RE-R
Emilia-Romagna

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA

Convegno

Attualità e prospettive della legge 81/2014 per i pazienti con disturbi mentali autori di reato

Atti del convegno

Bologna, 1° aprile 2025

Emilia-Romagna

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA

Convegno

Attualità e prospettive della legge 81/2014 per i pazienti con disturbi mentali autori di reato

Atti del convegno

Bologna, 1° aprile 2025

Direzione generale Cura della persona, salute e welfare
Settore Assistenza territoriale
Area Salute mentale, dipendenze patologiche, salute nelle carceri

A undici anni dall'entrata in vigore della legge 81/2014, che ha sancito la chiusura definitiva degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari (OPG) e a dieci anni dall'avvio delle Residenze per l'esecuzione delle misure di sicurezza (REMS) in questa regione, si è avvertita la necessità di riflettere e confrontarsi sullo stato di attuazione della norma e sulle prospettive future. Il convegno ha posto l'attenzione sulle azioni realizzate, sulle criticità emerse e sulla prospettiva di sviluppo dei servizi dedicati ai pazienti con disturbi mentali autori di reato, a partire dalla presentazione dell'esperienza in regione Emilia-Romagna e dal confronto con altre regioni italiane, senza trascurare le considerazioni espresse nella sentenza della Corte costituzionale n. 22/2022. L'incontro è stato anche un momento di confronto e di discussione tra i protagonisti dell'ambito sanitario, giuridico e istituzionale.

Atti a cura di Fabio Dito e Francesca Presutti

Indice

Presentazione 5
Le tappe fondamentali del percorso per il superamento dell'OPG 7
Impatto e risultati delle misure di sicurezza in Regione Emilia-Romagna 16
Prospettive e scenari futuri sulle misure di sicurezza detentive e non detentive 28
Strutture residenziali non detentive per autori di reato. Linee di indirizzo: programmi clinici in percorsi giudiziari 38
Tavola rotonda: Confronto tra modelli operativi e prospettive delle Regioni 43
Il modello lombardo 43
Il modello veneto 44
Il modello ligure 45
Il modello campano 47
Conclusioni: REMS, la rivoluzione, la riforma e il rischio della restaurazione 52

Presentazione

A dieci anni dall'apertura delle prime REMS provvisorie in Emilia-Romagna – la struttura di Casale di Mezzani dell'AUSL di Parma e la Casa delle Svizzeri dell'AUSL di Bologna – possiamo riflettere sull'attualità e sulle prospettive della legge 81/2014, che ha segnato la definitiva chiusura degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari (OPG). In Italia, la presenza di sei OPG rappresentava un sistema più volte definito disumano, inadeguato e lesivo della dignità delle persone. La loro chiusura ha costituito un cambiamento culturale, sociale, sanitario e giuridico di portata storica, ponendo fine a luoghi di emarginazione e promuovendo una visione della malattia mentale fondata sul diritto alla cura individualizzata e all'inclusione comunitaria.

Questo processo rappresenta il compimento della riforma avviata con la Legge Basaglia del 1978, che aveva già portato alla chiusura dei manicomi civili e introdotto un modello di assistenza psichiatrica orientato alla cura e al reinserimento sociale.

La riforma ha avuto il merito di rafforzare l'integrazione tra Giustizia e Sanità, trasferendo parte della responsabilità della presa in carico delle persone con disturbi psichiatrici autori di reato dal sistema penale a quello sanitario. Questo ha favorito un confronto costante tra Regione, AUSL e Magistratura, promuovendo soluzioni condivise e innovative. Le REMS, strutture di piccole dimensioni, devono rappresentare un'"extrema ratio", ossia una misura residuale ed eccezionale, da applicare solo quando non vi siano alternative idonee sul territorio; sono state pensate per privilegiare percorsi di cura, riabilitazione e reinserimento sul territorio, contribuendo a modificare la percezione sociale della malattia mentale e a contrastare la stigmatizzazione.

Tuttavia, nonostante i progressi compiuti, permangono criticità significative nell'applicazione della normativa, come evidenziato anche dalla Sentenza della Corte Costituzionale n. 22/2022, che ha suggerito interventi di riforma ancora in larga parte inattuati. Si riscontrano disomogeneità tra le regioni nell'attuazione delle disposizioni e nei risultati raggiunti, persistono lunghe liste d'attesa che rischiano di compromettere il diritto all'assistenza, problematiche legate alla sicurezza - come emerso nella REMS di Reggio Emilia – che possono limitare le attività clinico-riabilitative e incidere sul benessere degli operatori.

Il passaggio della gestione dei pazienti autori di reato dal Ministero della Giustizia al Servizio Sanitario Nazionale ha comportato nuove sfide: i servizi sanitari, in alcuni casi, non dispongono di risorse sufficienti per seguire tutti i pazienti, i magistrati incontrano difficoltà nell'adottare misure adeguate a chi necessita di cure psichiatriche ma non può essere accolto in REMS per carenza di posti. La mancanza di strategie efficaci di ricollocazione sul territorio ha portato, in alcuni casi, al trattenimento in carcere di persone senza titolo, privandole di un'adeguata assistenza sanitaria e generando nuove forme di istituzionalizzazione, spesso in condizioni peggiori rispetto al passato.

Inoltre, la gestione residenziale delle persone sottoposte a misura di sicurezza non detentive, per i quali non sono state mai previste appositi finanziamenti, ha comportato un aumento considerevole dei costi per le Aziende USL, con una conseguente riduzione delle risorse disponibili per gli altri cittadini con disturbi mentali. Pur riconoscendo i passi avanti compiuti nella tutela dei diritti delle persone, è necessario affrontare con determinazione i nodi ancora

irrisolti, attraverso una collaborazione sinergica tra Ministero, Regioni, Magistratura e professionisti delle AUSL.

La Regione Emilia-Romagna ha compiuto passi rilevanti nell'attuazione della riforma prevista dalla Legge 81/2014, distinguendosi per l'efficacia delle azioni intraprese. Tra i risultati più significativi spicca l'azzeramento delle liste d'attesa per l'inserimento in REMS e il più basso tasso di posti letto REMS in Italia, garantendo tempestività nella presa in carico dei pazienti autori di reato e dimostrando che il fenomeno si affronta con un buon approccio organizzativo e non con l'aumento dei posti letto residenziali. Inoltre, sono stati definiti percorsi terapeutico-riabilitativi strutturati e coerenti con le indicazioni normative, assicurando continuità assistenziale e riducendo il rischio di permanenze improprie in carcere. La collaborazione attiva con la Magistratura di Sorveglianza e il coordinamento tra i Dipartimenti di Salute mentale e Dipendenze patologiche hanno contribuito a creare un sistema integrato, capace di coniugare sicurezza e tutela della salute.

Questi risultati rappresentano uno dei modelli virtuosi a livello nazionale, dimostrando come una governance efficace possa tradursi in soluzioni concrete per la gestione delle misure di sicurezza.

Massimo Fabi

Assessore Politiche per la salute
Regione Emilia-Romagna

Le tappe fondamentali del percorso per il superamento dell'OPG

Alessio Saponaro[1]

Introduzione

L'obiettivo dell'intervento è di ripercorrere il progetto e i risultati della chiusura degli OPG - Ospedali psichiatrici giudiziari- in Regione Emilia-Romagna. Fondamentalmente il processo, come si vedrà nella descrizione successiva, è caratterizzato da tre fasi: chiusura degli OPG e processo di apertura delle REMS, le azioni sulle misure di sicurezza detentive e la fase attuale che punta centrato sulle misure di sicurezza non detentive.

La legge 81/2014[2] ha sancito la chiusura definitiva degli OPG e l'avvio delle Residenze per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza (REMS). Questo provvedimento si colloca in un contesto politico caratterizzato da un ruolo decisivo del Parlamento e del Governo, sostenuto da un clima politico favorevole alla tutela dei diritti e alla modernizzazione del sistema penale-sanitario; è questo elemento che ha favorito l'approvazione di una norma unica nella sua caratterizzazione e nelle conseguenze sulla vita delle persone e sul ruolo dei servizi. L'azione politica è stata sostenuta anche da una pressione mediatica supportata da inchieste giornalistiche che avevano denunciato le condizioni disumane negli OPG italiani, creando di conseguenza un forte impatto sull'opinione pubblica e spingendo il Parlamento ad agire. Non meno importante l'influenza culturale della Legge Basaglia (Legge n. 180/1978) che ha previsto la chiusura degli Ospedali psichiatrici civili, ma non degli Ospedali psichiatrici giudiziari, quindi tutto è stato concepito come il completamento della riforma psichiatrica avviata con la Legge 180, spostando il paradigma dalla custodia alla cura e inclusione sociale.

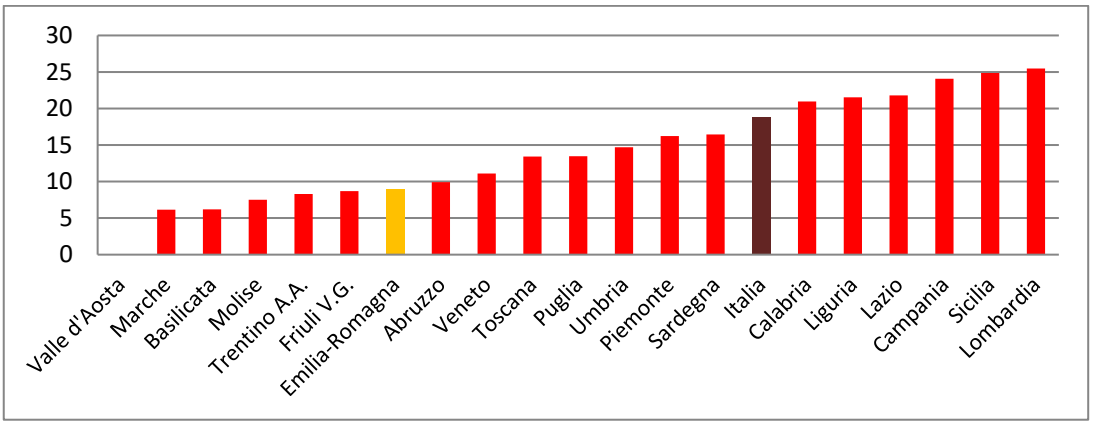
Successivamente l'approvazione della legge 81/2014 all'interno del gruppo interregionale GISM - Gruppo interregionale Salute mentale coordinato dalla Regione Emilia-Romagna-, sono state realizzati una serie di monitoraggi con l'obiettivo di esaminare qual era lo status quo all'interno dei singoli OPG presenti nelle regioni, propedeutici alle azioni da programmare con la chiusura degli OPG e apertura delle REMS. Appare chiaro come non ci fosse nessuna relazione tra il numero degli internati in OPG e la popolazione di riferimento residente. Nel 2013 in Italia vi erano 18,8 internati in OPG su un milione di residenti, ma con una differenza regionale molto consistente, poiché i valori variano da 6,3 internati per milione dalla Regione Marche a 25,5 della Regione Lombardia. L'Emilia-Romagna in quel contesto si collocava a 9,0 internati per milione di abitanti, poco sotto la metà della media nazionale. Queste differenze indicano che il fenomeno non poteva essere spiegato solo dai reati commessi da persone con disturbi psichiatrici, i dati mostravano come vi erano altri fattori da analizzare, come ad esempio le modalità di applicazione delle misure di sicurezza, le differenze organizzative e gestionali sia a livello regionale sia a livello di singola AUSL/Dipartimento di Salute mentale, la disponibilità di strutture e servizi territoriali. In pratica, l'analisi ha mostrato come la chiusura degli OPG non era solo una questione di numeri o di reati, ma richiedeva un'analisi complessa delle pratiche

[1] Responsabile Area Salute mentale, Dipendenze patologiche, Salute nelle carceri – Regione Emilia-Romagna.

[2] Legge 30 maggio 2014 n. 81 "Conversione in legge, con modificazioni, del decreto 31 maro 2014, n. 52, recante disposizioni urgenti in materia di superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari".

regionali e delle politiche di salute mentale applicate a livello nazionale, regionale e dei singoli dipartimenti di Salute mentale.

*Fig. 1. Rapporto internati "presenti" residenti su popolazione maggiorenne per regione di residenza (2013, tasso * 1.000.0000).*



Fonte: Elaborazione Regione Emilia-Romagna su dati Gruppo interregionale Salute mentale (GISM).

È chiaro che in quel contesto l'obiettivo da raggiungere ha creato un fermento operativo nella Regione Emilia-Romagna che ha visto pienamente coinvolto non solo della Regione, ma tutti i Direttori generali e sanitari delle AUSL, i Direttori di Dipartimento Salute mentale e Dipendenza patologiche, gli Uffici tecnici delle Aziende USL, i professionisti delle Aziende USL, la Magistratura di Sorveglianza[3]. Vi era un chiaro obiettivo condiviso di realizzare quanto con la legge n. 180/1978 la cosiddetta "legge Basaglia" non era stato ancora portato a termine. Si tenga conto che, mentre la legge 180 ha progressivamente abolito i manicomi civili e introdotto un modello di psichiatria di comunità (Servizi territoriali e reparti di psichiatria negli ospedali generali), gli OPG non furono chiusi con questa norma, in quanto le strutture giudiziarie furono lasciate fuori dalla regolazione normativa. Questo "vuoto" normativo fece sì che gli OPG continuassero a esistere per decenni, mantenendo una logica custodiale e penitenziaria, nonostante il cambiamento culturale verso la deistituzionalizzazione avviata con la 180. Con l'approvazione della legge 81/2014:

- vi è stato un contribuito a ridurre lo stigma verso le persone con disturbi psichici, affermando il principio che anche chi commette reati in condizioni di infermità mentale è titolare di diritti e deve essere trattato con dignità;

- ha promosso una visione più costituzionale e umanistica delle misure di sicurezza, orientata alla rieducazione e al reinserimento, non alla mera detenzione.

[3] I protagonisti degli interventi della chiusura degli OPG e apertura delle REMS in particolare:
Regione Emilia-Romagna: Carlo Lusenti, Tiziano Carradori, Mila Ferri, Alessio Saponaro, Sandra Ventura;
AUSL di Bologna: Chiara Gibertoni, Angelo Fioritti, Claudio Bartoletti;
AUSL Parma: Elena Saccenti, Pietro Pellegrini, Giuseppina Paulillo, Franco Marzullo;
AUSL Reggio Emilia: Fausto Nicolini, Gaddo Maria Grassi;
Tribunale di Sorveglianza: Francesco Maisto, Magistrati del pool regionale.

Fase di avvio: chiusura degli OPG e avvio delle REMS

Il 31 marzo 2015 entra in vigore operativamente la legge 81/2014 che decreta in maniera definitiva la chiusura degli Ospedali psichiatrici giudiziari in Italia e istituisce le REMS -Residenze per l'esecuzione delle misure di sicurezza-, strutture sanitarie istituite per accogliere e trattare persone affette da disturbi psichiatrici autori di reato. Di fatto si definisce un nuovo approccio alla cura alla riabilitazione delle persone con disturbo mentale autrice di reato, una rivoluzione culturale, umana, clinica, giuridica che avviene in tutta Italia.

Il 1° aprile 2015 in Emilia-Romagna sono avviate le due REMS provvisorie: a Bologna la REMS "Casa degli svizzeri", con 14 posti e con un bacino di utenza di uomini e donne di riferimento per le AUSL di Bologna, Imola, Ferrara e Romagna, a Parma con la REMS di "Casale di Mezzani" con 10 posti per uomini per il bacino di utenza delle AUSL di Modena, Reggio Emilia, Parma e Piacenza.

Uno dei più importanti obiettivi raggiunti durante questa fase è sicuramente il consolidamento dei rapporti interistituzionali previsti dalla Deliberazione di Giunta Regionale n. 767/2018 avente ad oggetto "Approvazione schema protocollo operativo tra Magistratura, Regione Emilia-Romagna e Ufficio Esecuzione Penale Esterna per l'applicazione della Legge 81/2014 (chiusura Ospedali psichiatrici giudiziari e esecuzione delle misure di sicurezza)". Di fatto attraverso questa delibera sono consolidati i rapporti interistituzionali tra la Magistratura di sorveglianza, il PRAP – Provveditorato regionale dell'Amministrazione Penitenziaria e i Dipartimenti Salute mentale e Dipendenze patologiche delle Aziende USL. È questo il protocollo che consentirà di agevolare i percorsi delle persone sottoposte a misure di sicurezza, detentive e non detentive, nonché di garantire una reale integrazione tra giustizia e sanità nell'applicazione delle misure di sicurezza, superando la logica custodiale degli OPG.

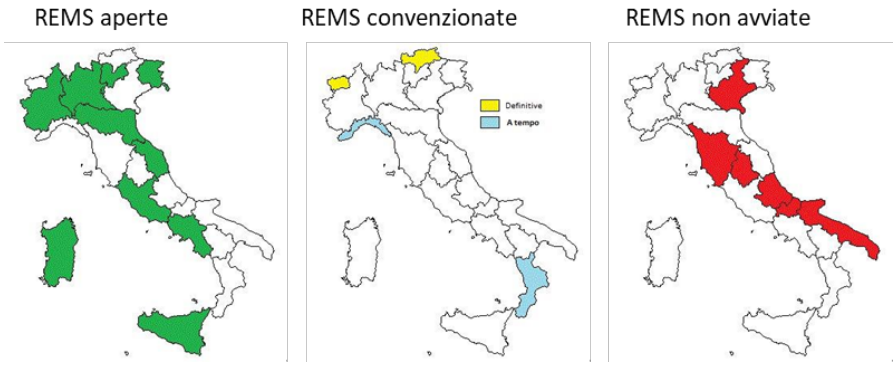
È il periodo in cui sono definiti chiaramente gli obiettivi da raggiungere in termini di formazione del personale, individuazione nei DSM-DP di operatori di riferimento dedicati alle attività per i pazienti autori di reato, con l'obiettivo di favorire la presa in carico, la dimissione dalla REMS, la costituzione di un apposito gruppo di lavoro regionale dedicato all'applicazione omogenea delle indicazioni e monitoraggio delle attività. Tutte le attività pienamente erano condivise con la Magistratura Ordinaria e di Sorveglianza e gli Uffici Esecuzione Penale Esterna (UEPE):

L'organizzazione si è arricchita anche di altri interventi, ad esempio, la costruzione del ROP - Reparto di Osservazione Psichiatrica presso l'Istituto Penitenziario (I.P.) di Piacenza, la strutturazione di due sezioni ATSM – Articolazione Tutela Salute Mentale, femminile per detenute con patologie psichiatriche presso l'I.P. di Bologna e maschile presso l'I.I.P.P. di Reggio Emilia-. Presso l'azienda USL di Bologna viene instituita la struttura "Arcipelago", residenza psichiatrica a trattamento intensivo (RTI), destinata a persone con scompenso psicopatologico acuto, per le quali non è necessario il ricovero ospedaliero, individuata come struttura di riferimento per il ricovero di detenuti o persone sottoposte a misure di sicurezza che necessitano di cure intensive.

Come si può notare nelle figure 2, l'apertura delle REMS non è stato un percorso omogeneo in tutte le regioni italiane tanto che a ottobre 2015, cioè a pochi mesi della chiusura definitiva degli OPG, non tutte le regioni avevano le REMS avviate: vi erano alcune regioni che hanno aperto REMS sia definitive sia provvisorie, regioni che hanno definito delle REMS convenzionate

oppure a tempo e delle regioni che ancora non erano riuscite a strutturare quel tipo di intervento.

Fig. 2 Monitoraggio fase avvio REMS in Italia – ottobre 2023.



Fonte: Elaborazione Regione Emilia-Romagna su dati Gruppo interregionale Salute mentale (GISM).

Nel 2021 sono emersi alcuni elementi che hanno determinato un'attenta valutazione da parte del Ministero della Salute e degli organismi competenti sullo stato di attuazione della riforma introdotta dalla Legge 81/2014. In particolare, tre aspetti hanno suscitato particolare attenzione:

- Cabina di regia AGENAS: L'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (AGENAS) ha istituito una cabina di regia dedicata alle problematiche dei soggetti ristretti in attesa di inserimento nelle REMS. Al 31 ottobre 2021, AGENAS si è dotata di uno specifico protocollo per la valutazione, l'intervento, la verifica e il monitoraggio, finalizzato alla presa in carico delle persone sottoposte a misura di sicurezza detentiva che permanevano negli istituti penitenziari senza titolo giuridico ("sine titulo");

- Ordinanza n. 131/2021 della Corte costituzionale: la Corte costituzionale ha avviato un giudizio di legittimità costituzionale in via incidentale, volto a chiarire alcuni quesiti riguardanti la conformità delle REMS ai principi costituzionali. Successivamente scaturita nella Sentenza della Corte costituzionale n. 22/2022).

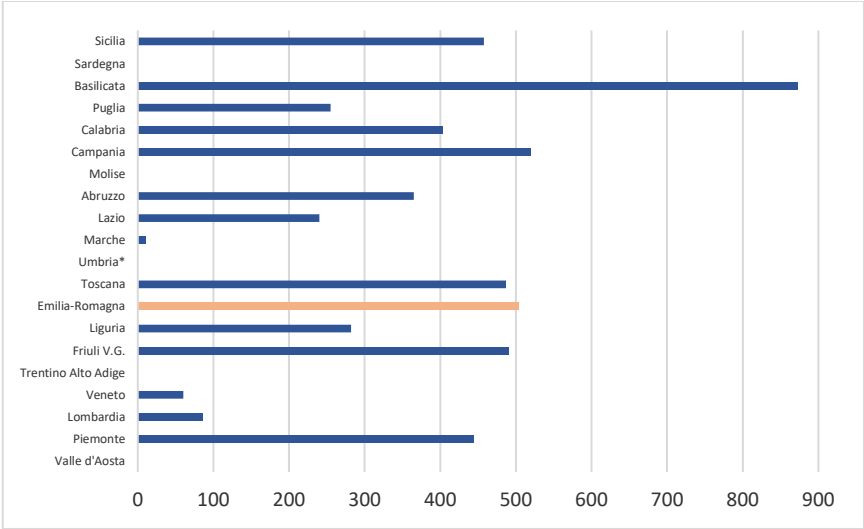
- Sistema di monitoraggio ministeriale: Nello stesso anno, il Ministero della Salute ha definito un sistema di monitoraggio specifico per le misure di sicurezza e per le REMS, con l'obiettivo di garantire uniformità e trasparenza nella gestione dei percorsi assistenziali.

Per rispondere ai quesiti della Corte costituzionale - quella che poi è divenuta la Sentenza della Corte costituzionale numero 22/2022[4], le regioni hanno raccolto ed elaborano i dati sulle misure di sicurezza detentive non detentive e soprattutto sulle liste d'attesa attraverso il gruppo interregionale GISM coordinato dalla Regione Emilia-Romagna. Alla data del 31 luglio del 2021 era evidente come la maggior parte delle regioni non avesse assolto pienamente ha l'obiettivo

[4] Sentenza n. 22 del 27 gennaio 2022 della Corte costituzionale», Giudizio di legittimità costituzionale in via incidentale sugli articoli 206 e 222 del codice penale e sull'art. 3-ter del decreto-legge 22 dicembre 2011, n. 211, convertito nella legge 17 febbraio 2012, n. 9, come modificato dal decreto-legge 31 marzo 2014, n. 52, convertito nella legge 30 maggio 2014, n. 81.ù

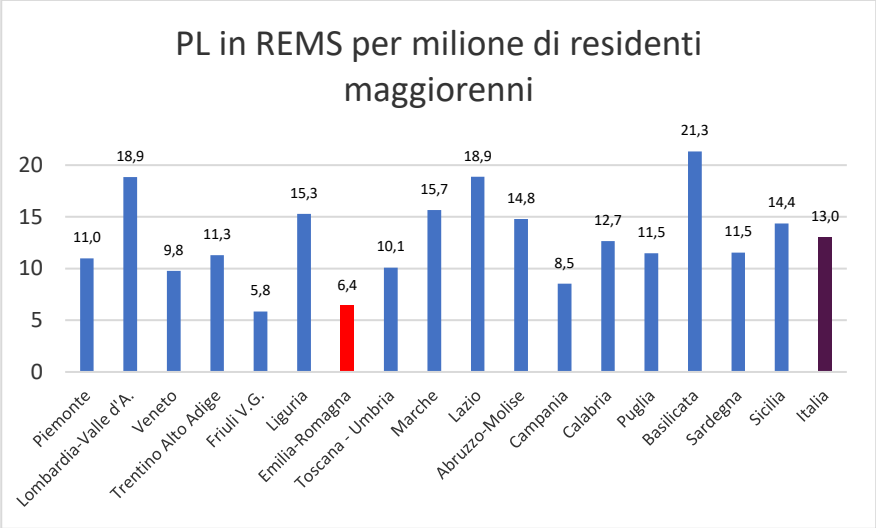
di limitare le liste d'attesa per i pazienti autori di reato inseribili in REMS, come mostra il grafico per alcune regioni si superano i 300 giorni per il valore medio delle liste d'attesa. Anche l'Emilia-Romagna presentava un'attesa media di 500 giorni su circa 50 persone con misura di sicurezza detentiva.

Fig. 3. Dati liste d'attesa



Fonte: Sentenza Corte costituzionale n. 22/2022.

Fig. 4. Posti letto in REMS per milione di residenti maggiorenni.



Fonte: Sentenza Corte costituzionale n. 22/2022.

Tra i tanti stimoli e le tante indicazioni operative fornite dalla Sentenza n. 22/22 della Corte costituzionale vi è un elemento rilevante che avrebbe potuto essere un punto di riferimento per l'organizzazione delle misure di sicurezza detentive non detentive in tutte le regioni: secondo quanto è stato indicato "non è documentata alcuna relazione inversa tra il numero di posti e

numero di persone liste d'attesa", in quanto «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».

Di fatto la Regione Emilia-Romagna insieme al Friuli-Venezia Giulia presenta – e presenta tutt'oggi - il più basso numero di posti letto in rapporto alla popolazione in Italia, Con 6,4 posti letto per milioni di residenti maggiorenni rispetto una media nazionale doppia con 13 posti letto per milioni di abitanti.

Fase 1 - Azioni sulle misure di sicurezza detentive

A seguito della Sentenza n. 22/2022 della Corte costituzionale, anche la Regione Emilia-Romagna si è trovata nella necessità di rispondere agli specifici quesiti posti dalla pronuncia. Ciò ha comportato interventi mirati sui livelli organizzativi dei servizi di salute mentale, con l'obiettivo di:

- potenziare il funzionamento delle strutture territoriali e favorire sinergie operative con la Magistratura di Sorveglianza;

- definire soluzioni residenziali alternative alle REMS, per garantire percorsi assistenziali diversificati;

- implementare un sistema informativo in grado di monitorare costantemente le liste d'attesa per l'inserimento in REMS;

- valutare in modo sistematico i progressi nella predisposizione e nell'attuazione dei Progetti Terapeutico-Riabilitativi Individuali (PTRI) a livello locale.

La fase 1 riguarda le azioni sulle misure di sicurezza detentive nel periodo che vanno dal 2022 al 2023. Il programma della fase 1 si è sostanziato in 22 obiettivi in buona parte realizzati, come mostra la tabella allegata.

Tab. 1. Obiettivi fase 1 ed esito processo per la Regione Emilia-Romagna.

Nuova procedura per la gestione delle liste d'attesa	Realizzato
Sistema di monitoraggio regionale	Realizzato
Gruppo di lavoro regionale	Realizzato
Formazione regionale sul sistema informativo SMOP per le REMS	Realizzato
Obiettivo riduzione Lista d'attesa ai DG	Realizzato
Corso di formazione regionale "La gestione del paziente autore di reato"	Realizzato
Interlocuzione con Garante dei detenuti	Realizzato
Interlocuzione Dipartimento Amministrazione penitenziaria	Realizzato
Diversa lista d'attesa dei seminfermi	Realizzato
Eliminazione della lista d'attesa dei seminfermi	Realizzato
Interlocuzione con Magistratura di sorveglianza	Realizzato
Prevedere 1 solo PL in LFE per tutta la regione	Realizzato
Interlocuzione con il Presidente della Corte d'Appello	Realizzato
Vincolare i periti alla interlocuzione con i DSM – formazione comune	Non realizzato
Interlocuzione con Magistratura Settore Penale del Tribunale di Bologna	Realizzato
Delibera a passaggio dei costi REMS alle AUSL	Realizzato
Verifica passaggio con settore economico finanziario	Realizzato

Strutture alternative alle REMS (Parma, Bologna e Romagna) e/o progetti locali di miglioramento anche su fondi Intesa 4 agosto 2021 Ministero salute	Realizzato
Interfaccia sistemi informativi SMOP e CURE e SISP	Sospeso
Completamento REMS di Reggio Emilia a 30 PL	Realizzato
Messa in rete della rete ATSM e ROP anche con SMOP	Realizzato
Protocolli efficaci a livello locale delle AUSL in rapporto alla Magistratura	In progress

Uno degli interventi che ha inciso in modo significativo sulla riorganizzazione degli assetti delle Aziende USL è stato introdotto con la Delibera n. 1505/2022. Tale provvedimento stabilisce che a decorrere dal 1° ottobre 2022 la modalità di assegnazione dei finanziamenti ministeriali e regionali per la spesa corrente destinata al superamento degli OPG venga modificata. In particolare, l'assegnazione delle risorse avviene direttamente alle Aziende USL, sulla base della popolazione di età superiore ai 18 anni residente al 1° gennaio 2022. Se in precedenza i costi per gli inserimenti nelle strutture REMS erano interamente a carico della Regione, con questa delibera le risorse ministeriali vengono attribuite alle Aziende USL, che acquisiscono la possibilità di gestirle autonomamente, decidendo se utilizzarle integralmente per gli inserimenti in REMS oppure destinare parte dei fondi alla realizzazione di percorsi alternativi alla misura di sicurezza detentiva.

A completamento della fase uno il 1° ottobre 2022 viene avviata la REMS definitiva regionale di Reggio Emilia con una specifica previsione di retta giornaliera a carico delle aziende USL, organizzata in due moduli, quello "intensivo" di 10 posti e quello "estensivo" di 20 posti, cioè complessivi 30 posti per l'intera Regione Emilia-Romagna.

Uno dei risultati più importanti ottenuti attraverso le azioni della fase uno è stato quello di azzerare la lista d'attesa, cioè dal 2022 la Regione Emilia-Romagna non ha avuto più persone immediatamente inseribili in lista REMS. Ed è il risultato che ci si aspettava con tutte le altre azioni sulle misure di sicurezza detentive.

Fase 2 azioni sulle misure di sicurezza non detentive

Una volta risolte molte delle problematiche relative alle misure di sicurezza detentive, dal 2023 in poi l'azione regionale e delle Aziende USL si è concentrata sulle "misure di sicurezza non detentive".

Anche questa fase, come la precedente, è stata caratterizzata da obiettivi sfidanti da raggiungere come può come mostra la tabella allegata. Molto degli obiettivi sono stati raggiunti, molti sono ancora in fase di definizione o raggiungimento.

Tab. 2. Obiettivi fase 2 ed esito processo per la Regione Emilia-Romagna.

Riconduzione funzioni ROP - Reparto Osservazione Psichiatrica ai CSM intrapenitenziari (art. 112 DPR 230/00)	Realizzato
Ogni paziente in REMS è titolare di PTRI, nei tempi previsti dalla normativa	Realizzato
Rinnovato Gruppo di lavoro operatori DSM	Realizzato
Costruzione Percorsi residenziali alternativi REMS	Realizzato
Progetto di miglioramento clinico del ATSM regionale IIPP di Reggio Emilia	In progress
Interlocuzioni con l'UEPE	In progress

Strutturazione sistema di monitoraggio delle misure di sicurezza non detentive	In progress
Avvio della cartella Regione CURE per gli autori di reato e REMS	In progress
Riformulazione del format PTRI	In progress
Partecipazione all'UVM dell'UEPE	In progress
Razionalizzazione art. 95 c.p. su intossicazione cronica da sostanze	Non iniziato
Verifica empirica stato attuazione Protocollo con Magistratura	Costante

Tra gli obiettivi perseguiti, alcuni assumono particolare rilevanza in quanto determinanti per il raggiungimento di risultati strategici:

Costituzione del Gruppo di lavoro "Gestione dei percorsi di cura per persone sottoposte a misure di sicurezza provvisorie o definitive" (Determina n. 7662/2023), con i seguenti compiti:

- definizione di percorsi terapeutico-riabilitativi appropriati;
- gestione razionale delle liste di attesa per l'inserimento in REMS;
- formazione su tematiche di interfaccia con la Magistratura;
- promozione di attività finalizzate alla rivalutazione della pericolosità sociale;
- sviluppo di accordi operativi locali con le Autorità Giudiziarie.

Istituzione del Punto Unico Regionale (PUR) (Determina n. 7662/2023), con funzioni di:

- indicazione della destinazione per competenza territoriale all'Autorità Giudiziaria e al DAP;
- raccordo tra A.G. e DSM-DP per disponibilità di posti in REMS e percorsi residenziali/semiresidenziali alternativi;
- coordinamento istituzionale con il DAP per la gestione delle liste di attesa REMS;
- coordinamento interregionale;
- promozione della presa in carico condivisa tra DSM-DP territorialmente competenti ed équipe curante della REMS.

Chiusura del Reparto di Osservazione Psichiatrica (ROP) regionale di Piacenza, con riconduzione delle funzioni ai CSM intrapenitenziari delle singole Aziende USL sede di I.P.

Progetto di riorganizzazione dell'ATSM regionale presso l'AUSL di Reggio Emilia (DGR n. 1127/2024), con obiettivi di:

- garantire un contesto idoneo all'erogazione di interventi terapeutici di qualità;
- rimodulazione dell'offerta mediante riduzione dei posti letto da 50 a 20;
- riorganizzazione degli spazi fisici per rispondere alle esigenze assistenziali, riabilitative e di sicurezza.

Rete delle strutture per misure di sicurezza alternative alla REMS, con individuazione di strutture residenziali di rilievo regionale e di area vasta:

- Casale di Mezzani (AUSL Parma) per Piacenza, Parma, Reggio Emilia, Modena;

- Casa degli Svizzeri (AUSL Bologna) per Bologna, Imola, Ferrara;
- Casa Zacchera di Sadurano (FC) per AUSL Romagna (Ravenna, Forlì, Cesena, Rimini).

Cartella sociosanitaria CURE – Cartella Unica Regionale Elettronica, quale strumento di gestione documentale per pazienti autori di reato sottoposti a misure di sicurezza detentive e non detentive. Tale sistema consente il monitoraggio costante e la valutazione degli *outcome* mediante strumenti diagnostici e di *assesment* specifici.

Conclusioni

Il processo di chiusura degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari e l'avvio delle REMS non può considerarsi definitivamente concluso con le prime due fasi attuate. Sarà indispensabile prevedere una fase successiva, orientata al miglioramento del funzionamento complessivo del sistema. Tale esigenza emerge con forza anche alla luce delle criticità evidenziate dalla Sentenza della Corte Costituzionale n. 22/2022, che ha richiamato l'attenzione su aspetti quali la disomogeneità dei risultati tra le regioni, il ricorso significativo alle strutture residenziali sanitarie, l'incremento progressivo dei costi sanitari per gli autori di reato in misura di sicurezza non detentiva mai finanziati, la persistenza di ricoveri impropri dovuti a una normativa non aggiornata, la presenza di diagnosi non psichiatriche tra alcuni pazienti inseriti in REMS, l'elevato numero di misure di sicurezza provvisorie e l'assenza di provvedimenti conseguenti alla pronuncia della Corte.

A fronte di queste criticità, è opportuno sottolineare i risultati positivi conseguiti dalla Regione Emilia-Romagna nella gestione dei pazienti autori di reato. Tra i principali traguardi si annoverano l'azzeramento delle liste d'attesa per i soggetti immediatamente inseribili in REMS, la disponibilità di strutture adeguate ai bisogni, l'estensione del Progetto Terapeutico Riabilitativo Individuale (PTRI) a tutti i pazienti nei tempi previsti dalla normativa, la collaborazione efficace con la Magistratura di Sorveglianza e con i Dipartimenti di Salute Mentale-Dipendenze Patologiche delle Aziende USL, la presenza di équipe multidisciplinari con competenze specialistiche e la piena operatività del Punto Unico Regionale (PUR). Questi risultati rappresentano un modello di riferimento per il consolidamento e l'evoluzione del sistema.

Impatto e risultati delle misure di sicurezza in Regione Emilia-Romagna

Fabio Dito[5]

Il contesto operativo

La sentenza CC 22/2022[6] ha definito il campo di intervento. Richiamando l'attenzione sui modi di *"esecuzione della misura",* ha chiesto agli *"attori coinvolti"*, cioè agli Operatori sanitari, alla Magistratura e all'Amministrazione penitenziaria, di ridimensionare alcune distorsioni di sistema createsi con l'attuazione empirica della Legge 81/2014[7]. In precedenza, la sentenza CEDU SY contro Italia[8] aveva posto la questione dei *sine titulo,* cioè del trattenimento in Istituto Penitenziario (I.P.) per temporanea impossibilità di inserimento nelle Residenze per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza (REMS) di pazienti con comprovata incompatibilità con il regime detentivo. L'Accordo in CU n.188/22[9], infine, ha costituito lo strumento di regolazione delle interdipendenze degli *"attori coinvolti"* e ha identificato i nodi dove si realizzano gli interventi per la presa in carico di pazienti in carico ai Dipartimenti di salute mentale (DSMDP) destinatari di provvedimenti da parte della Autorità Giudiziaria (A.G.).

La correzione delle distorsioni in regione Emilia-Romagna

La richiesta di superamento delle criticità individuate dalle già menzionate sentenze ha significato per la Regione Emilia-Romagna (RER) la ridefinizione dei contesti operativi all'interno dei quali si realizza la specifica risposta dei Servizi sanitari regionali. Questa è stata preceduta da una analisi del campo di intervento e dal riconoscimento delle contraddizioni che in esso interagivano. Il processo di superamento ha richiesto la scelta di alcuni indicatori sintetici con lo scopo di esprimere in forma quantitativa l'andamento dei fenomeni e i risultati raggiunti o da raggiungere. Tutti gli indicatori interessano diversi livelli di governance del sistema[10] e risultano fortemente interrelati. I risultati ottenuti sono connessi all'avanzamento in contemporanea di tutti gli obiettivi di seguito descritti. Gli indicatori scelti per descrivere l'attività svolta sono:

1. la gestione della lista d'attesa REMS[11];
2. "*sine titulo*" [12] e ricoveri impropri in ambiente ospedaliero quale il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC)[13];

[5] Coordinatore PUR – Punto Unico Regionale – Regione Emilia-Romagna
[6] Sentenza Corte Costituzionale n.22/22 *"Artt. 206 e 222 del codice penale e art. 3 ter..., nella legge 30/05/2014, n. 81".* Tutti i riferimenti a questa sono riportati in corsivo e virgolettati nel presente dell'elaborato.
[7] Legge 30 maggio 2014, n.81 recante "Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 31 marzo 2014, n.52, recante disposizioni urgenti in materia di superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari
[8] Corte EDU, 24 gennaio 2022, SY c. Italia, Ricorso n.711791/20 *"Art 3 trattamento inumano degradante. Detenzione, per anni 2, ..., in cattive condizioni e senza una terapia strategica complessiva."*
[9] Accordo in CU n. 188/22 *"...inerente la gestione dei pazienti con misura di sicurezza, ai sensi dell'art. 3 ter..., convertito in legge 30 maggio 2014, n. 81 e D.M. 1° ottobre 2012."*
[10] N.d.a. livello macro: produzione normativa, rapporti con Magistratura, livello meso: rapporti con singoli DSMDP, livello micro-PTRI del paziente vero perno organizzativo del processo di superamento della misura di sicurezza detentiva
[11] (punto 5.3 sentenza CC 22/22);
[12] (punto 5.5 sentenza CC 22/22, sentenza SY contro Italia Corte CEDU)
[13] Art. 4 "Criteri per la tenuta della lista d'attesa" Accordo in CU 188/22.

3. territorializzazione delle misure di sicurezza non detentive[14].

Operativamente ogni indicatore si avvale di un sistema di monitoraggio. Pertanto, la RER ha utilizzato e utilizza:

1. SMOP, sistema di monitoraggio informatico indicato dall'Accordo in CU n.188/22, utilizzato per la gestione della lista d'attesa. Identifica anche i ricoveri impropri in SPDC. All'art. 4 del predetto Accordo sono indicati i criteri quali-quantitativi con cui gestire la lista d'attesa di pazienti in carico al DSMDP e destinatari di provvedimenti di misura di sicurezza detentiva da parte della A.G.
2. Cartella CURE, cartella sociosanitaria unica informatizzata per i Servizi Sanitari RER, sintesi delle precedenti cartelle cliniche utilizzate dai professionisti della Salute Mentale, della Neuropsichiatria Infantile, delle Dipendenze Patologiche e della Psicologia Clinica.
3. Determinazione n. 4953/22[15] e Determinazione 7662/23[16] che hanno rinnovato ed ampliato il gruppo di lavoro regionale degli operatori dei DSMDP dedicato ai pazienti autori di reato[17]. Per migliorare la capacità di risposta ai bisogni dei pazienti autori di reato, gli operatori componenti hanno stabilito che gli incontri avvengano a cadenza mensile.

Il primo indicatore: la gestione della lista d'attesa REMS.

Il primo indicatore è la cuspide dell'attività di raccordo tra i vari *attori coinvolti* perché il ricorso alla REMS costituisce *l'extrema ratio*. Ciò ha significato per la RER favorire l'implementazione sistemica di percorsi di tutela sanitaria diversi da quelli della REMS per cui si è reso necessario delineare un nuovo contesto operativo che riorientasse l'attività degli operatori dei DSMDP. Nell'ultimo triennio, l'intervento normativo regionale è consistito nella *"sostituzione"* delle REMS provvisorie con quella definitiva[18], nella cessazione dell'attività del ROP dell'I.P. di Piacenza e la riconduzione dell'attività di osservazione psichiatrica ai CSM interni agli I.I.P.P. regionali[19], nell'avvio di un percorso residenziale dedicato, diviso per area vasta, che accoglie pazienti in attesa di svolgere misura di sicurezza o che hanno terminato la stessa[20], nella valorizzazione dei percorsi residenziali di questi pazienti sulla cartella CURE ai fini del

[14] punto 5.6 sentenza CC 22/22)

[15] Determinazione n. 4953/22 Regione Emilia-Romagna recante "rinnovo gruppo di lavoro per la gestione dei percorsi di cura delle persone soggette a misura di sicurezza provvisorie o definitive"

[16] Determinazione n. 7662/23 Regione Emilia-Romagna recante "modifica gruppo di lavoro "gestione percorsi di cura per le persone soggette a misura di sicurezza provvisorie o definitive" e costituzione Punto Unico Regionale (P.U.R.)"

[17] DSMDP delle AUSL regionali indicano due professionisti che ne faranno parte; in precedenza partecipava solo un professionista indicato dai DSMDP.

[18] DGR 141/23 recante "Variazione della tipologia delle REMS provvisorie di "casa degli svizzeri" e "casale mezzani" che, con decorrenza 1° febbraio 2023, assumeranno la tipologia RTR-E e rideterminazione della tariffa giornaliera REMS".

[19] Lettera del 12/05/23 recante "ROP regionale AUSL di Piacenza (Reparto Osservazione Psichiatrica). Riconduzione della funzione di osservazione psichiatrica ai singoli Istituti Penitenziari della Regione Emilia-Romagna (Art. 112 DPR 230/2000)". In RER operano 10 istituti penitenziari e ogni DSMDP ha organizzato un CSM all'interno degli stessi svolgendo attività di osservazione psichiatrica.

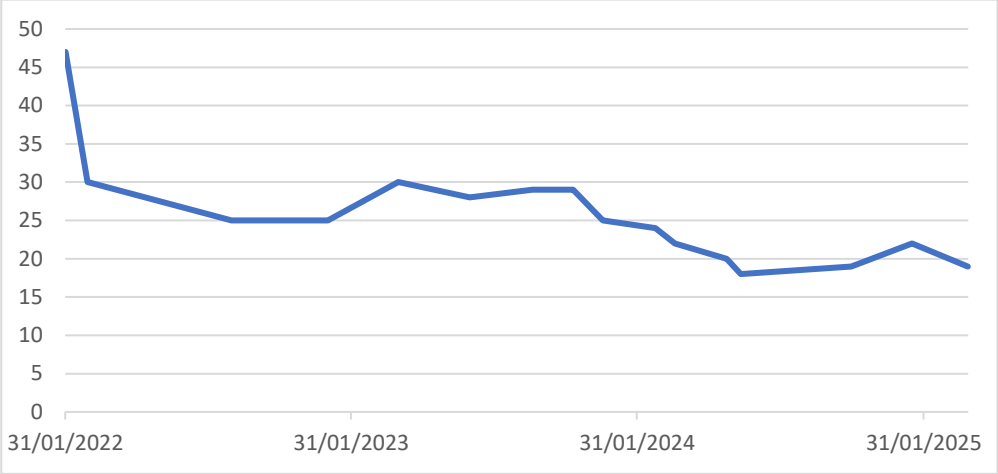
[20] DGR n.1322/24 recante "approvazione linee programmatiche sulla residenzialità dei servizi di salute mentale adulti dipendenze patologiche e neuropsichiatria dell'infanzia e adolescenza della regione Emilia-Romagna". A regime saranno previsti 42 posti letto dedicati a pazienti in attesa di svolgere misura di sicurezza detentiva o dimessi dalla REMS che però necessitano ancora di tutela sanitaria a carattere intensivo.

monitoraggio Livelli Essenziali di Assistenza (LEA)[21]. Questa produzione normativa ha permesso di stabilizzare il contesto applicativo della misura in REMS presidiando gli spazi detentivi dove potevano maturare le posizioni giuridiche dei pazienti che insistono su detta struttura e, coerentemente con la logica dell'*extrema ratio*, stimolare la costante revisione del Progetto Terapeutico riabilitativo individualizzato (PTRI) dei pazienti destinatari di misura di sicurezza detentiva.

Un'altra criticità riscontrata al punto 5.3 della Sentenza CC 22/22 era la divergenza numerica tra le liste d'attesa gestite dal Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria (DAP) e dal Ministero della salute. Nel contesto regionale gli "*attori coinvolti*" sono il Provveditorato della Amministrazione penitenziaria per l'Emilia-Romagna e le Marche (PRAP) e la RER che elaborano le proprie liste d'attesa, rispettivamente, con la piattaforma informatica AFIS e SMOP. La RER ha definito la procedura per cui l'iscrizione dei pazienti alla lista d'attesa regionale su SMOP avviene unicamente dopo formale assegnazione del DAP e contestuale ricezione del provvedimento applicativo della misura di sicurezza[22]. L'assenza di un solo elemento prima indicato sospende l'iscrizione del paziente destinatario di provvedimento fino all'acquisizione di tutta la documentazione prevista. Per il superamento della criticità RER e PRAP hanno concordato incontri di confronto delle rispettive liste ai quali partecipa anche il Garante dei detenuti della regione Emilia-Romagna. La cadenza degli incontri, inizialmente, era trimestrale e, successivamente, semestrale. Negli incontri si è costantemente constatata la convergenza numerica e per posizioni giuridiche tra gli iscritti alle liste d'attesa elaborate con AFIS e SMOP.

Nell'ultimo triennio, ma non solo, con le azioni di sistema prima descritte, l'indicatore ha rilevato il seguente comportamento: costante riduzione del numero complessivo di iscritti alla lista d'attesa REMS (fig. 1), nessun paziente prioritario[23], nessun paziente "*sine titulo*" è risultato trattenuto in Istituto Penitenziario.

Fig. 1. Andamento della lista d'attesa REMS della RER nel triennio 2022-2024



[21] Lettera del 11/12/24 recante "valorizzazione provvedimenti dell'Autorità Giudiziaria nella cartella CURE"
[22] Art. 2 "Collocazione in REMS" Accordo in CU n. 188/22
[23] Art. 4 Accordo in CU n. 188/22 "Criteri per la tenuta della lista d'attesa"

Il secondo indicatore: "sine titulo" e ricoveri impropri in SPDC

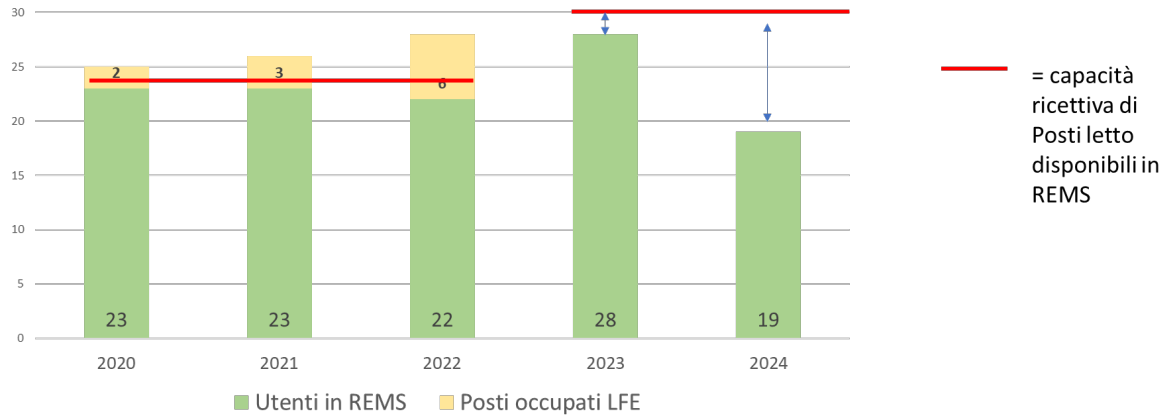
Relativamente al secondo indicatore è necessario evidenziare quanto segue. Primo, nell'ultimo decennio, il numero dei *"sine titulo"* di competenza della RER presenti negli Istituti Penitenziari (I.I.P.P.) della regione è sempre stato limitato e per lunghi periodi inesistente. Secondo, in RER non si è mai raggiunta la piena occupazione dei posti letto REMS sia quando operavano le due REMS provvisorie di Casale Mezzani (PR) e di Bologna (24 posti letto REMS in totale), sia con quella definitiva di Reggio E. (due moduli per 30 posti letto REMS), nonostante al dicembre 2022 risultavano iscritti 49 pazienti alla lista d'attesa REMS in attesa di svolgere la misura di sicurezza detentiva. L'analisi dell'esercizio delle REMS ha fatto emergere i seguenti elementi e determinato i successivi interventi.

La prima distorsione che gli *attori coinvolti* hanno identificato e corretto è stata la seguente. Si era constatato che esisteva una prassi operativa che immobilizzava lo scorrimento della predetta lista d'attesa. Essa consisteva nel fatto che l'A.G. competente riteneva opportuno non autorizzare l'occupazione del posto REMS quando un utente veniva dimesso dalla struttura per concessione della Licenza Finale Esperimento (LFE)[24]. A seguito di specifici incontri tra la Magistratura di Sorveglianza e la RER si era convenuto di destinare solo un posto sul totale di quelli allora disponibili (24 posti) per i pazienti che svolgevano LFE. Questa previsione è stata adottata dalla circolare RER n. 3/2022[25]. Successivamente, l'Accordo in C.U. n.188/22 ha superato definitivamente questa prassi per cui nessun posto REMS è riservato ai pazienti dimessi per concessione della LFE.

Fig. 2. Occupazione posti letto REMS in RER dal 2020 al 2024 rilevato al 31/12 di ogni anno, fonte: SMOP. La linea orizzontale rossa indica il limite di capienza in REMS, in basso è riportato il numero totale dei pz. associati alla REMS per anno, in giallo quanti di questi sul totale svolgevano LFE. A dx invece è riportata la situazione dopo la circolare 3/22 e l'Accordo in CU 188/22 con la REMS definitiva di Reggio E. operativa.

[24] Art. 53 "Licenze agli internati" Legge 26 luglio 1975, n.354, recante "Norme sull'ordinamento penitenziario e sulle misure privative e limitative della libertà"

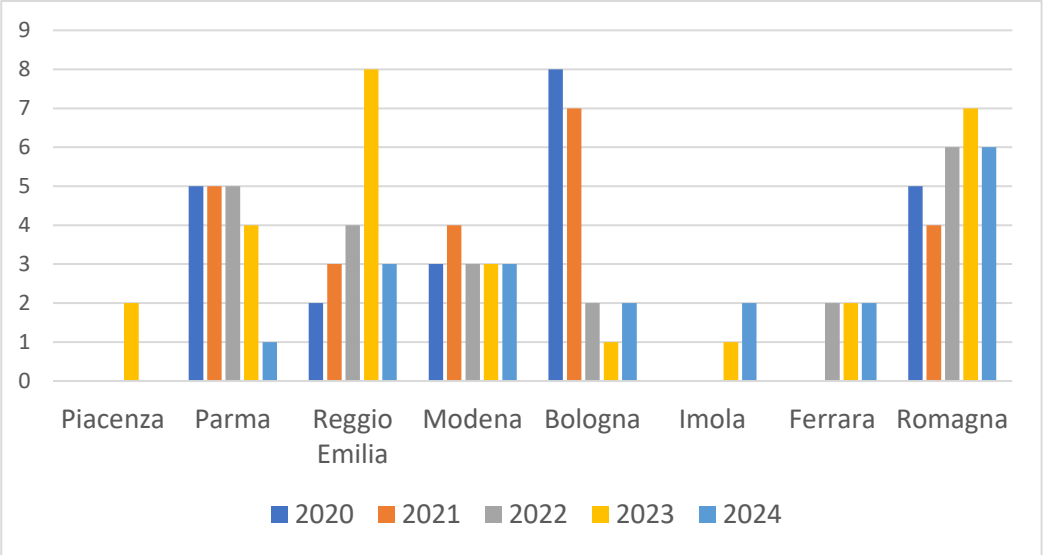
[25] Circolare del 06/05/22, n.3, recante "Indicazioni per la gestione degli ingressi e della lista d'attesa nelle Residenze per l'Esecuzione delle misure di sicurezza (REMS) per i pazienti autori di reato nella Regione Emilia-Romagna".



Un secondo elemento distorsivo che emerge, perché ancora attuale, è quello relativo al comportamento dei DSMDP quando nel proprio territorio e con propria équipe gestiscono le REMS. Si è notato che tendono a sovra utilizzare queste strutture rispetto ai DSMDP che non le gestiscono. Questo dato si mimetizza quando si aggregano le misure di sicurezza detentive e non detentive che, complessivamente, rispettano il criterio della popolazione maggiorenne residente nel territorio di competenza. Nel il procedere con la *"sostituzione delle REMS provvisorie con quelle definitive"* si è visto che diminuisce il ricorso alle misure di sicurezza detentive nei DSM che prima gestivano le REMS provvisorie mentre la stessa dinamica si ripropone nel DSMDP che attualmente gestisce quella definitiva. Questo comportamento sembra assumere la caratteristica del fisiologico e sembra difficilmente governabile dagli operatori nonostante il fatto che gli ingressi in REMS dei pazienti vengono concordati nelle riunioni del gruppo regionale di lavoro e l'imputazione del costo giornaliero di presenza sia in capo ai DSMDP territorialmente competenti[26] (fig. 3).

Fig. 3 Utilizzo posti letto REMS per singola AUSL. Numero di Posti letto occupati in REMS al 31/12 per singola AUSL

[26] Si veda nota 11.

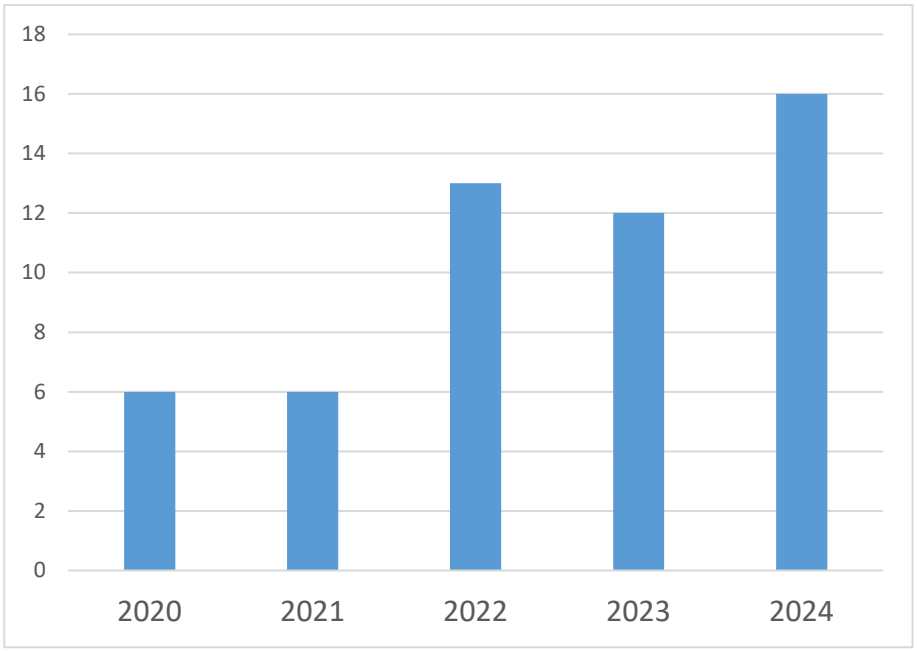


Il "*confronto*" costante tra Magistratura di Sorveglianza e i DSMDP[27] sui PTRI dei pazienti, la costante informazione sullo sviluppo dell'offerta terapeutica dei DSMDP alternativa alla REMS, il miglioramento dell'accesso alla REMS nel triennio ha determinato un saldo a favore del numero di misure trasformate da detentive a non detentive (16) confrontato con quelle applicate dalla A.G. ed eseguite in REMS (fig. 4). A normativa ferma, quindi, la dinamica costituita dalla trasformazione delle misure di sicurezza detentive in non detentive, lo scorrimento della lista d'attesa e la costante disponibilità di posti REMS risulta essere in equilibrio. Anche il secondo indicatore non rileva la criticità dei *"sine titulo"* trattenuti negli I.I.P.P. della RER.

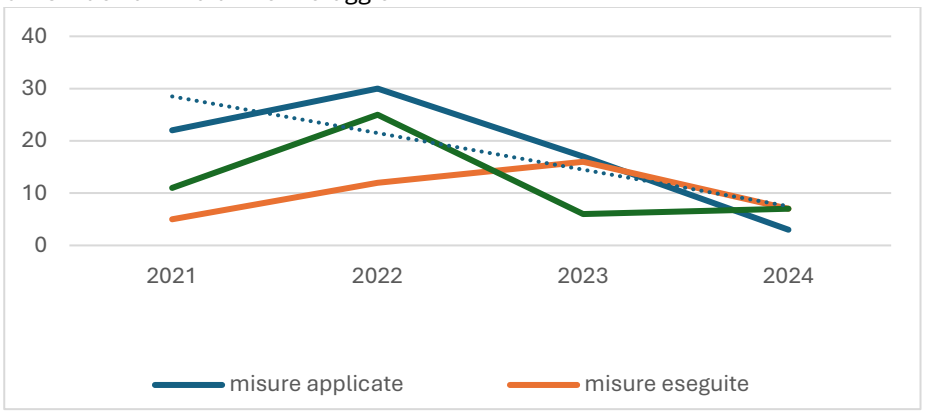
Fig. 4. Dimissione dalla REMS e trasformazione delle misure di sicurezza

a. Numero pazienti dimessi per anno

[27] La richiesta di trasformazione della misura di sicurezza avviene dopo accordo raggiunto tra l'équipe della REMS, titolare del PTRR e l'equipe territoriale (PTRI).



b. Esiti dell'attività di monitoraggio



Il ricovero improprio indicato nell'art. 4 dell'Accordo in CU n.188/22 in SPDC rimane in RER una criticità ancora irrisolta. In premessa è necessario fare la seguente precisazione. La bifasica attività della Magistratura costituisce il primo elemento strutturante i campi operativi. Quello che interessa la Magistratura di cognizione e i DSMDP è esposto a dinamiche e turbolenze diverse da quello in cui opera la Magistratura di sorveglianza, il DAP e i DSMDP. Nel primo campo operativo agisce la complessa fenomenica delle tensioni sociali[28] che comunque riverberano nella esecuzione della misura di sicurezza del singolo paziente. Nel secondo campo, gli *attori coinvolti* sono più stabili e le posizioni giuridiche definite. L'analisi del primo campo operativo condotto dalla RER ha fatto emergere i seguenti elementi costitutivi: primo, l'attrazione esercitata dalle misure di sicurezza di problematiche che dovrebbero trovare risposta in altri contesti istituzionali, secondo, che la Legge 81/14 non "*ha fatto adeguata breccia nell'ambito giurisdizionale*". Si constata ancora che l'inserimento in REMS anticipato

[28] N.d.a. Per tensioni sociali qui si intende: 1. la congiuntura politica e la percezione sociale di alcune forme di criminalità, 2. la semplificazione sanzionatoria di alcune forme di populismo che stanno assiomatizzando il binomio utente della salute mentale-utente pericoloso, 3. Le richieste nella fase di indagine da parte delle FFOO di conferma di presa in carico di pazienti e di acquisizione delle cartelle cliniche di cittadini autori di reato, 4. l'accesso insignificante alle sanzioni di comunità quali la messa alla prova di utenza in carico ai DSMDP della regione nei casi di temporanea incapacità di intendere e volere.

da un lungo ricovero in SPDC sembra essere l'unica scelta della Magistratura di cognizione per pazienti autori di reato, senza dimora e privi di permesso di soggiorno (tab. 1). Questo nonostante la snella presa in carico del DSMDP diventato competente sul caso, attestata e successivamente partecipata alla Magistratura. In alcune provincie della regione, poi, emerge la poca aderenza della Magistratura di cognizione al protocollo di cui alla DGR 767/18[29]. Al riguardo alcuni DSMDP[30] hanno avviato lavori finalizzati alla stesura di protocolli locali con i Tribunali e le Corti d'appello competenti e tra le proposte avanzate dalla Magistratura quella di definire al loro interno un referente per le misure di sicurezza che curi i rapporti con il DSMDP. In conclusione, il perdurare del ricovero oltre la fase delle acuzie in SPDC di pazienti destinatari di misura di sicurezza detentiva disposto dalla A.G. risulta ancora un elemento esogeno difficilmente risolvibile dai DSMDP.

Tab. 1. Ricoveri impropri in SPDC. Esito dei PTRI/PTRR: confronto risultati prima e dopo Sentenza CC 22/22

Anno	LV	LFE	Trasformazione, revoca MS
2020	4	2	0
2021	3	3	0
2022	6	7	0
2023	8	3	1
2024	5	11	0

Il terzo indicatore: la territorializzazione delle misure di sicurezza non detentive, un ineguale bilanciamento.

Relativamente al terzo indicatore, l'attività della RER discende dalla risoluzione, anche se non completa, delle criticità evidenziate dalle sentenze sopra indicate. In RER si riscontra la crescita delle misure di sicurezza non detentive: erano 304 nel **2020** e 349 nel **2024**, con incremento del 15% al netto delle faticose dimissioni. La distribuzione degli assistiti in libertà vigilata per tipologia di percorso terapeutico e riabilitativo nel **2023** vede 302 pazienti inseriti in Comunità Terapeutiche, 10 associati in I.I.P.P. con misura di sicurezza pendente, 37 pazienti residenti al proprio domicilio ed assistiti con programmi territoriali, oltre a 28 pz. inseriti in REMS per un totale aggregato di 367 misure di sicurezza (tab. 2). Quanto prima, anche per i risultati conseguiti sopra esposti, permette di considerare marginale la modalità della esecuzione della misura di sicurezza detentiva in REMS rispetto a quella non detentiva, effettiva la territorializzazione degli interventi nella prospettiva del reinserimento sociale dei pazienti autori di reato. Per capire la portata della questione giova ricordare che nel 2008 i pazienti associati all'Ospedale Psichiatrico Giudiziario di Reggio E., che accoglieva pazienti da tutta Italia, erano 316 pz (la capienza regolare era di 132 persone) mentre il dato aggregato delle

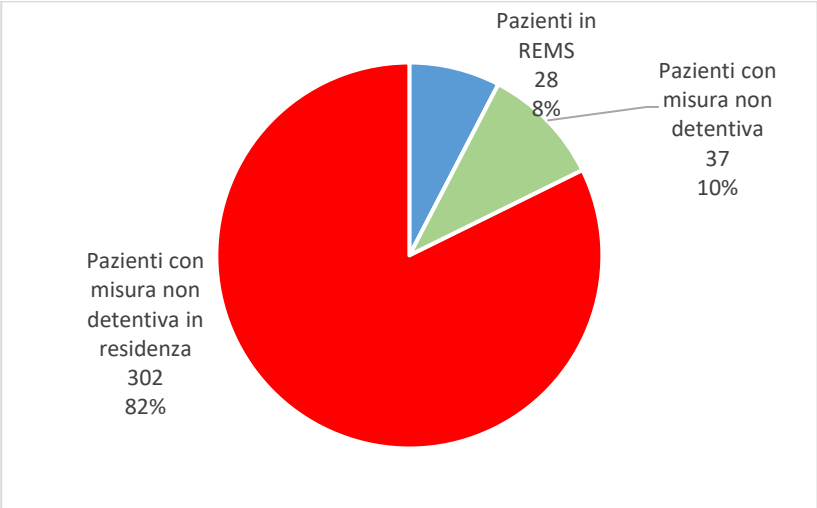
[29] DGR n. 767 del 21/05/2018 recante "Approvazione schema di protocollo operativo tra Magistratura, regione Emilia-Romagna e Ufficio esecuzione penale esterna per l'applicazione della legge 81/2014 (chiusura ospedali psichiatrici giudiziari e esecuzione delle misure di sicurezza)", stimola la co-gestione e la co-programmazione tra le due équipe di lavoro coinvolte nella fase detentiva della misura di sicurezza del paziente.
[30] DSMDP di Bologna prima, DSMDP Modena poi.

misure di sicurezza della sola RER nel 2023 è di 367 pazienti. Pertanto, se gli OPG fossero ancora operativi, si avrebbe la necessità di inserire internati emiliano-romagnoli in pari istituti di altre regioni italiane.

Tab. 2. Crescita delle misure di sicurezza in RER. Numero di pazienti con misure di sicurezza non detentive per AUSL e anno (Valori assoluti)

DSM-DP	***2020***	***2024***
Piacenza	16	12
Parma	25	28
Reggio Emilia	30	21
Modena	31	25
Bologna	59	82
Imola	6	12
Ferrara	12	25
Ravenna	46	60
Forlì	14	13
Cesena	14	13
Rimini	51	58
Regione	304	349

Fig. 5. Distribuzione degli assistiti per tipologia di percorso (Anno 2023, valori assoluti e %)



L'incremento costante delle misure di sicurezza determina un aumento dei costi sostenuti dai DSMDP per i trattamenti residenziali dei pazienti autori di reato. L'aumento è sensibile alla covarianza di alcuni fattori che, riduttivamente ma non esaustivamente, possono essere condensati nell'allargamento dell'azione penale a cui stiamo assistendo in questo periodo

storico, nella dilatazione temporale della durata della misura di sicurezza non detentiva[31] disposto dalla A.G., nelle cicliche complicazioni cliniche del paziente quando questi sono portatori di patologia cronica. Nell'ultimo triennio l'indicatore ha rilevato il seguente comportamento: maggior crescita della spesa per gli inserimenti in C.T. di pazienti sottoposti alla misura di sicurezza non detentiva.

Considerazioni prima delle conclusioni

Alla domanda di come la Legge 81/14 ha mutato il rapporto tra servizi e collettività in RER, la risposta non può prescindere da alcune brevi considerazioni preliminari. Primo, l'espansione dell'azione penale che trascina anche l'allargamento delle misure di sicurezza apre uno squarcio sui fondamentali del vivere comune[32]. Secondo, nell'ultimo biennio la Magistratura di Sorveglianza in RER mostra più prudenza rispetto al 2022 in quanto privilegia maggiormente l'iniziale concessione di Licenze finali o di riadattamento in luogo della libertà vigilata ai pazienti dimessi dalla REMS. Questo non sembra stimolare il miglioramento della capacità di risposta dei sevizi territoriali stessi, soprattutto quando l'inserimento del paziente avviene in C.T. gestite dal Terzo settore. Terzo, l'accomodamento del giudizio prognostico della persistenza della pericolosità sociale su generiche fluttuazioni biologiche e temporali della patologia mentale dovrebbe essere escluso quando la misura di sicurezza non detentiva risulta da molto tempo in regime di proroga. Quarto, la legge 81/14 in RER necessita del sostegno del Piano Socio-Sanitario Regionale (PSSR) che nel suo aggiornamento dovrà considerare che alcune previsioni normative del Codice penale sono oramai prive di effettività: la sequela secca REMS-C.T.-Famiglia, per esempio, che prima era OPG-C.T.-Famiglia, non è più attuale con l'attuale fragilizzazione dei legami familiari e con l'allungamento temporale delle misure di sicurezza non detentive. Quinto, la severità della patologia mentale è un indicatore trasversale che tiene conto di altri parametri quali quelli relazionali, sociali, economici del paziente. Sesto, esiste la questione, a volte poco chiara nei dispositivi della A.G., legata a che cosa finalizzare il ricorso alla misura di sicurezza detentiva della REMS e a quella della libertà vigilata stante il proscioglimento del paziente. Questo disorienta i servizi territoriali perché non riescono a adottare nel PTRI le specifiche richieste del Magistrato e permettere al paziente di dimostrare che la sua pericolosità sociale può evolvere verso l'attenuazione e la cessazione. Settimo, al momento il PTRI sostenuto da Budget di Salute[33] sembra essere uno strumento che sostiene il percorso alternativo alla misura di sicurezza detentiva per le caratteristiche sartoriali che ne costituiscono la sua peculiarità. Il percorso tracciato prima dalla Legge 81/14, corretto con le sentenze sopracitate, governato secondo le modalità indicate dall'Accordo in CU n.188/22, rischia però di diventare economicamente eccessivamente oneroso per i DSMDP se non viene calmierato da azioni di alleggerimento da parte degli Organi della Magistratura. Ci si riferisce, specificatamente, al superamento della provvisorietà della misura di sicurezza quando il

[31] N.d.a. corollario della ricorsiva proroga delle misure di sicurezza non detentive è la frammentazione delle appartenenze comunitarie dei pazienti.

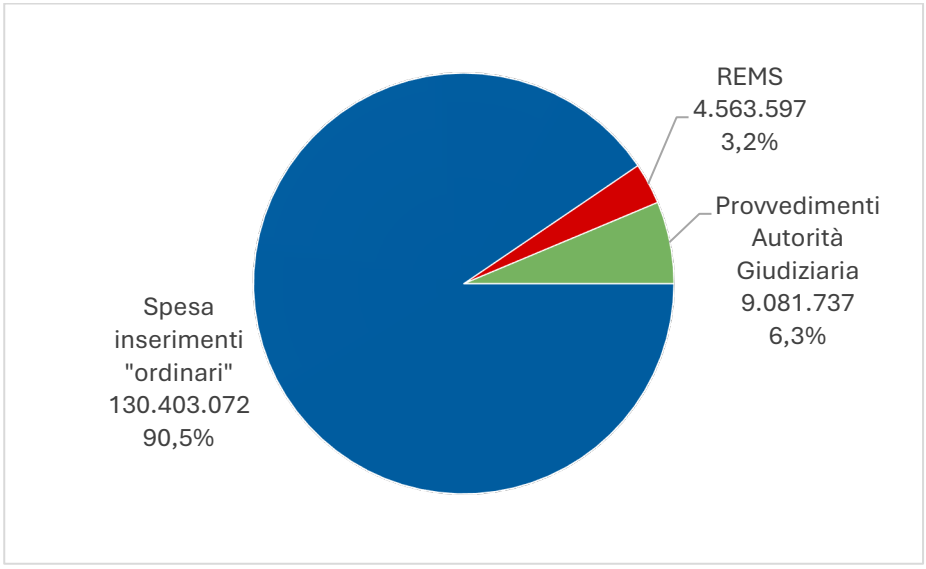
[32] N.d.a. A guisa di segnalibro si assiste ad una sovra criminalizzazione dei comportamenti devianti, uno su tutti la facoltà delle FF.OO. di registrare il reato di resistenza a P.U. o falsa generalità quando i pazienti sconosciuti sono in condizione clinica di acuzie o subacuzie a cui può seguire un Trattamento Sanitario Obbligatorio.

[33] DGR n.1554/2015 recante "Linee di indirizzo per la realizzazione di progetti con la metodologia del budget di salute".

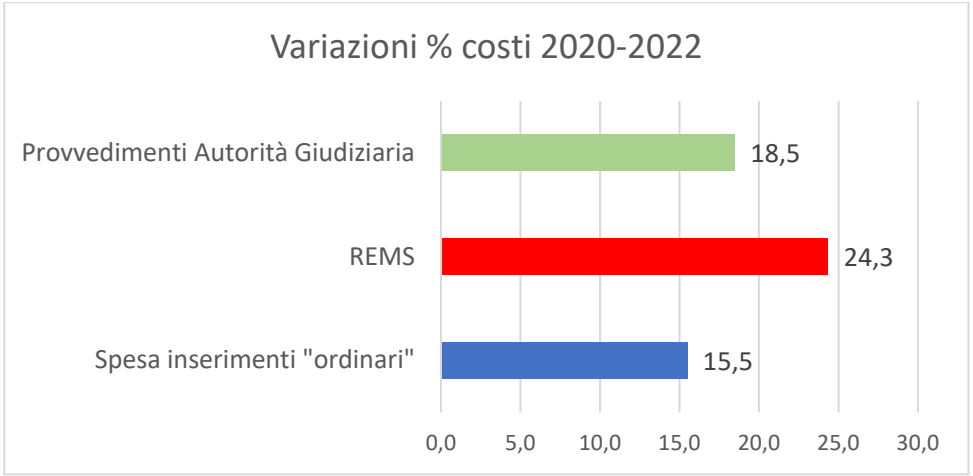
paziente non è associato a contesti detentivi[34], alla ragionevole conclusione della misura di sicurezza non detentiva non disturbata dalla violazione delle prescrizioni o comportamenti non chiaramente riferibili alle condizioni che hanno determinato la sottoposizione alla misura di sicurezza. Tutto questo affatica il percorso di territorializzazione delle misure di sicurezza detentive anche quando esiste da parte dei DSMDP la capacità di implementare risposte alternative a queste.

Fig. 8. Costi delle misure di sicurezza.

*a. Aumento dei costi per le misure di sicurezza detentive e non detentive**



*b. Aumento dei costi per le misure di sicurezza detentive e non detentive*Variazioni % costi 2020-2022*



[34] Sono in carico ai DSMDP pazienti sottoposti alla libertà vigilata provvisoria dal 2020.

Conclusioni

Le conclusioni, a questo punto, possono essere le seguenti. In RER il percorso di messa a terra della L. 81/14 e la ricerca della soluzione delle criticità rilevate nella Sentenza CC 22/22 e nella Sentenza CEDU "SY contro Italia" hanno delineato un nuovo campo operativo per i servizi di salute mentale.

La sentenza CC 22/22 ha determinato il potenziamento del raccordo dei DSMDP con la Magistratura, l'UEPE, il PRAP e ha stimolato l'aggiornamento costante- monitoraggio e rivalutazione- dei PTRI dei pazienti destinatari di provvedimenti di misura di sicurezza. Restano da presidiare gli effetti di una normativa proattivamente non adeguata ai bisogni di cura del paziente che affatica la costruzione di un nuovo rapporto dei DSMDP con il territorio e quelli della prudenza della Magistratura di sorveglianza che non sostiene lo sviluppo dell'offerta terapeutica dei DSMDP. C'è poi la consapevolezza che la costruzione dell'esito delle misure di sicurezza di un paziente passa per le previsioni e per le risposte che il PSSR potrà implementare e che l'assenza della soglia temporale delle misure di sicurezza non detentive inizia ad essere una importante voce di budget per i DSMDP della Regione.

Prospettive e scenari futuri sulle misure di sicurezza detentive e non detentive

Dott. Pietro Pellegrini[35]

Sono trascorsi dieci anni dalla chiusura degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari (OPG), sostituiti da un sistema di welfare di comunità, dai servizi sociali e sanitari dei quali fanno parte i Dipartimenti di Salute Mentale, al cui interno operano le Residenze per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza (REMS).

L'applicazione della legge 81/2014 è avvenuta superando sul campo difficoltà e incertezze mediante l'invenzione di un modello di lavoro originale, molto complesso, certamente non lineare e definitivo. Sembra passato molto tempo e pare quasi scontato ciò che non lo era affatto: fare a meno degli OPG. Il processo, dopo la fase pionieristica, sembra entrato in una fase di assestamento, le prassi hanno colmato i vuoti, definito i rapporti, evidenziato punti di forza e di criticità.

La "rivoluzione gentile" si è realizzata grazie alla motivazione e competenza degli operatori cui va il mio più sentito ringraziamento e mediante la paziente costruzione di relazioni, mediazioni e compromessi fondati su protocolli ma ancor più sul desiderio di collaborare tra psichiatria, sulla quale grava il peso anche psicologico della gestione, e magistratura, UEPE, Forze dell'Ordine, Prefetti e Sindaci e amministratori locali. Un lavoro comune, pur nelle differenti competenze, che ha consentito di superare problemi, incidenti ed è ancora oggi la via per costruire percorsi, soluzioni, prospettive. L'avvenuto riavvicinamento tra psichiatria forense e clinica può essere strategico sia sul piano formativo, operativo e di ricerca.

Questa grande collaborazione interistituzionale rappresenta un patrimonio, una infrastruttura immateriale molto preziosa per realizzare un'utopia pratica sapendo, come ricorda Basaglia, che la realizzazione della riforma "sarà sempre un progetto perché non avrà mai fine, è sempre qualcosa che muta e mutando crea contraddizioni".

Prospettive

È difficile fare previsioni sulle prospettive e gli scenari futuri specie in questo clima internazionale di crisi e guerra. L'uso delle armi anziché delle parole, la sopraffazione della forza invece del rispetto reciproco e della mediazione, la vita delle persone che diventa di nuovo dello stato. Un certo clima dilaga nella società, si fa prossimo, penetra nelle relazioni e nelle persone.

In questa situazione è fondamentale la permanenza della democrazia, della Costituzione e del welfare pubblico universale che è alla base anche della 180.

Se fare previsioni è difficile credo occorra la capacità di resistere per evitare involuzioni neomanicomiali e al tempo stesso penso si debba cogliere quale possa essere la logica evoluzione del processo di cambiamento intervenuto. Chiusi OP e OPG, l'obiettivo è la creazione di sistema di salute mentale e giudiziario di/nella comunità e il pieno riconoscimento dei diritti e doveri a tutte le persone, comprese quelle con disturbi mentali.

[35] Direttore Dipartimento Assistenziale Integrato Salute Mentale Dipendenze Patologiche Ausl di Parma

Questo significa la riforma del Codice Rocco del 1930 su imputabilità, pericolosità sociale e misure di sicurezza per assicurare alle persone con disturbi mentali parità di diritti e doveri. La responsabilità è terapeutica. La chiarezza dei diritti e doveri è importante per la salute mentale e la convivenza sociale.

È ben noto come sia difficile stabilire ex post, magari dopo mesi, lo stato mentale al momento del fatto e come la pericolosità sociale sia un costrutto non scientifico.

Il proscioglimento e la pericolosità sociale cui consegue l'applicazione di misure di sicurezza detentive e non detentive non creano le migliori condizioni per la cura e per l'esercizio dell'azione penale. Per altro le misure di sicurezza detentive provvisorie (35% degli invii in REMS e 90% dei sine titulo) assumono funzioni cautelari senza garanzie precise e la libertà vigilata può essere prorogata sine die.

Quindi le misure di sicurezza andrebbero abolite applicando altre norme già presenti. Abbiamo bisogno di un altro sistema incentrato sulla responsabilità e sulla pluralità di bisogni delle persone (documenti, casa, reddito, formazione, lavoro, salute, spirituali, culturali, ambientali) e le loro risorse personali, familiari sociali. Un sistema unitario, in grado di assicurare il diritto alla salute a prescindere dallo stato giuridico della persona e al contempo la sicurezza sociale. Diritto alla salute che non può essere disgiunto dagli altri diritti. Una visione olistica, di One Health e Planetary Health come indicato anche dalla letteratura e OMS.

Le persone affette da disturbi mentali non sono per questo pericolose a sé e agli altri, irresponsabili, improduttive, incurabili e da custodire.

Servirebbe il coraggio dei legislatori, un grande sforzo unitario per tutelare la salute mentale come bene comune.

Le grandi competenze delle diverse istituzioni possono portare, nelle pratiche, a realizzare la riforma. Per la sanità va preservato il mandato di cura fondato su volontarietà e consenso in quanto in medicina, non vi può essere cura e riabilitazione senza partecipazione della persona.

Occorre prevedere dispositivi che vedano misure diverse: sociali, trattamentali, rieducative, di sicurezza e sanitarie. Quindi la misura di sicurezza non dovrebbe mai coincidere solo con i bisogni di cura né questi dovrebbero avere carattere coercitivo, se non eccezionalmente come indica la L. 180.

Nel caso che a commettere reati siano persone con disturbi mentali ad esse va assicurato il diritto al processo, affrontando il tema delle patologie nella definizione ed esecuzione dell'eventuale pena senza abbandonare nessuno, tanto meno in carcere.

Si può costruire un sistema di cura e giudiziario di comunità nel quale operano ciascuno per le proprie competenze, servizi sociali, sanitari, magistratura, UEPE, Forze dell'Ordine, Polizia penitenziaria. È in questo quadro che si possono trovare le soluzioni indicate dalla Corte Costituzionale (sentenza 22/2022).

Di fronte a compiti difficili e complessi occorre assicurare la sicurezza degli operatori a partire dal superamento della "posizione di garanzia" e il riconoscimento del "privilegio terapeutico". Poi un piano per la sicurezza con interventi sulle risorse, strutturali, organizzativi e formative.

La questione del personale è centrale sia per una carenza di disponibilità in generale sia per la scarsa attrattività del lavoro in ambito giudiziario. È il punto più critico e richiede attenzione, strategie e investimenti.

Organizzazione dei servizi

Le prospettive future sono connesse anche all'organizzazione dei servizi nell'ambito di un sistema di welfare pubblico e universale che purtroppo è in crisi e di conseguenza lo sono i diritti che da esso dipendono. La preoccupazione è molto forte visto anche che le prestazioni per la salute mentale sono escluse dalle polizze assicurative.

Molta attenzione è sulle REMS mentre è rimasto nell'ombra il grande lavoro dei Dipartimenti di Salute Mentale.

I dati sono solo stimati, in quanto manca un valido sistema informativo nazionale, ma sulla base di quelli dell'Emilia-Romagna si può ipotizzare che vi siano circa 7 mila utenti con misure giudiziarie curate nel territorio con un rapporto di 1 caso in REMS/ 10 sul territorio. Di questi il 65-70% circa è ospite di Residenze. Pertanto, vi è la necessità di sostenere il percorso di attuazione con adeguate risorse anche economiche. L'investimento economico delle Regioni è stimato in circa 450 milioni di euro/anno.

Credo sia interesse di tutte le Regioni ed azione prioritaria sostenere questa parte del sistema in modo da creare alternative alla detenzione in carcere o alle REMS mediante comunità, alloggi per il reinserimento, Budget di salute ed altri strumenti per un lavoro di/nella comunità. Rafforzare i dipartimenti di salute mentale è cruciale anche per la prevenzione dei reati (circa il 70% degli autori è conosciuto dai servizi).

La piena responsabilizzazione dei Sindaci e di tutte le articolazioni locali dei diversi ambiti produttivi, culturali, sportivi può portare a comunità accoglienti, inclusive, educanti e curanti.

L'attenzione ai territori e ai DSM deve essere preliminare ad ogni ipotesi di aumento del numero delle REMS e della disponibilità di posti specie se si vuole evitare di avviare una spirale che porta ad una progressiva neo-istituzionalizzazione da un lato e di abbandono e disperazione dall'altro.

Le REMS ospitano poco più di 600 persone e devono restare residuali come estrema ratio e non diventare il centro del sistema.

Pur essendo tutte regolate dal Decreto del Ministero della Salute 1° ottobre 2012 le REMS sono molto diverse: si va dalle "REMS diffuse" del Friuli di 2 posti fino al sistema modulare di REMS di Castiglione delle Stiviere, con complessivi 120 posti, ma la maggior parte delle strutture ha 10-20 posti e solo in pochi casi due moduli insistono sulla stessa sede.

Il regolamento delle REMS deve essere specifico visto che in larga misura risulta inapplicabile il regolamento detentivo. Quanto alle prospettive delle REMS vi sono spinte diverse. Vi è un movimento orientato a promuovere un loro progressivo superamento in favore di altre strutture e percorsi di comunità. Le proposte di differenziare le REMS in relazione alla sicurezza (alta, media e bassa) può creare un vallo con i servizi territoriali e ciò può determinare una difficoltà

nelle dimissioni, con conseguente allargamento dei segmenti a più alta sicurezza. A questo proposito l'esperienza inglese è emblematica.

Né servono Unità di Valutazione Assesment e Prognosi (UVAP) in quanto la valutazione deve essere contestuale, di prossimità e relazionale.

Altro tema molto enfatizzato è quella della lista di attesa per le REMS e detenzioni "sine titulo". La lista di attesa è concentrata in cinque regioni. Per altro quelle con una dotazione di posti REMS superiore alla media nazionale.

Solo per questo soluzioni nazionali sono fuori luogo. Le REMS devono restare nel sistema regionale che è l'ambito nel quale affrontare i diversi problemi aperti. Valutazione, appropriatezza, turnover, dimissioni possono essere affrontati mediante i Punti Unici di Accesso (PUR) e i protocolli previsti dall'accordo Stato Regioni del 30 novembre 2022. Come abbiamo visto l'Emilia-Romagna dimostra che si può abbattere la lista di attesa con un limitato numero di posti REMS e con un valido sistema di comunità.

Vi è poi la situazione degli istituti penitenziari, delle Articolazione Tutela Salute Mentale che andrebbe affrontata introducendo il numero chiuso e riducendo il sovraffollamento con misure alternative, la riduzione della carcerazione preventiva e della c.d. "detenzione sociale". La popolazione detenuta potrebbe essere dimezzata e il carcere deve essere residuale, a base regionale.

Nuovi problemi

Alcune tipologie di disturbi mettono in difficoltà i DSM come, ad esempio, le persone con psicopatia, con uso di sostanze. In caso di reati non devono accedere alle REMS ma devono essere aiutate mediante diversi interventi alternativi al carcere. Occorre continuare insieme la ricerca di soluzioni e percorsi senza limitarsi a misure meramente detentive e regressive.

Si tratta anche di raccogliere le nuove sfide che provengono da cambiamenti sia nella sofferenza e nei disturbi mentali sia dalla configurazione dei reati (Codice Rosso ecc.) e dei cambiamenti tecnologici.

Questo ha una forte implicazione per i DSM che risentono anche delle condizioni sociali e legislative in materia di droghe, migrazioni, ordine pubblico e si trovano di fronte ad una domanda diversa rispetto al passato.

La domanda non riguarda tanto i soggetti prosciolti che restano presenti ma residuali, ma di persone di solito imputabili con relazioni problematiche, tossiche, stili di vita non salutari con uso di sostanze, per le quali l'autorità di pubblica sicurezza e giudiziaria ancora prima di ogni processo e sentenza (quindi nella presunzione di innocenza) auspica percorsi di presa in cura. Mi riferisco agli uomini violenti, all'uso di sostanze, ai maltrattamenti e conflitti intrafamiliari che spesso coinvolgono minori e persone fragili.

È questo lo scenario che sempre più interessa i DSM che talora vedono impropriamente utilizzate preziose risorse sanitarie (ad es. posti letto negli SPDC) per motivi prettamente giudiziari. Una prassi che non è né utile né equa. Vanno quindi strutturati percorsi e adeguati gli assetti organizzativi come le Unità di Psichiatria Forense con adeguate risorse e competenze.

L'approccio securitario ha comportato un aumento dell'azione penale (detenuti 62.000, liberi sospesi quasi 100 mila e misure alternative 120 mila persone) e ciò ricade inevitabilmente anche sulla salute mentale e sulle funzioni e le richieste ai servizi sanitari esponendoli anche ad usi impropri.

Diviene quindi ancora più essenziale un sistema interistituzionale, in grado di rispettare e valorizzare le diverse competenze, a dimensione regionale che deve avvalersi da un lato di una regia nazionale politica e tecnica (l'Osservatorio prima istituito e poi chiuso, le Cabine di regia Agenas ecc.) e dall'altro deve essere radicato nelle comunità e in grado di operare in prossimità rilanciando ruolo di Sindaci e Comuni i quali nella l.81 a differenza della 180, sono in una posizione marginale rispetto alle persone e spesso soli a fronteggiare le preoccupazioni dei cittadini per la sicurezza.

In molte realtà il sistema è stato capace di risposte colte, avanzate, costruite con la comunità e il volontariato. Un sistema in movimento, magari carsico o rabdomantico, anche sotto il profilo giuridico.

La funzione della psichiatria e della giustizia

Un altro punto è la funzione della psichiatria cui è stata assegnata la gestione delle REMS.

Il bivio attuale è fra una psichiatria che assimila le REMS al carcere e si colloca entro il perimetro della pena "nell'obbedienza giudiziaria" sancendo anche che vi sono persone "inemendabili" semplicemente da custodire ed una psichiatria ed una giustizia che insieme, ciascuna per la propria parte di competenza, in modo dinamico e dialettico, creano un sistema di cura e giudiziario di/nella/tramite la Comunità.

È questo un altro elemento di innovazione, non so quanto previsto o se un frutto di prassi, che ha la massima rilevanza, per costruire quel legame sempre carente tra sistema penale e comunità, tra sanità, sociale e giustizia. Si è creato in modo disomogeneo, incerto ancora fragile un nuovo scenario operativo e di senso che richiede umiltà e passione, senso del limite e coraggio ma costituisce un'indubbia ricchezza. Di tutti gli uomini e i viventi ci si può/deve prendere cura e nessun uomo è irrecuperabile e incurabile.

Una ricerca che deve continuare, basata sul dialogo, la comprensione reciproca e ciò può dare un senso alla cura e piena realizzazione della concezione costituzionale della pena intesa non come mera espiazione, ma anche come rieducazione, reinserimento sociale, riparazione possibile, riconciliazione. Un orizzonte che non può e non deve essere abbandonato regredendo a forme apparentemente più certe e rassicuranti di cura e pena. Una cura prettamente se non esclusivamente psicofarmacologica ed una pena basata sulla privazione della libertà e l'espiazione unite dal mandato custodiale coercitivo.

Nel quale la giustizia (Dike) ri-assume stabilità e certezza, dimenticando l'umana incertezza, la fragilità di ogni umana "esecuzione" anche in ambito penale. Un terreno che all'apparente solidità formale dei dispositivi si palesa nelle pratiche assai fragile, povero a volte incomprensibile, poco efficiente e trasparente, persino kafkiano, e ciò non è certamente ideale come base sicura per la persona.

Quindi è nell'esserci mediante ruoli che devono essere ripensati e reinterpretati che la giustizia e la psichiatria possono ritrovare il senso e i mandati.

Un trattamento terapeutico non può limitarsi al ridimensionamento dei sintomi più disturbanti, deve poter sempre ricercare un senso dei disturbi nella storia della persona e della sua famiglia, sostenere il paziente alimentando la fiducia che la sofferenza anche quella più terribile, possa essere accolta, compresa, trasformata e risolta.

Cura (Cure) e prendersi cura (Care) devono essere di tipo biopsicociale, ambientale e culturale. Una cura e una pena in grado di affrontare i determinanti sociali della salute e del reato. La genealogia di entrambi è spesso assai significativa: povertà educative, economiche, culturali, relazionali, traumi, assenza di modelli adulti, perdita di senso e di futuro. In questa complessità trova senso una polisemia della pena che deve essere sempre orientata a preservare le parti funzionanti della persona, favorire la pluralità dei ruoli e la revisione degli errori.

Si può fare questo, se gli operatori costruiscono nel tempo un orientamento culturale coerente, basato sulla capacità di accoglienza, sulla disponibilità a dare risposte non invasive ma attente ai problemi, alle difficoltà, al malessere delle persone responsabilizzandole e dando loro diritti, opportunità e speranza. Questo con una costante apertura al contesto sociale, alla famiglia, alle relazioni e agli affetti che sono essenziali per il Progetto di Vita.

Dopo le grandi rivoluzioni la fatica dei nuovi percorsi, dei cammini che si fanno camminando, un piccolo passo alla volta, giorno dopo giorno. E anche quando la rivoluzione è ormai alle spalle, come quella della legge 180 ad esempio, mai nulla va dato per scontato nel corso del tempo: le libertà e i diritti civili sono obiettivi da alimentare costantemente che necessitano di una manutenzione continua.

Non può avvenire un'operazione sincretica che fonda insieme cura e misura giudiziaria, creando attraverso deleghe improprie un mostro.

Si tratta di tenere aperta la contraddizione anziché risolverla con una sintesi impossibile, o tagliarla come un nodo gordiano, da una parte una cura dall'altra una pena/misura di sicurezza, ma nell'unitarietà della persona rendere coesistenti e compossibili la cura con tutte le sue condizioni componenti e la misura giudiziaria con le proprie. Un et et che convive e si compone per aggiustamenti, piccoli passi, sottili e fragili interventi perché devono agire sul comportamento e al contempo su complessi, oscuri e talora inaccessibili mondi interni.

Il limite delle impostazioni autoritarie, coercitive è evidente in ogni ambito. Questo implica il confronto e il dialogo con la persona per motivarla e renderla protagonista di un patto con ciascuna istituzione senza semplificazioni e riduzionismi. È essenziale la collaborazione di tutti i protagonisti istituzionali nella ricerca e creazione di soluzioni nuove e altamente personalizzate.

Passare dall'etica dell'intenzione a quella della responsabilità, del limite per arrivare a quella della trascendenza immanente e del viandante (Galimberti[36]).

Beni comuni

[36] Galimberti U. L'etica del viandante. Ed. Feltrinelli 2023

Il nuovo sistema di comunità fa riferimento alla legge 180/1978 e quindi alla volontarietà delle cure. Vi sono alcuni principi di fondo che è opportuno ricordare: la residualità della misura di sicurezza detentiva, la territorialità su base regionale, la durata massima della misura non superiore alla pena edittale massima, il numero chiuso nelle REMS, l'assenza di contenzioni e un orientamento alla recovery e al no restraint. La gestione delle strutture è sanitaria mentre la vigilanza esterna è affidata alle forze dell'ordine.

Si sono sviluppate buone pratiche in grado di valorizzare le acquisizioni scientifiche e dottrinali emerse nell'ultimo decennio. Inoltre, come già detto è strategica la collaborazione tra giustizia e psichiatria che porti a protocolli, allo sviluppo di un dialogo reciproco tra gli Uffici di Sorveglianza, i Dipartimenti di Salute Mentale, le sue unità operative e le REMS e gli Uffici Esecuzione Penale Esterna (UEPE).

Nonostante questi importanti pronunciamenti, ai quali si sono uniti anche quelli del Comitato Nazionale di Bioetica, in diversi ambiti sono rimaste invariate culture e prassi e, da più parti erroneamente, si ritiene che l'OPG sia stato solo sostituito dalle REMS.

Recentemente anche il Consiglio Superiore della Magistratura ha sollecitato più posti in REMS stigmatizzando il problema delle liste di attesa o denunciando la presenza di malati pericolosi, liberi o altri ingiustamente detenuti presso gli Istituti di Pena o le Articolazioni Tutela Salute Mentale. Non serve aumentare i posti REMS che, come noto, appena istituiti saranno subito tutti occupati ma occorre cambiare i percorsi. I DSM d'intesa con la Magistratura, con i necessari investimenti, possono proporre soluzioni personalizzate e alternative alla detenzione in carcere ma anche alle REMS. Il sistema, se lasciato nella solitudine, nell'isolamento e nel disinvestimento, tende a regredire e ad implodere, assorbendo crescenti risorse che finiscono più ad automantenerlo e ad espanderlo nell'inappropriatezza, piuttosto che a farlo evolvere nell'interesse delle persone.

È quindi necessario un costante investimento sul sistema di comunità per la prevenzione e le misure alternative al carcere e alle REMS mediante possibilità di inclusione lavorativa, abitativa e sociale. Come noto, i problemi sono ancora più gravi per migranti, senza fissa dimora, apolidi, persone prive di riferimenti. Un tema che merita attenzione particolare è la risposta di cura alle donne, che rappresentano circa il 10% degli ospiti delle REMS.

Occorre continuare con il cambio culturale e tecnico scientifico tenendo anche conto che ogni misura alternativa o progetto ha un costo che va dai 10 mila euro se territoriale ai 50 mila se residenziale. Passa anche per questo la capacità dei DSM di proporre i PTRI.

Preoccupano le proposte anche del Consiglio Superiore della Magistratura di strutture per Incurabili, inemendabili da custodire piuttosto che da curare. Una visione neo-manicomiale che richiede investimenti ingenti e porta ad una pseudosoluzione in quanto i problemi non solo resteranno ma saranno acuiti dalla privazione della libertà.

Pur essendovi pazienti difficili, e scarsamente responsivi alle attuali terapie, ciò dovrebbe aprire la via alla ricerca di nuovi modelli conoscitivi e interpretativi, a sperimentazioni di interventi diversi e complementari a quelli attualmente in atto piuttosto che riaprire la via della rassegnazione, quando non del pessimismo e persino del nichilismo terapeutico e della mera custodia.

Per le persone con alta psicopatia, antisociali, non responsivi alla terapia, aggressivi quando non anche con una forte inclinazione criminale, si possono fare programmi sperimentali con interventi trattamentali e psicosociali. Nel Regno Unito, ad esempio, è stato attivato un programma specifico di psichiatria forense rivolto a detenuti con gravi disturbi della personalità e a elevato potenziale dannoso per la società, denominato "Dangerous and Severe Personality Disorder Programme" (DSPD programme[37]).

Recentemente su Lancet Psychiatry sono stati pubblicati i risultati di uno studio randomizzato su una popolazione forense maschile con diagnosi di disturbo di personalità antisociale, che ha dimostrato la superiorità di un intervento di gruppo e individuale basato sulla mentalizzazione rispetto all'intervento usuale sulla riduzione dell'aggressività. Lo studio apre una breccia nel muro di scettiscismo sulla curabilità delle persone con questa diagnosi, alle quali si rischia di non offrire alcuno strumento terapeutico[38]. D'altra parte, il pessimismo terapeutico e il nichilismo ha riguardato l'intera psichiatria e molti disturbi mentali, basta pensare alla demenza precoce. Occorre quindi continuare nella ricerca e sperimentazione che potrebbe riguardare servizi territoriali e comunità terapeutiche come per altro previsto anche dalla legge.

Non è questa la sede per dettagliare le possibili soluzioni ma occorre partire da una valutazione che deve essere contestuale e relazionale, sulla base dell'osservazione che non vi è un posto neutrale, ma situazione e osservatore fanno parte del campo relazionale.

Serve una riflessione prima di procedere alla creazione delle UVAP (Unità di Valutazione Assessment e Prognosi) macroregionali preferendo invece valutazioni di contesto, al più regionali come i Centro di Profilazione della Regione Veneto.

Sperimentazioni importanti prevedono tecniche specifiche e nuovi strumenti (ad es. il Budget di Salute) che siano in grado di dare una risposta all'insieme dei bisogni, valorizzando le risorse a partire dalla persona, dai suoi diritti/doveri, coinvolgendo famiglie e contesti.

Libertà vigilata prorogata "sine die" come se la condizione di libero vigilato non potesse lasciare il posto a quella di "libero cittadino". Occorrono sforzi per valutazioni collegiali che tengano conto dei limiti dell'azione terapeutica e tendano a mitigare la non sintonia dei tempi della cura rispetto a quelli della giustizia.

Per questo è fondamentale lo sviluppo di una cultura condivisa anche con periti psichiatri, avvocati, garanti tale da promuovere prassi in sintonia con la nuova impostazione legislativa. Fondamentale è il ruolo delle rappresentanze della società civile, del volontariato e delle associazioni di utenti e familiari. Formazione, conoscenze, mentalità, relazioni e prassi sono assai differenziate a seconda dell'ambito territoriale.

Conclusioni

[37] Duggan C. Dangerous and severe personality disorder. Br J Psychiatry 2011; 198: 431-3.

[38] Fonagy, P., Simes, E., Yirmiya, K., Wason, J., Barrett, B., Frater, A., Moran, P. A., & al., E. (2025). Mentalisation-based treatment for antisocial personality disorder in males convicted of an offence on community probation in England and Wales (Mentalization for Offending Adult Males, MOAM): a multicentre, assessor-blinded, randomised controlled trial. Lancet Psychiatry, 12(3), 208-219.

Pur con questi punti critici, le collaborazioni psichiatria e giustizia hanno consentito l'applicazione della legge 81 tanto che la maggior parte dei pazienti è nel territorio.

Una "consensus conference" nazionale potrebbe essere la via attraverso la quale giungere a validare regolamenti delle REMS e buone prassi, nella chiarezza dei ruoli, la pratica del "doppio patto" (della persona con giustizia e psichiatria), la definizione dei PTRI e modelli d'intervento riabilitativi e di inclusione sociale migliorando l'organizzazione prevedendo in ogni DSM l'istituzione di una funzione/UO di Psichiatria Forense.

In questi 10 anni abbiamo dimostrato che è possibile una psichiatria senza OPG e che anche per i pazienti psichiatrici autori di reato si possono realizzare interventi incentrati sulla comunità. Un risultato che 2014 quando abbiamo cominciato, avremmo certamente sottoscritto. Tuttavia, la situazione di oggi, le contraddizioni che si sono aperte e la fase politica hanno lasciato la riforma in mezzo al guado e se da un lato sono evidenti i rischi di regressione, dall'altro sembra essersi attivato, forse di necessità un riformismo pragmatico, dal basso. Un complesso di conoscenze ed esperienze che dovrebbe essere valorizzato.

Evitare il riproporsi di una cultura "securitaria", di far pensare alle REMS come sostituti dell'OPG e riferimento del sistema. Un arretramento pericoloso che successivamente potrebbe interessare tutta psichiatria italiana, in una prima fase apparentemente "sollevata" dal carico di certi utenti ma poi gravata dall'obbedienza giudiziaria.

Un modello diffuso sul territorio e non incentrato sulle REMS, strutture residuali, sempre temporanee e provvisorie, tendenzialmente da superare è in sintonia con i DSM nella misura in cui mediante adeguate risorse si potrà di alzare il livello della qualità della risposta dei DSM, degli enti locali, dei cittadini, dei pazienti e familiari. Altrimenti ad implodere con i DSM sarà il welfare di comunità.

Un sistema di welfare pubblico universale, fondato sulla Costituzione, è l'unico che può garantire una risposta di comunità, quella più appropriata e efficace per le persone con disturbi mentali che altrimenti, nei modelli assicurativi, rischiano l'abbandono.

La legge 81, come la 180, non riguarda solo le persone con disturbi mentali ma tutti in quanto non solo ha ridefinito il "patto sociale" ma ha portato all'attenzione la necessità di riformare le norme su imputabilità, pericolosità sociale, misure di sicurezza e funzioni della pena, la sua esecuzione. Il percorso indica anche il bisogno di ripensare un sistema penitenziario costoso (per ogni posto circa 150 euro/die). Un punto chiave che interroga su come nel nostro Paese ci si occupa del dissenso, della devianza, delle diversità. La loro segregazione è impossibile e il clima di paura e intolleranza alimentati dal pericolo (vero, presunto, percepito o rappresentato) rischia solo di attivare un circolo vizioso che va fermato.

Infine, viene da chiedersi se come Paese saremo in grado di continuare con motivazione nella linea della 180, della legge 81 e in fondo della Costituzione per costruire insieme, pur nelle contraddizioni, un nuovo "patto sociale" in una comunità che si prende cura di tutte le persone con un approccio fondate su pratiche no restraint e sul rispetto dei diritti?

Ed è proprio sui diritti delle persone con disturbi mentali che nonostante la 180 si realizzano ancora molteplici discriminazioni.

La non imputabilità, il proscioglimento pensati a favore dell'autore di reato in relazione alla sua patologia e alla necessità di cura seppure con un salto logico temporale (la capacità di intendere e volere è al momento del fatto, ora per allora, mentre il bisogno di cura è attuale, sottoposto a consenso e alla pluralità dei bisogni), rischia oggi di essere una grande discriminazione non tollerabile ai sensi della Costituzione e della legge 18/2009.

Si tratta di rispettare norme costituzionali quali la presunzione d'innocenza dell'imputato, e sul diritto al processo nel quale l'onere della prova dell'enunciato di accusa grava esclusivamente sul pubblico ministero. Il principio del contraddittorio, imperniato sul diritto alla confutazione, alla prova contraria, alla formulazione di ipotesi alternative o antagoniste è fondamentale per la persona. Così l'obbligo di spiegazione razionale – la motivazione – della decisione. La persona ha bisogno della parola della legge e di essere degna di ascolto, dialogo, contraddittorio, portatore di responsabilità e di scelte.

Il diritto dell'imputato di essere condannato non in relazione ad un disturbo ma come tutti solo se ne "risulta" provata la colpevolezza "al di là di ogni ragionevole dubbio.

Non è salutare una misura di sicurezza di incerta durata anche in caso di misura di sicurezza di tipo detentivo (collegata dalla legge 81 alla pena edittale massima per il reato commesso, ma che spesso è presunto) e prorogabile sine die nel caso della libertà vigilata, in ragione di una pericolosità sociale non scientifica.

La legge 81 ha contribuito a cambiare il senso delle misure giudiziarie (pena e misure di sicurezza) che hanno assunto nell'ambito della visione Costituzionale, art 27, una pluralità di significati e funzioni: espiazione, rieducazione, reinserimento, mediazione, riconciliazione, riparazione possibile. Una pena sempre meno incentrata sulla limitazione della libertà di movimento ma basata su altri presupposti. La riforma Cartabia (D.lgs. 150/2022) oltre alle misure alternative ha introdotto "pene sostitutive" della semilibertà, della detenzione domiciliare e del lavoro di pubblica utilità (codice penale art. 20-bis, c.p.).

Le pratiche restraint non sono state introdotte dalla legge 81 ma sono in larga misura preesistenti.

Un'utopia non è l'opera di un singolo uomo, per quanto importante come è stato Basaglia ma è frutto di un grande movimento contro i pregiudizi, le ingiustizie, la disumanità, la distruzione della guerra. L'utopia dei diritti e dei doveri di tutte le persone, nessuna esclusa, in un mondo di pace che preservi ogni forma vivente del pianeta può essere la prospettiva per un'azione comune.

Strutture residenziali non detentive per autori di reato. Linee di indirizzo: programmi clinici in percorsi giudiziari

Giuseppina Paulillo[39], Ilaria de Amicis[40]

Con la Legge 81/2014 si è dato avvio alla chiusura degli OPG ed all'apertura delle REMS. A Parma il DAISM-DP dell'AUSL di Parma ha realizzato la REMS provvisoria a Casale di Mezzani, la cui durata è stata dall' aprile 2015 ad ottobre 2021, e dato avvio alla creazione di un sistema di cura e giudiziario di comunità per il paziente psichiatrico autore di reato. La UOC Residenze Psichiatriche e Psicopatologia Forense (UOC RPPF) è stata istituita nel 2016 e l'unità forense ha lo scopo di favorire un'interazione strutturata tra servizio sanitario e sistema giudiziario, con l'intento di uniformare le prassi degli interventi rivolti ai pazienti autori di reato e supportare i CSM nella definizione del progetto terapeutico riabilitativo di questi pazienti. Affianca la persona autrice di reato fin dalle prime fasi del percorso giudiziario, offrendo prestazioni di tipo consulenziale alla Magistratura (Cognizione e Sorveglianza), per favorire percorsi virtuosi nell'ambito del servizio pubblico, relativamente alla fase di avvio dei percorsi penali di persone con problemi psichiatrici che già sono note o che potranno in seguito essere in carico al DAISM-DP.

[39] Direttore UOC Residenze Psichiatriche e Psicopatologia Forense DAISM-DP AUSL di Parma
[40] Psicologa UOC Residenze Psichiatriche e Psicopatologia Forense DAISM-DP AUSL di Parma

La UOC RPPF d'intesa con i servizi dipartimentali, formula programmi di cura individualizzati da sottoporre alla Magistratura di Cognizione e di Sorveglianza orientati allo sviluppo della responsabilità della persona, all'autonomia e alla recovery, alla revisione delle prescrizioni, sostenendo i diritti e favorendo le opportunità di reintegro sociale. Per la persona non nota ai servizi, la UOC d'intesa con i responsabili di CSM e/o SerDP, provvede alla raccolta delle informazioni, alla valutazione e alla presa in carico, e si raccorda con la Magistratura per la definizione di un programma di cura territoriale. Per il paziente già in carico al CSM/SerDP, il Responsabile del CSM/SerDP e il Direttore della UOC provvedono congiuntamente ad individuare la microequipe e il referente della presa in carico alla luce del percorso giudiziario e per la stesura del PTRI, che viene coordinato funzionalmente dalla UOC. Alla microequipe competono anche i rapporti con gli Enti Locali e le altre agenzie sociali, previdenziali e giudiziarie in ambito civile (ad esempio amministrazione di sostegno). In ambito detentivo per il detenuto con problematiche psichiatriche (semi-infermo, sopravvenuta infermità, incompatibilità al regime detentivo), la UOC e la UOS Salute Mentale Dipendenze Patologiche negli Istituti di Pena di Parma valutano i bisogni clinici della persona per meglio definire un programma di cura utilizzando tutta la rete dei servizi offerti dal DAISM-DP. Il paziente autore di reato risulta in carico al CSM che mantiene la titolarità del caso e la UOC "Psicopatologia Forense" provvede al coordinamento funzionale e a supportare il CSM nei rapporti con la Magistratura collaborando per l'invio delle relazioni, il rispetto delle scadenze, le variazioni progettuali e l'interfaccia con tutti i soggetti del sistema giudiziario. Alla UOC RPPF compete la gestione di uno specifico Cruscotto, con funzioni di monitoraggio dei percorsi di tutti i soggetti afferenti all'AUSL di Parma, o comunque di sua competenza, che siano oggetto di misure giudiziarie. Al Cruscotto spetta inoltre la corretta tenuta dello SMOP e degli adempimenti richiesti dall'Autorità Giudiziaria. Tutti i programmi di cura vengono monitorati periodicamente dalla UOC RPPF, che incontra i Responsabili dei CSM/SerDP o loro delegati e produce un report di cruscotto. La UOC RPPF: collabora con i servizi presenti sul territorio che operano nella prospettiva del paradigma della giustizia riparativa al fine di favorire interventi di mediazione; favorisce lo sviluppo delle competenze e l'acquisizione di strumenti valutativi standardizzati sia clinici che relativi alla gestione del rischio; cura l'attività formativa-didattica e comunicativa con specifiche proposte da inserire nei rispettivi piani annuali di formazione rivolte a tutti gli operatori, familiari, ed utenti coinvolti (OPA Maria Luigia, Cooperative Sociali, Servizi Sociali, volontariato, UEPE); formula proposte di ricerca e per l'innovazione sui temi della giustizia e percorsi di cura; partecipa alle attività di Coordinamento della Regione Emilia Romagna sui temi della giustizia e sui percorsi giudiziari.

I pazienti afferenti al DAISM-DP di Parma con percorsi giudiziari nel 2024 sono stati 44, di questi, il 91% circa in misura di sicurezza non detentiva (LV), Il 2,27 % in misura di sicurezza detentiva (REMS), Il 6,81 % in ATSM- carcere. Dieci giovani adulti (18 – 30 anni) hanno rappresentato il 22,72%, 96% maschi con un'età media di 39 anni. Per quanto riguarda il paese d'origine: 68,19 % Europei, 25 % africani (Tunisia, Marocco, Costa D'Avorio, Nigeria, Ghana), 2,27 % americani (Brasile), 4,54 % asiatici (Cina e Bangladesh). Per quanto riguarda la provenienza dal carcere il 36,3%, dalla libertà il 52,2%, dalla REMS l'11,3%.

Nel 2024 i percorsi giudiziari territoriali (LV) sono stati 40 (91%) di cui 10 giovani adulti (22,7%). *Di questi 40 il* 6,4 % era a domicilio e il 93,6% in residenze. Il 52,5% dei pazienti riporta un problema con l'uso di sostanze (Abuso, uso abituale, Tossicodipendenza). Per quanto riguarda le diagnosi si sono configurate il 60% con Disturbo dello Spettro Schizofrenico e altri disturbi psicotici, il 17,5% con Disturbo di Personalità, il 10% con Disturbo dell'Umore, il 2,5% con Ritardo Mentale Lieve, il 2,5% con Reazione di Adattamento e il 2,5% con disturbo dello spettro autistico. Nel 2023 grazie al lavoro congiunto della UOC RPPF e CSM si sono ottenute 20 revoche della pericolosità sociale e della LV (17 pazienti sono ancora in carico ai CSM, 1 espulso, 1 rientrato nel territorio d'origine, 1 terminata la presa in carico), 5 revoche di giovani adulti (2 tra i 18 e i 25 anni) e 2 modifiche della misura di sicurezza detentiva in LV. Nel 2024 sono state invece 10 le revoche della pericolosità sociale e della LV, di cui 7 pazienti sono rientrati al proprio domicilio, 3 sono rimasti in Residenza (tutti hanno mantenuto la presa in carico al CSM, di cui 3 giovani adulti (tra i 18-25 anni). Per quanto riguarda i reati, questi sono stati contro la persona, per il 30% contro i familiari e per il 65% verso estranei, mentre il 5% i reati contro il patrimonio. Da gennaio 2024 al 1° aprile 2025 sono stati 15 i pazienti in carico al DAI-SMDP under 30 con percorsi giudiziari, con un'età media di 24 anni e per il 60% con una scolarità di 8 anni. Le diagnosi principali sono rappresentate per il 33% dei pazienti da Disturbi di Personalità, il 53% da Disturbi dello Spettro schizofrenico ed altri Disturbi Psicotici, il 7% da Disturbi dello Spettro Autistico, il 7% da Ritardo Mentale. Si evidenzia trasversale l'utilizzo di sostanze. Per quanto riguarda le misure giudiziarie, l'80% dei pazienti in carico sono in Libertà Vigilata, il 6,5% in affidamento in prova, il 6,5% in REMS, il 6,5% in IPM. Il 38% è al proprio domicilio mentre il 62% è collocato in Residenze. Anche nel campione di pazienti under 30 i reati hanno rappresentato il 53% contro la persona (50% verso i familiari) ed il 47% contro il patrimonio. Alla UOC RPPF afferisce la RTE per giovani adulti (RE.Gi.A) (ex-REMS), Struttura sanitaria, con disponibilità di 10 posti AVEN afferente alla rete dei servizi del DAISM-DP di Parma. È stata aperta a maggio 2023 ed è specializzata per la cura e il trattamento delle problematiche psicopatologiche del giovane adulto (18–30 anni) affetto da patologie psichiatriche anche con misure giudiziarie, per svolgere un progetto di cura nell'ambito di un percorso evolutivo di tipo comunitario-territoriale. Gli obiettivi che si pone sono quelli di creare le migliori condizioni per la realizzazione di percorsi di cura e riabilitazione individualizzati; di promuovere il miglioramento della qualità di vita e delle relazioni coinvolgendo attivamente gli ospiti nell'ambito di attività quotidiane programmate; di facilitare la convivenza e la corretta gestione della struttura nel pieno rispetto di tutte le persone presenti; di favorire il miglioramento in ciascun ospite di comportamenti sociali utili ad instaurare e mantenere valide relazioni sia all'interno della struttura che all'esterno; di consentire gli accessi e i contatti con il mondo esterno, la famiglia e tutti i soggetti significativi per la persona; di offrire un progetto terapeutico riabilitativo volto ad aumentare la capacità riflessiva, ridurre i comportamenti a rischio, migliorare l'adattamento sociale e relazionale, sostenere in relazione all'età un livello adeguato di autonomia e favorire il reinserimento e/o l'avviamento professionale; di promuovere una formazione continua degli operatori.

Da maggio 2023 in RE.Gi.A vi sono stati 13 ingressi di giovani adulti di cui, 9 stranieri provenienti da Nigeria, Costa D'avorio, Albania, Marocco, Congo, Ghana con la misura di sicurezza della Libertà Vigilata e per tre di questi sono stati realizzati progetti in BDS sull'asse lavoro. Un giovane adulto proveniva dall'IPM di Bologna. Sono avvenute 4 dimissioni a domicilio, di cui 2 in un appartamento AUSL in co-housing con la misura della Libertà Vigilata. Un paziente afferente al DSM di Ferrara è stato dimesso al domicilio familiare. Per quanto riguarda i reati per il 36,3% dei pazienti sono stati contro la persona, per il 36,3% contro i familiari e per il 27,2% contro il patrimonio.

Il PTRI viene formulato in base alle caratteristiche personologiche, agli aspetti psicopatologici e cognitivi (fattori interni), ai bisogni di salute, sociali e relazionali (fattori esterni) e con il coinvolgimento attivo del paziente, della famiglia e dei servizi di afferenza territoriale e del UEPE. La finalità è quella di favorire un miglioramento funzionale e della qualità di vita permettendo ai pazienti di attenuare la condizione di sofferenza, di promuovere il reinserimento socio-abitativo, familiare o individuale e di realizzare un percorso lavorativo e formativo. Tutto ciò si concretizza mediante: valutazioni multiprofessionali secondo procedure e strumenti definiti per ciascun ambito, approfondimenti e completamenti diagnostici, valutazioni e trattamenti psichiatrico/psicologico/forense, valutazione e prevenzione di comportamenti a rischio, trattamenti farmacologici, interventi psicoeducativi, colloqui familiari, percorsi integrati con i servizi territoriali per interventi sociosanitari per favorire il reinserimento sociale e/o l'avviamento professionale, progetti con Budget di Salute, formazione continua degli operatori.

Le tipologie di trattamento previste dal PTRI sono:

- trattamento psicofarmacologico

- trattamento psicoterapico individuale e di gruppo

- trattamento psicoeducazionale individuale e di gruppo

- trattamenti riabilitativi finalizzati all'inclusione sociale e alla recovery del paziente,

(es. Skill Training, Budget di Salute, auto-mutuo-aiuto, peer support).

I trattamenti sono erogati in regime residenziale intensivo o estensivo, RTI/RTE (assistenza sulle 24 h. con operatori sanitari o sociosanitari) in relazione a problematiche riconducibili ad un quadro psicopatologico di difficile gestione a domicilio e/o a situazione emergenziali sull'asse abitare/lavoro/socialità. Le criticità che si evidenziano maggiormente nella dimensione clinica progettuale dei pazienti sono relative alla scarsa comprensione della misura giudiziaria in relazione ai quadri psicopatologici, alla scarsa/mancata adesione al progetto di cura, alla scarsa/assente adesione al progetto di vita, al perdurare del pregiudizio da parte dei servizi e della comunità sociale, alla compromissione delle relazioni familiari, alla scarsa rappresentazione dei diritti delle persone straniere (permesso di soggiorno, assenza di documenti, ruolo degli avvocati difensori).

BIBLIOGRAFIA

Ciconali M., Di Lorenzo M., Maggiolini A. *Adolescenti e giovani adulti autori di reato: discontinuità giuridica e continuità psicologica*. Rivista Minotauro, 2019, II, 6, 77-91.

Ducci G. *Servizi territoriali di salute mentale per psicopatologia adolescenza e giovani adulti. Il modello DSM della ASL Roma 1*. Sestante, rivista scientifica di valutazione nella salute mentale, dipendenze patologiche e salute nelle carceri, n. 11, pp. 7-12, Dicembre 2022.

Ugolini P., Costa S., Brambatti L., Paladino M.T., Sanza M. *Best practice tra urgenze e quotidianità dei servizi* Sestante, rivista scientifica di valutazione nella salute mentale, dipendenze patologiche e salute nelle carceri, n. 11, pp. 1-2, Dicembre 2022.

J.R. (Remmers) van Veldhuizen e M. (Michiel) Bähler Versione italiana a cura di Alessandra Martinelli & Mirella Ruggeri (Verona, Italy) e Francesco Mungai & Fabrizio Starace (Modena, Italy), 2019*Manuale FACT Flexible Assertive Community Treatment Trattamento Territoriale Assertivo Flessibile Visione, modello, pratica, organizzazione*.

VII Rapporto di Antigone sulla giustizia minorile e gli istituti penali per minorenni "Prospettive minori" del 20 febbraio 2024.
https://www.antigone.it/upload2/uploads/docs/PROSPETTIVE%20MINORI_cartella%20stampa.pdf .

Tavola rotonda: Confronto tra modelli operativi e prospettive delle Regioni

Coordinamento: Gian Maria Galeazzi[41]

Il modello lombardo

Ivan Limosani[42]

La Lombardia dispone di 160 posti di REMS localizzati nel sistema poli modulare provvisorio di Castiglione delle Stiviere. In seguito alla chiusura degli OPG, la scelta della Regione, infatti, fu quella di istituire le REMS presso quella che era la sede del vecchio Ospedale Psichiatrico Giudiziario. Il sistema provvisorio, composto da 8 REMS da 20 posti ciascuno, dovrebbe essere superato nei prossimi anni, con il trasferimento di 6 moduli presso nuove strutture, di cui 3 già edificate e quasi pronte per il trasferimento dei primi pazienti, in un'area adiacente l'attuale struttura. Altri 2 moduli, per un totale di 40 posti letto, saranno invece ubicati presso la nuova sede di Limbiate. Il numero totale dei posti disponibili in Lombardia, pertanto, all'esito del processo di trasferimento nelle nuove sedi, non cambierà. Non si ritiene necessario un incremento del numero di posti disponibili, quanto un miglioramento dell'appropriatezza nell'utilizzo della REMS e un miglioramento del percorso di uscita. Per questo motivo regione Lombardia sta lavorando ad un modello di struttura residenziale dedicata ai pazienti autori di reato, sia in uscita dal percorso in REMS, sia come misura alternativa. Secondo una rilevazione effettuata lo scorso anno, sono poco meno di un migliaio i pazienti lombardi con misura di sicurezza, ospiti di una struttura residenziale (compresi i pazienti collocati in strutture fuori regione). I costi sostenuti dal FSR per questi inserimenti comunitari si aggirano di conseguenza intorno ai 60 milioni di euro all'anno.

Si segnala come peculiarità delle REMS lombarde la disponibilità di una REMS femminile, che risponde ai bisogni anche di altre regioni italiane. Infine, la regione Lombardia accoglie nelle proprie REMS anche i pazienti della Valle d'Aosta, per specifica convenzione sottoscritta tra gli assessorati delle due regioni.

Con l'istituzione del Punto Unico Regionale (PUR) con DGR n. 1296 del 13/11/2023, si è avviato un processo finalizzato al miglioramento dell'appropriatezza degli inserimenti dei pazienti in REMS. Ad oggi, infatti, la regione Lombardia deve fare i conti con una "lista d'attesa" per l'inserimento dei pazienti, legata in gran parte a modalità non corrette di assegnazione dei pazienti. Basti considerare che dei 28 pazienti in attesa di ingresso in REMS (dato al 31/3/2025) circa la metà, sono stati nel frattempo inseriti con successo in percorsi residenziali alternativi (in SRP-1 o SRP-2), a testimonianza del fatto che la REMS non era di fatto, l'*extrema ratio,* come stabilito dalla legge 81/2014. Permangono inoltre grosse criticità nella modalità di svolgimento delle perizie, soprattutto per alcune tipologie di pazienti (ad esempio gli stranieri senza fissa dimora).

Per migliorare quindi l'appropriatezza degli invii, potrebbe essere utile un percorso residenziale di valutazione, nel corso del quale definire l'opportunità dell'inserimento in REMS, attraverso un processo più accurato di tipo diagnostico e terapeutico. Si sta lavorando anche ad un percorso di formazione congiunto sanità-magistratura.

[41] Direttore DSM-DP AUSL Reggio Emilia

[42] Dirigente Struttura Dipendenze, Sanità penitenziaria e Salute mentale – Regione Lombardia

Nell'ambito delle azioni del PUR, si è provveduto a definire i criteri di scorrimento della lista d'attesa, dando priorità ai pazienti detenuti assegnati in REMS e ai pazienti ricoverati in SPDC, cercando di sviluppare un modello legato anche alla condizione clinica.

Prospettive

Una proposta innovativa avanzata nel corso del convegno è l'istituzione di percorsi differenziati in base alle caratteristiche cliniche e alle tipologie di reato, creando un sistema a tre livelli. In questo modello, si evidenziano diverse condizioni cliniche e diverse posizioni giuridiche, e si definiscono i ruoli delle due istituzioni coinvolte, partendo dal presupposto che il sistema sanitario non può e non deve occuparsi anche della custodia. La proposta prevede l'identificazione di strutture a gestione penitenziaria con supporto sanitario per i pazienti autori di reato ritenuti parzialmente incapaci (disturbi di personalità ad esempio), strutture a gestione sanitaria e penitenziaria (alto livello di sicurezza), per i pazienti con alta pericolosità e conclamata incapacità d'intendere e volere, e strutture a gestione solo sanitaria per quei pazienti ritenuti incapaci di intendere e volere ma con pericolosità attenuata.

Il modello veneto

Tommaso Maniscalco[43]

In Veneto la questione relativa ai pazienti giudiziari è stata affrontata strategicamente considerando non solo la definizione e concretizzazione dei p.l. di REMS programmati (2 moduli da 20 p.l ciascuno a Nogara in provincia di Verona) ma valorizzando l'intero sistema di offerta in particolare focalizzando l'attenzione sull'appropriatezza dell'internamento (in armonia con l'impianto legislativo della 81/2014 che individua l'utilizzo della misura di sicurezza detentiva quale extrema ratio) e sul circuito di dimissione.

Inoltre, il modello terapeutico-riabilitativo individuato per la gestione della REMS è stato improntato in ottica comunitaria al fine di favorire gli aspetti riabilitativi, valorizzando l'interfaccia extraistituzionale, in particolare favorendo la richiesta di permessi ad horas finalizzati ad attività occupazionali oltre che ricreative. Questo approccio, insieme all'implementazione del circuito di dimissione ha permesso un turn-over mediamente rilevante (circa il 30/35% per anno) dei soggetti accolti in REMS.

Per quanto riguarda l'appropriatezza, particolare attenzione è stata posta sin da subito alla relazione con la Magistratura favorendo innanzitutto la comunicazione strutturata e la formazione al fine di porre le basi per una reciproca e fattiva comunicazione e collaborazione.

A partire dal 2015, per alcuni anni la formazione è stata organizzata sui temi cogenti in maniera capillare e, in alcune occasioni, all'interno dei Tribunali al fine di favorire la presenza oltre che di magistrati della sorveglianza e della cognizione anche di periti e di avvocati.

È stato inoltre avviato un progetto durato un anno circa che ha portato nel dicembre 2017 ad un Protocollo d'Intesa fra Regione Veneto e Magistratura a favore di soggetti sottoposti a

[43] Direttore UOC Unità organizzativa Salute mentale – Regione Veneto

giudizio che presentano segni di sofferenza psichica o non imputabili, nell'ambito dell'applicazione della Legge 81/2014 (DGRV 1976/2017)

Va ancora segnalata l'istituzione di un Tavolo Tecnico Interistituzionale per la gestione del paziente giudiziario sottoposto a misure di sicurezza (Decreto a firma del Direttore Area Sanità e Sociale 103/2018)

Infine, più recentemente è stata avviata la sperimentazione di una struttura di analisi e profilazione finalizzata al supporto della magistratura con il fine ultimo di migliorare ulteriormente il filtro relativo all'appropriatezza degli internamenti (DGRV 210/2020)

Per quanto riguarda il circuito di dimissione in primis va ricordato che nel Protocollo precedentemente citato si fa esplicito riferimento alle strutture residenziali afferenti ai Dipartimenti di Salute Mentale ed al loro utilizzo, in accordo fra DSM e Magistratura competente, e quindi previa disponibilità, al fine di favorire le dimissioni in un'ottica di continuità terapeutico-riabilitativa e reinserimento nel tessuto socio-relazionale di riferimento.

Inoltre, va segnalata l'attivazione di una struttura sperimentale riabilitativa ad alta intensità, Casa don Girelli, esclusivamente dedicata all'accoglimento di pazienti psichiatrici autori di reato in misura di sicurezza non detentiva ovvero in LFE, aperta il 1° settembre 2012 nella provincia veronese (DGRV 1331/2012).

Questa struttura nei primi anni ebbe lo scopo di favorire prevalentemente le dimissioni dall'allora OPG di Reggio Emilia, successivamente all'attivazione della REMS (gennaio 2016) diventò un importante bacino di accoglimento dei progetti di dimissione da parte della REMS oltre che di accoglimento di specifiche situazioni di soggetti in carico ai DSM in libertà vigilata direttamente dal Territorio.

Infine, in analogia con la struttura precedentemente descritta nel 2023 è stata attivata un'ulteriore struttura con le medesime finalità, Casa Tezon sempre nella provincia veronese, ma esclusivamente dedicata a soggetti di sesso femminile (DGRV 210/2020)

In conclusione, va ricordato come questa organizzazione strategica abbia consentito fin qui un contenimento stabile nel tempo della "lista d'attesa" dei soggetti in misura di sicurezza detentiva che si è sempre attestato su poche unità.

Va peraltro segnalato come, anche in Veneto sia in costante aumento, in particolare a carico della residenzialità, il numero dei soggetti in misura di sicurezza non detentiva in carico ai DSM.

Il modello ligure

Patrizia Orcamo[44]

L'esperienza della R.E.M.S. a carattere nazionale sita a Calice al Cornoviglio (La Spezia). Dott.ssa Patrizia Orcamo, Dirigente Salute in ambito penale del Dipartimento Salute e Servizi Sociali (Regione Liguria) La Residenza per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza (R.E.M.S.) Santa Maria di Calice al Cornoviglio (La Spezia), attivata con Delibera di Giunta della Regione Liguria n. 596/2022, viene inaugurata il 9 giugno 2022 con una dotazione di 20 p.l. e oltre 2.000

[44] Dirigente Salute in ambito penale del Dipartimento Salute e Servizi Sociali - Regione Liguria

mq di superfici interne ed esterne (area verde) e, attualmente, rappresenta una esperienza unica nel panorama italiano.

Inizialmente destinata ad essere la R.E.M.S. definitiva della Liguria[45], a seguito degli esiti della Sentenza della Corte Costituzionale n. 22 del 2022 e di un contesto nazionale in cui la lista dei pazienti detenuti negli II.PP. in attesa di posto letto in R.E.M.S. è considerata un fattore critico anche per la Corte Europea dei Diritti dell'Uomo[46], la struttura di Calice ha ricevuto uno specifico finanziamento al fine di supportare le Regioni i cui pazienti non possono essere presi in carico nelle R.E.M.S. di competenza per carenza di posti disponibili.

Questa R.E.M.S., il cui specifico mandato è di accogliere pazienti in stato di detenzione negli Istituti Penitenziari di tutta Italia e sottoposti a misure detentive a causa della pericolosità sociale e dell'incapacità di intendere e volere durante la commissione del reato, è l'esito di una collaborazione senza precedenti tra il Ministero di Giustizia e il Ministero della Salute che, congiuntamente, hanno delineato le funzioni anche terapeutico-riabilitative nonostante la permanenza debba essere necessariamente transitoria con un limite temporale di degenza (12 mesi) al fine di far accogliere il paziente nel territorio di riferimento, sia che si tratti del ricovero in R.E.M.S. ovvero di altra soluzione se il provvedimento - durante il ricovero - viene commutato in libertà vigilata.

Si tratta di una struttura eccezionale, che deroga "transitoriamente" al principio di territorialità (previo nulla osta dell'Autorità Giudiziaria competente) in favore del principio della cura per ridurre i tempi di attesa di ricovero e definire il P.T.R.I. dei pazienti, condividendolo con i servizi territoriali della Regione di riferimento, al fine di avviare - fin dall'accesso in struttura - il rientro sul territorio di competenza e, quindi, rappresenta un unicum sul territorio nazionale mirando all'abbattimento dei tempi di ingiusta detenzione, che, ribaltati in gergo sanitario, sono i tempi della lista d'attesa per il ricovero in R.E.M.S.

La struttura, ad aprile 2024, ha accolto 60 pazienti (tutti maschi) di cui il 70% con misura di sicurezza provvisoria. Tra i reati principali: lesioni personali, rapina, estorsione, maltrattamenti, resistenza a pubblico ufficiale, omicidio aggravato. circa 2/3 dei pazienti hanno più di un reato. Le principali diagnosi (ICD9) forme di schizofrenia (12%), forme bipolari (15%); personalità antisociale (12%) deliranti (7%), abuso di sostanze (35%), delirio da sostanze (2%), ritardo mentale lieve (2%) psicosi (2).

Dimissioni: n. 40 di cui il 35% in CT con revisione del provvedimento in libertà vigilata; 40% verso la REMS della Regione competente; 3% al domicilio (di cui 1 persona all'estero).

La nascita: Italia n. 26; UE n. 6; extra UE n. 28.

[45] Con le D.G.R. nn. 364, del 28/03/2013 e 711, del 21/06/2013, è stato approvato il programma di realizzazione della struttura, unitamente al cronoprogramma delle attività per la realizzazione di 20 posti letto, secondo i requisiti strutturali previsti dalla legge vigente, nella struttura individuata in località Santa Maria, Calice al Cornoviglio (La Spezia); a seguito di approvazione del suddetto programma da parte del Ministero della Salute (con D.M. 9/10/2013; G.U. n. 285 del 5/12/2013) la ASL 5, competente per territorio, è stata incaricata di predisporre tutti gli atti necessari alla realizzazione della R.E.M.S. di Santa Maria, Calice al Cornoviglio (La Spezia);

[46] Art. 5 c. 1 lett. e) e 4 CEDU "1. Ogni persona ha diritto alla libertà e alla sicurezza. Nessuno può essere privato della libertà salvo che nei casi seguenti e nei modi previsti dalla legge: e) se si tratta della detenzione regolare di una persona per prevenire la propagazione di una malattia contagiosa, di un alienato, di un alcolizzato, di un tossicomane o di un vagabondo;" "4. Ogni persona privata della libertà mediante arresto o detenzione ha diritto di indirizzare un ricorso ad un tribunale affinché esso decida, entro brevi termini, sulla legalità della sua detenzione e ne ordini la scarcerazione se la detenzione è illegale."

Il modello campano

La presa in carico dei pazienti con misura di sicurezza per infermità psichica: il contesto, le finalità e gli esiti delle principali attività del P.U.R. ex Accordo Rep. Atti n. 188/CU/2022 della Campania.

Giuseppe Nese[47], Agostina Belli[48]

Il contesto operativo generale

La chiusura degli OPG non ha determinato il superamento delle criticità e inadeguatezza che dette strutture rappresentavano ma, piuttosto, una progressiva e maggiore evidenza delle diversificate problematiche che ne costituivano la strutturale architettura operativa e normativa, con prioritario riferimento al rapporto con la normativa penale, tra cui:

- la netta discontinuità con la legge n. 36 del 1904 determinatasi anche per l'assistenza psichiatrica agli autori di reato, prosciolti e no, a quasi 40 anni dal superamento dei manicomi;

- l'accentuazione della distonia con il Codice penale del 1930, che alla stessa legge fa riferimento, e con l'Ordinamento Penitenziario, per quanto inerente alla gestione delle infermità psichiche, entrambi ancora incentrati sulla predisposizione di luoghi dove accogliere gli infermi di mente, in analogia con il sistema sanitario centrato sui manicomi, dove dovevano essere custodite e curate le persone affette per qualsiasi causa da alienazione mentale.

I riferimenti obbligatoriamente da assumere nello specifico contesto operativo sono, pertanto, necessariamente generali e comprendono almeno:

1. la Costituzione, che all'art. 32, tutela la salute come «*fondamentale diritto dell'individuo*», con una formulazione di un'ampiezza pressoché unica;
2. la legge n. 180/1978 che abrogava, tra l'altro, gli articoli 1, 2, 3 e 3-bis della legge 14 febbraio 1904, n. 36, concernente "*Disposizioni sui manicomi e sugli alienati*", precedentemente già interessati da analoghi interventi ex l. 132/1968.
3. la legge n. 833/1978, che istitutiva del S.S.N. che, tra l'altro, prevede esplicitamente che il conseguimento delle finalità è assicurato mediante anche "*la tutela della salute mentale in modo da eliminare ogni forma di discriminazione e di segregazione*".

Il contesto generale previsto dall'assetto normativo italiano in cui si inseriscono le attività in parola e devono essere risolte le richiamate distonie è, pertanto, quello proprio della tutela della salute mentale, comunitario e non custodialistico.

Le finalità specifiche

L'insieme delle articolate azioni ricomprese nel processo di superamento degli OPG ha finalità tanto disattese quanto precise, immediatamente identificabili in quelle di seguito evidenziate, previste dalla legge 30 maggio 2014, n. 81, e in capo a due precisi soggetti:

[47] Psichiatra. Coordinatore del P.U.R. della Campania. Direttore dell'Area di Coordinamento sanità penitenziaria della ASL Caserta. Coordinamento Sistema informativo per il monitoraggio del superamento degli OPG "SMOP".
[48] Tecnico della riabilitazione psichiatrica. Componente P.U.R. della Campania. Coordinamento Sistema informativo per il monitoraggio del superamento degli OPG "SMOP".

1. il Giudice, che deve disporre "*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* (oggi, eseguibile esclusivamente nelle REMS), *salvo quando sono acquisiti elementi dai quali risulta che ogni misura diversa non è idonea ad assicurare cure adeguate e a fare fronte alla sua pericolosità sociale* ";
2. le Regioni e le PP.AA. che, attraverso i competenti dipartimenti di salute mentale, devono definire i percorsi terapeutico-riabilitativi individuali per le persone cui è applicata una misura di sicurezza, documentando *in modo puntuale le ragioni che sostengono l'eccezionalità e la transitorietà* delle misure di sicurezza detentive provvisorie o definitive.

In merito alle legittime modalità di bilanciamento tra le esigenze terapeutiche dell'individuo e il contenimento della pericolosità a tutela della collettività, si ritiene più che sufficiente riportare quanto ha precisato la Corte Costituzionale nella Sentenza n. 22/2022:

«Come questa Corte, quasi un ventennio fa, ebbe a sottolineare a proposito della misura di sicurezza dell'OPG e – implicitamente – della misura della libertà vigilata per i malati mentali (...) l'infermità di mente di autori di reato che, essendo penalmente non responsabili, «non possono essere destinatari di misure aventi un contenuto anche solo parzialmente punitivo», richiede misure a contenuto terapeutico, non diverse da quelle che in generale si ritengono adeguate alla cura degli infermi psichici. D'altra parte, la pericolosità sociale di tali persone (...) richiede ragionevolmente misure atte a contenere tale pericolosità e a tutelare la collettività (...). Le misure di sicurezza nei riguardi degli infermi di mente incapaci totali si muovono inevitabilmente fra queste due polarità, e in tanto si giustificano (...) in quanto rispondano contemporaneamente a entrambe queste finalità, collegate e non scindibili (cfr. sentenza n. 139 del 1982), di cura e tutela dell'infermo e di contenimento della sua pericolosità sociale. Un sistema che rispondesse ad una sola di queste finalità (e così a quella di controllo dell'infermo "pericoloso"), e non all'altra, non potrebbe ritenersi costituzionalmente ammissibile» (sentenza n. 253 del 2003)".

Nella stessa Sentenza, la Corte Costituzionale ha svolto considerazioni in tema di percorsi per la risoluzione delle principali problematiche rilevate, con prioritario riferimento alla presenza di liste di attesa per il ricovero in REMS. Pur precisando che non è Sua competenza né stabilire le reali cause delle criticità né indicare le appropriate soluzioni, la Consulta ha ripetutamente evidenziato come sia necessario considerare, non solo e non tanto l'eventuale incremento dei posti in REMS, ma sempre anche:

- la disponibilità di soluzioni alternative sul territorio e la necessità di sostenere la qualificazione ed il potenziamento 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 n. 81 del 2014;

- l'attuazione sistematica e prioritaria del principio di *extrema ratio* del ricorso alla misura detentiva del ricovero in REMS, che risulta non abbia fatto adeguata breccia nell'ambito giurisdizionale, tuttora permeato di una cultura eccessivamente custodialistica e che, come tale, nutre ancora una troppo scarsa fiducia nella reale efficacia delle misure di sicurezza non detentive.

Il P.U.R. ex Accordo Rep. Atti n. 188/CU/2022 della Campania: gli esiti delle principali attività

Il Punto Unico Regionale è una implementazione organizzativa che ogni regione deve assicurare in attuazione dell'art. 3 Accordo Rep. Atti n. 188/CU/2022 sancito dalla Conferenza Unificata il 30.11.2022. Tra i compiti da assegnare al P.U.R. si rilevano i seguenti:

- coordinare e monitorare le attività di presa in carico delle persone sottoposte a misura di sicurezza da parte del DSM del territorio di riferimento, attraverso una rete dei servizi sociosanitari comprensiva dei servizi e delle strutture destinate ad accogliere le persone alle quali è applicata dall'Autorità Giudiziaria, prioritariamente, una misura non detentiva ovvero, quale *extrema ratio*, la misura di sicurezza detentiva del ricovero in una REMS di riferimento regionale, nel rispetto del principio di territorialità (art. 1);
- assicurare specifiche attività in relazione alla Magistratura e all'Amministrazione Penitenziaria, la gestione unica regionale della lista di attesa per l'accoglienza in REMS, secondo specifici criteri di priorità, aggiuntivi a quello cronologico di assegnazione e definiti all'art. 4 dello stesso Accordo 188/CU/2022;
- monitorare continuamente le attività - con priorità per gli ingressi e le uscite dalle REMS, la definizione dei progetti terapeutico riabilitativi individuali ai sensi della legge n. 81/2014, la gestione delle liste di attesa e le informazioni sui percorsi di presa in carico sanitaria in applicazione di misure di sicurezza non detentive - attraverso il Sistema informativo SMOP di cui all'art. 14 del richiamato Accordo 188/CU/2022.

In Campania, il P.U.R. – già istituto nel 2011 come Gruppo regionale di coordinamento ai sensi dell'Accordo Rep. Atti n. 95 sancito dalla Conferenza Unificata il 13.10.2011 – era già operativo in conformità ai compiti previsti con l'Accordo n. 188/CU/2022. Adeguato formalmente con due provvedimenti regionali (D.D. n. e DGRC n. 112/2023), assicura un'operatività continua, con riunioni settimanali e composizione interistituzionale (Regione, ASL, PRAP, UEPE, Magistratura).

In considerazione dell'attuale rilevanza della gestione delle liste di attesa per l'accoglienza in REMS, sono di seguito riportare le principali evidenze rilevate dal P.U.R. della Campania e di altre Regioni che, qualificando le informazioni e permettendo le differenziazioni richieste dalla regolamentazione vigente (Accordo n. 188/CU/2022)[49], documentano come l'effettiva consistenza delle liste di attesa per l'accoglienza in REMS sia significativamente ridotta rispetto alla mera somma dei provvedimenti di assegnazione.

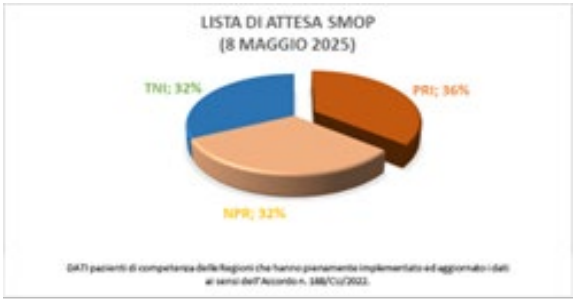
Alla data di rilevazione[50], delle 184 formali assegnazioni in REMS di persone di competenza delle regioni che hanno completato le attività di inserimento in lista di attesa secondo tutti i criteri definiti con l'Accordo 188/CU/ 2022:

[49] La gestione della lista di attesa REMS, ai sensi dell'art. 3 dell'Accordo n. 188/CU/2022 devo consentire di distinguere tra le persone destinatarie di una misura di sicurezza detentiva OPG/CCC, i seguenti casi:
1) quelli per cui sussiste l'effettiva necessità di accoglienza i REMS (PRIORITARI) perché non attualmente adeguatamente presi in carico dai Servizi sanitari ovvero presenti illegittimamente in carcere (*sine titulo*) o inappropriatamente in S.P.D.C.; 2) quelli già adeguatamente presi in carico in ambiti diversi dalle REMS (NON PRIORITARI); 3) quelli che, riguardando persone destinatarie di una misura di sicurezza temporaneamente non eseguibile (per es., perché legittimamente in carcere per altra misura, irreperibili ecc.), devono essere espunti dalla lista di attesa e monitorate separatamente (TEMPORANEAMENTE NON ESEGUIBILI).

[50] Il presente testo è stato redatto successivamente alla presentazione al Convegno (1° aprile 2025), con rilevazione dei dati anonimi e aggregati disponibili nel Sistema Informativo SMOP alla data del 08 maggio 2025, senza alcuna sostanziale modifica di quelli al tempo utilizzati.

- circa il 32% non potrebbe essere eseguito, anche in caso di immediata disponibilità di posti liberi,
- circa il 32% dovrebbe essere prima interessato dalla modifica in Libertà Vigilata della misura di sicurezza detentiva già disposta, allineando la posizione giuridica alla soluzione assistenziale alternativa alla REMS già definita e spesso attuata dai Servizi sanitari.

Pertanto, nel rispetto dei principi della legge 81/2014, può stimarsi che solo il 36% dei presenti in lista dovrebbe effettivamente trovare temporanea accoglienza in una REMS, in quanto in condizione di priorità ("PRI", della seguente Tabella).



REGIONE	LISTA DI ATTESA SMOP (8 Maggio 2025): DATI pazienti di competenza delle Regioni che hanno pienamente implementato ed aggiornato i dati ai sensi dell'Accordo n. 188/CU/2022.						
	Totale in Lista	PRI	PRI	NPR	NPR	TNI	TNI
	n.	n.	% sul totale della Regione	n.	% sul totale della Regione	n.	% sul totale della Regione
Campania	93	20	22%	49	53%	24	26%
Emilia Romagna	19	2	11%	3	16%	14	74%
Piemonte	49	37	76%	3	6%	9	18%
Marche	19	8	42%	2	11%	9	47%
Friuli V.G.	4	0	0%	1	25%	3	75%
TOTALE	184	67	36%	58	32%	59	32%

Relativamente al consistente numero di pazienti presenti nella lista di attesa REMS della Campania in condizione di non priorità (ben il 53% del totale), l'analisi dettagliata della data di assegnazione e della documentazione attestante un'attuale condizione di compenso psicopatologico e di adeguatezza dell'assistenza fornita, fornisce ulteriori evidenze sulle generali criticità in premessa trattate. Di particolare significato è la permanenza in lista di attesa REMS per anni, con misure detentive disposte e non modificate dal 2016, sebbene sia documentata in tutti i casi un'ottimale presa in carico, l'adesione del paziente e, nel 41% dei casi, l'inserimento stabilizzato in una struttura residenziale psichiatrica o per le dipendenze[51].

Infine, per valutare l'effettiva adeguatezza dell'attuale offerta del sistema di gestione delle misure di sicurezza, è anche da considerare la popolazione che, sebbene ancora presente in REMS, potrebbe essere dimessa. A conferma di quanto evidenziato nella Sentenza n. 22/2022 della Corte Costituzionale e in precedenza specificato, nel campione analizzato, circa il 33% dei Progetti terapeutico-riabilitativi individualizzati (PTRI) definiti per i pazienti presenti in una

[51] Le informazioni riportate si basano sempre sulla disponibilità di una formale documentazione. Pertanto, l'inserimento in lista di attesa REMS consegue alla disponibilità per il P.U.R. di un provvedimento di assegnazione in REMS e, all'inverso, l'esclusione dalla lista di attesa consegue alla disponibile un provvedimento di modifica o di revoca della misura di sicurezza detentiva. Alcuni pazienti potrebbero permanere in lista di attesa anche solo per l'indisponibilità della documentazione necessaria per la modifica della posizione.

REMS prevedevano una progettualità alternativa ed eseguibile con una misura di sicurezza non detentiva, inviata alla competente Autorità Giudiziaria e in attesa di valutazione. Tali evidenze indirizzano le future operatività nella direzione del miglioramento dell'efficacia delle forme di collaborazione tra Servizi sanitari ed Autorità Giudiziaria che, in Campania, sono state dettagliatamente procedimentalizzate con dettagliati Accordi operativi con tutti i Tribunali e le Procure della Repubblica.

Conclusioni: REMS, la rivoluzione, la riforma e il rischio della restaurazione

Franco Corleone[52]

La tutela della salute mentale e il destino delle Residenze per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza (Rems) rappresentano una questione complessa e non vanno messe in contraddizione e soprattutto non devono essere una occasione per rivincite culturali.

Finite le celebrazioni per il centenario della nascita di Franco Basaglia, in Senato inizia la discussione di un disegno di legge (n. 1179) di Fratelli d'Italia, partito a cui fa riferimento il ministro della Salute, che stravolge requisiti e durata del Trattamento sanitario obbligatorio (TSO), prevede di effettuare il TSO in ambito detentivo, e crea piccoli manicomi nelle carceri.

Addirittura, da parte di sindacati della polizia penitenziaria viene contestata la chiusura degli OPG, quei manicomi giudiziari che suscitarono l'orrore del Presidente Napolitano e che rappresentavano la peggiore istituzione totale con la riduzione delle persone a cose, i corpi abbruttiti e incatenati. Si rimpiange infatti il deposito di rifiuti umani che metteva insieme i *folli rei* e i *rei folli*, un connubio speciale con il paravento della cura e custodia.

La legge 81 viene criminalizzata e si imputano alla riforma le contraddizioni inevitabili di una rivoluzione unica al mondo, dimenticando il vecchio adagio per cui la rivoluzione non è un pranzo di gala. Vengono agitate strumentalmente la realtà delle liste d'attesa per l'ingresso in Rems e la presenza in carcere dei cosiddetti *sine titulo*, cioè di detenuti che in base a perizia o a decisione dei magistrati si trasformano in aspiranti internati, spesso in nome della pericolosità sociale, definizione ricca di ambiguità e di scarsa scientificità.

Sono questioni serie che richiedono analisi e confronto dei dati regione per regione, per cominciare.

E, ad esempio, è fondata l'ipotesi di una legge nazionale se le difficoltà riguardato massicciamente cinque regioni? È accettabile scegliere una strada per tornare indietro quando il bilancio di dieci anni di molte regioni, è positivo? Nel convegno della Regione Emilia-Romagna svoltosi il 1° aprile scorso è stato documentato il percorso per affrontare le difficoltà e giustamente è stato sottolineato che la legge 81 riguarda i pazienti con disturbi mentali autori di reato. Non certo le persone che soffrono di problemi legati alla salute mentale che non devono però subire trattamenti che richiamano un passato di esclusione sociale e di stigmatizzazione. Soprattutto è stato documentato il superamento della lista d'attesa, che costituisce l'alibi per una potente restaurazione.

Chi ha nostalgia del manicomio, in particolare di quello criminale, tace sui pilastri della legge 81 che sono rappresentati dalla territorialità, dal numero chiuso, dalla durata della misura di sicurezza commisurata alla pena prevista per il reato compiuto e da un luogo senza sbarre e blindati, senza militari all'interno della struttura.

Il miracolo che si è compiuto è stato dovuto alla passione del personale che si è coinvolto emotivamente in una impresa ricca di umanità. Ho conosciuto quasi tutte le Rems e molte

[52] Ex Commissario unico del Governo per il superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari (OPG) e per il completamento delle REMS (Residenze per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza),

nella fase di apertura e l'entusiasmo delle operatrici e degli operatori (psichiatri, psicologi, infermieri, tecnici della riabilitazione, assistenti sociali, educatori, operatori sociosanitari) era davvero il segno che la salute mentale diventava pratica sociale. Questo è il punto cruciale ed il vero motore della realizzazione della legge 81 che deve tradursi in un costante lavoro di sostegno culturale, politico e di risorse ai Dipartimenti di Salute Mentale che in tutte le Regioni hanno sviluppato relazioni con la magistratura e le forze dell'ordine, i servizi sociali per un lavoro interistituzionale sempre più coordinato e coerente. Come si è visto anche stamane dalle esperienze delle Regioni oggi presenti (Veneto, Campania, Liguria, Toscana, Lombardia) pur con risorse invariate, se non calanti, sono stati avviati i Punti Unici Regionali, attuate sperimentazioni e costruite alternative in modo da abbattere liste di attesa e creare un sistema di cura e giudiziario di comunità. Si può fare! Ma ricordo quanto sosteneva Franco Basaglia che quello della chiusura degli OP e poi degli OPG è un processo continuo che va quindi costantemente sostenuto.

Non posso non ricordare la mia esperienza di Commissario per la chiusura degli Opg, nominato dal Governo per quella che pareva una impresa impossibile e infatti molti amici mi misero in guardia preconizzando un fallimento. Ritenni che dopo avere fatto battaglie e denunce non sarebbe stato dignitoso sottrarsi a una prova difficile ma esaltante. In concreto l'incarico era di intervenire nelle regioni inadempienti (in realtà il compito riguardava tutte le regioni) per altro con amministrazioni dei diversi schieramenti. A dispetto delle cassandre in un anno si aprirono le Rems necessarie e si chiusero gli OPG ancora aperti.

Ricordo di avere inutilmente proposto che venisse aperta una Rems in Umbria e una nella Sicilia occidentale (prevista a Caltanissetta) e oggi nessuno ha il coraggio di prevedere un commissario con compiti puntuali nelle regioni che mostrano difficoltà. Invece si disegnano scenari apocalittici, con ipotesi di creazione di Rems di primo livello, caratterizzata dalla «massima intensità di cura e alta sicurezza».

Viene assolutamente trascurata la radice del problema come la bulimia delle perizie psichiatriche o il perpetuarsi del "doppio binario" previsto dal Codice Rocco.

È dunque più che mai necessario aprire uno spazio di confronto che metta sul tavolo queste criticità, permettendo agli attori competenti – psichiatri, giuristi, operatori e rappresentanti dei diritti umani – di dialogare su soluzioni che siano realmente rispettose dei principi costituzionali e della dignità della persona. Le buone prassi vanno valorizzate e devono essere l'elemento che caratterizza il cambiamento rafforzando il welfare di comunità, quello che Franco Rotelli chiamava il percorso dell'impresa sociale. Il superamento della sanità penitenziaria gestita all'amministrazione penitenziaria stessa aveva all'origine due principi fondamentali: affidare il diritto alla salute al servizio sanitario pubblico per eliminare subalternità e condizionamenti e per affermare anche per le persone private della libertà personale la validità dell'art. 32 della Costituzione. L'eliminazione di zone franche obbliga le Regioni a garantire cure e assistenza per tutte le patologie e per la salute mentale una presenza significativa del Dipartimento di Salute Mentale.

Ho denunciato da tempo il rischio che la nostalgia del manicomio si materializzasse in proposte concrete e non mi ha sorpreso la lettera inviata dal Capo di gabinetto del Ministero della Salute ai Presidenti delle Regioni il 23 dicembre del 2024, sulla tutela della salute mentale e sul destino delle Residenze per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza.

Davvero un regalo avvelenato sotto l'albero di Natale. Infatti, il dott. Marco Mattei affronta con spericolata leggerezza nodi delicati come il giudizio sulla sentenza n. 22 del gennaio 2022 della Corte Costituzionale e sulle indicazioni da questa offerte al Parlamento per superare alcune criticità della legge 81 del 2014. Soprattutto, nella lettera è assunto come assodato un numero alto e insostenibile di persone in lista d'attesa per l'ingresso in Rems, ma non vengono forniti dati puntuali sulle presenze attuali nelle singole strutture (in alcune Rems vi sono posti vuoti) e sulla situazione nelle diverse regioni; non viene detto se queste persone sono abbandonate a sé stesse o sono accolte in altre strutture assistenziali o terapeutiche (poiché in tal caso è superata la necessità di internamento in Rems). Erroneamente è citato un ricorso inappropriato alla detenzione in carcere, quando invece il problema nasce, come già detto, per il cambiamento della condizione di un soggetto che per decisione del magistrato si trasforma da detenuto a internato e si pone quindi il problema della individuazione di un posto in Rems.

Addirittura, viene censurata la misura di sicurezza non detentiva, della libertà vigilata, disposta dal magistrato di sorveglianza che in molti casi è opportuna e meno invasiva. Addirittura, viene adombrato il ritorno della competenza primaria al Ministero della giustizia. Non suscita invece indignazione il fatto che in due ex OPG, a Reggio Emilia e Barcellona Pozzo di Gotto si siano realizzate due Articolazioni di tutela salute mentale (ATS) che per numero e composizione dei pazienti sono dei piccoli manicomi.

Un vero pasticcio concettuale. Per non parlare della strumentalizzazione del contenzioso presso la Corte europea dei diritti dell'uomo.

La minacciosa conclusione annuncia la predisposizione di una riforma del sistema, più per stravolgerlo che per risolvere criticità che inevitabilmente emergono dalla esperienza.

La pretesa soluzione consisterebbe nel costituire quattro diverse strutture per l'esecuzione delle misure di sicurezza; l'unica chiara ed esplicita è la creazione di una Rems di primo livello caratterizzata dalla «massima intensità di cura e dalla alta sicurezza» (sic!): insomma un piccolo manicomio.

Ci sarebbero invece cose da fare subito: eliminare le misure di sicurezza provvisorie, applicare la sentenza 99 del 2019 della Corte Costituzionale sulla detenzione speciale per detenuti con patologia mentale, fare una pulizia linguistica del Codice Penale eliminando termini come "internati" e prevedere diritti fondamentali.

Le Regioni daranno una risposta adeguata a questa provocazione? Certo il rischio è che non basti rimanere in trincea a difendere le buone cose fatte se dall'altra parte vi è la volontà di schiacciare come ideologiche le conquiste di una stagione di diritti. Se le prospettive si paleseranno con questo scenario, allora apparirà sempre più evidente l'opportunità di mettere in campo una soluzione radicale, superando il «doppio binario» del Codice Rocco con l'eliminazione del proscioglimento «per incapacità di intendere e volere al momento del fatto criminoso». Sul muro dell'ex manicomio di Trieste campeggiava la scritta «la libertà è terapeutica», realizzata nell'estate del 1973 dal Collettivo d'arte Arcobaleno, guidato dal pittore Ugo Guarino. Richiamando quello slogan, che è stato a lungo utilizzato dai movimenti basagliani, io sostengo che anche la responsabilità è terapeutica[1].

In quasi tutte le condizioni patologiche, permane un margine di consapevolezza, che deve essere rispettato, proprio per dare alla persona la possibilità di un'assunzione di responsabilità per l'atto compiuto.

Si riconoscerebbe infatti nel *folle,* in primo luogo, una persona e un soggetto di diritto, restituendo, così: diritti, libertà, responsabilità e dignità piena.

Questa proposta non è solo in linea con l'eredità della legge Basaglia, ma anche con le contemporanee convenzioni internazionali per i diritti delle persone disabili. Il rifiuto di binari giuridici speciali, basati sulla incapacitazione e la riduzione/negazione di responsabilità della persona con disturbo psichiatrico, infatti, è una scelta coerente con le previsioni della Convenzione Onu sulla disabilità, che sancisce che le persone disabili (tra cui quelle con «disabilità mentale») godano dei diritti e delle libertà fondamentali, senza alcuna forma di discriminazione fondata sulla condizione di disabilità.

Il Manuale di implementazione della Convenzione – redatto dalla *World Network of Users and Survivors of Psychiatry* - sottolinea che tutte le leggi discriminatorie devono essere eliminate dagli Stati, comprese quelle relative alla tutela e all'incapacità, che sono percepite come discriminatorie dalle stesse persone che sono utenti dei servizi psichiatrici.

La necessità di adeguamento della legislazione interna alla Convenzione, attraverso la rimozione della non imputabilità per vizio di mente, è stata evidenziata dal Comitato Nazionale di Bioetica nel 2019, che definisce la non imputabilità per vizio di mente come «ultimo problema bioetico, rimasto intatto anche dopo la chiusura degli OPG» e qualifica le disposizioni che la regolano come forme di «legislazione speciale» per le persone con disabilità psicosociale, vietata dalla Convenzione sulle persone disabili, che al suo art. 12 prevede il godimento di pari diritti, compresa la capacità giuridica.

A fronte della commissione di un reato, questo il cuore della proposta depositata alla Camera dei deputati dall'on. Riccardo Magi il 26 aprile 2023 con il n. 1119, deve esserci un diritto al giudizio. Qualcuno potrebbe sostenere che il diritto al giudizio sia subordinato ad una capacità a prendervi pienamente parte, ma questo vale per altri soggetti, anche non definiti come pazienti psichiatrici. La garanzia di essere sottoposti a giudizio solo se capaci di prendervi parte coscientemente è stata infatti mantenuta intatta nella proposta.

Un giudizio, certamente, può comportare una condanna e una conseguente pena, ma dobbiamo iniziare a rimuovere dal nostro immaginario quell'equivalenza automatica e spontanea tra pena e carcere. Sono stupito dalle obiezioni fondate sul timore della carcerizzazione del folle che mi sembrano talvolta pretestuose, tenendo anche conto che si è prevista una attenuante per il soggetto che ha agito in condizioni di svantaggio, determinate da disabilità psicosociale. L'OPG era un carcere ed era diretto da un membro dell'amministrazione penitenziaria, eppure ha avuto una lunga storia, senza che si levassero troppe voci di indignazione. Non esiste neppure il rischio paventato da qualcuno, di un abbandono della persona comunque bisognosa di sostegno. Infatti, il ricorso a misure alternative garantisce la ricerca di individuare la, riconosciuta nella sua individualità soluzione terapeuticamente più adatta per la persona. Sono convinto che il numero dei nuovi casi che emergono ogni anno siano affrontabili da una giustizia di comunità radicata nel territorio.

La proposta non intende essere di pura testimonianza ma essere un elemento fondamentale della discussione che ha già coinvolto grazie alla *Società della Ragione* centinaia di uomini e donne, psichiatri, giuristi, avvocati, operatori e militanti delle associazioni impegnate sul terreno della riforma del Codice Rocco a quasi cento anni dalla sua entrata in vigore.

In uno dei tanti incontri come Commissario per la chiusura degli OPG, mi colpì la lettura di una testimonianza di un internato nell' OPG di Aversa che confessava "Io sento che l'aria sta cambiando". Oggi invece che sentire quella emozione, provo un inevitabile terrore. Questo anche in relazione allo stato delle carceri, dei c.d. "decreti sicurezza" e da ultimo dalla recente delibera del 12 novembre 2024 del Consiglio Superiore della Magistratura che, ispirati da una cultura securitaria, rischiano di portare ad un'involuzione impotente, autoritaria e repressiva lesiva dei diritti fondamentali delle persone e al contempo ad un importante spreco di risorse. Diverse le proposte sono state presentate anche al fine di ridurre il sovraffollamento mediante amnistie, indulto o forme anticipate di scarcerazione, misure alternative, modifiche delle leggi sulle droghe e sulla immigrazione. L'introduzione del numero chiuso anche negli Istituti Penitenziari potrebbe segnare una svolta decisiva per avere la metà degli attuali detenuti, assicurare loro i diritti alla affettività e alla sessualità come previsto anche dalla sentenza n.10 del 2024 della Corte costituzionale. Vi sono quindi elementi di forte preoccupazione ma credo che la rivoluzione gentile abbia prodotto un patrimonio di competenze e relazioni che va difeso e sostenuto a partire dai Dipartimenti di Salute Mentale e dal lavoro interistituzionale e di comunità. In questo quadro si possono trovare le risposte evolutive ai rilievi posti dalla sentenza n.22 del 2022 della Corte costituzionale.

Non mi pare ultroneo porre infine l'attenzione sulla presenza delle cosiddette case lavoro per scontare le misure di sicurezza per imputabili, in concreto da parte di persone che finita la pena detentiva si trasformano da detenuti a internati, con un orizzonte di ergastolo bianco. Si tratta di trecento sventurati definiti lombrosianamente delinquenti, professionali, abituali e per tendenza e nel codice penale all'art. 108 additati addirittura come portatori di una indole particolarmente malvagia. L'arcivescovo di Chieti-Vasto, Monsignor Bruno Forte ha definito questa misura ingiusta e illiberale che «dovrebbe far vergognare una democrazia fondata sui principi del rispetto della dignità della persona e della solidarietà verso i più deboli, sanciti nella nostra Costituzione repubblicana». La Società della Ragione ha compiuto una ricerca sulle nove realtà presenti in Italia e ha elaborato una proposta di legge depositata alla Camera dei deputati dall'on. Magi (n. 158) per la cancellazione di un esempio di archeologia criminale, definito *un ossimoro da cancellare*.

La Conferenza nazionale autogestita sulla salute mentale che si è svolta a Roma il 6 e 7 dicembre 2024 con la partecipazione di centinaia di operatori, ha dato speranza per costruire una società fondata sulla ricerca della convivialità, senza odio, violenza e vendetta. Dipende da noi.

Convegno "*Attualità e prospettive della legge 81/2014 per i pazienti con disturbi mentali autori di reato*"

Bologna, 1 Aprile 2025

Faculty

Segreteria Organizzativa

Francesca Presutti, Francesca Peli

Segreteria Scientifica

Fabio Dito, Cristina Bellosi, Federico Boaron, Elena Butti Lemmi Gigli, Giuseppa Caloro, Rosario Cambria, Ilaria De Amicis, Francesca Fontana, Giovanni Francesco Frivoli, Maria Grazia Fontanesi, Beatrice Gerocarni, Mara Garbi, Giuseppina Paulillo, Domenico Rignanese, Riccardo Sabatelli, Nazario Santolini, Francesca Saracino, Annalisa Vigherani

Relatori

Federico Boaron, AUSL Reggio Emilia

Franco Corleone, ex Commissario per la chiusura degli OPG

Fabio Dito, Regione Emilia-Romagna

Gian Maria Galeazzi, AUSL Reggio Emilia

Ivan Limosani, Regione Lombardia

Fabio Lucchi, AUSL Bologna

Tommaso Maniscalco, Regione Veneto

Giuseppe Nese, Regione Campania

Patrizia Orcamo, Regione Liguria

Giuseppina Paulillo, AUSL Parma

Pietro Pellegrini, AUSL Parma

Michele Sanza, AUSL Romagna

Alessio Saponaro, Regione Emilia-Romagna

Maria Letizia Venturini, Tribunale di Sorveglianza di Bologna

Evento realizzato in collaborazione con l'AUSL di Modena