

Allegato 1

**Sintesi della relazione trimestrale
sull'attività svolta dal
Commissario unico per il superamento
degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari**

Franco Corleone

Relazione presentata il 19 maggio e aggiornata al 19 giugno.

INDICE

Premessa	5
1. Chiusura degli OPG e nomina del Commissario unico per il loro superamento	6
2. Relazione sull'attività svolta dal Commissario	8
3. Fotografia delle Rems presenti sul territorio nazionale	20
Allegato A	26
4. Misure di sicurezza: nodi problematici, segnalazioni e situazioni irrisolte	33
5. Conclusioni	42

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, 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.

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 la regola doveva essere una misura di sicurezza diversa dalla detenzione in OPG e in REMS, salvo situazioni determinate che dovevano diventare l'eccezione.

1. Chiusura degli OPG e nomina del Commissario unico per il loro superamento

La Legge 81/2014 stabiliva come termine ultimo per la chiusura degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari, la data del 31 marzo 2015.

Il 19 febbraio 2016, 97 persone erano ancora internate nei cinque 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 provvisoria.

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 di nominare con DPCM 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 Sicurezza (REMS) delle persone ancora ivi internate e di quelle sottoposte a misura di sicurezza provvisoria. Il compito assegnato era di dare attuazione anche agli specifici accordi interregionali stipulati per la realizzazione di strutture comuni in cui ospitare i soggetti internati provenienti dalle regioni commissariate. Il Commissario deve, inoltre, intraprendere ogni utile iniziativa volta a sollecitare anche le regioni diverse da quelle commissariate perché procedano ad una rapida e completa realizzazione dei programmi di loro competenza.

Un compito estremamente delicato che si sta sviluppando con risultati confortanti. Il percorso intrapreso ha subito delle difficoltà nel momento in cui è stata sollevata una incompatibilità tra l'incarico che svolgo come Garante delle persone sottoposte a misure restrittive della libertà personale della regione Toscana e il ruolo di controllo sulla Regione che sarebbe stato esercitato in quanto Commissario unico per il superamento degli OPG.

La Presidenza del Consiglio dei Ministri ha chiesto un parere all'Avvocatura Generale dello Stato la quale ha escluso l'incompatibilità fra i ruoli di cui trattasi in ragione dell'affermata natura strettamente sostitutiva e di amministrazione attiva svolta dal Commissario unico e rispondente ad esigenze pubbliche di carattere primario. Si esclude, inoltre, che il Commissario svolga funzioni di controllo sulle rispettive amministrazioni regionali interessate. Il caso è stato positivamente risolto.

Comunque il lavoro e l'attività non hanno subito ripercussioni significative e le iniziative compiute sono riportate di seguito.

2. Relazione sull'attività svolta dal Commissario

Il tempo a disposizione previsto nel decreto di istituzione della figura del Commissario ha durata semestrale (19 febbraio 2016 -- 19 agosto 2016) seppure con una previsione di possibile proroga.

D'accordo con il Sottosegretario alla Salute Vito De Filippo si è delineato un quadro di impegni immediati con i rappresentanti delle sei regioni commissariate e successivamente ho preso contatti personalmente con i responsabili politici e amministrativi delle suddette regioni, 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 nelle Regioni commissariate. Si sono visitate le REMS già esistenti, quelle in programma e le localizzazioni di quelle non ancora definite.

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. 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.

In questo periodo si è pervenuti comunque 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. Riassumo le principali:

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.

Donne. 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. Nel Lazio una Rems è dedicata interamente alle donne. Il numero limitato di donne non può comunque pregiudicare il principio della territorialità.

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 giorno 8 giugno.

Nel momento della chiusura di tutti gli OPG e dell'apertura delle Rems previste (Piemonte, Liguria, Calabria, Puglia) 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'art.1 si stabilisce 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). Legato a questo vi è anche la questione della presenza femminile nelle Rems che vede tutt'ora una situazione di incertezza.

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 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 il 25 luglio 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. E' stata effettuata una visita alla Villa Guicciardini, il 2 marzo prevista come struttura intermedia che sarà pronta in 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 da Montelupo.

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 e sulle prospettive della Rems definitiva. Ho scritto al direttore della ex ASL 5 di Pisa, Mauro Maccari (Azienda USL Toscana Nord Ovest) facendo 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. Ho scritto al Presidente Enrico Rossi e all'Assessora Stefania Saccardi facendo un quadro completo sulla situazione presente in Toscana e sollecitando l'apertura di un'altra Rems che a questo punto risulta davvero indispensabile.

- *Abruzzo*. Il 21 marzo ho avuto un incontro a Pescara con l'assessore Silvio Paolucci, insieme abbiamo visitato 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 altre strutture.
- *Veneto*. Il 29 febbraio ho avuto un incontro con l'assessore Luca Coletto e con tutti i responsabili presso la Rems di Nogara. Si Sono tenuti due incontri, in data 4 aprile, con la Prefettura e la Sovrintendenza per la definizione del protocollo sicurezza e per l'approvazione del progetto della struttura definitiva. La Rems di Nogara, il 27 giugno aprirà il secondo modulo e i posti disponibili presso la struttura saranno 40.
- *Calabria*. In data 20 aprile ho effettuato 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 ho avuto 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 ho incontrato a Catanzaro il Sindaco del Comune di Santa Sofia d'Epiro e il Direttore Generale Riccardo Fatarella e

si sono definite le condizioni per l'apertura della Rems provvisoria, prevista prima dell'estate, e che accoglierà 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 ho visitato la Rems già aperta di Spinazzola e quella in fase di realizzazione di Carovigno.

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 mio 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.

Per quanto riguarda la sede di Carovigno ho visitato la sede della Rems provvisoria e si è concordata l'apertura per il giorno 27 giugno. La struttura ha 18 posti e i primi arrivi saranno da Barcellona Pozzo di Gotto, da Montelupo Fiorentino e da altre Rems. Dopo un necessario periodo di assestamento, si valuteranno le richieste delle misure di sicurezza in attesa di essere eseguite. Ho preso visione, inoltre, dell'area e del progetto della Rems definitiva che sarà situata nel centro della città. I temi di realizzazione sono indicati in diciotto mesi.

Ho preso contatto anche 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.

Con gli assessori alla Sanità delle Regione Liguria e Sardegna si sta discutendo al fine di definire una possibile destinazione degli ospiti liguri e sardi presenti presso l'OPG di Montelupo Fiorentino.

Ho effettuato due incontri a Genova con l'assessora Senia Viale, il 4 maggio e il 16 giugno. E' stato definito che una Rems provvisoria sarà inaugurata prima dell'estate e 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 la 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.

Ho avuto contatti telefonici con l'Assessore alla sanità della regione Sardegna, Luigi Arru, sollecitando un aumento dei posti nella Rems di Capoterra in modo da poter accogliere gli internati ancora presenti a Montelupo Fiorentino.

Ho avuto contatti telefonici con il referente della Sicilia, dott. Maurizio D'Arpa, sollecitando una definizione delle altre due strutture previste nel piano nazionale delle Rems; questo consentirebbe la chiusura dell'Opg di Barcellona Pozzo di Gotto. L'urgenza è determinata anche dall'elevato numero di misure di sicurezza emesse dalle Autorità Giudiziarie, e ancora non eseguite in Rems, per mancanza di posti letto¹.

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 ho avuto il piacere di parteciparvi insieme al Direttore Generale, dott. Vitaliano De Salazar, il dott. Egidio Schiavetti, collaboratore del commissario ad acta per la sanità, e il dott. Giuseppe Nicolò, Responsabile della Rems. Questo sviluppo positivo ha

¹ Secondo i dati forniti dal Ministero della Giustizia, aggiornati al 1 giugno, le misure di sicurezza in attesa di essere eseguite per la Regione Sicilia sono 44, di cui 25 provvisorie e 19 definitive.

consentito la chiusura, in data 15 giugno, dell'OPG di Aversa, dove erano presenti cinque internati laziali.

Il 13 aprile ho effettuato una visita, insieme al consigliere Calogero Piscitello e la dott.ssa Grazia De Carli, presso l'OPG di Reggio Emilia che è stato chiuso in data 5 maggio 2016. La struttura è stata riconvertita in Istituto Penitenziario e, a tal proposito, ho segnalato al Capo del Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria, Santi Consolo, la delicatissima questione riguardante i 48 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, ho segnalato anche la questione relativa al destino degli archivi degli OPG, situazione che mi è stata segnalata per conoscenza dal Ministero dei beni culturali.

Obiettivi immediati

- Chiusura degli ultimi due OPG ancora aperti: Montelupo Fiorentino e Barcellona Pozzo di Gotto.
- Rapida apertura di una Rems nella Sicilia occidentale. Questo consentirebbe la chiusura dell'OPG di Barcellona Pozzo di Gotto
- Aperta di una Rems di 20 posti in Toscana. Questo consentirebbe la chiusura dell'OPG di Montelupo Fiorentino.

Criticità riscontrate

- 1) Rispetto al numero delle 53 persone ancora internate negli OPG², alla data del 1 giugno 2016, vi sono 195 misure di sicurezza³ (130 provvisorie e 65 definitive) decise nella gran parte dalla magistratura di cognizione, in attesa di essere eseguite con l'inserimento in REMS.

² 23 Montelupo Fiorentino; 30 Barcellona Pozzo di Gotto.

³ Tra le 195 misure di sicurezza ancora non eseguite, 10 (9 provvisorie e una definitiva) sono rivolte a donne. Le misure di sicurezza riguardano internande delle seguenti Regioni: Piemonte (1 provvisoria), Toscana (1 provvisoria), Lazio (2 provvisorie), Puglia (1 provvisoria), Calabria (2 provvisorie), Sicilia (1 provvisoria e 1 definitiva), Sardegna (1 provvisoria).

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 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.

In tale prospettiva ritengo necessaria anche una urgente revisione e un ripensamento terminologico del linguaggio del codice e dello status dell'internato. Un'anticipazione della previsione ordinamentale potrebbe meritare anche un intervento d'urgenza con Decreto-Legge per determinare alcune condizioni precise per l'ingresso in REMS. Ho chiesto al DAP un riscontro obiettivo sui reati compiuti da queste persone e anche per le misure provvisorie già in atto in REMS; mi riprometto di ottenere una fotografia puntuale, sicuramente utile per una valutazione sull'applicazione della legge 81.

- 2) Il quadro di problemi concomitanti comprende il nodo della seminfermità, il destino dei 148, 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 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.

Ho inviato una lettera al Ministro Orlando nella quale viene fatto un quadro puntuale sulla situazione presente specificando che sta emergendo sempre più drammaticamente il nodo delle misure di sicurezza provvisorie decise dalla Magistratura di cognizione per nuovi casi con provvedimenti di ricovero in Rems⁴.

⁴ Il 18 maggio 2016 ho ricevuto una risposta da parte del Capo di Gabinetto, Giovanni Melillo. Mi 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,

E' necessario 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. Sottolineo infine un'altra criticità ossia quella rappresentata dai soggetti ex art. 148 c.p. e 111 DPR 230/2000⁵ 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.

Ho inviato una lettera a tutti i Responsabili delle Residenze per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza presenti sul territorio nazionale nella quale chiedo di avere delle precise informazioni al fine di costruire un quadro specifico per ogni Rems (vedi paragrafo 3. *Fotografia delle Rems presenti sul territorio nazionale*), con lo scopo di realizzare e coordinare il processo di chiusura degli OPG.

Prospettiva a lungo termine

- 1) Monitoraggio delle REMS che sono e saranno presenti sul territorio con impostazioni e regolamenti diversi⁶;
- 2) Definizione di regole minime sui diritti e i principi informativi 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 lombardi e di evitare la specializzazione

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.

⁵ A livello nazionale si hanno numeri notevoli. Risultano essere 83 i detenuti ex art. 148 e 141 i detenuti ex art. 111. Presso l'ex OPG di Reggio Emilia, si registra la presenza di 48 detenuti tra ex art. 148 e ex art. 111 DPR 230/2000.

⁶ A questo proposito, in tempi rapidi, presenterò un quadro sinottico dei problemi che emergono dall'analisi dei regolamenti delle Rems presenti sul territorio nazionale.

dei nuovi sei moduli previsti di venti posti ciascuno, legati ai disturbi psichiatrici riproponendo una logica manicomiale.

La Regione Campania ha adottato un sistema informativo per il monitoraggio del superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari ("SMOP"), a cura del Laboratorio sperimentale territoriale regionale di sanità penitenziaria "Eleonora Amato". Ho potuto riscontrare l'efficienza e la precisione del sistema che, con una procedura semplice consente - ai soggetti autorizzati e con particolari specificazioni di accesso - un immediato utilizzo per la raccolta, la gestione e l'elaborazione dei dati essenziali - anagrafici, sanitari e giuridici - riguardanti le persone cui possono essere applicate o sono applicate le misure di sicurezza detentive OPG e CCC, le misure di sicurezza e cautelari non detentive, la collegata gestione documentale informatizzata e la dematerializzazione delle comunicazioni, nonché un'operatività integrata attraverso una rete condivisa tra diversi servizi ed istituzioni.

3. Fotografia Rems su tutto il territorio nazionale

Ho effettuato uno studio sulle Rems presenti sul territorio nazionale e di seguito sarà riportata la fotografia che ne è conseguita alla data del 21/04/2016. Ove possibile, sono stati apportati degli aggiornamenti sui dati, al 19 giugno.

Alla data del 21/04/2016, le Rems presenti sul territorio nazionale erano 23 (più l'ex OPG di Castiglione riconvertito in un Sistema Polimodulare di Rems provvisoria).

Così ripartite per Regione:

- Lazio: 4 strutture;
- Campania: 4 strutture;
- Friuli Venezia Giulia: 3 strutture;
- Emilia Romagna: 2 strutture;
- Sicilia: 2 strutture
- Sardegna, Basilicata, Puglia, Veneto, Marche, Toscana, Trentino Alto Adige, Piemonte: una struttura.

Nuove Rems:

Il 9 maggio è stata aperta una Rems in Abruzzo, a Barate, dove sono stati accolti gli internati abruzzesi e molisani che erano ancora presenti presso l'ex OPG di Aversa e sono stati inseriti in struttura anche le persone per le quali era stata disposta una misura di sicurezza e che erano in attesa di essere inserite in Rems.

Ampliamenti:

- 1) Nel Lazio, la Rems di Palombara Sabina è stata ampliata con l'apertura di un secondo modulo 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, entro fine giugno, sarà aperto un secondo modulo di 20 posti.

Nei prossimi mesi sono previste le aperture di Rems nelle seguenti Regioni: Liguria Calabria, Puglia e Piemonte.

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.

Questa è la fotografia che ne è emersa:

Tutte le strutture, tranne tre Rems aperte nel 2016, sono state aperte nel 2015.

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). Alcune Rems, con una capienza iniziale di 20 posti, sono state / verranno ampliate, prevedendo la presenza di due moduli con una capienza complessiva di 40 posti.

I pazienti presenti nelle Rems ad oggi sono 358⁷, di cui 187 definitivi e 171 provvisori. In totale sono 491 le persone che sono state inserite in Rems e 133 le persone che sono poi state dimesse⁸.

⁷ A questo numero, vanno aggiunti 176 pazienti (103 definitivi e 73 provvisori) presenti a Castiglione dello Stiviere ,per cui è stata fatta una puntuale osservazione alla pag. 23 del presente allegato.

⁸ Questo dato non comprende anche gli ingressi e le dimissioni avvenute a Castiglione poiché si tratta di un ex OPG riconvertito in Sistema Polimodulare di Rems provvisorie.

Reims e Contenzione

Su 24 strutture 17 non hanno una stanza appositamente adibita alla contenzione. In tre strutture ci sono stanze chiamate di “deescalation” 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 predisporre una per la messa in sicurezza di pazienti con agiti violenti per la loro sicurezza ma anche per la sicurezza degli altri pazienti e del personale.

Su 24 Reims 17 dichiarano che non si sono verificati episodi di contenzione⁹ all'interno della struttura. In 6 strutture, invece, si registrano:

- 5 episodi di contenzione nella Casa di cura San Michele di Bra (Piemonte);
- 2 episodi di inserimento presso una stanza di deescalation nella Reims 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 deescalation nella Reims 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 Reims di Pergine Valsugana (Trentino).
- Nella Reims 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 contenuto limitando il movimento di un solo arto. L'altra stanza è usata come

⁹ 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.

comune stanza di degenza o come camera per ospitare, in condizioni di maggiore sicurezza, pazienti particolarmente agitati e aggressivi.

Sistema Polimodulare Rems Provvisorie di Castiglione dello Stiviere

Un discorso a parte va fatto sul Sistema Polimodulare Rems Provvisorie di Castiglione dello Stiviere che ospita un numero di persone pari a 176 (di cui 103 definitivi e 73 provvisori). In questo caso, essendo Castiglione un ex OPG riconvertito in Rems provvisoria, si può analizzare l'andamento delle *misure di sicurezza*, provvisorie e definitive, prima e dopo il 31/03/2016, data che segna la chiusura, almeno teoricamente, degli OPG. Si registra una inversione di rapporto con un marcato aumento delle misure provvisorie. Se tra gli 85 internati presenti ancora oggi dal 31 marzo 2015, solo 17 avevano una misura di sicurezza provvisoria; sui 91 ingressi effettuati dal 1° aprile 2015, invece, le misure provvisorie aumentano considerevolmente e superano la metà delle misure totali (56).

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.

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.

Misure di sicurezza

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 195 ordinanze alle quali ad oggi non è stata data esecuzione¹⁰, 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.

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)
Lazio	32 (23 provvisori e 9 definitivi)
Campania	20 (16 provvisori e 4 definitivi)
Puglia	16 (9 provvisori e 7 definitivi)
Toscana e Umbria	12 (10 provvisori e 2 definitivi)
Piemonte	16 (7 provvisori e 9 definitivi)
Sicilia	44 (25 provvisori e 19 definitivi)
Veneto	6 (4 provvisori e 2 definitivi)
Abruzzo e Molise	2 (1 provvisorio e 1 definitivo)
Lombardia	7 (6 provvisori e 1 definitivi)
Sardegna	2 provvisorie
Totale	162

¹⁰ Dati aggiornati al 1° giugno 2016.

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	19 (16 provvisori e 3 definitivi)
Liguria	14 (7 provvisori e 7 definitivi)
Totale	33

Va posto in evidenza che la Calabria e la Liguria stanno lavorando per riuscire ad aprire delle Rems entro pochi mesi.

Allegato A

1. Rems sul territorio nazionale: capienza, flussi e presenze

N°	Elenco REMS	Regione	Data apertura	Capienza	Flussi		
					Ingr.	Dimis.	Pz pres.
1	Casale di Mezzani (PR)	E. Romagna	27/04/2015	10	16	8	8
2	Bologna	E. Romagna	01/04/2015	14	23	9	14
3	Ceccano (FR)	Lazio	05/11/2015	20	23	3	20
4	Pontecorvo (FR)	Lazio	31/03/2015	11	15	4	11
5	Palombara Sabina	Lazio	18/08/2015	20+20	30	3	27
6	Subiaco	Lazio	01/07/2015	20	28	8	20
7	San Nicola a Baronia (AV)	Campania	02/12/2015	20	20	0	20
8	Mondragone (CE)	Campania	30/04/2015	8+8	25	10	15
9	Roccaromana (CE)	Campania	15/05/2015	20	36	16	20
10	Vairano Patenora (CE)	Campania	06/12/2015	12	15	3	12
11	Pisticci (MT)	Basilicata	27/04/2015	8+5	14	4	10
12	Spinazzola (BAT)	Puglia	01/12/2015	20	21	1	20
13	Pergine Valsugana(TN)	Trentino	01/07/2015	8+5	10	1	9
14	Volterra (PI)	Toscana	01/12/2015	28	31	2	29
15	Bra (casa di cura S.Michele)	Piemonte	22/10/2015	18	22	4	18
16	Naso (ME)	Sicilia	01/04/2015	20	44	24	20
17	Caltagirone (CT)	Sicilia	30/04/2015	20	33	13	20
18	Nogara (VR)	Veneto	20/01/2016	16	19	3	16
19	Montegrimano (PU)	Marche	25/06/2015	12+4	23	7	16
20	Maniago (PN)	Friuli	21/05/2015	2	2	0	2
21	Aurisina (TS)	Friuli	04/05/2015	2	5	3	2
22	Udine	Friuli	29/02/2016	2	2	0	2
23	Capoterra (CA)	Sardegna	27/07/2015	8-8	22	7	15
24	Barete (AQ)	Abruzzo	09/05/2016	20	12	0	12
					491	133	358

24	Castiglione delle Stiviere	Lombardia	01/04/2015	6-20	---	---	176
----	----------------------------	-----------	------------	------	-----	-----	-----

2. Rems sul territorio nazionale: tipologia di misura, presenza di contenzione, presenza di regolamento.

N°	Elenco REMS	M d S.		Contenzione		Regolamento in allegato?
		Prov.	Def.	SI o NO	Stanza	
1	Casale di Mezzani (PR)	2	6	NO	NO	SI, Asl Parma
2	Bologna	4	10	NO	NO	SI + Contratto Informato
3	Ceccano (FR)	12	8	Non di norma	Descalation*	SI, Asl Frosinone
4	Pontecorvo (FR)	6	5	Non di norma	Descalation*	SI, Asl Frosinone
5	Palombara Sabina	11	16	NO	Non ancora	SI, Asl Roma5
6	Subiaco	11	9	SI*	Non ancora	SI, Asl Roma5
7	San Nicola a Baronia (AV)	10	10	NO	NO	SI, ASL Avellino
8	Mondragone (CE)	6	9	NO	NO	SI, Asl Caserta
9	Roccaromana (CE)	15	5	NO	NO	SI, Asl Caserta
10	Vairano Patenora (CE)	7	5	NO	NO	SI, Asl Caserta
11	Pisticci (MT)	8	2	NO	NO	SI, Asl Matera
12	Spinazzola (BAT)	9	11	NO	NO	SI, Asl Bat - Provvisorio
13	Pergine Valsugana(TN)	4	5	SI*	NO	SI, ASP di Trento
14	Volterra (PI)	6	15	NO	NO	SI, provvisorio
15	Bra (casa di cura S.Michele)	7	11	SI, 5 episodi	NO	SI
16	Naso (ME)	13	7	NO	Descalation	Non ancora
17	Caltagirone (CT)	10	10	SI	SI*	Carta dei Servizi ASP Catania
18	Nogara (VR)	7	9	NO	NO	SI, nella cartella Veneto
19	Montegrimano (PU)	9	7	NO	NO	SI, Ausl Urbino
20	Maniago (PN)	0	2	NO	NO	SI, AAS Pordenone
21	Aurisina (TS)	1	1	NO	NO	NO, documento sul funzion. ASUI Trieste
22	Udine	2	0	NO	NO	SI, ASUI Udine
23	Capoterra (CA)	2	13	NO	NO	NO, info dettagliate. ASL Sanluri
24	Barete (AQ)	7	5	NO	NO	SI
		171	187			
25	Castiglione delle Stiviere	73	103	SI	?	Carta dei servizi Asst Mantova

3. Rems sul territorio nazionale: note alle tabelle precedenti

Elenco REMS	NOTE
Bologna	2 Licenza Finale Esperimento in comunità
Ceccano (FR)	stanza utilizzata in due casi, non come contenzione fisica ma per allontanare il paziente dalla situazione critica
Pontecorvo (FR)	stanza utilizzata in un caso, non come contenzione fisica ma per allontanare la paziente dalla situazione critica
Palombara Sabina	Si sta cercando di individuare uno spazio per la messa in sicurezza di pz con agiti violenti per la loro sicurezza, degli altri pazienti e del personale
Subiaco	Contenzione meccanica: una volta per 7 ore. Si sta cercando di individuare uno spazio per la messa in sicurezza di pz con agiti violenti per la loro sicurezza, degli altri pazienti e del personale
Pergine Valsugana(TN)	contenzione ambientale, relazionale, farmacologica, non fisica/meccanica
Volterra (PI)	30 e 1 temporaneo
Bra (casa di cura S.Michele)	3 + 1 allontanamento volontario
Caltagirone (CT)	2 stanze video sorvegliate
Montegrimano (PU)	16 + 1 LFE
Capoterra (CA)	5 + 2 attualmente in LFE

4. Elenco delle Rems che ospitano donne:

Su 534, numero totale delle persone presenti in Rems, 58 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	32
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	58

Delle 58 donne ospitate presso le strutture sopra elencate, 26 hanno una misura di sicurezza definitiva, 31 provvisoria e una 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 32 donne (Lazio 3, Lombardia 19, Piemonte 2, Sicilia 3, Toscana 1, Umbria 1, Veneto 3) di cui 16 in misura provvisoria e 16 in misura definitiva.
- 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.

5. Rems e rispetto del principio di territorialità

Si fa presente, in merito al principio di territorialità, di cui si accennava prima, che sono in totale 45 le persone che sono ospitate in Rems fuori dalla loro Regione di provenienza. Nella seguente tabella sono indicate: le regioni dalle quali provengono le persone che si trovano in Rems fuori regione, le Rems presso le quali sono ospitate, il numero per singola regione e il numero totale.

Regione di provenienza	Rems di accoglienza	Numero
LIGURIA	- Castiglione dello Stiviere – Lombardia (17) - Mondragone – Campania (1)	18
LAZIO	- Castiglione dello Stiviere- Lombardia (2) - Roccaromana – Campania (1)	3
PUGLIA	- Castiglione dello Stiviere – Lombardia (1) - Caltagirone – Sicilia (1)	2
SICILIA	Castiglione dello Stiviere - Lombardia	2
TOSCANA E UMBRIA	- Castiglione dello Stiviere – Lombardia (2) - Bologna – Emilia Romagna (1) - Parma – Emilia Romagna (1) - Montegrimano – Marche (3) - Capoterra – Sardegna (1)	8
VENETO	Castiglione dello Stiviere - Lombardia	4
CALABRIA	- Palombara Sabina – Lazio (1) - Roccaromana – Campania (1) - Spinazzola – Puglia (1) - Pisticci – Basilicata (5)	8
		Totale 45

A fronte dell'aumento esponenziale delle misure di sicurezza provvisorie, si sono verificate delle richieste da parte della Magistratura per il collocamento in Rems di persone provenienti da altre Regioni. Sul punto la mia contrarietà è assoluta.

In casi di particolare gravità e delicatezza dovrebbe essere individuata una responsabilità di decisione, evitando il “fai da te”.

Negli OPG la situazione è la seguente:

OPG	Regione di provenienza	Totale
Montelupo Fiorentino	Umbria 2 Liguria 4 Sardegna 3 Puglia 1 Piemonte 1	11 ¹¹
Barcellona Pozzo di Gotto	Calabria 7 Puglia 6 S.F.D. 2	15 ¹²
Totale		26

¹¹ Queste persone si devono sommare ai 12 internati toscani.

¹² Queste persone si devono sommare ai 15 internati siciliani, 12 maschi e 3 donne.

4. Misure di sicurezza: nodi problematici, segnalazioni e situazioni irrisolte

Vorrei sottoporre all'attenzione degli addetti ai lavori alcuni nodi problematici che la riforma porta con sé. Un primo punto critico riguarda la collocazione degli autori di reato la cui condizione psichica è da determinare (osservandi) oppure 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

Per queste categorie di soggetti l'indicazione normativa è che vengano ospitati in sezioni specializzate all'interno degli istituti penitenziari. Le sezioni speciali carcerarie sono 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. In particolare si tratta degli 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 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.

Nel DPCM 1° aprile 2008, Allegato C “Linee di indirizzo per gli interventi negli ospedali psichiatrici giudiziari (OPG) e nelle case di cura e custodia” si sottolinea come il successo del programma di superamento degli OPG sia strettamente connesso

alla realizzazione di azioni di tutela della salute mentale negli istituti di pena. In particolare “all’attivazione, all’interno degli istituti, di sezioni organizzate o reparti, destinati agli imputati o condannati, con infermità psichica sopravvenuta nel corso della misura detentiva che non comporti l’applicazione provvisoria della misura di sicurezza del ricovero in OPG o l’ordine di ricovero in OPG o in case di cura e custodia” si aggiunge che presso le stesse sezioni potrebbero essere assegnati i condannati a pena diminuita per vizio parziale di mente.

L’Accordo n. 81/CU del 26/11/2009 fa una ricognizione delle strutture esistenti nell’ambito della sanità penitenziaria, utilizzando la vecchia classificazione del Ministero della Giustizia e le relative tipologie delle strutture sanitarie, tra le quali vi sono i “Servizi/sezioni/reparti di psichiatria (minorati psichici ed osservazione). Vi è una sola sezione per minorati psichici (ex art. 65 O.P.), che si trova nella C.R. di Rebibbia. Si sottolinea come sia necessario dare una giusta collocazione giuridica e funzionale a questo tipo di strutture, e trovare una collocazione appropriata ai minorati psichici, che di fatto si trovano negli OPG. Vi sono poi i reparti di osservazione psichiatrica (ex art. 112, co. 1, DPR 230/2000), realizzati nelle carceri di Monza, Tornio, Bologna, Firenze, Roma Rebibbia, Reggio Calabria, Palermo, Cagliari, Livorno, Napoli, Vasto, Pescara, Genova. Reparti approntati, ma non ancora aperti, si trovavano a Verona, Piacenza e Lanciano.

Ancora nell’accordo si afferma che la creazione di sezioni per l’osservazione psichiatrica è stata una delle possibili risposte al disagio psichico all’interno del carcere e “è una delle possibili modalità di gestione e organizzazione del servizio psichiatrico intramurario”. La Conferenza conviene quindi sulla necessità dell’implementazione del servizio psichiatrico intramurario, in modo da consentire l’osservazione psichiatrica tendenzialmente in sede; in particolare sottolinea la necessità di potenziare il servizio psichiatrico nei reparti detentivi femminili, ove si registra un’insufficienza di posti letto. Nell’attesa che ciascuna ASL prenda in carico

il servizio psichiatrico della struttura penitenziaria di propria competenza, la Conferenza conviene di mantenere le strutture esistenti.

Nell'Accordo n. 95/CU del 13 ottobre 2011, sottolinea nuovamente la necessità di riportare negli istituti penitenziari quei soggetti, con infermità psichica sopravvenuta o in fase di accertamento, che si trovano negli OPG, e constata come l'indisponibilità di idonee strutture per la salute mentale in carcere renda di fatto non praticabile nessun percorso alternativo all'OPG per queste tipologie di persone. A partire da questa considerazione l'accordo integra gli indirizzi di carattere prioritario contenuti nell'accordo del 2009 e, in particolare, 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. Tale articolazione dovrà assicurare l'espletamento delle osservazioni all'interno degli istituti (art. 112 DPR 230/2000) e ospitare condannati con infermità psichica sopravvenuta durante l'esecuzione della pena, o condannati a pena diminuita per vizio parziale di mente, evitando il loro invio in OPG o in CCC (art. 111, co. 5 e 7 DPR 230/2000). In coerenza a tale disposizione l'Amministrazione penitenziaria non deve disporre più invii in OPG per le osservazioni.

Il successivo Accordo n. 3/CU del 22/01/2015 detta le linee guida sulle modalità di erogazione da parte delle Regioni dell'assistenza sanitaria negli istituti penitenziari per adulti e richiama la previsione normativa dell'art. 65 O.P., secondo la quale alcune categorie di detenuti, affetti da specifici stati patologici, siano ospitati "in sezioni penitenziarie a gestione sanitaria". Per quanto riguarda i soggetti affetti da disturbi mentali si richiama, al punto 3.2., il precedente Accordo del 2011, e si ribadisce che "in tali sezioni gli interventi diagnostici e terapeutico riabilitativi sono assicurati dai dipartimenti di salute mentale delle Aziende sanitarie territorialmente competenti, oltre che dagli specialisti del Servizio". Si fa inoltre un'importante specificazione riguardo ai soggetti che devono essere inseriti in dette sezioni "che comprendono e unificano le preesistenti sezioni penitenziarie per osservandi e 'minorati psichici': l'inserimento in queste è riservato "ai soggetti detenuti che

presentano disturbi psichici gravi, con specifico riferimento ai soggetti di cui all'articolo 111 (commi 5: imputati e condannati con infermità psichica sopravvenuta che non comporti applicazione di misura provvisoria o ordine di ricovero in OPG o CCC; e comma 7: condannati a pena diminuita per vizio parziale di mente) del DPR 230/2000 sull'ordinamento penitenziario, ai soggetti di cui all'articolo 112 del DPR medesimo ed ai soggetti di cui all'art. 148 CP".

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 si vanno di seguito a descrivere.

Innanzitutto, la posizione dei soggetti condannati, ai quali è sopraggiunta un'infermità psichica: si tratta dei soggetti ai quali si riferisce l'art. 148 del Codice penale. Il Codice prevede che tali soggetti siano ricoverati in OPG, qualora il giudice ritenga che l'infermità sia tale da impedire l'esecuzione della pena. Nel caso in cui si tratti di condannato a pena inferiore a tre anni il giudice può ordinare il ricovero in una struttura psichiatrica ospedaliera. A queste disposizioni si aggiunge l'art. 111 del Regolamento di esecuzione dell'Ordinamento penitenziario, che al comma 5 prevede che gli imputati o condannati ai quali sopraggiunge un'infermità psichica, che non comporti l'applicazione provvisoria della misura di sicurezza o l'ordine di ricovero in OPG o in CCC, sono assegnati a un istituto o sezione speciale per infermi e minorati psichici. Dunque il combinato disposto dall'art. 148 c.p. e dall'art. 111 D.P.R. 230/2000 sembra dire: infermità sopravvenuta più lieve rimane in carcere nelle sezioni specializzate, infermità sopravvenuta più grave va in OPG. Tale disposizione è ribadita dal DPCM 1° aprile 2008, quando dice, nell'Allegato C, che per realizzare azioni di tutela della salute mentale si debba procedere "all'attivazione, all'interno

degli istituti, di sezioni organizzate o reparti, destinati agli imputati o condannati, *con infermità psichica sopravvenuta nel corso della misura detentiva che non comporti l'applicazione provvisoria della misura di sicurezza del ricovero in OPG o l'ordine di ricovero in OPG o in case di cura e custodia*". L'idea dunque rimane, anche nel DPCM del 2008, quella di inserire nelle sezioni specializzate penitenziarie quei detenuti con infermità sopravvenuta che non necessitano del ricovero in OPG, perché hanno probabilmente un'infermità di una gravità media. Mentre quelli che necessitano di ricovero in OPG non sono menzionati, ma per essi resta valida la disposizione del 148: ricovero in OPG.

Negli accordi della Conferenza Unificata si è avuto uno slittamento da tale iniziale interpretazione conforme al Codice, verso un'assimilazione dell'intera categoria dei 148 nell'ambito dei soggetti da ospitare nelle sezioni psichiatriche penitenziarie. Assimilazione che è avvenute quasi in sordina. Se questo slittamento si può collocare, da un lato, nella prospettiva che ha animato il passaggio dall'OPG alle REMS, nel tentativo di individuare destinazioni differenti dall'OPG per tutte le tipologie di reclusi con problematiche psichiche, all'uopo immaginando sezioni psichiatriche penitenziarie a completa gestione sanitaria, dall'altro lato, tale passaggio necessiterebbe di una modifica delle disposizioni di legge, che individuino un luogo di destinazione per i detenuti con infermità psichica sopravvenuta, consono alla loro condizione, e, in armonia con lo spirito della riforma che ha portato al superamento degli OPG, mirato al recupero della loro salute.

La modifica normativa dell'art. 148 sarebbe necessaria per rispettare la gerarchia delle fonti normative, e soprattutto la riserva di legge stabilita a tutela della libertà personale (art. 13 Cost.): il fatto che l'inserimento di tutti i 148 nelle sezioni psichiatriche penitenziarie sia stato disposto con Accordi Stato-Regioni, mentre le disposizioni del Codice, l'art.148, prevedono la destinazione dell'OPG, rende infatti tali previsioni adottate con una modalità non conforme al dettato costituzionale.

Non si tratta di un mero rilievo formale. La mancanza di una modifica apportata con

legge è il sintomo della mancanza di un adeguato dibattito politico sul tema, e probabilmente di un'insufficiente elaborazione teorica in merito alla modalità di trattamento a cui si voglia sottoporre i detenuti 148 c.p.

Tuttavia, 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.

Piuttosto, come indicato nel documento di lavoro del Tavolo 11 degli Stati generali sulle misure di sicurezza, sarebbe necessario un intervento del legislatore.

Nell'ambito degli Stati generali dell'Esecuzione penale, il Tavolo 10 su Salute e disagio psichico, analizzando l'attuazione della riforma della sanità penitenziaria prevista dal DPCM 1° aprile 2008, sottolinea come l'ambiente carcerario non possa garantire una cura piena delle patologie psichiatriche e come sia necessario equiparare le forme di grave patologia psichica a quelle di grave infermità fisica. Suggerisce così di 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. I destinatari di tale misura sono 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. L'art. 148 è infatti definito come "una disposizione oramai priva di

concreta applicabilità, considerate la chiusura degli OPG e l'espulsione dagli artt. 111 e 112 dei riferimenti all'art. 148 c.p. ivi contenuti”.

Certamente sarebbe necessario, oltre alla previsione della possibilità di espiare la pena fuori dal carcere, anche 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.

Un secondo punto critico riguarda la posizione di coloro che hanno evidenti problemi psichici ma la cui condizione processuale è ancora aperta e che si trovano quindi in misura di sicurezza provvisoria. Le disposizioni emanate negli ultimi anni non danno indicazione sui luoghi di esecuzione delle misure provvisorie, mentre l'art. 206 del Codice penale prevede che il ricovero venga 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, 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 situazione (medica e giuridica) 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. Su tale punto merita anticipare le conclusioni del Tavolo di lavoro sulle misure di sicurezza (Tavolo 11), nell'ambito degli Stati generali dell'esecuzione penitenziaria, meglio descritte più avanti: nella proposta di riforma legislativa fatta dal Tavolo il ricovero nella REMS viene riservato ai soli “condannati”, almeno in primo grado. Durante il giudizio può essere invece applicata la cura e controllo con affidamento al DSM, o la custodia in carcere in sezioni speciali o presso reparti psichiatrici ospedalieri.

Il tavolo sulle misure di sicurezza ha affrontato tre questioni principali:

- a) i soggetti imputabili;
- b) i soggetti non imputabili per vizio di mente (ridefiniti “pazienti psichiatrici

giudiziari”);

c) la definizione di patologia psichiatrica con particolare riferimento ai c.d. gravi disturbi della personalità.

Si indicano per ciascun punto le considerazioni essenziali:

a) Soggetti imputabili: l'obiettivo è superare le case di lavoro, focalizzare la misura soltanto sui reati di particolare gravità e accentuarne il carattere di reinserimento sociale: come prima misura si prevede la libertà vigilata, in modalità rivista, poi, in caso di fallimento, misure contenitive domiciliari, poi colonie agricole o semilibertà.

b) Pazienti psichiatrici giudiziari: si prevede una razionalizzazione delle misure introdotte con la legge 81/2014, e si propone la modifica di alcuni articoli dei codici penale e di procedura penale. Si introducono tre tipologie di misura a seconda della gravità del reato commesso:

1. ricovero coattivo in un servizio per pazienti psichiatrici giudiziari: è riservato a chi commette i delitti più gravi (reati contro l'incolumità pubblica e contro la persona, con pena non inferiore nel minimo a 4 anni), se vi sia il fondato motivo di reiterazione di reato della stessa indole e di pari gravità, e occorrano cure ad elevata intensità;

2. misura obbligatoria di cura e controllo con affidamento al Dipartimento di salute mentale (reato diverso da quelli del primo caso, con pena superiore nel massimo a tre anni);

3. comunicazione sentenza e perizia al Dipartimento di salute mentale (reati con pena nel massimo fino a tre anni).

In nessun caso il cumulo di più misure tra loro può portare ad una durata superiore a quella della pena detentiva prevista per il reato commesso, presa nel suo massimo edittale. In tale limite si computa anche l'esecuzione provvisoria delle misure.

Si prevede inoltre l'abolizione della seminfermità mentale, e la realizzazione di una regolamentazione con fonte primaria dell'organizzazione delle REMS, ferma restando l'autonomia regionale sulle scelte terapeutiche.

Come sopra anticipato, il ricovero nella REMS viene riservato ai soli condannati, almeno in primo grado. Durante il giudizio può essere applicata la cura e controllo con affidamento al DSM, o la custodia in carcere in sezioni speciali o presso reparti psichiatrici ospedalieri.

c) definizione di patologia psichiatrica con particolare riferimento ai c.d. gravi disturbi della personalità. Sono considerati come elementi che danno luogo al vizio di mente anche quei disturbi della personalità che siano di consistenza, intensità e gravità tali da incidere concretamente sulla capacità di intendere e di volere, nel caso in cui reato sia in connessione con questi, e che integrino gli estremi di un vero e proprio scompenso psicotico: il perito definirà tale stato. Queste previste dal Tavolo 11 sono indicazioni normative indirizzate al legislatore, nella prospettiva di riformare l'Ordinamento e il Codice Penale, anche al fine di armonizzare le loro norme con quanto previsto dalla riforma in materia di superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari.

5. Conclusioni

Ho fiducia che nei prossimi due mesi si possa raggiungere l'obiettivo della chiusura di tutti gli OPG e dell'apertura di tutte le Rems previste dal piano generale per il superamento degli OPG.

Questa conclusione chiuderà la *fase dell'orrore* come è stata definita dal Presidente emerito della Repubblica, Giorgio Napolitano, ma apre una fase nuova che richiederà un monitoraggio continuo nell'applicazione della Legge 81/2014 che sollecita una capacità di sperimentazione e di adattamento costante.

Ad esempio sarà necessario avere un personale convinto della soluzione di civiltà e umanità che pone l'Italia all'avanguardia in Europa e nel mondo con la chiusura dei manicomi criminali e che andrà sostenuto negli inevitabili momenti di criticità.

Mi auguro che in questi mesi sia anche affrontato, attraverso uno strumento legislativo adatto, il chiarimento sulla natura delle Rems e sulle persone destinatarie delle misure di sicurezza provvisorie.