



Ministero della Salute



Ministero della Giustizia



CONFERENZA DELLE REGIONI
E DELLE PROVINCE AUTONOME

Corte Costituzionale

Ordinanza n. 131/2021

Giudizio di legittimità costituzionale in via incidentale

Camera di Consiglio del 26/05/2021

Decisione del 09/06/2021

Pubblicazione in G. U. 30/06/2021 n. 26

Risposte ai quesiti

Acronimi

Agenas	Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali
ASL	Azienda sanitaria locale
ASM	Articolazioni per la tutela della Salute Mentale in carcere
CSM	Consiglio Superiore della Magistratura
DAP	Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria
DSM	Dipartimento di Salute mentale
GdL	Gruppo di Lavoro
LA	Liste di attesa
Lea	Livelli Essenziali di Assistenza
LFE	Licenza Finale di Esperimento
MdS	Magistrato di sorveglianza
NSIS	Nuovo Sistema Informativo Sanitario
OPG	Ospedale Psichiatrico Giudiziario
PTRI	Progetto Terapeutico Riabilitativo Individuale
REMS	Residenze per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza
SISM	Sistema Informativo Salute Mentale
SPDC	Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura
Smop	Sistema informativo per il Monitoraggio del superamento degli ospedali Psichiatrici giudiziari
SSN	Servizio Sanitario Nazionale
UEPE	Ufficio per l'Esecuzione Penale Esterna

Indice

L'attività del Gruppo di lavoro interistituzionale

Premessa

Sintesi delle risposte ai quesiti

Risposte ai quesiti

Quesito a) dotazione REMS

- Caratteristiche delle REMS
- Dotazione di REMS
- Dotazione di posti letto
- I modelli operativi adottati dalle Regioni

Quesito b) principio di territorialità

Quesito c) liste di attesa

- La rilevazione del DAP
- La rilevazione di Regioni e PP.AA.: metodologia e risultati
- Criteri di tenuta delle Liste di attesa
- Questione Licenza finale di esperimento

Quesito d) provvedimenti non eseguiti

Quesito e) titoli di reato contestati

Quesito f) persone non in REMS

Quesito g) difficoltà luoghi di cura esterni alle REMS

Quesito h) forme di coordinamento

- Organismo di coordinamento
- La problematica dei soggetti detenuti in attesa di ricovero in REMS e l'istituzione di una apposita Cabina di Regia presso Agenas
- Le indicazioni del CSM su funzioni e caratteristiche dei Protocolli operativi
- Conferenza Unificata: Accordo di Collaborazione Interistituzionale
- Conferenza Regioni e Province autonome: protocolli di collaborazione operativi

Quesito i) competenze

Quesito j) Lea

Quesito k) monitoraggio

- Organismo di coordinamento
- Il sistema di monitoraggio SMOP®
- Il monitoraggio dell'attuazione della l. 81/2014 nella verifica dell'erogazione dei Lea
- Il monitoraggio Commissariale (2016-2017)

Quesito l) poteri sostitutivi

- Il Commissario unico (2016-2017)

Quesito m) ragioni difficoltà

Quesito n) progetti di riforma

- Iniziative in corso presso il Ministero della Salute
- Proposte di legge presenti in Parlamento
- Gruppo di lavoro Agenas *Individuazione di elementi migliorativi nell'ambito delle REMS*. Proposte condivise
- Iniziativa proposta dal DAP

L'attività del Gruppo di lavoro interistituzionale

Per rispondere ai quesiti posti nell'Ordinanza è stato attivato un lavoro interistituzionale con l'obiettivo di pervenire ad una relazione condivisa tra Conferenza delle Regioni e Province autonome, Ministero della Salute, Ministero della Giustizia.

Il lavoro si è concretizzato in una fitta serie di incontri e interlocuzioni, nei quali si sono confrontati i diversi punti di vista. L'occasione si è rivelata utile per mettere a fuoco tematiche particolari, soprattutto relative alla metodologia di raccolta dei dati, che sono affrontate ed esposte nella presente relazione e che costituiranno la base per un indispensabile approfondimento futuro.

Il confronto si è svolto proficuamente e con spirito di collaborazione interistituzionale.

Salvo diversa precisazione, i contenuti sono condivisi da Ministero della Salute, Ministero della Giustizia e Conferenza delle Regioni e delle Province autonome.

Di seguito, in sintesi, si rende evidenza dei lavori intercorsi tra le istituzioni interessate.

1. Il 5 luglio 2021 il Ministero della Salute richiede la designazione di propri rappresentanti in seno al Gruppo di lavoro interministeriale per l'elaborazione di una prima bozza di relazione unitaria. Sulla base delle designazioni ricevute dal Ministero della Giustizia e di quelle acquisite da parte della Conferenza delle Regioni viene costituito uno specifico Gruppo di lavoro interistituzionale con la partecipazione di Ministero della Salute, Ministero della Giustizia e Regioni al fine di valutare congiuntamente la metodologia da seguire. A seguito degli incontri del 14 e del 21 luglio 2021 il Gruppo predispone una scheda di rilevazione dei dati in possesso delle Regioni e delle Province autonome, da restituire compilata entro il 25 agosto 2021 quale base di partenza per la redazione di una relazione congiunta, che è trasmessa a tutte le Regioni e le Province autonome.
2. Il 6 luglio è istituita presso Agenas la *Cabina di regia per le problematiche inerenti i soggetti ristretti in attesa di internamento nelle Residenze per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza - R.E.M.S.*, come da richiesta del Ministero della Salute del 1 luglio, con la partecipazione del Ministero della salute, Ministero della Giustizia e Conferenza delle Regioni.
3. Il 7 luglio 2021, presso la sede Agenas si tiene la riunione di insediamento della Cabina di Regia.
4. Il Gruppo interistituzionale prosegue i lavori il 6 e l'8 settembre 2021. Nella riunione del 9 settembre 2021, allargata ai rappresentanti di tutte le Regioni e Province autonome sono validati i dati raccolti ed elaborati dalle Regioni da inserire nella relazione alla Corte Costituzionale.
5. Il 10 settembre 2021 i dati delle Regioni e delle PA sono messi a disposizione del Ministero della Salute e del Ministero della Giustizia - DAP. Il DAP, dopo aver confrontato i dati regionali con quelli in loro possesso, ha fatto rilevare alcune discrasie con particolare riferimento alle liste di attesa e al numero degli irreperibili.
6. Nel corso della riunione del 14 settembre 2021 il **Gruppo interistituzionale** valuta una prima bozza della relazione e approfondisce i dati relativi alle liste di attesa.
7. Il 21 settembre 2021 riunione del Gruppo interistituzionale ristretto per la predisposizione della relazione definitiva. Si stabilisce di rivedersi ancora una volta per l'assemblaggio definitivo dell'elaborato.
8. Nel mese di ottobre, anche a seguito di un nuovo incontro del Gruppo interistituzionale, si giunge ad una stesura condivisa riportando laddove necessario, i contributi e le considerazioni delle diverse amministrazioni.

Premessa

Il presente documento offre elementi di chiarimento rispetto al complesso, e non ancora pienamente concluso, processo di attuazione delle leggi n. 9 del 2012 e n. 81 del 2014, con le quali si è disposto il definitivo superamento delle istituzioni cui venivano inviati, ai sensi degli articoli 219 e 222 del Codice Penale, gli autori di reato infermi di mente.

Il diritto alla salute e la tutela della collettività

In via del tutto preliminare va precisato che, in base alla normativa vigente, il diritto alla salute viene assicurato a prescindere dello stato giuridico della persona. In attuazione dell'art 32 della Costituzione, l'approvazione della legge 180/1978 e poi della legge 833/1978 ha creato un Servizio Sanitario Nazionale, SSN, incentrato sulla persona nella comunità, in grado di assicurare in modo universale prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione. La legge n. 180/1978 ha determinato la chiusura degli Ospedali Psichiatrici civili e quindi un sistema di cura incentrato sulla comunità chiamata ad un ruolo attivo di accoglienza e di concorso alla creazione e al mantenimento della salute mentale, ma quel che più rileva ha abolito il concetto di pericolosità a sé e agli altri ed ha stabilito che gli accertamenti e i trattamenti sanitari sono di norma volontari. Si è creata così una netta discontinuità con l'impostazione della legge n. 36/1904, ma anche una non completa sintonia con il Codice Penale del 1930 che ad essa fa riferimento.

Pertanto, le persone con disturbi mentali che hanno commesso un reato hanno diritto a essere prese in carico dal Servizio Sanitario Nazionale con progetti terapeutici riabilitativi individuali analoghi a quelli assicurati a tutti gli altri assistiti, in base ai principi, alle leggi, alle norme deontologiche, alle procedure e all'organizzazione del SSN stesso (si veda anche Corte Costituzionale n. 253/2003 e n. 367/2004).

Prima delle leggi 9/2012 e 81/2014, le persone con disturbi mentali autrici di reato prosciolte se ritenute socialmente pericolose erano inviate all'ospedale psichiatrico giudiziario, unica soluzione prevista dalla normativa preesistente.

Oggi, alle persone con disturbo mentale autrici di reato viene riconosciuto non tanto un luogo in cui essere internate ma il diritto ad essere seguite e curate dai Dipartimenti di Salute Mentale, DSM, attraverso una pluralità di interventi programmati per rispondere in maniera appropriata alla molteplicità di condizioni presenti nelle persone con disturbi mentali autrici di reato. Fra tali interventi è previsto anche il ricovero in REMS, quando il giudice dispone come condizione residuale l'applicazione di una misura di sicurezza detentiva, ma essa non è l'unica soluzione possibile e in ogni caso non è che uno degli elementi che compongono il progetto di cura.

Le evidenze mostrano infatti che le persone con esperienza di sofferenza mentale che commettono un reato presentano condizioni cliniche molto diverse, frequentemente intrecciate con condizioni familiari, sociali e di vita assai problematiche caratterizzate in molti casi da povertà di diverso tipo, violenze e abusi. La trattabilità dei disturbi è quindi alquanto variabile e richiede una varietà di soluzioni, di percorsi costruiti con e sulla persona, affrontando contemporaneamente non solo gli aspetti strettamente correlati al disturbo mentale ma tutti gli aspetti biologici, psicologici e sociali che incidono sulla condizione di salute e sulle capacità della persona di autodeterminarsi e di assumere la responsabilità delle proprie azioni.

Un insieme di servizi sanitari e sociali offerti nella Comunità

Le leggi 9/2012 e 81/2014 non si sono limitate, come spesso erroneamente affermato, a sostituire gli OPG con le REMS. L'OPG è stato semmai sostituito dall'insieme dei servizi sanitari e sociali offerti nella Comunità, fra i quali assumono specifica rilevanza quelli erogati dal Dipartimento di Salute mentale, al

cui interno opera come struttura specialistica anche la REMS. Il DSM, articolazione organizzativa dell'Azienda Sanitaria Locale, ha infatti il compito di prevenire, curare, riabilitare, assistere e tutelare tutti i pazienti con disturbi mentali nel territorio di competenza, a prescindere dalla loro condizione giuridica; è quindi tenuto a garantire alla persona malata la presa in carico e lo svolgimento di un programma terapeutico individuale, facendo ricorso a una pluralità di modalità assistenziali (assistenza sociosanitaria distrettuale, domiciliare, territoriale, semiresidenziale e residenziale) e a un insieme di prestazioni e servizi, compresi i percorsi di inclusione realizzati in integrazione con i servizi sociali nonché con altri eventuali servizi pubblici (servizi abitativi, per il lavoro, per la formazione, ecc.). Un insieme di interventi che sono organizzati secondo principi di appropriatezza, efficacia, efficienza, intensità di cura sanitaria e sociale e basati sul consenso, la partecipazione e il protagonismo della persona coinvolgendo la sua famiglia e il contesto, facendo riferimento alle norme previste dalle leggi 180/1978, 24/2017 (*Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie*) e 219/2017 (*Norme in materia di consenso informato e disposizioni anticipate di trattamento*), da cui non è possibile prescindere.

L'approccio introdotto con la recente riforma risulta quindi profondamente diverso da quello preesistente e sicuramente più adeguato a garantire processi di *recovery* della persona, ovvero di recupero e di ripresa dai disturbi mentali, di miglioramento della qualità della vita e di sviluppo della capacità di ricostruzione di un progetto di vita e di reinserimento sociale.

Il nuovo sistema implica un articolato insieme coordinato di azioni interistituzionali e la necessità di interventi sanitari, psichiatrici, sociali, educativi, di comunità, dell'ordine pubblico e della giustizia. Questo nel suo insieme viene a configurare un moderno sistema di cura e giudiziario di comunità in grado di affrontare con autorevolezza, competenze e valori etici le contraddizioni, le difficoltà dei percorsi di cura e di vita, nel complesso percorso di abilitazione, recupero, riconciliazione e di riparazione possibile. Ciò è assai importante anche per la prevenzione di nuovi reati e al contempo apre una nuova prospettiva di intervento per affrontare il tema della salute mentale negli Istituti di Pena.

Tali considerazioni contribuiscono a spiegare perché, alla luce delle rilevanti innovazioni introdotte con la riforma, risulta improprio il confronto fra il numero di posti letto attualmente disponibili nelle REMS e il numero di posti letto attivi negli OPG prima della loro chiusura. Ciò non tanto in ragione di una valutazione quantitativa, quanto per la nuova cultura sottesa alla riforma che supera la semplice ricerca di un "luogo" in cui collocare la persona e propone la ricerca di un "percorso personalizzato", che può anche prevedere il ricovero in una residenza (struttura a carattere intensivo o estensivo, struttura per interventi socioriabilitativi, comunità terapeutiche riabilitative psichiatriche, ...), ma non necessariamente in una REMS, e può anche prevedere forme di abitare protetto o di domiciliarità, che a partire da un PTRI è in grado di evitare l'istituzionalizzazione, l'impoverimento della socialità e la riduzione delle risorse personali. Ovviamente su proposta del DSM competente e quando il giudice lo ritiene possibile.

Ne è conferma il pronunciamento del 2017 del Consiglio Superiore della Magistratura¹

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

¹ Consiglio Superiore della Magistratura, *Direttive interpretative ed applicative in materia di superamento degli Ospedali psichiatrici giudiziari (OPG) e di istituzione delle Residenze per l'esecuzione delle misure di sicurezza (REMS), di cui alla legge n. 81 del 2014*. Delibera consiliare del 19 aprile 2017, pag.2.

Le criticità rappresentate dal Ministero della giustizia²

Tutto ciò premesso in merito alle linee-guida di una riforma per certi versi epocale, vi è tuttavia una consapevolezza diffusa in merito alla non più rinviabile esigenza di ricercare nuovi e più avanzati punti di equilibrio tra il diritto alla tutela della salute del paziente psichiatrico autore di reato, secondo i rinnovati canoni testé illustrati, e la concomitante esigenza di salvaguardare l'incolumità pubblica e privata, apprestando adeguati strumenti di custodia dei soggetti che abbiano commesso un reato in uno stato di incapacità di intendere e di volere e che siano stati giudicati socialmente pericolosi. Ed ancora, vi è pari consapevolezza in ordine alla sempre più stringente necessità che – per lo meno nelle aree del paese dimostrate più in difficoltà nel percorso di attuazione della riforma – siano comunque assicurati adeguati livelli di cura e tutela sanitaria nei confronti di tutti i pazienti psichiatrici autori di reato, risultando inammissibile che, in assenza di posti-letto disponibili in REMS, costoro rimangano sostanzialmente abbandonati a se stessi.

A distanza di oltre sei anni dalla entrata in vigore della riforma, il rinnovato impianto giuridico ed organizzativo sotteso alla esecuzione delle misure di sicurezza detentive ha palesato innegabili criticità, concretizzatesi, tra l'altro, nella formazione di liste di attesa per i ricoveri in REMS talora estremamente nutrite.

In particolare, 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 – sostanzialmente 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 anche 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, com'è noto, hanno determinato la creazione e l'incremento di liste di attesa per l'accesso nelle Residenze di nuova istituzione.

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

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, a causa della cronica indisponibilità di posti-letto in R.E.M.S., l'Autorità Giudiziaria si trova di fronte ad una *impasse*: soggetti dichiarati pericolosi ed 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.

Va anche segnalata la situazione dei soggetti che, pur destinatari di misura di sicurezza detentiva, continuano a trovarsi in stato di libertà perché in attesa di internamento.

In tale contesto, si registrano numerosi casi di soggetti che, nell'attesa del ricovero in R.E.M.S., commettono reati, con un consistente aggravamento delle esigenze cautelari che, tuttavia, non sempre, viene preso in adeguata considerazione nella gestione delle liste di attesa per gli ingressi in R.E.M.S.

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, poc'anzi citata, dove, tra l'altro, risultavano compendiate gli esiti dell'indagine conoscitiva effettuata dal Consiglio presso gli uffici giudiziari italiani, in relazione allo stato di attuazione della riforma in questione.

² Il paragrafo espone le considerazioni espresse dal Ministero della Giustizia in parziale divergenza rispetto al Ministero della Salute e alla Conferenza delle Regioni e delle Province autonome.

La sfida per il prossimo futuro è dunque quella di migliorare il dialogo tra tutti gli attori istituzionali coinvolti nell'attuazione della riforma, nel rispetto reciproco dei ruoli e nel reciproco riconoscimento delle rispettive responsabilità.

Nell'attesa di auspicabili riforme che aggiornino il sistema delle misure di sicurezza allineandolo alle più recenti acquisizioni della psichiatria, deve in questo senso ribadirsi come le responsabilità ultime circa la scelta delle misure di sicurezza da applicare in concreto continuino ad essere attribuite in via esclusiva all'Autorità Giudiziaria; e gli anni più recenti hanno dimostrato in modo inequivoco come la domanda giurisdizionale di misure di sicurezza detentive non sia affatto diminuita in modo strutturale, nonostante gli sforzi profusi per dare piena attuazione al principio della REMS come *extrema ratio*.

La disamina dei dati svolta per fornire alla Corte costituzionale le informazioni richieste con l'ordinanza in oggetto ha peraltro evidenziato come, anche in Regioni dimostrate virtuose nell'offrire strumenti terapeutici alternativi alle REMS (come Lombardia e Campania), si siano comunque prodotte liste di attesa per i ricoveri di non trascurabile consistenza. Ed ancora, l'analisi dei titoli di reato più frequentemente contestati ai soggetti in attesa di ingresso in REMS conferma come, nella gran parte dei casi, la misura detentiva sia stata disposta in relazione a gravi delitti commessi contro la persona, spesso in ambito intrafamiliare, tali dunque da destare elevato allarme sociale (in particolare, in circa il 71 % dei casi, ai soggetti in attesa di ricovero in REMS risultano contestati reati sanzionati con pena edittale massima superiore ai 5 anni di reclusione; dato che arriva a circa l'83 %, ricomprendendo altresì i reati sanzionati con pena edittale massima pari a 5 anni di reclusione).

Ne consegue che, ferma restando la necessità di investimento sulle misure di sicurezza non detentive in quanto vero e proprio fulcro del sistema, il Ministero della giustizia esprime una rinnovata consapevolezza sulla necessità che l'offerta pubblica di tutela sanitaria in favore dei pazienti psichiatrici autori di reato venga effettivamente incrementata, comprendendosi nella stessa anche un aumento strutturale dei posti-letto in REMS, nel pieno rispetto degli *standards* tecnici e qualitativi previsti dalla normativa vigente.

Una importante collaborazione inter istituzionale

Vista la complessità della riforma, la legge ha chiamato a collaborare diverse istituzioni (Magistratura, Dipartimento Amministrazione Penitenziaria, Prefettura, Forze dell'Ordine, Regioni, Province Autonome, Aziende sanitarie, Comuni), la cui fattiva ed efficace collaborazione è centrale per la funzionalità dell'intero sistema e per la tutela dei diritti della persona.

L'applicazione della riforma ha richiesto un forte impegno per avviare le necessarie, ulteriori collaborazioni interistituzionali ma non ha ancora trovato un assetto definitivo. Il lavoro è stato effettuato in larga parte nei DSM, ai quali è affidata la responsabilità della presa in carico della persona, con il sostegno e l'attenzione dell'Amministrazione della Giustizia. Significative sono le prese di posizione del CSM il quale si è espresso per ben due volte ritenendo necessario *“delineare un quadro di buone pratiche e di schemi procedurali, volti a valorizzare le acquisizioni scientifiche e dottrinali emerse nell'ultimo decennio, nonché a garantire un effettivo sviluppo ai principi insiti nelle novelle legislative”*. Inoltre, ha sottolineato come sia strategica la collaborazione tra giustizia e psichiatria che porti a protocolli e allo sviluppo di un dialogo costante e reciproco.

Il CSM ha anche auspicato *“una costante integrazione funzionale”* tra gli Uffici di Sorveglianza, quali organi giudiziari preposti alla vigilanza sulla esecuzione delle misure di sicurezza, i Dipartimenti di Salute Mentale e le sue unità operative complesse nonché le Direzioni delle REMS, quali organi deputati alla diagnosi e cura delle malattie psichiche, e gli uffici UEPE, aventi una funzione di controllo e supporto sociale alle persone affette da malattia psichica collocate sul territorio.

Analoga necessità di dialogo e collaborazione di tutti i soggetti istituzionali coinvolti era stata indicata anche dalla Conferenza Unificata Stato-Regioni già nell'accordo 26 febbraio 2015.

A tutti i soggetti sopraelencati vanno aggiunte Prefetture e Forze dell'Ordine alle quali, ai sensi del Decreto del Ministero della Salute 1° ottobre 2012, viene affidata l'attività perimetrale di sicurezza e di vigilanza esterna con la previsione di assicurare, se necessario, diversi livelli di protezione in relazione alle caratteristiche psicopatologiche e alla loro evoluzione. Restano invece nell'ombra i Comuni che pure sono centrali nella legge 180 e i servizi sociali, riferimento della riforma penitenziaria.

Un percorso giudiziario, efficiente ed efficace, è facilitato se fin dall'inizio, vi è una collaborazione tra giustizia e psichiatria che può continuare e accompagnare la persona in tutte le fasi del procedimento e oltre. La persona (e gli operatori dei servizi di salute mentale) hanno bisogno di un costante dialogo con la giustizia, amministrazione che, insieme alle Forze dell'Ordine ma anche ai servizi sociali, può dare fiducia, sicurezza e speranza nell'inevitabile confronto con la gravità del male.

Un lavoro che richiede competenze precise e si avvale del lavoro congiunto, facilitato da formazione, cultura e ricerca. Occorrono sforzi per valutazioni collegiali che tengano conto dei limiti dell'azione terapeutica e tendano a mitigare la difficile sintonia dei tempi della cura rispetto a quelli della giustizia.

Nei rapporti tra giustizia e psichiatria è essenziale la conoscenza reciproca, la definizione delle modalità di collegamento e comunicazione. La conoscenza reciproca aiuta a creare una condivisione culturale e operativa di fondo in grado di cogliere le differenti esigenze e condizioni di ogni sistema. Un quadro di fiducia istituzionale in grado di superare le logiche "difensive".

Molto può essere fatto anche prima dell'adozione delle misure di sicurezza. Le Regioni e PP.AA. devono essere tempestivamente attivate e per il tramite dei DSM e dei servizi sociali le persone vanno aiutate e prese in cura fin da subito. I DSM devono essere coinvolti il più precocemente possibile, prima che vengano adottate le misure giudiziarie, attraverso una fattiva interlocuzione e integrazione fra magistratura e psichiatria secondo Protocolli che si sono attivati in diverse regioni.

Un impianto innovativo ma ancora fragile

Nel complesso, l'impianto delineato si presenta particolarmente innovativo, rispettoso della *Convenzione Onu sui diritti delle persone con disabilità* (L. 18/2009), ma per molti aspetti ancora fragile, esposto a rischi di ritardi nei tempi e nelle modalità di attuazione e di consolidamento. Ciò è comprensibile anche alla luce delle difficoltà che la gran parte delle amministrazioni coinvolte, a partire dal SSN e dall'Amministrazione Penitenziaria, hanno dovuto affrontare a causa degli obiettivi di risanamento della finanza pubblica perseguiti proprio negli anni di avvio della riforma. Difficoltà che non sempre hanno favorito la collaborazione fra istituzioni e professioni, chiamate a superare prassi in uso da anni, inadeguate nel nuovo contesto, il cui cambiamento richiedeva (e continua a richiedere) una profonda trasformazione culturale e una buona conoscenza reciproca (degli operatori della salute mentale e di quelli della giustizia *in primis*). Difficoltà che spiegano i tempi di concreta attuazione della riforma, in specie in alcune parti del Paese, a fronte di un quadro che complessivamente ha raggiunto livelli di competenza alquanto elevati, portando a un graduale riavvicinamento tra psichiatria clinica e forense, anche grazie a giovani operatori molto preparati e motivati.

Consapevole della portata innovativa della riforma, in particolare sotto il profilo dei diritti umani, la legge 9/2012 ha evitato l'usuale formula di "invarianza delle risorse" e ha provveduto a mettere a disposizione delle Regioni fondi vincolati, in conto capitale e di parte corrente, per evitare che il frequente depauperamento dei servizi per la Salute mentale e la loro operatività non sempre adeguata sul piano operativo e culturale vanificassero la spinta al cambiamento. Le risorse di parte corrente sono destinate sia al funzionamento delle nuove strutture sia al rafforzamento della rete complessiva dei Servizi per la Salute mentale e, dal 2017, sono ripartite in base alla popolazione residente. È stato altresì previsto, "in deroga alle disposizioni vigenti relative al contenimento della spesa di personale", l'assunzione di personale qualificato da parte delle Regioni e delle Province Autonome.

Le istituzioni coinvolte nell'attuazione della riforma sono consapevoli che gli obiettivi indicati non sono raggiungibili in pochi mesi e neppure in pochi anni. Come tutte le riforme complesse e delicate, essa può essere realizzata solo attraverso un lungo lavoro di trasformazione culturale, organizzativo e operativo rispetto al quale l'attività ad oggi svolta non può che essere considerata una tappa fondamentale ma intermedia, con cambiamenti che devono ancora attraversare alcune realtà territoriali e alcune componenti e che richiedono un importante consolidamento e una continua disamina. Anche perché nelle realtà territoriali e operative che presentano maggiori criticità nell'offerta sanitaria, alla debolezza dei percorsi assistenziali si somma la difficoltà dell'Autorità Giudiziaria ad avere adeguata contezza della disponibilità di servizi e a verificare l'esperibilità concreta di soluzioni alternative a quelle attuabili all'interno delle REMS, da cui spesso la decisione di optare per la soluzione più contenitiva, ovvero per la misura di sicurezza detentiva.

Va infine rilevato che il processo di riforma richiede ulteriori interventi normativi, di armonizzazione del quadro, compresa la revisione della disciplina codicistica delle misure di sicurezza, di fatto mai aggiornata dalla introduzione nel 1930 del Codice Rocco, nonché della sanità penitenziaria e in particolare sull'offerta trattamentale psichiatrica da riservare ai soggetti detenuti in carcere e ai percorsi di cura territoriali per i pazienti autori di reato.

In tale contesto, l'Ordinanza 131/2021 della Corte Costituzionale ha fornito alle istituzioni competenti ulteriori stimoli all'attivazione di momenti di confronto, intenso e collaborativo, sugli specifici quesiti. I risultati a oggi raggiunti, significativi ma ancora parziali, costituiscono un impegno per la prosecuzione degli approfondimenti e per la definizione di formali strumenti di coordinamento e integrazione.

Sintesi delle risposte ai quesiti

a) *quante e quali siano, attualmente, le residenze per l'esecuzione delle misure di sicurezza (REMS) attive sul territorio di ciascuna Regione e quanti pazienti siano effettivamente ospitati in ciascuna di esse;*

Al 31 luglio 2021, secondo la rilevazione puntuale delle Regioni e delle Province Autonome, le REMS attive sul territorio nazionale sono 36, di cui 11 definitive e 25 provvisorie.

Il numero totale di posti letto disponibili è 652, di cui 596 occupati (la differenza è per lo più riconducibile a momentanee esigenze legate alla pandemia - come ad esempio le misure di distanziamento - o alle ristrutturazioni in corso).

b) *quanti pazienti provenienti da Regioni diverse siano ospitati attualmente nelle REMS di ciascuna Regione, e come sia regolamentato il meccanismo di deroga al principio di territorialità dell'esecuzione della misura del ricovero in REMS, previsto dall'art. 3-ter, comma 3, lettera c), del decreto-legge 22dicembre 2011, n. 211 (Interventi urgenti per il contrasto della tensione detentiva determinata dal sovraffollamento delle carceri), convertito, con modificazioni, nella legge 17 febbraio 2012, n. 9;*

Le REMS rispettano di norma il principio della territorialità.

Al 31 luglio 2021, secondo la rilevazione puntuale delle Regioni e delle Province Autonome, 19 persone (su 596) sono ospitate in una regione diversa da quella di residenza. A queste si aggiungono 15 persone senza fissa dimora e 58 persone residenti in uno Stato estero, per lo più ospitate nelle strutture della Lombardia.

c) *quante persone risultino attualmente collocate, in ciascuna Regione, nelle liste d'attesa per l'ammissione in una REMS e quanto sia il tempo medio di permanenza in tali liste;*

La varietà delle possibili situazioni rende difficile offrire un'unica risposta al quesito sul numero delle persone in lista di attesa.

Al 31 luglio 2021 le persone immediatamente inseribili in REMS e in lista di attesa sono 568-A questi si aggiungono ulteriori 103 persone non inseribili in REMS nell'immediato a causa di diverse motivazioni (si veda il dettaglio successivo) e ulteriori 177 persone che sono state escluse dalle liste regionali.

Alla medesima data, al DAP risultavano 750 persone in attesa di inserimento in REMS (di cui si darà conto in seguito).

In molte regioni le LA immediatamente inseribili in REMS sono un fenomeno del tutto marginale: 7 regioni hanno un numero di persone in lista variabile da zero a cinque (Val d'Aosta, Sardegna, Trentino-Alto Adige, Marche, Veneto, Molise e Liguria), 4 regioni hanno una lista compresa fra 6 e 10 persone (Friuli-Venezia Giulia, Umbria, Abruzzo, Basilicata). Le LA sono invece rilevanti in 5 regioni (Sicilia, Puglia, Calabria, Campania e Lazio) nelle quali si concentra il 78% del fenomeno. In particolare, in Sicilia si rilevano ben 172 persone in lista, poco meno di un terzo del totale.

Si conferma il carattere *non generalizzato* del fenomeno delle liste di attesa e la necessità di una specifica attenzione per le singole situazioni critiche.

d) quante siano, su scala nazionale, le persone destinatarie di un provvedimento di assegnazione a una REMS ancora non eseguito, adottato in via definitiva o provvisoria dal giudice;

Il tema è trattato insieme al precedente punto c).

Le persone che al 31 luglio 2021 avrebbero immediatamente potuto essere inserite in REMS o avrebbero potuto fruire di un programma alternativo (al netto delle situazioni che si è convenuto di escludere) sono 568; il 78% delle quali si concentra in sole 5 regioni (Sicilia, Puglia, Calabria, Campania e Lazio).

e) quali siano, ovvero siano stati nel caso di persone definitivamente prosciolti per infermità di mente, i titoli di reato contestati alle persone di cui alla precedente lettera d);

Con riferimento ai soggetti in attesa di ricovero in REMS (al netto di quelli per i quali nel corso dei lavori le Regioni hanno informalmente comunicato la sussistenza di vicende modificative del rispettivo status e di quelli per i quali il reato non è stato rilevato) in circa il 70% dei casi risultano contestati reati sanzionati con pena edittale massima superiore ai 5 anni di reclusione (82% se si comprendono anche i reati con pena edittale massima pari a 5 anni).

f) quante di tali persone risultino allo stato collocate in una struttura penitenziaria sulla base di ordinanze di custodia cautelare, ovvero in reparti ospedalieri di medicina psichiatrica sulla base di ordinanze di custodia cautelare in luogo di cura (art. 286 del codice di procedura penale), o ancora siano sottoposte medio tempore alla misura di sicurezza della libertà vigilata, come nel caso oggetto del giudizio a quo;

Alla data del 31.07.2021, risultavano collocate in struttura penitenziaria in attesa di internamento in REMS n. 61 persone, per nessuna delle quali il DAP ha avuto notizia di collocamento presso i servizi psichiatrici ospedalieri sulla base di ordini emessi dall'Autorità Giudiziaria ai sensi dell'art. 286 del codice di procedura penale.

Grazie alla crescente attenzione e all'impegno congiunto di tutti gli attori istituzionali, il fenomeno dei soggetti detenuti in attesa di internamento è in costante ed evidente decrescita, essendosi passati dai 98 soggetti alla data del 28 ottobre 2020 ai 35 presenti alla data del 25 ottobre 2021. Per quanto riguarda le persone *medio tempore* sottoposte alla misura di sicurezza della libertà vigilata, si precisa che in numerosi casi al DAP non viene formalmente comunicata l'emissione dei provvedimenti giurisdizionali che dispongano in tal senso. Dall'analisi condotta dal 20 giugno al 25 settembre 2021, risulta al DAP l'emissione di 15 provvedimenti con cui è stata concessa la libertà vigilata in favore di soggetti presenti in lista di attesa per il ricovero in REMS.

g) quali siano le principali difficoltà di funzionamento dei luoghi di cura per la salute mentale esterni alle REMS per gli imputati e le persone prosciolti in via definitiva che siano risultati affetti da infermità mentale;

Una prima difficoltà attiene alla carenza di risorse per la salute mentale (carenze di personale, strutture e finanziamenti per il Budget di Salute, i centri diurni e le residenze).

Una seconda difficoltà attiene alla mancanza di adeguate ed efficaci forme di coordinamento tra l'amministrazione della giustizia e i servizi sanitari territoriali (lentezza delle comunicazioni, fasi di latenza, mancanza di dialogo con professionisti e utenti/familiari).

Una terza difficoltà attiene alla complessità di alcune situazioni, dal punto di vista psichiatrico, sanitario, sociale e giudiziario. Complessità che richiedono particolare impegno per costruire la motivazione alla cura e per favorire sufficiente adesione della persona ai progetti proposti.

h) se esistono, e in caso affermativo come operino, forme di coordinamento tra il Ministero della giustizia, il Ministero della salute, le aziende sanitarie locali (ASL) e i Dipartimenti di salute mentale, volte ad assicurare la pronta ed effettiva esecuzione, su scala regionale o nazionale, dei provvedimenti di applicazione, in via provvisoria o definitiva, di misure di sicurezza basate su una duplice valutazione di infermità mentale e di pericolosità sociale dell'interessato;

Il decreto del Ministro della salute del 22 settembre 2021 dispone la ri-costituzione dell'*Organismo di coordinamento* per il superamento degli OPG, ai sensi della l. 81/2014 (la procedura era stata avviata nel mese di marzo 2021). Fanno parte dell'*Organismo* il Ministero della salute, il Ministero della giustizia, le Regioni e le Province autonome. (allegato 1)

Sulle problematiche inerenti i soggetti ristretti in attesa di inserimento in REMS è attiva presso Agenas una *Cabina di regia*, alla quale partecipano il Ministero della salute, il Ministero della giustizia, le Regioni e le Province autonome.

A livello operativo, il principale strumento di coordinamento è il *Protocollo operativo*, presente in 14 regioni. In Conferenza Unificata è in corso l'esame di una revisione dell'Accordo del 2015 al fine di regolamentare più efficacemente lo svolgimento delle funzioni delle diverse istituzioni nella gestione dei pazienti cui è stata comminata una misura di sicurezza.

i) quali specifiche competenze esercitano, in particolare, il Ministro della giustizia e il Ministro della salute rispetto a tale obiettivo;

L'attribuzione delle competenze è delineata dalla normativa vigente (in particolare L. 9/2012 e L. 81/2014, DM 1° ottobre 2012 adottato dal Ministero della Salute di concerto con il Ministero della Giustizia).

Le REMS "sono realizzate e gestite dal Servizio sanitario delle Regioni e delle Province Autonome di Trento e Bolzano, nel rispetto di quanto previsto dagli Allegati A e C del DPCM 1° aprile 2008". La "gestione interna è di esclusiva competenza sanitaria".

"Per quanto concerne l'attività perimetrale di sicurezza e di vigilanza esterna, che non costituisce competenza del SSN né dell'Amministrazione penitenziaria, le Regioni e le Province Autonome, ove necessario, [...] attivano specifici accordi con le Prefetture, che tengono conto dell'aspetto logistico delle strutture, al fine di garantire adeguati standard di sicurezza."

"Permane in capo alla Magistratura di Sorveglianza il compito di vigilare sulle strutture, con conseguente applicazione delle disposizioni di cui agli articoli 677, comma 2 e 679 del CPP, e degli articoli 69 della legge 26 luglio 1975, n. 354 e 5 del decreto della Presidente della Repubblica del 30 giugno 2000, n. 230."

Le assegnazioni alle REMS sono "eseguite dal Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria attenendosi al principio della territorialità" e nel rispetto del principio del "numero chiuso". La competenza del DAP è essenzialmente limitata alla indicazione della REMS territorialmente competente all'accoglienza dell'internando, il cui effettivo ricovero è però subordinato alla dichiarazione di disponibilità di posto-letto emessa dal responsabile della struttura.

Ai fini delle assegnazioni, "le Regioni e le Province Autonome segnalano al Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria le sedi delle REMS sul territorio".

"La responsabilità della gestione all'interno della struttura è assunta da un medico dirigente psichiatra."

j) se il ricovero nelle REMS, ove disposto dal giudice, nonché gli altri trattamenti per la salute mentale disposti sulla base di un provvedimento di libertà vigilata rientrano nei livelli essenziali di assistenza (LEA) che le Regioni sono tenute a garantire;

Il ricovero in REMS rientra nei LEA, così come tutti gli altri percorsi di presa in carico per le persone con disturbi mentali previsti dalla normativa vigente (DPCM del 12 gennaio 2017).

k) se sia attualmente effettuato dal Governo uno specifico monitoraggio sulla tempestiva esecuzione dei provvedimenti di applicazione delle misure di sicurezza in esame;

Il processo di superamento degli OPG è stato oggetto di varie attività di monitoraggio che, nel corso degli anni, hanno consentito di evidenziare sia il grande lavoro svolto dagli operatori, sia i numerosi punti critici via via emersi, in specie in alcune realtà territoriali.

Il decreto del Ministro della salute del 22 settembre 2021 dispone la ri costituzione dell'*Organismo di coordinamento* di cui fanno parte il Ministero della salute, il Ministero della Giustizia, le Regioni e le Province autonome. Sono previste audizioni di esperti anche al fine di garantire un costante coordinamento con gli organi giurisdizionali.

l) se sia prevista la possibilità dell'esercizio di poteri sostitutivi del Governo nel caso di riscontrata incapacità di assicurare la tempestiva esecuzione di tali provvedimenti nel territorio di specifiche Regioni;

Ai sensi dell'articolo 120 della Costituzione, il decreto-legge 211/2011, convertito nella Legge 9/2012, all'art. 3-ter, comma 9, prevede esplicitamente l'esercizio da parte del Governo dei poteri sostitutivi, al fine di assicurare la piena esecuzione a quanto previsto dal comma 4 dello stesso articolo.

Il complesso processo di superamento degli OPG ha richiesto nel 2016 la nomina di un Commissario unico in via sostitutiva delle regioni in ritardo nella attuazione della normativa.

m) se le riscontrate difficoltà siano dovute a ostacoli applicativi, all'inadeguatezza delle risorse finanziarie, ovvero ad altre ragioni

L'esperienza accumulata nel corso degli anni consente di identificare sia numerose buone pratiche sia molteplici difficoltà, prevalentemente di natura *culturale* e *finanziaria*.

Con riguardo alle *difficoltà di natura culturale* si segnala l'enorme sforzo richiesto a tutte le componenti coinvolte (dagli operatori sanitari alla magistratura e all'amministrazione penitenziaria) per aderire al cambiamento culturale che la riforma richiede, che trova le sue radici proprio nel mutamento di approccio alla malattia mentale, oggi non più considerata incurabile, ma male, di natura anche sociale, curabile o almeno gestibile nell'ambito di un percorso di vita che tenda all'autonomia.

Con riguardo alle *difficoltà di natura finanziaria*, si segnalano le criticità che l'intero sistema dei servizi per la salute mentale (e non solo il sistema delle REMS) continua a presentare, con "*carezza di risorse professionali ed economiche e difficoltà degli operatori a fronteggiare le sfide che le riorganizzazioni e gli accorpamenti dei Dipartimenti di Salute Mentale impongono*". Criticità che incidono anche sull'assistenza territoriale che deve essere garantita alle persone con disturbi mentali autrici di reato, prima e dopo il ricovero in REMS, e che possono interferire con gli ingressi e le dimissioni dalle strutture.

Quanto allo specifico processo di superamento degli OPG, la riforma ha potuto contare su risorse di parte corrente e in conto capitale dedicate.

Il percorso di attuazione della riforma ha inoltre risentito della diversa dinamica delle misure di sicurezza provvisorie e definitive (in crescita) e del numero di posti-letto disponibili nelle REMS complessivamente inteso. L'adeguatezza della dotazione di posti letto resta ancora oggetto di approfondimento e confronto. In particolare, il Ministero della Giustizia ritiene che il sistema delle

REMS presenti una strutturale carenza di posti letto, mentre Il Ministero della Salute e la Conferenza delle Regioni e delle Province autonome ritengono che debba essere profuso ogni sforzo per accelerare e qualificare i percorsi già intrapresi e per procedere alla sostituzione delle REMS provvisorie con quelle definitive e che eventuali carenze o eccedenze debbano essere valutate sulla base di attente analisi dei fabbisogni di assistenza.

n) se siano attualmente allo studio progetti di riforma legislativa, regolamentare od organizzativa per ovviare alle predette difficoltà e rendere complessivamente più efficiente il sistema di esecuzione delle misure di sicurezza applicate dal giudice nei confronti delle persone inferme di mente.

Il Ministero della Salute ha in corso una serie di iniziative per promuovere e rilanciare l'assistenza *territoriale* e proteggere *i diritti umani e la dignità* delle persone con sofferenza mentale. Ha inoltre in corso alcune specifiche iniziative volte ad affrontare le criticità ancora presenti nel sistema di esecuzione delle misure di sicurezza applicate dal giudice nei confronti delle persone inferme di mente e, più in generale, nella medicina penitenziaria.

Il Gruppo di lavoro istituito nel 2020 dall'Agenas per individuare elementi migliorativi nell'ambito delle REMS (componenti: professionisti del settore, Ministero della Salute e Ministero della giustizia), ha formulato 10 proposte condivise, alcune delle quali sono già in corso di realizzazione. Si illustrano altresì le proposte di legge presenti in Parlamento.

Risposte ai quesiti

Quesito a) - Dotazione REMS

a) quante e quali siano, attualmente, le residenze per l'esecuzione delle misure di sicurezza (REMS) attive sul territorio di ciascuna Regione e quanti pazienti siano effettivamente ospitati in ciascuna di esse

Caratteristiche delle REMS

Le Residenze per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza (REMS) sono strutture residenziali socio sanitarie territoriali, destinate ad accogliere persone, inferme di mente che hanno commesso atti che costituiscono reato, nei confronti delle quali il giudice dispone l'applicazione di una Misura di Sicurezza detentiva, con l'obiettivo di garantire alla persona malata le cure necessarie.

Le REMS sono volte ad accogliere *prioritariamente* le persone destinatarie di una Misura di Sicurezza *definitiva*; resta peraltro ferma la necessità di assicurare accoglienza *anche* ai destinatari di misure di sicurezza *provvisorie* (art. 3-ter, d.l. 211/2011, convertito in legge, con modificazioni, dalla l. n. 9 del 2012)³.

Il Ministero della giustizia evidenzia come, in base alla normativa vigente, all'interno delle REMS vadano eseguite tutte le misure di sicurezza detentive, siano esse applicate in via provvisoria o definitiva, ed in particolare quelle relative alle seguenti categorie:

- persone sottoposte alla misura del ricovero in ospedale psichiatrico giudiziario ai sensi dell'art. 222 cod. pen.;
- persone sottoposte alla misura dell'assegnazione a una casa di cura e custodia ai sensi dell'art. 219 cod. pen., indipendentemente se tale misura debba essere eseguita dopo la pena restrittiva della libertà personale o prima della stessa ai sensi dell'art. 220 cod. pen.;
- persone sottoposte alla misura di sicurezza detentiva provvisoria ai sensi degli artt. 206 cod. pen., 312 e 313 cod. proc. pen.⁴.

La normativa⁵ stabilisce alcuni principi, in parte ribaditi anche dalla giurisprudenza costituzionale:

- *priorità della cura sanitaria*, con "gestione interna di esclusiva competenza sanitaria";
- *centralità del progetto terapeutico individualizzato*, PTRI, con funzioni terapeutico-riabilitative e di inclusione sociale, fondato su prove di efficacia;
- *principio di territorialità su base regionale*: la presa in carico dei servizi di salute mentale deve essere effettuata, di norma, presso il territorio di residenza o comunque di provenienza dell'interessato;
- *residualità della misura di sicurezza*: il ricovero in REMS è la soluzione residuale, da prevedere solo quando le misure di sicurezza non detentive non siano assolutamente praticabili;
- *numero chiuso e ridotta capienza delle strutture*, con al massimo 20 posti letto per evitare il riprodursi di logiche manicomiali;
- *durata massima* della misura non superiore alla pena edittale massima.

³ Per l'infermità mentale sopravvenuta nel detenuto sono previsti altri percorsi.

⁴ Circolare del Ministro della giustizia 26 marzo 2015, n. 0012404.U, indirizzata ai Presidenti delle Corti di Appello e ai Procuratori Generali presso le Corti d'Appello, avente ad oggetto "Accordo concernente disposizioni per il definitivo superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari in attuazione al D.M. 1 ottobre 2012, emanato in applicazione dell'art. 3 ter, comma 2, del decreto legge 22 dicembre 2011, n. 211, convertito, con modificazioni, dalla legge 17 febbraio 2012, n. 9 e modificato dal decreto legge 31 marzo 2014, n. 52, convertito in legge 30 maggio 2014, n. 81".

⁵ Legge 9/2011, Legge 81/2014, DM 1° ottobre 2012.

Le REMS rispondono ai requisiti di accreditamento previsti dal Decreto del Presidente della Repubblica del 14 gennaio 1997 e dal decreto del Ministro della salute del 1° ottobre 2012⁶ e sono dirette da un responsabile medico. L'organizzazione del lavoro si fonda sui principi del governo clinico (governance clinico-assistenziale), in base ai quali le organizzazioni sanitarie devono impegnarsi per il miglioramento continuo della qualità dei servizi e del raggiungimento di standard assistenziali elevati. La gestione delle strutture è sanitaria mentre la vigilanza esterna è affidata alle forze dell'ordine.

Dal punto di vista sanitario, le REMS non hanno mandati custodiali, sono strutture temporanee di transizione e non possono essere considerate l'obiettivo finale del nuovo percorso di presa in carico. La loro costituzione, funzionale alla chiusura degli OPG, e il loro funzionamento vanno visti in un percorso evolutivo, di comunità, in grado di superare le difficoltà ancora aperte, il che può avvenire solo mantenendo centrale il mandato di cura e con esso la loro transitorietà. Dal punto di vista giudiziario, il Ministero della Giustizia sottolinea, d'altro canto, come alle REMS vada inevitabilmente associato anche un mandato custodiale, trattandosi dei luoghi presso cui, secondo la normativa vigente, deve darsi esecuzione alle misure di sicurezza di tipo detentivo.

In tale contesto, l'esecuzione di misure di sicurezza di tipo detentivo richiede che gli interventi di tutti i soggetti coinvolti (SSN, giustizia, UEPE, servizi sociali e forze dell'ordine) concorrano ciascuno per la propria parte, in maniera autonoma, con un patto specifico ma convergente per un programma di cura condiviso volto all'inclusione sociale e alla sicurezza (prevenzione di nuovi reati) della /con la persona titolare del proprio progetto di vita nella comunità.

⁶ Ministero della Salute, Decreto 1° ottobre 2012, "Requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi delle strutture residenziali destinate ad accogliere le persone cui sono applicate le misure di sicurezza del ricovero in ospedale psichiatrico giudiziario e dell'assegnazione a casa di cura e custodia."
https://www.gazzettaufficiale.it/atto/serie_generale/caricaDettaglioAtto/originario?atto.dataPubblicazioneGazzetta=2012-11-19&atto.codiceRedazionale=12A12296&elenco30giorni=false

Dotazione di REMS

Al 31 luglio 2021, secondo la rilevazione effettuata da Regioni e Province Autonome, le REMS attive sul territorio nazionale sono 36, di cui 11 definitive e 25 transitorie.

Le strutture “transitorie” sono state previste nel 2015, quando “l’Organismo di Coordinamento del processo di superamento degli OPG, presieduto dal Sottosegretario di Stato, ha preso atto del fatto che sarebbe stato impossibile adempiere al dettato normativo della chiusura degli OPG alla data del 31 marzo 2015 e tutte le Amministrazioni rappresentate nell’organismo di coordinamento hanno convenuto sulla assoluta necessità di individuare con urgenza soluzioni residenziali transitorie”, da identificare e allestire in tempi contenuti, assicurando, comunque, i necessari ed appropriati interventi terapeutico riabilitativi in favore dei soggetti ospitati.⁷

Numero REMS al 31 luglio 2021, suddivise in transitorie e definitive

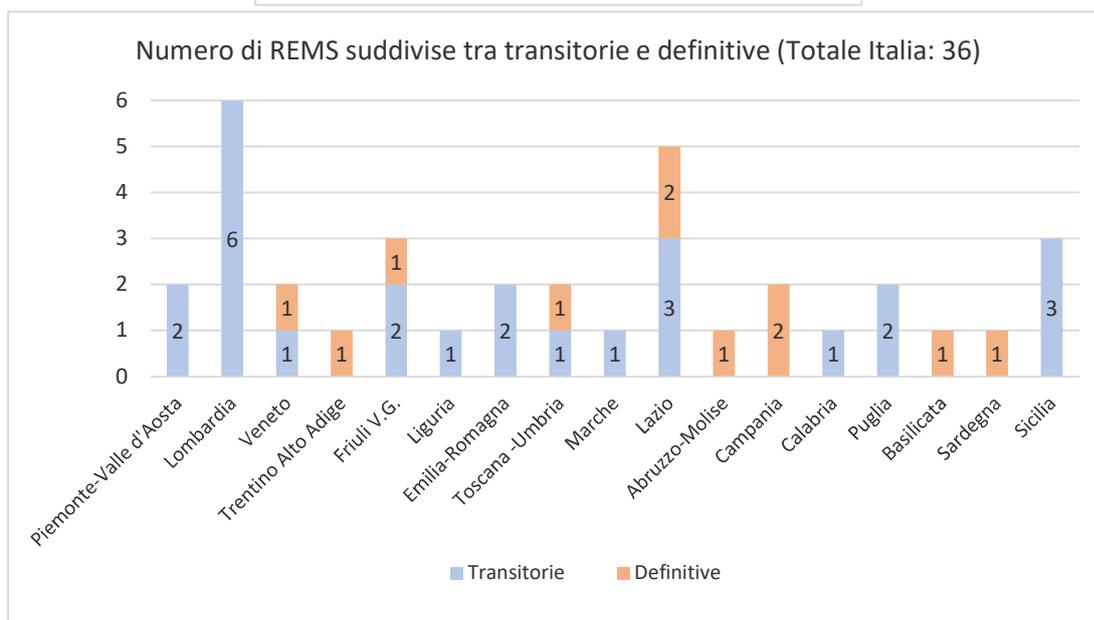
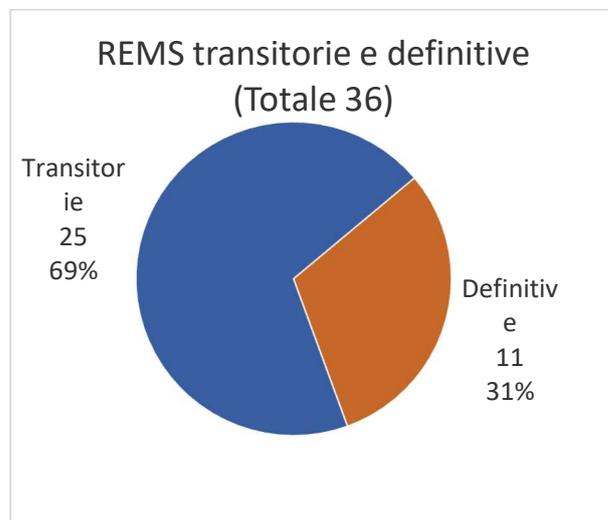
Regione	Transitorie	Definitive	Totale
Piemonte	2	0	2
Lombardia-Valle d'A.	6	0	6
Veneto	1	1	2
Trentino Alto Adige	0	1	1
Friuli V.G.	2	1	3
Liguria	1	0	1
Emilia-Romagna	2	0	2
Toscana-Umbria	1	1	2
Marche	1	0	1
Lazio	3	2	5
Abruzzo-Molise	0	1	1
Campania	0	2	2
Calabria	1	0	1
Puglia	2	0	2
Basilicata	0	1	1
Sardegna	0	1	1
Sicilia	3	0	3
ITALIA	25	11	36

Fonte: Report Conferenza delle Regioni e delle Province autonome, rilevazione puntuale 31 luglio 2021

⁷ Nota del 2/02/2015 del Ministero della salute agli Assessorati regionali.

Il processo di attivazione delle REMS definitive è ancora in corso.

La situazione è in continua evoluzione, in ragione del passaggio da strutture provvisorie a definitive, a causa delle esigenze della pandemia e per motivi di ristrutturazione⁸.



Fonte: Report Conferenza delle Regioni e delle Province autonome, rilevazione puntuale 31 luglio 2021

⁸ Recentemente la regione Campania ha dismissed 3 residenze provvisorie (Roccaromana, Mondragone e Vairano, sostituite da strutture definitive), mentre la Regione Liguria ha in corso la sostituzione della REMS provvisoria (Genova) con una definitiva (La Spezia). Una REMS risulta attualmente chiusa per ristrutturazione (Aurisina, Friuli Venezia Giulia) mentre una (Rieti) è in attesa di apertura.

In Emilia-Romagna è prevista per il 20 ottobre l'apertura della struttura definitiva di Reggio Emilia, che progressivamente sostituirà le REMS transitorie di Casale di Mezzani e Bologna, con un incremento netto di 6 posti.

Di seguito l'elenco delle REMS al 5 luglio 2021 con il Comune in cui sono insediate.

	REGIONE	PROV.	COMUNE	Provvisoria/ definitiva
1	Abruzzo Molise	Aquila	Barete	DEFINITIVA
2	Basilicata	Matera	Pisticci	DEFINITIVA
3	Calabria	Cosenza	Santa Sofia d'Epiro	PROVVISORIA
4	Campania	Avellino	San Nicola Baronia	DEFINITIVA
5	Campania	Caserta	Calvi Risorta	DEFINITIVA
6	Emilia R-	Bologna	Bologna	PROVVISORIA
7	Emilia R.	Parma	Casale di Mezzani	PROVVISORIA
8	Friuli V.G.	Pordenone	Maniago	PROVVISORIA
9	Friuli V.G.	Trieste	Duino Aurisina	PROVVISORIA
10	Friuli V. G.	Udine	Udine	PROVVISORIA
11	Lazio	Frosinone	Ceccano	PROVVISORIA
12	Lazio	Frosinone	Pontecorvo	DEFINITIVA
13	Lazio	Roma	Subiaco	DEFINITIVA
14	Lazio	Roma	Palombara Sabina	PROVVISORIA
15	Lazio	Roma	Palombara Sabina	PROVVISORIA
16	Liguria	Genova	Genova Prà	PROVVISORIA
17- 22	Lombardia e V. Aosta	Mantova	Castiglion d. Stiviere	PROVVISORIA (6 moduli)
23	Marche	Macerata	Macerata Feltria	PROVVISORIA
24	Piemonte	Cuneo	Bra	PROVVISORIA
25	Piemonte	Torino	S. Maurizio Canavese	PROVVISORIA
26	Puglia	Barletta AndriaTrani	Spinazzola	PROVVISORIA
27	Puglia	Brindisi	Carovigno	PROVVISORIA
28	Sardegna	Cagliari	Capoterra	DEFINITIVA
29	Sicilia	Catania	Caltagirone	PROVVISORIA
30	Sicilia	Catania	Caltagirone	PROVVISORIA
31	Sicilia	Messina	Naso	PROVVISORIA
32	Toscana e Umbria	Firenze	Empoli	DEFINITIVA
33	Toscana e Umbria	Pisa	Volterra	PROVVISORIA (2 moduli)
34	Trentino A.A.	Trento	Pergine Valsugana	DEFINITIVA
35-36	Veneto	Verona	Nogara	1 Mod. Provvisorio 1 Mod. Definitivo

Fonte: Agenas, Cabina di regia sulle problematiche inerenti soggetti ristretti in attesa di internamento in REMS, 2021

Dotazione di posti letto

Al 31 luglio 2021, secondo la rilevazione effettuata da Regioni e Province Autonome, il numero totale di posti letto disponibili è 652, di cui 596 occupati.

La differenza fra posti letto disponibili e posti letto occupati è per lo più riconducibile a momentanee esigenze legate alla pandemia.

Posti letto disponibili e occupazione PL in REMS al 31 luglio 2021

Regioni	PL REMS	Numero di PL medio per REMS	PL occupati 31 luglio 2021	Tasso di occupazione (%)	Popolaz. >=18 residente 2021 (Istat)	PL per milione di residenti
Piemonte	40	20,0	40	100,0	3.643.048	11,0
Lombardia-Valle d'A.	160	26,7	151	94,4	8.483.338	18,9
Veneto **	40	20,0	38	95,0	4.091.128	9,8
Trentino Alto Adige	10	10,0	9	90,0	885.795	11,3
Friuli V.G. ***	6	2,0	4	66,7	1.026.931	5,8
Liguria	20	20,0	20	100,0	1.307.551	15,3
Emilia-Romagna	24	12,0	24	100,0	3.758.615	6,4
Toscana – Umbria	39	19,5	34	87,2	3.866.438	10,1
Marche ****	20	20,0	25	125,0	1.277.006	15,7
Lazio* **	91	15,2	69	75,8	4.821.620	18,9
Abruzzo-Molise	20	20,0	12	60,0	1.351.108	14,8
Campania	40	20,0	40	100,0	4.692.578	8,5
Calabria	20	20,0	20	100,0	1.578.588	12,7
Puglia **	38	19,0	30	78,9	3.311.384	11,5
Basilicata	10	10,0	9	90,0	468.636	21,3
Sardegna	16	16,0	15	93,8	1.385.339	11,5
Sicilia	58	19,3	56	96,6	4.040.254	14,4
ITALIA	652	17,6	596	91,4	49.970.104	13,0

* * dal 3 agosto è stata aperta la REMS di Rieti che ha 15 PL

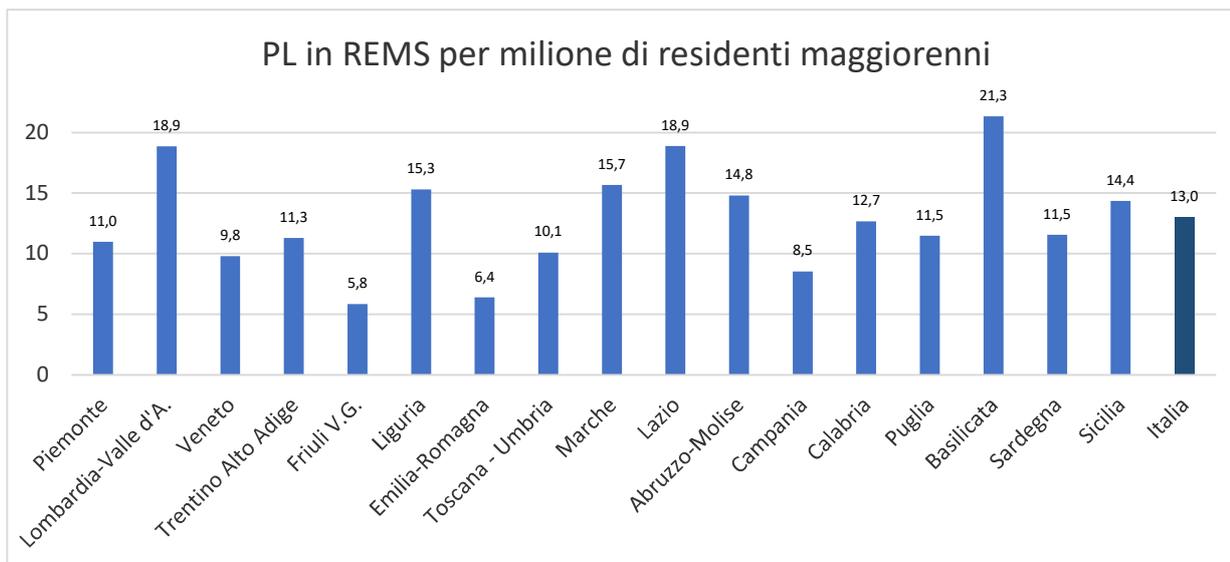
** REMS con momentanee riduzioni dei PL per esigenze legate alla Pandemia Covid19

*** Due PL in ristrutturazione

**** PL incrementati rispetto agli autorizzati per esigenze legate alle richieste dell'AG

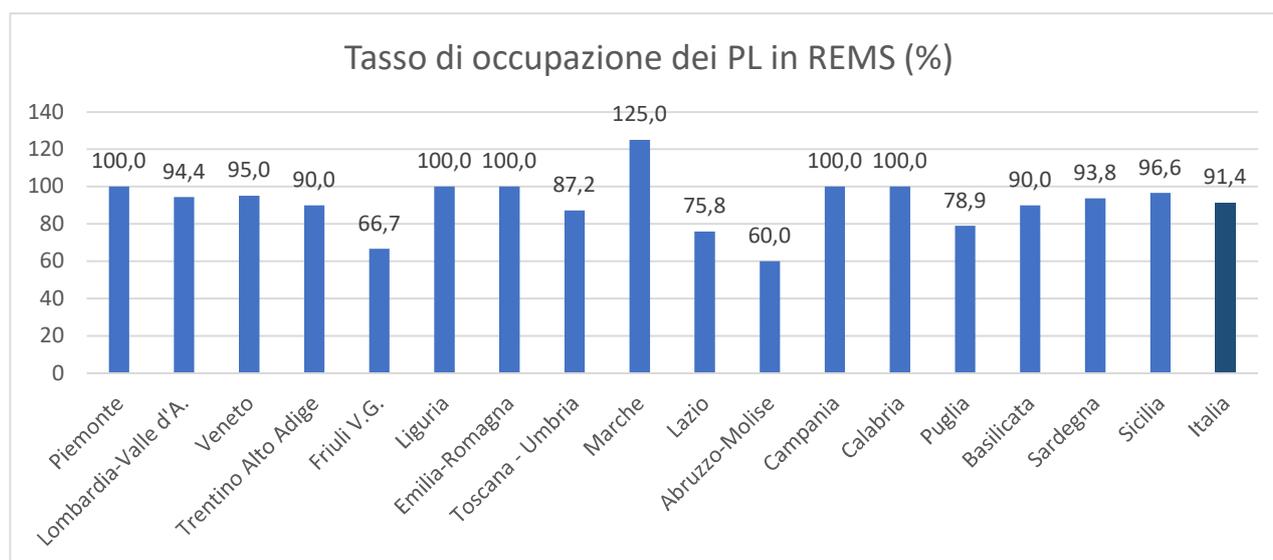
Fonte: Report Conferenza delle Regioni e delle Province autonome, rilevazione puntuale 31 luglio 2021

La dotazione di posti letto in rapporto alla popolazione (tasso per milione di residenti maggiorenni) risulta piuttosto differenziata tra le Regioni (cfr. grafico pagina seguente). Le motivazioni sono da attribuire per lo più a due fattori: la presenza di residenti negli ex Ospedali Psichiatrici Giudiziari sul territorio regionale, parametro inizialmente preso come riferimento per stimare il numero di posti letto in REMS e le scelte organizzative delle Regioni. Come si vedrà più avanti, non vi è una relazione lineare tra numero di posti letto disponibili in rapporto alla popolazione residente maggiorenne e lista d'attesa.



Fonte: Report Conferenza delle Regioni e delle Province autonome, rilevazione puntuale 31 luglio 2021

Il tasso di occupazione dei posti letto è mediamente molto elevato e pari al 91,4%⁹.



Fonte: Report Conferenza delle Regioni e delle Province autonome, rilevazione puntuale 31 luglio 2021

⁹ Le Marche hanno un tasso superiore al 100% per effetto di p.l. incrementati (rispetto agli autorizzati) per esigenze legate alle richieste dell'AG. Si segnala che alcune regioni (segnatamente Lombardia e Toscana) hanno posti letto occupati per LFE (si veda in seguito).

Il confronto fra i posti letto *disponibili* (al 31 luglio 2021, secondo i dati delle Regioni e delle Province autonome) e i posti letto *autorizzati* (al 10 settembre 2021, secondo i dati del Ministero della salute) è riportato nella tabella seguente.

Regioni	PL REMS disponibili (1)	PL REMS autorizzati (2)
Piemonte	40	70 ^a
Lombardia-Valle d'A.	160	160
Veneto **	40	40
Trentino Alto Adige	10	
Friuli V.G. ***	6	10
Liguria	20	20
Emilia-Romagna	24	30
Toscana – Umbria	39	60
Marche ****	20	20
Lazio* **	91	95
Abruzzo-Molise	20	20
Campania	40	40
Calabria	20	40
Puglia **	38	60
Basilicata	10	10
Sardegna	16	16
Sicilia	58	80
ITALIA	652	771

* dal 3 agosto Rieti con 15 PL in più

** REMS con momentanee riduzioni dei PL per esigenze legate alla Pandemia

*** Due PL in ristrutturazione

**** PL incrementati rispetto agli autorizzati per esigenze legate alle richieste dell'AG

1) Fonte: Report Conferenza delle Regioni e delle Province autonome, rilevazione puntuale 31 luglio 2021

2) Fonte: Ministero della Salute; dati al 10 settembre 2021

Al netto di eventuali problemi di rilevazione, i divari fra posti letto *autorizzati* e posti letto *attivati* appaiono in gran parte riconducibili alla gradualità del processo in corso, ovvero alla presenza di REMS provvisorie non sempre di dimensioni identiche a quelle previste dal decreto di autorizzazione e finanziamento; la loro sostituzione con strutture definitive vedrà l'adozione da parte di Regioni e PP.AA. di soluzioni definitive anche dal punto di vista del dimensionamento dei posti letto.

I divari sono inoltre riconducibili a scelte regionali volte a contenere l'attivazione di posti letto a favore di soluzioni alternative (come in Friuli Venezia Giulia) o a difficoltà nell'individuazione di sedi adeguate e condivise (come nel caso del Piemonte).

Il divario si concentra in poche regioni: la quasi totalità, 96%, delle minori attivazioni fa capo a Piemonte, Sicilia, Puglia, Calabria e Toscana.

Si segnala che, dalle verifiche effettuate per le vie brevi risulta che:

- il Piemonte ha rimodulato (e ottenuto formale approvazione) a 40 p.l.;
- l'Emilia Romagna arriverà a 30 p.l. con la REMS definitiva di Reggio Emilia;
- Toscana – Umbria arriveranno a 60 p.l. con la REMS definitiva di Volterra (40 p.l.) e di Empoli (20 p.l.);
- la Calabria arriverà a 40 p.l. con la struttura definitiva di Girifalco;
- la Sicilia ha in programma l'apertura di una struttura con 20 p.l. a Caltanissetta.

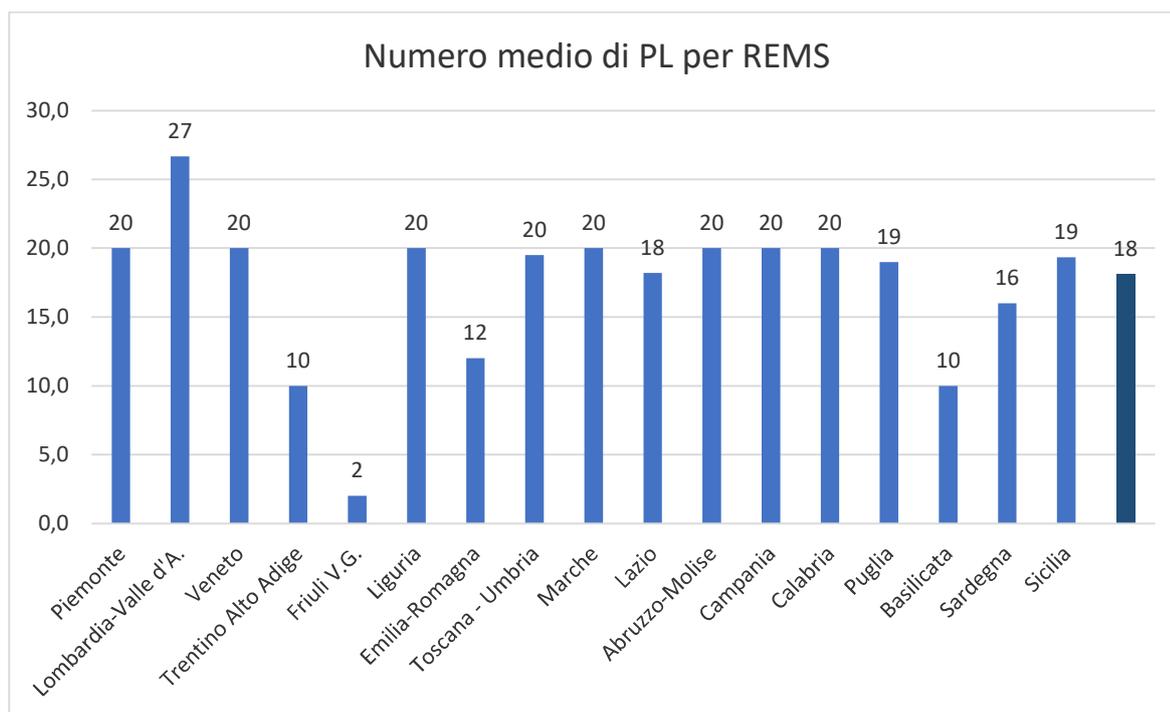
Tenuto conto delle previste rimodulazioni dei programmi regionali (avviate o realizzate) si ritiene che a regime, la dotazione di posti letto sarà intorno alle 740 unità.

I modelli operativi adottati dalle regioni

Le scelte adottate dalle Regioni per l'implementazione delle REMS appaiono diversificate, ancorchè contraddistinte da elementi di uniformità ampiamente prevalenti.

Si osservano diversi modelli operativi:

- *REMS diffusa*, modello di ospitalità messo a punto nella Regione Friuli Venezia Giulia costituito da strutture di piccole dimensioni (2 posti letto) distribuite sul territorio regionale, privilegiando i piccoli centri;
- *modello standard*, residenze di norma con un massimo di 20 posti letto, per lo più ubicate in centri di medio piccole dimensioni; si tratta del modello più diffuso, pur con specificità locali;
- *REMS di piccole dimensioni*, con una contenuta dotazione di posti letto (tra 10 e 15), di norma adottato da regioni o province autonome con ridotte dimensioni demografiche, ma scelto anche dall'Emilia Romagna;
- *sistema polimodulare di ampie dimensioni*, costituito da più moduli di 20 posti letto presenti in uno stesso complesso; soluzione adottata eccezionalmente a Castiglione delle Stiviere (Mantova), anche in ragione del contesto pregresso, che attualmente dispone di 8 REMS provvisorie con 160 posti letto e con una dimensione media superiore al massimo di 20 posti letto.



Fonte: Report Conferenza delle Regioni e delle Province autonome, rilevazione puntuale 31 luglio 2021

Quesito b) – Principio di territorialità

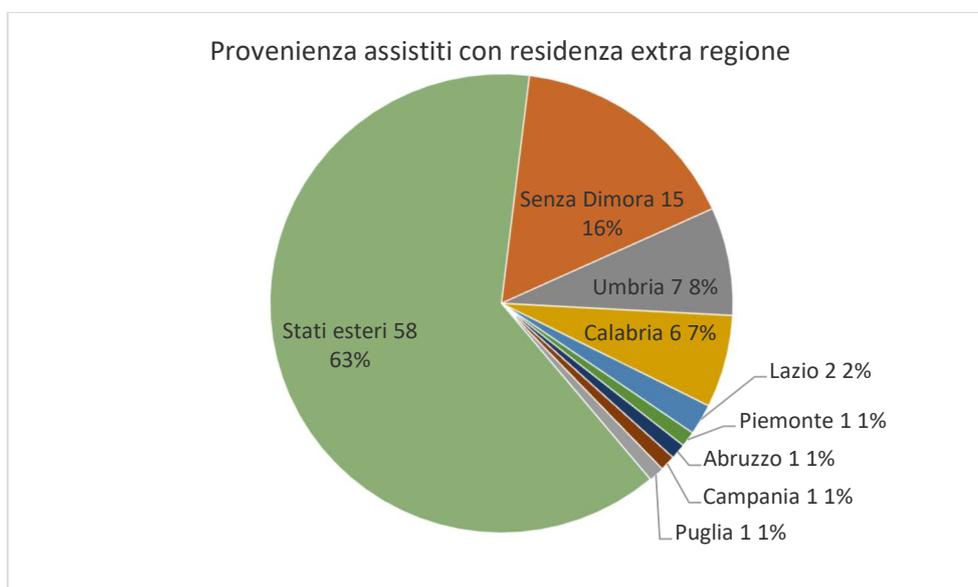
b) quanti pazienti provenienti da Regioni diverse siano ospitati attualmente nelle REMS di ciascuna Regione, e come sia regolamentato il meccanismo di deroga al principio di territorialità dell'esecuzione della misura del ricovero in REMS, previsto dall'art. 3-ter, comma 3, lettera c), del decreto-legge 22 dicembre 2011, n. 211 (Interventi urgenti per il contrasto della tensione detentiva determinata dal sovraffollamento delle carceri), convertito, con modificazioni, nella legge 17 febbraio 2012, n. 9;

Le REMS rispettano di norma il principio della territorialità¹⁰.

Al 31 luglio 2021 solo 19 persone sono ospitate in una regione diversa da quella di residenza. A queste si aggiungono 15 persone senza fissa dimora e 58 persone residenti in uno Stato estero, per lo più ospitate nelle strutture della Lombardia.

La traduzione operativa del principio della territorialità non è solo un aspetto formale ma implica un accurato studio delle storie, delle condizioni di vita e delle eventuali esperienze di cura delle singole persone.

L'ambito regionale è il riferimento primo, che va poi articolato nei singoli DSM, struttura cruciale per l'attuazione della legge.



Fonte: Report Conferenza delle Regioni e delle Province autonome, rilevazione puntuale 31 luglio 2021.

¹⁰ L'art. 3-ter, comma 3, del DL 211/2011, convertito, con modificazioni, dalla L 9/2012, indica fra i criteri:
c) destinazione delle strutture ai soggetti provenienti, di norma, dal territorio regionale di ubicazione delle medesime.

Ricoveri in REMS provenienti da altre regioni, stati estero o senza dimora

Regioni che hanno assistiti in REMS non residenti sul proprio territorio	Regioni di residenza degli assistiti inseriti in REMS non della propria regione									
	Stati esteri	Senza Dimora	Umbria	Calabria	Lazio	Piemonte	Abruzzo	Campania	Puglia	Totale
Piemonte	3	10								13
Lombardia	40							1		41
Trentino A.A.	2									2
Emilia-Romagna	3									3
Toscana	7	3								10
Marche		2	4				1			7
Lazio						1			1	2
Abruzzo-Molise	2									2
Puglia	1									1
Basilicata				4						4
Sicilia			3	2	2					7
Totale	58	15	7	6	2	1	1	1	1	92

Fonte: Report Conferenza delle Regioni e delle Province autonome, rilevazione puntuale 31 luglio 2021

** La Regione Campania segnala che l'unica presenza di persona di propria competenza territoriale in una REMS di altra Regione (Lombardia) non deriva da indisponibilità all'accoglienza ma dalla definizione, concordata tra il DSM campano e con la Regione Lombardia, di un PTRI che prevede l'inserimento sociale in quel territorio del paziente, presso familiari al termine della misura o all'approvazione di progetto alternativo alla REMS attualmente in definizione, comprensivo di acquisizione di residenza in un Comune della Lombardia.*

Alcune Regioni non ospitano assistiti in REMS residenti in altre Regioni e non hanno propri residenti ospitati in altre Regioni; è il caso delle Regioni Veneto, Friuli V.G., Liguria, Emilia-Romagna e Sardegna.

Le Regioni con il maggior numero di residenti ospitati in REMS fuori dal territorio di competenza sono l'Umbria e la Calabria.

A tale proposito, il DAP precisa che – nell'ambito delle proprie competenze limitate alla indicazione della REMS territorialmente incaricata di accogliere il destinatario della misura di sicurezza detentiva – procede frequentemente a richiedere la disponibilità di posto-letto a tutte le Residenze attive sul territorio nazionale, con la formula del cosiddetto "interpello nazionale", qualora le strutture territorialmente competenti rispondano negativamente alla designazione originaria. Ciò avviene per prassi quando detta procedura venga espressamente sollecitata dall'Autorità giudiziaria, ovvero nei casi connotati da peculiare delicatezza. Tuttavia, il numero effettivamente esiguo dei pazienti ospitati fuori regione dimostra in modo oggettivo gli esiti non soddisfacenti di siffatta procedura.

Quesito c) – Liste di attesa

c) quante persone risultino attualmente collocate, in ciascuna Regione, nelle liste d'attesa per l'ammissione in una REMS e quanto sia il tempo medio di permanenza in tali liste;

Le liste di attesa sono un tema complesso e dibattuto.

La varietà delle situazioni possibili, l'insufficienza delle procedure di codifica, le diverse finalità conoscitive, la pluralità dei differenti plausibili criteri di tenuta delle liste, le modalità di comunicazione fra sanità e giustizia (al variare della situazione della persona interessata) rendono difficile offrire un'unica risposta al quesito sulla numerosità delle liste di attesa e impongono molteplici specificazioni, in parte non ancora pienamente chiarite.

Tali elementi interferiscono anche con l'individuazione delle cause delle LA (le quali risentono dell'aumento dei rinvii da parte della magistratura, del ridotto turn-over nelle residenze, dell'indebolimento della rete dei servizi per la salute mentale - in particolare in alcune regioni - nonché della dotazione di posti letto) e con le proposte di soluzione.

In questa sede il tema è affrontato partendo dai risultati della rilevazione effettuata al 31 luglio 2021 dalla Conferenza delle Regioni e delle Province autonome (di cui si riportano puntualmente i criteri), sui quali è stato avviato un continuo e puntuale confronto con il DAP.

Si premettono le precisazioni espresse dal DAP con riguardo alla registrazione effettuata presso il Ministero della Giustizia e alle difficoltà riscontrate.

La rilevazione del DAP¹¹

Com'è noto, il fenomeno delle liste di attesa per gli ingressi in REMS e delle loro modalità di tenuta non è attualmente regolato dalle fonti normative dedicate alle Residenze, non rinvenendosi alcuna specifica disciplina né nelle fonti primarie (d. l. n. 211/2011, conv. in legge n. 9/2012, come modificata dal d. l. n. 52/2014, conv. in legge n. 81/2014), né in quelle sub-primarie (Decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro della giustizia, 1 ottobre 2012¹² e Accordo 26 febbraio 2015 stipulato in sede di Conferenza Stato-Regioni-Province Autonome-Autonomie locali¹³).

In ogni caso, il Dipartimento dell'amministrazione penitenziaria (d'ora in avanti DAP), siccome soggetto chiamato a raccogliere le richieste di posto-letto in REMS provenienti dall'Autorità giudiziaria per poi indicare la REMS territorialmente competente ad accogliere il destinatario della misura di sicurezza detentiva (v., *infra*, quesito i) – sin dall'attivazione delle REMS, ha ritenuto di effettuare un monitoraggio continuo delle singole liste di attesa regionali.

Segnatamente, il DAP registra e cataloga i provvedimenti giurisdizionali applicativi delle misure e i correlati atti amministrativi con cui viene appunto indicata all'Autorità giudiziaria la REMS ove, previa

¹¹ Il paragrafo espone le considerazioni espresse dal DAP con riguardo al tema della tenuta delle Liste di attesa.

¹² Recante "Requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi delle strutture residenziali destinate ad accogliere le persone cui sono applicate le misure di sicurezza del ricovero in ospedale psichiatrico giudiziario e dell'assegnazione a casa di cura e custodia".

¹³ Accordo concernente "disposizioni per il definitivo superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari in attuazione al D.M. 1 ottobre 2012, emanato in applicazione dell'articolo 3ter, comma 2, del decreto legge 22 dicembre 2011, n. 211 convertito, con modificazioni, dalla legge 17 febbraio 2012, n. 9 e modificato dal decreto legge 31 marzo 2014 n. 52, convertito in legge 30 maggio 2014".

dichiarazione di disponibilità di posto-letto da parte della struttura, deve essere condotto l'internando. È bene, peraltro, ribadire che il DAP non vanta alcun potere di ingerenza sulle REMS al fine di regolare i ricoveri nelle stesse che, com'è noto, possono avvenire solo nel momento in cui il Direttore della struttura sanitaria dichiara la disponibilità di posto-letto.

Sinora, il DAP ha pertanto potuto procedere ad una registrazione meramente "statica" dei dati, che, dunque, non individua alcun criterio di priorità per l'accesso in REMS, applicando i criteri di massima che di seguito si vanno ad indicare:

- vengono considerati in lista di attesa tutti i soggetti destinatari di misure di sicurezza detentive, emesse sia in forma provvisoria sia in forma definitiva, che, dal tenore dei provvedimenti applicativi ed in ragione della posizione giuridica degli internandi, risultino suscettibili di immediata esecuzione;
- pertanto, pur procedendosi in ogni caso alla designazione della REMS ove eseguire il ricovero, non sono considerati immediatamente eseguibili i ricoveri dei soggetti che, al momento della emissione della misura di sicurezza detentiva, siano detenuti in istituto di pena per altra causa;
- nello stesso senso, non vengono più qualificati come immediatamente eseguibili i ricoveri dei soggetti che, nelle more della procedura di internamento e, dunque, nell'attesa della dichiarazione di disponibilità di posto-letto, vengano raggiunti da provvedimento che ne disponga la detenzione in istituto di pena per altra causa;
- ancora, pur procedendosi alla designazione della REMS ove eseguire il ricovero, non sono considerati immediatamente eseguibili i ricoveri subordinati all'accertamento di pericolosità sociale previsto dall'art. 679 cod. proc. pen.;
- il DAP non annovera l'irreperibilità o l'espatrio degli internandi tra i criteri di tenuta della propria lista di attesa; pertanto, nei rari casi in cui l'Ufficio abbia formale notizia della sopravvenuta irreperibilità o dell'espatrio dei destinatari della misura detentiva, comunque non procede al loro depennamento dalla lista;
- si procede, infine, alla eliminazione dalla lista di attesa nei seguenti casi: ricovero in REMS dell'internando; decesso dell'internando; sopravvenuta cessazione della pericolosità sociale dell'internando e contestuale revoca della misura di sicurezza detentiva; sottoposizione dell'internando a libertà vigilata nelle more del suo internamento in REMS in ragione della ritenuta attenuazione della sua pericolosità sociale; di norma, non si procede pertanto alla eliminazione dalla lista di attesa nei casi in cui l'Autorità giudiziaria specifichi espressamente che la sottoposizione alla libertà vigilata è disposta sino all'acquisizione di posto-letto in REMS.

Ad ogni modo, il DAP procede all'effettivo depennamento degli internandi dalla propria lista di attesa solo nei casi in cui abbia formale e documentata notizia di una delle elencate vicende modificative dello *status* dei singoli destinatari della misura di sicurezza detentiva.

Peraltro, non avendo previsto l'ipotesi concernente la formazione di liste di attesa per i ricoveri in REMS, le fonti normative che attualmente regolano la materia non hanno neppure individuato adeguati circuiti comunicativi tra le varie Istituzioni coinvolte nella gestione degli accessi. Ne consegue che, attualmente, se, da un lato, è certo che le Autorità giudiziarie debbano rivolgere al DAP le richieste di designazione della REMS ove condurre gli internandi, d'altro lato non risultano esplicitate le modalità mediante le quali comunicare al DAP le varie vicende che, a seguito della designazione della REMS, possano riguardare il singolo internando, quali, ad esempio, la sua sopravvenuta irreperibilità, la sua sopravvenuta sottoposizione a libertà vigilata (per accertata attenuazione della pericolosità sociale, ovvero in attesa del suo ricovero in REMS) o finanche il suo decesso. Ne consegue che, non sempre, le liste in possesso del DAP risultano allineate a quelle tenute dalle Regioni.

In linea generale, è bene dare conto delle difficoltà incontrate nel corso degli anni dal DAP e dalle Regioni nel tenere ed alimentare le liste di attesa in modo congiunto ed unitario.

Invero, al di là delle criticità derivanti dall'assenza di una disciplina organica della materia, il concetto di "lista di attesa" è notoriamente connaturato all'ambito sanitario e pacificamente ritenuto ammissibile per l'accesso alle prestazioni aventi carattere esclusivamente clinico, mentre costituisce qualcosa di inedito sul versante giudiziario, laddove le misure adottate dall'Autorità giudiziaria sono considerate per loro natura dotate di esecutorietà e, dunque, meritevoli di esecuzione immediata, o comunque da effettuarsi in tempi ragionevoli e prevedibili.

Le perplessità circa l'ammissibilità di un sistema che, nei fatti, porta ad una esecuzione delle misure di sicurezza detentive spesso molto ritardata, e comunque incerta nel *quando*, ha dunque inevitabilmente rallentato il dialogo tra le Amministrazioni nella costruzione di un sistema di raccolta dei dati realmente condiviso ed efficiente. Ed in linea generale, tale percorso è stato ancor più complicato dall'assenza di criteri certi e validi in tutte le Regioni per la tenuta e lo scorrimento delle liste di attesa per i ricoveri in REMS.

Per queste ragioni, il sotto-gruppo attivato in seno al Tavolo di consultazione per la sanità penitenziaria con il compito di revisionare l'Accordo Stato-Regioni del 26 febbraio 2015 in materia di REMS (v., *infra*) sta appunto valutando l'introduzione di criteri tendenzialmente condivisi da tutte le Regioni, ai fini della corretta tenuta delle liste di attesa, da applicare sino all'auspicabile esaurimento delle stesse; e, nel medesimo contesto, una volta delineata una piattaforma regolamentare comune, sarà altresì valutata l'individuazione di un sistema informatico di monitoraggio degli accessi in REMS alimentato e condiviso da tutte le Regioni e dal DAP.

Altro obiettivo dei lavori in corso presso il Tavolo di sanità penitenziaria è inoltre quello di individuare più adeguati canali di comunicazione tra le diverse Amministrazioni titolari di competenze nel sistema delle REMS, sempre al fine di addivenire ad una tenuta più efficiente delle liste di attesa.

Tutto ciò premesso, il DAP precisa sin d'ora che, a fronte di un totale complessivo di 568 soggetti in lista di attesa su scala nazionale alla data del 31 luglio 2021 secondo il calcolo elaborato dalle Regioni, alla medesima data, al DAP risultavano complessivamente 750 soggetti in attesa di ricovero in REMS. Sulla base di quanto accertato nel corso dei lavori, la discrasia è verosimilmente da addebitarsi, da un lato, alla circostanza per cui, come detto, il DAP, a differenza delle Regioni, computa nel proprio elenco anche i soggetti dichiarati irreperibili ovvero espatriati e, d'altro lato, a causa della mancata comunicazione formale e documentata delle vicende modificative dello *status* degli internandi, come sopra elencate. Con specifico riguardo per la sopravvenuta concessione della libertà vigilata nei confronti degli internandi presenti in lista di attesa, è bene peraltro sottolineare che il DAP, non avendo a disposizione tutti i provvedimenti applicativi di detta tipologia misura non detentiva, non è comunque in condizione di indicare né l'esatto numero dei casi in cui la libertà vigilata sia stata applicata per la ritenuta attenuazione della pericolosità sociale, né l'esatto numero dei casi in cui la medesima misura sia stata applicata sino all'acquisizione di posto-letto in REMS.

La rilevazione di Regioni e PP.AA.: metodologia e risultati

La Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome ha effettuato una specifica rilevazione, di cui si riportano i risultati.

La rilevazione si riferisce alla situazione puntuale al 31 luglio 2021.

La metodologia di rilevazione è stata perfezionata a seguito di un confronto con il Dipartimento dell'Amministrazione penitenziaria.

I dati sono stati perfezionati a seguito di un confronto tra le singole Regioni e il Dipartimento dell'Amministrazione penitenziaria.

A seguito di tale confronto, la rilevazione delle liste di attesa è stata così suddivisa:

1. Persone che al 31 luglio 2021 avrebbero immediatamente potuto essere inserite in REMS o fruire di un programma alternativo. Da questa lista sono pertanto state escluse le seguenti situazioni:
 - Con misura di sicurezza definitiva o provvisoria, ma detenuti per altro reato
 - Detenuti seminfermi di mente con misura di sicurezza Casa di cura e custodia, che stanno scontando la pena
 - Irreperibili
 - Attualmente in Stato estero

- Deceduti
- Ricoverati in REMS
- Pazienti con passaggio da misura di sicurezza detentiva a non detentiva
- Pazienti non residenti nel territorio regionale.

2. Persone che al 31 luglio 2021 non avrebbero potuto essere immediatamente inserite in REMS o fruire di un programma alternativo, per diverse motivazioni (con misura di sicurezza definitiva o provvisoria, ma detenuti per altro reato; detenuti seminfermi di mente con misura di sicurezza Casa di cura e custodia, che stanno scontando la pena; irreperibili; attualmente in Stato estero). Per queste persone, che non vengono depennate dalla lista di attesa, non è tuttavia prevedibile se e quando la misura di sicurezza potrà essere eseguita.

Si segnala che la Regione Toscana non differenzia tra persone immediatamente inseribili e non immediatamente inseribili.

I risultati della rilevazione sono sintetizzati nelle tabelle riportate nelle pagine seguenti, relative al quesito c).

Persone in lista di attesa e tempi medi di permanenza

Sulla base dei criteri di rilevazione adottati dalla Conferenza delle Regioni e delle Province autonome, previo confronto con il DAP, sono state individuate tre differenti liste:

1. Lista delle persone immediatamente inseribili in REMS
2. Lista delle persone non immediatamente inseribili in REMS
3. Lista delle persone presenti nella lista DAP ma escluse dalle liste delle regioni.

Al 31 luglio 2021, il numero di persone in lista di attesa e immediatamente inseribili è pari a 568, mentre il tempo medio di permanenza in lista è di 304 giorni. In molte regioni le LA sono un fenomeno del tutto marginale:

- Valle d'Aosta, Trentino-Alto Adige, Molise e Sardegna: zero persone in LA,
- Marche, Veneto, Liguria, Basilicata, Friuli V.G., Umbria e Abruzzo: meno di 10 persone in LA
- Emilia-Romagna e Piemonte: da 11 a 20 persone in LA.
- Toscana, Lombardia, Lazio e Puglia: da 20 a 50 persone in LA,
- Puglia, Campania, Calabria e Sicilia assommano complessivamente il 69% del fenomeno, in particolare Puglia (62 persone), Campania (64), Calabria (92) e Sicilia (172).

La seconda lista è costituita da 103 persone non inseribili in REMS nell'immediato. Si tratta ad esempio di persone con misura di sicurezza, definitiva o provvisoria, ma detenute per altro reato; di persone detenute seminferme di mente con misura di sicurezza Casa di cura e custodia, che stanno scontando la pena; di persone attualmente in Stato estero o che sono irreperibili per i Servizi territoriali (55, pari al 53% del totale).

Le Regioni assicurano una tenuta delle LA rispettosa degli aspetti formali, non revocando la presenza in LA in assenza di un provvedimento di modifica della misura di sicurezza da parte dell'AG. Proprio questa attesa incide sia sulla consistenza della LA che sui tempi medi di permanenza, che risultano formalmente corretti ma sostanzialmente eccessivi rispetto alle situazioni assistenziali reali.

Si conferma quindi il carattere non generalizzato del fenomeno delle liste di attesa e la necessità di una specifica attenzione alle singole situazioni di criticità.

Nel confronto con il DAP, è stata creata un ulteriore elenco di 177 persone che sono state escluse dalle liste regionali, per diverse motivazioni: deceduti, già ricoverati in REMS, pazienti con passaggio da misura di sicurezza detentiva a non detentiva, pazienti non residenti nel territorio regionale.

Composizione lista d'attesa al 31 luglio 2021 (Valori assoluti e tasso per milione di ab.)

	Tempo medio di permanenza in LA in giorni relativo alla lista inseribili nell'immediato	Lista inseribili nell'immediato	Lista NON inseribili nell'immediato	Pop. Residente >=18	Tasso in lista d'attesa per milione di residenti =>18
Valle d'Aosta	0	0	0	104.642	-
Piemonte	444	13	2	3.643.048	3,6
Lombardia	85	39	14	8.359.443	4,7
Veneto	60	3	3	4.091.128	0,7
Trentino-Alto Adige	0	0	3	885.795	-
Friuli-V.G.	491	7	3	1.026.931	6,8
Liguria	282	5	5	1.307.551	3,8
Emilia-Romagna	503	12	15	3.758.615	3,2
Toscana **	487	27	0	3.129.077	8,6
Umbria*	-	8	0	737.361	10,8
Marche	10	1	1	1.277.006	0,8
Lazio	240	48	22	4.821.620	10,0
Abruzzo	365	9	0	1.094.939	8,2
Molise	0	0	0	256.169	-
Campania	520	64	13	4.692.578	13,6
Calabria	403	92	17	1.578.588	58,3
Puglia	255	62	4	3.311.384	18,7
Basilicata	872	6	0	468.636	12,8
Sardegna	0	0	0	1.385.339	-
Sicilia	458	172	1	4.040.254	42,6
ITALIA	304	568	103	49.970.104	11,4

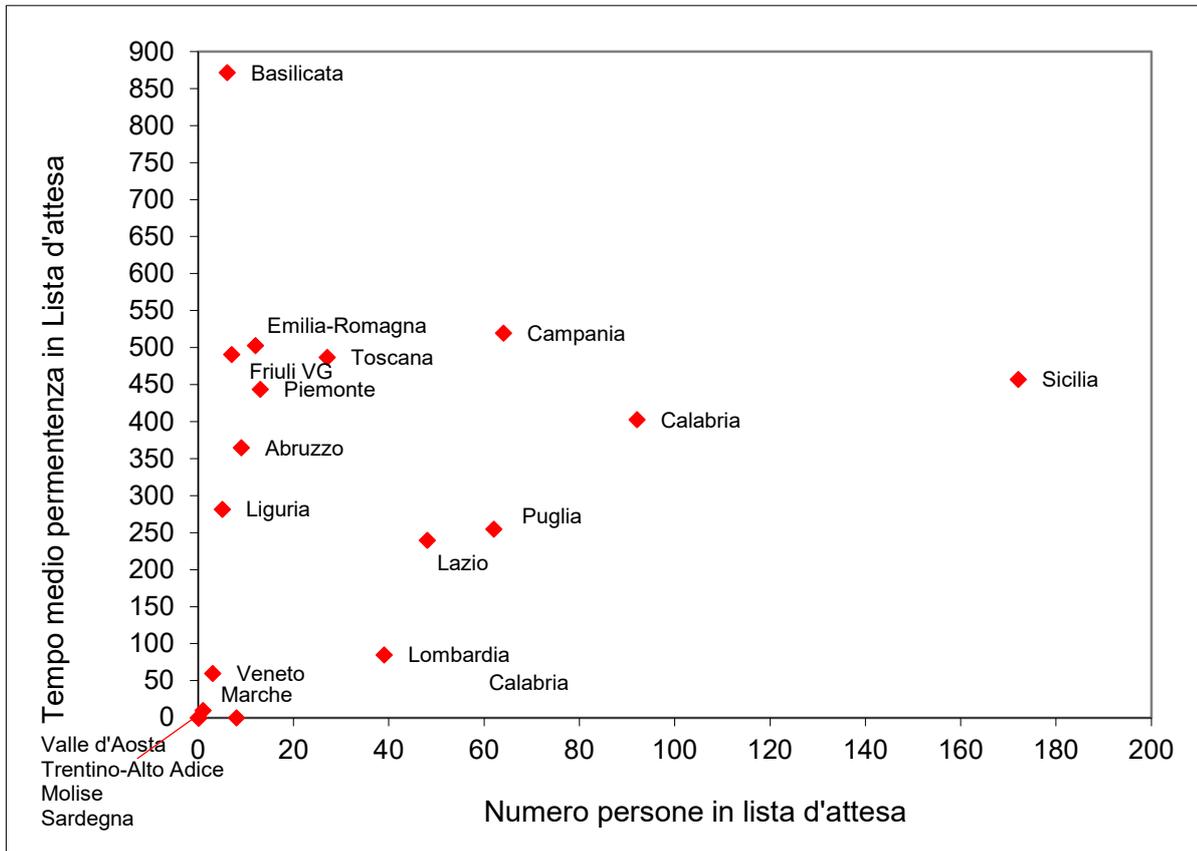
*tempo medio calcolato assieme agli assistiti della Regione Toscana

**la Regione Toscana non differenzia tra assistiti immediatamente inseribili e non immediatamente inseribili

*** la Regione Campania segnala tra delle 64 persone "inseribili dell'immediato" ve ne sono 35 che risultano già inserite da tempo in percorsi assistenziali alternativi alle REMS, prevalentemente residenziali, per le quali la competente Autorità Giudiziaria non ha rivalutato ed eventualmente modifica la misura di sicurezza, e che permangono in lista solo per la mancanza della predetta documentazione.

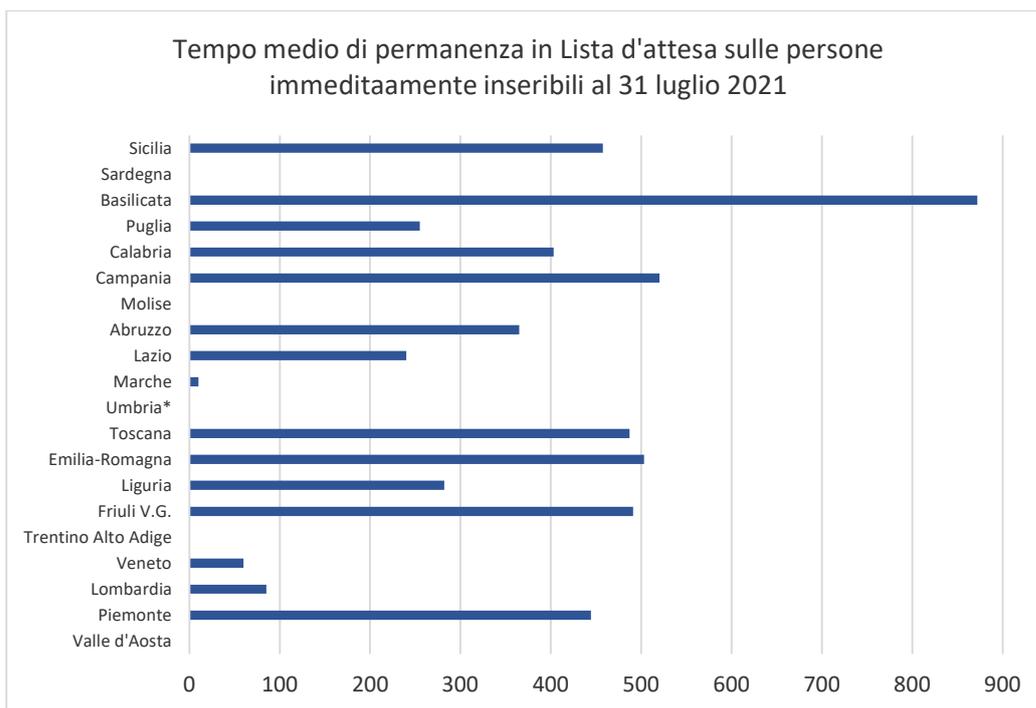
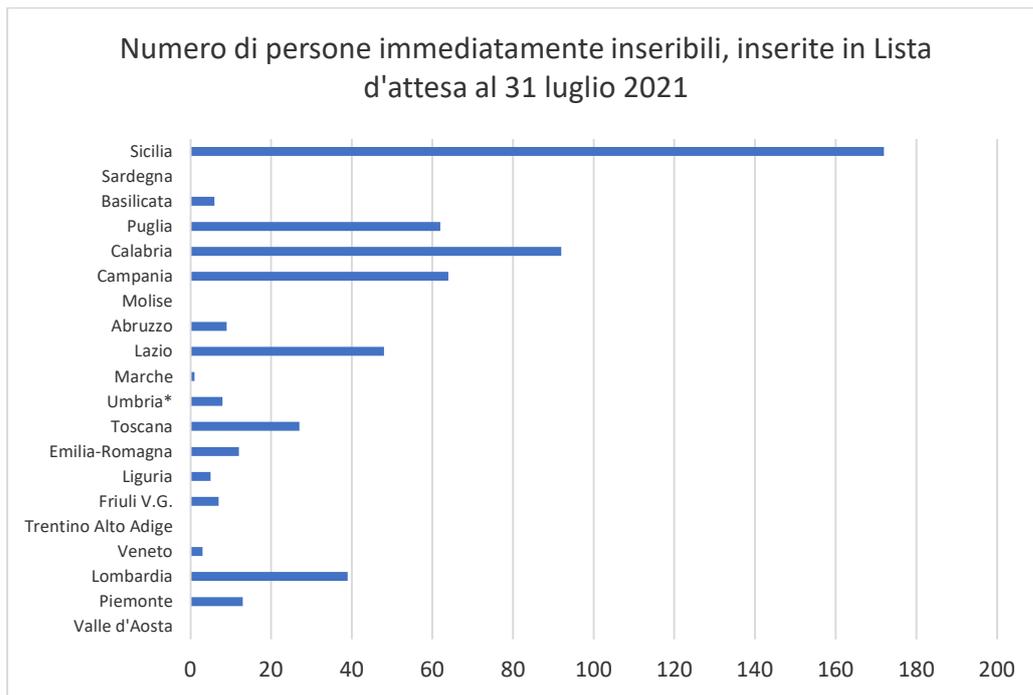
Fonte: Report Conferenza delle Regioni e delle Province autonome, rilevazione puntuale 31 luglio 2021.

Incroccio tra Tempo medio permanenza in Lista d'attesa e Numero persone in lista d'attesa per Regione



Fonte: Report Conferenza delle Regioni e delle Province autonome, rilevazione puntuale 31 luglio 2021.

Si segnala che alcune Regioni pur avendo tassi di dotazione di posti di letto inferiori alla media nazionale (come Veneto, Trentino-Alto Adige, Marche e Sardegna) hanno liste di attesa molto contenute e tempi di permanenza in lista contenuti. **In altre parole, secondo il Ministero della salute e la Conferenza Stato-Regioni, non è documentata alcuna relazione inversa tra il numero di posti e il numero di persone in lista di attesa.** Un eventuale aumento del numero di PL in REMS non produce automaticamente un calo del numero di persone in LA, anche per effetto della nota legge economica operante nel settore sanitario della *supply induced demand*, ovvero della domanda indotta dall'offerta. Occorre in ogni caso considerare altri fattori quali la dotazione di personale nei Servizi territorialmente competenti, o il rapporto e la comunicazione con la Magistratura.



Fonte: Report Conferenza delle Regioni e delle Province autonome, rilevazione puntuale 31 luglio 2021

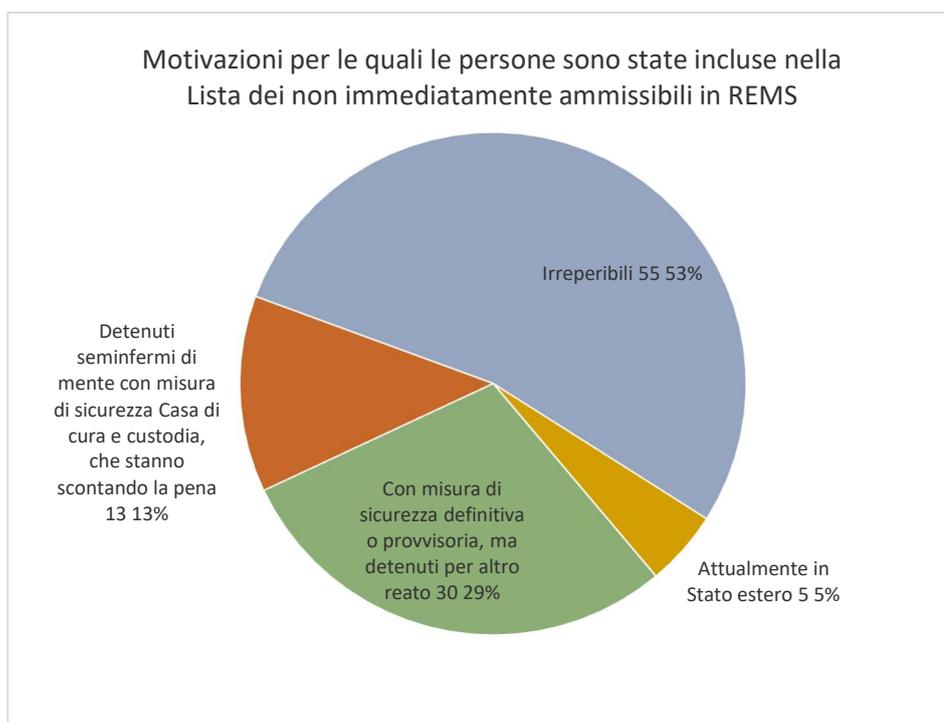
Con riguardo ai tempi medi di permanenza in LA, i dati indicano permanenze molto elevate nella gran parte delle regioni. Fanno eccezione Sardegna e Trentino-Alto Adige con tempi pari a zero.

La situazione appare meritevole di ulteriori approfondimenti.

Motivazioni per le quali le persone sono state incluse nella lista dei non immediatamente ammissibili in REMS (Valori assoluti)

Motivazioni	n. persone
Con misura di sicurezza definitiva o provvisoria, ma detenuti per altro reato	30
Detenuti seminfermi di mente con misura di sicurezza Casa di cura e custodia, che stanno scontando la pena	13
Irreperibili	55
Attualmente in Stato estero	5
Totale	103

Fonte: Report Conferenza delle Regioni e delle Province autonome, rilevazione puntuale 31 luglio 2021

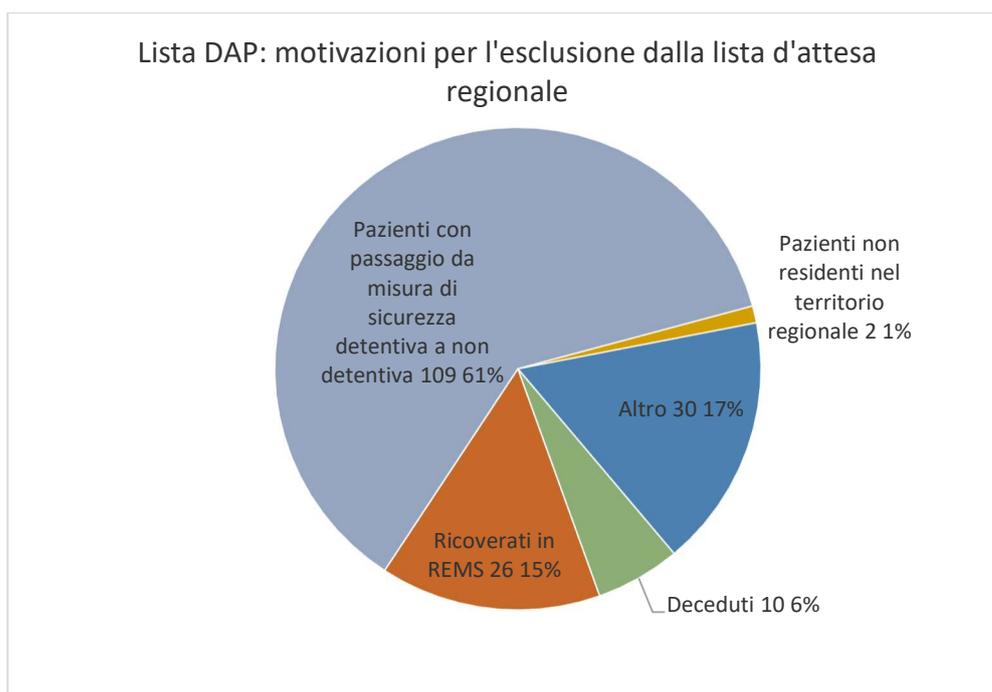


Fonte: Report Conferenza delle Regioni e delle Province autonome, rilevazione puntuale 31 luglio 2021

**Lista DAP: motivazioni per l'esclusione dalla lista d'attesa regionale
(Valori assoluti)**

Motivazioni	n. persone
Deceduti	10
Ricoverati in REMS	26
Pazienti con passaggio da misura di sicurezza detentiva a non detentiva	109
Pazienti non residenti nel territorio regionale	2
Altro	30
Totale	177

Fonte: Report Conferenza delle Regioni e delle Province autonome, rilevazione puntuale 31 luglio 2021



Fonte: Report Conferenza delle Regioni e delle Province autonome, rilevazione puntuale 31 luglio 2021

Criteri di tenuta delle liste di attesa

Nelle pagine seguenti sono riportati i risultati di specifici quesiti sottoposti a tutte le regioni per una maggiore conoscenza del fenomeno e un più utile confronto con altre fonti informative.

Il primo riguarda i soggetti che richiedono l'inserimento in lista di attesa. Di norma l'inserimento avviene tramite il Dap. In alcuni casi interviene la Procura o il Tribunale di Sorveglianza.

Attori che richiedono l'inserimento in lista d'attesa oltre il DAP

Regione	Nessuna LA	Assegnazione REMS DAP	Procura/ Tribunale sorveglianza
Valle D'Aosta	X		
Piemonte		X	X
Lombardia		X	
Veneto		X	
Trentino Alto Adige		X	
Friuli V.G.		X	X
Liguria		X	
Emilia-Romagna		X	
Toscana		X	
Umbria		X	
Marche		X	
Lazio		X	
Abruzzo-Molise		X	
Campania		X	
Calabria		X	
Puglia		X	
Basilicata		X	
Sardegna		X	
Sicilia		X	

Per alcune Regioni l'inserimento è effettuato anche su indicazione della Procura o del Tribunale di sorveglianza

Fonte: Report Conferenza delle Regioni e delle Province autonome, rilevazione puntuale 31 luglio 2021

Un ulteriore quesito riguarda la tipologia di liste di attesa: le possibili opzioni sono una unica lista regionale oppure liste separate per ogni REMS.

Escludendo i casi in cui la regione dispone di una sola REMS (in cui le due opzioni coincidono), prevale la scelta a favore della lista unica a livello regionale (7 regioni). Solo 3 regioni tengono liste separate per ogni REMS.

Tipologie di liste d'attesa (per singola REMS o regionale)

Regione	Una sola REMS	Liste separate	Unica lista
Piemonte			X
Lombardia-Valle d'A.			X
Veneto			X
Trentino Alto Adige	X		
Friuli V.G.		X	
Liguria	X		
Emilia-Romagna		X	
Toscana-Umbria			X
Marche	X		
Lazio			X
Abruzzo-Molise	X		
Campania			X
Calabria	X		
Puglia			X
Basilicata	X		
Sardegna	X		
Sicilia		X	
Totale	7	3	7

Fonte: Report Conferenza delle Regioni e delle Province autonome, rilevazione puntuale 31 luglio 2021

Nella scelta fra le diverse REMS eventualmente presenti nella regione, la tabella seguente indica alcuni criteri utilizzati dalle Regioni per indirizzare i pazienti.

Criteri per indirizzare verso una REMS (criteri utilizzati dalle Regioni)

Piemonte	REMS prossima alla residenza
Friuli V.G.	REMS prossima alla residenza
Emilia-Romagna	Bacino di utenza
Puglia	Bacino di utenza
Campania	Bacino di utenza
Toscana-Umbria	Disponibilità posto
Sicilia	Designazione DAP

** Lombardia e Veneto hanno più moduli nello stesso luogo e indirizzano in base alla disponibilità del posto*

Fonte: Report Conferenza delle Regioni e delle Province autonome, rilevazione puntuale 31 luglio 2021

Di norma le regioni non inseriscono in lista di attesa persone residenti in altre regioni. Fanno eccezione la Lombardia e il Lazio che tengono liste separate per i non residenti.

Presenza in lista d'attesa di persone residenti in altre regioni (interpello nazionale)

Piemonte	No
Lombardia-Valle d'A.	Lista separata
Veneto	No
Trentino Alto Adige	No
Friuli V.G.	No
Liguria	No
Emilia-Romagna	No
Toscana	No
Umbria	No
Marche	Regioni limitrofe
Lazio	Lista separata
Abruzzo-Molise	No
Campania	No
Calabria	No
Puglia	No
Basilicata	Dato non disponibile
Sardegna	No
Sicilia	No

Fonte: Report Conferenza delle Regioni e delle Province autonome, rilevazione puntuale 31 luglio 2021

**Soggetti che nelle more di inserimento in REMS sono
tradotti in carcere per altra causa**

Annotazioni in lista	1
Ingresso in REMS dopo scarcerazione	2
Congelamento in lista	8
Situazione mai verificata	2
Depennati dalla lista	1
Conserva posizione ante carcerazione	8
Non conserva posizione ante carcerazione	3

Fonte: Report Conferenza delle Regioni e delle Province autonome,
rilevazione puntuale 31 luglio 2021

Un ulteriore quesito riguarda la permanenza in lista di attesa delle persone con PTRI senza revoca della misura di sicurezza detentiva dall’Autorità Giudiziaria.

Tutte le regioni mantengono in lista di attesa tali soggetti, in alcuni casi con “priorità bassa”.

Permane in lista di attesa regionale il soggetto con PRTI senza revoca della misura di sicurezza detentiva da AG?

Regione	
Valle D'Aosta	Su richiesta AG
Piemonte	Si priorità bassa
Lombardia	Si
Veneto	Si
Trentino Alto Adige	Si
Friuli V.G.	Si
Liguria	Si
Emilia-Romagna	Si priorità bassa
Toscana	Si
Umbria	Si
Marche	Si priorità bassa
Lazio	Si
Abruzzo-Molise	Si
Campania	Si priorità bassa
Calabria	Si
Puglia	Si
Basilicata	Si
Sardegna	Si
Sicilia	Si

Fonte: Report Conferenza delle Regioni e delle Province autonome, rilevazione puntuale 31 luglio 2021

Rispetto alle motivazioni del deprezzamento nominativo dalla Lista di Attesa, si osserva una assoluta uniformità delle Regioni.

Tutte le regioni cancellano dalle liste di attesa le persone rispetto alle quali vi è una revoca o una modifica della misura di sicurezza, oppure è ricoverata in REMS o risulta deceduta.

Quali sono le motivazioni per deprezzamento nominativo dalla LA

	Revoca o modifica Misura di sicurezza	Decesso	Ricovero in REMS
Piemonte	X	X	X
Valle d'Aosta*	X	X	X
Lombardia	X	X	X
Veneto	X	X	X
Trentino Alto Adige	X	X	X
Friuli V.G.	X	X	X
Liguria	X	X	X
Emilia-Romagna	X	X	X
Toscana	X	X	X
Umbria	X	X	X
Marche	X	X	X
Lazio	X	X	X
Abruzzo-Molise	X	X	X
Campania	X	X	X
Calabria	X	X	X
Puglia	X	X	X
Basilicata	X	X	X
Sardegna	X	X	X
Sicilia	X	X	X

* La Regione ha lista d'attesa e non ha utenti attualmente inseriti in REMS

Fonte: Report Conferenza delle Regioni e delle Province autonome, rilevazione puntuale 31 luglio 2021.

Tutte le Regioni tengono liste di attesa senza distinguere fra i destinatari di misure di sicurezza provvisoria e quelle definitiva.

Liste di attesa distinte per i destinatari di misura di sicurezza provvisoria e definitiva

Regione	SI	No
Valle D'Aosta		X
Piemonte		X
Lombardia		X
Veneto		X
Trentino Alto Adige		X
Friuli V.G.		X
Liguria		X
Emilia-Romagna		X
Toscana		X
Umbria		X
Marche		X
Lazio		X
Abruzzo-Molise		X
Campania		X
Calabria		X
Puglia		X
Basilicata		X
Sardegna		X
Sicilia		X

Fonte: Report Conferenza delle Regioni e delle Province autonome, rilevazione puntuale 31 luglio 2021

Con riguardo ai criteri adottati per la tenuta delle liste di attesa la situazione appare differenziata:

- 7 regioni adottano solo il criterio cronologico
- 6 regioni adottano solo criteri non cronologici
- 5 regioni adottano sia il criterio cronologico sia altri criteri

Criteri di priorità nella lista d'attesa si/no

Regione	Criterio
Piemonte	Criteri
Lombardia-Valle d'A.	Criteri+cronologico
Veneto	Cronologico
Trentino Alto Adige	Criteri
Friuli V.G.	Cronologico
Liguria	Criteri+cronologico
Emilia-Romagna	Criteri+cronologico
Toscana	Criteri
Umbria	Criteri
Marche	Criteri
Lazio	Cronologico
Abruzzo-Molise	Cronologico
Campania	Criteri+cronologico
Calabria	Cronologico
Puglia	Cronologico
Basilicata	Criteri
Sardegna	Criteri+cronologico
Sicilia	Cronologico

Fonte: Report Conferenza delle Regioni e delle Province autonome, rilevazione puntuale 31 luglio 2021

Specifica dei criteri (solo su 11 regioni)

La tabella a lato specifica i criteri non cronologici utilizzati da 11 regioni.

Priorità è assegnata alla condizione di detenuto in attesa di inserimento in REMS e alla collocazione in luogo di cura.

Si osserva la bassa priorità alla competenza territoriale.

Criteri*	n. regioni
Collocato in luogo di cura	6
Detenuti in attesa di inserimento	6
Gravità reato/pericolosità sociale	4
Condizioni cliniche-psicopatologica	4
Possibilità percorso alternativo	4
Posizione giuridica (Definit. / Provvisoria)	3
Appropriatezza inserimento REMS	1
Urgenza	1
Competenza territoriale	1

* Sono individuati criteri per priorità alta/bassa

Fonte: Report Conferenza delle Regioni e delle Province autonome, rilevazione puntuale 31 luglio 2021

Questione licenza finale di esperimento

La riserva di posti letto per Licenza Finale Esperimento (LFE), cioè il mantenimento del posto per l'eventuale reingresso in REMS a seguito di violazione delle prescrizioni, è applicata da solo da 8 REMS su 37.

Alla rilevazione del 31 luglio 2021 solo 17 posti letto sono momentaneamente occupati in LFE per un possibile rientro della persona.

Si tenga presente che alcune Regioni non riservano tutti i PL delle persone inviate in LFE, ma prevedono comunque alcuni PL per situazioni particolari.

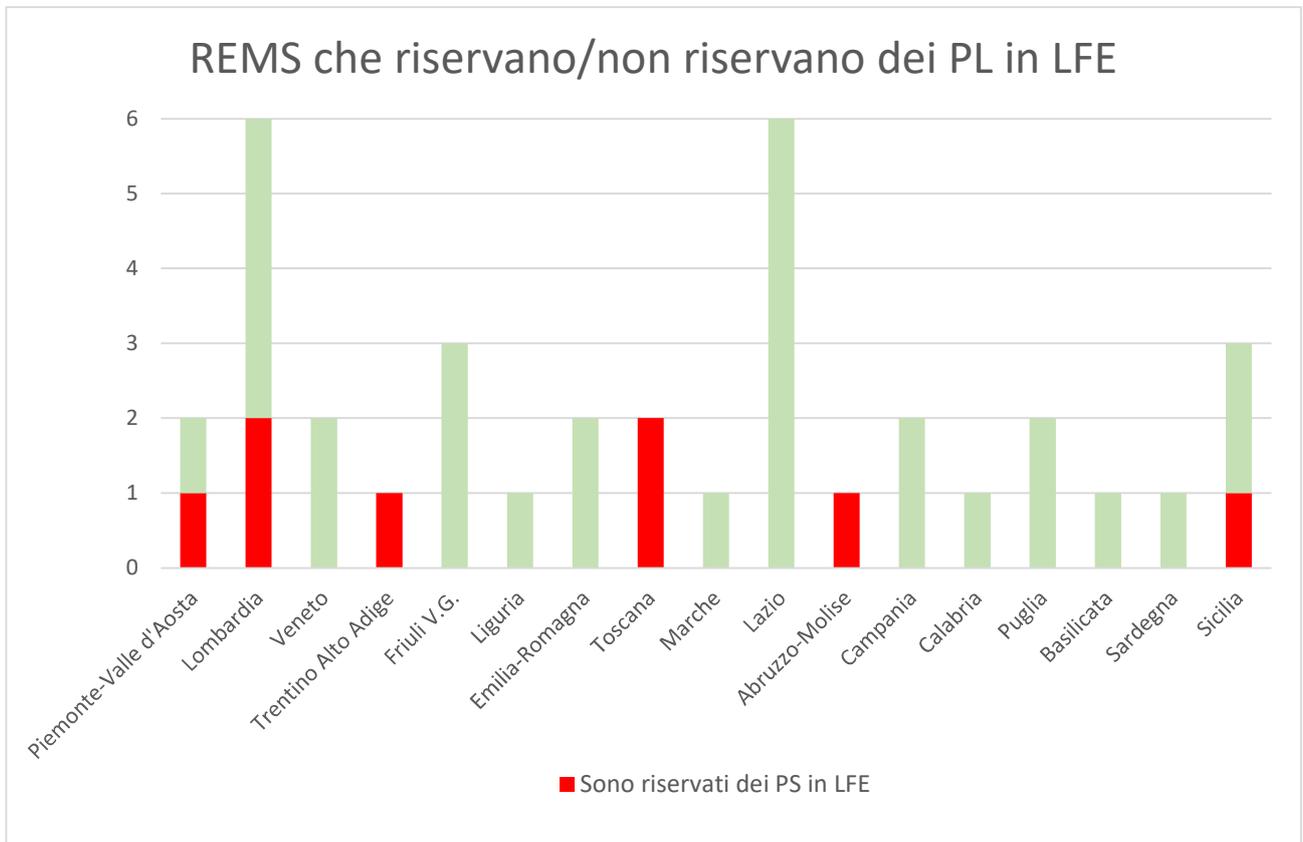
Numero REMS che riservano PL in LFE e numero posti occupati in LFE

Posti LFE	REMS che riservano posti per LFE			Numero PL occupati in LFE 31 luglio 2021
	Riservano	Non riservano	Totale	
Piemonte	1	1	2	2
Lombardia-Valle d'A.	2	4	6	7
Veneto	0	2	2	0
Trentino Alto Adige	1	0	1	0
Friuli V.G.	0	3	3	2
Liguria	0	1	1	0
Emilia-Romagna	0	2	2	0
Toscana	2	0	2	4
Marche	0	1	1	0
Lazio	0	6	6	0
Abruzzo-Molise	1	0	1	0
Campania	0	2	2	0
Calabria	0	1	1	0
Puglia	0	2	2	0
Basilicata	0	1	1	0
Sardegna	0	1	1	1
Sicilia	1	2	3	2
ITALIA	8	29	37	18

** Alcune regioni non riservano tutti i PL delle persone inviate in LFE, ma prevedono comunque alcuni PL per situazioni particolari*

Fonte: Report Conferenza delle Regioni e delle Province autonome, rilevazione puntuale 31 luglio 2021.

Il grafico illustra il numero di strutture che riservano o non riservano posti letto per LFE nelle diverse regioni.



Fonte: Report Conferenza delle Regioni e delle Province autonome, rilevazione puntuale 31 luglio 2021.

Quesito d) – Provvedimenti non eseguiti

d) quante siano, su scala nazionale, le persone destinatarie di un provvedimento di assegnazione a una REMS ancora non eseguito, adottato in via definitiva o provvisoria dal giudice;

Il tema è stato trattato all'interno del quesito c) sulle liste di attesa, al quale si rinvia.

Si riporta esclusivamente i risultati sintetici.

Sulla base della rilevazione della Conferenza delle Regioni e delle Province autonome, le persone che al 31 luglio 2021 avrebbero immediatamente potuto essere inserite in REMS o fruire di un programma alternativo, ovvero con l'esclusione delle seguenti situazioni:

- con misura di sicurezza definitiva o provvisoria, ma detenuti per altro reato
- detenuti seminfermi di mente con misura di sicurezza Casa di cura e custodia, che stanno scontando la pena
- irreperibili
- attualmente in Stato estero
- deceduti
- ricoverati in REMS
- pazienti con passaggio da misura di sicurezza detentiva a non detentiva
- pazienti non residenti nel territorio regionale.

risultano pari a 568.

A queste si aggiungono le 104 persone non inseribili in REMS nell'immediato; di cui il 54% è costituito da irreperibili; seguono persone detenute per altro reato o seminfermi che stanno scontando la pena.

I dati indicano che in molte regioni le LA sono un fenomeno del tutto marginale: 7 regioni hanno un numero di persone in lista variabile da zero a cinque (Val d'Aosta, Sardegna, Trentino-Alto Adige, Marche, Veneto, Molise e Liguria), altre 4 regioni hanno un numero di persone in LA compreso fra 6 e 10 persone (Friuli-Venezia Giulia, Umbria, Abruzzo, Basilicata).

Al contrario, le LA sono rilevanti in 5 regioni (Sicilia, Puglia, Calabria, Campania e Lazio) nelle quali si concentra il 78% del fenomeno. In particolare, in Sicilia si rilevano ben 172 persone, poco meno di un terzo del totale.

Si conferma quindi il carattere non generalizzato del fenomeno delle liste di attesa e la necessità di una specifica attenzione alle singole situazioni di criticità.

Si ricorda che 17 posti letto sono momentaneamente occupati in LFE per un possibile rientro della persona.

Quesito e) Titoli di reato ¹⁴

e) quali siano, ovvero siano stati nel caso di persone definitivamente prosciolte per infermità di mente, i titoli di reato contestati alle persone di cui alla precedente lettera d);

Per rispondere a questo quesito, essendosi constatato che, nella maggior parte dei casi, i singoli internandi risultano attinti da provvedimenti relativi ad una pluralità di titoli di reato spesso connessi tra loro ai sensi dell'art. 81 cpv. c.p., il DAP ha ritenuto di indicare di volta in volta la singola fattispecie di reato, se da sola contestata all'internando, nonché quale fattispecie più grave in caso di pluralità di contestazioni. Pertanto, a titolo esemplificativo, su 750 pazienti risultanti al DAP in lista di attesa su scala nazionale alla data del 31 luglio 2021, si è considerato che in 6 casi si procede per il reato di violenza a pubblico ufficiale (art. 336 c.p.), nel senso che in quei 6 casi tale reato risulta l'unico contestato ovvero il più grave tra quelli contestati; in tale computo, d'altro canto, non si sono inseriti i casi in cui il reato di cui all'art. 336 c.p. risulti contestato insieme ad altre fattispecie ma non alla stregua di reato più grave. Allo stesso modo ci si è ovviamente regolati con tutte le altre fattispecie di reato.

Operando in tal modo, si è potuto ottenere un quadro immediato delle fattispecie delittuose più ricorrenti in relazione alle quali continua a registrarsi la mancata esecuzione dei provvedimenti giurisdizionali.

Ciò premesso, si illustrerà a seguire la ricorrenza delle singole fattispecie di reato, elencandole in modo progressivo, a partire da quelle più frequenti per arrivare alle meno frequenti:

- **maltrattamenti in famiglia** (art. 572 c.p.): **187** casi;
- **atti persecutori** (art. 612 bis c.p.): **75** casi;
- **resistenza a pubblico ufficiale** (art. 337 c.p.): **72** casi;
- **lesioni personali** in forma consumata, tentata e aggravata (art. 582 c.p.): **62** casi in totale, di cui 22 casi di lesioni personali semplici, 25 casi di lesioni personali aggravate ai sensi dell'art. 585 c.p., 10 casi di lesioni personali aggravate ai sensi dell'art. 583 c.p. e 5 casi di lesioni personali aggravate ai sensi dell'art. 585 c.p. in forma tentata;
- **estorsione** in forma consumata, tentata e aggravata (art. 629 c.p.): **59** casi in totale, di cui 40 casi di estorsione semplice, 14 casi di tentata estorsione e 5 casi di estorsione aggravata;
- **omicidio** in forma consumata, tentata e aggravata (art. 575 c.p.): **44** casi in totale, di cui 7 casi di omicidio semplice, 5 casi di omicidio aggravato ai sensi dell'art. 576 c.p., 4 casi di omicidio aggravato ai sensi dell'art. 577 c.p., 19 casi di tentato omicidio, 6 casi di tentato omicidio in forma aggravata ai sensi dell'art. 577 c.p. e 3 casi di tentato omicidio in forma aggravata ai sensi dell'art. 576 c.p.;
- **rapina** in forma consumata, tentata e aggravata (art. 628 c.p.): **40** casi in totale, di cui 28 casi di rapina semplice, 5 casi di tentata rapina e 7 casi di rapina aggravata;
- **violenza sessuale** in forma consumata, tentata e aggravata (art. 609 bis c.p.): **34** casi in totale, di cui 29 di violenza sessuale semplice, 2 casi di tentata violenza sessuale, 2 casi di violenza sessuale aggravata e 1 caso di tentata violenza sessuale aggravata;
- **furto** in forma consumata, tentata e aggravata (art. 624 c.p.): **32** casi in totale, di cui 7 casi in forma semplice, 18 in forma aggravata ai sensi dell'art. 625 c.p., 2 casi in forma tentata e 5 casi di tentato furto in forma aggravata;
- **minaccia** (art. 612 c.p.): **20** casi in totale;
- **incendio**, in forma consumata e tentata (art. 423 c.p.): **12** casi in totale, di cui 11 in forma consumata e 1 in forma tentata;
- **danneggiamento** (art. 635 c.p.): **11** casi;
- **sequestro di persona** (art. 605 c.p.): **8** casi;

¹⁴ Quesito di esclusiva pertinenza del Ministero della Giustizia, detentore delle informazioni necessarie per fornire ogni approfondimento.

- **danneggiamento seguito da incendio**, in forma semplice e aggravata: **6** casi in totale, di cui 4 in forma semplice e 2 ai sensi degli artt. 424, co. 2 e 425 c.p.;
- **violenza a pubblico ufficiale** (art. 336 c.p.): **6** casi;
- **reati in materia di stupefacenti** (art. 73 d.P.R. 309/1990): **5** casi;
- **evasione** (art. 385 c.p.): **4** casi;
- **violenza privata** (art. 610 c.p.): **4** casi;
- **atti osceni in luogo pubblico** (art. 527 c.p.): **3** casi;
- **calunnia** (art. 368 c.p.): **3** casi;
- **ricettazione** (art. 648 c.p.): **2** casi;
- **crollo di costruzioni o altri disastri dolosi** (art. 434 c.p.): **2** casi;
- **omicidio preterintenzionale** (art. 584 c.p.): **2** casi;
- **omissione di soccorso aggravata** ai sensi dell'art. 593, co. 3: **2** casi;
- **atti sessuali con minorenni** (art. 609 *quater* c.p.): **1** caso;
- **associazione di tipo mafioso** (art. 416 *bis* c.p.): **1** caso;
- **strage** (art. 422 c.p.): **1** caso;
- **pericolo di disastro ferroviario causato da danneggiamento** (art. 431 c.p.): **1** caso;
- **attentati alla sicurezza dei trasporti** di cui all'art. 432, co. 2 c.p.: **1** caso;
- **delitti colposi di danno** (art. 449 c.p.): **1** caso;
- **false dichiarazioni sull'identità o su qualità personali proprie o di altri** (art. 496 c.p.): **1** caso;
- **rissa** (art. 588 c.p.): **1** caso;
- **adescamento di minorenni** (art. 609 *undecies* c.p.): **1** caso;
- **violazione di domicilio aggravata** (art. 614, co. 4 c.p.): **1** caso;
- **furto in abitazione** (art. 624 *bis* c.p.): **1** caso;
- **riciclaggio** (art. 648 *bis* c.p.): **1** caso;
- **porto di strumenti atti ad offendere** (art. 4, legge n. 110/1975): **1** caso;
- **molestia o disturbo alle persone** (art. 660 c.p.): **1** caso;

- **applicazione della misura di sicurezza detentiva ai sensi dell'art. 231 cod. pen.:** **40** casi;

- **reato non rilevato**¹⁵: **1** caso.

TOTALE: 750 casi

Dal prospetto, può evincersi come in circa il 71 % dei casi ai soggetti in attesa di ricovero in REMS risultino contestati reati sanzionati con pena edittale massima superiore ai 5 anni di reclusione. Si arriva peraltro a circa l'83 % dei casi totali, comprendendo nel calcolo anche i reati sanzionati con pena edittale massima pari a 5 anni di reclusione¹⁶.

All'esito di apposito confronto con le Regioni, essendo emersa una certa discrasia nel computo dei soggetti in lista di attesa (sul punto, v., *supra*), si è ritenuto di rielaborare il calcolo dei reati più frequentemente contestati agli internandi, tenendo come riferimento sempre la data del 31 luglio 2021 ed escludendo 187 soggetti in relazione ai quali le Regioni, nel corso dei lavori, hanno informalmente comunicato la sussistenza di vicende modificative del rispettivo *status* (essenzialmente ricoveri in REMS, decessi e revoche o sostituzioni della misura di sicurezza detentiva).

Ne è seguito il presente prospetto:

- **maltrattamenti in famiglia** (art. 572 c.p.): **141** casi;
- **resistenza a pubblico ufficiale** (art. 337 c.p.): **56** casi;

¹⁵ Caso in cui la richiesta di posto-letto in REMS da parte dell'Autorità giudiziaria non è stata accompagnata, né seguita, dalla trasmissione dell'intero provvedimento applicativo della misura di sicurezza detentiva.

¹⁶ Dal computo sono stati esclusi il singolo caso in cui il reato contestato non è stato rilevato e i 40 in cui il provvedimento giudiziario è risultato emesso ai sensi dell'art. 231, cod. pen.

- **atti persecutori** (art. 612 bis c.p.): **50** casi;
- **estorsione** in forma consumata, tentata e aggravata (art. 629 c.p.): **47** casi in totale, di cui 30 casi di estorsione semplice, 12 casi di tentata estorsione e 5 casi di estorsione aggravata;
- **lesioni personali** in forma consumata, tentata e aggravata (art. 582 c.p.): **46** casi in totale, di cui 17 casi di lesioni personali semplici, 22 casi di lesioni personali aggravate ai sensi dell'art. 585 c.p., 5 casi di lesioni personali aggravate ai sensi dell'art. 583 c.p. e 2 casi di lesioni personali aggravate ai sensi dell'art. 585 c.p. in forma tentata;
- **omicidio** in forma consumata, tentata e aggravata (art. 575 c.p.): **32** casi in totale, di cui 5 casi di omicidio semplice, 3 casi di omicidio aggravato ai sensi dell'art. 576 c.p., 4 casi di omicidio aggravato ai sensi dell'art. 577 c.p., 16 casi di tentato omicidio, 2 casi di tentato omicidio in forma aggravata ai sensi dell'art. 577 c.p. e 2 casi di tentato omicidio in forma aggravata ai sensi dell'art. 576 c.p.;
- **violenza sessuale** in forma consumata, tentata e aggravata (art. 609 bis c.p.): **27** casi in totale, di cui 24 di violenza sessuale semplice, 1 caso di tentata violenza sessuale, 1 caso di violenza sessuale aggravata e 1 caso di tentata violenza sessuale aggravata;
- **rapina** in forma consumata, tentata e aggravata (art. 628 c.p.): **27** casi in totale, di cui 21 casi di rapina semplice, 2 caso di tentata rapina e 4 casi di rapina aggravata;
- **furto** in forma consumata, tentata e aggravata (art. 624 c.p.): **26** casi in totale, di cui 7 casi in forma semplice, 14 in forma aggravata ai sensi dell'art. 625 c.p., 2 casi in forma tentata e 3 casi di tentato furto in forma aggravata;
- **minaccia**: **17** casi in totale;
- **incendio**, in forma consumata e tentata (art. 423 c.p.): **7** casi in totale;
- **danneggiamento** (art. 635 c.p.): **6** casi;
- **reati in materia di stupefacenti** (art. 73 d.P.R. 309/1990): **5** casi;
- **violenza a pubblico ufficiale** (art. 336 c.p.): **5** casi;
- **sequestro di persona** (art. 605 c.p.): **4** casi;
- **danneggiamento seguito da incendio**, in forma semplice e aggravata (art. 424 c.p.): **4** casi in totale, di cui 3 in forma semplice e 1 ai sensi dell'art. 424, co. 2;
- **evasione** (art. 385 c.p.): **4** casi;
- **atti osceni in luogo pubblico** (art. 527 c.p.): **3** casi;
- **violenza privata** (art. 610 c.p.): **2** casi;
- **ricettazione** (art. 648 c.p.): **2** casi;
- **crollo di costruzioni o altri disastri dolosi** (art. 434 c.p.): **2** casi;
- **omicidio preterintenzionale** (art. 584 c.p.): **2** casi;
- **calunnia** (art. 368 c.p.): **2** caso;
- **omissione di soccorso aggravata** ai sensi dell'art. 593, co. 3: **2** caso;
- **porto di strumenti atti ad offendere** (art. 4, legge n. 110/1975): **1** caso;
- **associazione di tipo mafioso** (art. 416 bis c.p.): **1** caso;
- **strage** (art. 422 c.p.): **1** caso;
- **pericolo di disastro ferroviario causato da danneggiamento** (art. 431 c.p.): **1** caso;
- **delitti colposi di danno** (art. 449 c.p.): **1** caso;
- **false dichiarazioni sull'identità o su qualità personali proprie o di altri** (art. 496 c.p.): **1** caso;
- **rissa** (art. 588 c.p.): **1** caso;
- **adescamento di minorenni** (art. 609 undecies c.p.): **1** caso;
- **violazione di domicilio aggravata** (art. 614, co. 4 c.p.): **1** caso;
- **furto in abitazione** (art. 624 bis c.p.): **1** caso;
- **riciclaggio** (art. 648 bis c.p.): **1** caso;
- **molestia o disturbo alla persona** (art. 660 c.p.): **1** caso;
- **applicazione della misura di sicurezza detentiva ai sensi dell'art. 231 cod. pen.:** **31** casi;
- **reato non rilevato:** **1** caso.

TOTALE: 563 casi

Anche la nuova elaborazione lascia sostanzialmente invariate le percentuali concernenti la gravità dei reati per cui si procede; ed invero, in circa il 70 % dei casi ai soggetti in attesa di ricovero in REMS risultano contestati reati sanzionati con pena edittale massima superiore ai 5 anni di reclusione. Ed anche secondo questa differente elaborazione, si arriva a circa l'82 % dei casi totali, comprendendo nel calcolo anche i reati sanzionati con pena edittale massima pari a 5 anni di reclusione¹⁷.

¹⁷ Dal computo sono stati esclusi il singolo caso in cui il reato contestato non è stato rilevato e i 31 in cui il provvedimento giudiziario è risultato emesso ai sensi dell'art. 231, cod. pen.

Quesito f) – Persone non in REMS¹⁸

f) quante di tali persone risultino allo stato collocate in una struttura penitenziaria sulla base di ordinanze di custodia cautelare, ovvero in reparti ospedalieri di medicina psichiatrica sulla base di ordinanze di custodia cautelare in luogo di cura (art. 286 del codice di procedura penale), o ancora siano sottoposte medio tempore alla misura di sicurezza della libertà vigilata, come nel caso oggetto del giudizio a quo;

§ 1 Alla data del 31 luglio 2021, risultavano collocate in struttura penitenziaria in attesa di internamento in REMS n. 61 persone, di cui 1 destinata alla REMS dell'Abruzzo, 6 alla REMS della Calabria, 5 alle REMS della Campania, 5 alle REMS dell'Emilia-Romagna, 15 alle REMS del Lazio, 9 alla REMS della Lombardia, 4 alla REMS del Piemonte, 6 alle REMS della Puglia, 7 alle REMS della Sicilia, 2 alle REMS della Toscana ed 1 alla REMS del Veneto.

Grazie alle iniziative intraprese dalle Regioni e dal DAP, anche nell'ambito di un'apposita Cabina di regia istituita presso l'Agenzia Nazionale per i servizi sanitari (AGE.NA.S.) e dedicata alle problematiche dei soggetti detenuti in attesa di internamento in REMS (su cui v., *infra*, risposta al quesito *sub h*), il suddetto numero è di recente sensibilmente diminuito. In particolare, alla data del 25 ottobre 2021 risultano al DAP n. 35 persone collocate in istituto penitenziario in attesa di ricovero in REMS, di cui 5 destinate alla REMS della Calabria, 1 alle REMS della Campania, 4 alle REMS dell'Emilia-Romagna, 10 alle REMS del Lazio, 4 alla REMS della Lombardia, 1 alla REMS del Piemonte, 3 alle REMS della Puglia, 1 alla REMS della Sardegna e 6 alle REMS della Sicilia.

In questo contesto il DAP sta perfezionando i meccanismi di monitoraggio sui soggetti presenti in carcere in attesa di ricovero in REMS, così da disporre di dati statistici il più possibile aggiornati ed affidabili.

Tra l'altro, il DAP, in data 10.8.2021, ha provveduto ad inviare specifiche note agli Istituti di pena interessati, al fine di sollecitare puntuali verifiche sulle posizioni giuridiche degli internandi e di stimolare apposite interlocuzioni con l'Autorità giudiziaria sullo *status libertatis* degli stessi, oltre che sulla possibilità di adottare provvedimenti che dispongano la fuoriuscita dei soggetti dal circuito penitenziario nelle more del ricovero in REMS.

§ 2 Tra coloro che si trovavano in lista di attesa per l'ingresso in REMS alla data del 31 luglio 2021, il DAP non ha avuto notizia di persone nelle more collocate presso i servizi psichiatrici ospedalieri sulla base di ordini emessi dall'Autorità Giudiziaria ai sensi dell'art. 286, cod. proc. pen.; alla data del 25 settembre 2021 risultavano invece trovarsi in tale condizione n. 3 persone, nelle more dei rispettivi ricoveri in REMS.

§ 3 Infine, per quanto riguarda la parte del quesito *sub f*) relativa al numero dei soggetti presenti in lista di attesa per l'ingresso in REMS *medio tempore* sottoposti alla misura di sicurezza della libertà vigilata, deve premettersi che in numerosi casi, al DAP non viene formalmente comunicata l'emissione dei provvedimenti giurisdizionali che dispongano in tal senso (sul punto, v., *supra*).

Come peraltro riscontrato nell'ambito dei lavori funzionali alla elaborazione del presente documento, è dunque verosimile ipotizzare che il numero di internandi che versano in detta condizione sia non poco superiore a quello che formalmente risulta al DAP. Sempre a proposito della esattezza del dato statistico, inoltre, il *deficit* di comunicazione interistituzionale neppure consente di distinguere numericamente in modo sufficientemente attendibile i casi in cui le misure non detentive siano state concesse dall'Autorità Giudiziaria per la ritenuta attenuazione della pericolosità sociale degli internandi, dai casi in cui tali provvedimenti siano stati emessi sino all'acquisizione della disponibilità di posto-letto in REMS.

¹⁸ Quesito di pertinenza del Ministero della Giustizia.

Pertanto, ed in assenza della indicazione di un *dies a quo* per la rilevazione, si è ritenuto di restringere l'analisi all'epoca più recente, prendendo dunque in considerazione i provvedimenti applicativi della libertà vigilata emessi nei confronti di soggetti presenti in lista di attesa a partire dal 20 giugno scorso.

Ed allora, a decorrere da quest'ultima data e sino al 25 settembre 2021, risultano al DAP l'emissione di 15 provvedimenti con cui è stata concessa la libertà vigilata in favore di soggetti presenti in lista di attesa per il ricovero in REMS.

Quesito g) - Difficoltà di funzionamento luoghi cura esterni alle REMS

- g) quali siano le principali difficoltà di funzionamento dei luoghi di cura per la salute mentale esterni alle REMS per gli imputati e le persone prosciolte in via definitiva che siano risultati affetti da infermità mentale;

Come riportato in premessa, oggi le persone con disturbo mentale autrici di reato hanno diritto ad essere seguite e curate dai Dipartimenti di Salute Mentale, DSM, attraverso una pluralità di interventi programmati per rispondere in maniera appropriata alla molteplicità di condizioni e bisogni presenti in tali soggetti. Fra tali interventi è previsto anche il ricovero in REMS, quando il giudice dispone come condizione residuale l'applicazione di una misura di sicurezza detentiva.

In questo contesto si stanno strutturando pratiche efficaci e innovative, ma sono anche presenti rischi di sovraccarico dei servizi.

La prima difficoltà attiene alla carenza di risorse per la salute mentale territoriale (carenze di personale, strutture e finanziamenti per il Budget di Salute, i centri diurni e le residenze).

I Dipartimenti di salute mentale non hanno ovunque le risorse e le competenze per affrontare casi talora particolarmente complessi; di qui le difficoltà nella redazione tempestiva del PTRI e nella individuazione di idonei programmi riabilitativi.

Va ricordato che i finanziamenti previsti dalla legge 9/2012 e 81/2014 sono stati indirizzati prevalentemente alla creazione/funzionamento delle REMS; solo in alcune situazioni sono state utilizzate anche per rafforzare strutture, personale e strumenti dei DSM.

Va altresì ricordato che, in base ai dati 2019 del Sistema Informativo Salute Mentale del Ministero della salute, ai servizi per la salute mentale è destinato solo il 2,9% le risorse complessive per il SSN¹⁹.

Il sostegno al sistema territoriale risulta fondamentale per dare piena funzionalità alla riforma. Senza adeguata attenzione, il sistema è a forte rischio: sono indispensabili risorse e competenze per predisporre programmi alternativi alla misura detentiva in REMS (sia prima dell'ingresso, sia per favorire le dimissioni).

Con riguardo ai Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura, SPDC, strutture che afferiscono al DSM ancorché collocate all'interno di un presidio ospedaliero, si richiama il rischio di grave compromissione del loro funzionamento, a discapito di tutti i cittadini, in caso di ricoveri impropri e prolungati, aggravati talora anche dal piantonamento, di persone con misure di sicurezza detentiva.

La seconda difficoltà attiene alla mancanza di adeguate ed efficaci forme di coordinamento tra l'amministrazione della giustizia e i servizi sanitari territoriali (lentezza delle comunicazioni, fasi di latenza, mancanza di dialogo con professionisti e utenti/familiari). I protocolli e gli accordi sottoscritti da molte Regioni con la Magistratura prevedono procedure dirette a questo fine, ma la loro attuazione va implementata. A questo fine risulta essenziale un'azione formativa congiunta, per condividere, oltre alle procedure, linguaggi e punti di vista.

¹⁹ Si ricorda che nel gennaio del 2001, in occasione della Prima Conferenza Nazionale sulla Salute mentale, la Conferenza dei Presidenti delle Regioni aveva sottoscritto un documento nel quale veniva confermato l'impegno, già assunto in precedenza, a "destinare almeno il 5% dei Fondi sanitari regionali" per le attività di promozione e tutela della salute mentale. Per quanto datata, tale percentuale appare nettamente superiore alle risorse attualmente destinate alle persone con esperienza di sofferenza mentale.

Una terza difficoltà attiene alla complessità di alcune situazioni, dal punto di vista giudiziario (carenze della difesa, situazioni giudiziarie confuse specie se sono in atto più procedimenti), psichiatrico (quadri di psicopatologia e criminalità impropriamente ricoverati in psichiatria e nelle REMS), sanitario (forme non responder, disturbi recidivanti, come uso di sostanze) e sociale (assenza di reti di prossimità, povertà economica e abitativa, stigma, debolezza dei servizi sociali degli Enti Locali). Complessità che richiedono particolare impegno per costruire la motivazione alla cura e per favorire sufficiente adesione della persona ai progetti proposti.

Su alcuni di tali aspetti sono state già programmate azioni richiamate in varie parti del documento e in particolare in risposta alla lettera n).

Quesito h) – Forme di coordinamento

h) se esistano, e in caso affermativo come operino, forme di coordinamento tra il Ministero della giustizia, il Ministero della salute, le aziende sanitarie locali (ASL) e i Dipartimenti di salute mentale, volte ad assicurare la pronta ed effettiva esecuzione, su scala regionale o nazionale, dei provvedimenti di applicazione, in via provvisoria o definitiva, di misure di sicurezza basate su una duplice valutazione di infermità mentale e di pericolosità sociale dell'interessato

Sono attualmente in attività le seguenti principali forme di coordinamento:

- *Organismo di coordinamento*
Il Ministero della Salute ha ri-costituito in data 22 settembre 2021 l'*Organismo di coordinamento* per il superamento degli OPG, già istituito nel 2014, ai sensi dell'articolo 1, comma 2-bis, del d.l. 52/2014 convertito con modificazioni dalla l. 81/2014²⁰. La ri-costituzione dell'Organismo mira a favorire il coordinamento fra i vari soggetti coinvolti, l'individuazione delle criticità ancora presenti e la formulazione di proposte per la loro risoluzione. Fanno parte dell'Organismo il Ministero della Salute, il Ministero della giustizia, le Regioni e le Province autonome. Sono previste audizioni di esperti anche al fine di garantire un costante coordinamento con gli organi giurisdizionali. (cfr anche quesito k).
- *“Cabina di regia presso Agenas per problematiche inerenti i soggetti ristretti in attesa di internamento in REMS”* costituita il 6 luglio 2021 su richiesta del Ministero della Salute con la partecipazione del Ministero della Giustizia e delle Regioni e Province autonome, la cui attività appare significativa sotto il profilo sia della intensa collaborazione interistituzionale attivata sia dei risultati raggiunti.
- *Protocolli operativi*
A livello operativo, il principale strumento per integrare il procedimento giudiziario (in ciascuna delle sue fasi) con le opportunità offerte dall'assistenza sanitaria (presente sul territorio) è il *Protocollo operativo* o *Accordo di collaborazione*.
La Conferenza Unificata del 26 febbraio 2015 ha previsto esplicitamente la sottoscrizione di Accordi di collaborazione tra le Regioni e le Province Autonome, il Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria e la Magistratura²¹. L'Accordo del 2015 è attualmente in fase di revisione.
Il Consiglio Superiore della Magistratura ha più volte sottolineato la necessità di Protocolli Operativi tesi a “consentire la immediata presa in carico e la tempestiva formulazione del PTRI (Progetto Terapeutico Riabilitativo Individuale)”.

Si precisa inoltre che con delibera della Conferenza Unificata del 31 luglio 2008 (Rep. atti n. 81/CU), nell'ambito del processo di trasferimento al sistema sanitario nazionale delle prestazioni sanitarie erogate in favore delle persone detenute ed internate, venivano istituiti, in seno alla Conferenza stessa, due organismi formalmente distinti.

²⁰ La procedura per la ri-costituzione dell'Organismo di coordinamento è stata avviata dal Ministero della Salute nel mese di marzo 2021.

²¹ Conferenza Unificata, *Accordo, ai sensi del DM 1° ottobre 2012, Allegato A, concernente disposizioni per il definitivo superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari in attuazione al D.M. 1° ottobre 2012, emanato in applicazione dell'art. 3-ter, comma 2, del decreto legge 22 dicembre 2011, n. 211 convertito, con modificazioni, dalla legge 17 febbraio 2012, n. 9 e modificato dal decreto legge 31 marzo 2014 n. 52, convertito in legge 30 maggio 2015/2014 n. 2014, n. 81.*

Cfr. art. 7 - *Rapporti con UEPE (Uffici Esecuzione Penale Esterna) e Magistratura.*

In particolare, ai sensi dell'art. 1 della citata Delibera veniva costituito il **Tavolo di consultazione permanente sulla sanità penitenziaria**, già previsto dall'allegato A del D.P.C.M. 1 aprile 2008²², con l'obiettivo di garantire uniformità nell'intero territorio nazionale degli interventi e delle prestazioni sanitarie e trattamentali nei confronti dei detenuti, degli internati e dei minorenni sottoposti a procedimento penale.

A norma dell'art. 2, d'altro canto, veniva istituito il **Comitato paritetico istituzionale**, previsto dall'art. 5, co. 2 del citato D.P.C.M. 1 aprile 2008, ai fini dell'attuazione delle linee-guida per gli interventi negli ospedali psichiatrici giudiziari e nelle case di cura e custodia di cui all'Allegato C del medesimo D.P.C.M. Ai sensi del comma 2 del citato art. 2 risultano demandati al Comitato i compiti relativi alla predisposizione degli indirizzi sugli adempimenti di cui al citato Allegato C, al fine di promuovere azioni omogenee sull'intero territorio nazionale, ed alla predisposizione degli strumenti necessari per supportare il programma di superamento graduale degli OPG e favorire le forme di collaborazione tra il Ministero della giustizia e il Servizio sanitario nazionale, a livello nazionale, regionale e locale. È infine previsto che i documenti elaborati dal Comitato paritetico istituzionale siano comunicati al Tavolo di consultazione permanente di cui all'art. 1 anche ai fini del successivo esame della Conferenza Stato-Regioni.

Consta che, per lo meno a partire dal 2017, il Comitato paritetico istituzionale sia di fatto stato convocato quale sotto-gruppo del Tavolo di consultazione permanente per la sanità penitenziaria.

Nell'ambito dei lavori del sotto-gruppo, è attualmente in corso la formulazione della bozza di un nuovo Accordo in materia di R.E.M.S., che dovrà poi essere sottoposta all'approvazione formale della Conferenza Stato-Regioni-Province Autonome, al fine di integrare, aggiornare e in larga parte sostituire l'Accordo del 26 febbraio 2015, che tuttora regola, tra l'altro, il sistema di assegnazioni degli internandi alle R.E.M.S.

Con riguardo a tali strumenti di coordinamento, si rinvia anche a quanto indicato al quesito k).

²² Recante "Modalità e criteri per il trasferimento al Servizio sanitario nazionale delle funzioni sanitarie, dei rapporti di lavoro, delle risorse finanziarie e delle attrezzature e beni strumentali in materia di sanità penitenziaria".

Organismo di coordinamento

Il Ministero della Salute ha ri-costituito il 22 settembre 2021 l'*Organismo di coordinamento* per il superamento degli OPG, già istituito nel 2014, ai sensi dell'articolo 1, comma 2-bis, del d.l. 52/2014 convertito con modificazioni dalla l. 81/2014²³, la cui attività si era conclusa nel 2016 (allo scadere del termine dei due anni previsti dal decreto istitutivo²⁴) ed era stato seguito dalla gestione commissariale (fino al febbraio 2017).

Il Ministero della salute ha previsto la ri-costituzione dell'Organismo vista la necessità di monitorare e coordinare ulteriormente le iniziative assunte da Regioni e Province Autonome per garantire su tutto il territorio nazionale il completamento del processo avviato con la chiusura degli OPG e con l'adozione delle misure di sicurezza presso le REMS o presso i servizi territoriali che fanno capo ai DSM. Il permanere di alcune difficoltà, per lo più circoscritte in specifiche realtà territoriali, segnala infatti che la riforma non può ancora dirsi completamente attuata e che deve ancora essere accompagnata dall'azione di uno strumento interistituzionale di monitoraggio e coordinamento che, nei prossimi anni (quindi non in via permanente), favorisca il superamento dei ritardi e delle inefficienze anche connessi alle difficoltà del contesto attuale²⁵.

Fanno parte dell'Organismo componenti del Ministero della Salute, del Ministero della giustizia, delle Regioni e delle Province autonome. Sono previste audizioni di esperti anche al fine di garantire un costante coordinamento con gli organi giurisdizionali.

Il decreto assegna all'Organismo le seguenti funzioni (art. 2):

"1. L'Organismo ha la finalità di esercitare funzioni di monitoraggio e di coordinamento delle attività poste in essere dalle regioni e province autonome per garantire il completamento del processo di superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari, garantendo la piena applicazione della legge 30 maggio 2014, n. 81 la quale dispone che l'opzione primaria per assicurare la tutela della salute mentale e le cure delle persone sia la misura di sicurezza non detentiva e che le misure di sicurezza detentive all'interno delle REMS siano l'extrema ratio.

Particolare attenzione sarà rivolta al rispetto delle indicazioni normative:

- a. le attività di presa in carico e di realizzazione dei Progetti Terapeutico Riabilitativi Individuali da parte dei Dipartimenti di Salute Mentale (DSM), sia nei servizi territoriali sia nelle REMS, e i rapporti di collaborazione fra Regione (Aziende Sanitarie e DSM) e Magistratura;*
- b. l'organizzazione delle REMS come strutture terapeutiche riabilitative non custodiali, in cui sono garantiti il diritto alla tutela della salute mentale nonché i diritti civili e sociali;*

²³ Si riporta il comma 2-bis dell'art. 1

2-bis. Entro trenta giorni dalla data di entrata in vigore della legge di conversione del presente decreto è attivato presso il Ministero della salute un organismo di coordinamento per il superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari composto da rappresentanti del Ministero della salute, del Ministero della giustizia, delle regioni e delle province autonome di Trento e di Bolzano, al fine di esercitare funzioni di monitoraggio e di coordinamento delle iniziative assunte per garantire il completamento del processo di superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari. A tal fine l'organismo di coordinamento si raccorda con il comitato paritetico interistituzionale di cui all'articolo 5, comma 2, del citato decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 1° aprile 2008. [...] Ogni tre mesi dalla data di entrata in vigore della legge di conversione del presente decreto, il Ministro della salute e il Ministro della giustizia trasmettono alle Camere una relazione sullo stato di attuazione delle suddette iniziative.

²⁴ L'organismo di coordinamento era stato istituito con decreto del Ministro della salute del 26 giugno 2014 e aveva la durata massima di 2 anni. Le relazioni trimestrali presentate al Parlamento sono reperibili nel sito del Ministero della Salute all'indirizzo https://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=4303&area=investimenti&menu=opg

²⁵ A favore della ricostituzione dell'Organismo di monitoraggio e coordinamento si sono espressi tutti i componenti del gruppo di lavoro Agenas istituito nel 2020 sulle REMS (Ministero Salute, Ministero Giustizia, Regioni e Province autonome), che ha indicato fra le proposte condivise "l'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".
A suo tempo (2017) anche il Commissario Unico aveva rilevato la necessità di "un organismo di monitoraggio e di indirizzo composto dai rappresentanti dei Ministeri della Salute e della Giustizia, del DAP, delle Regioni, delle Associazioni, del Coordinamento REMS, della Commissione mista del CSM".

- c. *il rispetto dei criteri sugli obiettivi e durata delle misure di sicurezza detentive provvisorie o definitive, compreso il ricovero nelle REMS, che “non possono durare oltre il tempo stabilito per la pena detentiva prevista per il reato commesso”;*
 - d. *le garanzie dell'accertamento della pericolosità sociale della persona sulla base delle “qualità soggettive della persona, senza tener conto delle condizioni di cui all'articolo 133, secondo comma, numero 4 del codice penale”;*
 - e. *il rispetto del principio di territorialità nell'assegnazione e nel trasferimento delle persone;*
 - f. *la realizzazione dell'attività di formazione continua degli operatori del settore previsti dalla normativa volta “alla progettazione e alla organizzazione di percorsi terapeutico-riabilitativi e alle esigenze di mediazione culturale.*
2. *Per le finalità di cui al comma 1, i componenti dell'Organismo possono disporre audizioni di esperti anche al fine di garantire un costante coordinamento con gli organi giurisdizionali.”*

L'Organismo opererà in raccordo con il Comitato paritetico interistituzionale di cui all'articolo 5, comma 2, del DPCM 1° aprile 2008 recante *“Modalità e criteri per il trasferimento al Servizio sanitario nazionale delle funzioni sanitarie, dei rapporti di lavoro, delle risorse finanziarie e delle attrezzature e beni strumentali in materia di sanità penitenziaria.”*²⁶.

La ri-costituzione dell'Organismo di coordinamento costituisce lo strumento fondamentale attraverso il quale procedere all'analisi delle criticità ancora presenti e alla formulazione di proposte per la loro risoluzione.

L'allegato 1 contiene il decreto ministeriale del 22 settembre 2021.

²⁶ Il Comitato paritetico interistituzionale di cui all'articolo 5, comma 2, del DPCM 1° aprile 2008 è stato costituito per “l'attuazione delle linee guida per gli interventi negli OPG e nelle case di cura e custodia di cui all'Allegato C del medesimo DPCM” (cfr. Delibera Conferenza Unificata 31 luglio 2008).

La problematica dei soggetti detenuti in attesa di ricovero in REMS e l'istituzione di una apposita Cabina di regia presso Agenas

Su impulso dei Ministeri della Salute, della Giustizia e degli Affari Regionali, con delibera 275/2021 del 6 luglio 2021 è stata istituita presso Agenas una Cabina di Regia, CdR, sui detenuti in attesa di inserimento in REMS, attualmente ancora in attività.

La CdR costituisce un importante strumento di collaborazione e coordinamento con riguardo alla specifica problematica con il compito di *“affrontare e risolvere, con la massima tempestività, le più critiche situazioni rilevate nelle diverse Regioni e Province autonome, avvalendosi del Gruppo di lavoro nell’ambito delle REMS già istituito presso la stessa Agenzia e appositamente integrato con professionalità comunicate dalla Conferenza delle Regioni e delle Province autonome”*.

In particolare, alla CdR sono stati affidati i seguenti compiti:

1. precisare l'effettiva composizione della lista dei ristretti in attesa di inserimento in REMS alla data del 5.7.2021;
2. attivarsi per una sollecita allocazione degli stessi;
3. censire l'effettiva capienza delle REMS attive, attivande ed attivabili sul territorio nazionale.

Parallelamente, la Direzione generale dei detenuti e del trattamento del Ministero della Giustizia ha provveduto ad inviare dal 10/8/2021 specifiche note agli Istituti di pena interessati, al fine di sollecitare puntuali verifiche sulle posizioni giuridiche degli internandi e di stimolare apposite interlocuzioni con l'Autorità giudiziaria sullo *status libertatis* degli stessi e sulla possibilità di adottare provvedimenti che dispongano la fuoriuscita dei soggetti dal circuito penitenziario nelle more del ricovero in R.E.M.S.

Il forte impegno della CdR²⁷ e il grande sforzo proattivo profuso da tutti gli attori coinvolti hanno permesso di raggiungere importanti risultati²⁸:

L'insieme delle iniziative ha determinato un sensibile calo delle presenze in carcere dei soggetti in attesa di internamento, passati da 98 persone alla data del 28 ottobre 2020 a 35 persone alla data del 25 ottobre 2021.

Con riguardo agli specifici compiti della CdR, emerge che delle 64 persone detenute in attesa di ricovero in Rems risultanti alla rilevazione del 5.7.2021, sulla base dei riscontri delle Regioni e delle integrazioni conseguenti al confronto con il DAP, al 25 ottobre 2021: 29 soggetti sono stati inseriti in Rems, 15 soggetti hanno beneficiato della modifica della misura di sicurezza detentiva in libertà vigilata e 2 soggetti sono stati scarcerati, per un totale di 46 soggetti non più ristretti rispetto alla lista del 5 luglio u.s.

Alla data odierna, la CdR sta ancora procedendo al compiuto espletamento del suo mandato.

Il Ministero della Giustizia evidenzia tuttavia come la problematica abbia una natura pressoché strutturale e non sia pertanto risolvibile con interventi *una tantum*. Per questo motivo, nell'ambito dei lavori attualmente in corso presso il Tavolo di consultazione permanente sulla sanità penitenziaria (su

²⁷ La CdR ha condiviso il metodo di lavoro basato sui seguenti aspetti operativi:

1. identificazione di un referente per ciascuna regione, indicati dalle rispettive Direzioni Generali degli Assessorati competenti,
2. istituzione di un gruppo di coordinamento ristretto [g.c.r.] in stretto contatto con i referenti regionali;
3. invio al g.c.r. dei dati relativi ai detenuti in attesa di ricovero in Rems. confrontando i nominativi segnalati dal DAP con quelli segnalati dalle Regioni, e provvedendo a stilare una lista condivisa;
4. invio al g.c.r. dei dati relativi alle REMS attive, attivande e attivabili, nonché di eventuali aumenti di capienza attivabili su singole REMS già esistenti;
5. condivisione nelle riunioni plenarie degli esiti del lavoro intercorso e delle azioni successive.

²⁸ Dal documento datato 6 settembre 2021 della CdR “Le persone ristrette in attesa di internamento in REMS: stato dei lavori e prospettive” presentato in occasione della riunione del 9 settembre e dalla bozza di verbale della medesima riunione. I risultati devono considerarsi suscettibili di ulteriori implementazioni a seguito del confronto interistituzionale interno alla CdR attualmente in corso.

cui, v., *supra*), i rappresentanti del DAP hanno richiesto di inserire lo stato di detenzione degli internandi quale circostanza idonea a determinare priorità ai fini del ricovero in R.E.M.S.

Le indicazioni del CSM su funzioni e caratteristiche dei Protocolli operativi

Il Consiglio Superiore della Magistratura ha più volte sottolineato la necessità di una costante integrazione funzionale, ai fini della gestione di tutte le misure di sicurezza per il non imputabile, tra Ufficio di Sorveglianza, Dipartimenti di salute mentale e sue unità operative complesse, direzione delle REMS, Ufficio per l'esecuzione penale esterna (UEPE). Secondo il CSM, è "cruciale, infatti, che i rapporti di conoscenza dell'offerta terapeutica e riabilitativa sul territorio (che insiste sui singoli distretti di Corte di appello e sui relativi Uffici giudiziari ad essi afferenti) siano saldi e costantemente aggiornati".²⁹

Il Protocollo operativo è "uno strumento di lavoro che può consentire di integrare il procedimento giudiziario in ciascuna delle sue fasi – dall'eventuale irrogazione della misura provvisoria ex art 206 c.p. fino alla gestione della misura medesima presso gli Uffici di Sorveglianza - con le esigenze e le opportunità offerte dai modelli di assistenza sanitaria presenti sul territorio".

Sul piano dei soggetti di cui si raccomanda il coinvolgimento, il CSM indica: Presidente e Procuratore Generale presso la Corte di Appello, Presidente del Tribunale di Sorveglianza e Procuratore capo dell'Ufficio, il Direttore del DSM, l'UEPE, l'avvocatura.

Il CSM suggerisce di allegare al Protocollo l'elenco dei responsabili dei DSM e delle strutture psichiatriche nella disponibilità del DSM, nonché delle Comunità convenzionate con l'ASL, utilizzabili dietro indicazione del responsabile del DSM.

Riguardo al tipo di soluzioni, alla tempestività e alle fasi del procedimento, secondo il CSM è importante che gli strumenti di raccordo previsti dal Protocollo entrino in funzione il più rapidamente possibile, prevedendo "momenti di contatto" nelle fasi più cruciali: la richiesta della misura di sicurezza provvisoria (art 206 c.p.), la celebrazione di riti speciali (giudizio immediato), soggetti recidivi.

Infine, i Protocolli dovrebbero essere redatti in modo analitico e secondo il principio della differenziazione, in relazione alle dotazioni dei diversi DSM. Vengono altresì auspiccate "tecniche, tempi, quesiti di massima che improntino lo svolgimento degli incarichi peritali".

Conferenza Unificata: schema di Accordo di Collaborazione

In Conferenza Unificata è attualmente in discussione uno schema di "Accordo di Collaborazione Interistituzionale inerente la gestione dei pazienti con misura di sicurezza ai sensi del D.M. 1° ottobre 2012 (Allegato A) concernente disposizioni per il definitivo superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari, della Legge 17 febbraio 2012 n. 9 all'articolo 3-ter di conversione convertito in Legge del Decreto Legge 22 dicembre 2011, n. 211 del Decreto Legge 31 marzo 2014, n. 52, convertito in Legge 30 maggio 2014, n. 81".

Il documento si propone una revisione dell'Accordo della Conferenza Unificata 26 febbraio 2015³⁰ al fine di regolamentare efficacemente lo svolgimento delle funzioni delle istituzioni coinvolte nella gestione dei pazienti cui è stata comminata una misura di sicurezza.

In tal senso, si è ravvisata una certa carenza non solo di adeguati organismi di coordinamento sul territorio nazionale, ma anche l'assenza, per lo meno in talune Regioni, di strutture organizzative che, operando in modo sinergico ed uniforme sull'interno territorio nazionale, siano in grado di assicurare all'Autorità giudiziaria un'assistenza effettiva ed immediata al momento della esecuzione delle misure di sicurezza detentive e non detentive.

²⁹ Consiglio Superiore della Magistratura, *Protocolli operativi in tema di misure di sicurezza psichiatriche*. Risoluzione del 24 settembre 2018, pag 1.

<https://www.csm.it/web/csm-internet/-/risoluzione-sui-protocolli-operativi-in-tema-di-misure-di-sicurezza-psichiatriche>

³⁰ Conferenza Unificata, *Accordo, ai sensi del DM 1° ottobre 2012, Allegato A, concernente disposizioni per il definitivo superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari in attuazione al D.M. 1° ottobre 2012, emanato in applicazione dell'art. 3-ter, comma 2, del decreto legge 22 dicembre 2011, n. 211 convertito, con modificazioni, dalla legge 17 febbraio 2012, n. 9 e modificato dal decreto legge 31 marzo 2014 n. 52, convertito in legge 30 maggio 2015/2014 n. 2014, n. 81.*

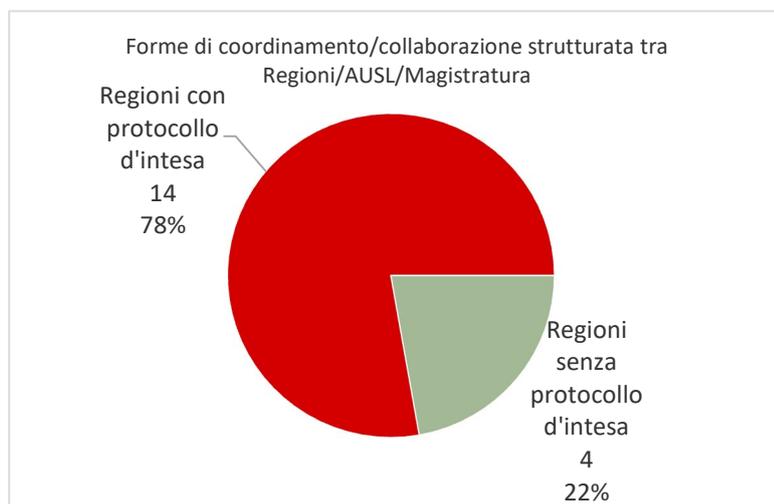
Secondo il Ministero della Giustizia, questo *deficit* di coordinamento e, dunque, di almeno tendenziale omogeneità di soluzioni sul territorio nazionale, si è anche ripercosso sulle modalità di tenuta delle liste di attesa per i ricoveri in R.E.M.S., da parte delle singole Regioni. Un'ulteriore problematica riguarda, sempre secondo il Ministero della Giustizia, l'assenza, o comunque il mancato esercizio, di poteri sostitutivi nei confronti delle Regioni dimostrate più deficitarie non solo nella concreta realizzazione di posti-letto in R.E.M.S., ma, più in generale, nella istituzione di adeguate strutture organizzative in grado di gestire con efficienza le assegnazioni dei pazienti nelle Residenze e di fornire adeguato supporto all'Autorità giudiziaria in sede di esecuzione delle misure di sicurezza nei confronti dei soggetti non imputabili. In questo senso può peraltro spiegarsi il cronicizzarsi del divario tra le singole liste di attesa regionali, che può agevolmente evincersi dalle risposte sopra fornite ai quesiti *sub c)* e *d)*.

Al fine di superare tali criticità organizzative, il Tavolo di sanità penitenziaria, nell'elaborare la nuova bozza di Accordo tra Stato e Regioni, sta valutando l'istituzione, in ogni Regione, di Punti Unici Regionali cui attribuire specifici compiti in materia di R.E.M.S.

Il Tavolo sta altresì valutando l'istituzione di una Cabina di regia nazionale a carattere interistituzionale, incaricata di monitorare il funzionamento del sistema delle R.E.M.S.

Conferenza Regioni e Province autonome: protocolli di collaborazione operativi

Sulla base della rilevazione puntuale effettuata dalla Conferenza delle Regioni e delle Province autonome, al 31 luglio 2021 in 14 regioni sono operative forme di coordinamento/collaborazione strutturata fra Regioni, Aziende Sanitarie e Magistratura³¹.



Regione	Forme di collaborazione
Piemonte	Si
Lombardia-Valle d'A.	Si
Veneto	Si
Trentino-Alto Adige	No
Friuli V.G.	Si
Liguria	Si
Emilia-Romagna	Si
Toscana	Si
Umbria	No
Marche	No
Lazio	Si
Abruzzo-Molise	Si
Molise	Si
Campania	Si
Calabria	Si
Puglia	No
Basilicata	Si
Sardegna	Si
Sicilia	Si

Fonte: Report Conferenza delle Regioni e delle Province autonome, rilevazione puntuale 31 luglio 2021.

³¹ I primi Protocolli sono stati firmati in Veneto (nel 2017), Lazio (2017), Emilia Romagna (2018), Toscana (2018), Lombardia (2019).

Tutti i protocolli forniscono indicazioni allo scopo di dare pronta ed effettiva esecuzione alle misure di sicurezza, definendo procedure, delineando la reti dei servizi di salute mentale, i criteri di priorità, le modalità di contatto, le possibili soluzioni alternative all'istituto di pena e alla REMS.

Per quanto contenenti elementi di omogeneità, i protocolli sottoscritti sono tra loro differenti e risentono delle relazioni tra i diversi attori coinvolti a livello regionale, delle differenti culture psichiatriche e dei diversi modelli di REMS sviluppati sui territori.

I Protocolli costituiscono un patrimonio di conoscenze e possono stimolare il miglioramento delle prassi anche attraverso l'esempio reciproco³².

Contenuti dei protocolli di intesa

- Procedure
- Monitoraggio e valutazione
- Valutazione persona/definizione percorsi
- Comunicazione
- Formazione
- Organizzazione e competenze servizi
- Applicazione misure
- Liste d'attesa e ingressi
- Incontri periodici
- Gestione parte giuridica
- Aggiornamento dati
- Appropriatezza
- Sperimentazione
- Rimuovere criticità
- Priorità alla cura

Fonte: Report Conferenza Regioni e PP.AA., rilevazione puntuale 31 luglio 2021

³² Per un'analisi dei Protocolli delle diverse regioni si rinvia a K. Poneti, *Analisi dei Protocolli operativi sulle misure di sicurezza*. In Corleone F. (a cura di), *Il muro dell'imputabilità. Dopo la chiusura degli OPG, una scelta radicale*. Fondazione Michelucci Press, 2019, 79-93.

Quesito i) – Competenze

- i) quali specifiche competenze esercitino, in particolare, il Ministro della giustizia e il Ministro della salute rispetto a tale obiettivo;

Il quesito fa riferimento alle specifiche competenze esercitate per assicurare “la pronta ed effettiva esecuzione, su scala regionale o nazionale, dei provvedimenti di applicazione, in via provvisoria o definitiva, di misure di sicurezza basate su una duplice valutazione di infermità mentale e di pericolosità sociale dell’interessato” (cfr. quesito h).

L’attribuzione delle competenze è delineata dalla normativa vigente, in particolare il DL 211/2011, convertito con modificazioni dalla L. 9/2012 e modificato dal DL 52/2014, convertito con modificazioni dalla L. 81/2014. Si fa inoltre riferimento al DM 1° ottobre 2012 adottato dal Ministero della Salute di concerto con il Ministero della Giustizia che, nel definire i requisiti minimi delle REMS, anche con riguardo ai profili di sicurezza, offre elementi utili a individuare specifiche competenze³³.

Rileva altresì l’Accordo sottoscritto in Conferenza Unificata il 26 febbraio 2015, ai sensi del DM 1° ottobre 2012³⁴, il quale in premessa, riconosce che “con il passaggio ad una gestione esclusivamente sanitaria delle persone internate nelle REMS” si è determinata una situazione innovativa nella quale la garanzia dei diritti, in primis quello alla salute, avviene “in base ai principi del SSN, secondo proprie procedure ed organizzazione” e “in una prospettiva ampliativa”. “I medesimi principi sono applicati con riguardo ai rapporti dell’internato con la famiglia e la comunità esterna, secondo il Progetto Terapeutico Riabilitativo Individualizzato che assume così una funzione centrale, “fermo restando, ove necessario, il nulla osta dell’Autorità Giudiziaria”. Pur prevedendo l’applicazione di tutte le norme del Codice penale e del codice di procedura penale riferite agli internati, nel nuovo contesto operativo sociosanitario di comunità, quindi nelle REMS, risulta inapplicabile larga parte dell’Ordinamento Penitenziario (l. 26 luglio 1975 n. 354 “Norme sull’ordinamento penitenziario e sulla esecuzione delle misure privative e limitative della libertà” e successivi aggiornamenti - ultimo la Legge 16 aprile 2015, n. 47, n.94 e del DPR 230/2000 “Regolamento sull’ordinamento penitenziario e sulle misure privative e limitative della libertà”).

³³ Il Decreto del 1° ottobre 2012, adottato dal Ministero della Salute di concerto con il Ministero della Giustizia, reca “*Requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi delle strutture residenziali destinate ad accogliere le persone cui sono applicate le misure di sicurezza del ricovero in ospedale psichiatrico giudiziario e dell’assegnazione a casa di cura e custodia*” e integra il DPR 14 gennaio 1997 (*Atto di indirizzo e coordinamento alle regioni e alle province autonome di Trento e di Bolzano, in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l’esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private*).
https://www.gazzettaufficiale.it/atto/serie_generale/caricaDettaglioAtto/originario?atto.dataPubblicazioneGazzetta=2012-11-19&atto.codiceRedazionale=12A12296&elenco30giorni=false

³⁴ Conferenza Unificata, *Accordo del 26 febbraio 2015, ai sensi del DM 10 ottobre 2012, Allegato A, concernente disposizioni per il definitivo superamento degli OPG in attuazione al D.M. 1° ottobre 2012, emanato in applicazione dell’art. 3 ter, comma 2, del decreto legge 22 dicembre 2011, n. 211 convertito, con modificazioni, dalla legge 17 febbraio 2012, n. 9 e modificato dal decreto legge 31 marzo 2014 n. 52, convertito in legge 30 maggio 2014, n. 81.*

L’Accordo è adottato considerato che “è necessario procedere, ai sensi del decreto ministeriale 1° ottobre 2012 alla stipula di Accordi tra il Dipartimento dell’Amministrazione Penitenziaria, il Ministero della Salute, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano al fine di regolamentare lo svolgimento delle funzioni di cui alla legge 26 luglio 1975, n. 354 e successive modifiche e al decreto della Presidenza della Repubblica del 30 giugno 2000, n. 230 anche con riferimento agli aspetti della esecuzione della misura di sicurezza e alle forme dei rapporti con la Magistratura”.

<http://archivio.statoregioni.it/dettaglioDoce559.html?idprov=13909&iddoc=46689&tipodoc=2&CONF=UNI>

In premessa si ritiene necessario chiarire che, pur nella diversità dei mandati della giustizia e della salute (che riguardano la cura, la rieducazione, il controllo sociale, la sicurezza e la prevenzione), essi non possono essere frammentati, ma devono essere portati avanti in modo sinergico e coordinato da parte di ciascun "attore" coinvolto: Magistratura, DAP, UEPE, Forze dell'Ordine, Servizio Sanitario Nazionale e Sistema integrato dei servizi sociali. Questo tenendo conto del fatto che il rapporto di ciascuna istituzione con la persona con disturbo mentale autrice di reato richiede lo sviluppo di relazioni fondate non tanto sulla possibile imposizione di provvedimenti quanto sulla necessità di promuoverne la massima collaborazione e responsabilizzazione.

L'esecuzione delle misure di sicurezza risponde in primis ai principi ordinatori della riforma, in particolare:

- il principio di territorialità, vale a dire il riferimento regionale;
- il rispetto inderogabile della capienza massima di ciascuna REMS in relazione a quanto disposto dal DM 1° ottobre 2012, che prevede un numero massimo di venti posti; ne deriva il "numero chiuso", nel senso che, per preservare la funzione terapeutica e sicurezza delle REMS, la dotazione di posti non può essere "forzata", aprendo la strada ad ammissioni in sovrannumero;
- la visione incentrata su responsabilità, libertà e assenza di coercizione.

Con riguardo alle specifiche competenze si rileva quanto segue.

Le REMS "sono realizzate e gestite dal Servizio sanitario delle Regioni e delle Province Autonome di Trento e Bolzano, nel rispetto di quanto previsto dagli Allegati A e C del decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 1° aprile 2008". La "gestione interna è di esclusiva competenza sanitaria"³⁵.

"Per quanto concerne l'attività perimetrale di sicurezza e di vigilanza esterna, che non costituisce competenza del SSN né dell'Amministrazione penitenziaria, le Regioni e le Province Autonome, ove necessario, ai sensi dell'art. 3-ter, comma 3, lettera b) della legge 17 febbraio 2012, n. 9, attivano specifici accordi con le Prefetture, che tengono conto dell'aspetto logistico delle strutture, al fine di garantire adeguati standard di sicurezza."

Le REMS, nell'ambito delle direttive del DSM, adottano procedure scritte inerenti "le modalità di attivazione delle Forze dell'Ordine, nelle situazioni di emergenza attinenti alla sicurezza"³⁶.

Permane in capo alla Magistratura di Sorveglianza il compito di vigilare sulle strutture, con conseguente applicazione delle disposizioni di cui agli articoli 677, comma 2 e 679 del Codice di Procedura Penale, e degli articoli 69 della legge 26 luglio 1975, n. 354 e 5 del decreto della Presidente della Repubblica del 30 giugno 2000, n. 230 e che le persone sottoposte alla misura di sicurezza detentiva mantengono lo status di internato, con conseguente applicazione delle disposizioni della legge³⁷.

Le assegnazioni alle REMS sono "eseguite dal Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria attenendosi al principio della territorialità" e nel rispetto del principio del "numero chiuso". La competenza del DAP è essenzialmente limitata alla indicazione della REMS territorialmente competente all'accoglienza dell'internando, il cui effettivo ricovero è però subordinato alla dichiarazione di disponibilità di posto-letto emessa dal responsabile della struttura.

Ai fini delle assegnazioni, "le Regioni e le Province Autonome segnalano al Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria le sedi delle REMS sul territorio, comunicando tempestivamente gli aggiornamenti circa la effettiva disponibilità di posti in ognuna di esse."³⁸

"La responsabilità della gestione all'interno della struttura è assunta da un medico dirigente psichiatra". All'interno delle REMS "l'organizzazione del lavoro si fonda sui principi del governo clinico [...]. Le strutture residenziali, nell'ambito delle direttive dei DSM, adottano linee guida e procedure scritte di consenso professionale. Le procedure scritte si riferiscono almeno alle seguenti tematiche:

³⁵ DM 1° ottobre 2012.

³⁶ DM 1° ottobre 2012.

³⁷ Conferenza Unificata, Accordo del 26 febbraio 2015, premesse.

³⁸ Conferenza Unificata, Accordo del 26 febbraio 2015, art. 1.

- definizione dei compiti di ciascuna figura professionale;
- modalità d'accoglienza del paziente;
- valutazione clinica e del funzionamento psico-sociale;
- definizione del programma individualizzato;
- criteri per il monitoraggio e la valutazione periodici dei trattamenti terapeutico/riabilitativi;
- gestione delle urgenze/emergenze;
- modalità di raccordo col Dipartimento Cure primarie per garantire l'assistenza di base ai pazienti ricoverati nella struttura;
- modalità e criteri di raccordo con gli altri servizi del DSM, i servizi per le tossicodipendenze, altri servizi sanitari, i servizi degli enti locali, le cooperative sociali, l'associazionismo, al fine di programmare le attività di recupero e di inclusione sociale dei pazienti, una volta revocata la misura di sicurezza detentiva;
- modalità di attivazione delle Forze dell'Ordine, nelle situazioni di emergenza attinenti alla sicurezza.”³⁹

Il quadro conferma l'impegno a una forte collaborazione interistituzionale.

³⁹ DM 1° ottobre 2012.

Quesito j – LEA⁴⁰

- j) se il ricovero nelle REMS, ove disposto dal giudice, nonché gli altri trattamenti per la salute mentale disposti sulla base di un provvedimento di libertà vigilata rientrano nei livelli essenziali di assistenza (LEA) che le Regioni sono tenute a garantire

Il ricovero in REMS rientra nei LEA così come tutti gli altri percorsi di presa in carico per le persone con disturbi mentali previsti dalla normativa vigente.

Il DPCM 12 gennaio 2017 recante *“Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all’articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502”*, disciplina esplicitamente l’assistenza che deve essere garantita alle persone ricoverate in REMS⁴¹.

L’articolo 33, rubricato *“Assistenza sociosanitaria semiresidenziale e residenziale alle persone con disturbi mentali”*, al comma 5 recita:

“Ai soggetti cui sono applicate le misure di sicurezza del ricovero in ospedale psichiatrico giudiziario e dell’assegnazione a casa di cura e custodia sono garantiti trattamenti residenziali terapeutico-riabilitativi a carattere intensivo ed estensivo nelle strutture residenziali di cui alla legge n. 9 del 2012 ed al decreto ministeriale 1° ottobre 2012 (residenze per l’esecuzione delle misure di sicurezza). I trattamenti sono a totale carico del Servizio sanitario nazionale.”

I trattamenti, necessari e appropriati, per la tutela della salute delle persone ospitate in REMS sono quindi previsti nei LEA e garantiti a totale carico del Servizio sanitario nazionale.

Per completezza, si ricorda che ai sensi del comma 1 dell’articolo 33 del DPCM 2017, alle persone con disturbi mentali che necessitano di assistenza semiresidenziale e residenziale è assicurata la presa in carico ed è garantito un programma terapeutico individuale che include le prestazioni necessarie ed appropriate sulla base delle più avanzate evidenze scientifiche. Il comma 1 dell’articolo 33 recita infatti:

“Nell’ambito dell’assistenza semiresidenziale e residenziale il Servizio Sanitario Nazionale garantisce alle persone con disturbi mentali, previa valutazione multidimensionale, definizione di un programma terapeutico individualizzato e presa in carico, i trattamenti terapeutico-riabilitativi e i trattamenti socio-riabilitativi, con programmi differenziati per intensità, complessità e durata. I trattamenti includono le prestazioni necessarie ed appropriate, mediante l’impiego di metodi e strumenti basati sulle più avanzate evidenze scientifiche ...”

Lo stesso comma elenca gli ambiti di attività in cui sono inclusi i trattamenti e le prestazioni⁴².

⁴⁰ Quesito di esclusiva competenza del Ministero della Salute.

⁴¹ Già l’Accordo sancito in Conferenza Unificata il 26 febbraio 2015 affermava: *alle persone internate nelle REMS sono garantiti tutti i diritti aventi ad oggetto la salute, in base ai principi del SSN, secondo proprie procedure e organizzazione; detti diritti sono pienamente garantiti, in prospettiva ampliativa, anche in considerazione della esclusiva gestione sanitaria. I medesimi principi sono applicati con riguardo ai rapporti dell’internato con la famiglia e con la comunità esterna [...].*

⁴² Si riporta il comma 1 dell’art. 33 del DPCM 12 gennaio 2017”.

1. *“Nell’ambito dell’assistenza semiresidenziale e residenziale, il Servizio sanitario nazionale garantisce alle persone con disturbi mentali, previa valutazione multidimensionale, definizione di un programma terapeutico individualizzato e presa in carico, i trattamenti terapeutico-riabilitativi e i trattamenti socio-riabilitativi, con programmi differenziati per intensità, complessità e durata. I trattamenti includono le prestazioni necessarie ed appropriate, mediante l’impiego di metodi e strumenti basati sulle più avanzate evidenze scientifiche nei seguenti ambiti di attività:*

Il successivo comma 2 precisa le tipologie di trattamenti in cui si articola l'assistenza residenziale in relazione al livello di intensità assistenziale⁴³.

È utile precisare che oltre all'assistenza sociosanitaria *semiresidenziale* e *residenziale*, il SSN garantisce alle persone con disturbi mentali l'*assistenza territoriale* disciplinata dall'articolo 26 del DPCM 12 gennaio 2017, rubricato "Assistenza sociosanitaria alle persone con disturbi mentali" il quale al comma 1 afferma⁴⁴:

-
- a) accoglienza;
 - b) attuazione e verifica del Progetto terapeutico riabilitativo individuale, in collaborazione con il Centri di Salute Mentale di riferimento;
 - c) visite psichiatriche;
 - d) prescrizione, somministrazione e monitoraggio di terapie farmacologiche;
 - e) colloqui psicologico-clinici;
 - f) psicoterapia (individuale, di coppia, familiare, di gruppo);
 - g) interventi terapeutico-riabilitativi, psico-educativi socio-educativi finalizzati al recupero dell'autonomia personale, sociale e lavorativa;
 - h) interventi sulla rete sociale formale e informale;
 - i) collaborazione con i medici di medicina generale."

⁴³ Si riporta il comma 2 dell'art. 33 del DPCM 12 gennaio 2017.

2. "In relazione al livello di intensità assistenziale, l'assistenza residenziale si articola nelle seguenti tipologie di trattamento:

- a) trattamenti terapeutico-riabilitativi ad alta intensità riabilitativa ed elevata tutela sanitaria (carattere intensivo), rivolti a pazienti con gravi compromissioni del funzionamento personale e sociale, anche nella fase della post-acuzie. I trattamenti, della durata massima di 18 mesi, prorogabili per ulteriori 6 mesi in accordo con il centro di salute mentale di riferimento, sono erogati nell'ambito di strutture che garantiscono la presenza di personale sanitario e socio-sanitario sulle 24 ore;
- b) trattamenti terapeutico-riabilitativi a carattere estensivo, rivolti a pazienti stabilizzati con compromissioni del funzionamento personale e sociale di gravità moderata, che richiedono interventi a media intensità riabilitativa. I trattamenti, della durata massima di 36 mesi, prorogabili per ulteriori 12 mesi in accordo con il centro di salute mentale di riferimento, sono erogati nell'ambito di strutture che garantiscono la presenza di personale socio-sanitario sulle 24 ore;
- c) trattamenti socio-riabilitativi, rivolti a pazienti non assistibili nel proprio contesto familiare e con quadri variabili di autosufficienza e di compromissione del funzionamento personale e sociale, che richiedono interventi a bassa intensità riabilitativa. La durata dei programmi è definita nel Progetto terapeutico riabilitativo individuale. In considerazione del diverso impegno assistenziale necessario in relazione alle condizioni degli ospiti, le strutture residenziali socio-riabilitative possono articolarsi in più moduli, differenziati in base alla presenza di personale sociosanitario nell'arco della giornata."

⁴⁴ Si riporta l'intero comma 1 dell'art. 26 del DPCM 12 gennaio 2017.

1. "Nell'ambito dell'assistenza distrettuale, domiciliare e territoriale ad accesso diretto, il Servizio sanitario nazionale garantisce alle persone con disturbi mentali, la presa in carico multidisciplinare e lo svolgimento di un programma terapeutico individualizzato, differenziato per intensità, complessità e durata, che include le prestazioni, anche domiciliari, mediche specialistiche, diagnostiche e terapeutiche, psicologiche e psicoterapeutiche, e riabilitative, mediante l'impiego di metodi e strumenti basati sulle più avanzate evidenze scientifiche, necessarie e appropriate nei seguenti ambiti di attività:
 - a) individuazione precoce e proattiva del disturbo;
 - b) accoglienza;
 - c) valutazione diagnostica multidisciplinare;
 - d) definizione, attuazione e verifica del programma terapeutico-riabilitativo e socio-riabilitativo personalizzato da parte dell'equipe multiprofessionale in accordo con la persona e in collaborazione con la famiglia;
 - e) visite psichiatriche;
 - f) prescrizione e somministrazione di terapie farmacologiche;
 - g) colloqui psicologico-clinici;
 - h) psicoterapia (individuale, di coppia, familiare, di gruppo);
 - i) colloqui di orientamento e sostegno alla famiglia;
 - j) interventi terapeutico-riabilitativi e socio-educativi volti a favorire il recupero dell'autonomia personale, sociale e lavorativa;
 - k) gruppi di sostegno per i pazienti e per i loro familiari;
 - l) interventi sulla rete sociale formale e informale;
 - m) consulenza specialistica e collaborazione con i reparti ospedalieri e gli altri servizi distrettuali territoriali, semiresidenziali e residenziali;
 - n) collaborazione con i medici di medicina generale;
 - o) collaborazione ed integrazione con i servizi per le dipendenze patologiche (SERT), con particolare riferimento ai pazienti con comorbidità;
 - p) interventi psicoeducativi rivolti alla persona e alla famiglia;

“Nell'ambito dell'assistenza distrettuale, domiciliare e territoriale ad accesso diretto, il SSN garantisce alle persone con disturbi mentali, la presa in carico multidisciplinare e lo svolgimento di un programma terapeutico individualizzato, differenziato per intensità, complessità e durata, che include le prestazioni, anche domiciliari, mediche specialistiche, diagnostiche e terapeutiche, psicologiche e psicoterapeutiche, e riabilitative, mediante l'impiego di metodi e strumenti basati sulle più avanzate evidenze scientifiche, necessarie e appropriate ...”.

Ne consegue che gli accertamenti e i trattamenti sanitari debbono rispettare quanto previsto dagli art. 33, 34, 35 della l. 833/1978 (*Istituzione del servizio sanitario nazionale*), della l. 219/2017 (*Norme in materia di consenso informato e disposizioni anticipate di trattamento*) e della l. 24 /2017 (*Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie*).

q) *progettazione coordinata e condivisa del percorso di continuità assistenziale dei minori in carico ai servizi competenti, in vista del passaggio all'età adulta.*

2. *L'assistenza distrettuale alle persone con disturbi mentali è integrata da interventi sociali in relazione al bisogno socioassistenziale emerso dalla valutazione.”*

Quesito k) – Monitoraggio ⁴⁵

k) se sia attualmente effettuato dal Governo uno specifico monitoraggio sulla tempestiva esecuzione dei provvedimenti di applicazione delle misure di sicurezza in esame

Il processo di superamento degli OPG è stato oggetto di varie attività di monitoraggio che, nel corso degli anni, hanno consentito di evidenziare sia il grande lavoro svolto dagli operatori, sia i numerosi punti critici via via emersi, in specie in alcune realtà territoriali, in parte ancora irrisolti.

La riforma è stata quindi oggetto di un'attenzione che può considerarsi relativamente eccezionale rispetto ad altri ambiti e ha prodotto risultati significativi, soprattutto nei primi anni di attuazione, anche se la complessità del tema e le difficili condizioni di contesto non ne hanno ancora consentito la piena e uniforme applicazione, da cui la necessità di un ulteriore impegno di monitoraggio e intervento.

Gli strumenti di monitoraggio adottati sono:

- ✓ strumenti attualmente attivi:
 - Organismo di coordinamento, ri-costituito il 22 settembre 2021 con decreto del Ministero della Salute
 - Sistema di monitoraggio SMOP (realizzato dalla regione Campania e alimentato da 19 Regioni e una Provincia Autonoma); rileva alcuni dati a partire dal 2016 ed è in fase di valutazione a livello nazionale.
- ✓ strumenti attivati nella prima fase di attuazione della riforma, su specifici aspetti:
 - Monitoraggio dell'attuazione della l. 81/2014 nell'ambito della verifica dei Lea (attivato, prevalentemente su aspetti formali, dal 2016 al 2019)
 - Organismo di coordinamento del Ministero della Salute (attivato negli anni 2014-2016, ora ri-costituito)
 - Monitoraggio effettuato nel corso della gestione Commissariale (realizzato dal febbraio 2016 al febbraio 2017).⁴⁶

Di seguito alcuni elementi di conoscenza sugli strumenti attivati.

⁴⁵ Risposta a cura del Ministero della Salute e della Conferenza delle Regioni e delle Province autonome.

⁴⁶ Merita menzione l'attività svolta da StopOpg (una campagna promossa nel 2011 da decine di associazioni della società civile) e dall'*Osservatorio sul superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari e sulle REMS*, promosso nel 2018 dallo stesso StopOpg in collaborazione con Antigone, per seguire e sollecitare il processo di riforma. Nel corso degli anni StopOpg ha effettuato continue rilevazioni e approfondimenti, fornendo informazioni preziose in particolare negli anni di minore presenza di evidenze istituzionali. L'ultima rilevazione è dell'aprile 2019.
<https://www.stopopg.it/>

Organismo di coordinamento

Il Ministero della Salute ha ri-costituito il 22 settembre 2021 l'*Organismo di coordinamento* per il superamento degli OPG, già istituito nel 2014, ai sensi dell'articolo 1, comma 2-bis, del d.l. 52/2014 convertito con modificazioni dalla l. 81/2014, la cui attività si era conclusa nel 2016 (allo scadere del termine dei due anni previsti dal decreto istitutivo) ed era stato seguito dalla gestione commissariale (fino al febbraio 2017).

Per elementi di dettaglio si rinvia a quanto già illustrato in risposta al quesito h)

Il decreto assegna all'*Organismo* anche funzioni di monitoraggio.

L'articolo 2 recita:

"1. L'Organismo ha la finalità di esercitare funzioni di monitoraggio e di coordinamento delle attività poste in essere dalle regioni e province autonome per garantire il completamento del processo di superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari, garantendo la piena applicazione della legge 30 maggio 2014, n. 81 la quale dispone che l'opzione primaria per assicurare la tutela della salute mentale e le cure delle persone sia la misura di sicurezza non detentiva e che le misure di sicurezza detentive all'interno delle REMS siano l'extrema ratio.

Particolare attenzione sarà rivolta al rispetto delle indicazioni normative:

- g. le attività di presa in carico e di realizzazione dei Progetti Terapeutico Riabilitativi Individuali da parte dei Dipartimenti di Salute Mentale (DSM), sia nei servizi territoriali sia nelle REMS, e i rapporti di collaborazione fra Regione (Aziende Sanitarie e DSM) e Magistratura;*
- h. l'organizzazione delle REMS come strutture terapeutiche riabilitative non custodiali, in cui sono garantiti il diritto alla tutela della salute mentale nonché i diritti civili e sociali;*
- i. il rispetto dei criteri sugli obiettivi e durata delle misure di sicurezza detentive provvisorie o definitive, compreso il ricovero nelle REMS, che "non possono durare oltre il tempo stabilito per la pena detentiva prevista per il reato commesso";*
- j. le garanzie dell'accertamento della pericolosità sociale della persona sulla base delle "qualità soggettive della persona, senza tener conto delle condizioni di cui all'articolo 133, secondo comma, numero 4 del codice penale";*
- k. il rispetto del principio di territorialità nell'assegnazione e nel trasferimento delle persone;*
- l. la realizzazione dell'attività di formazione continua degli operatori del settore previsti dalla normativa volta "alla progettazione e alla organizzazione di percorsi terapeutico-riabilitativi e alle esigenze di mediazione culturale.*

2. Per le finalità di cui al comma 1, i componenti dell'Organismo possono disporre audizioni di esperti anche al fine di garantire un costante coordinamento con gli organi giurisdizionali."

L'*Organismo* opererà in raccordo con il Comitato paritetico interistituzionale di cui all'articolo 5, comma 2, del DPCM 1° aprile 2008 recante *"Modalità e criteri per il trasferimento al Servizio sanitario nazionale delle funzioni sanitarie, dei rapporti di lavoro, delle risorse finanziarie e delle attrezzature e beni strumentali in materia di sanità penitenziaria."*⁴⁷.

La ri-costituzione dell'*Organismo* costituisce uno strumento fondamentale attraverso il quale procedere all'analisi delle criticità ancora presenti e alla formulazione di proposte per la loro risoluzione.

L'allegato 1 contiene il decreto ministeriale del 22 settembre 2021.

⁴⁷ Il Comitato paritetico interistituzionale di cui all'articolo 5, comma 2, del DPCM 1° aprile 2008 è stato costituito per "l'attuazione delle linee guida per gli interventi negli OPG e nelle case di cura e custodia di cui all'Allegato C del medesimo DPCM" (cfr. Delibera Conferenza Unificata 31 luglio 2008).

Il sistema di monitoraggio SMOP®

Lo Smop® (Sistema informativo per il Monitoraggio del percorso di superamento degli OPG e dei servizi di sanità Penitenziaria) è un sistema informatico ideato dalla Regione Campania⁴⁸, inizialmente per organizzare le informazioni essenziali relative ai pazienti presenti negli OPG, poi implementato nel corso degli anni per raccogliere evidenze sui percorsi di cura successivi alla dimissione, dagli OPG prima e dalle REMS poi, fino a monitorare le liste di attesa per le REMS e le Articolazioni per la Salute Mentale in Carcere, e i percorsi di assistenza nel corso dell'applicazione di misure non detentive. Le implementazioni hanno consentito di rendere disponibili nel tempo elementi informativi sull'applicazione della normativa nazionale in materia di superamento degli OPG. Fornisce dati a partire dal 2016, con livelli di completezza inizialmente molto parziali e via via sempre quindi più soddisfacenti⁴⁹.

È raggiungibile all'indirizzo www.smopcampania.it

Attualmente il sistema SMOP® è adottato, tramite convenzioni interregionali, da 19 Regioni (Campania, Lazio, Abruzzo, Molise, Marche, Lombardia, Emilia-Romagna, Umbria, Puglia, Veneto, Piemonte, Liguria, Calabria, Basilicata, Toscana, Sicilia, Sardegna, Friuli V.G.) e dalla Provincia Autonoma di Trento, con una copertura del 99% della popolazione nazionale adulta. Risultano in fase di valutazione le Convenzioni con la regione Valle d'Aosta e con la P.A. di Bolzano.

A fronte di una vasta mole di informazioni rilevabili, i livelli di operatività sono ancora differenziati tra i diversi territori. Il monitoraggio dei percorsi è attualmente assicurato dalle Regioni prevalentemente con riguardo ai pazienti in misura di sicurezza detentiva presenti nelle REMS, meno frequentemente con riguardo alle persone in lista di attesa e solo in alcuni casi (Campania e Piemonte) anche ai percorsi assistenziali contestuali all'applicazione di misure di sicurezza non detentive.

Dal maggio 2016 il Ministero della Salute accede al sistema per il monitoraggio ex Legge n. 81/2014 dei Progetti terapeutico riabilitativi individuali. Nel 2016-2017 il sistema è stato utilizzato dal Commissario unico governativo per il superamento degli OPG per le complessive attività di monitoraggio. Nel 2018 è stata sottoscritta una convenzione con l'Autorità Garante Nazionale dei diritti delle persone detenute o private della libertà personale e il sistema è utilizzato costantemente per l'estrazione dei dati relativi alle persone destinatarie di misure di sicurezza da inserire nell'annuale Relazione al Parlamento dell'Autorità.

Tenuto conto della rilevanza e delle potenzialità dello SMOP, il Ministero della Salute ha in corso una valutazione nell'ambito dell'estensione del Sistema Informativo Salute Mentale attualmente in corso.

Con riferimento ai 14 punti elencati nell'ordinanza n. 131 della Corte Costituzionale, per tutti quelli relativi a informazioni quantitative (tra cui, numero e posti disponibili in REMS, consistenza delle liste di attesa, presenza provvisoria in Istituto penitenziario o Ospedale in attesa del ricovero in REMS, tempi di attesa, ecc.) è stata implementata una funzione di monitoraggio continuo che consente di rendere disponibili le informazioni automaticamente.

Al 30 luglio 2021, con il coinvolgimento istituzionale di 104 DSM e 463 operatori attivi (cui si aggiungono 495 operatori allo stato disabilitati per motivazioni diverse: cessazione attività, sostituzione, lunga inattività ecc.), risultavano monitorati 2.046 percorsi assistenziali in REMS, 1.183 in ASM e 840 in Servizi di Salute Mentale Area Giudiziaria, in aggiunta a 1.447 nei dimessi OPG.

⁴⁸ Lo SMOP è stato istituito con Decreto Dirigenziale della Giunta Regionale della Campania n°142 del 21/07/2011 e successiva Deliberazione D.G. ASL Caserta n. 1444 del 12/09/2011.

⁴⁹ Per una analisi dei dati si veda Dipartimento di Giurisprudenza dell'Università di Torino, *Progetto di ricerca SMOP*, Rapporto di Ricerca 2020.

Il monitoraggio dell'attuazione della l. 81/2014 nella verifica dell'erogazione dei Lea

La legge 81/2014 dispone che il "Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei Lea" provveda al monitoraggio e alla verifica dell'attuazione dell'articolo 3 ter del decreto-legge 22 dicembre 2011, n. 211, come modificato dalla legge di conversione⁵⁰.

A tal fine, il Ministero ha introdotto nel *Questionario per la raccolta dei dati per la verifica dell'erogazione dei Lea* una specifica sezione, "Sanità Penitenziaria", la quale inizialmente ha rilevato l'approvazione formale dei programmi regionali per l'utilizzo dei finanziamenti di parte corrente per il superamento degli OPG e successivamente ha raccolto i dati sull'attivazione dei posti letto in REMS e sulla percentuale di internati in OPG inseriti nelle REMS attivate⁵¹. Oltre a tale informazione sono stati raccolti dati di carattere generale sulla rete dei servizi sanitari territoriali per la Salute Mentale.

Dall'anno 2020, con la definizione da parte del Ministero della Salute del nuovo sistema di monitoraggio dell'assistenza sanitaria (Nuovo Sistema di Garanzia, NSG⁵²), le specifiche informazioni sulla sanità penitenziaria e sulle REMS non sono più rilevate⁵³.

Il monitoraggio Commissariale (2016-2017)

Durante gli anni 2016-2017 (febbraio 2016 – febbraio 2017) in cui si è svolto il mandato del Commissario governativo (cfr. elementi di dettaglio in risposta al quesito I) sui poteri sostitutivi) vi è stato un monitoraggio costante di tutte le strutture REMS presenti sul territorio nazionale, verificando i posti letto progressivamente attivati e la capienza complessiva del sistema, nonché il tasso di occupazione e il turn over. La raccolta dati è stata continua anche riguardo ai numeri delle misure di sicurezza emesse e alla loro tipologia, evidenziando i numeri elevati delle misure provvisorie e il costante aumento della lista d'attesa. Tutti i dati sono stati presentati nelle due Relazioni semestrali⁵⁴.

L'attività di collaborazione fra il Commissario e il Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria è stata intensa e propositiva, diretta a sollecitare le iniziative delle Regioni inadempienti, ma anche a sostenere l'operato delle Regioni con maggiori criticità e difficoltà nell'accoglienza e nella presa in carico dei pazienti residenti nel proprio territorio.

⁵⁰ Si riporta il testo dei commi 8 e 8.1 dell'articolo 3 ter della legge 81/2014.

8. Il Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza di cui all'articolo 9 dell'intesa tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano del 23 marzo 2005, provvede al monitoraggio e alla verifica dell'attuazione del presente articolo.

8.1. Fino al superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari, l'attuazione delle disposizioni di cui al presente articolo costituisce adempimento ai fini della verifica del Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza".

⁵¹ A titolo esemplificativo, per l'anno 2018, l'informazione rilevata è la seguente: *Attivazione al 31 dicembre 2018, da parte della Regione dei posti letto in REMS (in ambito regionale o di altre Regioni previo accordo formale) anche transitorie, programmati dal programma regionale definitivo approvato dal Ministero della salute.*

⁵² Decreto Ministero della Salute del 12 marzo 2019, *Nuovo sistema di garanzia per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria*. <https://www.trovanorme.salute.gov.it/norme/dettaglioAtto?id=69576&completo=false>

⁵³ Il NSG contiene i seguenti indicatori riferiti alla salute mentale:

- Tasso di ospedalizzazione per patologie psichiatriche in rapporto alla popolazione residente maggiorenne
- Numero di TSO a residenti maggiorenni in rapporto alla popolazione residente per 100.000 abitanti
- Tasso di ospedalizzazione di minori con diagnosi principale connessa con i problemi psichiatrici in rapporto alla popolazione di minori residenti per 100.000 abitanti-

È in corso un approfondimento per l'inserimento di ulteriori indicatori sull'assistenza distrettuale.

⁵⁴ F. Corleone, 2016, *Relazione Semestrale sulle attività svolte dal Commissario unico per il superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari*, 19.02.2016 – 19.08.2016.

<https://www.penalecontemporaneo.it/upload/Relazione%20Semestrale.pdf>

F. Corleone, 2017, *Seconda Relazione Semestrale sulle attività svolte dal Commissario unico per il superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari*, 19.08.2016 – 19.02.2017.

<https://www.camera.it/temiap/2017/02/28/OCD177-2763.pdf>

Quesito I) – Poteri sostitutivi

- l) se sia prevista la possibilità dell'esercizio di poteri sostitutivi del Governo nel caso di riscontrata incapacità di assicurare la tempestiva esecuzione di tali provvedimenti nel territorio di specifiche Regioni;

Il decreto-legge 211/2011, convertito nella Legge 9/2012, all'art. 3-ter, comma 9, prevede esplicitamente l'esercizio da parte del Governo dei poteri sostitutivi, ai sensi dell'articolo 120 della Costituzione, al fine di assicurare la piena esecuzione a quanto previsto dal comma 4 dello stesso articolo⁵⁵.

Il complesso processo di superamento degli OPG ha richiesto nel 2016 la nomina di un Commissario unico in via sostitutiva delle regioni in ritardo nella attuazione della normativa. Il DPCM 19 febbraio 2016 ha previsto un mandato per sei mesi legato alle inadempienze e/o ai ritardi di sei Regioni (Veneto, Piemonte, Abruzzo, Toscana, Puglia, Calabria); l'incarico è stato poi prorogato per ulteriori sei mesi, fino al 19 febbraio 2017, per tre Regioni (Piemonte, Toscana, Calabria)⁵⁶. Al termine del periodo di commissariamento tutti gli OPG erano stati chiusi, tutte le REMS erano state aperte e per tutte le persone internate erano stati predisposti progetti di presa in carico.

Si richiama la "Cabina di regia presso Agenas per problematiche inerenti i soggetti ristretti in attesa di internamento in REMS" costituita il 6 luglio 2021 su richiesta del Ministero della Salute con la partecipazione del Ministero della Giustizia e delle Regioni e Province autonome, per la cui attività si rinvia alla risposta al punto i).

⁵⁵ Si riporta il comma 9 dell'art. 3-ter.

"9. Nel caso di mancata presentazione del programma di cui al comma 6 entro il termine del 15 maggio 2013, ovvero di mancato rispetto del termine di completamento del predetto programma, il Governo, in attuazione dell'articolo 120 della Costituzione e nel rispetto dell'articolo 8 della legge 5 giugno 2003, n. 131, provvede in via sostitutiva al fine di assicurare piena esecuzione a quanto previsto dal comma 4. Nel caso di ricorso alla predetta procedura il Consiglio dei Ministri, sentita la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano, nomina commissario la stessa persona per tutte le regioni per le quali si rendono necessari gli interventi sostitutivi."

Si riporta altresì il comma 4 dell'art. 3-ter, citato nel comma 9 soprariportato.

"4. Dal 31 marzo 2015 gli ospedali psichiatrici giudiziari sono chiusi e le misure di sicurezza del ricovero in ospedale psichiatrico giudiziario e dell'assegnazione a casa di cura e custodia sono eseguite esclusivamente all'interno delle strutture sanitarie di cui al comma 2, fermo restando che le persone che hanno cessato di essere socialmente pericolose devono essere senza indugio dimesse e prese in carico, sul territorio, dai Dipartimenti di salute mentale. 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 altra misura diversa non è idonea ad assicurare cure adeguate e 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. Il giudice dispone nei confronti dell'infermo di mente l'applicazione di una misura di sicurezza diversa dal ricovero in un ospedale psichiatrico giudiziario, salvo quando sono acquisiti elementi dai quali risulta che ogni altra misura diversa non è idonea ad assicurare cure adeguate ed a fare fronte alla sua pericolosità sociale. Allo stesso modo provvede il magistrato di sorveglianza quando interviene ai sensi dell'articolo 679 del codice di procedura penale."

⁵⁶ Le Regioni Veneto, Abruzzo e Puglia, commissariate secondo quanto stabilito dal DPCM del 19 febbraio 2016, avevano provveduto con solerzia e celerità agli adempimenti.

Il Commissario unico (2016-2017)

Il 19 febbraio 2016 è stato nominato con DPCM un Commissario unico per provvedere, in luogo delle regioni Calabria, Abruzzo, Piemonte, Toscana, Puglia e Veneto, alla realizzazione di programmi al fine di garantire la chiusura degli ex OPG e il tempestivo ricovero presso le competenti REMS delle persone ancora ivi internate e di quelle sottoposte a misura di sicurezza. Il compito era anche quello di dare attuazione agli specifici accordi interregionali stipulati per la realizzazione delle strutture in cui ospitare i soggetti internati provenienti dalle regioni commissariate. Il Commissario doveva, inoltre, intraprendere ogni utile iniziativa volta a sollecitare anche le regioni diverse da quelle commissariate perché procedessero a una rapida e completa realizzazione dei programmi di loro competenza.

Alla data della nomina del Commissario restavano 97 persone internate nei quattro OPG ancora aperti e funzionanti (Aversa, Barcellona Pozzo di Gotto, Reggio Emilia e Montelupo Fiorentino). Era stato chiuso solo l'OPG di Napoli Secondigliano, mentre l'OPG di Castiglione dello Stiviere era stato trasformato in un Sistema polimodulare di REMS provvisorie.

Su questo quadro è intervenuta la decisione del Governo, che ha nominato il 19 febbraio 2016 l'on. Franco Corleone a Commissario unico per la chiusura degli OPG, con mandato semestrale, prorogato di un ulteriore semestre⁵⁷.

Il lavoro del Commissario ha portato, nell'arco di un anno, alla chiusura dei quattro OPG ancora funzionanti (Reggio Emilia e Aversa nel primo semestre, Montelupo Fiorentino e Barcellona Pozzo di Gotto nel secondo semestre) e alla costruzione per le 97 persone che vi erano ancora internate (di cui 60 persone nei primi sei mesi e 37 nei successivi sei) di percorsi di cura adeguati in armonia con le modalità di esecuzione delle misure di sicurezza previste dall'intervento di riforma (Leggi 9/2012 e 81/2014), ovvero sia in misura non detentiva, a seguito di trasformazione della misura da parte del magistrato di sorveglianza, sia in misura detentiva con inserimento nelle nuove REMS.

Al termine del mandato tutte le REMS erano aperte. I pazienti presenti erano 541 di cui 318 definitivi, 216 provvisori e 7 con posizione mista. In totale 798 persone sono state inserite e 506 persone sono state dimesse; il numero di dimissioni testimonia le caratteristiche tendenzialmente aperte delle REMS che, contrariamente agli OPG, non prevedono una presenza senza fine, con la pratica del cd "ergastolo bianco".

L'azione del Commissario ha avuto come criteri guida i principi ordinatori della riforma: numero chiuso delle strutture, gestione esclusivamente sanitaria con sorveglianza solo esterna, territorialità della cura e rifiuto della contenzione. Tali criteri sono stati dati come indirizzi per la realizzazione delle REMS e sono stati utilizzati per valutare l'adeguatezza di quelle già realizzate.

Le situazioni delle ultime persone rimaste internate in REMS sono state considerate caso per caso, per giungere alla risoluzione dei più complessi, anche mettendo da parte il principio di territorialità, per alcuni limitati casi, per arrivare all'obiettivo della chiusura.

Durante l'anno in cui si è svolto il mandato del Commissario vi è stato un monitoraggio costante di tutte le strutture REMS presenti sul territorio nazionale, tenendo il conto dei posti progressivamente attivati e della capienza complessiva del sistema, nonché del tasso di occupazione e del turn over. La raccolta dati è stata continua anche riguardo ai numeri delle misure emesse e alla loro tipologia, evidenziando i

⁵⁷ Nell'atto di proroga viene specificato che il Commissario dovrà: "provvedere in via sostitutiva, in luogo delle Regioni tuttora inadempienti, al fine di garantire il completamento della chiusura degli ex ospedali psichiatrici giudiziari e il tempestivo ricovero presso le competenti R.E.M.S. delle persone ancora ivi internate, e di quelle sottoposte a misura di sicurezza provvisoria, nonché il superamento delle persistenti criticità relative alle REMS provvisorie".

numeri elevati delle misure di provvisorie e il costante aumento della lista d'attesa. Tutti i dati sono stati presentati nelle due Relazioni semestrali⁵⁸.

Il Commissario ha evidenziato, oltre al grande lavoro svolto dagli operatori delle REMS e all'importante mutamento di approccio alla malattia mentale di cui il nuovo sistema è espressione, anche alcuni punti critici dell'operatività del sistema REMS, come l'importante percentuale di misure provvisorie sul totale dei presenti in REMS (circa 35% in media), la mancanza di un regolamento specifico per le REMS con regole valide per tutte le strutture, l'incremento progressivo della lista d'attesa e le problematiche della sua gestione, la specificità della condizione femminile nelle REMS e la necessità di garantire le medesime opportunità.

Il Commissario ha indicato alcuni punti rilevanti in una prospettiva di lungo termine, come la necessità di un monitoraggio delle REMS presenti sul territorio con impostazioni e regolamenti diversi, la opportunità di definizione di regole minime sui diritti e i principi informativi applicabili a tutte le REMS, nonché lo status della REMS di Castiglione delle Stiviere, l'importanza del rispetto del principio di territorialità, per cui tutti i pazienti devono essere accolti nelle REMS della propria regione, incluse le donne, l'opportunità di prevedere la presenza di uno o due posti letto liberi per ogni REMS per rispondere ad eventuali urgenze, l'opportunità di programmare le REMS definitive con la presenza di sole camere singole o con una percentuale minima di camere doppie⁵⁹.

Infine, il Commissario ha indicato come necessaria e opportuna, alla fine del periodo del commissariamento, l'istituzione di un organismo di monitoraggio e di indirizzo composto dai rappresentanti dei Ministeri della Salute e della Giustizia, del DAP, delle Regioni, delle Associazioni, del Coordinamento REMS, della Commissione mista del CSM⁶⁰.

⁵⁸ F. Corleone, 2016, *Relazione Semestrale sulle attività svolte dal Commissario unico per il superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari*, 19 febbraio 2016 - 19 agosto 2016.

<https://www.penalecontemporaneo.it/upload/Relazione%20Semestrale.pdf>

F. Corleone, 2017, *Seconda Relazione Semestrale sulle attività svolte dal Commissario unico per il superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari*, 19 agosto 2016 – 19 febbraio 2017.

<https://www.camera.it/temiap/2017/02/28/OCD177-2763.pdf>

⁵⁹ F. Corleone, *Relazione Semestrale*, 2016, pp. 21-22

⁶⁰ *Ibidem*

Quesito m) – Ragioni difficoltà

m) se le riscontrate difficoltà siano dovute a ostacoli applicativi, all'inadeguatezza delle risorse finanziarie, ovvero ad altre ragioni;

Le considerazioni del Ministero della Giustizia

Di fatto, le difficoltà di funzionamento del sistema REMS sono emerse sin da subito, ovvero dall'aprile 2015, ove si consideri che sulla base dei dati a disposizione del DAP, i 96 provvedimenti giurisdizionali 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, 813 alla data del 27.10.2020, per poi calare lievemente nel corso del 2021, giungendo ai 755 del 31 luglio 2021 (568 secondo il calcolo elaborato dalle Regioni).

Ed ancora, deve rammentarsi come, ai sensi dell'art. 1 dell'Accordo Stato-Regioni del 26 febbraio 2015, gran parte dei posti-letto realizzati in R.E.M.S. siano stati destinati ai pazienti che, nel marzo del 2015, si trovavano ancora internati in ospedale psichiatrico giudiziario e che, alla data di attivazione delle Residenze, non erano stati considerati suscettibili di dimissioni dalle competenti Autorità giudiziarie.

Avuto riguardo per l'attuale consistenza delle liste di attesa per i ricoveri in R.E.M.S. e della circostanza per cui tali "code" hanno cominciato a formarsi sin dall'attivazione delle prime R.E.M.S. nell'aprile del 2015, per poi aumentare in modo esponenziale negli anni successivi, può ipotizzarsi che la prima e principale problematica del sistema consista nella realizzazione di un numero complessivo di posti-letto troppo ridotto e comunque inadeguato rispetto all'effettivo fabbisogno, unitamente all'assenza di alternativa ed adeguata offerta di tutela psichiatrica, idonea a salvaguardare le concomitanti esigenze primarie di salute del singolo e di sicurezza pubblica.

L'analisi dei dati in possesso consente di ipotizzare che la dotazione complessiva di posti-letto in R.E.M.S. sia stata tendenzialmente parametrata ai 689 pazienti internati in ospedale psichiatrico giudiziario alla data del marzo 2015 (allorquando si procedeva alla chiusura degli O.P.G., per lo meno dal punto di vista formale).

Del resto, lo stesso biennio successivo al 1° aprile 2015, come sopra accennato, è stato connotato non già dalla ricerca di soluzioni terapeutiche ed allocative per i nuovi destinatari di misure di sicurezza detentive, bensì dal faticoso completamento dei programmi organizzativi regionali previsti dal citato art. 3-ter, co. 6, d.l. 22 dicembre 2011, n. 211 e, dunque, dalla stessa materiale realizzazione delle Residenze.

Basti pensare che i ritardi registratisi in numerose Regioni hanno comportato finanche difficoltà nella allocazione dei soggetti internati in O.P.G. alla data di formale chiusura degli stessi, i quali, non essendo stati ritenuti suscettibili di dimissioni da parte dell'Autorità giudiziaria, hanno continuato ad essere ristretti in O.P.G., pur dopo il 1° aprile 2015, in attesa che le Residenze competenti per la loro accoglienza venissero realizzate e comunque dichiarassero la disponibilità di posto-letto⁶¹; solo agli inizi del 2017, si è infine giunti alla completa dimissione degli internati dagli ospedali psichiatrici giudiziari, potendosi così procedere alle loro effettive chiusure o riconversioni.

⁶¹A titolo esemplificativo, dai dati in possesso del Dipartimento, si evince che alla data del 15 dicembre 2015 erano ancora 164 i soggetti ancora presenti in O.P.G. a causa della mancata disponibilità di posti-letto in R.E.M.S., divenuti 58 alla data del 30 maggio 2016.

È innegabile che, accanto al problema di carattere strutturale appena illustrato, il sistema continui tuttora a soffrire a causa dell'applicazione, in misura ancora insufficiente, del principio della misura di sicurezza detentiva quale *extrema ratio*.

L'esperienza pratica ed il confronto con gli esperti del versante sanitario inducono a ritenere che tale problematica sia da addebitarsi a due ordini di ragioni.

Da un lato, appare verosimile che, per lo meno con riguardo ad alcuni specifici casi, il principio non abbia ancora fatto adeguata breccia nell'ambito giurisdizionale, tuttora in parte permeato da una cultura (forese) eccessivamente "custodialistica" che, come tale, nutre ancora una troppo scarsa fiducia sulla reale efficacia delle misure di sicurezza non detentive.

D'altro lato, è ormai acclarato come, per lo meno in alcuni territori, la deficitaria applicazione di misure non detentive dipenda anche e soprattutto dalla persistente inadeguatezza dei servizi psichiatrici territoriali, dimostratisi spesso incapaci di offrire adeguato supporto all'Autorità giudiziaria nel fornire soluzioni terapeutiche alternative alle R.E.M.S. ma parimenti rassicuranti, sotto i profili della cura e della custodia degli autori di reato. E ciò non può che tradursi nella materiale impossibilità per l'Autorità giudiziaria di ricorrere ad esempio alla misura gradata della libertà vigilata, sebbene, per lo meno in taluni casi, proprio tale tipologia di misura possa in astratto risultare anche più appropriata di quella detentiva nel perseguimento degli obiettivi propri delle misure di sicurezza.

L'insufficienza di adeguate alternative alle R.E.M.S., peraltro, produce effetti negativi non solo al momento della originaria applicazione delle misure di sicurezza, ma anche nelle successive fasi, relative al riesame della pericolosità sociale. Proprio con riguardo al sistema delle Residenze, infatti, è chiaro che, in tanto potrebbe darsi corso ad un più efficace *turn-over* tra soggetti già internati e in attesa di internamento, qualora, al momento del riesame della pericolosità, l'ipotesi di fuoriuscita del paziente dalla R.E.M.S. fosse accompagnata da un'adeguata prospettiva terapeutica da attuarsi al di fuori della Residenza senza soluzione di continuità.

Ulteriore problematica direttamente connessa a quella appena illustrata concerne la frequente assenza di canali di comunicazione adeguati e strutturati tra Autorità giudiziarie, aziende sanitarie locali e dipartimenti di salute mentale. L'esperienza pratica ha infatti insegnato come il sistema delle R.E.M.S. possa funzionare senz'altro in modo più efficiente nei contesti in cui l'individuazione della misura di sicurezza da applicare nel caso concreto venga effettuata dall'Autorità giudiziaria sulla base delle indicazioni operative tempestivamente fornite dalle Autorità sanitarie del territorio. In altri termini, laddove, anche tramite protocolli d'intesa, i servizi psichiatrici si sono dimostrati efficienti nell'indicare da subito adeguate soluzioni terapeutiche alternative alle R.E.M.S., al fine di procedere alla cura e al contenimento del paziente autore di reato, inevitabilmente il principio della misura detentiva come *extrema ratio* ha trovato concretizzazioni più che virtuose.

Altro ostacolo applicativo alla piena attuazione degli obiettivi sottesi alla riforma di cui si discute è senz'altro rappresentato dalla sottovalutazione delle problematiche relative alla sicurezza interna ed esterna alle R.E.M.S. Sono infatti note le difficoltà, talora estreme, incontrate dagli operatori nella gestione dei pazienti psichiatrici connotati da personalità particolarmente violente ed aggressive, all'interno di strutture realizzate con il fine di erogare prestazioni di cura in favore di soggetti che dimostrino un'adeguata *compliance* ed in relazione alle quali la legge ha espressamente previsto che l'attività di vigilanza si arresti all'esterno delle strutture medesime (v. art. 3-ter, co. 3, lett. b), d. l. n. 211/2011 cit.).

Da ultimo, si rinvia alle considerazioni sopra effettuate in merito agli effetti estremamente negativi prodotti sul sistema delle R.E.M.S. dall'assenza di strutture organizzative di coordinamento, sia a livello locale che nazionale, oltre che dalla mancata attivazione di poteri sostitutivi, o comunque di intervento, presso le Regioni dimostrate inadempienti nella completa attuazione della riforma.

Le considerazioni del Ministero della Salute e della Conferenza delle Regioni e delle Province autonome

Le difficoltà riscontrate nei servizi per la salute mentale, in specie per le persone con disturbi mentali autrici di reato, sono riferibili a una pluralità di fattori.

Va innanzi tutto premesso che l'esperienza di questi primi anni di attuazione della riforma è pervasa, purtroppo non su tutto il territorio nazionale, di buone prassi a dimostrazione che la tutela della salute mentale può essere garantita senza gli OPG e che ciò è possibile anche per i pazienti psichiatrici autori di reato mediante interventi centrati sulla comunità. Un risultato che, solo pochi anni fa, poteva sembrare a taluni irraggiungibile ma che in molte realtà è stato perseguito con impegno e competenza, nel rispetto dei diritti delle persone. Non va peraltro celato il difficile contesto in cui la riforma è stata attuata e il rischio di involuzioni.

L'esperienza accumulata nel corso degli anni consente sia di identificare le Buone pratiche sia di individuare le difficoltà, di natura *culturale* e *finanziaria*, che hanno ostacolato la piena attuazione della riforma.

Con riguardo alle *difficoltà di natura culturale* si segnala l'enorme sforzo richiesto a tutte le componenti coinvolte (dagli operatori sanitari alla magistratura e all'amministrazione penitenziaria) per aderire al cambiamento culturale che la riforma richiede, che trova le sue radici proprio nel mutamento di approccio alla malattia mentale, oggi non più considerata incurabile, ma disturbo, di natura anche sociale, curabile o almeno gestibile nell'ambito di un percorso di vita che tenda all'autonomia.

Ricercare nella dotazione dei posti in REMS la soluzione al problema delle misure di sicurezza è espressione della cultura precedente la riforma, che, come prima risposta alla malattia mentale, immaginava un luogo in cui collocare la persona (rinunciando a ogni forma di inclusione sociale del malato).

Oggi è invece indispensabile riorientare la prospettiva in direzione del reinserimento sociale, con strumenti adatti a realizzare un percorso a misura della persona che ne sarà destinataria, ovviamente nel rispetto della tutela della sicurezza della collettività.

Un approccio che trova ancora difficoltà ad essere adottato in tutto il territorio nazionale e in tutti i mondi professionali coinvolti, che richiede una profonda revisione delle prassi operative e che non può che svilupparsi nel tempo e generare ritardi soprattutto per il benessere delle persone con esperienza di sofferenza mentale.

Il sistema continua a soffrire dell'applicazione in misura non ancora sufficiente del principio della misura di sicurezza detentiva quale *extrema ratio*. Ciò verosimilmente a causa dell'ancora ancora scarsa fiducia sulla reale efficacia delle misure di sicurezza non detentive e della debolezza dei servizi di salute mentale, in alcune realtà talvolta incapaci di offrire adeguato supporto all'Autorità giudiziaria.

Ciò è alla base dell'aumento delle richieste che non hanno trovato esecuzione, con preoccupanti conseguenze per la mancata erogazione della dovuta assistenza sanitaria a persone con disturbi mentali e per gli effetti sulla collettività in termini di sicurezza e di negazione di diritti umani (anche in relazione all'eventuale impropria permanenza negli Istituti di pena). Ne è risultata una lista di attesa di dimensioni in alcuni casi non irrilevanti, in particolare in specifiche realtà territoriali.

Sugli interventi necessari per superare il fenomeno delle liste di attesa si registrano posizioni solo in parte convergenti.

Tutte le istituzioni competenti (Ministero della salute, Ministero della Giustizia, Regioni e Province autonome) concordano sulla necessità di una serie di misure fra le quali si richiama: il rafforzamento della rete dei servizi per la salute mentale (per qualificare e ampliare l'offerta assistenziale); un maggiore coordinamento e un più ampio dialogo fra le istituzioni (compresi momenti di formazione congiunta, anche per favorire il ricorso all'intera gamma delle misure disponibili); la definizione di criteri uniformi di tenuta delle liste di attesa (e di priorità per l'accesso in REMS); la previsione di meccanismi di rivalutazione periodica della condizione giuridica e di quella sanitaria delle persone destinatarie di misure di sicurezza detentiva in REMS; l'adozione di accordi straordinari di soccorso interregionale e la revisione della disciplina codicistica. Temi sui quali potrà contribuire anche l'attività dell'Organismo di

coordinamento recentemente istituito, con il decreto del Ministero della Salute del 22 settembre 2021, con la partecipazione di tutti i soggetti istituzionali.

Resta per contro oggetto di approfondimento e confronto la possibilità di ricomprendere, all'interno delle misure volte a incrementare l'assistenza sanitaria, anche l'aumento dei posti letto in REMS. Su tale aspetto le ipotesi in campo partono da posizioni parzialmente divergenti quando considerate singolarmente, ma ragionevolmente ricomponibili se considerate in un'ottica complessiva basata sulle evidenze scientifiche (efficacia degli interventi in rapporto ai costi), su considerazioni etiche (rispetto dei diritti umani) e di protezione della sicurezza delle persone.

Le singole posizioni spaziano fra chi ritiene che l'attuale dotazione di posti letto sia insufficiente e che quindi l'aumento strutturale della capacità ricettiva sia la principale soluzione in grado di risolvere il problema delle liste di attesa (posizione fermamente sostenuta dal DAP) e chi ritiene che una volta attivate efficacemente le misure di qualificazione delle attività della sanità e della giustizia (di cui sopra) la dotazione di posti letto potrebbe addirittura essere progressivamente ridotta (posizione sostenuta da molte associazioni di tutela delle persone con disturbi mentali e da parte del mondo professionale). Nel mezzo, si collocano le posizioni di chi ritiene che debba essere profuso ogni sforzo per accelerare e qualificare i percorsi già intrapresi (in modo da pervenire, anche nelle realtà territoriali meno adeguate, al superamento delle criticità che da troppi anni si osservano) e per procedere alla sostituzione delle REMS provvisorie con quelle definitive, e che eventuali carenze o eccedenze debbano essere valutate sulla base di attente analisi delle cause del fenomeno (nei diversi territori) e di rigorose valutazioni dei fabbisogni di assistenza (posizione metodologicamente e tecnicamente propria del Ministero della Salute e della Conferenza delle Regioni e delle Province autonome, in coerenza con le innovazioni introdotte con la Missione 6 del *Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza* verso una salute di comunità e in continuità con gli strumenti della programmazione ampiamente utilizzati nel settore sanitario).

Resta ferma per tutti la necessità di proseguire con il percorso di dialogo e monitoraggio recentemente rivitalizzato, i cui risultati - per quanto ancora parziali - sono unanimemente considerati rilevanti, anche in alcune realtà problematiche, ed estremamente promettenti per il futuro. L'Organismo di monitoraggio di cui al DM 22.09.2021 potrà sicuramente contribuire, con la collaborazione di tutte le istituzioni competenti, al consolidamento dei risultati ottenuti e al superamento delle difficoltà ancora persistenti.

Con riguardo alle difficoltà di natura *finanziaria* si rinvia ai successivi paragrafi.

Le criticità dei servizi per la salute mentale

Nonostante il nostro Paese sia considerato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità un importante punto di riferimento per la salute mentale (per le scelte di grande valenza etica effettuate nel corso degli anni), *“la realtà continua a presentare criticità e le persone con disturbi mentali continuano a ricevere risposte non sempre pienamente adeguate”*⁶².

“Dobbiamo riconoscere che, negli ultimi decenni, l’attenzione dedicata alla sofferenza mentale non sempre è stata all’altezza.”

A fronte di *“esperienze concrete e virtuose, diffuse in varie parti del Paese”*, si osservano *“ampie diseguaglianze”*, *“la necessità di rafforzare la cultura dell’assistenza territoriale”* e *“alle nuove forme di disagio”*, oltre che *“una carenza di risorse professionali ed economiche e una difficoltà degli operatori a fronteggiare le sfide che le riorganizzazioni e gli accorpamenti dei Dipartimenti di Salute Mentale impongono”*.

“Sono convinto che la prima risorsa che dobbiamo essere capaci di mobilitare è quella culturale, attraverso la quale possiamo migliorare la qualità dell’assistenza, riallocando le risorse oggi spese verso interventi più efficaci.”

*“Tuttavia, sono consapevole che le sfide che abbiamo di fronte richiedono anche una maggiore dotazione di risorse.”*⁶³

Il processo di superamento degli OPG è stato quindi realizzato in un contesto di debolezza della rete dei servizi per la salute mentale, solo in parte attenuata dalla riserva di risorse prevista dalla 11/2012.

Il Sistema Informativo per la Salute Mentale, SISM, offre in proposito alcuni elementi di informazione.

Nell’anno 2019, la spesa complessiva per l’assistenza psichiatrica è stimata pari a 65 euro per residente, in calo rispetto agli anni precedenti (era pari a 78 euro nel 2017)⁶⁴. A livello nazionale, la spesa ammonta a 3,3 miliardi di euro, circa il 2,9% della spesa per il Ssn, una percentuale in riduzione rispetto agli anni precedenti. A livello regionale la percentuale appare differenziata.

Un giudizio sull’adeguatezza delle risorse può essere formulato tenendo presente che, nel gennaio del 2001, in occasione della Prima Conferenza Nazionale sulla Salute mentale, la Conferenza dei Presidenti delle Regioni aveva sottoscritto un documento nel quale veniva confermato l’impegno, già assunto in precedenza, a *“destinare almeno il 5% dei Fondi sanitari regionali”* per le attività di promozione e tutela della salute mentale. Per quanto datata, tale percentuale appare nettamente superiore alle risorse attualmente destinate alle persone con esperienza di sofferenza mentale.

⁶² Dall’intervento del Ministro della salute alla 2° Conferenza Nazionale dal Ministero della salute *“Per una salute mentale di comunità”*, 25 giugno 2021. https://www.salute.gov.it/portale/imgs/SPERANZA_DISCORSO.pdf

⁶³ Ibidem

⁶⁴ Ministero della Salute, *Rapporto salute mentale, Analisi dei dati del Sistema Informativo per la Salute Mentale, anno 2019*, marzo 2021 https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_3081_allegato.pdf

Il dato è rilevato attraverso i modelli LA (Livelli di Assistenza) trasmessi annualmente al NSIS del Ministero della salute. I valori sono desunti dalla contabilità generale e/o dai dati provenienti dalla contabilità analitica delle Aziende Sanitarie. Il dato è riferito alla sola popolazione adulta.

Le risorse di parte corrente

Il processo di superamento degli OPG ha potuto contare su risorse di parte corrente dedicate.

Per quel che concerne gli aspetti relativi al finanziamento degli oneri connessi al progetto di superamento degli OPG, la tabella di pagina seguente riporta i riparti alle Regioni dal 2012 al 2021 delle risorse di parte corrente.

I finanziamenti di parte corrente sono disposti dalla legge 11/2012, per un importo pari a 38 milioni di euro per l'anno 2012 e 55 milioni di euro a decorrere dall'anno 2013, per gli oneri connessi all'esercizio delle seguenti attività:

- assunzione di personale qualificato da dedicare anche ai percorsi terapeutico riabilitativi finalizzati al recupero e reinserimento sociale dei pazienti internati provenienti dagli OPG,
- attività volte ad incrementare la realizzazione dei percorsi terapeutico-riabilitativi, la dimissione delle persone internate non socialmente pericolose, la loro presa in carico da parte dell'ASL territorialmente competente all'interno di progetti terapeutico-riabilitativi e l'esecuzione di misure di sicurezza alternative al ricovero in OPG e al ricovero in CCC.

Con le Intese raggiunte in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato e le Regioni e Province autonome, in data 6 dicembre 2012 e 7 febbraio 2013, fino al 2016 il riparto delle risorse destinate al finanziamento di parte corrente degli oneri relativi al superamento degli OPG è stato effettuato sulla base dei seguenti criteri:

- per il 50% delle risorse, della popolazione residente in ciascuna regione e provincia autonoma al 1° gennaio 2011;
- per il restante 50% delle risorse, del numero dei soggetti internate negli OPG, suddivisi per regione di residenza, alla data del 16 giugno 2012.

A partire dal 2017, su proposta del *Tavolo di consultazione permanente sulla sanità penitenziaria*, è stato introdotto un nuovo criterio di riparto che tiene conto unicamente della popolazione maggiorenne residente in ciascuna regione e provincia autonoma alla data del 1° gennaio di ciascun anno.

Dopo la fase iniziale, le risorse sono quindi destinate alla presa in carico da parte delle ASL e sono ripartite in base alla popolazione residente: entrambi gli elementi confermano la destinazione all'intero sistema di servizi sanitari e socio sanitari per la tutela della salute mentale e non solo al ricovero in REMS.

Il riparto delle risorse fra le Regioni e Province autonome è illustrato nella tabella a pagina seguente.

Riparti risorse di parte corrente 2012 - 2021

REGIONI	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Piemonte	2.613.160	3.472.752	3.387.151	3.581.505	3.674.294	4.038.156	4.028.074	4.017.339	4.017.339	4.022.530
Valle d'Aosta	78.596	104.450	51.959	56.493	57.719	115.133	114.843	114.694	114.694	115.557
Lombardia	6.987.550	9.286.086	9.702.286	9.184.787	9.447.549	9.053.777	9.082.660	9.122.101	9.122.101	9.204.278
Trentino Alto Adige (*)	529.878	704.180	609.024	624.302	643.792	940.306	946.225	952.116	952.116	968.531
Veneto	2.533.349	3.366.687	3.217.210	3.564.028	3.660.342	4.447.628	4.454.783	4.466.253	4.466.253	4.497.911
Friuli Venezia Giulia	553.738	735.889	772.695	859.026	880.965	1.124.767				-
Liguria	1.236.479	1.643.216	1.501.770	1.932.080	1.980.767	1.464.512	1.457.852	1.453.856	1.453.856	1.446.061
Emilia Romagna	2.182.899	2.900.958	2.716.455	2.955.590	3.039.432	4.057.066	4.064.799	4.076.376	4.076.376	4.128.847
Toscana	1.968.974	2.616.663	2.741.908	3.325.523	3.416.104	3.443.809	3.441.620	3.439.274	3.439.274	3.445.315
Umbria	437.727	581.716	638.295	672.843	690.435	816.361	813.540	812.207	812.207	811.285
Marche	708.223	941.191	934.182	1.081.222	1.109.017	1.408.149	1.404.528	1.401.750	1.401.750	1.406.878
Lazio	3.677.421	4.887.099	5.039.595	6.020.521	6.188.619	5.356.128	5.362.124	5.354.570	5.354.570	5.305.262
Abruzzo	804.788	1.069.521	906.935	1.104.201	1.133.309	1.214.914	1.210.020	1.208.809	1.208.809	1.206.361
Molise	189.840	252.288	219.154	376.994	386.979	288.695	287.439	285.396	285.396	283.862
Campania	4.017.721	5.339.340	5.468.662	5.927.244	6.089.720	5.171.154	5.176.524	5.171.405	5.171.405	5.155.275
Puglia	2.472.883	3.286.331	2.879.190	2.518.041	2.584.807	3.672.590	3.669.343	3.664.140	3.664.140	3.641.444
Basilicata	273.748	363.796	264.368	453.083	464.671	524.532	522.821	520.428	520.428	517.653
Calabria	1.436.967	1.909.653	1.628.124	2.065.455	2.120.926	1.780.608	1.776.082	1.771.203	1.771.203	1.742.418
Sicilia	4.105.224	5.455.627	5.216.826	5.707.943	5.860.456	4.541.601	4.523.365	4.508.585	4.508.585	4.448.774
Sardegna	1.190.835	1.582.557	1.224.213	1.529.117	1.570.095	1.540.114	1.538.590	1.534.731	1.534.731	1.526.990
TOTALE	38.000.000	50.500.000	49.120.000	53.540.000	55.000.000	55.000.000	53.875.233	53.875.232	53.875.232	53.875.233

(*) Province autonome di Trento e di Bolzano: importi non trasferibili ex articolo 2, comma 109, della legge 23 dicembre 2009, n. 191

Fonte: Ministero della salute, Direzione generale della Programmazione sanitaria.

Le risorse in conto capitale

Le risorse previste dalla normativa per la realizzazione delle REMS sono state complessivamente pari a € 173.807.991 euro.

Le risorse sono state ripartite fra le Regioni con il Decreto del Ministero della Salute del 28 dicembre 2012 recante *“Riparto del finanziamento di cui all'articolo 3-ter, comma 6, del decreto-legge 22 dicembre 2011, n. 211, convertito, con modificazioni, dalla legge 17 febbraio 2012, n. 9, per il superamento degli Ospedali psichiatrici giudiziari”*.

Per accelerare il processo di superamento degli OPG, le risorse sono state assegnate in deroga alle procedure previste per gli investimenti in edilizia sanitaria (programma pluriennale di interventi di cui all'art. 20 della legge 11 marzo 1988, n. 67)⁶⁵ e su presentazione da parte delle Regioni di uno specifico programma di utilizzo.

Di seguito si riporta uno stralcio del documento predisposto dalla Direzione Generale della Programmazione sanitaria del Ministero della salute con riferimento a *l programmi di investimento sulle strutture regionali*⁶⁶.

“Il decreto interministeriale, adottato dai Ministri concertanti il 28 dicembre 2012 e pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n. 32 del 7 febbraio 2013, ha disposto il riparto dello stanziamento di cui all'art 3 ter, comma 6 del decreto legge n. 211 del 2011, rideterminato per un valore complessivamente pari nei due esercizi 2012 e 2013, a €.173.807.991,00, assegnando alle Regioni un termine di sessanta giorni per la presentazione dei programmi regionali relativi all'utilizzo dei fondi in conto capitale.

L'art. 6 comma 3 del decreto-legge 13 settembre 2012 n. 158, specifica che le predette risorse, in deroga alla procedura di attuazione del programma pluriennale di interventi di ristrutturazione edilizia e ammodernamento tecnologico, di cui all'art. 20 della legge 11 marzo 1988, n. 67, sono ripartite tra le regioni e province autonome, con decreto del Ministero della salute, di concerto il Ministero dell'economia e delle finanze, previa intesa sancita dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano, ed assegnate alla medesima regione o provincia autonoma a seguito di approvazione di specifico programma.

L'articolo 2 del sopra citato decreto ha stabilito che i programmi regionali debbano contenere, nel rispetto dei requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi di cui al DI 1° ottobre 2012, specifiche indicazioni.

Le Regioni Lombardia e Valle D'Aosta, Abruzzo e Molise, Toscana e Umbria hanno proposto un programma unitario. L'accordo tra queste Regioni prevede che gli internati residenti in Valle d'Aosta, Umbria e Molise siano ospitati nelle REMS, rispettivamente, delle Regioni Lombardia, Toscana e Abruzzo, fermo restando l'impegno a prenderli in carico nei propri servizi territoriali, quando ritenuti dimissibili.

La valutazione dei programmi è stata effettuata congiuntamente dagli uffici competenti della Direzione Generale della Programmazione Sanitaria e della Direzione Generale della Prevenzione.

A seguito dell'istruttoria effettuata sulla base dei requisiti stabiliti dal D.I. 1° ottobre 2012 e dal D.I. 28 dicembre 2012 e, acquisito il concerto tecnico del Ministero dell'Economia e delle Finanze, sono stati approvati i programmi regionali finalizzati alla realizzazione delle strutture e assegnate le rispettive risorse.

⁶⁵ L'art. 6, comma 3, del decreto-legge 13 settembre 2012, n. 158, convertito, con modificazioni, dalla legge 8 novembre 2012, n. 189, che sostituisce il secondo periodo dell'art. 3-ter, comma 6, del decreto-legge 22 dicembre 2011, n. 211 convertito, con modificazioni, dalla legge 17 febbraio 2012, n. 9 recita:

“le predette risorse, in deroga alla procedura di attuazione del programma pluriennale di interventi di cui all'art. 20 della legge 11 marzo 1988, n. 67, sono ripartite tra le regioni con decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, previa intesa sancita dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano, ed assegnate alla singola regione con decreto del Ministro della salute di approvazione di uno specifico programma di utilizzo proposto dalla medesima regione. All'erogazione delle risorse si provvede per stati di avanzamento dei lavori. Per le province autonome di Trento e di Bolzano si applicano le disposizioni di cui all'art. 2, comma 109, della legge 23 dicembre 2009, n. 191.”

⁶⁶ Ministero della Salute, Direzione Generale della Programmazione Sanitaria, *Riforma per il superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari - Elementi informativi*, 2021.

Il decreto legge 31 marzo 2014, n. 52, convertito con modificazioni dalla legge 30 maggio 2014 n. 81, ha previsto la possibilità che le Regioni, entro il 15 giugno 2014, potessero modificare i programmi presentati in precedenza al fine di:

- provvedere alla riqualificazione dei dipartimenti di salute mentale,
- contenere il numero complessivo dei posti letto da realizzare;
- destinare le risorse alla realizzazione o riqualificazione delle sole strutture pubbliche.”

Si riporta di seguito un prospetto contenente una sintesi delle risorse assegnate alle diverse Regioni, aggiornato al 10 settembre 2021.

Programma per la realizzazione di strutture sanitarie extraospedaliere per il superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari

Aggiornato al 10 settembre 2021

REGIONE	IMPORTO A CARICO DELLO STATO RIPARTITO DAL DM 28/12/2012	D.M.
PIEMONTE (**)	11.952.556,14	19/12/2013
LOMBARDIA - VALLE D'AOSTA (*)	31.960.262,27 Quota Lombardia e 359.491,16 Quota Valle d'Aosta per un importo complessivo di 32.319.753,43	14/01/2014 25/10/2016
P.A. di TRENTO e di BOLZANO	Le risorse pari a € 2.423.604,64 non sono state assegnate alle Province Autonome di Trento e Bolzano in applicazione delle disposizioni di cui all'articolo 2, comma 109 della legge 23 dicembre 2009, n. 191	
VENETO	11.587.256,76	05/02/2015
FRIULI VENEZIA GIULIA	2.532.737,42	28/01/2015
LIGURIA	5.655.515,38	09/10/2013
EMILIA ROMAGNA	9.984.338,02	28/07/2015
TOSCANA - UMBRIA (*) - (**)	9.005.868,89 Quota Toscana e 2.002.115,46 Quota Umbria per un importo complessivo di 11.007.984,35	14/07/2015 26/11/2020
MARCHE	3.239.335,16	09/10/2013
LAZIO	16.820.110,07	31/03/2015
ABRUZZO - MOLISE (*) - (**)	3.681.012,21 Quota Abruzzo e 868.307,99 Quota Molise per un importo complessivo di 4.549.320,20	17/12/2013
CAMPANIA	18.376.603,58	09/10/2013
PUGLIA	11.310.689,11	05/08/2021 <i>(in corso di registrazione alla Corte dei Conti)</i>
BASILICATA	1.252.091,28	23/03/2015
CALABRIA	6.572.522,29	09/10/2013
SICILIA	18.776.828,84	07/12/2016
SARDEGNA (**)	5.446.744,36	23/07/2020
Importo complessivo ripartito dal DM 28/12/2012	173.807.991,00	
(*) Accordo interregionale ai sensi dell'art. 3, comma 2 del DM 28-12-2012 (**) Sono in corso le interlocuzioni con la Regione per l'aggiornamento dello stato di attuazione		

Fonte: Ministero della Salute, Direzione Generale della Programmazione Sanitaria.

Quesito n) – Progetti di riforma

n) se siano attualmente allo studio progetti di riforma legislativa, regolamentare od organizzativa per ovviare alle predette difficoltà e rendere complessivamente più efficiente il sistema di esecuzione delle misure di sicurezza applicate dal giudice nei confronti delle persone inferme di mente.

Si illustrano sinteticamente le iniziative in corso presso il Ministero della Salute, le proposte di legge presenti in Parlamento e le proposte condivise dal Gruppo di Lavoro sulle REMS di Agenas.

Iniziative in corso presso il Ministero della Salute⁶⁷

Il Ministero della Salute ha attualmente in corso una serie di iniziative per promuovere e rilanciare l'assistenza *territoriale*, assumere la *comunità* come cornice di riferimento, proteggere *i diritti umani e la dignità* delle persone con sofferenza mentale, favorire ovunque possibile una *presa in carico inclusiva e partecipata*, migliorare la qualità e la sicurezza dei servizi a beneficio di pazienti e operatori. All'interno di tali iniziative, approfondite e condivise in occasione della Conferenza Nazionale "Per una salute mentale di comunità" del 25 e 26 giugno 2021, sono in corso attività specificamente volte ad affrontare le criticità ancora presenti nel sistema di esecuzione delle misure di sicurezza applicate dal giudice nei confronti delle persone inferme di mente e, più in generale, nella medicina penitenziaria.

Con specifico riguardo alla situazione delle persone con disturbi mentali autrici di reato e alla salute mentale negli istituti penitenziari si evidenziano le seguenti iniziative:

- **assegnazione di 60 milioni di euro**, dei fondi 2021 vincolati agli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale, alla *"qualificazione dei percorsi per l'effettiva presa in carico e per il reinserimento sociale dei pazienti con disturbi psichiatrici autori di reato a completamento del processo di attuazione della legge 81/2014"* (oltre che per il superamento della contenzione meccanica e per l'effettiva presa in carico delle persone) – Conferenza Stato Regioni, *Intesa ai sensi dell'articolo 1, comma 34-bis, della legge 23 dicembre 1996, n. 662, sulla proposta del Ministero della salute di deliberazione del CIPESS relativa alla ripartizione alle Regioni delle quote vincolate alla realizzazione degli obiettivi del Piano Sanitario Nazionale per l'anno 2021*, Rep. Atti n. 153/CSR del 4 agosto 2021⁶⁸;
- discussione in Conferenza Unificata della proposta del "Tavolo di consultazione permanente sulla sanità penitenziaria", istituito presso la Conferenza Permanente per i rapporti tra Stato, Regioni e PP.AA., dello schema di **"Accordo di Collaborazione inter-istituzionale inerente la gestione dei pazienti con misura di sicurezza ai sensi del D.M. 1° ottobre 2012 (Allegato A) concernente disposizioni per il definitivo superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari, della Legge 17 febbraio 2012 n. 9 all'articolo 3-ter di conversione convertito in Legge del Decreto Legge 22 dicembre 2011, n. 211 del Decreto Legge 31 marzo 2014, n. 52, convertito in Legge 30 maggio 2014, n. 81"** (bozza condivisa da Regioni e Province autonome, di revisione dell'Accordo in Conferenza Unificata del 26 febbraio 2015);

⁶⁷ A cura del Ministero della Salute.

⁶⁸ L'Intesa, sancita in Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano il 4 agosto 2021, relativa alla ripartizione delle quote vincolate alla realizzazione degli obiettivi di Piano Sanitario Nazionale 2021, recita al punto o):

"o) 60 milioni destinati a finanziare un progetto di rafforzamento dei Dipartimenti di Salute Mentale, che sarà successivamente oggetto di intesa in Conferenza Stato-Regioni, per il superamento della contenzione meccanica in tutti i luoghi di cura della salute mentale, per la qualificazione dei percorsi per la effettiva presa in carico e per il reinserimento sociale dei pazienti con disturbi psichiatrici autori di reato a completamento del processo di attuazione della legge n. 81/2014, e per l'effettuazione attuazione degli obiettivi di presa in carico e di lavoro in rete per i disturbi dell'adultto, dell'infanzia e dell'adolescenza, anche previsti dai Piani di Azioni Nazionale per la Salute Mentale approvato in Conferenza Unificata il 24 gennaio 2013".

<http://www.statoregioni.it/media/3908/p-35-csr-atto-rep-n-153.pdf>

- discussione in Conferenza Unificata della proposta del “Tavolo di consultazione permanente sulla sanità penitenziaria” della bozza di **“Linee di indirizzo per il funzionamento delle articolazioni per la tutela della salute mentale negli istituti penitenziari (ASM), ex Accordo tra Governo, Regioni, Province Autonome di Trento e Bolzano del 13.10.2011 e Accordo tra Governo, Regioni, Province Autonome di Trento e Bolzano del 22.01.2015”** (bozza condivisa da Regioni e Province Autonome il 15.01.2021);
- discussione in Conferenza Unificata della proposta del “Tavolo di consultazione permanente sulla sanità penitenziaria” della bozza di **“Linee di indirizzo in materia di modalità di erogazione dell’assistenza sanitaria negli Istituti penitenziari per adulti: standard e modelli operativi di assistenza primaria e specialistica e istituzione dei servizi sanitari terapeutici-riabilitativi intramurari”** (bozza consolidata con le Regioni il 14.01.2020);
- attività del Gruppo di lavoro coordinato da Agenas, costituito nell’ottobre 2020 e composto da rappresentanti del Ministero della Salute e del Ministero della Giustizia, oltre che da professionisti del settore, avente ad oggetto **“Individuazione di elementi migliorativi nell’ambito delle REMS”**. Il tavolo ha prodotto un primo documento parzialmente condiviso (riportato al termine del documento).
- attività operativa della “Cabina di Regia” costituita presso Agenas il 6 luglio 2021, con la partecipazione di rappresentanti del Ministero della Salute, del Ministero della Giustizia e delle Regioni e Province autonome, per superare le problematiche inerenti i **sogetti ristretti in attesa di internamento in REMS;**

Più in generale, con riguardo alla tutela della salute mentale (e non solo alle REMS), il Ministero della Salute ha in atto le seguenti iniziative:

- predisposizione, ai sensi dell’articolo 29 ter della legge 126 del 2020⁶⁹, di contributi per l’emanazione di **linee d’indirizzo finalizzate all’adozione di un protocollo uniforme sull’intero territorio nazionale che definisca le buone pratiche di salute**, in particolare in materia di organizzazione dei Dipartimenti di Salute mentale, inclusione socio-lavorativa e condizione abitativa, formazione del personale;
- estensione del **Sistema Informativo per la Salute mentale** (istituito con decreto del Ministro della salute del 15 ottobre 2010), anche al fine di migliorare il monitoraggio dei livelli essenziali di assistenza, in particolare con riguardo ai percorsi assistenziali previsti per le persone con problemi di salute mentale autrici di reato e per le persone detenute;
- adozione del documento **“Per il superamento della contenzione nei luoghi di cura della salute mentale”**, attualmente in discussione nella Conferenza delle Regioni e delle Province autonome, un provvedimento di indirizzo, che risponde anche alle numerose sollecitazioni di vari enti e istituzioni (dal Comitato Nazionale di Bioetica al Consiglio di Europa, fino alla *Commissione Straordinaria per la tutela e la promozione dei diritti umani* del Senato - 2017);
- prosecuzione dell’attività del **Tavolo di lavoro tecnico sulla salute mentale** istituito nel 2019 al fine di formulare proposte operative finalizzate al superamento delle criticità presenti nell’attuazione della normativa di riferimento, con particolare riguardo alla valutazione dell’appropriatezza degli interventi nei trattamenti sanitari obbligatori e volontari.

⁶⁹ Si riporta gli elementi essenziali dell’articolo 29 - ter

“Al fine di efficientare i servizi di salute mentale operanti nelle comunità locali e di garantire il benessere psicologico individuale e collettivo ... il Ministero della salute ... emana le linee d’indirizzo finalizzate all’adozione, da parte delle regioni e delle province autonome di Trento e di Bolzano, di un protocollo uniforme sull’intero territorio nazionale che definisca le buone pratiche di salute mentale di comunità e per la tutela delle fragilità psico-sociali, secondo i seguenti principi di riferimento:

- a) la ridefinizione degli indirizzi in materia di risorse umane e tecnologiche per un modello organizzativo fondato su multiprofessionalità e multidisciplinarietà che permetta di sostenere e garantire un servizio di cura quotidiano e costante;*
- b) la riorganizzazione dei dipartimenti di salute mentale tramite le rispettive aziende sanitarie locali, perseguendo obiettivi di razionalizzazione nell’impiego delle risorse del Servizio sanitario nazionale destinate alla salute mentale;*
- c) la costruzione di una rete di servizi e di strutture di prossimità con il coinvolgimento dei dipartimenti di salute mentale, delle istituzioni presenti nel territorio e degli enti del Terzo settore, per garantire l’attuazione dei più appropriati modelli di intervento e la qualità delle prestazioni erogate attraverso la coprogettazione;*
- d) la promozione della partecipazione attiva della rete delle associazioni degli utenti, dei familiari e del volontariato, rafforzando il ruolo dei facilitatori sociali, e di approcci di cura quali gruppabilità dialogiche e multifamiliari e gruppi di auto-mutuo-aiuto;*
- e) il sostegno all’inclusione socio-lavorativa e alla condizione abitativa mediante il ricorso a strumenti innovativi quale il budget di salute individuale e di comunità.”*

Proposte di legge presenti in Parlamento ⁷⁰

Proposta di legge 2939

Presso la Camera dei Deputati è stata presentata nel 2021 una Proposta di legge recante “*Modifiche al codice penale, al codice di procedura penale e alla legge 26 luglio 1975, n. 354, in materia di imputabilità e di misure alternative alla detenzione per le persone con disabilità psicosociale*”.

La proposta è frutto di un’elaborazione collettiva, sostenuta da un appello promosso da La Società della ragione, l’Osservatorio sul superamento degli OPG, il Coordinamento delle REMS e dei DSM e Magistratura democratica, firmato da giuristi, avvocati, operatori nel campo psichiatrico e componenti delle associazioni per la riforma della giustizia.

La proposta parte dalla constatazione che la chiusura degli OPG deve essere completata superando la logica manicomiale e affrontando il punto centrale della non imputabilità, nodi che hanno mantenuto sullo sfondo molte contraddizioni e che riemergono nel funzionamento delle REMS. Nella prospettiva di una riforma complessiva del sistema penitenziario, ipotizzata con la legge delega 23 giugno 2017, n.103 alla quale tuttavia non è stato dato seguito, la proposta mira a rispondere alle spinte regressive che mettono in discussione alcuni dei capisaldi della L. 81/2014, come il numero chiuso nelle REMS e il principio della territorialità, proseguendo nella direzione della riforma e superando il cd doppio binario. La proposta di legge interviene su una serie di direttrici:

- 1) eliminazione della non imputabilità e della semi-imputabilità per vizio di mente
- 2) introduzione di una circostanza attenuante per le condizioni di svantaggio determinate da disabilità psicosociale
- 3) equiparazione della malattia mentale pregressa e sopravvenuta ai fini della capacità dell’imputato di partecipare al processo
- 4) predisposizione di misure atte a evitare la carcerazione per il detenuto con disabilità psicosociale
- 5) previsione di norme atte a garantire, nell’ipotesi di detenzione di persona con disabilità psicosociale, che possa ricevere cure adeguate
- 6) estensione del limite di durata massima delle misure di sicurezza detentive alle misure non detentive
- 7) introduzione dei concetti di disabilità psicosociale e di volontarietà dei trattamenti sanitari e delle misure alternative alla detenzione a questi finalizzate
- 8) istituzione di un organismo di monitoraggio.

La proposta non ha ancora iniziato l’iter presso la competente Commissione parlamentare.

Proposta di legge 1130

Presso la Camera dei Deputati è stata presentata nel 2018 una proposta di legge recante “*Disposizioni in materia di tutela della salute mentale volte all’attuazione e allo sviluppo dei principi di cui alla legge 13 maggio 1979, n. 180*”

La proposta intende conferire ulteriore efficacia ai principi della legge Basaglia, rilanciando l’attualità delle sue linee di fondo e valorizzandole nell’attuale contesto costituzionale, normativo e sociale. Un’iniziativa legislativa non di modifica o revisione, dunque, ma una nuova disciplina volta ad applicare i principi alla base della riforma del 1978 alla luce del mutato sistema di competenze tra livelli di governo. Definisce, inoltre, l’orizzonte di sviluppo dell’assistenza psichiatrica italiana, nel quadro dei più rilevanti atti di indirizzo in ambito nazionale e sovranazionale.

L’articolo 12 reca disposizioni volte a incrementare le relazioni e i rapporti istituzionali tra i DSM, gli istituti di pena, il sistema di esecuzione delle misure di sicurezza non detentive e le REMS con l’obiettivo di consentire a ciascun magistrato di cognizione e di sorveglianza di disporre di un ventaglio di opzioni di assistenza psichiatrica per le persone con disturbo mentale che hanno commesso un reato, adeguato e in grado di rispondere alle esigenze del singolo individuo.

⁷⁰ A cura del Ministero della Salute.

La proposta non ha ancora iniziato l'iter presso la competente Commissione parlamentare.

Gruppo di lavoro Agenas *Individuazione di elementi migliorativi nell'ambito delle REMS*

Proposte condivise

Il Gruppo di Lavoro istituito nell'ottobre del 2020 dall'Agenas (con la partecipazione di professionisti del settore, Ministero della Salute e Ministero della Giustizia) allo scopo di identificare elementi migliorativi delle criticità presenti nella gestione dei percorsi clinici e giudiziari delle persone con disturbi mentali autrici di reato ha prodotto un documento contenente alcune proposte condivise da tutti i componenti⁷¹.

Di seguito le proposte del Gruppo di Lavoro.

Come precisato in precedenza, le prime due proposte sono già state avviate dal Ministero della Salute.

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 possibile 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 semiresidenziale, ovvero in caso di indisponibilità, nell'immediato, di posti-letto in R.E.M.S.*

⁷¹ Agenas, Gruppo di Lavoro "Individuazione di elementi migliorativi nell'ambito delle REMS", versione 22 febbraio 2021. Protocollo n. 2021/0002610 del 24/03/2021

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) Prevedere nel quesito peritale 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 delle azioni emergenziali 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.