

**Seconda relazione trimestrale
sull'attività svolta dal
Commissario unico per il superamento
degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari**

Franco Corleone

19 agosto 2016 – 19 novembre 2016

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

INDICE

Premessa: <i>La rivoluzione gentile</i>	5
1. Relazione sull'attività svolta dal Commissario	9
2. Obiettivi, criticità e prospettive	17
3. Principio di territorialità	20
4. Rems sul territorio nazionale: strutture attive, da attivare, capienza	22
5. Presenze nelle Rems	25
6. Misure di sicurezza non eseguite	26

Premessa

La rivoluzione gentile

Questo documento ha un carattere interlocutorio dal punto di vista delle scelte programmatiche e da quello del quadro complessivo. Infatti le scelte sulla natura delle REMS e sulle misure di sicurezza provvisorie sono ancora sul tappeto. Il 7 dicembre riprenderà la discussione al Senato sulla legge delega sulla giustizia e sul sistema penitenziario e mi auguro che venga approvato l'emendamento della Presidente della Commissione Sanità, Senatrice Di Biasi, e altri che farebbe chiarezza aiutando la riforma a rafforzarsi.

Riporto il testo dell'emendamento per doverosa informazione e come elemento utile di confronto e discussione per tutti i soggetti interessati, dagli operatori alle associazioni, dagli avvocati e giuristi ai giornalisti: “Nella prospettiva dell'effettivo e definitivo superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari, introduzione di disposizioni volte a destinare alle Residenze di Esecuzione delle Misure di Sicurezza (REMS) le sole persone per le quali sia stato accertato in via definitiva lo stato di infermità al momento della commissione del fatto da cui derivi il giudizio di pericolosità sociale e il conseguente bisogno di cure psichiatriche; esclusione dell'accesso alle REMS dei soggetti per i quali l'infermità di mente sia sopravvenuta durante l'esecuzione della pena, degli imputati sottoposti a misure di sicurezza provvisoria e di tutti coloro per i quali ancora occorra accertare le relative condizioni psichiche; garanzia dell'effettiva idoneità delle sezioni degli istituti penitenziari ad assicurare i trattamenti terapeutici e riabilitativi, con riferimento alle peculiari esigenze individuali di ciascun soggetto e nel pieno rispetto degli articoli 27 e 32 della Costituzione; valorizzazione dell'istituto del piano terapeutico individuale per ciascun individuo sottoposto a misura di sicurezza anche non detentiva; sviluppo del principio di eccezionalità nella comminazione delle misure di sicurezza di carattere maggiormente afflittivo della libertà personale, con particolare riferimento alla previsione di un novero di fattispecie criminose di rilevante gravità per le quali sole ammettere le misure coercitive

dell'infermo di mente non imputabile; introduzione di apposite disposizioni volte a garantire la continuità delle cure e dei processi di riabilitazione in chiave integrata da parte delle REMS e dei servizi territoriali che fanno capo ai Dipartimenti di Salute Mentale”.

L'adozione di questo testo garantirebbe il superamento di una fase di incertezza che è stata affrontata positivamente grazie all'impegno del personale che lavora nelle REMS, consapevole di essere protagonista di una fase delicata, in particolare per rispondere alle Ordinanze emesse dalle Autorità giudiziarie non eseguite in REMS per mancanza di disponibilità e che assommano al 25 ottobre a 241 di cui 176 provvisorie e 65 definitive. Già nella relazione semestrale veniva segnalato il fatto che il 40% delle persone presenti nelle REMS (612 di cui 62 donne) fossero sottoposte a una misura di sicurezza provvisoria.

In questo trimestre sono state aperte due REMS

- quella di Santa Sofia d'Epiro, in Calabria, che ha accolto sette persone provenienti dall'OPG di Barcellona Pozzo di Gotto che finalmente ospita solo internati siciliani;
- quella di San Maurizio Canavese, in Piemonte, che ha accolto 10 pazienti provenienti da Castiglione delle Stiviere.

Purtroppo l'apertura della REMS a Genova ha subito un ritardo per ragioni burocratiche e amministrative, ma nel giro di qualche settimana dovrebbero essere risolte e la struttura accoglierà tre internati liguri ancora presenti nell'OPG di Montelupo Fiorentino e 14 pazienti da Castiglione delle Stiviere che a quel punto sostanzialmente avrà presenze di sole persone della Lombardia.

Per l'inizio del 2017 è prevista l'apertura di un secondo modulo a Caltagirone che consentirà la chiusura dell'OPG di Barcellona Pozzo di Gotto ospitando gli ultimi 14¹ pazienti siciliani ancora presenti e mi auguro che anche in Toscana sia trovata una soluzione che possa permettere la chiusura dell'OPG di Montelupo.

¹ 13 siciliani (11 uomini e 2 donne) e 1 SFD.

Se per la fine di gennaio sarà raggiunto questo tanto atteso traguardo, ci si potrà dedicare ad affrontare le problematiche indicate nella Relazione semestrale dell'agosto scorso. Le criticità e le prospettive di lavoro futuro, a cominciare dalla definizione delle strutture definitive, saranno alla base del Seminario nazionale convocato dal Ministero della Salute e da quello della Giustizia per una scadenza prossima. Soprattutto servirà per individuare e definire un coordinamento per la verifica e il monitoraggio del lavoro dei prossimi anni.

Questo periodo è stato ricco di incontri e di confronti, ricordo in particolare gli appuntamenti a Bari, a Roma e a Parma per mettere a fuoco i nodi emersi nella fase di sperimentazione, continua e intensa, e di valutare le questioni ancora aperte.

Solo a futura memoria segnalo alcuni punti: l'istituzione di un organismo di monitoraggio e di indirizzo composto dai rappresentanti dei Ministeri della Salute e della Giustizia, del DAP, delle Regioni, delle Associazioni, del Coordinamento REMS, della Commissione mista del CSM; il rispetto della territorialità, in particolare per le donne; l'omogeneizzazione dei Regolamenti e il rapporto con quello penitenziario; la presenza di camere con più di due letti; la competenza per i trasferimenti in ospedale; l'osservanza del principio costituzionale del rifiuto della pratica della contenzione; le problematiche relative ai soggetti senza fissa dimora, italiani e stranieri; le caratteristiche e i vincoli dei protocolli con le prefetture e la magistratura; la formazione del personale. A tutto ciò andrebbero aggiunti altri aspetti apparentemente minori (dal lavoro al vitto) che ineriscono la qualità della vita quotidiana e i diritti inviolabili e soprattutto la dignità delle persone.

In conclusione debbo ribadire che siamo ancora in mezzo al guado, anche se vicini alla riva.

La chiusura del manicomio criminale, degli Ospedali psichiatrici giudiziari, rappresenta davvero una rivoluzione culturale e sociale che si ricollega alla fine del manicomio civile iniziata con la legge 180 attribuita, nell'ispirazione, a Franco Basaglia.

Personalmente ho l'orgoglio di partecipare alla realizzazione di un obiettivo che rende l'Italia un modello unico in Europa e nel mondo. Sono ben consapevole che questo passaggio si svolge su un terreno ricco di contraddizioni, dal momento che la legge 81 non ha eliminato alla radice il nefasto doppio binario del Codice Rocco, ma non bisogna avere paura di vivere le contraddizioni, quando sono felici, perché attraverso di esse si produce il cambiamento.

Non navighiamo in acque tranquille, ma siamo nel gorgo che potrebbe risucchiarci nel fondo degli abissi. Occorre forza, determinazione e ambizione per conquistare definitivamente l'orizzonte più vasto che in questo caso è rappresentato dal superamento della logica manicomiale che è diffusissima. Una volta si amava ripetere che la rivoluzione non era un pranzo di gala, in altri termini vuole dire che non bisogna farsi inchiodare dal formalismo e produrre invece un salto nella coscienza civile. Realizzare cioè nel corpo della società la riforma e conseguentemente tradurre in nuove norme il cambiamento.

Sono convinto che la chiusura degli OPG ci offre una leva per affrontare questioni irrisolte come quella di un nuovo Codice Penale, della riforma del carcere e del senso della pena. L'abolizione del manicomio criminale ci rende più forti per aumentare le libertà e i diritti. Rende plausibile una alternativa alla prigione per i minori, per le donne, per i poveri.

Mi è capitato recentemente di ascoltare una lettura dell'attore Mino Profico, di una testimonianza di un internato nell'OPG di Aversa e ora ospite di una REMS.

Offro con emozione una frase che rende l'idea dell'avventura che stiamo vivendo.

“Hanno chiuso finalmente gli OPG. Sono usciti in tanti. Qualcuno ce l'ha fatta, qualcun altro no. Qualcuno non ce l'avrebbe fatta comunque (...) Io sento che l'aria sta cambiando... non voglio affrontare il mondo, voglio che un po' di mondo, venga a trovarmi, per conoscermi e condividere un tratto della mia esistenza”.

Che oggi l'aria stia cambiando, dipende da noi. Da ciascuno di noi.

2. Relazione sull'attività svolta dal Commissario

Il 19 agosto 2016 è terminato il mandato del Commissario unico per il superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari. Nel decreto di istituzione della figura si prevedeva che il mandato dovesse avere durata semestrale (19 febbraio 2016 – 19 agosto 2016) ma la situazione presente ad agosto ha convinto il Governo della necessità di una prosecuzione delle attività del Commissario e ha quindi deciso una proroga di sei mesi (19 agosto 2016 – 19 febbraio 2017). Nell'atto ufficiale viene confermato il compito di ultimare la chiusura dei due OPG ancora aperti, di Montelupo Fiorentino e di Barcellona Pozzo di Gotto, di monitorare le REMS aperte e di seguire l'iter di attivazione delle REMS programmate.

In questo periodo che non ha portato a tutti i risultati auspicati, anche a causa del periodo di ferie, sono stati individuati dei nodi esistenti in alcune regioni che andranno affrontati con attenzione.

Umbria: Il commissario ha cercato un confronto con la Presidente della Regione, Catuscia Marini, con l'Assessore alla Salute, Luca Barberini e con diversi funzionari della Regione senza però avere un riscontro significativo. E' stato chiesto un incontro per sollecitare una ulteriore riflessione in merito alla decisione di non avere una propria REMS e di appoggiarsi alla Regione Toscana.

L'Umbria ha una tradizione importante sulla psichiatria che è riportata con particolare enfasi nel libro "La Repubblica dei matti" di John Foot. Dal 1965, infatti, Perugia fu sede di un movimento per la riforma della sanità mentale tra i più efficaci in Italia, e forse del mondo. L'esperienza perugina era tanto avanzata che la Legge Basaglia del 1978 apparve un passo indietro. Ilvano Rasimelli, Presidente della Provincia nel 1965, amico di Aldo Capitini, fu il protagonista di questa svolta. Quell'esperienza di integrazione nel tessuto sociale e di politica del non ricovero, attraverso l'umanizzazione del manicomio e l'apertura di comunità terapeutiche, è stata purtroppo dimenticata e non valorizzata come meritava. Sarebbe opportuna una

partecipazione diretta dell'Umbria a questa riforma di civiltà dell'abolizione del manicomio criminale dando un contributo originale al percorso in atto.

Il Commissario ha riportato l'esempio del Friuli Venezia Giulia che sta realizzando un modello originale di REMS con l'inserimento dei destinatari di misure di sicurezza all'interno di strutture psichiatriche del territorio prevedendo due posti ad Aurisina (Trieste), due a Udine e due a Maniago. Questo esempio voleva essere solo un elemento ulteriore per una rivalutazione della scelta fatta poiché in Umbria potrebbe nascere un modello alternativo di REMS, diverso da quello largamente praticato nella maggior parte delle regioni italiane.

Friuli Venezia Giulia: Questa regione (e altre), in osservanza del programma regionale di superamento degli OPG e in coerenza con gli indirizzi nazionali sul tema che pone al centro dei percorsi terapeutici riabilitativi la presa in carico territoriale, tramite forme strette di collaborazione e di coinvolgimento dei servizi di salute mentale competenti, rifiuta di accogliere seppur temporaneamente persone di altre regioni poiché non ci sarebbero i presupposti necessari per una presa in carico terapeutico-riabilitativa. Il Commissario sostiene la scelta e ribadisce che il principio della territorialità non rappresenta un vezzo ma una condizione per consentire la rapida uscita delle persone dalla REMS stessa. Non nega, però, che in condizioni di particolare necessità e urgenza, si potrebbe valutare una richiesta proveniente da una regione limitrofa.

Sicilia: La Sicilia rimane ancora la regione con il maggior numero di misure di sicurezza non eseguite². Il fatto che sia prevista l'apertura di un altro modulo a Caltagirone non deve trarre in inganno e deve anzi farci riflettere sul fatto che non basterebbero nemmeno altre tre strutture per soddisfare le richieste avanzate, nella maggior parte dei casi, da parte della Magistratura di cognizione che ancora fatica ad applicare la legge 81/2014 laddove prevede la misura detentiva in REMS come *extrema ratio*.

² 62 misure di sicurezza in attesa di essere eseguite di cui 39 provvisorie e 23 definitive.

Toscana: I lavori necessari per la messa a norma dell'ex carcere a custodia attenuata femminile di Empoli richiedono dei tempi diversi rispetto a quelli previsti e questo richiede uno sforzo per l'individuazione, nel breve tempo possibile, di soluzioni alternative e velocemente praticabili per chiudere l'OPG di Montelupo Fiorentino dove sono rimasti ancora 7 internati toscani, 1 umbro, 1 sardo e 2 liguri. In seconda battuta rimane il problema di accogliere le persone attualmente ospitate in Rems di altre regioni (tre nelle Marche, una in Emilia, ecc.) e infine di rispondere alle richieste di misure di sicurezza provvisorie e a situazioni insostenibili di persone in carcere o in Spdc senza titolo. Un caso del genere si è posto recentemente con una donna reclusa nel carcere don Bosco di Pisa che è stata accolta nella Rems di Volterra con notevole difficoltà. Un sicuro sostegno alla soluzione dei problemi deriverà dalla prossima apertura di due strutture intermedie (Villa Guicciardini a Firenze e Villa Domus Aeoli a Volterra) per misure di sicurezza non detentive. Un quadro puntuale delle prospettive e delle scelte da compiere, a cominciare dal rapporto con l'Umbria e dalle dimensioni e caratteristiche della Rems definitiva è stato proposto con una lettera del Commissario alla Assessora alla Salute Stefania Saccardi e sarà oggetto di un confronto previsto per il 6 dicembre.

Basilicata: La questione delle donne e la loro adeguata ospitalità nelle REMS pone al momento non pochi problemi. I Responsabili delle REMS della Puglia propongono di inserire le donne presenti, nelle REMS della loro regione e nella Rems calabrese, all'interno della REMS di Pisticci, in Basilicata. Questa proposta confliggerebbe con il principio di territorialità ma potrebbe essere un modo di ovviare a un problema di garanzia e di tutela della privacy delle pazienti e soprattutto di evitare una condizione di isolamento e di mancanza di rapporti con altre donne. Questo, infatti, è uno dei problemi principali delle REMS provvisorie le quali al momento non sono attrezzate per gestire queste situazioni e hanno spesso la presenza di una sola donna.

Di seguito un aggiornamento sulle attività svolte dal Commissario da agosto a novembre 2016, specificando che si rimanda alla relazione semestrale per gli

approfondimenti sulle proposte per superare le criticità derivanti dalla non applicazione della legge 81 e sulle problematiche emerse nella attività delle Rems.

Lazio: Il Commissario ha visitato le REMS di Pontecorvo, il 25 agosto, e Ceccano, il 26 agosto. Nella visita alla REMS di Pontecorvo, il Commissario è stato accompagnato dal dott. Luciano Pozzuoli, Responsabile della struttura, e dal dottor Ferrauti, Responsabile del DSM. Durante la visita nella REMS di Ceccano, poi, ha avuto un confronto utile con il Magistrato di Sorveglianza, dott.ssa Spaventi.

Dopo le visite, il Commissario ha inviato una lettera al Presidente della Regione Lazio, Nicola Zingaretti, manifestando un pieno riconoscimento per la grande professionalità e la dedizione del personale a cominciare dai Responsabili, dott. Nicolò e dott. Pozzuoli. Ha fatto presente come anche in queste REMS fosse tangibile la passione e la competenza degli operatori, consapevoli di partecipare alla realizzazione di una grande riforma di civiltà.

Il Commissario avanzava, poi, valutazioni e criticità:

- *Qualità dei pasti somministrati.* Vengono serviti pasti uguali a quelli distribuiti negli ospedali ma tenendo in considerazione che ci sono persone che rimangono nelle REMS per periodi lunghi, l'inadeguatezza della qualità e della quantità del cibo sono fattori che pesano notevolmente. Occorre prevedere che in strutture comunitarie come queste, i pasti siano preparati ad hoc, magari da una cooperativa a chilometro zero, e con una possibilità di scelta del menù da parte degli ospiti come accade già in molte REMS.
- *Misure di sicurezza provvisorie.* Riferendosi ai dati del DAP aggiornati a luglio, si faceva presente che le misure di sicurezza in attesa di essere eseguite per la regione Lazio e per altre regioni fossero (e sono!) così numerose che rischiavano (e rischiano) di far fallire la riforma. Le REMS del Lazio, infatti, hanno una capienza prevista di 91 posti e non erano (e non sono) in grado di sopportare questo peso.

- *REMS definitive.* Occorrerebbe fare un bilancio del periodo di funzionamento di quelle provvisorie e delle necessità di adeguamento emerse. Queste strutture dovranno rispondere ai criteri fondamentali di rapporto con il territorio per la presenza di una rete di associazioni culturali e di volontariato che favoriscano il reinserimento sociale, anche sulla base delle esperienze delle REMS provvisorie.
- *Questioni strutturali.* Le REMS dovrebbero avere un carattere meno carcerario possibile, nella struttura e nelle recinzioni, con maggiore attenzione alla sicurezza del personale che potrebbe essere dotato utilmente di un braccialetto con un pulsante di chiamata e di allarme, come succede in altre REMS.
- *Progetto della REMS definitiva di Ceccano.* Nel progetto si prevede la presenza di due moduli da 20 posti. Il Commissario ha fatto presente i suoi dubbi su questa soluzione, dal punto di vista edilizio e del modello terapeutico che prefigura poiché, tendenzialmente, la sua preferenza è per una scelta verso modelli di strutture di accoglienza più piccole. Qualora si ipotizzasse la presenza di 40 pazienti, la scelta dovrebbe prevedere caratteristiche architettoniche diversificate per adeguarsi a progetti terapeutici personalizzati. Si potrebbe pensare dunque a una struttura con camere singole e doppie per venti posti, ma gli altri 20 ospiti dovrebbero avere residenze simili a mini appartamenti o a case famiglia che permettano di stimolare l'assunzione di responsabilità e il raggiungimento di autonomia in previsione della fine della misura di sicurezza.
- *REMS femminile.* La struttura dovrebbe trovare collocazione definitiva in un luogo accessibile alle famiglie e agli altri visitatori e dovrebbe garantire agli stessi di raggiungere la struttura in modo semplice e attraverso l'utilizzo di mezzi di trasporto pubblici.
- *REMS miste.* Tenere in considerazione la possibilità di prevedere REMS miste, con la presenza di pazienti uomini e donne, come accade in molte REMS d'Italia.

- *Rems a Roma.* La capitale produce sicuramente un numero elevato di presenze di pazienti e stupisce notare che a Roma non sia prevista neppure una REMS.
- *Risorse.* E' necessario prevedere la presenza di risorse, non enormi, ma che siano volte ad assicurare la dignità delle persone, in particolare per gli ospiti senza risorse economiche e senza pensione di invalidità, garantendo, tra le altre cose, dei mezzi per sostenere l'attività di laboratori (pittura, ceramica, rilegatoria, stamperia, teatro, cineforum, biblioteca, giardinaggio, ecc); una soluzione potrebbe essere prevedere la concessione di borse lavoro che aiuterebbero il processo terapeutico e farebbero crescere l'autostima. Ora, invece, sono gli stessi operatori a farsi carico delle necessità minime con una disponibilità meritoria ma che non può costituire la soluzione al problema. Bisogna sempre tenere in considerazione, infatti, che le REMS non sono degli ospedali con persone allettate ma devono essere intesi come una comunità per ripensare la propria vita, rivalutando il passato e progettando il futuro.

Calabria: Visita alla REMS di Santa Sofia d'Epiro il 6 e il 7 settembre. In quei giorni, a Cosenza, il Commissario ha incontrato il Prefetto, Gianfranco Tomao in una riunione con i Magistrati, le Forze dell'Ordine, la Asl e la Regione, per mettere a punto le condizioni per l'apertura della Rems, decisa per il 28 settembre e poi slittata al 28 ottobre.

Audizione al Senato: Il verbale dell'audizione al Senato del Commissario Corleone, avvenuta il 13 settembre scorso, è consultabile al seguente link:

http://www.senato.it/japp/bgt/showdoc/frame.jsp?tipodoc=SommComm&leg=17&id=00988105&part=doc_dc&parse=no&stampa=si&toc=no

Puglia: partecipazione al convegno organizzato dall'ASL di Brindisi in collaborazione con la Regione Puglia. In data 18/09/2016 in occasione della Fiera del Levante di Bari, negli spazi riservati ai convegni, è stato affrontato il delicato tema delle problematiche correlate alla chiusura degli OPG e all'apertura delle REMS.

Piemonte: Torino, convegno del 20 settembre organizzato dalla Fondazione dell'Avvocatura torinese "Fulvio Croce" e dal Garante delle persone sottoposte a misure restrittive della libertà personale della Regione Piemonte, Bruno Mellano. Il convegno alla quale ha preso parte ed è intervenuto il Commissario era intitolato "C'erano gli O.P.G. ora ci sono le R.E.M.S.?"

Sicilia: Visita a Caltagirone il 28 settembre. Durante tale incontro è stato possibile conoscere e apprezzare le buone prassi presenti presso la REMS. Il Commissario ha chiesto poi all'Ing. Alparula e al dott. Aprile di essere costantemente aggiornato circa lo stato dei lavori della stessa REMS.

Organismo di Coordinamento: In data 29 settembre si è riunito l'Organismo di Coordinamento per il superamento degli OPG. Durante tale incontro il Commissario ha riferito i contenuti della relazione semestrale facendo notare che il quadro presente in tale data fosse sicuramente più favorevole rispetto a quello presente all'inizio del mandato.

Convegni a Roma: Uno organizzato in occasione della XVII edizione dell'Agorà penitenziaria, convegno annuale dell'Associazione Italiana di Medicina e Sanità Penitenziaria dal 14 al 16 settembre; l'altro organizzato da Area e tenutosi presso il Tribunale Penale di Roma il 25 ottobre 2016, un incontro di studio sulla tematica delle REMS.

Veneto. E' stato organizzato dalla ASL di Verona un seminario nel quale si è discusso su OPG e REMS. Si è tenuto a Ronco all'Adige (VE) il 10 novembre ed è stato organizzato dalla dott.ssa Franca Berti, garante dei detenuti del Comune di Bolzano.

Piemonte. La Rems di San Maurizio Canavese è stata inaugurata il 15 novembre e in tale occasione è stato presente anche il Commissario. La struttura ha iniziato ad accogliere i pazienti piemontesi ospitati a Castiglione delle Stiviere a cui seguiranno, dopo un necessario periodo di assestamento, quelli in attesa di essere inseriti in REMS per esecuzione di misure di sicurezza.

Convegno Parma: Il convegno è stato organizzato dalla Asl di Parma dalla dott.ssa Paulillo e dal dott. Giannattasio, intitolato "Legge 81/2014 - quali nuove prassi?" che si è tenuto a Parma il 17 novembre 2016. Il convegno ha avuto l'obiettivo di permettere il confronto tra le diverse operatività in essere nelle REMS e di confrontarsi sulle prassi e sulle criticità emerse tra i bisogni di cura e quelli di sicurezza sociale.

Liguria: Il Commissario ha seguito l'intero iter di individuazione, studio e progettazione della REMS ligure che sarà aperta a Genova Prà e nel mese di settembre ha effettuato un ulteriore incontro con l'Assessore alla salute Sonia Viale.

Rems Maniago: E' stata visitata la Rems di Maniago il 3 novembre scorso. A seguito della visita il Responsabile Cassin, ha inviato documentazione relativa alla REMS definitiva associata al CSM 24 ore.

2. Obiettivi, criticità e prospettive

Obiettivi immediati

- Progettazione del seminario di approfondimento, con la partecipazione dell'Organismo dei Responsabili delle REMS e dei Dipartimenti, di alcuni Magistrati di Sorveglianza e di giudici della cognizione, che sarà convocato dai ministeri della Salute e della Giustizia. Questa sarà un'occasione per cominciare a mettere a punto un percorso che definisca la necessità di un Coordinamento della realtà delle trenta Rems esistenti sul territorio con un esame rigoroso delle tante criticità emerse. Andrà data una risposta al nodo della gestione autonoma delle Rems, superando le contraddizioni tra cura e custodia. Andrà sciolto il nodo della prevalenza del regolamento penitenziario rispetto ai regolamenti adottati dalle Rems che andranno coordinati in un testo base che garantisca i diritti dei pazienti superando logiche paternalistiche.
- Chiusura degli ultimi due OPG ancora aperti, Montelupo Fiorentino e Barcellona Pozzo di Gotto;
- Rapida apertura delle REMS in:
 - ° Sicilia, a Caltagirone;
 - ° Toscana;
 - ° Liguria, a Genova Prà.

Criticità

Ad ottobre 2016 le persone internate nei due OPG ancora aperti sono 26 e le misure di sicurezza in attesa di essere eseguite sono 241, 176 provvisorie e 65 definitive. Sono state decise, nella gran parte, dalla Magistratura di cognizione e rimangono in attesa di essere eseguite per mancanza di disponibilità nelle REMS.

Come ricordato anche nella Relazione semestrale, dare esecuzione a queste misure di sicurezza comporterebbe l'esplosione del sistema. Rimane il problema della separazione degli imputati dai condannati che, pur essendo un principio di tutela valido

in generale per tutte le persone private della libertà, nel caso di persone con problemi psichiatrici non viene rispettato. Il risultato è che nella stessa struttura vi è una commistione di soggetti con una situazione, medica e giuridica, diversa.

Questo problema verrebbe meno qualora venisse approvato quanto previsto nell'emendamento presentato dalla Senatrice De Biasi e altri nel quale si prevede, tra le altre cose, che dovranno essere inseriti in REMS le sole persone per le quali sia stato accertato in via definitiva lo stato di infermità al momento della commissione del fatto da cui derivi il giudizio di pericolosità sociale e il conseguente bisogno di cure psichiatriche.

Un'altra importante questione è quella relativa alla presenza effettiva, nelle carceri, di reparti specializzati dove si possa rispondere alle esigenze di cura di persone con condizioni previste dagli artt. 111, co. 5 e 7 DPR 230/2000 (infermità psichica sopravvenuta e vizio parziale di mente, art. 112 DPR 230/2000 – accertamento condizioni psichiche, art. 65 O.P. sezioni per minorati psichici, 148 CP – infermità psichica sopravvenuta al condannato), così come previsto dalla normativa. Le sezioni speciali carcerarie, previste, oltre che nelle norme dell'Ordinamento penitenziario (art. 65), nel DPCM 1° aprile 2008, che disciplina il passaggio delle funzioni sanitarie dall'amministrazione penitenziaria alle Regioni, e nei successivi Accordi della conferenza Stato-Regioni, che hanno definito i dettagli di questo passaggio (Accordi n. 81/CU del 26/11/2009, n. 95/CU del 13/10/2011, n. 3/CU del 22/01/2015, n. 17/CU del 26 febbraio 2015), e nelle quali gli interventi diagnostici e terapeutici sono assicurati dai dipartimenti di salute mentale del territorio, comprendono e unificano le preesistenti sezioni penitenziarie per osservandi e “minorati psichici” e dovranno ospitare i soggetti con disturbi psichici gravi, comprendendo tutte le categorie di soggetti in tali condizioni, non sottoposti a misura di sicurezza.

Bisognerà in tutti i modi evitare la creazione di piccoli manicomi, così rischia di avvenire nelle carceri di Reggio Emilia e Barcellona Pozzo di Gotto dove vi è una

elevata concentrazione di detenuti psichiatrici con uno scarsissimo rispetto del principio di territorialità.

Prospettiva a lungo termine

Se tra la fine dell'anno e il mese di gennaio sarà realizzato l'obiettivo della chiusura di tutti gli OPG e l'apertura delle REMS previste nel Piano stipulato da Stato e Regioni, il Commissario dedicherà l'ultimo mese del suo mandato a realizzare alcuni obiettivi anche sulla base dei risultati del Seminario nazionale e delle modifiche legislative che auspicabilmente saranno introdotte.

In particolare:

- 1) Redistribuzione dei pazienti nelle REMS di competenza territoriale con il pieno rispetto del principio di territorialità;
- 2) Programmazione e progettazione delle REMS definitive;
- 3) Abolizione delle stanze triple e quaduple nelle REMS, con opportuni interventi e ne tempo più rapido possibile, tenendo conto che nelle Rems definitive le camere dovranno essere singole o doppie e con in bagno in camera.
- 4) Ridisegno della capienza delle Rems nelle diverse Regioni secondo i parametri emersi nell'esperienza di un periodo ormai significativo e alla luce di una definizione chiara del senso delle Rems stesse.

Principio della territorialità

Il principio di territorialità dovrà essere obbligatoriamente rispettato, nel momento della chiusura degli ultimi due OPG ancora funzionanti e dell'apertura delle REMS previste. Questo tenendo in considerazione quanto stabilito all'interno della Conferenza Unificata (Accordo Stato – Regioni) del 26 febbraio 2015 nella quale, all'interno dell'art.1, viene stabilito che il Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria debba attenersi al principio della territorialità per effettuare assegnazioni e trasferimenti (come espressamente previsto nell'articolo 3-ter. Comma 3, lettera c) del decreto-legge 22 dicembre 2011, n. 211). Il Commissario sostiene però che, considerando alcuni casi di particolare gravità e urgenza e la realtà di una lista d'attesa ancora lunga, si possa valutare la destinazione di soggetti SFD in regioni diverse da quelle di attribuzione legata alla commissione del reato.

Nella seguente tabella vengono specificate le Regioni dalle quali provengono le persone che stanno eseguendo una misura di sicurezza in regioni diverse dalla loro regione di appartenenza, le REMS presso le quali sono ospitate e il numero totale.

Regione di provenienza	REMS di accoglienza	Numero
LIGURIA	- Castiglione dello Stiviere – Lombardia	9
PUGLIA	- Castiglione dello Stiviere – Lombardia	1
	- Bologna – Emilia Romagna	1
SICILIA	Castiglione dello Stiviere – Lombardia	4
ABRUZZO e MOLISE	San Nicola Baronia – Campania	1
TOSCANA E UMBRIA	- Castiglione dello Stiviere – Lombardia (2) - Bologna – Emilia Romagna (1) - Parma – Emilia Romagna (1) - Montegrimano – Marche (4) - Capoterra – Sardegna (1)	9
LAZIO	- Montegrimano – Marche	1
CALABRIA	- Pisticci – Basilicata (8)	8
Totale		34

A tal proposito sarebbe utile anche ricordare che il principio della territorialità non viene quasi mai rispettato per le donne. In molte REMS, infatti, non vi è ad oggi la possibilità di ospitare donne e di conseguenza ci si trova costretti ad assegnarle alle poche strutture disponibili ma che spesso sono lontane dalla loro Regione di provenienza. Sarebbe indispensabile, che il principio di territorialità fosse violato solo ed esclusivamente nell'interesse della paziente e non per carenze strutturali.

3. Rems sul territorio nazionale: strutture attive, da attivare, capienza

Ad oggi le REMS presenti in Italia sono così ripartite nelle diverse regioni:

Regione Lazio

	REMS	Posti
1	Pontecorvo (FR)	11
2	Ceccano (FR)	20
3	Palombara Sabina (RM)	20+20
4	Subiaco (RM)	20
	Totale posti letto	91

Regione Campania

	REMS	Posti
1	Mondragone (CE)	16
2	Roccaromana (CE)	20
3	Vairano Patenora (CE)	12
4	San Nicola Baronia (AV)	20
	Totale posti letto	68

Regione Friuli Venezia Giulia

	REMS	Posti
1	Udine	2
2	Maniago (PN)	2
3	Aurisina (TS)	2
	Totale posti letto	6

Regione Emilia Romagna

	REMS	Posti
1	Bologna	14
2	Parma	10
	Totale posti letto	24

Regione Sicilia

	REMS	Posti
1	Naso (ME)	20
2	Caltagirone (CT)	20
	Totale posti letto	40

Regione Puglia

	REMS	Posti
1	Spinazzola (BAT)	20
2	Carovigno	18
	Totale posti letto	38

Regione Piemonte

	REMS	Posti
1	Brà – Cuneo	18
2	San Maurizio Canavese - Torino	20
	Totale posti letto	38

Regioni con una sola Rems

Regione	Città	Posti
Lombardia	Castiglione delle Stiviere	160
Sardegna	Capoterra (CA)	16
Basilicata	Pisticci (MT)	10
Veneto	Nogara (VR)	40
Marche	Montegrimano (PS)	15
Trentino Alto Adige	Pergine Valsugana (TN)	10
Toscana	Volterra (PI)	28
Abruzzo	Barete (AQ)	20
Calabria	Santa Sofia d'Epiro	20

La capienza delle Rems presenti sul territorio nazionale è di 624 posti.

Le prossime aperture sono previste nelle seguenti regioni:

- 1) Liguria, a Genova;
- 2) Toscana;
- 3) Sicilia, secondo modulo a Caltagirone.

I pazienti presenti nelle REMS ad oggi sono 603

Il fatto che delle persone vengano anche dimesse dalle REMS è un segnale positivo che porta a pensare che queste residenze siano delle strutture tendenzialmente aperte e, contrariamente agli OPG, non prevedono una presenza senza fine, con quella tragica pratica che era definita come *ergastolo bianco*. Inoltre, visto il numero irrisorio di reingressi comunicati su richiesta del Commissario, dai Responsabili delle REMS, possiamo permetterci di affermare che il sistema in qualche modo stia iniziando a funzionare e che il lavoro svolto dagli operatori delle REMS, in stretta collaborazione con i servizi territoriali, stia dando dei risultati molto positivi.

Presenze³

		Regione	Data apertura	Presenza
1	Aurisina (Trieste)	FVG	04/05/2015	1
2	Maniago (PN)	FVG	21/05/2015	2
3	Udine	FVG	29/02/2016	1
4	"Merope" Palombara Sabina "Minerva" Palombara Sabina	Lazio	18/08/2015 08/06/2016	39
5	Subiaco	Lazio	01/07/2015	20
6	Ceccano (FR)	Lazio	05/11/2015	17
7	Pontecorvo (FR)	Lazio	31/03/2015	11
8	Roccaromana	Campania	18/06/2015	20
9	Vairano Patenora	Campania	06/12/2015	11
10	Mondragone	Campania	30/04/2015	16
11	San Nicola Baronia	Campania	02/12/2015	20
12	Volterra	Toscana (Umbria)	01/12/2015	29
13	Barete	Abruzzo (Molise)	09/05/2016	12
14	Bra (CN)	Piemonte	22/10/2015	23
15	Castiglione dello Stiviere	Lombardia	01/04/2015	170
16	Capoterra	Sardegna	27/07/2015	16
17	Caltagirone	Sicilia	30/04/2015	20
18	Naso	Sicilia	01/04/2105	21
19	Carovigno	Puglia	07/07/2016	17
20	Spinazzola	Puglia	01/12/2015	16
21	Pergine Valsugana	Trentino Alto Adige	01/07/2015	10
22	Parma	Emilia Romagna	27/04/2015	10
23	Bologna	Emilia Romagna	01/04/2015	14
24	Nogara (VR)	Veneto	20/01/2016	36
25	Montegrimano (PU)	Marche	25/06/2015	19
26	Pisticci	Basilicata	27/04/2015	10
27	Santa Sofia d'Epiro	Calabria	28/09/2016	11
28	S. Maurizio Canavese	Piemonte	15/11/2016	11
Totale				603

³ Dati aggiornati ad ottobre 2016.

3.4 Misure di sicurezza non eseguite

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

Tra le 241 ordinanze⁴ alle quali ad oggi non è stata data esecuzione, va fatta una differenziazione tra le misure rivolte alle persone residenti nelle regioni che hanno già attivato sul proprio territorio delle REMS (ma che avendo raggiunto la capienza massima non possono accogliere altri pazienti) e le misure rivolte a persone residenti in regioni che al momento non hanno attivato strutture adeguate per dare esecuzione a questi provvedimenti.

Nel primo caso, l'elenco è il seguente: soggetti in attesa di esecuzione della misura di sicurezza residenti in Regioni con REMS attive ma senza posti disponibili:

Emilia Romagna	10 (8 provvisori e 2 definitivi)
Trentino Alto Adige	1 provvisorie
Basilicata	2 provvisori
Lazio	21 (18 provvisori e 3 definitivi)
Campania	25 (22 provvisori e 3 definitivi)
Puglia	11 (10 provvisori e 1 definitivi)
Toscana e Umbria	21 (18 provvisori e 3 definitivi)
Piemonte	23 (12 provvisori e 11 definitivi)
Sicilia	62 (39 provvisori e 23 definitivi)
Veneto	1 definitivo
Abruzzo e Molise	2 provvisori
Lombardia	17 (13 provvisori e 4 definitivi)
Calabria	23 (20 provvisori e 3 definitivi)
Sardegna	1 provvisorio
Totale	241

La Liguria è al momento l'unica regione senza Rems e le persone in attesa sono 21 (10 provvisori, 11 definitivi).

⁴ Dati aggiornati al 25/10/2016.