

“OPG addio, per sempre”

INDICE

- **MAI PIU' OPG**

- **Delibera CSM del 19 aprile 2017. Direttive interpretative ed applicative 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.**
 1. Il definitivo superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari.
 2. Le novità introdotte dalla l. n. 81 del 2014: una rilettura sul piano sistematico.
 3. L'attività istruttoria svolta dal CSM.
 - 3.1 L'audizione del Commissario dott. Corleone.
 4. Problemi e questioni aperte sul piano applicativo e interpretativo.
 5. Il tema delle misure di sicurezza provvisorie.
 6. Le prospettive per la magistratura ordinaria.
 7. Formazione, organizzazione e funzionamento degli uffici di sorveglianza.

- **Quadro sinottico dei dati aggiornati relativi alle REMS**

- **Reportage *Matti da slegare* de L'Espresso**

MAI PIU' OPG

Finalmente anche il manicomio criminale di Barcellona Pozzo di Gotto è chiuso. Due anni di ritardo rispetto alla previsione della legge 81, ma grazie alla generosità della Rems di Barete, che con intelligenza ha aderito all'invito di accogliere alcuni internati siciliani per far cessare l'illegalità di una detenzione ingiustificata e consentire così la chiusura dell'istituzione totale per eccellenza, si è raggiunto un obiettivo che pareva ormai un miraggio.

Gli Opg di Aversa, Montelupo, Reggio Emilia, Secondigliano hanno chiuso i battenti e quello di Castiglione delle Stiviere percorre la difficile strada di una significativa trasformazione.

Vi sono ora le condizioni per dedicarsi allo sviluppo dei contenuti della riforma, per impedire il risorgere delle logiche manicomiali e per arricchire le opportunità di vita nelle residenze per l'esecuzione delle misure di sicurezza.

Dobbiamo tutti avere chiaro che la rivoluzione gentile, come io definisco la chiusura dell'Opg, manicomio e carcere insieme, è stata costruita su una contraddizione. Una felice contraddizione ma che con intelligenza, prudenza e sagacia va sciolta.

Si è rotto il muro della segregazione che poteva spingersi fino all'ergastolo bianco, senza incidere sul sistema delle misure di sicurezza, sul doppio binario del Codice Rocco, sul concetto vago e incerto di pericolosità sociale.

L'indignazione e l'orrore per quei luoghi di inciviltà e disumanità hanno dato la spinta per superare gli Opg e per cercare e individuare una soluzione terapeutica e sanitaria destinata agli autori di reato prosciolti per incapacità di intendere e volere, raggiunti dalla misura di sicurezza.

La legge 81 ha anche affermato che la misura di sicurezza non può avere una durata superiore al massimo della pena edittale prevista per il delitto commesso; è una norma di grande valore perché obbliga a realizzare programmi personali finalizzati al reinserimento sociale.

Sono tante le questioni aperte nel funzionamento delle trenta Rems aperte e funzionanti: le dimensioni, che vanno dalle due unità del Friuli Venezia Giulia ai 120 ospiti di Castiglione delle Stiviere; le problematiche dei soggetti senza fissa dimora, italiani e stranieri; le condizioni di vita delle donne non sempre rispettose del genere; la lista d'attesa a macchia di leopardo tra le diverse regioni; l'architettura delle strutture provvisorie e soprattutto di quelle definitive.

La priorità assoluta sta però nel chiarire la natura delle Rems che a mio parere devono essere strutture riservate ai prosciolti definitivi (in ultima istanza) e non per misure provvisorie, decise magari senza perizia. A questo proposito andrebbe stabilito il criterio di due perizie affidate a psichiatri sorteggiati da un albo sulla cui base il giudice potrebbe decidere con maggiore cognizione e con elementi più sicuri.

Andrebbe anche sciolto il nodo della vigenza o no del Regolamento penitenziario. Occorre definire un testo base che valorizzi un sistema di garanzie dei diritti, superando i limiti attuali per colloqui, visite e telefonate e comunque non facendo prevalere un atteggiamento tipico del paternalismo solidaristico e/o autoritario che può emergere nelle strutture comunitarie.

E' indifferibile la riforma del Codice penale, in molti articoli, prima di tutto abrogando il 148 (infermità psichica sopravvenuta in carcere) e il 206 (misure di sicurezza provvisorie). Altrettanto indispensabile un lavoro di pulizia semantica per eliminare dal codice e dall'Ordinamento penitenziario termini superati come Opg, internati e sostituirli con definizioni corrispondenti alla nuova realtà.

Invece di porsi su questa lunghezza d'onda, per altro suggerita dal Tavolo 11 degli Stati generali dell'esecuzione della pena e nelle mie relazioni sull'attività di Commissario unico per il superamento degli Opg, il Governo e il Parlamento si sono finora affidati alla fortuna e allo stellone d'Italia. Peggio ancora. Il Senato ha inserito nella legge delega sul processo penale e sull'ordinamento penitenziario una norma che cancella la riforma e fa rivivere gli Opg.

Come è potuto accadere? Nella migliore delle ipotesi per superficialità e spirito falsamente caritatevole. Molti, troppi, scoprono una pulsione critica verso il carcere a causa di una realtà certo dolorosa, ma non più grave delle migliaia di casi di violenze, morti, suicidi, torture che in pochi abbiamo denunciato per anni, inascoltati, proponendo la tensione abolizionista di Massimo Pavarini. Il comma 16 lettera d) dell'art. 1 della Legge delega sul codice penale e sull'ordinamento penitenziario, approvato dal Senato con voto di fiducia il 15 marzo e ora all'esame della Commissione giustizia della Camera dei deputati (C. 4368) con irresponsabilità e incompetenza prevede la possibilità che le Rems debbano accogliere oltre che le persone prosciolte per incapacità totale al momento del fatto (i folli rei), anche i condannati che manifestano una patologia psichiatrica in carcere durante l'esecuzione della pena (i rei folli), nonché i soggetti bisognosi di osservazione psichiatrica. L'argomento che viene usato ipocritamente è quello legato alla non idoneità delle previste articolazioni psichiatriche in carcere.

Chi stabilirà la non idoneità? Il carcere o la struttura del servizio sanitario pubblico delle regioni? Resta il fatto incontrovertibile che una struttura che metta insieme prosciolti condannati, imputati, osservandi e, perché no, minorati psichici ha un nome e una storia. Si chiama manicomio giudiziario l'altro ieri e Opg ieri.

Sono io per primo a sostenere che chi ha una grave patologia non deve restare in carcere, che sia malato di cancro, di Aids o con una forma di schizofrenia. Per questo occorrono modifiche chiare per consentire tutta la gamma di misure alternative, sia l'affidamento come accade per i tossicodipendenti

e anche l'incompatibilità con la detenzione. Sarà compito dei giudici di sorveglianza valutare e decidere.

Bisognerebbe anche prevedere una diversa organizzazione dei servizi psichiatrici in carcere, che non può essere limitata alle articolazioni psichiatriche penitenziarie, destinate alle acuzie, alle osservazioni e alla cura dei soggetti con perizia di patologia psichiatrica, ma deve prevedere la presa in carico socio-sanitaria della generalità dei detenuti con problemi di disagio mentale.

Bisogna percorrere questa strada lineare e non far rivivere una struttura che inevitabilmente per la presenza di condannati richiederebbe la presenza di una custodia, la polizia penitenziaria, dal momento che l'uscita dalla struttura non sarebbe più un allontanamento ma una evasione.

D'altronde noi abbiamo bisogno di far crescere con l'impegno straordinario del personale che fino ad oggi ha dimostrato di credere in questa avventura, una riforma unica nel mondo.

Le associazioni che si sono battute in questi anni per questo obiettivo nel Cartello *StopOpg*, la Conferenza delle Regioni, il neo costituito Coordinamento delle Rems, molti parlamentari dalle senatrici De Biasi e Dirindin ai tanti deputati che presenteranno emendamenti soppressivi, chiedono lo stralcio di una norma sbagliata che non può essere sottovalutata nel suo significato regressivo.

Ho dedicato un anno intenso e appassionato per superare ritardi che vanificavano la riforma adempiendo con successo al mandato di Commissario affidatomi dal Governo.

Ora non posso restare inerte di fronte alla cancellazione di un lavoro esaltante.

Voglio rispettare le parole emozionanti di un internato di Aversa ora ospite di una Rems: *Io sento che l'aria sta cambiando*. Non mi sento di tradire questa speranza e per quel che vale mi impegnerò, anima e corpo, con un digiuno, per convincere chi può, a fare la cosa giusta.

Franco Corleone

Direttive interpretative ed applicative 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. (Delibera consiliare del 19 aprile 2017)

1. Il definitivo superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari.

Il Consiglio Superiore della Magistratura ha seguito l'evoluzione del procedimento di attuazione delle leggi n. 9 del 2012 e 81 del 2014, con le quali si è portata a definitivo compimento l'opera di superamento delle istituzioni cui venivano avviati, ai sensi degli articoli 219 e 222 del codice penale, gli autori di reato infermi di mente, non imputabili perché affetti da incapacità di intendere e di volere, oltre che, nelle particolari situazioni previste dalla legge, i soggetti semimputabili.

In conseguenza di questo mutamento nel panorama normativo del trattamento dell'autore di reato incapace di intendere e di volere, il Consiglio ritiene opportuno delineare un quadro di buone pratiche e di schemi procedimentali, 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.

La presente risoluzione tiene conto, altresì, dei risultati del lavoro svolto in seno alle commissioni costituite nell'ambito degli Stati Generali dell'Esecuzione Penale, convocati dal Ministro della Giustizia nell'estate del 2015 con attività che si sono concluse nella primavera del 2016. Le relazioni e le proposte finali, elaborate dai 'Tavoli' numero 10 e 11, sono da considerare il frutto di un lavoro interdisciplinare improntato al metodo del confronto tra esperti, studiosi, operatori e magistrati.

In tale contesto, non può neppure ignorarsi l'intervento legislativo in corso di elaborazione con il disegno di legge avente ad oggetto "Modifiche al codice penale, al codice di procedura penale e all'ordinamento penitenziario", contenente pure deleghe legislative per la modifica della disciplina delle misure di sicurezza e del ricovero presso REMS, che il 15 marzo 2017 è stato approvato da parte del Senato della Repubblica, ed è stato inviato alla Camera per la definitiva valutazione.

2. Le novità introdotte dalla l. n. 81 del 2014: una rilettura sul piano sistematico.

In materia di irrogazione ed esecuzione delle misure di sicurezza, appare opportuno enunciare in via sintetica le più rilevanti novità introdotte in seguito all'approvazione della citata l. n. 81 del 2014.

Nel confermare il divieto di nuovi accessi agli ospedali psichiatrici giudiziari e alla case di cura e custodia sul territorio nazionale, la l. n. 81 del 2014, ha innanzitutto stabilito il principio per cui il ricorso alle misure di sicurezza detentive, per il non imputabile, deve considerarsi la soluzione estrema e residuale cui ricorrere soltanto quando *"sono acquisiti elementi dai quali risulta che ogni misura diversa non è idonea ad assicurare cure adeguate e a fare fronte alla pericolosità sociale, il*

cui accertamento è effettuato sulla base delle qualità soggettive della persona e senza tenere conto delle condizioni di cui all'articolo 133, secondo comma, numero 4, del codice penale”.

E' stato introdotto un termine massimo di durata per le misure di sicurezza, al precipuo fine di scongiurare “gli ergastoli bianchi” e nel presupposto che il prolungamento di una misura di sicurezza nel lungo periodo si rivela fonte di cronicizzazione, di irrigidimento sanzionatorio sterile e di marginalizzazione dell'individuo dal tessuto sociale; si è così stabilito che : *“le misure di sicurezza detentive provvisorie o definitive, compreso il ricovero nelle residenze per l'esecuzione delle misure di sicurezza, non possono durare oltre il tempo stabilito per la pena detentiva prevista per il reato commesso, avuto riguardo alla previsione edittale massima. Per la determinazione della pena a tali effetti si applica l'articolo 278 del codice di procedura penale. Per i delitti puniti con la pena dell'ergastolo non si applica la disposizione di cui al primo periodo”.*

Tali 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.

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 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.

Il legislatore 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.

L'art. 1 del d.l. n. 52 del 2014, nel testo risultante dal procedimento di conversione di cui alla l. n. 81 del 2014, prevede che *"le regioni, senza nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica, nell'ambito delle risorse destinate alla formazione, organizzano corsi di formazione per gli operatori del settore finalizzati alla progettazione e alla organizzazione di percorsi terapeutico-riabilitativi e alle esigenze di mediazione culturale. Entro il 15 giugno 2014, le regioni possono modificare i programmi presentati in precedenza al fine di provvedere alla riqualificazione dei dipartimenti di salute mentale, di contenere il numero complessivo di posti letto da realizzare nelle strutture sanitarie di cui al comma 2 (le REMS) e di destinare le risorse alla realizzazione o riqualificazione delle sole strutture pubbliche"*.

3. L'attività istruttoria svolta dal CSM.

Allo scopo di verificare il concreto impatto sul sistema giudiziario delle nuove disposizioni in materia di superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari, il CSM, per il tramite della Sesta Commissione, ha ritenuto opportuno avviare un'articolata attività istruttoria che si è sviluppata lungo una duplice direttrice:

- per un verso è stata curata l'audizione del Commissario Unico dott. Franco Corleone, nominato dal Governo con DPCM del 19 febbraio 2016 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;
- per altro verso, sono state richieste informazioni agli uffici giudiziari sugli effetti dell'entrata in vigore della disciplina in materia di superamento degli OPG.

3.1 L'audizione del Commissario dott. Corleone.

Nel corso della disposta audizione istruttoria il Commissario Unico ha preliminarmente rappresentato che, in quel momento, le persone ancora internate in una detenzione illegale ed in attesa di essere inserite nelle REMS di competenza territoriale erano complessivamente 25 e che due risultavano essere gli OPG ancora funzionanti, quello di Montelupo Fiorentino (con 12 persone internate) e quello di Barcellona Pozzo di Gotto (con 13 persone internate).

Ha riferito, altresì, che rispetto alla relazione semestrale erano state aperte altre due REMS, una in Calabria ed una in Piemonte, ipotizzando la definitiva chiusura degli ultimi due OPG entro il termine di scadenza del suo mandato.

Sul piano delle criticità il Commissario ha innanzi tutto segnalato il carattere provvisorio di molte delle attuali REMS, nel senso che la loro localizzazione e le relative strutture non presentano il carattere della definitività.

Ha poi rimarcato l'esigenza di una maggiore omogeneità, sul piano organizzativo e strutturale, tra le REMS presenti nelle diverse Regioni, rinvenendosi allo stato sensibili differenze sul piano delle capacità di accoglienza. Si passa, infatti, da strutture con un numero particolarmente esiguo di posti letto disponibili (ad es. Trieste e Udine con soli due posti) a strutture, come quella di Castiglione delle Stiviere, che conta ben 160 posti. E in relazione a tale aspetto ha sottolineato come la presenza di REMS caratterizzate da numeri così elevati rappresenti una criticità, essendo forte il rischio della riproposizione delle vecchie logiche della struttura psichiatrica manicomiale.

Ha poi evidenziato l'esigenza del rispetto del principio della territorialità, auspicando la rigorosa osservanza della regola secondo la quale le persone devono essere ospitate nelle strutture che ricadono nella loro Regione di provenienza. Su questo specifico punto, peraltro, ha sottoposto all'attenzione del Consiglio alcuni elementi di problematicità, sul piano applicativo del principio, segnatamente derivanti dall'assenza di chiare e puntuali previsioni normative rispetto a persone senza fissa dimora ovvero entrate irregolarmente all'interno del Paese.

Da ultimo, sul piano delle criticità riscontrate, ha segnalato un'eccessiva presenza all'interno delle REMS di persone sottoposte a misure di sicurezza provvisorie (attualmente il 40% delle persone presenti nelle strutture sono destinatarie di provvedimenti applicativi di misure di sicurezza detentive provvisorie), peraltro con sensibili differenze tra le diverse Regioni sul numero di richieste applicative. Ciò, ha spiegato il Commissario, ha determinato problemi di saturazione delle strutture e di gestione delle liste d'attesa che inevitabilmente vengono così a formarsi, con il crescente rischio dell'ineseguibilità delle misure stesse.

Da qui l'esigenza che le richieste di ricovero nelle REMS rappresentino sempre un'estrema ratio, contenendone l'applicazione alle persone per le quali le misure di sicurezza alternative alla detenzione non possano essere assolutamente praticabili, nonché la necessità di un maggior coordinamento tra tutti i soggetti istituzionali interessati (Autorità governative, Regioni, Magistratura) allo scopo di garantire un tendenziale trattamento uniforme sul territorio nazionale.

Si deve dare atto che il Commissario Unico ha recentemente depositato la nuova relazione relativa al periodo 19 agosto 2016-19 febbraio 2017 nella quale si precisa che sono stati chiusi gli OPG di Napoli Secondigliano, Aversa, Reggio Emilia, Montelupo Fiorentino, mentre per Barcellona Pozzo di Gotto

la chiusura è prossima. Al momento gli internati presenti in OPG in una detenzione illegale sono 6 ma al massimo entro il 21 marzo verrà trovata una sistemazione dignitosa. In ogni caso la chiusura avverrà contestualmente all'apertura di un secondo modulo presso la REMS di Caltagirone prevista il 15 maggio. Sono state aperte le REMS a Nogara in Veneto, Barete in Abruzzo, San Maurizio Canavese in Piemonte, Genova Pra in Liguria, Carovigno in Puglia, Santa Sofia d'Epiro in Calabria ed è in fase adattamento quella di Empoli in Toscana.

Nelle medesima relazione, inoltre, a fronte delle criticità riscontrate, il Commissario ha affermato, in ottica propositiva, che occorrerebbe definire la natura delle REMS, che a suo parere dovrebbero essere luoghi solo per prosciolti con misura di sicurezza definitiva, nonchè prevedere a una revisione delle misure di sicurezza. Riguardo questo profilo ha confermato che le liste d'attesa per l'ingresso nelle REMS, soprattutto per misure di sicurezza provvisorie disposte dai GIP, rimane un problema assai delicato. Ha poi sottolineato che il passaggio al Servizio Sanitario della competenza delle strutture per l'esecuzione delle misure di sicurezza detentive mantiene dei profili di delicatezza per il sommarsi delle esigenze della cura e del controllo, con conseguente necessità, tra l'altro, di una migliore definizione delle responsabilità tra psichiatra e magistrato.

Da ultimo, nella richiamata relazione, ha ribadito che il principio di territorialità insieme al numero chiuso devono costituire il cardine del funzionamento terapeutico delle REMS, segnalando altresì la necessità di un forte coordinamento per il monitoraggio sulle REMS, con poteri di controllo sulle assegnazioni dei pazienti e sul funzionamento delle strutture.

4. Problemi e questioni aperte sul piano applicativo e interpretativo.

Come si è visto, i mesi da poco trascorsi sono stati segnati dal non facile processo di progressivo spopolamento dei due ultimi OPG ancora attivi sul territorio nazionale, quello di Barcellona Pozzo di Gotto e quello di Montelupo Fiorentino. Conclusasi con successo questa fase, occorre rilevare che sono sorte, sui territori regionali, numerose REMS le quali, dunque, hanno prodotto una certa offerta di posti letto per la cura e la riabilitazione degli autori di reato non imputabili in regime di misura di sicurezza detentiva.

Due processi di massima si sono peraltro sovrapposti lungo l'intero quinquennio che va dall'approvazione della l. n. 9 del 2012, ad oggi: per un verso la creazione di nuove REMS (provvisorie) ha costituito una risposta alle esigenze di trattamento degli infermi di mente autori di reato, non più ricoverabili negli OPG e nelle Case di cura e custodia; per l'altro, tuttavia, il sorgere delle Residenze ha posto una complessa congerie di problemi applicativi e sistematici che di seguito si elenca.

E' emerso, in primo luogo, il tema dell'applicabilità delle norme dell'ordinamento penitenziario alle nuove istituzioni le quali, peraltro, sono contraddistinte dalle tre caratteristiche introdotte dall'art. 3-bis del d.l. 211 del 2011, convertito in legge, con modificazioni, dalla l. n. 9 del 2012, ovvero: esclusiva gestione sanitaria all'interno della struttura; sicurezza perimetrale, ma solo ove necessaria in relazione ai soggetti ricoverati; presa in carico dei soggetti provenienti dal territorio ove le REMS sono ubicate. Strettamente connesse sono le questioni concernenti la individuazione dei soggetti abilitati a curare il trasferimento temporaneo degli internati dalle REMS presso strutture sanitarie esterne di cura.

Di tutta evidenza è apparso, poi, lo squilibrio numerico tra i posti disponibili presso le strutture residenziali e le richieste di disponibilità provenienti dalle autorità giudiziarie competenti, problema aggravato dalla circostanza che presso le REMS, strutture chiaramente finalizzate ad ospitare soggetti destinatari di misure di sicurezza detentive nella fase esecutiva, sono stati destinati sempre più frequentemente persone sottoposte ad indagini soggette all'applicazione di misure in via provvisoria. Si sono posti problemi applicativi di non agevole soluzione con particolare riferimento al tema del computo e degli effetti del termine di durata massima del ricovero in REMS.

Si è, altresì, aperto il dibattito sulla natura delle posizioni di garanzia del personale medico e degli operatori che prestano servizio nelle stesse REMS.

In generale, si è manifestato il rischio che le REMS possano costituire una sorta di replica degli ospedali psichiatrici giudiziari e delle case di cura e custodia, eventualmente riproponendone le contraddizioni in termini di funzione sociale e dubbia capacità di adempiere a funzioni terapeutiche e al contempo di contenimento della pericolosità sociale del soggetto non imputabile.

5. Le prospettive per la magistratura ordinaria.

La dottrina costituzionalistica e autorevoli studiosi di materie penalistiche, nonché i contributi offerti dalla psichiatria forense, hanno gradatamente posto in evidenza le esigenze di fondo cui il sistema dovrebbe uniformarsi affinché la magistratura giudicante e di sorveglianza possa contribuire all'evoluzione dell'intero ambito applicativo delle misure di sicurezza e al trattamento del infermo di mente autore di reato.

In primo luogo, 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.

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. Vi sono state Regioni, infatti, che hanno celermente operato per l'istituzione di un numero significativo di posti letto nelle REMS provvisorie, come non sono mancate Regioni che hanno inteso realizzare il massimo dell'integrazione dei servizi territoriali dando vita a modelli di REMS di capacità contenitiva minima o persino elastiche e flessibili (il modello delle c.d. REMS "a tenda mobile" di cui si trova testimonianza in Friuli Venezia Giulia); infine, vi sono realtà del tutto peculiari che, sulla scorta di pregresse esperienze e sperimentazioni, pongono in essere un sistema di REMS ad alta intensità terapeutica, organizzate in moduli (tale modello è riscontrabile, sostanzialmente, a Castiglione delle Stiviere).

Connessa alle esigenze che la magistratura di cognizione mantenga un costante rapporto informativo con il sistema dei servizi di salute mentale diffuso sul territorio, si presenta altresì l'opportunità di ribadire, da parte del CSM, di insistere sui programmi di formazione intensi e sistematici, in piena collaborazione con la Scuola Superiore della Magistratura.

Nel passato triennio le iniziative formative della Scuola sono state numerose e sono risultate di grande valore e utilità, poiché hanno consentito di condurre a fondo lo studio dei modelli di trattamento dell'infermo di mente autore di reato, i rapporti interdisciplinari tra i diversi saperi scientifici coinvolti, lo scambio di esperienze nell'esercizio della giurisdizione; quest'ultimo si è rivelato, in particolare, di vitale importanza in una fase di evoluzione del sistema e della disciplina legislativa della materia.

Nei limiti delle rispettive competenze, dunque, il Consiglio Superiore prospetta l'opportunità di dare seguito ai progetti di formazione permanente in sintonia e raccordo con i programmi della Scuola Superiore della Magistratura, all'insegna dei seguenti criteri, eventualmente suscettibili di confluire nelle prossime linee di indirizzo con le quali il governo autonomo della magistratura contribuisce all'implementazione della funzione formativa della Scuola Superiore:

- a) apporto ai corsi e ai moduli formativi da parte di esperti non giuristi così da creare il fertile scambio interdisciplinare che risulta decisiva nella materia in questione;
- b) apertura e destinazione dei corsi e dei programmi ai giudici della cognizione oltre che alla magistratura di sorveglianza;
- c) proiezione delle esigenze della conoscenza dei servizi di salute mentale presenti sul territorio tra le priorità organizzative cui far fronte da parte degli Uffici giudicanti, con particolare riguardo all'ipotesi di programmi di coordinamento e protocolli di intesa da stipulare tra i capi degli uffici dei Tribunali, oltre che dai Presidenti dei Tribunali di sorveglianza, con i direttori dei Dipartimenti di salute mentale.

Di rilevante interesse è, a giudizio di questo Consiglio, che la magistratura di cognizione possa altresì contare su saldi progetti di formazione concernenti l'impiego e il ricorso ai consulenti del giudice in materia di imputabilità del soggetto, di natura e caratteristiche del disturbo mentale, di rapporto eziologico tra questo e il reato commesso, di valutazione prognostica di recidiva (generica o specifica), infine del margine di apprezzamento, da parte del consulente o del perito, del problematico predicato della pericolosità.

Recenti studi e gli stessi esiti del Tavolo n. 11 degli Stati generali dell'Esecuzione penale, richiamano l'opportunità di ripensare attentamente le modalità di formazione dei quesiti da parte del magistrato al consulente: ciò sia al fine di cogliere la natura del disturbo mentale e quindi del vizio di mente dell'infermo autore di reato, sia per non delegare impropriamente alla scienza psichiatrica funzioni, statuizioni o formule predittive che lo statuto scientifico di quella materia di studio non considerano di propria spettanza.

È noto, peraltro, che proprio l'impiego non sempre efficace dei quesiti peritali amplifica il fenomeno dei c.d. "cripto-imputabili", ovvero di quei soggetti che, pur vivendo l'esperienza del disturbo mentale, non sarebbero da considerare propriamente non imputabili e dovrebbero, eventualmente, soggiacere alla sanzione penale ordinaria per il reato connesso e veder protetto e tutelato il loro "bisogno di cure", in sede di esecuzione penale ordinaria.

6. Il tema delle misure di sicurezza provvisorie.

Profilo che assomma in sé molti dei rilievi dianzi sviluppati, risulta esser quello del ricorso alla disciplina di cui all'art. 206 c.p., il quale prevede l'applicazione delle misure di sicurezza in via provvisoria.

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.

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.

Sotto il profilo pratico, poi, come si è visto l'utilizzazione delle REMS per l'esecuzione di misure di sicurezza provvisorie costituisce il principale motivo di insufficienza dei posti disponibili, con la creazione di consistenti liste d'attesa.

Non può, d'altra parte, legittimarsi la prassi – frutto della impossibilità pratica di provvedere altrimenti, in presenza di tale insufficiente disponibilità di posti – per cui soggetti di intervento e ritenuti non imputabili, provenienti da misura cautelare custodiale, vengano trattenuti in carcere in una detenzione illegittima e priva di giustificazione costituzionale. Né la soluzione d'altra parte può essere l'alternativa di mantenere i soggetti di cui sia stata accertata la pericolosità in regime di libertà totale, per fin troppe evidenti ed ovvie ragioni di tutela della sicurezza sociale.

Sono probabilmente maturi i tempi per una revisione legislativa complessiva di tutti gli istituti espressivi della finalità securitaria anticipatrice, in primo luogo la stessa declinazione dei concetti fondativi di personalità della responsabilità penale e di vizio di mente, e le conseguenze in termini di specifiche previsioni di intervento e cura.¹

D'altra parte, in attesa che una complessiva riforma sia attuata, con riferimento alla generalità del settore normativo, od anche solo riguardo alla applicazione provvisoria delle misure di sicurezza prevista dall'art. 206 c.p., ed in assenza di auspicabili strutture specifiche ed autonome cui destinare i soggetti pericolosi nel corso dell'accertamento processuale della imputabilità e pericolosità, dentro o fuori degli istituti penitenziari, 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

¹ A tale proposito si deve dare atto che il testo del disegno di legge intitolato "Modifiche al codice penale, al codice di procedura penale e all'ordinamento penitenziario", approvato il 15 marzo 2017 al Senato prevede la formulazione di delega al Governo per la revisione della disciplina delle misure di sicurezza personali secondo i seguenti principi e criteri direttivi: revisione della disciplina delle misure di sicurezza personali ai fini della espressa indicazione del divieto di sottoporre a misure di sicurezza personali per fatti non preveduti come reato dalla legge del tempo in cui furono commessi; rivisitazione, con riferimento ai soggetti imputabili, del regime del cosiddetto «doppio binario», prevedendo l'applicazione congiunta di pena e misure di sicurezza personali, nella prospettiva del minor sacrificio possibile della libertà personale, soltanto per i delitti di cui all'art. 407, comma 2, lettera a), del codice di procedura penale e prevedendo comunque la durata massima delle misure di sicurezza personali, l'accertamento periodico della persistenza della pericolosità sociale e la revoca delle misure di sicurezza personali quando la pericolosità sia venuta meno; revisione del modello definitorio dell'infermità, mediante la previsione di clausole in grado di attribuire rilevanza, in conformità a consolidate posizioni scientifiche, ai disturbi della personalità; previsione, nei casi di non imputabilità al momento del fatto, di misure terapeutiche e di controllo, determinate nel massimo e da applicare tenendo conto della necessità della cura, e prevedendo l'accertamento periodico della persistenza della pericolosità sociale e della necessità della cura e la revoca delle misure quando la necessità della cura o la pericolosità sociale siano venute meno; previsione, in caso di capacità diminuita; abolizione del sistema del doppio binario e previsione di un trattamento sanzionatorio finalizzato al superamento delle condizioni che hanno diminuito la capacità dell'agente, anche mediante il ricorso a trattamenti terapeutici o riabilitativi e l'accesso a misure alternative, fatte salve le esigenze di prevenzione a tutela della collettività.

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.

Sul tema, è significativo che in data 15 marzo 2017 sia stato approvato il disegno di legge dal titolo Modifiche al codice penale, al codice di procedura penale e all'ordinamento penitenziario, a seguito della presentazione di un emendamento governativo, in cui è previsto il conferimento di delega legislativa al Governo per la riforma della disciplina dell'esecuzione delle misure di sicurezza, secondo il seguente criterio: "tenuto conto dell'effettivo superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari e dell'assetto delle nuove residenze per l'esecuzione delle misure di sicurezza (REMS), previsione della destinazione alle REMS prioritariamente dei soggetti 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, nonché dei soggetti per i quali l'infermità di mente sia sopravvenuta durante l'esecuzione della pena, degli imputati sottoposti a misure di sicurezza provvisorie e di tutti coloro per i quali occorra accertare le relative condizioni psichiche, qualora le sezioni degli istituti penitenziari alle quali sono destinati non siano idonee, di fatto, a garantire i trattamenti terapeutico-riabilitativi, con riferimento alle peculiari esigenze di trattamento dei soggetti e nel pieno rispetto dell'articolo 32 della Costituzione".

La norma sembra, dunque, partire dall'apprezzabile considerazione della eterogeneità delle necessità di trattamento e ricovero per i soggetti 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, rispetto a coloro per i quali l'infermità di mente sia sopravvenuta durante l'esecuzione della pena, degli imputati sottoposti a misure di sicurezza provvisorie e di tutti coloro per i quali occorra accertare le relative condizioni psichiche. Il legislatore riserva in via di principio ai primi l'utilizzo delle REMS per l'esecuzione della misura definitiva, mentre i secondi sembrerebbero destinati al trattamento terapeutico riabilitati presso le sezioni degli istituti penitenziari alle quali sono destinati.

Tale soluzione appare in via di principio conforme alle esigenze, anche in questa sede manifestate, di garantire funzionalità terapeutica alle nuove istituzioni attraverso un regime di fisiologica stabilità e continuità, evitando internamenti contingenti e transitori di individui in fase di sofferenza acuta, e scongiurando che riacquistino una ricettività indifferenziata che rischia di scolorarne le specificità di residualità trattamentale e riabilitative che l'impianto riformatore gli ha cercato di attribuire per superare la fase dell'internamento indifferenziato e spersonalizzate degli OPG. Inoltre essa

realizzerebbe l'effetto pratico di sdrammatizzare il problema della eccedenza della domanda di posti rispetto all'offerta.

Attraverso un adeguato trattamento individualizzante all'interno dell'istituzioni carcerarie, il sistema, perciò, sarebbe comunque in grado di soddisfare le esigenze di riabilitazione dei soggetti ritenuti affetti da infermità e pericolosi, nel rispetto del loro diritto alla cura. Senonchè, come si è visto, l'effettività di tale soluzione è condizionata dalla idoneità delle sezioni penitenziarie ad offrire simile trattamento. 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. Il sistema penitenziario non sembra invero godere delle risorse necessarie, né il legislatore, pur palesando intenzioni condivisibili, appare seriamente intenzionato a predisporle, considerato che alle norme da ultimo citate, nel testo di legge approvato, fa seguito la immancabile clausola di invarianza finanziaria per cui i decreti legislativi di cui al comma 16 sono adottati, senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica... I relativi schemi sono trasmessi alle Camere, corredati di relazione tecnica che dia conto della neutralità finanziaria dei medesimi.

Inevitabilmente, nell'attuale condizione di limitatezza delle risorse del sistema penitenziario, tale disposizione prelude alla sostanziale disapplicazione dell'impianto normativo descritto, con la stabilizzazione e riduzione a fisiologia della ipotesi – subordinata nell'enunciazione normativa – di indifferenziata destinazione alle REMS di tutti gli individui autori di reato affetti da patologia, indipendentemente dalla circostanza che si trovino in fase di osservazione, di esecuzione della pena o abbiano subito la irrogazione provvisoria o definitiva della misura di sicurezza.

Soluzione, questa, che, come si è già visto, rischia di vanificare buona parte del portato innovativo della riforma in fase di faticosa attuazione.

7. Formazione, organizzazione e funzionamento degli uffici di sorveglianza.

Occorre, da ultimo, rilevare che molte delle incertezze applicative e dei problemi interpretativi originatisi in forza dello stratificarsi della legislazione primaria nel corso degli anni recenti, sono stati brillantemente affrontati e risolti dalla magistratura di sorveglianza italiana.

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.

Il Consiglio, pertanto, si limita a ribadire alcune delle acquisizioni cui si è pervenuti nel corso del quinquennio appena trascorso, facendole proprie e proponendone l'estensione applicativa, ove possibile, a tutti gli Uffici di sorveglianza:

- 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 Residenza presenti sul territorio nazionale.

Alla luce di tali argomenti, il Consiglio

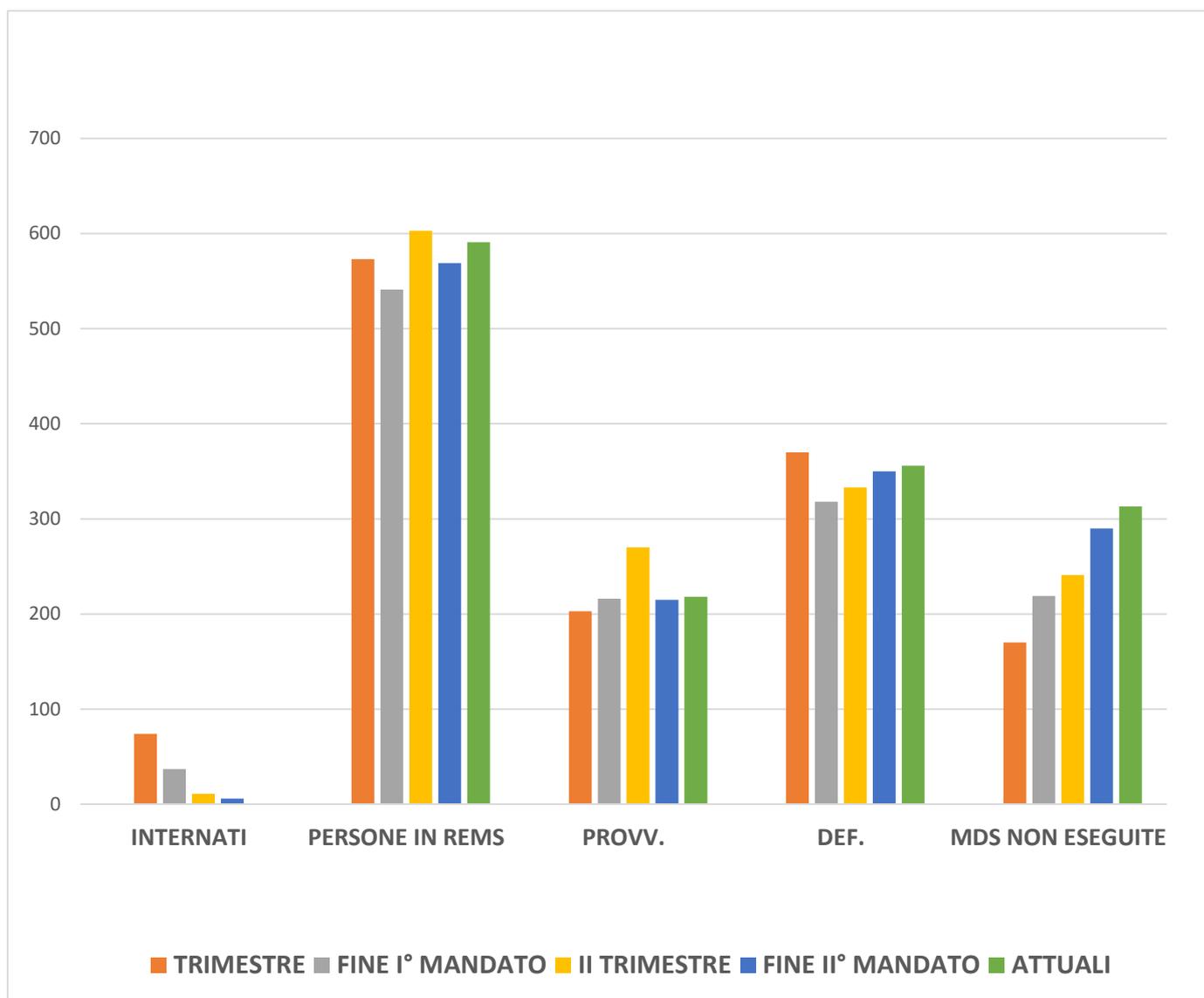
delibera

l'adozione delle presenti direttive, disponendone la trasmissione di copia – per quanto di rispettiva eventuale ulteriore competenza – al Ministro della giustizia, al Comitato direttivo della Scuola Superiore della Magistratura ed ai Dirigenti degli Uffici giudiziari interessati, per la diffusione ai Magistrati ivi in servizio.”

Quadro sinottico dei dati aggiornati relativi alle REMS

Regione	REMS	Capienza	Presenti	Donne	SFD	Fuori R.	MdS Prov.	Mds Def.	Transitati	Dimessi
Abruzzo	Barete (AQ)	20	15	2	0	2	8	7	24	9
Basilicata	Pisticci (MT)	10	9	2	1	4	6	3	22	13
Calabria	Santa Sofia D'Epiro (CS)	20	16	0	0	0	5	11	16	0
Campania	Mondragone (CE)	16	16	0	1	0	12	4	36	20
Campania	Vairano Patenora (CE)	12	12	0	0	0	1	11	22	10
Campania	Calvi Risorta (CE)	20	19	2	0	0	12	7	28	9
Campania	San Nicola Baronia (AV)	20	20	0	0	1	11	9	22	2
Emilia Romagna	Bologna (BO)	14	14	3	5	1	5	9	26	12
Emilia Romagna	Parma (PR)	10	9	0	1	0	3	6	23	13
Friuli Venezia Giulia	Aurisina (TS)	2	1	0	0	0	1	0	5	4
Friuli Venezia Giulia	Maniago (PN)	2	1	0	0	0	0	1	2	1
Friuli Venezia Giulia	Udine (UD)	2	0	0	0	0	0	0	2	2
Lazio	Ceccano (FR)	20	17	0	2	0	?	?	33	16
Lazio	Pontecorvo (FR)	11	9	9	1	0	4	5	20	11
Lazio	Pal. Sabina(Merope) RM	20	19	0	3	0	4	15	31	12
Lazio	Pal. Sabina(Minerva) RM	20	20	0	0	0	13	7	24	4
Lazio	Subiaco (RM)	20	19	0	3	0	9	10	35	16
Liguria	Genova - Prà (GE)	20	20	1	3	0	3	17	22	2
Lombardia	Castiglione delle Stiviere(MN)	120	133	18	10	4	46	87	230	143
Marche	Montegrimano (PU)	15	19	3	2	5	6	13	30	11
Piemonte	Brà (CN)	18	18	0	1	1	3	15	47	29
Piemonte	San Maurizio Canavese(/TO)	20	20	2	5	1	7	13	24	4
Puglia	Carovigno (BR)	18	17	3	2	0	7	10	23	6
Puglia	Spinazzola (BT)	20	18	0	1	0	5	13	32	14
Sardegna	Capoterra (CA)	16	16	0	0	1	0	16	28	12
Sicilia	Caltagirone (CT)	20	20	0	0	0	9	11	36	16
Sicilia	Naso (ME)	20	20	0	1	0	15	5	58	38
Toscana	Volterra (PI)	28	30	1	0	0	10	20	47	17
Trentino Alto Adige	Pergine Valsugana (TN)	10	10	0	1	0	1	9	16	6
Veneto	Nogara (VR)	40	34	5	5	0	12	22	42	8
	TOTALE	604	591	51	48	20	218	356	1006	460

I presenti dati sono ricavati da una rilevazione autonoma ma parziale e dai dati forniti dal DAP. Per approfondimenti si rimanda alla Relazione Semestrale finale sulle attività svolte dal Commissario Unico per la chiusura dell'OPG.



I presenti dati mirano a fornire una fotografia della movimentazione avuta durante tutto il periodo di commissariamento fino ad arrivare alla situazione odierna. Si vede come il numero degli internati sia progressivamente diminuito, sino ad azzerarsi con la chiusura dell'ultimo OPG che era rimasto aperto (Barcellona Pozzo di Gotto). Le persone in Rems appaiono ora in aumento ora in diminuzione, questo dato fa emergere una maggiore facilità nell'uscita dal circuito. Tra i presenti, più della metà ha una misura di sicurezza provvisoria. Infine, per le misure di sicurezza non ancora eseguite per mancanza di posti, si registra (con preoccupazione) una continua e costante crescita.

DIPARTIMENTO DELL'AMMINISTRAZIONE PENITENZIARIA
Direzione Generale dei Detenuti e del Trattamento
Ufficio Misure di Sicurezza

PROSPETTO ARTICOLAZIONI PER LA TUTELA DELLA SALUTE MENTALE (ASM)

9 MAGGIO 2017

Istituto Penitenziario	Posti letto / Camere	Sezioni Osservazioni Art. 112 R.E.	Tutela salute mentale Art. 111 R.E.	Tutela salute mentale Art. 148 c.p.	Dotazione personale sanitario e param sanitario
CC TORINO: ASM maschile (111 R.E. e 148 cp) ASM maschile (osservandi) ASM Coll. (osservandi) ASM fem. le (111,112 R.E. e 148 cp)	10 p.l. 10 p.l. 2 p.l. 2 p.l.	SI	SI	SI	2 psichiatri ASL, a tempo pieno (38 ore settimanali ciascuno) 1 psichiatra a 20 ore settimanali convenzionato 40 ore settimanali psicologo 3 Educatori professionali a tempo pieno (38 ore settimanali ciascuno) Copertura infermieristica dalle ore 8:00 alle ore 22:00 per 365 giorni annui
D.M. 16 luglio 2015					
CC MONZA	5 p.l.	SI	NO	NO	6 psichiatri che alternativamente si occupano dei pazienti congiuntamente psicologi Vi è un medico penitenziario in qualità di referente
CC MILANO "San Vittore" Sezione femminile	4 p.l. 2 carcere	SI	SI	SI	Gli interventi sono attuati da personale medico, specialisti Psichiatri, pers infermieristico e da esperti psicologi.
CR MILANO "Opera"					
CC PAVIA	10 p.l. 5 camere		SI	SI	Attiva dal 20 febbraio 2017
D.M. 28 maggio 2015					

CC GENOVA "Marrasi"	5 p.l. 2 camere	SI	SI	SI	SI	Il personale del Dipartimento di Salute Mentale attivo presso l'Istituto svolge complesso di interventi tra cui anche per detenuti in osservazione ex art. 112 R minoreni psichici ed i detenuti ex art. 148 c.p.. Per il complesso delle funzioni svolge il personale è: n. 6 dirigenti psichiatri per un totale di 76,50 ore n. 4 dirigenti psicologi per un totale di 81,30 ore
D.M. 12 giugno 2015 CC VERONA "Montorio" Al momento inagibile	5 p.l.	SI	NO	NO	NO	16 infermieri 1 psichiatra
CC BELLUNO	7 p.l.	NO	SI	SI	SI	1 psichiatra per 7 ore / settimana 1 psicologo per 5 ore / settimana 1 infermiere per 5 ore / die
D.M. 27 novembre 2014 CC PIACENZA	5 p.l.	SI	NO	NO	NO	Psichiatri, Psicologi, Infermieri e Tecnico riabilitazione psichiatrica
D.M. 28 maggio 2015 CC REGGIO EMILIA	50 p.l. --- 50 camere	SI --- 5 camere	SI --- 30 camere	SI --- 15 camere	SI --- 15 camere	3 Psichiatri 3 Psicologi 2 Tecnici della riabilitazione psichiatrica 12 Infermieri 8 Operatori socio sanitari
D.M. 28 maggio 2015 CC BOLOGNA femminile Camere ordinarie Camera per disabili	4 p.l. 1 p.l.	SI	SI	SI	SI	3 medici psichiatri 2 Tecnici di riabilitazione psichiatrica 5 Infermieri 1 Psicologo
D.M. 28 maggio 2015						

CC LIVORNO Sezione Osservandi attualmente chiusa, prevista riapertura dal 30.3.2017. Disponibili 4 posti c/o Sezione 1° Accoglienza.	8 p.l.	SI	NO	NO	2
CC FIRENZE "Sollicciano" Sezione maschile	9 p.l. 8 camere	SI	SI	SI	I detenuti non sono ospitati nelle Articolazioni. Presso il reparto Maschile sono stati ultimati i lavori, ma l'Azienda USL. To Centro sta ancora definendo con la Regione Toscana gli standard di personale da destinare alla Articolazione, maschile e femminile. Successivamente la Direzione Sanitaria ha ritenuto dover procedere alla esec di ulteriori lavori sulla base di parametri dettati dall'Azienda Sanitaria.
Sezione femminile D.M. 28 maggio 2015	3 p.l. 3 camere				Presso il reparto femminile non sono ancora iniziati i lavori di adeguamento per attesa di finanziamento.
CC ASCOLI PICENO	2 p.l.	SI	NO	NO	D.S.M. Ospedale di Ascoli Piceno Psichiatri 2 ore settimanali per 5 giorni Infermieri 2 ore settimanali per 6 giorni
CR SPOLETO	6 p.l. di cui 1 disabile autosuff.				La Sezione è in parte autonoma rispetto al locale Presidio sanitario, in cui medico di assistenza primaria in servizio h24 per la cura di patologie psichiatriche e il personale infermieristico. Sono previsti 3 Medici psichiatri, 2 Psicologi, 5 Infermieri, 2 Operatori socio-sa e 1 Educatore. In data 26.4.2017, la Direzione della CR ha comunicato che il termine dei lavori di definizione di piccoli interventi è previsto entro il 5.5.2017 ed il completamento degli arretri entro il 15.5.2017. Il Direttore Generale USL Umbria 2 ha fatto sapere che la Sezione sarà attivata 90 giorni dalla consegna dei locali e che sono in corso di predisposizione gli atti di reclutamento del personale e l'acquisto degli arretri necessari di competenza USL.
Termine lavori già previsto entro la data dell'11 marzo 2017					
CC PESCARA	8 p.l. ... 4 camere	SI	SI	SI	1 Psichiatra 1 Psicologo (Medici ed Infermieri del Presidio sanitario)
D.M. 17 marzo 2016					

CC VASTO	3 p.l. 3 camere	SI	SI	SI	La dotazione è quella complessiva del PSP (2 psichiatri, 6 medici, 7 infermieri)
D.M. 21 marzo 2016 CC L'AQUILA					
CC TERAMO	2 camere uomini 2 camere donne				Con nota del 17 novembre 2016 condiviso il Progetto PRAP riguardante l'individuazione Sezione ASM presso la C.C. di Teramo in luogo della prece proposta per la C.C. di Lanciano. In data 3 aprile 2017 la Direzione ha trasmesso la nota del PRAP con la quale conferma l'inagibilità dei cortili di passaggio dedicati alla sezione ove è realizzata una delle camere per l'ASM, nonché l'attuale impossibilità di provvedere alla progettazione sia al finanziamento dei lavori necessari.
CC CAMPOBASSO	1 p.l.	SI	NO	NO	La Regione garantisce la presenza di uno psichiatra per 3 ore giornaliere ove è presente un detenuto da sottoporre ad osservazione. Da novembre la ASREM garantisce la presenza di un medico psichiatra per due settimanali a fronte delle quattro previste dal decreto del Presidente della Giunta Con nota n. 0035808/U del 4 maggio 2017 il PRAP di Roma ha richiesto al Set Programmatore Rete dei Soggetti Deboli, dell'Integrazione Socio-Sanitaria e Riabilitazione della Regione Molise ed al Direttore Generale della ASL l'attivazione dei necessari presidi psichiatrici destinati ai detenuti.
D.M. 17 novembre 2016 CC NC ROMA "Rebibbia"	8 p.l.	SI	NO	NO	
CR ROMA "Rebibbia"	16 p.l.	NO	SI		1 Psichiatra 1 Psicologo 1 Tecnico della riabilitazione psichiatrica 1 Infermiere

CC ROMA "Regina Coeli" Non ancora attivi in attesa ultimazione lavori	2 p.l. Art. 112	SI	SI	SI	Medico Psichiatra Psicologo Infermiere
D.M. 28 maggio 2015 CC CIVITAVECCHIA	3 p.l. ... 2 camere	SI	SI	SI	Consulente psichiatra, presente tutti i giorni feriali fino alle ore 14:00 Psicologo presente tutti i giorni feriali fino alle ore 14:00 Infermiere presente tutti i giorni in tutto l'arco delle 24h
D.M. 28 maggio 2015 CC VELLETRI	5 p.l. ... 4 camere	SI	SI	SI	Articolazione non ancora attiva per la assenza del medico psichiatra. Solleciti anche dal P.R.A.P. Con nota del 22 febbraio 2017 il Direttore della C.C. di Velletri ha comunicato che la sezione potrà essere attivata solo al rientro dalla maternità del medico psichiatra dovrebbe avvenire - come riferito in via informale - non prima del mese di aprile Non ancora realizzata per esiguità delle risorse necessarie alla esecuzione dei lavori. La Direzione Generale della ASL con nota del 7 dicembre 2016 ha comunicato essere in attesa di determinazioni da parte della Regione.
D.M. 28 maggio 2015 CC VITERBO	2 p.l. 2 camere				
D.M. 28 maggio 2015 CC POZZUOLI	8 p.l.	SI	SI	SI	1 Psichiatra 5 giorni a settimana per 6 ore al giorno con reperibilità per gli 8 giorni 1 Infermiere per 12 ore al giorno
D.M. 11 novembre 2014 CC S.M. CAPUA VETERE	20 p.l. di cui: 18 (111 e 148) e 2 (112)	SI	SI	SI	- Medici, di cui 2 psichiatri a 38 ore ed 1 a 28 ore; - Infermieri: 9; - Operatori Socio-Sanitari: 3.
D.M. 2 settembre 2014 CC BENEVENTO	6 p.l. 4 camere	SI	SI	SI	3 Psichiatri 2 Tecnici della Riabilitazione 6 Infermieri - 3 Operatori Socio-Sanitari
D.M. 11 novembre 2014					

CC SALERNO	8 p.l.	SI	SI	SI	4 medici psichiatra/ 3 psicologi 13 unità di personale param sanitario
D.M. 11 novembre 2014 CR S.ANGELO DEI LOMBARDI	10 p.l. 5 camere	SI	SI	SI	18 unità di personale sanitario e param sanitario
D.M. 11 novembre 2014 CC NAPOLI "Secondigliano"	17+1 p.l. 1 e non operativa	SI	SI	SI	n. 19 unità di personale sanitario e param sanitario n. 1 tecnico della riabilitazione n. 1 part-time terzo settore
08/D.M. 11 novembre 2014 CC MATERA	4 p.l.	SI	SI	SI	In data 11 ottobre 2013 la Regione Basilicata aveva richiesto l'individuazione spazi da destinare ad <i>Articolazione per la tutela della Salute Mentale</i> . Il Provvedimento Regionale aveva comunicato l'avvenuta individuazione di una sezione presso la di Matera. Sulla base delle intense intercorse tra Regione e PRAP è stato predisposto il istitutivo. A seguito di sopralluogo da parte della ASL, gli spazi non sono stati ritenuti idonei per la attivazione, benché predisposta e strutturalmente ultimata, a causa della mancanza personale sanitario. Interessato anche l'Assessorato alla Sanità della Regione. Numerose le comunicazioni del PRAP con cui si rinvia la data della entrata in funzione della Articolazione.
D.M. 10 giugno 2016 CC LECCE	20 p.l. 11 camere	SI	SI	SI	In data 14 aprile 2017 il PRAP ha comunicato che per la metà del mese di maggio sarà possibile attivare la ASM
D.M. 28 ottobre 2016 CC REGGIO CALABRIA "G. Panzeri"	5 p.l. 5 camere	SI	NO	NO	Personale ASP (medico, paramedico, specialisti Psicologi e Psichiatri) assente presso la Casa Circondariale
CC CATANZARO "Ugo Caridi"	13 p.l. 12 camere	5 p.l. 5 camere	8 p.l. 7 camere		In data 8 febbraio 2017 il Commissario <i>ad acta</i> per l'attuazione del Piano di riassetto dei disavanzi del Servizio Sanitario Regionale calabrese ha emanato un decreto procedure alle assunzioni delle figure sanitarie necessarie per l'attivazione sezione psichiatrica e di quella riabilitativa estensiva territoriale del S.A.I.

individualità all'interno del S.A.I.					
CC PALERMO "Pagliarelli"	5	SI	NO	NO	Presenza sulle 24 ore dei medici SIAS e dei medici di sezione con funzioni di p di base, oltre alla presenza infermieristica sulle 24 ore e di tutte le bri specialistiche.
CC BARCELONA POZZO DI COTTO ASM Sezione Maschile ASM Sezione Femminile Sezione Maschile Osservazione Sezione Femminile Osservazione D.M. 21 dicembre 2016	84 p.l. 12 p.l. 16 p.l. 4 p.l.	SI	SI	SI	Attualmente sussiste la presenza di un organico provvisorio che sarà integralr rivisto con il mese di febbraio 2017. L'organizzazione e la dotazione di pers avrà a riferimento il modello delle CTA.
CC CAGLIARI		SI	SI	SI	In attesa di notizie sugli esiti dell'incontro presso l'Assessorato alla Sanità previsto per il 6 aprile u.s., che non ha avuto luogo.

L'ESPRESSO

Reportage – Matti da slegare

Noi, sopravvissuti agli ospedali psichiatrici': viaggio tra i malati usciti dagli Opg

Campetti da calcio, orti da coltivare, karaoke, laboratori. E la certezza che prima o poi da questo luogo se ne andranno. I reduci degli Ospedali psichiatrici giudiziari e la loro nuova vita nelle Rems, residenze per le misure di sicurezza. Che ora però rischiano il sovraffollamento

DI GIOVANNI TIZIAN

03 maggio 2017

Gianluigi è un sopravvissuto. Un reduce degli Ospedali psichiatrici giudiziari. E ora che queste carceri nate per rinchiudere la follia sono state bandite per sempre, lui come tanti altri vivono nelle Residenze per le misure di sicurezza, le Rems.

Il passato, però, non si può cancellare con una legge. Così Gianluigi continua a definirsi prigioniero e preferisce starsene rintanato nella sua nuova camera di Ceccano in provincia di Frosinone. Vive in isolamento, un'abitudine inculcata con la violenza durante la lunga sosta nell'Opg di Aversa. Tra quelle mura era solo un reietto e un assassino, senza storia né identità. Un prigioniero, appunto, da rieducare, da legare a un letto sudicio per giorni se necessario. «Nella Rems si sta meglio, ma non sopporto la confusione, almeno nell'Opg chi non rispettava le regole veniva punito in maniera esemplare. Io più volte sono finito legato a letto e ho preso diverse manganellate». A Ceccano non funziona così, ma Gianluigi deve ancora prendere confidenza con la libertà.

Sembra invece essersi ambientato molto bene Luigino “Settebellezze”, un omone alto e sorridente che indossa la polo blu e gialla del Frosinone calcio. I pazienti in cura in questo comune del frusinate arrivano in gran parte da Aversa. Ora hanno un campetto da calcio, l'orto da coltivare, il karaoke, laboratori, libri, la possibilità di uscire e la certezza che prima o poi da questo luogo se ne andranno. Certo, non sempre tutto va per il verso giusto.

Proprio da Ceccano era fuggito due volte il ragazzo di 22 anni poi suicidatosi a Regina Coeli poche settimane fa. In realtà, ci spiega il garante dei detenuti del Lazio Stefano Anastasia, «l'amministrazione penitenziaria una volta diventata definitiva la sentenza dell'infermità mentale del giovane non voleva più rimandarlo a Ceccano perché da qui era già fuggito». Un limbo rivelatosi fatale. L'ultimo Opg a chiudere con due anni di ritardo è stato quello di Barcellona Pozzo di Gotto, in Sicilia. Istituto noto per aver ospitato anche i finti pazzi di ogni mafia italiana. I sopravvissuti a quell'inferno ora vivono nelle residenze gestite dalle Asl locali. **L'approccio è interamente**

sanitario, «non siamo poliziotti, ma medici, il nostro obiettivo è fare di questo luogo una comunità», ci accoglie così il direttore della Rems di Ceccano, Luciano Pozzuoli. All'interno vivono in 17, «finora ne abbiamo dimessi 18, un numero molto alto, impensabile ai tempi degli Opg».

Al momento gli ospiti totali delle Rems superano di poco le 570 unità. I posti totali disponibili divisi tra le varie regioni ammontano a 604. Non tutte le strutture sono uguali. Ce ne sono alcune più permissive di altre, dove le porte delle stanze restano aperte anche di notte. E dalle quali i pazienti, che non sono più etichettati come internati, possono uscire una volta al giorno accompagnati dall'équipe di psicologi ed educatori.

La Rems di Barete, a L'Aquila, rappresenta l'avanguardia di tale approccio. Ospita 13 ex internati diventati pazienti. Finora sono usciti per "fine cura" in 10. Missione compiuta. La direttrice è una giovanissima psichiatra, Ilaria Santilli, e il gruppo di medici, tutte donne, lavora con un approccio rivoluzionario: tra queste mura non si bada al reato commesso, si cura la malattia psichica. Il resto è stigma, etichetta. Superfluo ai fini del reinserimento nella società. E veniamo appunto al secondo grande tema: le strutture sanitarie che hanno preso in carico gli ex internati puntano alle dimissioni dei pazienti, non sono più, dunque, scariche sociali da cui riemergere era praticamente uno sforzo vano. «Le basi concettuali e pratiche di un modello come le Rems, affinché evitino il rischio di diventare nuovi, pur se piccoli, Opg, sono invece la territorialità e il numero chiuso, il rifiuto della coercizione, in particolare la contenzione, e la consapevolezza che la permanenza nella struttura deve avere un tempo definito», ha scritto Franco Corleone nella sua ultima relazione da commissario governativo per il superamento definitivo degli ospedali psichiatrici.

All'Espresso, Corleone, spiega inoltre che **«è necessario mettere in discussione la logica manicomiale a fondamento degli Opg. Di tale approccio è intrisa la nostra società, che tende a rinchiudere il diverso, il cattivo, il matto, figure cioè di disturbo sociale».**

C'è però un altro ostacolo che si frappone tra il nuovo equilibrio incarnato dalle Rems e il passato nero delle vecchie istituzioni totali. Al Senato è stato approvato il Ddl penale, che prevede l'entrata nelle nuove strutture residenziali anche dei detenuti comuni con un sopraggiunto disagio psichico. Ecco perché in molti hanno espresso il proprio dissenso, in primis l'associazione Antigone e Stop Opg, a cui va il merito di aver portato avanti una battaglia di certo non popolarissima in un'epoca di becero giustizialismo. E persino i direttori delle Rems hanno chiesto di rivedere la norma, in quanto esiste il rischio concreto di replicare il modello Opg. Anche per questo il comitato Stop Opg guidato da Stefano Cecconi per aprile promette battaglia.

Altro punto critico è la diversità tra Rems e Rems. Ci sono le più progressiste e quelle che mantengono ancora dei vincoli più coercitivi. Ne esistono alcune persino senza sbarre ai piani alti, altre in cui massimo alle undici di sera serrano le porte e hanno i letti saldati al pavimento.

A Nogara, per esempio, nella bassa veronese, non ci sono sbarre né guardie ma vetri antisfondamento, finestre che si aprono pochi centimetri, porte allarmate. Misure di sicurezza passiva, tipiche dei reparti psichiatrici e applicate a questa Rems. Quaranta posti in totale, tre stanze destinate alle donne, la seconda d'Italia per capienza, realizzata in un'ala del vecchio ospedale Stellini, oggi centro sanitario polifunzionale. I primi sedici posti letto sono stati allestiti in fretta e furia alla fine del 2015, rispondendo così alla diffida del Governo che lamentava ritardi. Altri ventiquattro posti sono stati aggiunti nei dodici mesi successivi e lo Stato ha stanziato undici milioni e mezzo per una struttura nuova di zecca. Gli spazi non sono ampi, tuttavia le stanze sono luminose e colorate con un sistema di videosorveglianza in ogni locale. **Le porte delle camere sono aperte e i pazienti possono entrare e uscire a loro piacimento. Poi ci sono gli spazi comuni, la mensa, i laboratori e un giardino attrezzato per fare un po' di movimento all'aperto e qualche partita di calcetto. Insomma, le giornate scorrono tra momenti di cura, laboratori d'arte, i percorsi beauty per le donne, i film e il karaoke.**

«La ristrutturazione è costata tre milioni e mezzo di euro», spiega l'architetto Antonio Canini responsabile dell'edilizia ospedaliera del Veneto, «non ci sono tubi, rubinetti, interruttori, lampade, tutti oggetti potenzialmente pericolosi». Per chi è uscito dall'Opg è un cambiamento radicale, non solo perché ora vive in una struttura accogliente e dignitosa, ma soprattutto perché viene curato. Il personale in servizio conta su cinquanta persone tra infermieri, educatori, assistenti sociali, operatori socio-sanitari, psicologi e psichiatri. Ai sanitari si aggiungono due addetti alla vigilanza, non armati ma pur sempre con la divisa a fare da deterrente. Sebbene il passo in avanti rispetto al passato sia evidente, ancora molte cose restano da fare. «Penso al rapporto con la magistratura», riflette il garante dei detenuti del Lazio, «ho seguito il caso di un ragazzo afgano bloccato nella Rems di Palombara perché i giudici che dovevano concedere l'autorizzazione si dichiaravano tutti incompetenti». Anastasia, poi, segnala un'altra anomalia: «Nelle carceri non esiste un supporto per chi durante la detenzione si ammala di patologie psichiche, perciò viene chiesto per loro l'inserimento nelle Rems, dove però dovrebbero stare solo coloro che hanno un'infermità totale certificata in maniera definitiva. **Il rischio è il sovraffollamento e l'inserimento di delinquenti comuni tra chi ha veramente bisogno**». Insomma, l'ombra inquietante di un ritorno al passato.

La tariffa giornaliera a Nogara è di 290 euro a paziente, a Ceccano si arriva a 400, mentre Barete spende 300 euro al giorno per ogni ospite. Nelle altre, dalla Puglia al Piemonte, le quote giornaliere variano dai 170 ai 500. Cifre che includono anche le spese per i farmaci ed esami clinici. **Il tutto grava sulle casse delle aziende sanitarie di residenza. Le strutture dovrebbero essere tutte pubbliche, così prevede la Legge.** Tuttavia, la Rems provvisoria di Bra, in provincia di Cuneo, è una casa di cura privata e può accogliere 18 persone. Un'eccezione che costa allo Stato quasi 2 milioni di euro, spesa su per giù pari a quella delle comunità interamente pubbliche.

La Rems più all'avanguardia è, dicevamo, Barete. Qui i colori pastello delle pareti sono funzionali a stimolare le emozioni. L'ambiente è decisamente curato e pulito. All'interno non ci sono telecamere. Anche le camere rappresentano una novità assoluta: sono dei mini appartamenti, con cucina e bagno. Vivono in due per stanza e non c'è momento in cui siano imprigionati là dentro. La libertà e l'autonomia è la base di questo metodo di cura.

C'è persino la possibilità di riunirsi in una trattoria vicina, con l'équipe al seguito. È un modo per riassaporare la normalità, dopo il buio pesto degli anni trascorsi negli ospedali psichiatrici. «Contesto chi tra i miei colleghi vorrebbe Rems più contenitive», si scalda il direttore del dipartimento di salute mentale dell'Aquila Vittorio Sconci, che spiega: «Crediamo fortemente nei trattamenti psichiatrici, se questo è efficace la pericolosità scemerà di conseguenza. Non siamo carcerieri, ma medici e lavoriamo con gli strumenti a noi più consoni».

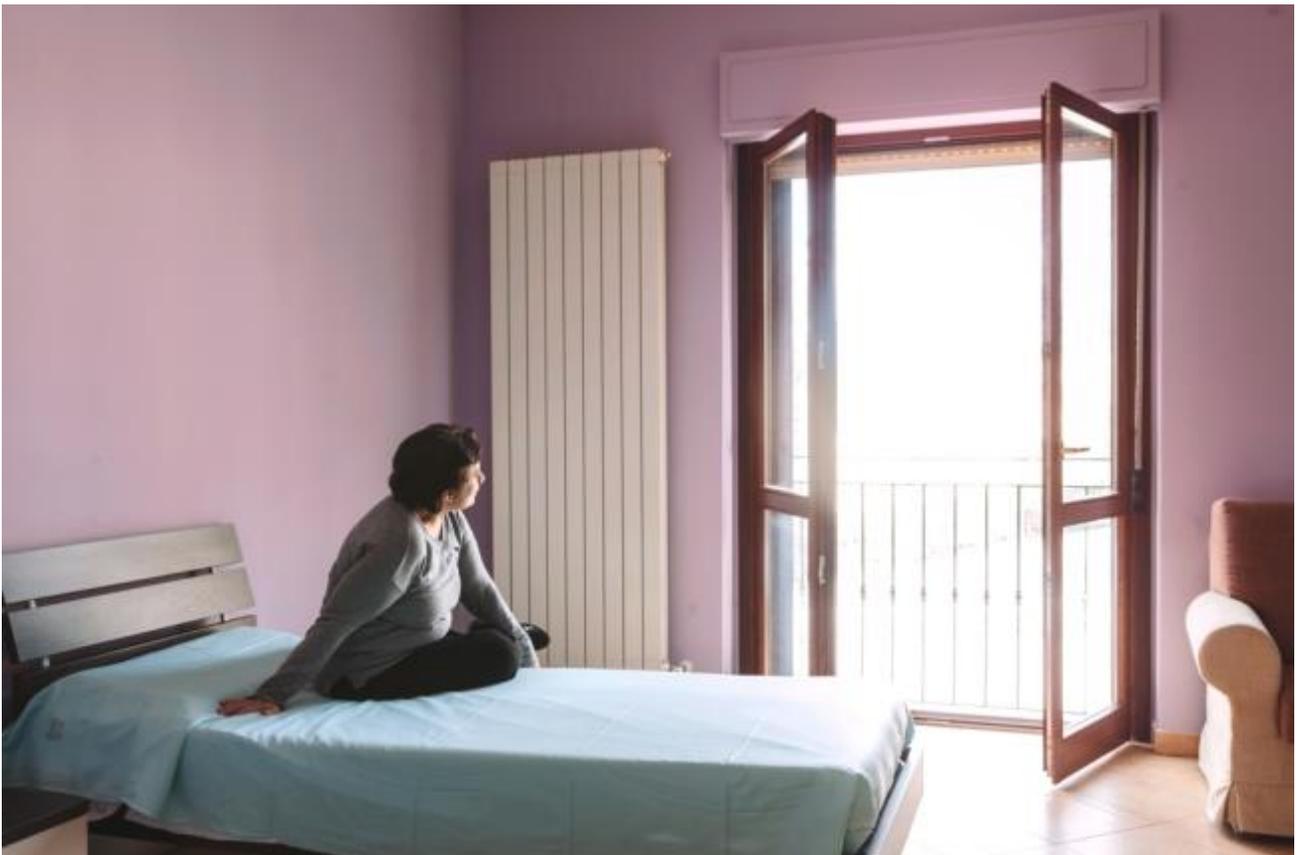
Stretta tra la strada che porta ad Amatrice e un costone della montagna, la residenza di Barete è l'edificio più distante dall'idea di Opg. Verde, accogliente e soprattutto resistente. Qui hanno vissuto in pieno le recenti scosse del terremoto, l'edificio ha retto. Neppure una crepa. E, dicono i medici presenti, i pazienti sono rimasti calmissimi. Non solo, ma vista la neve alta sono rimasti a dormire tutti nella Rems. **Medici e pazienti, come una grande famiglia.** Tra queste mura vivono persone che hanno commesso anche omicidi, per i quali c'è già una sentenza definitiva di vizio totale di mente, quindi non imputabili, e perciò destinati a rimanere in strutture di questo tipo. Tuttavia ci sono pure ragazzi con reati minori e per i quali il giudice deve ancora stabilire se sono imputabili o meno. Tra loro c'è Paolo, per esempio. Napoletano, di famiglia borghese, ex studente di liceo scientifico. La sua vita a un certo punto prende il crinale della disperazione. Inizia a vivere per strada e dopo aver aggredito un medico finisce in manicomio. Soffre, Paolo, per una situazione che non accetta. «Voglio uscire di qui, lo può scrivere questo la prego», ripete in continuazione. Il suo desiderio è tornare in società. Ma ammette che Barete è un paradiso. «Sono tutti molto affettuosi e professionali,

prima ho passato mesi di inferno in un manicomio, stavano tutti nudi, urlavano, e non si poteva uscire mai, un posto pericoloso.

Come lo era l'Opg di Aversa, dove ho passato quattro mesi». Alessio è un altro paziente, ha vissuto qualche mese in carcere. «Mi è bastato, ora a Barete sono sereno, anche se i problemi in famiglia che mi hanno condotto fin qui restano. Ma adesso ho un'idea chiara di cosa vorrei dalla mia vita. Uscito di qui mi piacerebbe avere un mio appartamento e iniziare a lavorare». Alessio è appassionato di cucina. Quando entriamo nel suo mini appartamento ci accoglie un profumo di salsa di pomodoro. «Adoro cucinare e poi organizzare pranzi e cene con gli amici con cui ho legato».

Scene di vita quotidiana. Istantanee di uomini e donne che cercano di riprendersi a tutti i costi la normalità con gesti semplici, per noi banali. Una ricetta, un tiro al pallone, un corso di cucina, un po' di palestra, un libro da leggere. Eresie per quell'epoca da poco tramontata degli Opg.

Ha collaborato Alessandra Cattoi



Patrizia e la sua stanza nella REMS di Barete (L'Aquila)



REGIONE TOSCANA
Consiglio Regionale



GARANTE DEI DIRITTI
DEI DETENUTI

XVI Riunione scientifica SIEP
Coordinamento REMS, Bologna - 18 maggio 2017