



*Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali*

Ministero della Salute  
GAB

0009448-A-04/06/2021

I.4.d.a/5



448372647

Pres. Goffredo Zaccardi  
Capo di Gabinetto  
Ministero della Salute  
[g.zaccardi@sanita.it](mailto:g.zaccardi@sanita.it)  
[segr.capogabinetto@sanita.it](mailto:segr.capogabinetto@sanita.it)

Cons. Tiziana Coccoluto  
Vice Capo di Gabinetto Vicario  
Ministero della Salute  
[t.coccoluto@sanita.it](mailto:t.coccoluto@sanita.it)

**Oggetto:** Trasmissione del documento *"Individuazione di elementi migliorativi nell'ambito delle REMS"* – Tavolo di lavoro congiunto REMS.

Si trasmette in allegato la versione definitiva del documento, in oggetto, redatto dal Tavolo di lavoro congiunto, coordinato da Agenas e composto anche da rappresentanti del Ministero della Salute e del Ministero della Giustizia. Il documento è stato, altresì, condiviso dall'Ufficio di Gabinetto del Ministero della Giustizia.

L'occasione è gradita per porgere i migliori saluti.

Coordinatore del Tavolo  
Dott. Francesco Enrichens

Visto del funzionario responsabile

Il Direttore Generale  
Dr. Domenico Mantoan



## **“Individuazione di elementi migliorativi nell’ambito delle REMS”**

**Gruppo di lavoro:**

**Francesco Enrichens (AGENAS, Coordinatore),  
Nerina Dirindin (Consulente Ministro della Salute)  
Tiziana Coccoluto (Ufficio di Gabinetto del Ministero della Salute),  
Antonio Bianco (Ufficio di Gabinetto del Ministero della Giustizia),  
Roberto Tartaglia (Dipartimento dell’Amministrazione Penitenziaria),  
Francesco Gualtieri (Dipartimento dell’Amministrazione Penitenziaria),  
Tommaso Maniscalco (AULSS 7 Veneto),  
Angelo Fioritti (AUSL Bologna)  
Pietro Pellegrini (AUSL Parma),  
Gianfranco Bonfante (AULSS 6 Veneto),  
Riccardo Curreli (ATS Sardegna).**

Il Gruppo di Lavoro è stato istituito per identificare elementi migliorativi delle criticità presenti nella gestione dei percorsi clinici e giudiziari delle persone con disturbi mentali autrici di reato, a partire dal grave problema della progressiva stratificazione di una rilevante lista di attesa per l'ingresso (internamento) nelle residenze per la Esecuzione della Misura di Sicurezza (REMS).

Il problema presenta rilevanti aspetti di carattere giuridico, normativi e procedurali, e di carattere sanitario (organizzativi e gestionali).

Dal punto di vista giuridico il problema principale consiste nella ineseguitività di sentenze e ordinanze che dispongano l'applicazione di Misure di Sicurezza detentive, provvisorie o definitive, dal che derivano gravi e intuibili conseguenze connesse alla permanenza in libertà di soggetti autori di reato, sui quali pende un giudizio di infermità di mente e di pericolosità sociale; e situazioni di pari gravità si determinano laddove, a causa della mancata esecuzione delle citate pronunce giurisdizionali, i soggetti destinatari dell'ordine di ricovero in R.E.M.S. si trovino ad essere impropriamente ristretti in carcere.

Dal punto di vista sanitario si rilevano problematiche diversificate, prevalentemente concentrate in alcuni contesti regionali, lungo tutta la filiera clinico-assistenziale del paziente psichiatrico autore di reato, dal momento peritale alla assistenza territoriale-ambulatoriale, passando per l'assistenza in carcere, le strutture residenziali e, per l'appunto le REMS. Tali problematiche generano disfunzioni a più livelli, diseguaglianze nel trattamento e negli esiti in termini di salute.

Da un punto di vista ordinamentale, diverse norme sia di rango costituzionale che ordinario, regolano l'argomento del diritto alla salute del paziente psichiatrico autore di reato: l'art.32 della Costituzione, le leggi n. 180 e 833 del 1978, il d.lgs. n. 230/99, le leggi nn. 9/2012 e 81/2014. Tutte concorrono a configurare un sistema unitario nel quale il diritto alla salute è assicurato alla persona a prescindere dal suo stato giuridico, sicché l'assistenza sanitaria è da considerarsi un servizio ad erogazione necessaria, a prescindere dal fatto che i destinatari delle prestazioni siano stati processualmente giudicati capaci di intendere e di volere oppure non imputabili.

In tale contesto si è collocata la chiusura degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari, in luogo dei quali il legislatore ha introdotto un sistema composito, costituito da una intera "filiera" di cura che comprende le R.E.M.S., le altre articolazioni dei Dipartimenti di Salute Mentale come gli ambulatori territoriali, le strutture di accoglienza residenziali e semiresidenziali ed i servizi psichiatrici ospedalieri. Dal 2015 i Dipartimenti di Salute Mentale hanno dato realizzazione alla riforma ed oggi si stima che il numero di persone con misure di sicurezza della libertà vigilata o altri provvedimenti giudiziari seguiti sul territorio sia di circa 6000 persone per circa il 70% collocati nel sistema residenziale con un conseguente forte impegno professionale ed economico.

Il decreto legge 22 dicembre 2011, n. 211, convertito in legge 17 febbraio 2012, n. 9 e il decreto legge 31 marzo 2014, n. 52, convertito in legge 30 maggio 2014, n. 81 hanno previsto infatti, a far data dal 31 marzo 2015, la definitiva chiusura dei sei Ospedali Psichiatrici Giudiziari (OPG) all'epoca presenti in Italia (che, nel 2011, al momento dell'approvazione del primo decreto legge, ospitavano

nr. 1.276 internati, mentre alla data del 31 marzo 2015 ne ospitavano 689), tracciando un nuovo regime detentivo e assistenziale per gli autori di reato non imputabili, nonché giudicati socialmente pericolosi. L'intero sistema di cura dei DSM si rendeva così disponibile alla cura ed alla riabilitazione del malato di mente reo, incluse le neonate REMS i cui requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi erano stati specificati nel Decreto 1° ottobre 2012, adottato dal Ministero della Salute di concerto con il Ministero della Giustizia. Alle REMS veniva attribuita una specifica vocazione finalizzata alla *recovery*, che prevede la formulazione di un progetto individualizzato per il paziente che mantiene giuridicamente la qualifica di "internato", che tenga conto dei suoi bisogni assistenziali individuali, in un'ottica di raccordo e collaborazione con i servizi di salute mentale presenti sul territorio e con le competenti autorità giudiziarie. Con la stipula in data 26.02.2015, dell'Accordo in sede di Conferenza Unificata tra Governo, Regioni, Province Autonome di Trento e Bolzano ed Autonomie Locali, veniva poi introdotta una ulteriore disciplina di dettaglio.

In tale contesto, la normativa introduceva, tra l'altro, l'inedito principio della esclusiva gestione sanitaria all'interno delle strutture, demandando alle sole Regioni e alle Province autonome di Trento e Bolzano tutti gli oneri relativi alla realizzazione delle R.E.M.S.

La riforma, tuttavia, non interveniva in alcun modo e, di fatto, non veniva in alcun modo armonizzata con la normativa concernente l'applicazione delle misure di sicurezza personali (articoli 199 ss. del codice penale), neppure abrogando le norme che, a tutt'oggi, continuano a comprendere il ricovero in casa di cura e custodia e il ricovero in ospedale psichiatrico giudiziario tra le misure di sicurezza detentive (articoli 215, comma 2, nr. 2) e nr. 3) codice penale).

Ai sensi della legge 81/2014, le misure di sicurezza detentive dovrebbero svolgere un ruolo residuale e ciò può incidere sui dati epidemiologici in relazione agli stili applicativi della riforma, in particolare per quanto attiene alle misure di sicurezza detentive provvisorie.

Nell'auspicare un intervento di riordino dell'imputabilità e delle misure di sicurezza da parte del legislatore, si constata come la platea dei soggetti destinati secondo il codice penale ad essere accolti nelle Residenze continua d'altra parte a tutt'oggi ad essere molto vasta. Essa ricomprende, tra le altre, le seguenti categorie: soggetti prosciolti con la contestuale applicazione del ricovero in ospedale psichiatrico giudiziario, ai sensi dell'art. 222 c.p.; soggetti sottoposti alla misura di sicurezza detentiva provvisoria ex artt. 206 c.p. e 312 e 313 c.p.p.; soggetti sottoposti alla misura dell'assegnazione a casa di cura e custodia ai sensi dell'art. 219 c.p., indipendentemente se la stessa debba essere eseguita dopo la pena restrittiva della libertà personale o prima della stessa ai sensi dell'art. 220 c.p.

Dunque, per quanto sancito dallo stesso art. 3-ter, comma 4 d. l. 211/2011, a far data dal 31 marzo 2015, le suddette misure di sicurezza detentive, tuttora previste dal codice, devono eseguirsi mediante il ricovero nelle citate Residenze. Ed ovviamente, in siffatto contesto, in alcun modo veniva posta in discussione la natura pacificamente giurisdizionale delle misure di sicurezza di tipo detentivo e venivano altresì espressamente confermati i poteri di vigilanza sulle strutture attribuiti alla Magistratura di Sorveglianza, nonché lo status di "internati" in capo ai soggetti ricoverati in R.E.M.S. (v. premesse all'Accordo stipulato in sede di Conferenza Unificata in data 26.02.2015).

Ci si trova di fronte ad un complesso intreccio tra Sanità e Giustizia, che concorrono ad un sistema articolato nel quale la collaborazione tra istituzioni deve garantire al tempo stesso equità, salute, sicurezza, giustizia ed efficienza. Compito non facile, ma pur tuttavia necessario.

Nel corso dei lavori del gruppo si sono rilevate importanti differenze rispetto alla analisi della situazione, alle cause che concorrono a produrre il fenomeno delle liste di attesa ed alle proposte di soluzioni per ovviarvi. Se la componente della Giustizia ha posto in primo piano la insufficienza assoluta dei posti letto nella pianificazione e realizzazione delle REMS, i componenti di parte sanitaria hanno rilevato un costante aumento dei proscioglimenti da parte della magistratura, la inefficienza di pochi sistemi sanitari (cinque regioni totalizzano il 72,8% delle liste di attesa) ed il ridotto turn-over nelle REMS per problemi procedurali e di carattere sociale. Successivamente vengono riportate per esteso le posizioni rispettivamente della Giustizia e dei rappresentanti dei sistemi sanitari regionali sia in termini di analisi che di proposta di intervento.

Purtuttavia i membri del gruppo di lavoro si sono trovati concordi sulla necessità di continuare la interlocuzione, di coinvolgere in essa tutti i livelli tecnici ed istituzionali necessari e di procedere su un set di interventi che da subito possono concorrere a migliorare le criticità esistenti.

**In particolare, il Gruppo di Lavoro avanza le seguenti proposte  
condivise di intervento.**

**1) Aumento complessivo e strutturale dell'offerta psichiatrica da destinare per garantire adeguate risposte ai pazienti psichiatrici autori di reato.**

L'intervento dovrà riguardare le risorse strutturali dei Dipartimenti di Salute Mentale e delle strutture terapeutiche convenzionate, con particolare riguardo per quelle a carattere residenziale e semi-residenziale, ed i progetti con Budget di Salute, specialmente, ma non solo, nelle Regioni connotate dalla maggiore emergenza in termini di liste di attesa per l'ingresso nelle Residenze, al fine di dare adeguata risposta ai soggetti prosciolti autori di reato. In questo ambito dovrà essere valutata anche la dotazione dei posti REMS e il suo potenziamento.

L'investimento in questione appare imprescindibile, al fine di dare finalmente attuazione al sopra richiamato principio secondo cui il ricorso alle misure di sicurezza detentive deve sempre costituire una *extrema ratio*, dovendo dunque sempre essere preceduto da un'attenta ricognizione delle possibilità terapeutiche alternative che un certo territorio sia in grado di offrire.

Risulta dunque inevitabile che solo l'effettivo potenziamento dei Dipartimenti di Salute Mentale e di ogni altra struttura idonea ad accogliere e curare nel territorio pazienti sottoposti a misure non detentive potrà determinare rinnovati circuiti virtuosi anche sul piano delle scelte intraprese dalle Autorità Giudiziarie.

Visto il particolare target di utenza e la necessità di competenze specifiche, si concorda sulla necessità di garantire, specialmente presso le R.E.M.S., forme contrattuali che

permettano la stabilizzazione del personale, rilevandosi come controproducente un *turn-over* elevato dei lavoratori del settore.

- 2) **Individuazione a livello centrale di un'adeguata struttura tecnica di governance (Osservatorio Nazionale)** composta da esponenti della Sanità, della Magistratura e dell'Amministrazione Penitenziaria al fine di assicurare il coordinamento delle "cabine di regia regionali" ed il costante monitoraggio del sistema di offerta complessivo per la gestione dei soggetti psichiatrici autori di reato e, in ultima analisi, delle liste d'attesa per l'internamento in REMS, anche al fine di correggere tempestivamente eventuali discrasie nella tenuta delle liste.
- 3) **Individuazione presso ciascuna Amministrazione Sanitaria regionale di una struttura (cd. "Cabine di regia regionali")** cui saranno assegnate le seguenti funzioni:
- Tenuta della lista di attesa regionale per l'ingresso in R.E.M.S.;
  - Puntuale assolvimento degli oneri di comunicazione con l'Amministrazione Penitenziaria in caso di scorrimento delle liste di attesa, per morte o avvenuto ricovero in R.E.M.S. dell'internando, ovvero per l'intervenuta revoca/sostituzione della misura di sicurezza detentiva da parte dell'Autorità Giudiziaria;
  - Supporto ai D.S.M. per coadiuvare nella individuazione di strutture terapeutiche alternative alle Residenze da indicare all'Autorità Giudiziaria, qualora la stessa intenda ricorrere a misure di sicurezza non detentive a carattere residenziale o semi-residenziale, ovvero in caso di indisponibilità, nell'immediato, di posti-letto in R.E.M.S.

Tali strutture possono anche essere più articolate e prevedere funzioni più ampie, di carattere tecnico-funzionale, rispondendo a necessità di interlocuzione diretta e, ove necessario, di supporto tecnico alla Magistratura oltre che di raccordo e manutenzione dell'intera rete regionale dedicata.

L'istituzione di tali "cabine di regia regionali" appare particolarmente urgente al fine di procedere in tempi il più possibile rapidi ad una revisione quanto più accurata delle liste di attesa attualmente pendenti.

- 4) **Individuazione di criteri univoci, di maggiore dettaglio e validi in tutto il territorio nazionale per la tenuta e lo scorrimento delle liste di attesa regionali per l'accesso in R.E.M.S., secondo i principi di seguito indicati:**
- Ciascuna Regione inserirà nella propria lista di attesa esclusivamente i destinatari di misura di sicurezza detentiva residenti/domiciliati presso il suo territorio di riferimento, in forza del principio di territorialità;

- Ciascuna Regione provvederà a depennare tempestivamente dalla propria lista di attesa i soggetti che facciano ingresso in R.E.M.S., ovvero i destinatari di misura nelle more deceduti, ovvero coloro nei cui confronti la misura detentiva risulti revocata/sostituita;
  - Rimarranno in lista di attesa coloro che, nelle more dell'ingresso in R.E.M.S., vengano temporaneamente collocati in altre strutture terapeutiche presenti sul territorio ma nei cui confronti non risulti formalmente revocata/sostituita l'ordinanza applicativa della misura di sicurezza detentiva;
  - Rimarranno in lista di attesa coloro che, nelle more dell'ingresso in R.E.M.S., vengano associati in carcere per altra causa, senza che nei loro confronti risulti revocata/sostituita l'ordinanza applicativa della misura di sicurezza detentiva.
  - Ciascuna Regione darà indicazione affinché i DSM, anche mediante eventuali articolazioni dedicate, tengano anche l'elenco delle persone con misure giudiziarie seguite sul territorio.
  - Dovranno essere attivate forme di collaborazione strutturale con Prefetture e Ambasciate per i soggetti stranieri e con Comuni sia per superare eventuali ostacoli di ordine socio-economico che possano di fatto incidere sulla risocializzazione ovvero indirettamente sul giudizio di pericolosità sociale sia per assicurare diritti e doveri di cittadinanza.
- 5) **Introduzione di criteri di flessibilità nella gestione delle liste di attesa**, in modo da assicurare assoluta priorità nell'accesso in R.E.M.S. per le seguenti categorie di soggetti:
- pazienti psichiatrici destinatari di misura di sicurezza detentiva, applicata in via provvisoria o definitiva in relazione a gravi delitti contro la persona, quali, ad esempio, l'omicidio e i maltrattamenti in famiglia aggravati dall'aver commesso il fatto in danno di minori, di donna in stato di gravidanza o di persona con disabilità, come definita dall'articolo 3 della legge 5 febbraio 1992, n. 104;
  - pazienti psichiatrici destinatari di misura di sicurezza detentiva che, mentre si trovano in stato di libertà (anche a causa della indisponibilità del posto in R.E.M.S.), vengano raggiunti da una nuova ordinanza applicativa di misura di sicurezza;
  - pazienti psichiatrici destinatari di misura di sicurezza detentiva poi sostituita con altra non detentiva che risultino poi destinatari di ordinanza di aggravamento della misura in corso.
- 6) **Incentivazione (anche mediante la stipula di appositi protocolli di intesa) della possibilità che i periti e i consulenti tecnici interpellati dall'Autorità Giudiziaria al fine di valutare l'imputabilità e la pericolosità sociale del singolo soggetto, in qualsiasi stato e grado del giudizio, nell'ambito del proprio mandato, cooperino con il Dipartimento di Salute**

**Mentale territorialmente competente al fine di individuare le eventuali possibilità terapeutiche alternative alle R.E.M.S. presenti sul territorio, verso le quali indirizzare il potenziale destinatario della misura di sicurezza che con le stesse risulti compatibile sul piano della sua pericolosità sociale, in ossequio al principio della misura di sicurezza detentiva quale *extrema ratio*.**

Ove utile e possibile, il parere in ordine alla tipologia di misura da applicare potrà essere reso da strutture aventi un mandato ancor più specifico rispetto ai D.S.M., come ad esempio *le cosiddette Unità di Profilazione Giuridico-Forense da istituirsi presso le singole Amministrazioni Sanitarie regionali*, ovvero sul modello della sperimentazione avviata presso la Regione Veneto, successivamente descritto.

**7) Principio di territorialità.**

Nel ribadire che il trattamento dei pazienti psichiatrici autori di reato deve avvenire di norma su base territoriale, si ipotizzano meccanismi di soccorso inter-regionale per permettere concretamente, ove possibile, l'adozione di misure di sicurezza non detentive e, dunque, alternative ai ricoveri in R.E.M.S. Tuttavia, tali meccanismi, oltre ad assumere carattere assolutamente temporaneo devono essere governati e pianificati preventivamente mediante un confronto con le Regioni e specificatamente con i Dipartimenti di Salute Mentale quali loro strutture istituzionalmente delegate.

Nello specifico, il meccanismo di soccorso, da adottarsi *una tantum*, sarà riferito a posti letto di residenzialità, pubblica o privata accreditata, ospedaliera ed extra-ospedaliera, secondo la disponibilità fornita dalle Regioni, per un tempo di permanenza prefissato di massimo 24 mesi e in armonia con tariffe omogeneamente adottate da tutte le Regioni. Per tale finalità si concorda sulla necessità di istituire una apposita Commissione che valuti ed autorizzi sia le strutture proposte che le tariffe stesse.

La temporaneità di tale azione emergenziale è intimamente collegata e finalizzata all'adozione delle misure strutturali proposte nell'ambito del presente documento.

**8) Introduzione di meccanismi volti a sollecitare una rivalutazione della pericolosità sociale da parte dell'Autorità Giudiziaria di tutti i soggetti che dovessero risultare in lista di attesa per l'ingresso in R.E.M.S. da almeno 6 mesi.**

In questo senso, tutte le ordinanze applicative della misura di sicurezza detentiva dovranno essere tempestivamente trasmesse ai Dipartimenti di Salute Mentale territorialmente competenti e alle relative direzioni, nonché, ove, istituite alle "cabine di regia regionali" ed alle Unità Regionali di Profilazione giuridico-forense o altre forme organizzative definite dalle Regioni; tali strutture si faranno carico di profilare i singoli destinatari della misura di sicurezza detentiva, redigendo relazioni psichiatriche anche in punto di pericolosità sociale

in senso clinico, da trasmettere alle Autorità Giudiziarie procedenti, unitamente alla eventuale proposta di revoca/sostituzione della misura di sicurezza detentiva; in caso di proposta di sostituzione, sarà puntualmente indicata l'eventuale struttura clinica a carattere residenziale o semiresidenziale o ambulatoriale presente sul territorio di riferimento, in grado di accogliere il paziente psichiatrico autore di reato.

**9) Istituzione di momenti di formazione comune tra rappresentanti della Magistratura, della Sanità regionale specializzati in psichiatria e cura e trattamento dei pazienti psichiatrici autori di reato ed esperti in psichiatria forense, così da incrementare gli ambiti di conoscenza comuni, anche in merito alle problematiche rispettivamente poste dai pazienti psichiatrici autori di reato.**

**10) Si concorda sull'opportunità di rivedere nel suo complesso la disciplina codicistica delle misure di sicurezza, di fatto mai aggiornata dalla introduzione nel 1930 del Codice "Rocco", nonché sulla necessità di intervenire nel suo complesso sul tema della sanità penitenziaria ed in particolare sull'offerta trattamentale psichiatrica da riservare ai soggetti detenuti in carcere ed ai percorsi di cura territoriali per i pazienti autori di reato.**

### **Analisi della criticità relativa alle liste di attesa**

Alla data del 28 ottobre 2020, secondo i dati forniti dall'Amministrazione Penitenziaria, risultavano realizzate ed operative in Italia 30 Residenze, distribuite in quasi tutte le Regioni come può evincersi dalla figura sottostante, per un totale di complessivi 709 posti-letto.

I posti-letto realizzati dalle Regioni risultano totalmente occupati.

Sempre alla data del 28 ottobre 2020 risultavano all'Amministrazione Penitenziaria n. 813 persone in attesa di posto letto in REMS di cui 98 presenti negli Istituti di pena e n.715 in stato di libertà come di seguito riportato per regione di appartenenza:

Regione	Liberi	Ristretti	Totale
---------	--------	-----------	--------

Abruzzo-Molise	18	0	18
Basilicata	3	0	3
Calabria	82	3	85
Campania	109	12	121
Emilia Romagna	28	5	33
Friuli Venezia Giulia	10	1	11
Lazio	68	27	95
Liguria	26	1	27
Lombardia	62	8	70
Marche	0	0	0
Puglia	53	8	61
Piemonte	31	11	42
Sicilia	141	19	160
Sardegna	10	1	11
Toscana-Umbria	51+5	1+0	57
Trentino Alto Adige	6	0	6
Veneto	12	1	13
<b>Totale</b>	<b>715</b>	<b>98</b>	<b>813</b>

È bene a questo punto evidenziare che l'Amministrazione Penitenziaria è l'unico organismo dello Stato centrale deputato a mantenere una visione di insieme sull'applicazione delle misure di sicurezza detentive all'interno delle singole Regioni.

Le Autorità Giudiziarie, infatti, al pari di quanto accadeva con i ricoveri negli Ospedali Psichiatrici Giudiziari, nel momento in cui si trovano a dover eseguire i ricoveri nelle Residenze, continuano, di norma, ad inviare le richieste di designazione delle R.E.M.S. solamente all'Amministrazione Penitenziaria e non anche alle singole Autorità regionali.

L'Amministrazione Penitenziaria, dunque – senza avere alcun potere per incidere sulle modalità di tenuta delle liste di attesa da parte delle Regioni, né, tanto meno, sull'effettiva ammissione in R.E.M.S. degli internandi – continua a "tenere il conto" delle richieste di R.E.M.S. avanzate dalle singole Autorità Giudiziarie, limitandosi a riceverle ed a smistarle alle Residenze collocate nelle Regioni ove risiedono i singoli destinatari delle misure di sicurezza detentive.

Inoltre, con riguardo alle fasi successive delle procedure di internamento, si è registrata una scarsa collaborazione – per lo meno da parte di talune Regioni – nel comunicare all'Amministrazione Penitenziaria finanche l'effettivo ingresso in R.E.M.S. degli internandi, ovvero l'intervenuta sostituzione della misura di sicurezza detentiva con misure non detentive.

Nel corso dei lavori del Tavolo tecnico si è dunque posta l'esigenza, come si vedrà, di rivedere al ribasso la consistenza di talune liste di attesa regionali, fermo restando che tale parziale ridimensionamento non è comunque apparso idoneo a ridurre la problematica limitatamente ad alcune regioni.

E' peraltro evidente che la tendenza è verso un progressivo aumento del numero di persone in lista di attesa. Le 96 ordinanze in attesa di esecuzione alla data del 14.12.2015 diventavano 265 alla data del 31.12.2016, 457 alla data del 28.11.2017, 667 alla data del 09.01.2019, 705 alla data dell'01.4.2019 ed infine 813 alla data del 27.10.2020.

Ancora, l'analisi dei dati consentiva di notare come in 6 Regioni (Calabria, Campania, Sicilia, Lazio, Lombardia e Puglia) si concentri il 72,8% delle liste di attesa, mentre il 27,2% risulti distribuito nella restante parte del territorio nazionale.

Elemento comune rilevabile sull'intero territorio nazionale, ad eccezione della Regione Marche, è che, allo stato, a differenza di quanto accade per qualsiasi altra misura giurisdizionale, i provvedimenti che dispongono il ricovero in R.E.M.S. non risultano suscettibili di immediata esecuzione e sono anzi destinati a rimanere ineseguiti per periodi più o meno dilatati a seconda della Regione in cui vengano emessi.

Il Tavolo promosso da AGE.NA.S. consentiva di evidenziare talune discrasie tra le liste di attesa tenute da alcune Regioni e quelle a disposizione dell'Amministrazione Penitenziaria.

Emergeva, in particolare, che in alcuni territori il numero complessivo dei soggetti in attesa di ricovero fosse inferiore rispetto a quello originariamente indicato dal Ministero della Giustizia e si accertava altresì come tali discrasie dipendessero, talora, da rilevanti difetti di comunicazione tra Amministrazione Penitenziaria ed Autorità sanitarie regionali, oltre che, in altri casi, da differenti modalità di tenuta ed alimentazione delle liste di attesa.

A titolo esemplificativo, si apprendeva che, in più occasioni, né le singole Residenze, né le Amministrazioni regionali con competenze in materia di R.E.M.S., avevano comunicato all'Amministrazione Penitenziaria l'avvenuto internamento dei singoli pazienti presenti in lista di attesa; o, ancora, in altri casi, si prendeva atto della mancata comunicazione di provvedimenti giurisdizionali in forza dei quali, in attesa dell'internamento, risultava revocato l'ordine di ricovero in R.E.M.S. e/o la sua sostituzione con misure di sicurezza non detentive.

D'altro canto, si rilevava altresì come talune Regioni alimentassero le proprie liste d'attesa non solo con gli internandi residenti nel proprio territorio ma anche con quelli destinati al ricovero nelle R.E.M.S. presenti in altre Regioni.

Ad ogni modo, alla data di stesura del presente documento, il processo di revisione delle liste di attesa è ancora in corso, sicché, in attesa di ricevere dati completi da tutte le Regioni interessate, l'Amministrazione Penitenziaria non è in grado di stabilire in modo attendibile se ed in che misura i dati risalenti al 28 ottobre 2020 siano in effetti da rivedere al ribasso.

Si segnala inoltre, l'opportunità di approfondire i dati relativi al trend dei soggetti sottoposti a misura di sicurezza non detentiva per avere un quadro più completo della situazione complessiva.

Sempre in sede AGE.NA.S. veniva offerto dalla Sanità regionale un ulteriore contributo che, in termini statistici, oltre a confermare la specifica "sofferenza" di talune Regioni, evidenziava come il progressivo incremento delle liste di attesa sia spesso fortemente legato al mancato espletamento di un adeguato *turn-over* tra internandi ed internati non più bisognosi della misura di sicurezza detentiva.

Si riporta di seguito il passaggio di interesse della suddetta analisi: *"Salvo che per la Lombardia (che ha un tasso di 0,68 persone per 100 mila abitanti, al di sotto della media nazionale) in Calabria, Sicilia, Campania, Lazio, Puglia il tasso di persone in lista è superiore alla media nazionale fino ad oltre 3 volte della Calabria. La lista di attesa rispetto alla popolazione residente evidenzia percentuali critiche (superiori a 2 per 100mila ab.) in Calabria, Sicilia e Campania.*

*Nelle rimanenti regioni il problema delle liste è limitato ed in 6 regioni l'entità è molto modesta.*

*Le sei regioni che hanno la lista di attesa superiore a 61 persone, hanno la dotazione di posti REMS di 346 (pari al 52,3% del totale) e secondo i dati riportati da Evelin Tavormina<sup>1</sup> le suddette REMS, dall'apertura a giugno 2018 hanno prodotto 332 dimissioni, pari al 44,6% del totale delle dimissioni (743) effettuate dalle REMS e se si valutano i transitati sono 487 su 1236 pari al 39,4% del totale. In altre parole, le regioni con la lista di attesa più alta hanno un turnover che riferito a dimessi-transitati risulta inferiore del 8,7% - 21, 2% (media 14,9%) rispetto alle altre. Il numero complessivo delle dimissioni rispetto ai posti disponibili è solo del 20% in Calabria rispetto ad una media nazionale del 117% e regioni che si avvicinano al 180%. Il numero di dimissioni/anno è nel range 212-247/anno.*

*Dai dati del Garante Nazionale<sup>2</sup> risulta che la degenza media nelle REMS dal 2017 al 2019 è passata da 312 a 358 giorni con un aumento di 46 giorni (cioè del 14,6%).*

*Ancora le regioni che presentano una media di posti REMS inferiore alla media nazionale (1,07 posti per 100mila ab.) Calabria, Emilia Romagna, Friuli, Piemonte, Puglia, Sardegna, Toscana-Umbria,*

---

<sup>1</sup> Tavormina E. Il quadro nazionale delle REMS in Corleone F. ( a cura di) Il muro dell'imputabilità. Dopo la chiusura degli OPG, una scelta radicale. Fondazione Michelucci Press, Firenze 2019, pag. 41

<sup>2</sup>Relazione al Parlamento 2020 del Garante Nazionale dei diritti delle persone private della libertà Mauro Palma, Daniela De Robert, Emilia Rossi, Giugno 2020; Parte 1

<http://www.garantenazionaleprivatiliberta.it/gnpl/resources/cms/documents/a5fa1a499fda9e241f537006675c158.pdf>  
Parte 2

<http://www.garantenazionaleprivatiliberta.it/gnpl/resources/cms/documents/be66d834b9ac9728d5010b11b1da479b.pdf>

*Veneto e Trentino, in lista di attesa assommano 319 persone pari al 39,2% del totale. Se si valutano le persone ristrette in carcere esse sono 31 pari al 31% del totale delle persone ristrette.*

*Ne consegue che le regioni con un numero di posti REMS superiore alla media nazionale nel range da 1,07 a 1,7 posti per 100mila ab. hanno il 60,8% della lista di attesa e il 69% dei soggetti in istituto di pena”.*

Infine, sempre in ambito AGE.NA.S. veniva opportunamente evidenziata l'esistenza di specifiche esperienze regionali particolarmente virtuose, connotate dall'introduzione di *best practices* innovative ed efficaci che, come può evincersi dai dati sopra riportati, hanno di fatto determinato una rilevantissima riduzione delle liste di attesa per l'accesso in R.E.M.S.

### **L'analisi delle criticità giuridiche ed organizzative del sistema delle R.E.M.S. evidenziate dai rappresentanti della Componente Giustizia<sup>3</sup> e le proposte relative**

Tutto ciò premesso, nel corso del suddetto Tavolo, i rappresentanti dell'Ufficio di Gabinetto del Ministero della Giustizia e dell'Amministrazione Penitenziaria provvedevano ad evidenziare in modo schematico le gravissime criticità che, sotto i profili giuridico ed organizzativo, attualmente affliggono il sistema delle R.E.M.S.

Come poc'anzi sottolineato, peraltro, tali criticità colpiscono in maniera estremamente differenziata le singole Regioni italiane, risultando evidentemente più avvertite in quei territori caratterizzati dalle liste di attesa più nutrite. In particolare, si evidenziava quanto segue:

- Dal 2015 ad oggi, la riforma ha visto un'applicazione disomogenea sul territorio nazionale, ed assolutamente critica in alcune realtà regionali, a causa di un ricorso alle misure di sicurezza non detentive ancora molto limitato, nonché, soprattutto, in ragione della realizzazione di un numero di Residenze rivelatosi – in modo obiettivo – largamente insufficiente rispetto alle esigenze poste dalla persistente applicazione di misure di sicurezza detentive.

L'insufficienza di posti-letto in R.E.M.S., il ricorso troppo timido e circoscritto alle misure di sicurezza non detentive da parte dell'Autorità Giudiziaria, l'assenza di adeguate alternative terapeutiche e l'assenza di un serio *turn-over* tra gli internandi e gli internati di lungo periodo, presumibilmente non più bisognosi della misura detentiva, hanno determinato la creazione e l'incremento di allarmanti liste di attesa per l'accesso nelle Residenze di nuova istituzione.

In tale contesto, un sempre più crescente numero di ordinanze giurisdizionali applicative della misura sicurezza detentiva del ricovero in R.E.M.S. non ha più trovato esecuzione, con le gravi e preoccupanti conseguenze che tale situazione comporta sia con riguardo alla

---

<sup>3</sup> Antonio Bianco (Ufficio di Gabinetto del Ministero della Giustizia), Roberto Tartaglia (Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria), Francesco Gualtieri (Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria).

mancata erogazione della dovuta assistenza sanitaria in favore dei pazienti psichiatrici autori di reato, sia in tema di allarme sociale e di salvaguardia della incolumità pubblica e privata.

- In larga parte del territorio nazionale, dunque, l'Autorità Giudiziaria ha di fatto perso la disponibilità di uno strumento tuttora pacificamente ricompreso dalla legge tra quelli destinati a contenere e curare i soggetti incapaci di intendere e di volere che si siano resi autori di reato, giudicati socialmente pericolosi, ossia le misure di sicurezza di tipo detentivo.

Di conseguenza, specialmente nei casi in cui si trovi a dover eseguire misure di sicurezza detentive disposte in via provvisoria anche nei confronti di soggetti resisi autori di reati estremamente gravi (constano anche casi di omicidi particolarmente efferati), a causa della cronica indisponibilità di posti-letto in R.E.M.S., l'Autorità Giudiziaria si trova di fronte ad un *empasse* difficilmente sormontabile e, come detto, sono frequenti i casi in cui i soggetti pericolosi affetti da conclamate patologie psichiatriche continuano ad essere ristretti negli Istituti di pena, sebbene sia già stata indicata dagli specialisti la necessità del loro ricovero in strutture sanitarie.

Non meno grave appare la situazione dei soggetti che, pur destinatari di misura di sicurezza detentiva, continuano a trovarsi in stato di libertà, sia perché in attesa di internamento, sia perché, nelle more, l'Autorità Giudiziaria abbia ritenuto di sostituire la misura del ricovero in R.E.M.S. con quella della libertà vigilata; ed invero, trattandosi di soggetti che spesso si trovano in una fase di acuzie della patologia che li affligge, non possono che dimostrarsi restii ad accettare i programmi terapeutici loro proposti dai dipartimenti di salute mentale, sicché l'applicazione della misura di sicurezza non detentiva, nella maggior parte dei casi, non può che rivelarsi del tutto inutile nei loro confronti.

In tale contesto, si registrano numerosi casi di soggetti che, nell'attesa del ricovero in R.E.M.S., commettono reati, con un consistente aggravio delle esigenze cautelari che, tuttavia, di norma, non viene preso in alcuna considerazione dalle Regioni nella gestione delle liste di attesa per gli ingressi in R.E.M.S.<sup>4</sup>

- Estremamente critica appare la situazione dei pazienti psichiatrici che, in ragione della indisponibilità di posti-letto in R.E.M.S., si trovano ad essere ristretti in Istituti di pena, ossia in ambienti giuridicamente e strutturalmente inappropriati rispetto alla loro condizione di riscontrata infermità mentale. Ciò, evidentemente, non può che esporre a rischio *in primis* i detenuti affetti da patologia psichiatrica ed in secondo luogo anche il personale di polizia

---

<sup>4</sup> In questo senso, le criticità del nuovo sistema venivano già segnalate dal Consiglio Superiore della Magistratura con la delibera "Fasc. 37/PP/2016", pubblicata nell'aprile del 2017, avente ad oggetto "*Directive interpretative e applicative in materia di superamento degli Ospedali psichiatrici giudiziari e di istituzione delle Residenze per l'esecuzione delle misure di sicurezza (REMS), di cui alla legge n. 81 del 2014*", laddove, tra l'altro, risultano compendiate gli esiti dell'indagine conoscitiva effettuata dal Consiglio presso gli uffici giudiziari italiani, in relazione allo stato di attuazione della riforma in questione.

penitenziaria che si trova costretto a confrontarsi con il contenimento di pazienti psichiatrici, pur non vantando alcuna competenza nella materia sanitaria.

- Ulteriore criticità si ravvisa nella gestione delle liste di attesa per gli ingressi in R.E.M.S., tenute dalle singole Amministrazioni regionali.

Tali liste risultano totalmente rigide, prevedendosi di norma quale unico criterio di scorrimento la data di pervenimento della richiesta di posto-letto da parte della singola Autorità Giudiziaria per il tramite del Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria. In questo modo, stante l'allarmante consistenza delle liste, viene meno qualsivoglia valutazione in merito all'attualità del giudizio di pericolosità sociale dell'internando, con la conseguenza che diverranno progressivamente eseguibili le ordinanze più datate verosimilmente riferite a soggetti che, nelle more, in qualche modo hanno raggiunto una maggiore stabilità psichica, e rimarranno di contro ineseguite le ordinanze disposte in epoca più recente nei confronti di soggetti che si trovano nella fase di acuzie della propria patologia.

Altrettanto irrazionale appare il meccanismo per cui il citato criterio cronologico parrebbe di norma non suscettibile di modifiche, neppure nei casi in cui il destinatario della misura di sicurezza detentiva si renda autore di ulteriori reati, nuovamente commessi in stato di incapacità di intendere e di volere e, dunque, con una nuova e concreta manifestazione della sua pericolosità sociale tradottasi nella emissione di una nuova ordinanza applicativa di misura di sicurezza detentiva.

Da ultimo, pare problematica, sul piano giuridico, la circostanza per cui le liste di attesa siano di fatto gestite in via esclusiva dai soli Assessorati Regionali alla Salute, con la contestuale sottrazione di qualsivoglia prerogativa al Ministero della Giustizia, pur versandosi nell'ambito della esecuzione di misure di sicurezza giurisdizionali come tali ricadenti nelle competenze pressoché esclusive di quest'ultima articolazione dello Stato ai sensi degli articoli 110 e 117, co. 2, lett. l) della Costituzione.

Sul punto, si segnala peraltro la pendenza della questione di legittimità costituzionale sollevata dal Giudice per le indagini preliminari presso il Tribunale di Tivoli, con ordinanza dell'11 maggio 2020<sup>5</sup>.

- Sempre a proposito delle liste di attesa, emergeva l'assenza di criteri univoci ed uniformi per la tenuta e l'alimentazione delle stesse, aggravata dall'assenza di adeguati canali di comunicazione tra Amministrazione Penitenziaria, Ministero della Salute ed Amministrazioni Regionali e, soprattutto, dalla disomogeneità con cui, presso le singole Regioni, risultano individuati i referenti territoriali in materia di R.E.M.S.

Da un punto di vista organizzativo, si è dunque consolidato un accentuato disordine gestionale che, a circa sei anni dall'entrata a regime della riforma, neppure consente di delineare un quadro certo e chiaro circa la precisa consistenza delle singole liste di attesa regionali, né consente alle Amministrazioni centrali di monitorare in tempo reale gli ingressi e le uscite dei pazienti dalle singole Residenze.

---

<sup>5</sup> Al momento della pubblicazione del presente documento non è nota la decisione assunta sulla questione dalla Corte costituzionale all'esito della camera di consiglio fissata per il 26 maggio 2021.

- Una ulteriore e cronica criticità deve ravvisarsi nella sostanziale carenza di strutturati canali di comunicazione tra Autorità Giudiziaria, R.E.M.S., dipartimenti di salute mentale e servizi psichiatrici ospedalieri. Ciò rende estremamente anelastico il sistema delle misure di sicurezza detentive, sia in entrata che in uscita, per cui non mancano casi di soggetti internati che continuano ad occupare posti-letto in R.E.M.S. pur trovandosi in una fase di remissione della propria patologia, verosimilmente gestibile anche dai servizi territoriali. *A contrario*, non mancano casi di soggetti affidati ai dipartimenti di salute mentale che dimostrano scarsa, se non nulla, *compliance* ai trattamenti loro proposti e che, dunque, potrebbero risultare meritevoli di ricovero in R.E.M.S. e vengono tuttavia lasciati in stato di libertà, per lo meno fino a nuove manifestazioni criminose della loro pericolosità sociale.

Talora, e soprattutto nelle Regioni afflitte dalle più forti criticità gestionali, l'Autorità Giudiziaria non ha adeguata contezza delle strutture psichiatriche presenti sul territorio idonee ad accogliere i soggetti sottoposti a procedimento penale in regime residenziale o semi-residenziale, così rendendo spesso non attuabile l'applicazione di misure di sicurezza che si collochino a un livello intermedio tra i ricoveri in R.E.M.S. e la libertà vigilata priva di prescrizioni concernenti il regime di residenzialità.

In ogni caso, in alcune realtà regionali risulta comunque carente una "offerta" di tutela sanitaria psichiatrica diversa dalle R.E.M.S. e consistente, ad esempio, in strutture intermedie ovvero ambulatori psichiatrici in grado di gestire adeguatamente il disturbo mentale del malato-reo, quanto meno per i casi in cui siffatte misure intermedie siano ritenute idonee a contenerne la pericolosità sociale.

E questi ultimi dati, in linea generale, testimoniano il pressoché totale fallimento della riforma del 2011, laddove il ricovero in R.E.M.S. veniva espressamente indicato come una *extrema ratio* a cui ricorrere nei soli casi in cui si palesi l'inefficacia delle misure di sicurezza di tipo non detentivo<sup>6</sup>.

In tale contesto, in sede AGE.NA.S. affiorava inoltre la carenza di adeguate comunicazioni tra gli specialisti psichiatri interpellati dalle singole Autorità Giudiziarie (periti e consulenti tecnici del Pubblico Ministero) e i Dipartimenti di Salute Mentale presenti sui territori di riferimento.

Da ciò consegue la frequente presentazione all'Autorità Giudiziaria di rapporti lacunosi in relazione al ventaglio di soluzioni di tutela psichiatrica alternativa a quella attuabile all'interno delle REMS, ma ben in grado di temperare le esigenze di tutela della salute con quelle di contenimento/neutralizzazione della pericolosità, così portando il Decidente ad optare, necessariamente, per la soluzione più contenitiva, ovvero per la misura di sicurezza detentiva, non

---

<sup>6</sup>Art. 3-ter, co. 4, seconda parte, d.l. n. 211/2011, conv. in l. n. 9/2012: "Il giudice dispone nei confronti dell'infermo di mente e del seminfermo di mente l'applicazione di una misura di sicurezza, anche in via provvisoria, diversa dal ricovero in un ospedale psichiatrico giudiziario o in una casa di cura e custodia, salvo quando sono acquisiti elementi dai quali risulta che ogni misura diversa non è idonea ad assicurare cure adeguate a fare fronte alla sua 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. Allo stesso modo provvede il magistrato di sorveglianza quando interviene ai sensi dell'articolo 679 del codice di procedura penale. Non costituisce elemento idoneo a supportare il giudizio di pericolosità sociale la sola mancanza di programmi terapeutici individuali".

potendo di fatto verificare l'esperibilità in concreto di misure gradate (tra le quali, *in primis*, la libertà vigilata con prescrizioni).

- Da ultimo, deve registrarsi la crescente attenzione sulla tematica anche della Corte Europea dei Diritti dell'Uomo, in ragione dei ricorsi instaurati da soggetti infermi di mente detenuti presso gli Istituti di pena anziché in strutture deputate al ricovero di pazienti psichiatriche autori di reato, quali le R.E.M.S.

Consta al riguardo la pendenza di tre ricorsi dinanzi alla Corte sovranazionale, specialmente in relazione a casi di pazienti psichiatriche autori di reato detenuti in Istituti di pena, anziché in R.E.M.S.; nell'ambito di tutti i procedimenti risultano emessi provvedimenti cautelari volti ad impartire allo Stato italiano specifiche prescrizioni. Per la delicatezza della materia, tutti i procedimenti risultano istruiti con trattazione prioritaria.

La mancata adozione delle misure indicate dalla Corte nei provvedimenti cautelari (trattamento psichiatrico specifico, trasferimento in altra struttura fuori dal carcere, etc.) espone lo Stato italiano ad ulteriore censura, oltre alle specifiche violazioni reclamabili in casi del genere (artt. 3, 5 della CEDU), nonché all'infrazione dell'art. 34 per mancanza di leale collaborazione.

I rappresentanti presso il Tavolo "AGE.NA.S." dell'Ufficio di Gabinetto del Ministero della Giustizia e del Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria, nel sottolineare l'estrema utilità – in prospettiva – degli interventi di tipo strutturale concordati nei termini illustrati nel capitolo introduttivo, intendono tuttavia evidenziare come tale tipologia di interventi non risulterebbe comunque idonea a risolvere nell'immediato l'emergenza delle liste di attesa, ormai cronicizzatasi; inoltre segnalano come, a fronte dell'incremento esponenziale della domanda di posti-letto in R.E.M.S. - e pur condividendo la necessità che tale domanda progressivamente vada a ridursi in ossequio al carattere eccezionale assegnato dalla legge alle misure di sicurezza detentive - risulti innegabile che la dotazione complessiva di posti-letto in R.E.M.S. in alcune Regioni sia stata in origine sotto-dimensionata e necessiti di un immediato intervento al rialzo.

In questo senso, si evidenzia, anzitutto, come anche presso le Regioni dimostratesi più virtuose nella elaborazione di adeguati meccanismi di *turn-over* dei pazienti internati si siano comunque prodotte delle liste di attesa.

Ciò evidentemente dimostra *per tabulas* che, quand'anche, in astratto, i meccanismi virtuosi sperimentati presso talune Regioni venissero efficacemente riprodotti anche nei territori che hanno dimostrato maggiore sofferenza, ciò comunque non risolverebbe completamente il problema delle liste di attesa, in ragione della insufficienza del numero complessivo di posti-letto individuato al momento della attivazione del circuito delle Residenze.

Si sottolinea, inoltre, come il concetto di "lista di attesa", senz'altro appropriato per la fruizione delle prestazioni esclusivamente sanitarie, sia di per sé incompatibile con misure aventi una natura mista, giurisdizionale e sanitaria, che non rispondono esclusivamente alla finalità di cura della persona ma anche del suo contenimento in chiave special-preventiva e che traggono origine da provvedimenti

giurisdizionali connotati da esecutorietà, ossia dalla necessità legale della loro immediata esecuzione.

Ciò, evidentemente, non esclude la possibilità di revisione di detti provvedimenti in caso di mutamento delle situazioni di fatto, con riguardo, *in primis*, ad eventuali mutamenti *in melius* del profilo di pericolosità sociale dell'internando/internato.

Tali possibilità di revisione, tuttavia, per definizione, presuppongono necessariamente la previa esecuzione delle misure di sicurezza disposte dall'Autorità Giudiziaria che, in quanto tali, non possono rimanere "lettera morta".

Deve dunque tornare a ribadirsi che dietro l'applicazione delle misure di sicurezza detentive risiede la doverosa tutela di due valori costituzionali di pari rango, ossia da un lato la prestazione di cure sanitarie adeguate ai pazienti psichiatrici resisi autori di reato e, d'altro lato, l'esigenza di contenere adeguatamente tali pazienti al fine di prevenire la commissione di ulteriori reati, così da apprestare adeguate tutele alle persone offese ed in generale alla collettività

Ancora, e sempre in via preliminare, giova altresì sottolineare come, a differenza delle prestazioni esclusivamente sanitarie affidate alla potestà legislativa concorrente delle Regioni, fermo restando il rispetto dei livelli essenziali da garantire su tutto il territorio nazionale, la materia in questione, essendo pacificamente compresa nel settore giudiziario, deve intendersi riconducibile anche alle competenze ed alla responsabilità di coordinamento dello Stato, risultando dunque una volta di più inammissibili le disparità di trattamento tra i diversi pazienti psichiatrici autori di reato che, a tutt'oggi, stabilmente si verificano tra i singoli territori regionali.

Proprio per questa ragione, si ritiene che la redazione di eventuali ed ulteriori protocolli da stilarsi in singoli ambiti territoriali non sia di per sé sufficiente per affrontare le gravi problematiche sin qui illustrate, aparendo semmai necessario ed ineludibile un adeguato intervento del legislatore.

Da ultimo, i rappresentanti dell'ufficio di Gabinetto del Ministero della Giustizia e dell'Amministrazione Penitenziaria sottolineano che, allo stato, non sussistono le condizioni, né giuridiche, né organizzative, né sanitarie, per ipotizzare che gli Istituti di pena divengano luoghi istituzionalmente deputati all'accoglienza dei pazienti psichiatrici autori di reato, come ipotizzato dai rappresentanti delle Amministrazioni sanitarie nel corso del "Tavolo AGE.NA.S."

A tal riguardo, giova infatti rammentare che il nostro ordinamento continua stabilmente a prevedere il cosiddetto sistema del "doppio binario", secondo il quale, di norma, solo i soggetti capaci di intendere e di volere e, dunque, imputabili, possono essere ristretti in carcere, in esecuzione di una pena ovvero se sottoposti ad una misura cautelare personale, dovendosi invece ricorrere all'applicazione delle misure di sicurezza nei confronti dei soggetti non imputabili per vizio di mente<sup>7</sup>.

---

<sup>7</sup> Si pensi, a mero titolo esemplificativo, a norme quali gli artt. 85 ("Capacità di intendere e di volere"), 88 ("Vizio totale di mente"), 95 ("Cronica intossicazione da alcool o da sostanze stupefacenti"), cod. pen. e 530, co. 1 ("Sentenza di assoluzione") e 425, co. 1 ("Sentenza di non luogo a procedere"), cod. proc. pen., tutte unite dal tratto comune concernente la ferma inibizione delle sentenze penali di condanna nei confronti dei soggetti affetti da vizio totale di mente, nei cui

Né, peraltro, può ipotizzarsi di deviare da tale sistema indirizzando i pazienti psichiatrici autori di reato verso le Articolazioni di Tutela della Salute Mentale (A.T.S.M.) presenti in alcuni Istituti di pena del territorio nazionale. Queste ultime strutture, infatti, essendo comunque articolazioni interne alle carceri, sono state pensate ed istituite non già per accogliere i soggetti giudicati non imputabili, bensì i detenuti comuni giudicati capaci di intendere e di volere, che vengano incidentalmente colpiti da problematiche di natura psichiatrica e sempre che, tra l'altro, non ricorrano le condizioni per la concessione della detenzione domiciliare ai sensi dell'art. 47-ter, co. 1-ter, ord. pen., come da ultimo sancito dalla Corte costituzionale con la sentenza n. 99/2019.

Tutto ciò premesso, senza recedere dalle iniziative concordate con i rappresentanti della Sanità Regionale precedentemente elencate, si ritiene altresì di prospettare le seguenti ulteriori proposte:

- Incremento dei posti-letto disponibili in R.E.M.S., sia attraverso la realizzazione di nuove Residenze, sia mediante l'implementazione di quelle esistenti, destinando all'operazione risorse finanziarie tali da mantenere intatti i livelli di qualità delineati nel sopra citato Decreto 1° ottobre 2012, adottato dal Ministero della Salute di concerto con il Ministero della Giustizia. Allo stato, al fine di offrire una risposta definitiva e sistematica al problema, si ritiene che il fabbisogno minimo indispensabile per adeguare il sistema delle R.E.M.S. si attesti intorno al quantitativo complessivamente idoneo a soddisfare le liste di attesa attualmente pendenti ed in corso di revisione, da distribuire all'interno dei singoli territori regionali in ragione delle rispettive esigenze comprovate dalle attuali liste di attesa, nonché tenendo conto delle Residenze attualmente in fase di attivazione.

È bene precisare, sul punto, che gli obiettivi di un siffatto investimento non sarebbero né quello di addivenire ad una non auspicata riconversione delle R.E.M.S. in O.P.G., né quello di acquisire una rinnovata disponibilità di posti-letto ove abbandonare a loro stessi i pazienti psichiatrici, così agevolando una riedizione dei cosiddetti "ergastoli bianchi".

Da un lato, infatti, l'allocazione delle risorse dovrà avvenire nella misura necessaria a garantire anche per i nuovi posti-letto gli attuali standard di assistenza sanitaria. D'altro lato, come si vedrà, l'investimento dovrà essere accompagnato dalle novità normative ed organizzative indicate nel presente documento, così da indurre i singoli attori istituzionali chiamati a "gestire" il paziente psichiatrico autore di reato (e, dunque, l'Autorità Giudiziaria, le R.E.M.S., i servizi psichiatrici ospedalieri e i dipartimenti di salute mentale) a comunicare tra loro, secondo tempistiche prefissate dalla legge, così da monitorare adeguatamente il percorso del paziente, agevolandone la fuoriuscita dal sistema delle R.E.M.S. non appena ciò dovesse risultare clinicamente possibile e giuridicamente compatibile con gli specifici indicatori della sua pericolosità sociale.

L'obiettivo (ed il forte auspicio) è dunque quello di rendere una volta per tutte risolutivo l'investimento finanziario per la creazione di nuovi posti-letto in R.E.M.S. che in questa sede si

---

confronti, pertanto, non può ontologicamente ipotizzarsi l'irrogazione della pena della reclusione da esporsi in Istituto di pena.

propone, così da dotare le singole Regioni del numero di strutture necessario per rendere stabilmente praticabile l'applicazione delle misure di sicurezze detentive, onerando sui suddetti attori istituzionali il preciso impegno di assicurare un adeguato ricambio dei pazienti psichiatrici in entrata e in uscita.

- Attenuazione del cosiddetto principio di territorialità, prevedendosi che, in caso di indisponibilità di posti-letto presso le R.E.M.S. presenti nella Regione ove risiede l'internando, vengano effettuati immediati interPELLI al fine di individuare eventuali posti-letto disponibili presso le altre R.E.M.S. presenti nell'intero territorio nazionale, come, del resto, risulta già ammesso dall'art. 3-ter, co. 3, lett. c), d. l. n. 211/2011, conv. in l. n. 9/2012.
  
- Revisione e integrazione della disciplina codicistica relativa al ricovero provvisorio dei pazienti psichiatrici autori di reato presso le strutture del servizio psichiatrico ospedaliero, oggi previsto dall'art. 73, co. 2 cod. proc. pen. nei confronti dei soggetti sottoponibili a trattamento sanitario obbligatorio e dall'art. 286 c.p.p. nei confronti dei soggetti destinatari di ordinanze applicative di misure cautelari personali che si trovino in stato di infermità di mente che ne esclude o ne diminuisce grandemente la capacità di intendere o di volere.

Limitatamente ai destinatari di misura di sicurezza che abbiano commesso delitti consumati o tentati con violenza contro le persone ovvero con l'uso di armi e qualora vi sia concreto pericolo che tali soggetti possano commettere nuovamente uno di tali delitti, il meccanismo di ricovero provvisorio in una casa di cura o in altro luogo di cura adeguato è inoltre previsto dall'art. 211-bis, co. 2 cod. pen.

Al riguardo, si rileva la totale assenza di coordinamento tra le norme appena indicate e la disciplina delle misure di sicurezza, detentive e non, nonostante, com'è noto, anche i servizi psichiatrici ospedalieri rientrano a pieno titolo nella filiera dei servizi sanitari territoriali dedicati alla tutela della salute mentale.

Peraltro, nel contesto sin qui descritto, connotato, come detto, da nutrite liste d'attesa per l'accesso in R.E.M.S., risulta sempre più frequente, nella prassi operativa, che i soggetti autori di reato incapaci di intendere e di volere e giudicati socialmente pericolosi vengano temporaneamente collocati dalle Autorità Giudiziarie proprio presso i servizi psichiatrici ospedalieri, ai sensi dei citati artt. 73, co. 2 cod. proc. pen. e 211-bis, cod. pen., in attesa che si renda disponibile un posto-letto in R.E.M.S.

Ciò posto, e nella consapevolezza circa l'inappropriatezza di siffatti ricoveri provvisori disposti in una logica essenzialmente emergenziale, appare ineludibile un intervento normativo che, nel coordinare in modo più efficace le misure interinali testé citate con la disciplina delle misure di sicurezza, preveda, da un lato, dei meccanismi di adeguata selezione dei soggetti da destinare eventualmente ai circuiti psichiatrici ospedalieri e, d'altro lato, dei rapidi ed efficaci meccanismi di fuoriuscita dai medesimi circuiti dei pazienti ivi ricoverati in attesa di internamento in R.E.M.S.

In questo senso, pur potendosi ipotizzare il collocamento presso i servizi ospedalieri dei pazienti che allo stato attendono il ricovero in R.E.M.S., tale collocamento dovrebbe comunque essere subordinato ad una compiuta e tempestiva rivalutazione della pericolosità sociale degli internandi che da più tempo si trovino in lista di attesa e di coloro che, pur non essendo stati ricoverati in R.E.M.S., dovessero comunque già risultare in carico ai dipartimenti di salute mentale, potendosi ipotizzare che costoro, nelle more, abbiano raggiunto discreti livelli di compenso psichico, tali da legittimare anche la sostituzione della misura di sicurezza detentiva con quella non detentiva.

D'altro canto, con riguardo ai pazienti nei cui confronti fosse stato in effetti disposto il ricovero provvisorio presso la struttura ospedaliera, parrebbe senz'altro opportuno prevedere termini brevi e tassativi per la rivalutazione della pericolosità sociale, unitamente alla immediata predisposizione, da parte delle Autorità sanitarie, di soluzioni terapeutiche anche diverse dalle R.E.M.S., qualora l'Autorità Giudiziaria ritenga percorribile un'attenuazione della misura di sicurezza detentiva, specialmente nei casi in cui il ricovero provvisorio presso la struttura ospedaliera abbia nelle more determinato buoni risultati sul piano del recupero psichico del soggetto.

L'introduzione di tale disciplina di maggiore dettaglio, idonea a favorire una rapida fuoriuscita degli internandi dai circuiti ospedalieri, parrebbe dunque utile e necessaria proprio per evitare che il ricorso ai suddetti meccanismi di ricovero provvisorio già previsti dalla legge, diventando statisticamente più frequente a causa della cronica indisponibilità di posti in R.E.M.S., possa determinare quel sovraccarico di ricoveri in danno dei servizi psichiatrici ospedalieri che, in sede di "Tavolo AGE.NA.S.", è stato appunto qualificato come rischioso e contro-indicato dai rappresentanti dei sistemi sanitari regionali.

- Introduzione di nuove norme in materia di libertà vigilata ed in particolare:
  - Previsione della esecuzione della misura di sicurezza non detentiva mediante consegna dell'ordinanza anche al responsabile del dipartimento di salute mentale territorialmente competente.
  - Previsione dell'obbligo, in capo al suddetto responsabile, di predisporre un programma terapeutico personalizzato in favore dell'interessato, con la possibilità espressa di introdurre tra le prescrizioni anche quella di fissare la dimora abituale presso una struttura clinica non appartenente al servizio psichiatrico ospedaliero, in regime residenziale o semi-residenziale, ferma restando la necessità che le modalità di esecuzione della misura non ne snaturino il carattere non detentivo.

Tale previsione costituirebbe peraltro un mero recepimento di prassi già ampiamente invalse a livello giurisdizionale e sulla cui piena legittimità si è già ripetutamente espressa la stessa Corte di Cassazione (cfr., tra le altre, Cass., Sez. I, sent. nr. 33904/2015).

- Previsione dell'obbligo, in capo al responsabile del dipartimento di salute mentale, di informare periodicamente l'Autorità Giudiziaria, e comunque ogni 45 giorni, in ordine all'andamento del programma terapeutico, segnalando tempestivamente eventuali

mutamenti rilevanti delle condizioni cliniche della persona sottoposta alla misura di sicurezza.

- Specifico intervento, in materia di cosiddetta "violenza di genere": previsione dell'obbligo, in capo all'Autorità Giudiziaria, di comunicare l'applicazione della misura di sicurezza non detentiva all'autorità di pubblica sicurezza competente per l'adozione di eventuali provvedimenti in materia di armi e munizioni, nonché alla persona offesa, al suo difensore e ai servizi socio-assistenziali del territorio.

### **L'analisi delle criticità giuridiche ed organizzative del sistema di offerta per i soggetti prosciolti autori di reato evidenziate dai rappresentanti della Componente Sanità<sup>8</sup> e le proposte relative**

I rappresentanti delle Amministrazioni Sanitarie regionali partecipanti al Tavolo AGE.NA.S. hanno sintetizzato le loro riflessioni come segue.

L'idea che le persone debbano essere curate in ambiti specifici (gli Ospedali Psichiatrici e gli OPG) è stata abrogata con la legge 180 nel 1978 e con la legge 81 nel 2014. Sono i Dipartimenti di Salute Mentale delle Aziende Ulss il riferimento per la cura che si svolge nella comunità e si occupano anche dall'assistenza psichiatrica negli Istituti di Pena. Quindi va superata l'ottica secondo la quale gli Istituti di Pena sono per soggetti sani e quindi non dovrebbero ospitare persone malate di mente la cui presenza è sempre considerata impropria.

Se la Costituzione prevede parità di diritti fra i cittadini, anche per la persona detenuta vale il principio della pari dignità sociale che l'art. 3 della Costituzione garantisce a tutti, così come i diritti fondamentali devono essere riconosciuti e garantiti come dice l'art. 2 della Costituzione. Tale posizione è confermata nel contesto dei numerosi interventi della Corte costituzionale in tema di funzione della pena, nonché di garanzia della dignità e dei diritti fondamentali dei detenuti.

La salute mentale non può essere esclusivamente un problema extracarcerario, un problema di altri, che non prende atto del complesso rapporto tra reato, imputabilità e disturbo mentale, della natura dei problemi comportamentali, degli agiti autolesivi e del suicidio e che talora fa pensare che la salute mentale, sia qualcosa di improprio, non sia nelle competenze anche dell'Istituzione Penitenziaria al cui mantenimento e costruzione deve invece attivamente concorrere. In sostanza l'esecuzione della pena (o della misura di sicurezza) e la cura della salute devono vedere nell'attuale ordinamento un costante collegamento ed una forte collaborazione tra Magistratura, DAP e Sanità, in tutte le fasi e per tutto il sistema, intra ed extra-murario.

Un altro punto che va chiarito è il rapporto cura-misura giudiziaria nel senso che spesso si ritiene che la seconda possa includere la prima il che non è, anche nel caso della persona prosciolta. Riteniamo per altro che per tutti i cittadini che entrano in questi percorsi psichiatrico-forensi sia

---

<sup>8</sup> Gianfranco Bonfante (AULSS 6 Veneto), Riccardo Curreli (ATS Sardegna), Angelo Fioritti (AUSL Bologna), Tommaso Maniscalco (AUSSL 7 Veneto), Pietro Pellegrini (AUSL Parma).

importante avere costantemente presente chi cura e chi controlla, evitando di assommare nelle figure dei curanti anche la funzione di controllore. Occorre tra l'altro prendere atto che i Dipartimenti di Salute Mentale per missione e per dettato normativo, anche nelle REMS, non sono strutturati per svolgere funzioni di custodia, ma al massimo di una diligente protezione e assistenza, di profilo cogente infinitamente più debole rispetto alla custodia esercitata dalle istituzioni penitenziarie. Tantomeno sono strutturati nè legittimati a svolgere funzioni di pubblica sicurezza o prevenzione del reato.

Una riflessione dalla quale discende la necessità di prevedere che gli interventi di sanità, giustizia, DAP, UEPE, servizi sociali e forze dell'ordine concorrano ciascuno per la propria competenza istituzionale, in maniera autonoma, con un patto specifico ma convergente per un programma di cura condiviso, volto a inclusione sociale e sicurezza (prevenzione di nuovi reati), con la persona titolare del proprio progetto di vita nella comunità.

In sostanza si ritiene che le riforme introdotte a legislazione penale (ed a risorse sanitarie) invariate, abbiano configurato un sistema di strutture e collaborazioni che non ha ancora raggiunto un suo equilibrio ed una sua maturità e le cui criticità debbano essere affrontate sistematicamente e non prendendo in esame un solo segmento (le REMS) del sistema stesso.

#### *Le liste d'attesa*

Visto alla luce della premessa il problema per il quale è stato insediato il tavolo di lavoro interistituzionale presso AGENAS deve essere affrontato in termini di sistema.

In ogni ambito sanitario le liste di attesa e i meccanismi di gestione delle stesse costituiscono una grande sfida alla quale non si può porre rimedio solo con un aumento dell'offerta di posti e prestazioni. Occorre vedere l'intero processo dall'accesso fino alla dimissione, condividendo criteri di appropriatezza, efficacia ed efficienza nella logica della qualità.

Il problema delle liste d'attesa per le REMS indubbiamente esiste, anche se occorre verificare le sue caratteristiche quantitative e qualitative. Necessitano meccanismi di pianificazione, monitoraggio e verifica ben più efficienti ed efficaci di quelli di cui si è sin qui disposti. Anche le caratteristiche qualitative devono essere verificate. L'idea che il sistema abbia prodotto una mole notevole di persone molto malate e molto pericolose che sono libere di delinquere ed abbandonate a se stesse, crea un allarme sociale che non corrisponde alla realtà. Ad oggi non conosciamo né i tassi di recidiva di reato, né le eventuali caratteristiche dei reati commessi, e non ci risultano casi di reati efferati commessi da persone in attesa di entrare in REMS. Sappiamo invece che, per lo meno nella maggior parte delle regioni, molte di queste persone sono comunque in piani di trattamento presso i DSM, gestiti con gli strumenti ordinari della cura, tra ambulatori, assistenza domiciliare, strutture diurne, gruppi appartamento, residenze socio-sanitarie, case di cura private, Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura. Anche l'idea che fuori dal penitenziario e dalla REMS non vi sia niente e che per colmare tale vuoto debbano essere aperti degli ambulatori è quanto di più lontano dalla realtà si possa immaginare. Basti dire che nelle realtà in cui operiamo per ogni utente presente in REMS ne

abbiamo tra gli 8 ed i 10 in esecuzione alternativa e percorsi esterni. Ciò ci rende consapevoli che il sistema di cura dei DSM non è conosciuto e che dobbiamo fare ancora molto per integrare le esigenze della cura e della sicurezza in un'ottica di sistema. Queste considerazioni ci fanno dire che il meccanismo di gestione delle liste d'attesa basato sulla data di iscrizione nella lista debba essere superato, introducendo concetti di lettura delle priorità e ponendolo sotto la gestione di organismi di *governance* qualificati.

Condividiamo l'esigenza di avere forti ordinamenti e meccanismi di *governance* dell'intero sistema. E' opportuno dotarsi di un organismo nazionale di indirizzo, pianificazione e controllo, condiviso tra le varie componenti che entrano nei processi psichiatrico-forensi. E' altresì opportuno avere degli organismi regionali misti di programmazione e gestione delle liste d'attesa, in grado di poter sostenere in tempo reale i percorsi decisionali e le realizzazioni concrete dei progetti condivisi. L'organismo nazionale potrebbe anche essere dotato di potere vicario e di commissariamento nel caso in cui quello regionale non risulti efficace rispetto al proprio compito.

Non è condivisa l'analisi di una sottodotazione (strutturale e iniziale) dei posti REMS e di un sostanziale fallimento della riforma basato sull'esistenza di una lista di attesa, la cui entità non è definita, la presenza di persone con misure di sicurezza detentiva ristrette in istituti di pena (98 rispetto al totale della lista di attesa di 813 (pari al 12%) e 98 su 53.364 detenuti al 31.12.2020 pari al 0,18%). Si aggiunge anche sempre in termini generici, cioè senza fornire dati, che si registrano numerosi casi di soggetti che, nell'attesa del ricovero in R.E.M.S., continuano a commettere reati.

La "giustizia" a fronte di un sistema regionale, segnala la perdita di competenze di fonte alla necessità di dare esecuzione "immediata" alle sentenze della magistratura. In questo si rileva una logica volta a trovare subito un "posto" dove mettere le persone piuttosto che a definire un percorso di cura. Senza questo la misura di sicurezza detentiva, nell'attuale contesto operativo, viene a perdere una componente essenziale, ma espone a gravi rischi il sistema sanitario.

A tal proposito è importante vigilare affinché nel caso in cui i PM richiedano, o i giudici applichino, anziché la misura di sicurezza detentiva, quella non detentiva della libertà vigilata con prescrizioni previo consenso del destinatario della misura di sicurezza. Se questo non venisse acquisito si aggirerebbe la riforma che ha posto fine ai cosiddetti ergastoli bianchi, perché dietro al nome libertà vigilata si celerebbe una limitazione della libertà personale, identica a quella delle misure di sicurezza detentive, ma eseguita in ambiti privati. con oneri posti sempre a carico del Servizio sanitario nazionale, semmai con il paradosso che questo è rimasto privo di personale e mezzi nei dipartimenti di salute mentale pubblici.

Il nuovo sistema derivato dalla legge 81/2014 (che non è quello delineato dalla legge 9/2012) richiede la centralità e la priorità del percorso di diagnosi e cura il quale deve iniziare fin da subito a prescindere anche dallo stato giuridico e dalle misure giudiziarie in atto. Serve quindi un sistema unitario che sia in grado di assicurare le condizioni della cura e della sicurezza (e dei relativi bisogni custodiali) che vada dalla detenzione in Istituti di Pena fino al territorio.

Si ribadisce, altresì, il principio della priorità della cura sanitaria necessaria, il principio di territorialità che stabilisce che la presa in carica dei servizi di salute mentale deve essere effettuata

presso il territorio di residenza o comunque di provenienza dell'interessato; la centralità del progetto terapeutico individualizzato; l'essere il ricovero in Rems uno strumento di extrema ratio, solo là dove le misure di sicurezza non detentive non siano assolutamente praticabili.

#### *Innovazioni di sistema*

L'intero sistema è suscettibile di innovazioni nel senso della qualità e della efficienza, che indirettamente concorrono all'azzeramento delle liste di attesa.

- Il sistema della Articolazioni per la Tutela della Salute Mentale ed i Reparti di Osservazione Psichiatrica presentano ampi margini di sviluppo, di sperimentazione e di miglioramento. In Italia ci sono oggi 35 sezioni ATSM, presenti in tutte le regioni tranne Trentino-Alto Adige e Friuli-Venezia Giulia ed ospitano circa 250 persone (di cui il 12% donne, una trentina in termini assoluti). Al 15 aprile 2020, a livello nazionale vi erano 29 sezioni maschili con 234 detenuti e 5 sezioni femminili con 21 detenute (Garante Nazionale, 2020). Stante la grande eterogeneità delle esperienze (da piccolissime sezioni a bassa copertura sanitaria a veri e propri reparti psichiatrici in carcere, passando per sezioni di grandi dimensioni a media intensità sanitaria), sarebbe necessario rivedere quantitativamente e qualitativamente tale offerta di servizi. Potrebbero anche essere introdotti regimi di semilibertà sperimentate in ATSM esterne, con sperimentazioni gestionali che vedano lavorare insieme personale sanitario e penitenziario (ad es.: UEPE, con funzioni sostanziali di verifica dell'andamento e trattamento di riabilitazione sociale). In una revisione adeguata del sistema le ATSM potrebbero anche assumere, previa presa in cura del DSM, di una funzione per lo meno temporanea di esecuzione di una Misure di Sicurezza, in attesa del giudizio o della definizione dei percorsi esterni.

In un'ottica di chiara definizione dei percorsi il mondo della sanità può dare un contributo scientifico, progettuale e clinico alla gestione giudiziaria di condizioni ad alto rischio di recidiva criminale, come le psicopatie ed i reati sessuali. Non mancano esperienze all'estero di aree o sezioni in cui, nella chiarezza dei percorsi di pena carceraria e di controllo sul territorio, attività trattamentali e sanitarie vengono integrate con qualche successo.

- Lo stesso sistema delle REMS può essere meglio articolato. Una recente delibera della regione Veneto ha previsto percorsi residenziali strutturati finalizzati alla valutazione giuridico-forense approfondita, utile soprattutto ai fini peritali al fine di garantire idonea appropriatezza agli internamenti. Si tratta di una innovazione che può aiutare a limitare il ricorso alle REMS e qualificare meglio i percorsi esterni presso strutture già esistenti.
- Una prassi che si è rivelata utile in alcune realtà regionali è quella di attivare nei DSM le Unità Operative di Psichiatria Forense, multiprofessionali, dotate di un "cruscotto" delle persone con misure giudiziarie, con funzioni di raccordo e coordinamento tra le diverse strutture del DSM e Case Manager per ogni singolo caso. Queste UO si raccordano con il Tavolo regionale e con la Magistratura, con il DAP e l'UEPE. Alcune hanno anche sviluppato strumenti per la

co-costruzione con la persona ("Doppio patto") di percorsi di recovery anche mediante Budget di salute dedicati, stante che spesso i problemi di dimissione dalle REMS (ma anche dalle Residenze) non sono clinici o giudiziari ma di tipo socio-familiare o legati ai diritti di cittadinanza.

L'enorme sviluppo esterno delle esecuzioni penali richiede certamente una riflessione del ruolo dell'UEPE per i percorsi giudiziari. Occorre realizzare una reale sinergia tra gli attori a vario titolo coinvolti nell'esecuzione delle misure di sicurezza ed è necessario che anziché la misura di sicurezza detentiva, venga preferita quella non detentiva della libertà vigilata con prescrizioni. Un programma può essere basato su libertà vigilata o in caso di misure di sicurezza su percorsi territoriali flessibili "a valenza REMS". Per questi serve la previsione di maggiori risorse in capo ai servizi territoriali e ai dipartimenti di salute mentale. Un budget di salute specifico per la misura di sicurezza, dotato delle somme analoghe ai costi che si sosterebbero nelle Rems per dare efficacia alle misure nei DSM.

In estrema sintesi, come tecnici chiamati ad un tavolo interistituzionale, sulla base di una esperienza quotidiana ed avviata sin da prima delle riforme che hanno trasferito l'assistenza sanitaria al SSN, non possiamo che considerare la situazione attuale come una tappa intermedia di un percorso che deve ancora arrivare a compimento.

Il problema delle liste d'attesa esiste, ma estrapolato dal contesto e affrontato con gli strumenti della centralizzazione e della delega e senza adeguate dotazioni economiche e strumentali rischia di peggiorare la situazione e di creare enormi problemi sia sanitari che giudiziari.

In particolare, dobbiamo esprimere la nostra più netta contrarietà al superamento della logica regionale e territoriale, suggerendo invece alcune misure che mettano in condizione tutti gli attori locali di collaborare e gestire un sistema efficiente. Analoga corralità va riprodotta a livello nazionale nei sistemi di *governance* che all'occorrenza possono anche esercitare poteri vicari.

Analogamente esprimiamo una netta contrarietà a soluzioni esclusivamente tattiche e non strategiche, isolate rispetto alla complessità dello scacchiere che prevedano la delega di poteri e responsabilità di controllo e decisione sulla libertà e i principi di autodeterminazione delle persone ai DSM, alla collocazione obbligata presso gli SPDC delle persone in lista d'attesa e provvedimenti conseguenti. Ciò produrrebbe inevitabilmente un gravissimo disservizio in molte parti d'Italia a carico di servizi sanitari essenziali e già in notevole sofferenza per mancanza di risorse. Usando un paragone in questi giorni purtroppo ben comprensibile, gli SPDC sono le nostre rianimazioni, e nessuno si sognerebbe oggi di occupare le terapie intensive e le rianimazioni per condizioni che non siano strettamente gravi, acute e legate alla pandemia.

Siamo invece interessati e disponibili, così come crediamo che lo sia la stragrande maggioranza del corpo professionale dei servizi di salute mentale, ad una seria costruzione condivisa di un sistema evoluto ed efficiente per la cura del malato di mente reo e per la crescita comune delle nostre istituzioni. A questo proposito va rilevato quali siano le indicazioni per l'ingresso in REMS non solo sotto il profilo giuridico ma soprattutto in relazione al programma di cura. Ed è ampiamente noto

che esse non sono idonee a gestire persone con psicopatia, antisociali, uso di sostanze e con condotte chiaramente criminali. In altre parole mentre il proscioglimento è relativo all'incapacità di intendere e volere al momento del fatto, nei contesti di cura occorre comprendere la trattabilità del disturbo e delle caratteristiche comportamentali, della motivazione e della volontarietà della cura.

Pertanto, al fine di dare un'adeguata realizzazione alla legge serve una "riforma operativa" dell'esecuzione delle misure di sicurezza detentive e libertà vigilata. Per questo occorre una stabile collaborazione ed un nuovo e più avanzato punto di incontro tra psichiatria e giustizia, nelle sue diverse componenti, magistratura di cognizione e sorveglianza, UEPE, DAP, Avvocatura, Periti, e Garanti. Proprio a partire dalle liste di attesa si tratta di capire come fare evolvere positivamente l'intero sistema, vedendo in modo unitario tutte le sue articolazioni (Istituti di Pena, ATSM, DSM, REMS, Centri di Salute Mentale) senza pensare ad una delega in toto del problema alla sanità.

In conclusione, i rappresentanti sanitari presso il Tavolo "AGE.NA.S." nel confermare a loro volta l'estrema utilità degli interventi di tipo strutturale concordati, precedentemente elencati, a proposito di quanto ribadito nel presente paragrafo puntualizzano quanto segue.

- Si ritiene assolutamente non condivisibile l'ipotesi di implementare il ricorso all'applicazione del ricovero provvisorio dell'internando presso idonea struttura del servizio psichiatrico ospedaliero, ove si accerti l'indisponibilità di posti-letto presso tutte le R.E.M.S. presenti sul territorio nazionale.

Le motivazioni che supportano questa affermazione sono più d'una.

- In primis l'inappropriatezza di utilizzo di uno strumento, quale i reparti ospedalieri psichiatrici, deputati "ex lege" al trattamento dell'acuzie psicopatologica, organizzati per questo e con un numero di posti letto programmati allo scopo. A tal proposito si precisa che la rete complessiva attuale consta di circa 5000 posti letto per l'intera popolazione nazionale maggiorenne con un tasso di circa 1 posto letto/10.000 ab., utilizzato normalmente con una percentuale di saturazione vicina al massimale.<sup>9</sup> Evidentemente l'utilizzo inappropriato di questi posti letto porterebbe di fatto alla paralisi del sistema di risposte all'urgenza psichiatrica con il possibile effetto di mancata prevenzione e cura tempestiva di patologie psichiatriche in fase acuta. Paradossalmente una delle conseguenze possibili a cascata potrebbe essere un effetto di aumento della commissione di reati da parte di soggetti con scompenso psichiatrico in atto.

- Inoltre, l'art. 286 cpp che prevede il "ricovero provvisorio in idonea struttura del servizio psichiatrico ospedaliero, adottando i provvedimenti necessari per prevenire il pericolo di fuga" di

---

<sup>9</sup> "Nel 2016 il numero dei SPDC attivi è pari a 285 con complessivi 3.623 posti letto per ricoveri ordinari e 244 posti letto per ricoveri in day hospital; le strutture ospedaliere in convenzione che erogano attività di assistenza psichiatrica sono pari a 22 con un totale di posti letto per degenza ordinaria pari a 1.148 e a 19 posti per day hospital. Per il totale Italia, l'offerta per i posti letto in degenza ordinaria, è di 9,4 ogni 100.000 abitanti maggiorenni" Rapporto salute mentale. Analisi dei dati del Sistema Informativo per la Salute Mentale (SISM) Anno 2016. Ministero della Salute dicembre 2017

fatto introduce il concetto di custodia cautelare che non può che essere assicurata mediante piantonamento attivo, in particolare nei casi, frequenti, di alterazioni con disturbi della condotta. Questa modalità rappresenta un'importante alterazione del setting di trattamento sanitario ospedaliero con ricadute anche nella gestione degli altri degenti. D'altro canto, qualora il ricorso al piantonamento dovesse diventare diffuso, e difficile da garantire sul piano logistico, potrebbero determinarsi condizioni potenzialmente gravemente lesive del diritto dei sanitari ad esercitare in sicurezza il loro specifico mandato, anche alla luce di quanto previsto dalla recentissima legge 113/2020 sul tema.

- Relativamente alla proposta di introduzione di nuove norme in materia di libertà vigilata si concorda sul ruolo attivo del Dipartimento di Salute Mentale nel predisporre il progetto di cura, territoriale (budget di salute delle misure) o residenziale. Peraltro, non si condivide l'ipotesi di definire la dimora abituale presso l'eventuale struttura residenziale di accoglienza in quanto questo contrasta con i principi fondanti della psichiatria di comunità, modello di riferimento della psichiatria italiana, che prevede il reintegro nel connettivo socio-relazionale di appartenenza quale obiettivo ultimo e imprescindibile del trattamento e della riabilitazione.
- Si ribadisce la necessità di sperimentazione di Articolazioni di Salute Mentale, anche esterne agli II.PP., dedicate alla gestione di soggetti con gravi disturbi del comportamento, come precedentemente accennato. A tal proposito si segnala come la letteratura internazionale riporta soluzioni strutturali detentive dedicate per la gestione di questi fenomeni, adottate con soddisfazione in alcune realtà europee.
- Si condivide il principio di un eventuale aumento di posti letto di REMS, pur tuttavia sulla base delle programmazioni regionali e di criteri e parametri specifici ed obiettivi, da concordare, che non creino ulteriori disequilibri regionali ma che permettano risposte omogenee e razionali.
- Infine, si ritiene inderogabile un intervento ampio ed organico sul codice Rocco relativamente ai temi dell'imputabilità e delle misure di sicurezza. In particolare, va adeguatamente valutata l'adeguatezza e l'attualità del tema della seminfermità mentale. Per tali fini si propone di implementare quanto in esito al tavolo 11 degli Stati generali dell'Esecuzione Penale.