



Ministero della Salute

DIREZIONE GENERALE DEGLI ORGANI
COLLEGIALI PER LA TUTELA
DELLA SALUTE

Viale Giorgio Ribotta, 5 - 00144 Roma

Registro – classif:

Allegati:1

Trasmissione elettronica
N. prot. DGOCTS in Docspa/PEC

MINISTERO DELLA GIUSTIZIA
c.a. On.le Andrea Orlando
Ufficio di Gabinetto
centrocifra.gabinetto@giustiziacert.it

Ufficio di Gabinetto
centrocifra.gabinetto@giustiziacert.it

Capo di Gabinetto
c.a. dr. Giovanni Melillo
capo.gabinetto@giustiziacert.it

Ufficio Legislativo
c.a. dr. Giuseppe Santalucia
archivio.legislativo@giustiziacert.it

Vice Capo dipartimento Vicario
c.a. dr. Luigi Pagano
dap@giustiziacert.it
segreteriavcd.pagano.dap@giustizia.it

PALAZZO CHIGI
c.a. d.ssa Laura Pellegrini
Ufficio di segreteria della Conferenza Permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le PA
statoregioni@mailbox.governo.it

MINISTERO DELL'ECONOMIA E DELLE FINANZE
c.a. d.ssa Angela Adduce
rgs.ragionieregenerale.coordinamento@pec.mef.gov.it
ufficiodigabinetto@pec.mef.gov.it

REGIONE EMILIA ROMAGNA
Assessore Politiche per la salute
c.a. dr. Sergio Venturi
sanita@postacert.regione.emilia-romagna.it

REGIONE LIGURIA

Assessore alla salute, politiche della sicurezza dei cittadini

c.a. Avv. Sonia Viale

protocollo@pec.regione.liguria.it

REGIONE PUGLIA

Assessore alla sanità

c.a. dr. Michele Emiliano

segreteria.welfare@pec.rupar.puglia.it

presidente.regione@pec.rupar.puglia.it

REGIONE SARDEGNA

Assessorato dell'igiene e sanità e dell'assistenza sociale

c.a. dr. Luigi Benedetto Arru

san.assessore@pec.regione.sardegna.it

REGIONE TOSCANA

Assessore al diritto alla salute

c.a. dott.ssa Stefania Saccardi

regionetoscana@postacert.toscana.it

REGIONE BASILICATA

Assessore alle politiche per la persona

c.a. dr.ssa Flavia Franconi

ass.sanita@cert.regione.basilicata.it

REGIONE CALABRIA

Commissario

c.a. Ing. Massimo Scura

Presidente

Dr. Gerardo Mario Oliverio

commissariatoadacta.tuteladellasalute@pec.regione.calabria.it

presidente@pec.regione.calabria.it

REGIONE SICILIA

Assessore della Salute

c.a. On.le Baldo Gucciardi

assessorato.salute@certmail.regione.sicilia.it

REGIONE ABRUZZO

Assessore della programmazione sanitaria

c.a. dr. Silvio Paolucci

dpf@pec.regione.abruzzo.it

REGIONE CAMPANIA

Presidente con delega Sanità

Dr. Vincenzo De Luca

presidente@pec.regione.campania.it

REGIONE MOLISE

Presidente con delega Sanità

Dr. Paolo Di Laura Frattura

segreteria.presidenza@cert.regione.molise.it

REGIONE LAZIO

Subcommissario Sanità

Dr. Giovanni Bissoni

ufficiocommissariosanita@regione.lazio.legalmail.it

REGIONE UMBRIA

Presidente con delega Sanità

Dr. Antonio Bartolini

regione.giunta@postacert.umbria.it

REGIONE MARCHE

Assessore alla Sanità

Dr. Luca Ceriscioli

regione.marche.protocollogiunta@emarche.it

REGIONE PIEMONTE

Assessore alla Salute

Dr. Antonio Saitta

assessore.sanita@cert.regione.piemonte.it

REGIONE LOMBARDIA

Assessore alla Salute

Dr. Roberto Maroni

sanita@pec.regione.lombardia.it

REGIONE VALLE D'AOSTA

Assessore alla Sanità salute e politiche sociali

Dr. Antonio Fosson

sanita_politichesociali@pec.regione.vda.it

REGIONE VENETO

Assessore alla Sanità

Dr. Luca Coletto

protocollo.generale@pec.regione.veneto.it

REGIONE FRIULI VENEZIA GIULIA

Assessore alla salute, integrazione socio-sanitaria, politiche sociali e famiglia

Dott.ssa Maria Sandra Telesca

regione.friulivenzeziagiulia@certregione.fvg.it

salute@certregione.fvg.it

PROVINCIA DI TRENTO
Assessorato alla salute e solidarietà sociale
Avv. Luca Zeni
ass.salute@pec.provincia.tn.it

PROVINCIA DI BOLZANO
Assessore alla Salute
Dott.ssa Martha Stocker
adm@pec.prov.bz.it

Presidente del Tribunale di Sorveglianza di Bologna
Dr. Francesco Maisto
francesco.maisto@giustizia.it

Presidente del Tribunale di Sorveglianza di Brescia
Dott.ssa Monica Lazzaroni
monica.lazzaroni@giustizia.it

Presidente del Tribunale di Sorveglianza di Firenze
Dott.ssa Antonietta Fiorillo
antonietta.fiorillo@giustizia.it

Presidente del Tribunale di Sorveglianza di Messina
Dr. Nicola Mazzamuto
nicola.mazzamuto@giustizia.it

Presidente del Tribunale di Sorveglianza di Napoli
Dott.ssa Angelica Di Giovanni
presidenza.tribsurv.napoli@giustizia.it

Direttore Generale della Direzione Generale della prevenzione
sanitaria
Sede

Direttore Generale della Direzione Generale delle professioni
sanitarie e delle risorse umane del Servizio Sanitario
Nazionale
Sede

Direttore Generale della Direzione Generale della
programmazione sanitaria
Sede

OGGETTO: Organismo di Coordinamento del processo di superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari – Trasmissione della Relazione trimestrale del Commissario Franco Corleone sull’attività svolta per il superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari, in vista della riunione dell’8 Giugno 2016.

Con riferimento a quanto in oggetto, su indicazione del Sottosegretario di Stato Vito de Filippo, si trasmette la relazione allegata.

IL DIRETTORE GENERALE

*F.to Gaetana Ferri

* Firma autografa sostituita a mezzo stampa, ai sensi dell’art.3, comma 2, del D.lgs.39/1993

RELAZIONE TRIMESTRALE
sull'attività svolta dal
Commissario unico per il superamento
degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari

Franco Corleone

(19 febbraio 2016 – 19 maggio 2016)

INDICE

Premessa	5
1. Chiusura degli OPG e nomina del Commissario unico per il loro superamento	6
2. Relazione sull'attività svolta dal Commissario	8
Allegato A	16
3. Fotografia delle Rems presenti sul territorio nazionale	19
Allegato B	25
4. Misure di sicurezza: nodi problematici, segnalazioni e situazioni irrisolte	28
5. Conclusioni	37

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

Premessa

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

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

La commissione del Senato, presieduta da Ignazio Marino, denunciò una situazione intollerabile e propose interventi radicali con la legge n. 9 del 17 febbraio 2012 e, successivamente, con alcune proroghe si è giunti alla Legge n. 81 del 30 maggio 2014 la quale ha sancito la fine di un iter laborioso.

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

La nuova norma aveva spostato il baricentro dai binomi manicomiali “malattia mentale/pericolosità sociale e cura/custodia” ai progetti di cura e riabilitazione individuali e al territorio. In particolare essa stabiliva che la regola doveva essere una misura di sicurezza diversa dalla detenzione in OPG e in REMS, salvo situazioni determinate che dovevano diventare l’eccezione.

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

La data del 31 marzo 2015 era quella che stabiliva il termine ultimo per la chiusura degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari.

Il 19 febbraio 2016, 97 persone erano ancora interne nei cinque OPG ancora aperti e funzionanti. Era stato chiuso solo l'OPG di Napoli Secondigliano e l'OPG di Castiglione dello Stiviere era stato trasformato in un Sistema Polimodulare di Rems provvisoria.

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

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

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

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

2. Relazione sull'attività svolta dal Commissario

Azioni svolte

In data 9 febbraio 2016, a Roma, è stata effettuata una riunione presso il Ministero della salute con il Sottosegretario Vito De Filippo e i rappresentanti delle sei regioni commissariate, al fine di impostare il lavoro che le avrebbe coinvolte nei prossimi mesi.

Nel primissimo periodo si è preso contatto con i responsabili politici e amministrativi delle sei Regioni commissariate, da parte dei quali si è trovata disponibilità e spirito di collaborazione. Sono stati effettuati, poi, degli incontri con i responsabili politici, i dirigenti delle strutture e delle Asl nelle Regioni commissariate. Si sono visitate le REMS già esistenti, quelle in programma e le localizzazioni di quelle non ancora definite.

Di seguito sono riportate le attività portate avanti regione per regione:

- Piemonte. Incontro l'8 marzo a Torino con il Presidente Sergio Chiamparino e l'Assessore Antonino Saitta. È stato effettuato un sopralluogo a Grugliasco e all'Eremo di Lanzo, ipotizzati come sedi della Rems, con l'assistenza del dr. Vittorio Demicheli, dirigente dell'Assessorato alla Sanità, del dr. Massimo Rosa, psichiatra responsabile della Rems provvisoria di Bra e del Garante dei detenuti Bruno Mellano. L'8 e il 9 aprile si è svolto un incontro pubblico, la visita alla Rems di Bra e un sopralluogo alla struttura del Fatebenefratelli. Si è concordato l'abbandono dell'ipotesi di Grugliasco e si condivide la scelta della nuova struttura, si tratta di una struttura di natura privata accreditata presso il Presidio Sanitario "Beata Vergine della Consolata" di San Maurizio Canavese (20 posti letto) che è previsto venga aperta il 25 luglio con l'accoglienza di tutti gli internati piemontesi presenti a Castiglione delle Stiviere e in altre strutture.

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

Il Tribunale di Sorveglianza ha concesso a quattro internati di Montelupo l'inserimento in comunità.

Insieme alla Presidente del Tribunale di Sorveglianza di Firenze, dott.ssa Antonietta Fiorillo, è stata effettuata una visita presso la Rems di Volterra in data 27 aprile 2016. E' stata fatta una verifica sul funzionamento della struttura e sulle prospettive della Rems definitiva. In quel momento erano presenti 21 persone e a fine maggio sarà raggiunta la capienza ottimale. Ho scritto al direttore della ex ASL 5 di Pisa, Mauro Maccari (Azienda USL Toscana Nord Ovest) facendo delle osservazioni critiche sulle strutture di sicurezza che rendono la REMS eccessivamente carceraria. Osservazioni condivise anche dalla dott.ssa Antonietta Fiorillo e che, se prese in considerazione, faciliterebbero anche il lavoro del dott. Alfredo Sbrana, psichiatra responsabile della struttura. Ho scritto al Presidente Enrico Rossi e all'Assessora Stefania Saccardi facendo un quadro completo sulla situazione presente in Toscana e sollecitando l'apertura di un'altra Rems che a questo punto mi sembra davvero indispensabile.

- Abruzzo. Incontro a Pescara con l'assessore Silvio Paolucci il 21 marzo. Visita alla struttura di Barete indicata come Rems provvisoria (20 posti) e che è stata inaugurata il 4 aprile. Alla fine dell'incontro con il direttore del DSM, il dr. Vittorio Sconci e con la responsabile della struttura, la dott.ssa

Ilaria Santini, è prevalsa l'opinione che tale struttura sia definitiva. L'apertura effettiva è avvenuta il 9 maggio e sono stati accolti i primi ospiti provenienti dall'OPG di Aversa e da altre strutture.

- Veneto. Incontro con l'assessore Luca Coletto e con tutti i responsabili presso la Rems di Nogara, il 29 febbraio. Si Sono tenuti due incontri, in data 4 aprile, con la Prefettura e la Sovrintendenza per la definizione del protocollo sicurezza e per l'approvazione del progetto della struttura definitiva. La Rems di Nogara aumenterà i posti disponibili il primo giugno.
- Calabria. In data 20 aprile ho effettuato una visita al Comune di Girifalco e un sopralluogo all'edificio destinato alla Rems definitiva con una valutazione del progetto, la cui realizzazione richiederà due anni. Lo stesso giorno ho avuto un incontro presso l'assessorato alla Sanità a Catanzaro per valutare le difficoltà insorte per l'apertura della Rems provvisoria di Santa Sofia d'Epiro. Il 16 maggio ho incontrato a Catanzaro il Sindaco del Comune di Santa Sofia d'Epiro e il Direttore Generale Riccardo Fatarella e si sono definite le condizioni per l'apertura della Rems provvisoria, prevista prima dell'estate, e che accoglierà i calabresi attualmente internati a Barcellona Pozzo di Gotto e ospitati nella Rems di Pisticci.
- Puglia. Il 14 giugno è stato fissato un incontro con l'Assessore Salvatore Negro, il Direttore del Dipartimento Salute e Benessere Giovanni Gorgoni e il Garante dei diritti dei detenuti della Regione Puglia, Prof. Pietro Rossi. Sarà effettuata una visita alla Rems già aperta di Spinazzola e a quella in fase di realizzazione di Carovigno.

Si è preso contatto anche con gli Assessori alla Sanità di alcune Regioni non commissariate come Liguria e Sardegna e con i Responsabili delle regioni Sicilia e Lazio, e con alcuni dirigenti dell'area sanitaria della Regione Emilia Romagna.

Con gli assessori alla Sanità delle Regioni Liguria e Sardegna si sta discutendo al fine di definire una possibile destinazione degli ospiti liguri e sardi presenti presso

l'OPG di Montelupo Fiorentino; ho effettuato un incontro a Genova con l'ass. Sonia Viale il 4 maggio ed è stato definito che una Rems provvisoria sarà inaugurata tra qualche mese, in attesa della Rems definitiva prevista a Calice del Cornoviglio (SP) che ha dei tempi di realizzazione più lunghi. Ho avuto contatti con l'Assessore Arru, della Regione Sardegna, sollecitando un aumento dei posti nella Rems di Capoterra in modo da poter accogliere gli internati ancora presenti a Montelupo Fiorentino. Ho avuto contatti telefonici con il referente della Sicilia, dott. Maurizio D'Arpa sollecitando una definizione delle altre due strutture previste nel piano nazionale delle Rems; questo consentirebbe la chiusura dell'Opg di Barcellona Pozzo di Gotto. L'urgenza è determinata anche dall'elevato numero delle misure di sicurezza¹ nei confronti di persone che sono in attesa di entrare in Rems.

Per la Regione Lazio, sono stati presi contatti con il sub commissario Arch. Giovanni Bissoni. Ho chiesto e ottenuto informazioni in merito alla questione delle Rems presenti in Lazio e gli eventuali raddoppi dei posti disponibile in alcune Rems già aperte. Questo avrebbe degli sviluppi positivi sulla possibilità che sia chiuso a breve anche l'OPG di Aversa dove, al momento, sono presenti solo 7 laziali.

Le tematiche discusse con i dirigenti dell'area sanitaria della Regione Emilia Romagna e con il dirigente del DSM-DP di Parma, durante l'incontro del 17 marzo, sono riportate nell'allegato A.

Si è avuto un incontro con il vice-presidente del CSM, Giovanni Legnini, per richiedere la ricostituzione della commissione mista sui problemi del carcere che potrebbe agevolare la traduzione normativa dei risultati degli Stati generali e i rapporti con la magistratura della cognizione e di sorveglianza sulla applicazione della legge 81/2014.

Si è effettuata una visita all'OPG di Reggio Emilia il 13 aprile, insieme al consigliere Calogero Piscitello e la dott.ssa Grazia De Carli.

¹ Secondo i dati forniti dal Ministero della Giustizia, aggiornati al 2 maggio, le misure di sicurezza emesse dalle Autorità Giudiziarie e non ancora eseguite in Rems sono, per la Regione Sicilia, 39.

In data 5 maggio 2016 si raggiunge finalmente e con grande soddisfazione la chiusura dell'OPG di Reggio Emilia.

Si è effettuato un incontro con il Sottosegretario Vito De Filippo il giorno 12 maggio, durante il quale si è concordata la convocazione dell'organismo di coordinamento per il superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari, il prossimo 8 giugno.

Ho segnalato al Capo del DAP, Santi Consolo, una delicatissima questione riguardante i 48 detenuti, art. 148 c.p. e ex art 111 DPR 230/2000, presenti nell'ex OPG di Reggio Emilia. Misura da prendere immediatamente sarebbe quella di trasferire nelle Regioni di appartenenza queste persone. Si tratta di una situazione critica ripresa largamente nel 4° paragrafo.

Sempre al Capo del Dap, Santi Consolo, ho segnalato anche la questione relativa al destino degli archivi degli OPG, situazione che mi è stata segnalata per conoscenza dal Ministero dei beni culturali.

Sono stato invitato e ho preso parte a due eventi. Al *Festival dei Matti* tenutosi a Venezia il 13,14 e 15 maggio 2016 e ad un seminario di formazione organizzato dal Centro Franco Basaglia, “*L'Operatore psichiatrico dopo la L.81/14 – Responsabilità e garanzie*”, tenutosi ad Arezzo il 17 maggio 2016.

Obiettivi immediati

- 1) Chiusura degli OPG: Aversa, Montelupo Fiorentino e Barcellona Pozzo di Gotto; per la chiusura dell'Opg di Barcellona sarebbe auspicabile una rapida apertura di una Rems nella Sicilia occidentale.
- 2) Apertura, in parallelo, delle REMS in Calabria (Santa Sofia d'Epiro – CS) e Puglia (Carovigno – BR) e ampliamento della REMS di Nogara (Veneto), nonché l'approvazione della delibera per la struttura in cui realizzare la REMS in Piemonte.

Criticità riscontrate

1) Rispetto al numero delle 63 persone ancora interne negli OPG², alla data del 2 maggio 2016, vi sono 170 misure di sicurezza (115 provvisorie e 55 definitive) decise nella gran parte dalla magistratura di cognizione, in attesa di essere eseguite con l'inserimento in REMS. Si rischierebbe, una volta eseguite, di far esplodere il sistema. Infatti, mentre la separazione degli imputati dai condannati è un principio di tutela valido in generale per tutte le persone private della libertà, nel caso di persone con problemi psichiatrici si aggiungono le difficoltà di cura legate alla commistione di soggetti la cui situazione (medica e giuridica) è definita da quelli che sono in fase di accertamento.

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

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

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

² 29 Montelupo Fiorentino; 26 Barcellona Pozzo di Gotto; 8 Aversa.

puntuale, sicuramente utile per una valutazione sull'applicazione della legge 81.

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

Ho inviato una lettera al Ministro Orlando nella quale viene fatto un quadro puntuale sulla situazione presente specificando che sta emergendo sempre più drammaticamente il nodo delle misure di sicurezza provvisorie decise dalla Magistratura di cognizione per nuovi casi con provvedimenti di ricovero in Rems³.

³ Alla data del 18 maggio 2016, ho ricevuto risposta da parte del Capo di Gabinetto, Giovanni Melillo, nella quale dichiara di aver investito l'Ufficio legislativo per le valutazioni in ordine alla proposta di articolo, finalizzata al

E' necessario un intervento legislativo di chiarimento sulle misure di sicurezza provvisorie, la loro natura e la loro destinazione poiché ritengo che molte delle misure che prevedono il ricovero nelle Rems siano improprie rispetto a quanto previsto dalla legge 81. Sottolineo infine un'altra criticità ossia quella rappresentata dai soggetti ex art. 148 c.p. e 111 DPR 230/2000⁴ che erano ospitati negli OPG e che oggi devono trovare una situazione adeguata alla loro condizione di salute. Il problema riguardante la posizione dei 148 pone ulteriori difficoltà a causa della mancata modifica del Codice penale che, nel caso di grave disturbo mentale sopravvenuto in fase esecutiva, indica ancora l'OPG come loro destinazione. Ovviamente risulta impensabile la possibilità di ospitare queste persone in Rems, se così fosse l'intera riforma potrebbe essere vanificata.

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

Prospettiva a lungo termine

- 1) Monitoraggio delle REMS che sono e saranno presenti sul territorio con impostazioni e regolamenti diversi;
- 2) Definizione di regole minime sui diritti e i principi informatori applicabili a tutte le REMS, tra cui il tassativo divieto della contenzione e il chiarimento in merito all'applicazione parziale dell'Ordinamento penitenziario;
- 3) Definizione dello status della Rems di Castiglione delle Stiviere, con l'obiettivo di limitare le presenze ai lombardi e di evitare la specializzazione dei nuovi sei moduli previsti di venti posti ciascuno, legati ai disturbi psichiatrici riproponendo una logica manicomiale.

superamento delle criticità registrate nell'esecuzione delle misure di sicurezza provvisorie. Viene affermato che saranno valutati gli strumenti normativi più opportuni a garantire il necessario equilibrio tra esigenze di difesa della collettività rispetto ad accertate condizioni di pericolosità sociale e diritto ad un personalizzato trattamento sanitario degli indagati destinatari di misure di sicurezza provvisorie.

⁴ A livello nazionale si hanno numeri notevoli. Risultano essere 83 i detenuti ex art 148 e 141 i detenuti ex art. 111. Presso l'ex OPG di Reggio Emilia, si registra la presenza di 48 detenuti tra ex art. 148 e ex art. 111 DPR 230/2000.

Allegato A

Ho avuto un incontro con dirigenti dell'area sanitaria della Regione Emilia-Romagna (Mila Ferri e Anna Cilento) e con il direttore del DSM-DP di Parma, Pietro Pellegrini, nel quale sono stati sottolineati una serie di punti e di possibili interventi, al fine di intervenire per non far fallire la legge. Questi i suggerimenti ricevuti:

a) Applicazione legge

Favorire un nuovo e più avanzato punto d'incontro tra giustizia e psichiatria superando ogni visione difensiva e burocratica. Bisogna seguire delle prassi operative, individuare e utilizzare gli strumenti idonei affinché possano essere realizzate le potenzialità e gli aspetti positivi della riforma.

E' essenziale chiarire che gli OPG non sono stati sostituiti dalle REMS ma dall'insieme dei servizi sociali e sanitari della comunità (dei quali fa parte anche il Dipartimento Salute Mentale Dipendenze Patologiche che ha tra le sue strutture specialistiche anche le REMS). Il concetto di comunità è un concetto chiave.

Territorialità (regionalizzazione) è alla base della legge ma anche alla base della cura. Dovrebbe essere vietato l'invio d'ufficio fuori regione senza che ci siano accordi fra le regioni stesse.

Sostegno alla rete dei servizi (finanziamenti) con individuazione di percorsi (ad es. con Budget di salute) e di posti dedicati/da dedicare. Creare cultura e attivazione dei contesti sociali di riferimento (es . Enti locali, associazioni ecc.)

Rendere effettiva la residualità della misura di sicurezza detentiva (sistema di controllo).

b) Accessi e monitoraggio mediante Cruscotto regionale

Cruscotto come riferimento della magistratura di cognizione che non può collocare persone in REMS senza una valutazione/perizia psichiatrica e una diagnosi di disturbo mentale e deve motivare nel dispositivo che ha valutato ogni possibile alternativa (compreso l'obbligo di sentire il direttore del DSM competente)

Ruolo del perito psichiatra: deve prevedere anche il raccordo con i servizi psichiatrici territoriali competenti e individuazione di soluzioni da indicare alla magistratura. Ruolo dei professionisti dei DSM

Assegnazioni affidate al Cruscotto e non al DAP.

Ammissione nel percorso (nella struttura) ritenuta più appropriata per la cura e la sicurezza.

Abolire la pratica dell'immatricolazione per tutti coloro che non entrano nel circuito penitenziario.

c) Gestione della REMS

Alla magistratura (di cognizione e sorveglianza) viene richiesto di validare l'intero progetto terapeutico riabilitativo in quanto le norme del regolamento penitenziario applicate in OPG e in continuità nelle REMS (permessi ad horas, licenze ecc.) risultano del tutto inadeguate.

La permeabilità interno - esterno deve essere strutturale e non occasionale e le uscite dalla REMS devono essere regolari e gestite dai sanitari nell'ambito del programma terapeutico riabilitativo e solo comunicate ai magistrati.

Ad es. L'attuale sistema dei permessi ad horas (anche a pacchetto) è lento, farraginoso e inefficiente quindi ansiogeno per i pazienti e per gli operatori.

Nelle licenze finali di esperimento il paziente resta ancora in carico alla REMS (come era in OPG) mentre per molteplici ragioni (liberare posti nella REMS, responsabilizzare il territorio, evitare un inutile rientro del paziente al termine della licenza nella REMS) va collocato in carico al Centro Salute Mentale.

Problemi della gestione a lungo termine. Sostenere i percorsi alternativi da attivare in modo obbligatorio dopo 6 mesi di permanenza.

Rendere regolari le revisioni delle misure.

Lotta allo stigma (malattia mentale, delinquenza). Lotta alle povertà. Promozione dei diritti (formazione, lavoro, cultura, casa ecc.) e garanzie per gli utenti anche attraverso la promozione di un'adeguata tutela legale.

d) Situazioni specifiche. Il rapporto con la sanità penitenziaria

La REMS sembrano molto in difficoltà oltre che nella fase valutativa e con certe tipologie di pazienti.

Psicopatia/D. della personalità con uso di sostanze/ Non responders: (una minoranza stimata in circa il 10-15% dei pazienti autori di reato prosciolti) per i quali andrebbero strutturati percorsi specifici magari in raccordo con la sanità negli istituti penitenziari (specie quando i problemi di custodia sono decisamente prevalenti su quelli di cura).

Assicurare un'adeguata assistenza e cura alle persone con disturbi mentali e dip. patologiche che restano nel circuito penitenziario. Prevenzione, misure alternative ecc.

e) Una nuova cultura, professionale e di comunità

- Sostenere servizi e formazione (nei diversi corsi, master specifico);
- Diffusione di materiali (riviste, libri, conferenze ecc.) ai professionisti, università e opinione pubblica;
- Aspetti tecnici (Accoglienza, Valutazioni, Documentazione clinica, sociale ecc., Metodologie operative, relazioni, dimissioni ecc.);
- Ricerca;
- Sistema informativo nazionale e regionale.

3. Fotografia Rems su tutto il territorio nazionale

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

Così ripartite per Regione:

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

Sono in corso delle nuove aperture (Abruzzo - Barete) e degli ampliamenti nelle strutture già aperte (Palombara Sabina in Lazio, Nogara in Veneto, Volterra in Toscana). Ci sono poi strutture per le quali sono previsti tempi di realizzazione più lunghi come: Liguria, Calabria e Puglia.

Ai Responsabili di tutte le Rems sono state chieste delle informazioni dettagliate in modo da costruire un quadro generale completo e puntuale.

Le informazioni richieste riguardavano i seguenti punti:

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

Questa è la fotografia che ne è emersa:

Tranne che per le Rems di Nogara e Udine, aperte i primi mesi del 2016, sono tutte Rems aperte nel 2015.

Il numero di ospiti presenti nelle Rems variano da un minimo di 2 (Friuli Venezia Giulia) ad un massimo di 28 (Toscana - Volterra). Alcune Rems, con una capienza iniziale di 20 posti, verranno ampliate prossimamente prevedendo la presenza di due moduli con una capienza complessiva di 40 posti.

I pazienti presenti nelle Rems ad oggi sono 331 di cui 169 definitivi e 162 provvisori. In totale sono 464 le persone che sono state inserite in Rems e 133 le persone che sono poi state dimesse.

Su 23 strutture 17 non hanno una stanza appositamente adibita alla contenzione. In tre strutture ci sono stanze chiamate di “descalation” nelle quali si ospitano pazienti particolarmente agitati per evitare comportamenti etero o auto aggressivi; in una struttura sono presenti due camere video sorvegliate, due strutture dichiarano che non è ancora presente una stanza appositamente adibita ma che hanno intenzione di predisporne una per la messa in sicurezza di pazienti con agiti violenti per la loro sicurezza ma anche per la sicurezza degli altri pazienti e del personale.

Su 23 Rems 17 dichiarano che non si sono verificati episodi di contenzione⁵ all'interno della struttura. In 6 strutture, invece, si registrano:

- 5 episodi di contenzione nella Casa di cura San Michele di Bra (Piemonte);
- 2 episodi di inserimento presso una stanza di descalation nella Rems di Ceccano (Lazio) per allontanare il paziente da una situazione critica e non praticando una contenzione fisica;

⁵ Un punto che richiede approfondimento è quello che riguarda la contenzione: non si dovrebbe tornare indietro rispetto al rifiuto della contenzione. Seguendo le indicazioni del parere del Comitato Nazionale di Bioetica del 24 aprile 2015, si dovrebbe rifiutare tale pratica, sia intesa come contenzione fisica che come contenzione farmacologica.

- 1 episodio di inserimento presso una stanza di descalation nella Rems di Pontecorvo (Lazio) anche in questo caso per allontanare la paziente da una situazione critica e non come contenzione fisica;
- 1 episodio di contenzione meccanica (della durata di 7 ore) a Subiaco (Lazio);
- 1 episodio di contenzione ambientale, relazionale e farmacologica ma non fisica/meccanica presso la Rems di Pergine Valsugana (Trentino).
- Nella Rems di Caltagirone (Sicilia) sono presenti due stanze video sorvegliate arredate come le altre camere di degenza ma con accorgimenti di sicurezza maggiorati. In una delle due è presente un paziente che viene periodicamente contenuto limitando il movimento di un solo arto. L'altra stanza è usata come comune stanza di degenza o come camera per ospitare, in condizioni di maggiore sicurezza, pazienti particolarmente agitati e aggressivi.

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

All'interno della struttura vengono effettuate regolarmente delle *contenzioni*. Nel periodo che va dal 1° aprile 2015 al 31/03/2016, si registrano 918 episodi che interessano 59 pazienti. Si tratta di un numero di contenzioni molto alto ma in ogni caso va segnalato che tra queste contenzioni, 742 sono rivolte a una donna che presenta un quadro di ritardo mentale grave e manifesta comportamenti etero e autoaggressivi con tentativi di autoenucleazione degli occhi.

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

Nelle strutture di Castiglione dello Stiviere e di Pontecorvo vengono ospitate la maggior parte delle *donne* inserite nelle Rems. A Castiglione sono presenti 33 donne (Lazio 3, Lombardia 19, Piemonte 2, Sicilia 3, Toscana 1, Umbria 1, Veneto 4) di cui 16 in misura provvisoria e 17 in misura definitiva. A Pontecorvo sono presenti 11 donne (tutte laziali) di cui 5 in misura di sicurezza definitiva e 6 in misura di sicurezza provvisoria.

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

Tra le 170 ordinanze alle quali ad oggi non è stata data esecuzione, va fatta una differenziazione tra le misure rivolte alle persone residenti nelle regioni che hanno già attivato sul proprio territorio delle Rems (ma che avendo raggiunto la capienza massima non possono accogliere altri pazienti) e le misure rivolte a persone residenti in regioni che al momento non hanno attivato strutture adeguate per dare esecuzione a questi provvedimenti.

Nel primo caso, l'elenco è il seguente.

Soggetti in attesa di esecuzione della misura di sicurezza residenti in regioni con Rems attive ma senza posti disponibili:

Emilia Romagna	7 (5 provvisori e 2 definitivi)
Lazio	27 (20 provvisori e 7 definitivi)
Campania	16 (11 provvisori e 5 definitivi)
Basilicata	0
Puglia	12 (8 provvisori e 4 definitivi)
Trentino Alto Adige	2 provvisori
Toscana e Umbria	9 (8 provvisori e 1 definitivo)
Piemonte	16 (6 provvisori e 10 definitivi)
Sicilia	39 (23 provvisori e 16 definitivi)
Veneto	3 (2 provvisori e 1 definitivo)
Marche	2 provvisori
Friuli Venezia Giulia	0
Sardegna	0
Lombardia	8 (6 provvisori e 2 definitivi)
Total	141

Nel secondo caso, l'elenco è questo.

Soggetti in attesa di esecuzione della misura di sicurezza residenti in regioni che non hanno ancora attivato le Rems:

Abruzzo e Molise	4 (3 provvisori e 1 definitivo)
Calabria	14 (12 provvisori e 2 definitivi)
Liguria	10 (6 provvisori e 4 definitivi)
Molise	1 provvisorio
Totale	29

In questo elenco viene segnalato anche l'Abruzzo ma va posto in evidenza che in data 9 maggio è stata inaugurata la Rems di Barete, con una capienza complessiva di 20 posti, che ospiterà pazienti abruzzesi e molisani. La Calabria e la Liguria stanno lavorando per riuscire ad aprire delle Rems entro pochi mesi.

Allegato B

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

N°	Elenco REMS				Flussi		
		Regione	Data apertura	Capienza	Ingr.	Dimis.	Pz pres.
1	Casale di Mezzani (PR)	E. Romagna	27/04/2015	10	16	8	8
2	Bologna	E.Romagna	01/04/2015	14	23	9	14
3	Ceccano (FR)	Lazio	05/11/2015	20	23	3	20
4	Pontecorvo (FR)	Lazio	31/03/2015	11	15	4	11
5	Palombara Sabina	Lazio	18/08/2015	20+20	23	3	20
6	Subiaco	Lazio	01/07/2015	20	28	8	20
7	San Nicola a Baronia (AV)	Campania	02/12/2015	20	20	0	20
8	Mondragone (CE)	Campania	30/04/2015	8+8	25	10	15
9	Roccaromana (CE)	Campania	15/05/2015	20	36	16	20
10	Vairano Patenora (CE)	Campania	06/12/2015	12	15	3	12
11	Pisticci (MT)	Basilicata	27/04/2015	5+5	14	4	10
12	Spinazzola (BAT)	Puglia	01/12/2015	20	21	1	20
13	Pergine Valsugana(TN)	Trentino	01/07/2015	5+5	10	1	9
14	Volterra (PI)	Toscana	01/12/2015	28	23	2	21
15	Bra (casa di cura S.Michele)	Piemonte	22/10/2015	18	22	4	18
16	Naso (ME)	Sicilia	01/04/2015	20	44	24	20
17	Caltagirone (CT)	Sicilia	30/04/2015	20	33	13	20
18	Nogara (VR)	Veneto	20/01/2016	16	19	3	16
19	Montegrimano (PU)	Marche	25/06/2015	12+4	23	7	16
20	Maniago (PN)	Friuli	21/05/2015	2	2	0	2
21	Aurisina (TS)	Friuli	04/05/2015	2	5	3	2
22	Udine	Friuli	29/02/2016	2	2	0	2
23	Capoterra (CA)	Sardegna	27/07/2015	8+8	22	7	15
					464	133	331

24	Castiglione delle Stiviere	Lombardia	01/04/2015	6x20	?	?	176
----	----------------------------	-----------	------------	------	---	---	-----

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

N°	Elenco REMS	M d S.		Contenzione		Regolamento in allegato?
		Prov.	Def.	SI o NO	Stanza	
1	Casale di Mezzani (PR)	2	6	NO	NO	SI, Asl Parma
2	Bologna	4	10	NO	NO	SI + Contratto Informato
3	Ceccano (FR)	12	8	Non di norma	Desescalation*	Si, Asl Frosinone
4	Pontecorvo (FR)	6	5	Non di norma	Desescalation*	Si, Asl Frosinone
5	Palombara Sabina	11	9	NO	Non ancora	SI, Asl Roma5
6	Subiaco	11	9	SI*	Non ancora	SI, Asl Roma5
7	San Nicola a Baronia (AV)	10	10	NO	NO	SI, ASL Avellino
8	Mondragone (CE)	6	9	NO	NO	SI, Asl Caserta
9	Roccaromana (CE)	15	5	NO	NO	SI, Asl Caserta
10	Vairano Patenora (CE)	7	5	NO	NO	SI, Asl Caserta
11	Pisticci (MT)	8	2	NO	NO	SI, Asl Matera
12	Spinazzola (BAT)	9	11	NO	NO	SI, Asl Bat - Provvisorio
13	Pergine Valsugana(TN)	4	5	SI*	NO	Si, ASP di Trento
14	Volterra (PI)	6	15	NO	NO	SI, provvisorio
15	Bra (casa di cura S.Michele)	7	11	SI, 5 episodi	NO	SI
16	Naso (ME)	13	7	NO	Desescalation	Non ancora
17	Caltagirone (CT)	10	10	SI	SI*	Carta dei Servizi ASP Catania
18	Nogara (VR)	7	9	NO	NO	SI, nella cartella Veneto
19	Montegrimano (PU)	9	7	NO	NO	SI, Ausl Urbino
20	Maniago (PN)	0	2	NO	NO	Si, AAS Pordenone
21	Aurisina (TS)	1	1	NO	NO	NO, documento sul funzion. ASUI Trieste
22	Udine	2	0	NO	NO	SI, ASUI Udine
23	Capoterra (CA)	2	13	NO	NO	NO, info dettagliate. ASL Sanluri
		162	169			

24	Castiglione delle Stiviere	73	103	SI	?	Carta dei servizi Asst Mantova
----	----------------------------	----	-----	----	---	--------------------------------

3. Rems sul territorio nazionale: note alle tabelle precedenti

Elenco REMS	NOTE
Bologna	2 Licenza Finale Esperimento in comunità
Ceccano (FR)	stanza utilizzata in due casi, non come contenzione fisica ma per allontanare il paziente dalla situazione critica
Pontecorvo (FR)	stanza utilizzata in un caso, non come contenzione fisica ma per allontanare la paziente dalla situazione critica
Palombara Sabina	Si sta cercando di individuare uno spazio per la messa in sicurezza di pz con agiti violenti per la loro sicurezza, degli altri pazienti e del personale
Subiaco	Contenzione meccanica: una volta per 7 ore. Si sta cercando di individuare uno spazio per la messa in sicurezza di pz con agiti violenti per la loro sicurezza, degli altri pazienti e del personale
Pergine Valsugana(TN)	contenzione ambientale, relazionale, farmacologica, non fisica/meccanica
Volterra (PI)	22 e 1 temporaneo
Bra (casa di cura S.Michele)	3 + 1 allontanamento volontario
Caltagirone (CT)	2 stanze video sorvegliate
Montegrimano (PU)	16 + 1 LFE
Capoterra (CA)	5 + 2 attualmente in LFE

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

Vorrei sottoporre all'attenzione degli addetti ai lavori alcuni nodi problematici che la riforma porta con sé. Un primo punto critico riguarda la collocazione degli autori di reato la cui condizione psichica è da determinare (osservandi) oppure a cui è sopravvenuta un'infermità psichica nel corso dell'esecuzione di una condanna, o ancora che si trovano in condizione di minorazione psichica. Si tratta cioè delle categorie di soggetti che, pur avendo problematiche di natura psichiatrica, non sono, o non sono ancora, sottoposti a misura di sicurezza.

Le norme di riferimento sono:

- 1) art. 111, co. 5 e 7 DPR 230/2000 – infermità psichica sopravvenuta e vizio parziale di mente
- 2) art. 112 DPR 230/2000 – accertamento condizioni psichiche
- 3) art. 65 O.P. sezioni per minorati psichici
- 4) 148 CP – infermità psichica sopravvenuta al condannato

Per queste categorie di soggetti l'indicazione normativa è che vengano ospitati in sezioni specializzate all'interno degli istituti penitenziari. Le sezioni speciali carcerarie sono previste, oltre che nelle norme dell'Ordinamento penitenziario (artt. 65), nel DPCM 1° aprile 2008, che disciplina il passaggio delle funzioni sanitarie dall'amministrazione penitenziaria alle Regioni, e nei successivi Accordi della conferenza Stato-Regioni, che hanno definito i dettagli di questo passaggio. In particolare si tratta degli Accordi n. 81/CU del 26/11/2009, n. 95/CU del 13/10/2011, n. 3/CU del 22/01/2015, n. 17/CU del 26 febbraio 2015. Da tali disposizioni emerge la chiara indicazione che i soggetti non sottoposti a misura di sicurezza siano reclusi negli istituti penitenziari, rendendo questi idonei a soddisfare le esigenze di cura, attraverso la realizzazione di sezioni specializzate.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Questo complesso normativo, apparentemente molto chiaro, ha alcuni punti deboli, che si vanno di seguito a descrivere.

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

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

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

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

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

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

Tuttavia, non sarebbe certo auspicabile invocare un ritorno all’impostazione precedente, per esempio inviando i detenuti ex art. 148 in REMS, in quanto struttura che sostituisce l’OPG.

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

Nell’ambito degli Stati generali dell’Esecuzione penale, il Tavolo 10 su Salute e disagio psichico, analizzando l’attuazione della riforma della sanità penitenziaria prevista dal DPCM 1° aprile 2008, sottolinea come l’ambiente carcerario non possa garantire una cura piena delle patologie psichiatriche e come sia necessario equiparare le forme di grave patologia psichica a quelle di grave infermità fisica. Suggerisce così di creare una nuova misura alternativa alla detenzione dedicata ai malati psichiatrici, ossia a quei soggetti che oggi rientrano nella tipologia codicistica dell’art. 148. Tale misura dovrebbe essere modellata sul modello della grave infermità fisica (art. 147 c.p.) e attuata attraverso la detenzione domiciliare ex art. 47 ter, opportunamente integrato con modifiche normative. I destinatari di tale misura sono i soggetti portatori di patologia psichiatrica con una compromissione significativa del funzionamento psichico e dell’adattamento tale da rendere nulla o scarsa l’efficacia degli interventi riabilitativi eventualmente erogabili all’interno del carcere, persone per le quali è necessario intervenire attraverso un programma terapeutico riabilitativo individuale, realizzato in integrazione con i servizi psichiatrici e sociali del territorio di appartenenza e finalizzate alla cura e al reinserimento sociale della persona.

Nella proposta del Tavolo 10 si precisa che l’art. 148 dovrebbe essere abrogato a seguito della modifica dell’art. 147 con introduzione della espiazione della pena in forma alternativa. L’art. 148 è infatti definito come “una disposizione oramai priva di

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

Certamente sarebbe necessario, oltre alla previsione della possibilità di espiare la pena fuori dal carcere, anche prevedere criteri più precisi per l'organizzazione delle sezioni psichiatriche penitenziarie, in modo che sia assicurato il diritto alla salute dei condannati con sofferenza psichica.

Un secondo punto critico riguarda la posizione di coloro che hanno evidenti problemi psichici ma la cui condizione processuale è ancora aperta e che si trovano quindi in misura di sicurezza provvisoria. Le disposizioni emanate negli ultimi anni non danno indicazione sui luoghi di esecuzione delle misure provvisorie, mentre l'art. 206 del Codice penale prevede che il ricovero venga effettuato in OPG o in CCC. Tuttavia, tale previsione, alla luce del processo di superamento degli OPG e della netta indicazione a favore di trattamenti terapeutici per i soggetti con problemi psichiatrici, risulta oramai inadeguata. Infatti, mentre la separazione degli imputati dai condannati è un principio di tutela valido in generale per tutte le persone private della libertà, nel caso di persone con problemi psichiatrici si aggiungono a tale considerazione le difficoltà di cura legate alla commistione di soggetti la cui situazione (medica e giuridica) è definita da quelli che sono in fase di accertamento, ovvero di soggetti che presentano una crisi acuta e/o problemi di sicurezza e soggetti che hanno già una diagnosi e un programma terapeutico definito. Su tale punto merita anticipare le conclusioni del Tavolo di lavoro sulle misure di sicurezza (Tavolo 11), nell'ambito degli Stati generali dell'esecuzione penitenziaria, meglio descritte più avanti: nella proposta di riforma legislativa fatta dal Tavolo il ricovero nella REMS viene riservato ai soli “condannati”, almeno in primo grado. Durante il giudizio può essere invece applicata la cura e controllo con affidamento al DSM, o la custodia in carcere in sezioni speciali o presso reparti psichiatrici ospedalieri.

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

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

giudiziari”);

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

Si indicano per ciascun punto le considerazioni essenziali:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

5. Conclusioni

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

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

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

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