

Fonte: **www.stopopg.it**

La risoluzione del Consiglio Superiore della Magistratura su legge 81/2014: un commento dello psichiatra

Pietro Pellegrini (Direttore del Dipartimento Assistenziale Integrato Salute Mentale Dipendenze Patologiche Ausl di Parma)

Ho letto con attenzione la risoluzione Fasc. 37/PP/2016 “Disposizioni urgenti in materia di superamento degli Ospedali psichiatrici giudiziari (OPG) e di istituzione delle Residenze per l’esecuzione delle misure di sicurezza (REMS), di cui alla legge n. 81 del 2014. Questioni interpretative e problemi applicativi” del 19 aprile 2017.¹

In questo contributo cercherò di evidenziare, talora anche citandoli, i passi a mio avviso più significativi di detta risoluzione a partire, lo preciso subito, dal punto di vista dello psichiatra, di chi quotidianamente si trova ad operare per dare applicazione alla nuova legge che ha mutato il panorama normativo del trattamento dell’autore di reato incapace di intendere e di volere.

Appare assai apprezzabile che il Consiglio Superiore della Magistratura (CSM) ritenga “*opportuno delineare un quadro di buone pratiche e di schemi procedurali, volti a valorizzare le acquisizioni scientifiche e dottrinali emerse nell’ultimo decennio, nonché a garantire un effettivo sviluppo ai principi insiti nelle novelle legislative innanzi citate.*”

Dopo avere ribadito le principali novità della legge 81/2014 è significativo quanto viene detto in tema di REMS e di Dipartimenti di salute mentale:

“Residenze per l’Esecuzione delle Misure di Sicurezza (REMS) assumono connotazioni del tutto differenti rispetto agli OPG anche in forza dello specifico decreto del Ministero della sanità 01.10.2012 che ne ha disposto le caratteristiche tecnico-strutturali. Si tratta di strutture a gestione specificamente ed esclusivamente sanitaria, dirette da un responsabile medico che ne assume la direzione sanitaria ed amministrativa, con ridotta capienza di posti letto, al massimo di venti, ove si svolgono attività terapeutico-riabilitative per gli ospiti in raccordo e coordinamento con i servizi psico-sociali territoriali.”

E continua con un’affermazione che ritengo fondamentale anche al fine di evitare che alla parola “OPG” si sostituisca la parola “REMS” e tutto resti come prima:

“La riforma ha, dunque, posto al centro del nuovo sistema i dipartimenti di salute mentale, divenuti titolari dei programmi terapeutici e riabilitativi allo scopo di attuare, di norma, i trattamenti in contesti territoriali e residenziali. Le REMS sono, pertanto, soltanto un elemento del complesso sistema di cura e riabilitazione dei pazienti psichiatrici autori di reato. L’internamento in REMS ha assunto non solo, come si è anticipato, il carattere della eccezionalità, ma anche della transitorietà: il Dipartimento di salute mentale competente, infatti, per ogni internato deve predisporre, entro tempi stringenti, un progetto terapeutico riabilitativo individualizzato, poi inviato al giudice competente, in modo da rendere residuale e transitorio il ricovero in struttura.”

“Corollario rilevante della nuova direzione terapeutica e riabilitativa attribuita all’istituto dal

¹ Scaricabile dal sito <http://www.societadellaragione.it/2017/04/22/falsi-allarmi-la-verita-sulla-chiusura-degli-opg/>

legislatore è il principio della territorialità del ricovero e, quindi, determinante in ogni decisione riguardo alla assegnazione e trasferimento del degente, come espressamente previsto nell'articolo 3-ter, comma 3, lettera c) del decreto-legge 22 dicembre 2011, n. 211."

E ancora:

"Il legislatore della conversione del 2014, ha ritenuto di introdurre una nuova disciplina riguardante le strutture sanitarie deputate alla tutela della salute mentale dei cittadini orientata a molteplici scopi: da un lato a favorire l'integrazione dell'operato dei giudici della cognizione e di sorveglianza con le strutture dei Dipartimenti di salute mentale e delineare un modello di assistenza improntato da un lato a modelli variegati; dall'altro lato, ad escludere che al centro del sistema si pongano le Residenze per l'esecuzione delle misure di sicurezza."

Quindi le misure di sicurezza di tipo detentivo sono residuali, eccezionali e temporanee e il centro del nuovo sistema sono i dipartimenti di salute mentale con i quali deve integrarsi l'operato dei giudici della cognizione e sorveglianza, tenendo conto del principio della territorialità e dei modelli variegati di assistenza.

Ritengo che il CSM abbia colto in modo molto chiaro quale debba essere la via che può/deve essere intrapresa per dare effettiva attuazione alla nuova legge e risolvere i problemi che sono stati segnalati dalla maggior parte degli uffici giudiziari: la *"carenza di posti presso le nuove strutture REMS, con inevitabile formazione di liste di attesa per l'accettazione di nuovi pazienti e conseguente dilatazione dei tempi di esecuzione delle misure disposte"* e la questione della misure di sicurezza provvisorie (circa il 40% delle collocazioni in REMS).

Relativamente a quest'ultimo punto, rilevando che non vi è un luogo preciso ove effettuare dette misure, il CSM è molto preciso: *"Occorre considerare (..) che la collocazione dei soggetti con misura di sicurezza provvisoria in REMS non è coerente perché in assenza di diagnosi è comunque difficile predisporre un piano terapeutico di cura."*

A questo si aggiunge la lucida osservazione che *"la carenza di posti e la disomogeneità dei pazienti ricoverati comporta la difficoltà di assicurare risposta ai bisogni specifici di alcune categorie deboli tra i deboli (donne, stranieri senza fissa dimora)."*

Tema quest'ultimo che merita uno specifico approfondimento visto che si tratta di un problema generale e non circoscrivibile alle REMS o alla presenza o meno di posti e, specie per i senza fissa dimora, si pone la questione dell'identità (spesso sono senza documenti), della residenza, del minimo per la sopravvivenza. Persone abbandonate e sole molte volte senza prospettiva alcuna che sono alla ricerca di qualcuno che si occupi di loro e talora lo trovano solo (o così appare) nei dipartimenti di salute mentale.

Ma il CSM, nel trattare il tema delle misure di sicurezza provvisorie, effettua un'analisi assai critica circa le prassi adottate in passato e che il legislatore ha voluto modificare:

"Sotto il regno degli ospedali psichiatrici giudiziari, tale istituto era una delle fonti primigenie di ingresso nel sistema delle misure di sicurezza detentive e, non di rado, dava inizio ad un processo di "manicomializzazione" che preludeva ad una forte cronicizzazione, a prolungati ricoveri e, in taluni casi, ai c.d. "ergastoli bianchi".

"L'intervento del legislatore del 2014 si presenta particolarmente chiaro nell'intento di scongiurare simili effetti di cronicizzazione in un orizzonte normativo mutato in punto di trattamento dell'autore di reato non imputabile. In particolare, ciò si evince dalla ricomprensione della misura di sicurezza provvisoria tra quelle da irrogare solo quale extrema ratio. Tale statuizione del legislatore si deve, verosimilmente, alla consapevolezza che la misura di sicurezza provvisoria, irrogata allo stato degli atti e con una conoscenza limitata della storia personale e del

profilo di salute dell'imputato, ne determina l'attrazione nel circuito delle misure di sicurezza detentive e quindi nelle REMS che non può presentare le caratteristiche idonee al recupero e alla cura del suo stato psicofisico. Inoltre, il ricovero provvisorio, ex art. 206 c.p., in REMS prelude, in genere, ad una permanenza non breve nella struttura giacchè i sanitari, verosimilmente, devono prendere i primi contatti con l'imputato inviato nella residenza spesso senza poter contare su un piano terapeutico individuale, o su un progetto di cura e recovery, organicamente delineato."

Non solo rileva puntualmente le conseguenze dei ricoveri inappropriati e le difficoltà dei sanitari ma conclude:

"Infine, i tempi di esecuzione della misura di sicurezza detentiva (e in particolare il suo protrarsi) saranno certamente influenzati dall'andamento, dalle sorti e dai ritmi del processo, il che può non sempre costituire una variabile positiva per gli sviluppi del disagio o del disturbo mentale dell'interessato. A ciò deve aggiungersi che, come spesso denunciato dai responsabili e degli operatori delle strutture, il successo dei piani terapeutici dei ricoverati a titolo definitivo richiede un percorso di riabilitazione lento ed equilibrato, in un contesto emotivamente stabile, ordinato ed

armonico. L'inserimento, spesso improvviso, di soggetti affetti da disturbi in fase acuta – tale da giustificare la adozione di una misura di sicurezza – in una ristretta comunità di degenti, ha talvolta l'effetto di farne saltare gli equilibri consolidati, così nocendo al progresso del loro cammino terapeutico."

Se questi sono i problemi, il CSM indica chiaramente una possibile soluzione e così si esprime: Il "Consiglio ritiene di esprimersi nel senso che la magistratura di cognizione possa auspicabilmente prestare particolare riguardo alle modalità, alla ricorrenza, alle finalità ed ai presupposti dell'irrogazione della misura di sicurezza provvisoria. Rileva considerarne, in particolar modo, gli effetti potenziali sia sul funzionamento complessivo delle REMS attive sul territorio, sia sulle sorti di recupero e sul beneficio trattamentale che ne possa derivare al soggetto imputato. A tale riguardo, si ribadisce l'opportunità che, proprio nell'orientare le scelte e le decisioni circa la misura di sicurezza non definitiva, gli Uffici della cognizione possano contare su uno spettro, il più possibile ampio, di soluzioni applicative, proprio grazie ad una piena sinergia con la rete dei servizi di salute mentale operanti sul territorio; ciò garantirebbe la possibilità di ricorrere a misure provvisorie di gradata intensità e che possano contare sull'integrazione dell'imputato nelle attività di tutela e riabilitazione fornite da servizi dipartimentali, con regimi di prescrizione che corredino eventualmente la misura della libertà vigilata o, comunque, misure meno incisive della libertà personale dell'imputato."

Condivido pienamente e trovo quindi molto importante l'indicazione contenuta nella risoluzione in particolare nelle parte che auspica la possibilità che gli Uffici della cognizione possano contare su uno spettro, il più possibile ampio, di soluzioni applicative, proprio grazie ad una piena sinergia con la rete dei servizi di salute mentale operanti sul territorio il che colloca la realizzazione della legge 81/2014 in continuità con la legge 180 poi 833/1978:

"vi è condivisa consapevolezza che il magistrato giudicante debba poter disporre di un ventaglio di plurime soluzioni applicative adatte al caso di specie, così da poter impostare la risposta trattamentale del prosciolto non imputabile sin dal momento del giudizio, in modo adeguato alle esigenze del singolo. In particolare, perché ciò possa accadere, risulta opportuno che gli Uffici giudicanti di primo grado mantengano un rapporto costante di collaborazione, scambio di informazioni e conoscenza capillare della rete dei servizi di salute mentale che fanno capo al Dipartimento di Salute Mentale (DSM), cui la l. n. 833 del 1978, assegna la responsabilità di prevenzione cura e riabilitazione dei problemi di salute psichica."

A questo punto si impone una precisazione: il dialogo fra magistratura e psichiatria deve avvenire tenendo conto del ventaglio delle soluzioni possibili sul piano sanitario, evitando in ogni modo che l'intervento del giudice venga vissuto come un'imposizione ai servizi di una persona con una misura giudiziaria il che alimenta il senso di "occupazione giudiziaria della psichiatria" ma sia, invece, una scelta nell'interesse prioritario del paziente e sia associata alla disponibilità del giudice a modificare la stessa misura giudiziaria secondo l'andamento non solo processuale ma sanitario del paziente. In altre parole la permanenza nei servizi per la salute mentale deve rispondere in primis ai bisogni di cura e non alla misura giudiziaria in quanto non vi è alcun vantaggio, anzi sono elevati i rischi iatrogeni e regressivi e quindi di danno alla salute, nel mantenere ricoverato impropriamente la persona e questo non appare giustificato nemmeno dalle misure di sicurezza. Quindi la collaborazione è essenziale purché paritaria e in questo il dialogo deve essere reciproco e fattivo secondo lo spirito indicato dal CSM.

“La conoscenza aggiornata delle soluzioni offerte dai servizi consente, infatti, al giudice la possibilità di indirizzare il non imputabile ad un programma terapeutico adeguato al caso singolo; di poter plasmare il contenuto delle misure di sicurezza sin dal momento della pronuncia nel processo penale; di rispettare il fondamentale collegamento tra il tessuto territoriale di provenienza dell'infermo di mente autore di reato e l'esecuzione della misura di sicurezza nei suoi confronti; ed ancora, di prendere in considerazione il ricorso alla misura di sicurezza detentiva, cioè diversa dalla libertà vigilata, solo quando essa si appalesi l'unica soluzione utile e praticabile e non quando essa appaia, meccanicisticamente, la via più immediata per la neutralizzazione della sua carica di pericolosità. Tale esigenza di adeguata e capillare conoscenza delle risorse e delle soluzioni offerte dai servizi di salute mentale sul territorio non è soltanto necessaria per evitare che, nelle REMS, si realizzi, nei fatti, una replica del grande internamento cui si è assistito sotto la piena vigenza degli istituti di cui artt. 219 e 222 c.p., ma anche perché l'autonomia regionale ordinaria e speciale ha determinato un panorama assai variegato di strutture per l'esecuzione delle misure di sicurezza personali coercitive.”

Le “best practice” riportate sono rappresentate dalla costituzione di gruppi di lavoro interistituzionali, la stesura di protocolli condivisi e lo sviluppo di modelli operativi che vedono coinvolti magistratura di cognizione e sorveglianza, dipartimenti di salute mentale, REMS, UEPE e hanno portato ad una innovazione delle relazioni e prassi che tengano conto delle variazioni intervenute. Siamo ancora alle fasi iniziali e molte sono i cambiamenti possibili. Tra i tanti cito solo la possibilità di attivare “Cruscotti regionali per la gestione dei percorsi giudiziari” che siano di riferimento per tutte le parti coinvolte, attivabili fin da prima che la misura venga adottata e che possa poi monitorare i programmi di cura, favorire le dimissioni e l'inclusione sociale.

Questo significa una grande capacità di ascolto e collaborazione reciproca, tenendo conto delle differenti impostazioni dei sistemi giudiziario e sanitario, delle chiavi di lettura e dei modelli interpretativi. L'aver affidato la gestione del sistema ai sanitari significa dover accettare che l'approccio della psichiatria sia diverso da quello della giustizia e dell'amministrazione penitenziaria.

Una lettura che parte dalla relazione con la persona, ne stimola la collaborazione e il consenso, cerca di costruire alleanze a partire dal mondo interno del paziente, dai suoi vissuti, dal funzionamento, dal significato relazionale, dalle sue aspirazioni, risorse e paure. In questo quadro vanno letti gli agiti, le violazioni e tutti i comportamenti. Una lettura biopsicosociale che può essere molto diversa da quella lineare comportamentista ed è assai più articolata e può portare a interventi con tempistiche assai diverse da quelle giudiziarie. Utilizza strumenti, farmacoterapia, psicoterapia, interventi psicosociali, abilitativi ed inclusivi nell'ambito di un Programma Terapeutico Riabilitativo Individualizzato che è ben diverso da un piano trattamentale-rieducativo.

Il percorso abilitativo del paziente con disturbi mentali gravi procede in modo non lineare e i passi vanno fatti quando la persona è pronta e pertanto se ha una misura giudiziaria questa dovrà assecondare e non ostacolare o addirittura soffocare il percorso di cura.

Per questo le best practices devono prevedere l'innovazione delle prassi, il superamento o l'allargamento di molti istituti previsti nell'ordinamento penitenziario in larga parte inapplicabile nel nuovo contesto. Non vi è possibilità di cura e riabilitazione in medicina e non solo in psichiatria senza una prospettiva di libertà e senza la partecipazione responsabile del paziente che deve diventare protagonista del percorso di cura e della sua abilitazione, compreso per quanto possibile, anche l'elaborazione del reato commesso e delle sue conseguenze. Non solo ma in questo è necessario favorire la recovery, le opportunità sociali di inserimento lavorativo, abitativo nel contesto di riferimento, preparato e sensibilizzato. Non vi è cambiamento senza correre rischi che vanno valutati, condivisi, prevenuti e affrontati. Serve un forte sostegno ai diritti ma anche lo sviluppo di forme nuove come i programmi terapeutico-riabilitativi individualizzati con budget di salute che ridiano forza, speranza e futuro alle persone. Non preoccupiamoci di posti letto, sedi ecc. ma di persone programmi di cura e progetti di vita.

In altre parole il dialogo tra magistrati e psichiatria sicuramente indispensabile, deve partire dalla comprensione delle caratteristiche del nuovo sistema, delle culture, delle conoscenze tecnico-scientifiche che animano le prassi e le condizioni per realizzarle. E' questo il nuovo punto punto d'incontro, ciascuno con i propri strumenti ma utilizzati in modo sinergico.

L'OPG è finito e se una parte della magistratura cerca di imporre alle REMS o ai Dipartimenti di salute mentale vecchie norme, regolamenti penitenziari, tempistiche che sono del tutto inadatte alla sanità (e alle persone specie se vulnerabili, e a volte contribuiscono a farle stare male), significa compromettere alla base l'unica funzione che la psichiatria può svolgere: quella della cura.

L'OPG è finito anche per i dipartimenti di salute mentale e solo una condizione di dialogo e fiducia reciproca può facilitare il lavoro psichiatrico che si confronta con difficoltà di vario tipo, le risorse, la cultura fino alla posizione di garanzia. Ma oltre a queste, la difficoltà maggiore è quella che il lavoro psichiatrico si svolge nell'incertezza, con delicati equilibri, richiede alta competenza e persistenti motivazioni che una logica difensiva o rigidamente burocratica può totalmente arrestare. Il mandato di cura proprio perché fragile va difeso e sostenuto da tutti, in primis dalla magistratura.

Senza tutto questo, il superamento degli OPG per via sanitaria che è riuscito con uno sforzo ingente non reggerà il peso, la pressione che viene dall'esterno, dal sistema giudiziario e da quello penitenziario e ciò porterà inevitabilmente al fallimento della riforma.

Quindi occorre più coraggio, maggiore capacità di ascolto per prevenire con uno sforzo comune le misure di sicurezza detentive, più innovazione per preservare le caratteristiche essenziali della riforma: ad esempio avvallare l'intero programma di cura, sviluppare e favorire soluzioni altamente personalizzate anche sperimentali, garantire fin da subito permessi e attività, forte elasticità nei percorsi, libertà nelle cure: le misure di sicurezza non le devono prendere i sanitari condizionando inutilmente o in modo dannoso il loro lavoro!

Ascoltare i sanitari: gran parte delle misure detentive è evitabile, molti dei pazienti in REMS sono già oggi dimissibili, ma manca un progetto, un'udienza... Abbandonare posizioni che siano autoreferenziali e decisioni unilaterali a volte, mi permetto, del tutto al di fuori dello spirito della nuova legge.

Ai sanitari non spetta la custodia e ancora troppe volte si ha una concezione delle misure amministrative di sicurezza come pena quando invece dovrebbero accompagnare e sostenere il percorso di cura.

Certamente la chiusura degli OPG ha evidenziato la questione della salute mentale negli istituti di pena e le difficoltà o impossibilità a realizzare un adeguato trattamento individualizzante all'interno dell'istituzioni penitenziario in apposite sezioni dedicate. Osserva, amaramente il CSM:

“La realtà nota agli operatori, purtroppo, è nel senso della sostanziale inesistenza, allo stato, di contesti penitenziari in cui siano offerti regimi di trattamento differenziato indirizzati alla osservazione, alla cura ed alla riabilitazione effettive di individui affetti da infermità psichica.”

Se questa è la situazione credo che sia urgente intervenire evitando che la soluzione venga individuata nelle REMS come per altro il legislatore ha fatto approvando l'emendamento Mussini al Dgls 2067 che prevede di collocare in REMS anche i soggetti ai sensi dell'art. 148 c.p. (sopravvenuta infermità mentale nella detenzione), art. 112 le persone (imputati, condannato o internati) per le quali occorra accertare la presenza o meno di infermità psichiche (oltre ai soggetti con misura di sicurezza detentiva definitiva e provvisoria) attribuendo alle REMS le stesse funzioni degli OPG. Temi aperti e non va dimenticato che la chiusura degli OPG ha fatto sì che una quota di persone prima detenute in OPG (art.111 c.p.) siano rientrate allo stato di detenuti.

Prevedere ope legis chi può entrare nelle REMS significa seguire un ragionamento giuridico e dare una possibile via di uscita ai soggetti ristretti negli istituti di pena sovraffollati. L'approccio medico vuole che si proceda ad una diversificazione dei bisogni e alla definizione degli interventi per intensità di cura lasciando in secondo piano le posizioni giuridiche delle persone.

Tutti i cittadini hanno diritto alla salute a prescindere dal loro stato giuridico e qualora le condizioni psichiche non siano compatibili con la detenzione in carcere, essi non devono essere obbligatoriamente collocati in REMS che prioritariamente va riservata come "residuale" ai soggetti con misura di sicurezza detentiva di tipo definitivo, ma affidati ai Dipartimenti di Salute Mentale i quali provvederanno ad indicare alla magistratura la sede più idonea per la cura.

Il CSM esprime un parere soddifatto circa il lavoro effettuato dalla magistratura di sorveglianza:

“Gli uffici di sorveglianza hanno infatti assecondato e talvolta anche favorito il processo di umanizzazione del trattamento dell'infermo di mente autore di reato. Si deve, infatti, alla rete degli uffici di sorveglianza l'incessante opera di sviluppo di prassi virtuose, di confronti culturali aperti e profondi, di gestione di singole, delicate questioni, che hanno costellato la lunga fase di transizione dal superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari al nuovo sistema trattamentale fondato sulla l. n. 81 del 2014.”

Per altro, la stessa magistratura di sorveglianza ha espresso le forti critiche, prima citate, relativamente alla carenza di posti in REMS, alle liste di attesa, alle misure non eseguite, ai malati di mente pericolosi abbandonati. Se questo è frutto delle prassi e la soluzione semplicistica e sostanzialmente inutile, quella di aumentare i posti REMS, per molteplici ragioni non si può realizzare, condivido quanto propone il CSM:

a) L'esigenza di una costante integrazione funzionale, ai fini della gestione di tutte le misure di sicurezza per il non imputabile, tra ufficio di sorveglianza, Dipartimenti di salute mentale e sue unità operative complesse, direzione delle REMS, Ufficio per l'esecuzione penale esterna (UEPE).

b) Il seguito dei processi di formazione costante, direttamente rivolti alla magistratura di sorveglianza, con particolare riguardo alle più rilevanti questioni interpretative ancora aperte circa il nuovo sistema di esecuzione delle misure di sicurezza e, in particolare: la gestione del termine di durata massima della misura ai sensi della citata disciplina della l. n. 81 del 2014; il problema delle conseguenze derivanti dalla violazione delle prescrizioni imposte in costanza di

libertà vigilata al non imputabile sottoposto a misura di sicurezza; i limiti di applicabilità (anche in via analogica ed estensiva) della disciplina dell'Ordinamento penitenziario alle REMS.

c) La valorizzazione del ruolo del Presidente del Tribunale di Sorveglianza nella definizione di una disciplina regolamentare valida per le REMS operanti sul territorio, sulla base del principio di differenziazione, dal momento che occorre prendere atto della variegata natura di Residenze presenti sul territorio nazionale.

Quindi un raccordo fra magistratura di cognizione, di sorveglianza e dipartimenti di salute mentale è essenziale per il futuro della riforma.

In questo quadro certamente complesso e meriterebbe molteplici approfondimenti, riconoscendo a tutti un impegno veramente apprezzabile esprimo una considerazione finale: al di là di diverse affermazioni ancora è troppo diffuso il vissuto che la REMS sia/debba essere un'appendice degli istituti di pena e che la funzione custodiale sia di fatto prevalente. O che la loro gestione sia totalmente eterodiretta dalla magistratura, condizione di per sé antiterapeutica e spesso anche poco efficace visto lo scarso potere reale della magistratura nel gestire le violazioni dei pazienti. Il tema riguarda i regolamenti e giustamente dovrà tenere conto del principio della differenziazione e fare proprio fino in fondo, lo spirito delle nuove strutture.

La riforma nell'affidare alla sanità la gestione dei percorsi dei pazienti autori di reati e prosciolti e non solo delle REMS, ha cambiato l'intero sistema, collocando il mandato di cura in una prevalenza di fatto e la misura giudiziaria deve assecondarlo perché è solo attraverso questo che la persona può migliorare, cambiare e ritornare ad essere parte della comunità sociale. E' un compito assai difficile che la psichiatria di comunità italiana si è assunta e con coraggio e molte difficoltà sta portando avanti meglio laddove vi è il sostegno della magistratura di sorveglianza. Così stando le cose questa è l'unica strada possibile.

Appare a tutti chiaro che il processo riformatore non è finito con l'apertura delle 30 REMS ma è solo iniziato ed occorrono altri investimenti che portino ad una diversificazione dei servizi e delle strutture, all'affermazione dei diritti ed esprima con linguaggi (non più internati ma ospiti, non più minorati ma persone con... e così via) e pensieri nuovi anche nella relazione fra magistratura e psichiatria.

Ogni altra impostazione per quanto legittima è incompatibile con quanto si è finora realizzato e se la prevalenza deve essere della misura giudiziaria e della custodia ben altre sono le soluzioni che devono essere approntate. In questa fase difficile relativa al futuro delle REMS e dell'intera riforma, anche alla luce delle imminenti decisioni della Camera dei deputati, ringrazio il CSM per la chiarezza espressa nella sua risoluzione in quanto indica con chiarezza una via che può essere virtuosa e feconda e mi auguro che anche queste note, nella loro franchezza, possano contribuire allo sviluppo dell'auspicato dialogo.