sezioni gestite dalla asl, da quelli in cui deve essere ricoverato in un reparto psichiatrico ospedaliero, alla pari di quanto accade per il detenuto in custodia cautelare (art. 286 c.p.p.).

Tuttavia, come già sottolineato nella precedente relazione, non sarebbe certo auspicabile invocare un ritorno all'impostazione precedente, per esempio inviando i detenuti ex art. 148 in REMS, in quanto struttura che sostituisce l'OPG. In tal modo infatti si creerebbe una commistione tra condizioni giuridiche diverse, difficilmente gestibile, e che più che alla finalità della cura risponderebbe a quella dell'internamento. Eliminare le differenze tra condannati e prosciolti, con il loro accorpamento nella stessa struttura non solo riprodurrebbe il manicomio dal punto di vista culturale, privilegiando il denominatore comune dell'internamento a quello della cura della persona, ma lo ricreerebbe altresì dal punto di vista materiale, perché la gestione pratica della sicurezza, dove condizioni differenti sarebbero affrontate attraverso strumenti comuni porterebbe in questa direzione: si pensi al fatto che i detenuti con problemi mentali sopravvenuti sono soggetti condannati, che devono scontare una pena e che richiedono l'applicazione di norme di sicurezza più rigide di persone che sono state definite incapaci; si pensi anche all'utilizzo che negli anni è stato fatto da parte di esponenti della malavita organizzata dell'incapacità mentale per sfuggire al carcere.

Piuttosto, come indicato nel documento di lavoro del Tavolo 10 su Salute e disagio psichico, nell'ambito degli stati generali dell'esecuzione penale, sarebbe opportuno creare una nuova misura alternativa alla detenzione dedicata ai malati psichiatrici, ossia a quei soggetti che oggi rientrano nella tipologia codicistica dell'art. 148. Tale misura dovrebbe essere modellata sul modello della grave infermità fisica (art. 147 c.p.) e attuata attraverso la detenzione domiciliare ex art. 47 ter, opportunamente integrato con modifiche normative. Destinatari di tale misura sarebbero i soggetti portatori di patologia psichiatrica con una compromissione significativa del

funzionamento psichico e dell'adattamento tale da rendere nulla o scarsa l'efficacia degli interventi riabilitativi eventualmente erogabili all'interno del carcere, persone per le quali è necessario intervenire attraverso un programma terapeutico riabilitativo individuale, realizzato in integrazione con i servizi psichiatrici e sociali del territorio di appartenenza e finalizzate alla cura e al reinserimento sociale della persona.

Nella proposta del Tavolo 10 si precisa che l'art. 148 dovrebbe essere abrogato a seguito della modifica dell'art. 147 con introduzione della espiazione della pena in forma alternativa.

Ma, oltre alla previsione della possibilità di espiare la pena fuori dal carcere, sarebbe anche necessario prevedere criteri più precisi per l'organizzazione delle sezioni psichiatriche penitenziarie, in modo che sia assicurato il diritto alla salute dei condannati con sofferenza psichica. Tali articolazioni dovrebbero essere disciplinate attraverso la previsione di livelli essenziali di assistenza da erogare all'interno degli istituti penitenziari, e in particolare nelle sezioni psichiatriche. Infatti la mancanza di criteri di riferimento specifici, stabiliti attraverso atti normativi, ha fatto sorgere situazioni in cui si parla di articolazione psichiatrica penitenziaria soltanto attraverso l'attribuzione di un nome, senza differenziare in niente nella sostanza le condizioni di detenzione dei pazienti psichiatrici rispetto a quelle della detenzione ordinaria.

Dalla mappatura delle articolazioni per la tutela della salute mentale e dei reparti di osservazioni psichiatriche risulta che queste sono 28 e sono collocate nelle seguenti Regioni[36]:

	Regione	Istituto penitenziario	Posti letto
1	Piemonte	CC Torino "G. Lorusso – L. Cotugno"	14
2	Lombardia	CC Monza *	5
3	Lombardia	CC Milano San Vittore	2
4	Veneto	CC Verona "Montorio" *	5

[36] Dati forniti dal Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria – Direzione Generale dei detenuti e del trattamento – Ufficio Misure di sicurezza.

5	Veneto	CC Belluno	6
6	Liguria	CC Genova “Marassi”	7
7	Emilia Romagna	CC Piacenza *	5
8	Emilia Romagna	II.PP Reggio Emilia	
9	Emilia Romagna	CC Bologna femminile	2
10	Toscana	CC Firenze “Sollicciano” maschile e femminile	
11	Toscana	CC Livorno *	8
12	Marche	CC Ascoli Piceno *	2
13	Lazio	CC NC Roma “Rebibbia”	8
14	Lazio	CR Roma “Rebibbia”	16
15	Lazio	CC Civitavecchia femminile	2
16	Abruzzo	CC Pescara	7
17	Abruzzo	CC Vasto	3
18	Campania	CC Pozzuoli femminile	6
19	Campania	CC Santa Maria Capua Vetere	20
20	Campania	CC Benevento	6
21	Campania	CC Salerno	8
22	Campania	CR Sant’Angelo dei Lombardi	10
23	Campania	CP Napoli “Secondigliano”	18
24	Puglia	CC Lecce	20
25	Calabria	CC Reggio Calabria “G. Panzera” *	5
26	Sicilia	CC Palermo “Pagliarelli” *	5
27	Sicilia	II. PP. Barcellona Pozzo di Goto maschile e femminile	
28	Sardegna	CC Cagliari	2

Le Regioni Friuli Venezia Giulia e Trentino Alto Adige fanno capo alla Regione Veneto.

La Regione Campania ha previsto, all’interno delle Articolazioni, anche posti da destinare a detenuti con manifesto disagio psichico.

Presso gli Istituti contrassegnati dall’asterisco, vi sono Sezioni dedicate esclusivamente all’espletamento degli accertamenti ex art. 112 del D.P.R. 230/2000

I detenuti presenti nelle varie strutture classificati come art. 148 sono in totale 35 (per la maggior parte presenti a Reggio Emilia - 16). I detenuti classificati come art 111 del D.P.R. 230/2000 sono in totale 110 (di cui la maggior parte delle presenze si registrano a Barcellona Pozzo di Gotto - 36, Reggio Emilia - 30, Roma Rebibbia - 16, Napoli Secondigliano - 15). Infine, i detenuti in Osservazioni Psichiatrica (art 112 del D.P.R. 230/2000) sono complessivamente 56 ma questo è un dato altamente variabile, tenuto conto che la permanenza in osservazione non può superare i trenta giorni.

Il Commissario ha segnalato che il quadro presenta alcune contraddizioni. A partire dai posti previsti che in alcune Regioni sono assolutamente insufficienti, in particolare: Lombardia, Emilia Romagna, Veneto e Toscana. Viene sottolineato, inoltre, che a Reggio Emilia, dove vengono ospitate attualmente 46 persone (16 ex art 148 e 30 ex art 111), si continua a violare il principio della territorialità. Situazione simile a Barcellona Pozzo di Gotto, ancora OPG e che sarà chiuso nei prossimi mesi, che ospita 50 detenuti (4 ex art.148, 36 ex art. 111 e 10 ex art. 112). E' preoccupante, poi, il fatto che per Barcellona Pozzo di Gotto e per Reggio Emilia, non venga data indicazione circa la capienza massima.
Il Commissario ha chiesto, infine, un'analisi dettagliata sugli ospiti di Reggio Emilia e Barcellona Pozzo di Gotto per realizzare un tempestivo intervento che porti al rispetto della norma.

6. Conclusioni

Considero i sei mesi trascorsi estremamente positivi perché si è messo in moto il processo di realizzazione di una riforma di grande valore civile, umano, culturale e politico. La chiusura del manicomio criminale pone l'Italia in una posizione di avanguardia sulla linea indicata dalla Legge Basaglia con la chiusura dei manicomi civili. E' una sfida difficile e non scontata. Ho sostenuto molti anni fa una linea radicale, quella di eliminare alla radice il nodo della non imputabilità per gli autori di reato prosciolti per vizio totale di mente, ritenuti incapaci di intendere al momento del fatto. La proposta di cancellare gli articoli 88 e 89 del Codice Penale ha fatto molto discutere, suscitando consensi e dissensi tra psichiatri e giuristi.

L'obiezione più forte a questa proposta è quella di non potere punire con la detenzione chi non può essere considerato responsabile del delitto compiuto, perché condizionato in maniera assoluta dalla malattia psichiatrica. Il passaggio successivo era costituito dal proscioglimento e dalla inflizione della misura di sicurezza per la presunzione di pericolosità sociale e del pericolo di ripetizione del reato e quindi dall'internamento nell'OPG che era l'istituzione totale per eccellenza, manicomio e carcere insieme. La malattia richiedeva la cura obbligatoria e la pena poteva essere infinita. La negazione della responsabilità precipitava il folle all'inferno. Il malato era considerato pericoloso a è e agli altri e quindi era escluso dalla società, internato, secondo la classificazione da brivido.

L'incapacitazione in teoria determinata in un momento, al momento del fatto, si riverberava sul futuro e veniva affidata a perizie mediche e a decisioni di giudici. Matto e pericoloso era il binomio su cui si fondava una teoria positivista e organicista che aveva la migliore espressione nel pensiero di Lombroso. Oggi la teoria del malato delinquente da isolare è sostituita dalla concezione del malato da curare e comunque custodire.

E' del tutto evidente che la scelta di affermare anche un barlume di responsabilità non comportava il carcere come soluzione unica e ottimale, bensì privilegiava una vasta gamma di misure alternative alla detenzione, le più adatte rispetto alla condizione

personale. La REMS come soluzione ultima e residuale dovrà fare i conti con casi difficili tanto che alcuni operatori ipotizzano REMS ad alta intensità di cura che non so valutare nel significato e nelle conseguenze.

La battaglia per la chiusura degli OPG e il superamento della logica manicomiale ha preso un'altra strada, originale, che va perseguita con rigore, ma soprattutto con la capacità di sperimentazione e di valutazione delle esperienze e delle criticità che emergono. Occorre una disponibilità a mettersi in gioco valutando giorno per giorno la prova di realtà. La Rems può essere intesa, forzando la lettera della legge, come una misura alternativa alla detenzione; d'altronde il riferimento alla durata massima della misura di sicurezza non superiore al massimo edittale della pena prevista per il delitto compiuto mi pare vada proprio in questa direzione.

L'osservazione del funzionamento delle REMS colpisce soprattutto per l'impegno del personale che lavora in queste nuove strutture, addirittura si percepisce un entusiasmo legato alla consapevolezza di partecipare a una rivoluzione copernicana. Il centro non è la malattia ma la persona. C'è uno sforzo per tradurre in una dimensione nuova il motto per cui la *libertà è terapeutica*.

Le basi concettuali e pratiche di un modello come le REMS, perché evitino il rischio di diventare "mini – OPG", sono la territorialità e il numero chiuso, il rifiuto della coercizione, in particolare la contenzione, e la consapevolezza che la permanenza nella struttura ha un tempo definito.

Occorre saper vivere la dimensione del rischio. La libertà comporta il rischio e la REMS vive sul rischio di convivere quotidianamente con esperienze difficili.

E' una scommessa che si può vincere con una sinergia piena con i servizi della psichiatria sul territorio, non isolando queste strutture in luoghi sconosciuti e dimenticati.

La localizzazione delle strutture per le REMS definitive deve rispondere a criteri legati con un intenso rapporto con il territorio realizzando una rete di scambio con Associazioni culturali e di volontariato che prefigurino il reinserimento sociale dopo il termine della misura di sicurezza, anche sulla base delle REMS provvisorie. Occorre

anche definire dei bandi per la realizzazione delle nuove strutture che puntino sulla qualità architettonica innovativa e non con caratteristiche di arida edilizia. Le REMS definitive devono essere pensate in maniera adeguata e coerente rispetto al modello terapeutico, tenendo conto che non sono ospedali ma comunità.

Siamo in mezzo al guado. Nei prossimi tre mesi si potrà finalmente realizzare la prima fase con la chiusura di tutti gli OPG e l'apertura di tutte le strutture alternative previste nel piano definito dagli accordi Stato – Regioni.

Nei mesi successivi occorrerà un lavoro di monitoraggio del funzionamento delle diverse realtà, dalle REMS del Friuli Venezia Giulia di due posti a quelli di venti posti. Per i progetti di REMS con due moduli da venti, e quindi con 40 posti, forse si dovrebbe prevedere una destinazione differente, oltre che con due direzioni diverse, anche con una realtà architettonica che presenti edifici basati su case – appartamento o strutture per piccoli gruppi per enfatizzare percorsi di autonomia.

Sarà essenziale una riforma delle misure di sicurezza provvisorie e una rimeditazione della scelta di trasformare l'OPG di Castiglione dello Stiviere in un sistema modulare di sei REMS in una unica realtà.

Nella Relazione sono indicati con chiarezza molti problemi aperti che vanno affrontati con il treno in corsa. Guai se qualcuno animato da buone intenzioni (le vie dell'inferno sono lastricate proprio da questi sentimenti) mettesse dei massi sui binari.

Infine andrà riesaminato il punto sulla necessità dei posti nelle REMS dopo una intelligente modifica legislativa realizzando un rapporto tra popolazione residente nelle Regioni e posti previsti nelle REMS per verificare omogeneità e/o disomogeneità nell'applicazione della riforma in tutto il paese.

7. Nota finale

Daniele Piccione

Rischi di regressione e antidoti per il legislatore.
(Per mantenere coerente il percorso di umanizzazione del trattamento del reo che soffre di disturbo mentale).

1. Non poche voci critiche si sono levate contro la recente approvazione di un emendamento al testo del disegno di legge, all'esame del Senato della Repubblica, che indica i criteri in base ai quali ridefinire la missione delle REMS, nel quadro della complessiva revisione della disciplina del trattamento per l'autore di reato che vive l'esperienza del disturbo mentale (ovvero quel che si definisce, con formula enfatica e semplicistica, il folle reo).
Il testo in questione rischierebbe di far risorgere gli ospedali psichiatrici giudiziari dall'oblio in cui erano stati quasi totalmente sospinti grazie alle sofferte novità normative succedutesi nell'ultimo quinquennio.
Il testo dell'emendamento inserisce, tra i criteri di delega cui il Governo dovrebbe in futuro attenersi nel riscrivere la disciplina delle misure di sicurezza per il reo non imputabile, quattro nuovi indirizzi di notevole portata.

a) In primo luogo si prevede che, qualora colui che ha compiuto un reato in condizione di salute mentale (quindi dovendosi ritenere imputabile) soffra poi, in fase di esecuzione della pena, di un disturbo che lo renda "infermo di mente", questi può essere avviato alle REMS.
b) Si cancella ogni segno permanente e netto del principio, tante volte richiamato dalla Corte costituzionale, per cui la misura di sicurezza di carattere detentivo deve essere considerata alla stregua di una soluzione residuale, estrema, da comminare soltanto nei casi in cui nessun'altra forma di trattamento possa ritenersi adeguata.
c) Si introduce una dirompente soluzione alla condizione "di tutti coloro per i quali occorra accertare le relative condizioni psichiche, qualora, le sezioni degli istituti

penitenziari alle quali sono destinati non siano idonee, di fatto, a garantire i trattamenti terapeutico-riabilitativi, con riferimento alle peculiari esigenze di trattamento dei soggetti e nel pieno rispetto dell'art. 32 della Costituzione".

Anche per costoro, oltre che per i sottoposti alle misure di sicurezza provvisoria, si aprirebbero le porte delle REMS.

d) Si delinea l'idea di base per cui, ove non può o non riesce a curare il carcere, giungono a supplire le REMS. Secondo tale impostazione culturale, dunque, queste ultime sole divengono un'alternativa al trattamento penitenizario e con quest'ultimo esse costituiscono i due perni di un vero e proprio circuito detentivo.

Si tratta di quattro linee con cui si intende affrontare un problema complesso, ma che sfocerebbero in un esito regressivo.

Sin dall'entrata in vigore della l. n. 9 del 2012 (la c.d. "legge Marino") si è andato non poco affinando il profilo funzionale, terapeutico e garantista che dovrebbe caratterizzare le Residenza per l'esecuzione delle misure di sicurezza. Soprattutto, l'iniziale natura, grezza e ambigua, delle REMS si è definita progressivamente sfilandosi dalla matrice di controllo sociale, accostandosi sempre più ad un servizio di diagnosi e cura per i pazienti giudiziari. Lo dimostrano, tra l'altro, l'articolato dibattito svoltosi sul Regolamento delle stesse REMS che ormai, quasi pacificamente, è allontanato da quello penitenziario, nonché i richiami, in sede di modifica normativa ma anche di prassi giudiziaria, sui presupposti di accesso e permanenza nelle Residenze, che i penalisti, gli psichiatri e gli operatori vorrebbero sempre più limitati, puntuali e comunque garantiti da cogenti limiti di durata.

Nelle REMS dovrebbero svolgersi attività solamente di carattere sanitario e assistenziale (per non far gravare sugli operatori della salute mentale responsabilità di controllo e custodia che non possono essergli proprie); le REMS dovrebbero farsi carico solo dell'acuzie, dell'urgenza e di condizioni di salute mentale particolari che richiedono una notevole intensità di cura (così da evitare la riproposizione delle logiche di cronicizzazione, stigma doppio e grande internamento che hanno segnato la

storia degli Opg); dovrebbero disporsi in rapporto di intensa integrazione con i servizi territoriali per la salute mentale, così da consentire, laddove possibile, una conoscenza personale del paziente, favorendo pratiche di continuità nella cura e incisive prospettive di *recovery* nella globalità dei servizi disposti a circuito (ciò al fine di evitare il riemergere delle logiche classiche dell'istituzione separata ed isolata e, soprattutto, per valorizzare l'individualizzazione dei programmi terapeutici).
Ora, seguendo queste traiettorie, le REMS potrebbero finalmente rivelarsi un passo efficace nel processo di de-istituzionalizzazione e si affievolirebbe l'ombra sinistra che continua a circondarle dell'aura di ingombranti eredi del custodialismo degli infermi di mente che hanno commesso reato.

2. Di colpo, però, con il testo approvato dalla Commissione Giustizia del Senato si scarta per un'altra via. E quando ciò accade in ambito normativo oppure nello sviluppo di indirizzi giurisprudenziali insensibili all'evolvere graduale del sistema, si materializzano notevoli rischi.
Riemerge la grande incognita irrisolta nell'ultimo secolo di storia sociale italiana. E' quella della relazione tra il carcere e la tutela della salute mentale. Ormai il tema si affaccia prepotente, ineludibile. Chiama in causa tutti sullo stato di una riflessione che è insieme teorica e concreta. E' teorica perché impone di chiedersi quale sia la sorte del celebre doppio binario: pena – misure di sicurezza; questa scelta di politica criminale, tra le più rilevanti del Codice Rocco, interroga lo studioso sulla necessità di superare il concetto ambiguo e farisaico di pericolosità sociale. Ma si è di fronte anche ad una sfida concreta e terribile dal momento che la relazione tra il carcere e le misure di assistenza per l'autore di reato infermo di mente va ora affrontata tra le angustie del recedere del *Welfare State*, mentre si lotta aspramente per lenire i danni incalcolabili del sovraffollamento penitenziario e, soprattutto, in un fase in cui la società italiana torna ad essere percorsa da venti di paura, riflessi repressivi, tentazioni di ricorrere a torsioni di politica criminale dettate dell'emotività.

Riaffiora così la logica delle istituzioni di scarico, dove si avviano le persone la cui storia, il cui mondo di sofferenza appaiono incomprensibili, marginali e non codificabili. Peggio ancora incombe il portato di sofferenze generate da quei luoghi in cui funzioni miste convivono infelicemente: sorvegliare e curare; contenere e riabilitare; effettuare una diagnosi e proteggere la comunità da una potenziale incognita o minaccia alla sicurezza.

Se le REMS assumono questi contorni si rischia la caduta nella "truffa delle etichette" che è quella pratica per cui il mutare del nome, della superficie, dei presupposti di accesso, finanche del luogo inteso nella sua conformazione architettonica, non nascondono altro che la replica delle istituzioni totali, il ritorno alla logica dell'esclusione.

3. E allora conviene tornare su ciò che mezzo secolo di lotta all'ospedale psichiatrico giudiziario ha insegnato a praticare e a delineare con le parole della legge.

Occorrerebbe introdurre il divieto di esecuzione delle misure di sicurezza provvisorie poiché esse tendono a generare il fenomeno dei cripto-imputabili: ovvero quelle persone che, pur in grado di intendere e volere al momento della consumazione del reato, accedono al sistema psichiatrico giudiziario. Da questo, come è noto, è spesso arduo divincolarsi.

E' necessario allora che ogni istituzione in cui si restringe la libertà personale sia consegnata alla residualità, all'eccezionalità, alla brevità di durata della misura segregante. Rileva ribadire sempre che nell'agire delle istituzioni totali nelle società contemporanee contano, e tanto, i numeri dell'offerta di contenimento: molti posti letto nei grandi ospedali psichiatrici giudiziari (o nelle tante piccole REMS) inducono costantemente ad avviarvi più persone, a colmare sempre la misura e ad innescare la miccia della richiesta di nuovi luoghi per la segregazione.

E tutto ciò finisce per scolorare la centralità dell'individuo, la sua esperienza di sofferenza cui sempre più spesso si risponderà con la neutralizzazione e l'internamento.

4. Non sembrino inviti astratti, quelli che precedono. Essi anzi vanno tradotti in norme puntuali.

Il testo sul quale l'Assemblea del Senato si accinge a votare in autunno così dispone:

"*tenuto conto dell'effettivo superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari e dell'assetto delle nuove REMS, previsione della destinazione alle residenze di esecuzione delle misure di sicurezza (Rems) prioritariamente delle persone per le quali sia stato accertato in via definitiva lo stato di infermità al momento della commissione del fatto, da cui derivi il giudizio di pericolosità sociale, nonché dei soggetti per i quali l'infermità di mente sia sopravvenuta durante l'esecuzione della pena, degli imputati sottoposti a misure di sicurezza provvisoria e di tutti coloro per i quali occorra accertare le relative condizioni psichiche, qualora le sezioni degli istituti penitenziari alle quali sono destinati non siano idonee, di fatto, a garantire i trattamenti terapeutico - riabilitativi, con riferimento alle peculiari esigenze di trattamento dei soggetti e nel pieno rispetto dell'articolo 32 della Costituzione*".

L'auspicio è che una nuova pagina di parlamentarismo, progressista e umanitaria quanto quella che condusse alla l. n. 81 del 2014, possa trasformare questo testo in una direzione simile a quella di seguito riportata:

"*nella prospettiva dell'effettivo e definitivo superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari, introduzione di disposizioni volte a destinare alle residenze di esecuzione delle misure di sicurezza (REMS) le sole persone per le quali sia stato accertato in via definitiva lo stato di infermità al momento della commissione del fatto da cui derivi il giudizio di pericolosità sociale e il conseguente bisogno di cure psichiatriche; esclusione dell'accesso alle REMS dei soggetti per i quali l'infermità di mente sia sopravvenuta durante l'esecuzione della pena, degli imputati sottoposti a misure di sicurezza provvisoria e di tutti coloro per i quali ancora occorra accertare le relative condizioni psichiche; sviluppo ed implementazione delle sezioni degli istituti*

penitenziari garantendone l'effettiva idoneità a garantire i trattamenti terapeutici e riabilitativi, con riferimento alle peculiari esigenze individuali di ciascun soggetto e nel pieno rispetto degli articoli 27 e 32 della Costituzione; valorizzazione dell'istituto del piano terapeutico individuale per ciascun individuo sottoposto a misura di sicurezza anche non detentiva; sviluppo del principio di eccezionalità nella comminazione delle misure di sicurezza di carattere maggiormente afflittivo della libertà personale, con particolare riferimento alla previsione di un novero di fattispecie criminose di rilevante gravità per le quali sole ammettere le misure coercitive dell'infermo di mente non imputabile; introduzione di apposite disposizioni volte a garantire la continuità delle cure e dei processi di riabilitazione in chiave integrata da parte delle REMS e dei servizi territoriali che fanno capo ai Dipartimenti di salute mentale".

Sarebbe questa la strada per creare le basi di un collegamento virtuoso con i lavori svolti in seno agli Stati generali dell'Esecuzione penale, sul rapporto tra carcere e sistema dei servizi di salute mentale, nonché sul trattamento dell'infermo di mente autore di reato

Le migliori premesse, dunque, perché il percorso di umanizzazione della condizione dell'infermo di mente autore di reato possa trovare definitivo compimento, secondo lo spirito della Costituzione e in coerenza con la "legge Basaglia" (L. 13 maggio 1978, n. 180).

5. Il testo che qui si è ritenuto di porre in discussione, quello approvato dalla Commissione Giustizia del Senato, sembra delineare vie di migrazione dal carcere alle REMS. E ciò, prestando la giusta attenzione al tenore delle norme criticate, rivela la realistica constatazione secondo cui il carcere di oggi non è in grado di garantire il diritto fondamentale alla salute mentale.

Ecco, allora, che forse *ex malo oritur bonum*: la criticabile soluzione di trasmettere alle neonate REMS le funzioni terapeutiche che il carcere fallisce nel garantire lascia intravedere la risposta su cui costruire la direzione riformista più efficace.

Sullo sfondo si intravede, forse, il tempo dell'abrogazione della non imputabilità. Quantomeno il terreno è pronto perché si guardi alle REMS come a luoghi di breve degenza che mantengano legami fortissimi con il territorio più che con il carcere, notevole capacità di dimissione e bassa intensità contenitiva. Se sbiadisse sempre più la loro natura di alternativa al carcere, se si riuscisse a ripararle dagli istinti protettivi dal diverso da noi, a far sì che esse non offrano più l'accomodante scusa di contenere il pericolo ed elidere le responsabilità delle scelte sulla libertà dell'individuo, l'obiettivo si rivelerebbe sempre più possibile e praticabile.

Magari potremmo scoprire che esso è, già ora, a portata di mano: nel sentire sociale comune, d'altra parte, è largamente condiviso ormai che nessuna cura può davvero dirsi efficace, in prospettiva medio – lunga, se offerta in condizioni di internamento e cattività. E allora gli antidoti a questi rischi si ritrovano parafrasando ancora Pier Vittorio Tondelli: "riscoprendo la partecipazione, l'impegno e, cosa più importante, la solidarietà… nonostante il sipario di ombre dell'estate, in fondo è possibile intravedere la luce".