

REMS e cura dei pazienti psichiatrici. Lo “stato dell’arte” a dieci anni dalla riforma: spunti operativi in una prospettiva costruttiva

di Antonella Calcaterra

Il presente contributo ha l’obiettivo di condividere alcune riflessioni in ordine ai profili problematici legati alle REMS e al sistema della cura dei pazienti psichiatrici, per poi offrire in una prospettiva costruttiva alcuni spunti funzionali alla prosecuzione – più che all’interruzione – di un lavoro finalizzato alla “messa a regime” di un sistema di effettiva tutela delle persone fragili.

1. Profili critici nella realtà applicativa / 2. Quali rimedi (e quali no)?

1. Profili critici nella realtà applicativa

Allo stato attuale, il nostro ordinamento presenta un impianto normativo che, almeno sulla carta, garantisce interventi e percorsi terapeutici riabilitativi a tutti i destinatari, siano essi raggiunti da misure di sicurezza o da problematiche psichiatriche. D’altro canto, non vi sono strutture e risorse territoriali in numero sufficiente per realizzare la piena ed effettiva attuazione e applicazione del suddetto impianto normativo.

L’importantissima spinta propulsiva che ha portato alla chiusura degli OPG si sta esaurendo sotto il peso delle difficoltà quotidiane, delle pressioni esercitate da alcune criticità e dell’assenza di prospettive di completamento della riforma collegate anche alla carenza di risorse e di fondi.

È evidente che il ritorno a modelli di natura custodiale, nei quali le logiche securitarie prevalgono sulla tutela della salute, non può certo rappresentare la soluzione.

La legge n. 81 del 2014 introduce disposizioni “coraggiose” che sanciscono principi fondamentali non più discutibili quali il principio di priorità della cura necessaria, la natura residuale e transitoria della misura di sicurezza detentiva, la centralità del progetto terapeutico individuale e il principio della territorialità della cura. Non vi è dubbio che il rispetto e l’attuazione dei suddetti parametri assicurerebbero la tutela dei diritti dei pazienti psichiatrici e le aspettative di chi vive accanto a loro. È evidente, poi, che anche il parametro della territorialità della cura mostra la sua natura irrinunciabile essendo strettamente connesso alla finalità stessa della cura, ossia il reinserimento del soggetto nel tessuto sociale di provenienza.

Ciò si contrappone nettamente a quanto prospettato dalla Commissione mista, che – licenziando il «documento finale relativo alle REMS», del 12 novembre 2024¹ – ha concepito l’istituzione di strutture di alta sicurezza centralizzate destinate ad accogliere coloro che presentano un «profilo di pericolosità biosognoso di contenimento da gestire in struttura di

1. Delibera della Commissione mista del Consiglio superiore della magistratura del 12 novembre 2024 (www.sistemapenale.it/pdf_con-tenuti/1739137556_documento-finale-rems.pdf).

alta sicurezza ove accordare prevalenza al profilo custodiale». Prospettazione che non ritengo condivisibile in quanto in deroga al richiamato principio di territorialità.

Vorrei, dunque, approfondire la riflessione illustrando il punto di vista dell'avvocatura; quantomeno di quella che, in tale ambito non facile, lavora sul campo.

Se per un giudice o per un direttore non è semplice disporre il collocamento e gestire in carcere coloro che versano in condizioni cliniche che spesso reclamano la necessità di interventi strutturalmente diversi da quelli attuabili in regime detentivo, a maggior ragione tale stato di cose è fortemente frustrante per noi avvocati, chiamati a tutelare in via principale i diritti dei nostri assistiti, che spesso incontriamo e affianchiamo quotidianamente nella loro condizione di sofferenza.

Il nostro compito è poi reso sempre più difficile dall'incremento esponenziale delle fragilità e delle problematiche psichiatriche che colpiscono gli adolescenti e i giovani adulti. Situazione ulteriormente aggravata dal fatto che, in questi settori, la giustizia è chiamata a operare disponendo di risorse sempre minori e contando su servizi sanitari e su un *welfare* territoriale in evidente e crescente affanno.

Noi avvocati rappresentiamo spesso il punto di raccordo tra gli operatori della giustizia e quelli della salute. Questa nostra collocazione funzionale presenta il vantaggio di offrirci un'ampia visione delle dinamiche in gioco e, spesso, ci aiuta a individuare le cause del dissesto.

Quali sono gli aspetti di maggiore criticità che emergono nella "gestione" quotidiana degli autori di reato che presentano problematiche di salute mentale? Eccoli.

- Una psichiatria territoriale e ospedaliera che tende a "normalizzare" persone che necessiterebbero di interventi terapeutici. Costoro sono spesso qualificati come "antisociali" soltanto per evitare la loro presa in carico e per non dover gestire i relativi più appropriati percorsi giudiziari. Questa deriva sta conducendo, in pratica, alla trasformazione della misura di sicurezza detentiva di carattere psichiatrico (ospedali psichiatrici giudiziari o case di cura) nella misura della casa lavoro; e ciò in palese violazione dei principi sanciti nel 2011 dalle sezioni unite della Corte di cassazione².

- Una parte della psichiatria forense che asseconda questa tendenza, anche per la difficoltà di interloquire fattivamente con il Sistema sanitario, che dovrebbe svolgere il ruolo di destinatario naturale della "presa in carico" delle persone.

- I servizi di salute mentale che tardano a svolgere i loro compiti istituzionali, nonostante le richieste di intervento in favore degli autori di reato ristretti in carcere formalizzate dai giudici, dai medici delle strutture carcerarie e dagli avvocati. Inerzie o ritardi che generano:

- la permanenza in contesti di assoluta privazione della libertà di persone che di carcere non hanno alcun bisogno;

- la permanenza in carcere di persone destinatarie di misure di sicurezza detentive non eseguibili e in attesa del collocamento in REMS;

- ultimamente, il trasferimento di costoro presso il Servizio psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC), sempre in attesa di collocamento in REMS, con conseguente piantonamento e distacco di agenti di polizia penitenziaria.

- I servizi di salute mentale che prolungano immotivatamente le permanenze in REMS per sopperire all'indisponibilità di praticabili risorse di prosecuzione.

- I servizi di salute mentale che sempre più spesso definiscono come necessaria la "permanenza in comunità" e formalizzano richieste di proroga della libertà vigilata *sine die*. Lo scopo evidente è, però, quello di sopperire alla scarsità di appropriate risorse e di ovviare alla difficoltà di interlocuzione tra servizi di *welfare* e Sanità; interlocuzione che invece è necessaria e imprescindibile per ricondurre le persone nel territorio.

Le conseguenze immediatamente percepibili sono la difficoltà di dimissioni dalle REMS dei destinatari di misure di sicurezza detentive, con conseguente incremento sia delle liste di attesa, sia della carenza di posti in comunità per i sottoposti alla libertà vigilata e per l'accoglimento delle persone in uscita dalle REMS.

Un allarmante rapporto dell'Istituto superiore di sanità del 2023 sulla «residenzialità psichiatrica: analisi e prospettive»³ segnala il preoccupante incremento della durata del trattamento residenziale, che è passato dai 756,4 giorni del 2015 ai 963,5 del 2023; incremento che è all'origine delle conseguenze

2. Cass. pen., sez. unite, 28 aprile 2011 (dep. 15 settembre 2011), n. 34091, pres. Lupo, rel. Milo, ric. Servadei.

3. M.L. Scattoni (a cura di), *Residenzialità psichiatrica: analisi e prospettive*, Gruppo di lavoro "Residenzialità psichiatrica", Istituto Superiore di Sanità, Roma, 2023 (Rapporti ISTISAN 2023/9 – www.iss.it/documents/20126/9340234/23-9+web.pdf/1572ae95-d8e6-6c49-f3fc-7e0e3430a530?t=1711719913304).

negative patite dalle persone sottoposte a inserimenti protratti oltre i tempi suggeriti dalle indicazioni cliniche.

Questa situazione comporta inevitabilmente l'incremento della spesa complessiva per le strutture residenziali, oramai prossima al 50% di quella totale stanziata per la salute mentale in Italia. E tutto ciò al netto del costo dei risarcimenti che sempre più di frequente la Corte Edu riconosce a titolo di riparazione per le detenzioni illegali sofferte dai destinatari di misure di sicurezza detentive ineseguite e per le violazioni accertate⁴. Costi e risorse che potrebbero essere destinate con modalità ben più virtuose per scongiurare il rischio che il sistema permanga sul "piano inclinato" appena rappresentato. Piano inclinato su cui ognuno cerca di salvare se stesso, a totale discapito dei destinatari di un "servizio", i quali, grazie al radicale cambio di paradigma legislativo, potrebbero invece vedersi riconoscere percorsi di cura finalizzati al recupero della persona, anche nell'ambito delle relazioni sociali e familiari.

Se questo è il quadro, è evidente che le criticità si collegano non soltanto al numero di posti in REMS, ma soprattutto:

=> alla debolezza dell'assistenza territoriale e "comunitaria", generata anche dalla scarsità delle risorse destinate a tale scopo;

=> all'utilizzo delle REMS non in termini di *extrema ratio*. È, infatti, assolutamente prioritario che l'accesso alle REMS sia praticato soltanto in casi appropriati, visto che la l. n. 81/2014 stabilisce che la pericolosità sociale non va desunta dalle sole condizioni socio-economiche.

=> all'eccessiva "custodialità" che si registra soprattutto in alcune realtà regionali; fenomeno che si accompagna all'adozione di modelli poco integrati che vengono praticati dai servizi territoriali.

2. Quali rimedi (e quali no)?

Ecco alcune riflessioni critiche relative alle soluzioni emerse negli ultimi tempi e qualche proposta.

2.1. Ritengo che la *costruzione di nuove REMS non sia fondamentale* e funzionale alla gestione del problema delle liste di attesa. Tantomeno fuori dai contesti regionali.

Il problema delle liste di attesa esiste e va affrontato con determinazione, soprattutto nelle Regioni maggiormente interessate, che sono sostanzialmente quattro. Va evidenziato, in primo luogo, che persino i numeri delle liste di attesa a volte non sono precisi e omogenei tra loro, tanto che spesso non rappresentano la realtà della situazione; ogni agenzia, tra l'altro, restituisce dati diversi. Va tenuto poi in conto che, pure in presenza di posti disponibili, molte persone in lista di attesa non sono inseribili per motivi giuridici, ad esempio perché presentano una doppia posizione giuridica, oppure perché sono frattanto inserite in contesti comunitari.

I dati sono restituiti in modo corretto grazie all'intervento dei Punti unici regionali (PUR)⁵, istituiti dalla Conferenza Stato-Regioni⁶ proprio al fine di coordinare la gestione delle persone sottoposte a misure di sicurezza di natura psichiatrica nell'ambito del sistema penale. Sono, infatti, i PUR a evidenziare che, in realtà, molte assegnazioni alle REMS non sono concretamente eseguibili per le ragioni sopra indicate e a ridurre, di conseguenza, quel dato errato che ha evidentemente condotto alle conclusioni assunte dal documento licenziato dal Csm e poste a base delle continue e pressanti richieste di incremento dei "posti".

La soluzione della creazione di 700 nuovi posti prospettata nel «Documento finale relativo alle REMS» si discosta anche dalla posizione del Ministero della Salute che, nel dare atto dell'eccessivo ricorso alla misura di sicurezza detentiva (problema non effettivamente affrontato nel documento del Csm), ha proposto come soluzione l'incremento dei posti nelle REMS al 20% e, dunque, un aumento di circa 140/150 unità.

In ogni caso, prima di qualsiasi intervento, sarebbe necessario:

a) stabilire in via preventiva un «meccanismo che consenta una precisa stima numerica del reale fabbisogno di posti»;

b) «guardare ai possibili percorsi di assistenza psichiatrica alternativi sul territorio»;

c) compiere un'attenta analisi della fattibilità del percorso.

Va, poi, tenuto presente che la creazione di ulteriori 700 posti in REMS comporterebbe una spesa di circa 500 milioni di euro per le strutture e un costo di gestione annuale stimabile in circa 130 milioni,

4. A titolo esemplificativo, si citano le sentenze della Corte europea dei diritti dell'uomo *SY c. Italia*, *Cramsteter c. Italia* e *Niort c. Italia*.

5. I PUR regionali già istituiti con delibera sono i seguenti: Lazio, Toscana, Emilia-Romagna, Marche, Friuli-Venezia Giulia, Lombardia, Piemonte, Liguria e Sardegna.

6. Conferenza Stato-Regioni del 30 novembre 2022, istitutiva (all'art. 3) dei PUR («Punti Unici Regionali – vds. www.sistemapenale.it/pdf_contenuti/1670857828_accordo-conferenza-stato-regioni-rem-30-novembre-2022.pdf).

denaro che potrebbe essere utilizzato più utilmente se fosse destinato a rafforzare e a incentivare i percorsi di cura “esterni” e di presa in carico dei sottoposti a misure di sicurezza non detentive grazie all’inserimento di costoro in progetti terapeutici riabilitativi individualizzati (*id est*: *budget* di salute) con programmi di salute, di alloggi, di formazione e lavoro.

2.2. La questione dei *dati* riveste una rilevanza cruciale. Per questa ragione è *fondamentale il ripristino dell'Osservatorio Nazionale*, istituito nel 2021 dal Ministero della Salute⁷ quale organo chiamato a fungere da vera e propria cabina di regia nazionale presso il Tavolo di consultazione permanente e tenuto a svolgere le funzioni indicate all'art. 13 del medesimo decreto.

La raccolta e lo studio dei dati a distanza di dieci anni dall'introduzione della riforma potrebbe rappresentare l'imprescindibile avvio di un approccio scientifico per la gestione del problema sopra rappresentato. È evidente, infatti, che, prima di introdurre nuove proposte, occorrerebbe effettuare un bilancio delle procedure adottate e degli esiti conseguiti.

L'Osservatorio Nazionale potrebbe monitorare i percorsi avviati, lo stato di attuazione dei PUR e dei Protocolli; potrebbe raccogliere gli esiti dei procedimenti penali instaurati nei confronti di imputati affetti da vizio totale o parziale di mente *ex art.* 85 cp. Ovviamente, premessa indispensabile sarebbe quella di garantire la leale interlocuzione tra i soggetti chiamati quotidianamente a occuparsi di queste problematiche e coloro che operano nelle strutture organizzative già esistenti. Sarebbe poi molto utile programmare una corretta raccolta di dati e istituire un Osservatorio permanente avente la struttura e la funzione di una sorta di cabina di regia o di altra analoga struttura.

2.3. Appare anche fondamentale l'*attivazione dei PUR ove ancora non costituiti*. Si tratta, infatti, di organismi concepiti con l'obiettivo di favorire la collaborazione interistituzionale per la gestione dei pazienti destinatari di misure di sicurezza. I PUR – secondo l'ambizioso impianto dell'accordo contenuto nella citata Conferenza Stato-Regioni del 2022 – si incaricano di elaborare i protocolli chiamati a regolare i rapporti con le autorità giudiziarie territoriali per

la costruzione di percorsi assistenziali, che indirizzano l'attività dei periti e dei consulenti, che gestiscono le liste di attesa e che facilitano l'applicazione della l. n. 81/2014 anche mediante accordi di collaborazione tra magistratura, UEPE e Sanità⁸. È auspicabile, però, che la composizione dei PUR includa rappresentanti qualificati di tutti gli attori coinvolti: dipartimenti di salute mentale, magistratura, UEPE, amministrazione penitenziaria e – componente attualmente assente, ma cruciale – l'avvocatura.

In Lombardia l'inserimento nel PUR della componente dell'avvocatura ha prodotto un proficuo ampliamento dell'interlocuzione tra gli operatori del settore. Infatti, è frequente che proprio l'avvocatura, conoscendo direttamente e personalmente la storia e i bisogni delle persone, sia in grado di arricchire e di rinsaldare la fattiva comunicazione tra le diverse istituzioni.

Rientra tra i compiti dei PUR anche la periodica verifica dell'attuale necessità della prosecuzione della misura detentiva in corso di applicazione. Si tratta di un compito molto utile perché a volte numerose condizioni cliniche si evolvono in senso positivo in tempi più brevi del previsto e creano le premesse della possibile trasformazione della misura in corso di applicazione.

Sarebbe di fondamentale importanza che tutte le Regioni condividessero i criteri indicati dalla Conferenza Stato-Regioni del novembre 2022⁹ per l'inserimento e la gestione delle liste d'attesa.

I destinatari delle misure di sicurezza detentive vanno distinti tra:

a) lista prioritaria, costituita da coloro che necessitano di un accesso prioritario alle REMS per indisponibilità di «*soluzioni assistenziali, non solo residenziali, alternative alla REMS*»¹⁰, ovvero perché accolti in contesti inappropriati, quali gli istituti penitenziari, limitatamente ai casi dalla sola applicazione di una misura di sicurezza (cd. *sine titulo*), ovvero in reparti ospedalieri di Servizio psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC);

b) lista dei temporaneamente non inseribili, che comprende coloro che non vanno inseriti nelle liste di attesa, ma allocati in elenchi separati oggetto di periodica verifica, in quanto la misura loro applicata non può, in concreto, essere eseguita per particolari motivazioni (ad esempio, per irreperibilità, per

7. Decreto del Ministero della salute, 31 dicembre 2021, istitutivo dell'Osservatorio nazionale sulle liste di attesa (www.trovanorme.salute.gov.it/norme/renderNormsanPdf?anno=2021&codLeg=93609&parte=1%20&serie=null).

8. Accordo del 30 novembre 2022 della Conferenza Stato-Regioni «sulla proposta del Tavolo di consultazione permanente sulla sanità penitenziaria di collaborazione interistituzionale inerente la gestione dei pazienti con misura di sicurezza».

9. Vds. *supra*, nota 6.

10. *Ibid.*

espatrio, per temporanea collocazione in strutture territoriali diverse dalle REMS, per detenzione in carcere in ordine ad altri procedimenti penali);

c) lista dei non prioritari, riservata a coloro che usufruiscono di adeguata assistenza sanitaria, attestata dai competenti servizi, o che sono interessati da progetti terapeutico-riabilitativi prospettati all'autorità giudiziaria e alternativi al ricovero in REMS.

I PUR potrebbero individuare e porre a disposizione degli operatori di settore il numero delle strutture residenziali regionali esistenti, i posti disponibili e le rispettive competenze specifiche, così da fornire la chiara evidenza della concreta offerta disponibile. In questo modo si eviterebbe che la “scelta del paziente” rimanga affidata all'individuazione operata dalle comunità (generalmente appaltate al privato convenzionato). Inoltre, la conoscenza della rete delle strutture esistenti e disponibili incrementerebbe la collaborazione tra gli operatori del mondo della giustizia e della sanità e agevolerebbe lo svolgimento della funzione degli avvocati tenuti a intervenire a tutela dei diritti dei loro assistiti.

Preliminare e forse alternativa all'apertura di costose strutture sovraregionali o nazionali – peraltro, in molti casi lontane dai dipartimenti di salute mentale (DSM) di riferimento territoriale, dalle famiglie di appartenenza dei sottoposti a misure e, quindi, dalla rete sociale di riferimento – dovrebbe essere la costruzione di un nuovo, virtuoso raccordo tra giustizia e psichiatria che si giovi della collaborazione dei PUR, facendo così emergere in modo proficuo e approfondito la situazione delle varie realtà nelle quali si intende operare.

2.4. In questo quadro sarebbe utile che il Consiglio superiore della magistratura esaminasse il problema dell'elevato numero di ordinanze applicative di misure di sicurezza detentive, sia provvisorie che definitive.

Numeri alla mano, l'obiettivo dovrebbe essere quello del *contenimento delle misure di sicurezza detentive, e in particolar modo delle misure di sicurezza provvisorie*, troppo spesso adottate per affrontare l'emergenza del difficile contenimento di coloro che si affacciano al sistema penale in condizioni di evidente scompenso.

Il documento licenziato dal Csm tratta delle cd. UVAP («Unità di Valutazione di Assessment e Prognosi»), destinate a operare «*ai fini della valutazione assistenziale e prognostica in relazione alla misura adottanda*» (p. 193)¹¹.

Si ipotizza la realizzazione di 80 posti in tre centri collocati uno nel nord-Italia, uno al centro e uno al

sud e, ovviamente, sottratti al principio della territorialità.

Una possibile utile soluzione, alternativa a quella ora indicata, potrebbe essere la predisposizione di “luoghi differenziati” consistenti in “reparti a trattamento avanzato” specializzati nella gestione della prima fase di post-acuzie che spesso si rivela la più complicata; luoghi di cura predisposti per la valutazione peritale e per l'instaurazione dei necessari contatti con i servizi, e quindi indispensabili per mettere a punto i più appropriati percorsi di cura. Tali “luoghi”, collocati in prossimità spaziale con quelli di appartenenza delle persone oggetto di trattamento, opererebbero per una contenuta fase temporale, al compimento della quale anche l'autorità giudiziaria si gioverebbe di un corredo di informazioni per l'adozione della decisione più appropriata.

Questo passaggio – il più complesso – andrebbe affrontato con strumenti idonei e con la consapevolezza che l'iniziale buona gestione agevolerebbe la riduzione delle misure di sicurezza detentive provvisorie che, spesso, già a distanza di pochissimi mesi dall'inizio della loro applicazione, si rivelano non più adatte. Per giunta, queste misure rappresentano una complicità per il lavoro più duraturo e a lunga scadenza che caratterizza l'intervento realizzato nelle REMS nei confronti dei destinatari di misure di sicurezza detentive definitive.

2.5. Un altro intervento imprescindibile e necessario consiste nel *potenziamento del personale e delle risorse dei centri salute mentale* al fine di incrementare i progetti terapeutici e riabilitativi individualizzati (cd. *budget* di salute), sostenendo la “residenzialità”, creando servizi di cura e giudiziari di comunità e unità di psichiatria forense.

Una forte sollecitazione in tal senso è stata formulata anche dalla Corte costituzionale, che, con la sentenza n. 22/2022, ha sottolineato la necessità di «*un urgente potenziamento delle strutture del territorio in grado di interventi alternativi adeguati rispetto alle necessità di cura e a quelle di tutela della collettività*».

La quotidiana esperienza sul campo porta a ritenere fondamentale l'implementazione di realtà territoriali costruite su interventi sociali e sanitari integrati, capaci di farsi carico dei bisogni dei soggetti più fragili, in tal modo perseguendo obiettivi di gestione “preventiva” più che “custodiale”. In quest'ottica, è utile tener conto dei risultati raggiunti da *esperienze virtuose*, quali quelle delle *residenzialità leggere* e delle *residenzialità assistite* che applicano concretamente i

11. Vds. *supra*, nota 1.

principi della legge n. 81/2014. Un esempio significativo è rappresentato dal progetto “Territori per la Salute Mentale”, promosso dal DSMS-ASST Franciacorta e approvato dalla Regione Lombardia. Si tratta di un programma innovativo, ormai consolidato, che punta a sviluppare la domiciliarità assistita e l’inclusione sociale delle persone con gravi disturbi psichici attraverso l’integrazione tra politiche sanitarie, sociali, del lavoro e dell’abitare. Il progetto si propone di:

- ridurre il ricorso alla residenzialità protetta attraverso strumenti quali i già richiamati *budget di salute*;
- rafforzare i percorsi riabilitativi individualizzati e integrati nel territorio;
- convertire le risorse destinate alle comunità protette in programmi di domiciliarità per un numero più ampio di utenti;
- attivare un servizio di assistenza domiciliare che consenta, per esempio, di dismettere posti in comunità con alta intensità assistenziale, liberando risorse da destinare all’assistenza domiciliare, secondo la gravità dei bisogni;
- prevenire l’istituzionalizzazione di soggetti con bisogni di cura più contenuti già presenti nei contesti familiari.

Un tale modello, oltre a promuovere il benessere e l’autonomia degli utenti, consente di *ridurre in modo significativo i costi del sistema*, destinando alcune risorse ai trattamenti rivelatisi più efficaci anche a supporto delle situazioni di rilievo psichiatrico che si presentano all’interno del circuito penale. Questa impostazione realizzerebbe un vero e proprio cambio di paradigma, che individuerrebbe il proprio baricentro nella cura e nell’inclusione e non più nella custodia e nella segregazione.

L’esperienza pratica ci rafforza nell’idea che questo mutamento di paradigma si può realizzare.

2.6. Non ritengo condivisibile l’istituzione di strutture per i malati «*inemendabili e incurabili*»¹². Si è, infatti, ipotizzata «*la costituzione di tre strutture ad Alta Sicurezza – distribuite a nord, centro e sud – destinate ciascuna a raccogliere 20 soggetti circa, per così dire, “inemendabili” in cui prevalga l’aspetto custodiale su quello curativo, da affidarsi alla polizia penitenziaria anche al fine di assicurare una migliore funzionalità e regolarità delle REMS ordinarie*». La costituzione delle strutture ad alta sicurezza realizzerebbe un vero e proprio doppio circuito, caratterizzato dalla distinzione tra pazienti per così

dire “stabilizzati”, in grado di seguire un percorso di riabilitazione psichiatrica finalizzato al reinserimento sociale, e pazienti che presentano un profilo di pericolosità “bisognoso di contenimento”, che andrebbero inseriti nelle suddette strutture con prevalente carattere custodiale e gestite dalla polizia penitenziaria.

Difficile comprendere, però, quale figura professionale e secondo quali forme di accertamento dovrebbe qualificare, da un punto di vista clinico e peritale, un *malato* (così viene riconosciuta una persona dichiarata totalmente o parzialmente incapace di intendere o di volere) come *soggetto “inemendabile”*. Sfugge, poi, in quale modo potrebbe spiegarsi in termini giuridici l’inserimento nel circuito penitenziario di autori di reato affetti da vizio di mente.

2.7. Anche il ripristino della *gestione delle REMS* da parte del *Ministero della giustizia*, da molti ipotizzato e auspicato, non si fa carico dell’aporia consistente nel relegare la psichiatria al ruolo di mera esecutrice di valutazioni operate in ambiti non altrettanto specialistici e rischierebbe di minare alla base l’effettiva possibilità di cura; e tutto ciò, in favore di un mandato dichiaratamente custodiale.

Non si può negare che questa ipotesi organizzativa contenuta al punto 7 della delibera del Csm e che ipotizza il «*ritrasferimento delle funzioni di gestione*» delle REMS al Ministero della giustizia rimanda ad alcuni passaggi della sentenza della Corte costituzionale n. 22 del 2022. È bene però precisare che in quell’occasione la Consulta, pur sottolineando la necessità di interventi legislativi volti a correggere taluni malfunzionamenti del sistema REMS, non ha affatto auspicato il *ritrasferimento delle funzioni di gestione* al Ministero della giustizia, limitandosi a sollecitare soltanto forme di *coinvolgimento* del Ministero della giustizia in alcune attività, quali il coordinamento e monitoraggio delle REMS esistenti, gli interventi a tutela della salute mentale inseribili nel quadro della misura di sicurezza della libertà vigilata, la programmazione del fabbisogno finanziario propedeutico all’eventuale potenziamento quantitativo delle strutture esistenti e degli strumenti alternativi¹³.

La Corte, infatti, ha dichiarato inammissibile la censura relativa all’estromissione del Ministero della giustizia da qualunque competenza significativa in materia di collocazione nelle REMS, evidenziando che un’eventuale dichiarazione di illegittimità costituzionale della disposizione vigente avrebbe determinato «*l’integrale caducazione del sistema delle REMS, che costituisce il risultato di un faticoso ma ineludibi-*

12. *Ibid.*

13. Corte cost., 27 gennaio 2022, n. 22, pres. Coraggio, rel. Viganò, *considerato in diritto* 5.5.

le processo di superamento dei vecchi OPG; e produrrebbe non solo un intollerabile vuoto di tutela di interessi costituzionalmente rilevanti, ma anche un risultato diametralmente opposto a quello auspicato dal rimettente, che mira invece a rendere più efficiente il sistema esistente, mediante il superamento delle difficoltà che impediscono la tempestiva collocazione degli interessati in una struttura idonea». A questo proposito anche il documento del Centro di ricerca in Diritto penitenziario e Costituzione (*European Penological Center*)¹⁴ ha evidenziato come «la prospettiva indicata dalla Commissione sia completamente erronea, perché la citata sentenza, pur segnalando la necessità di interventi legislativi che rimedino a taluni malfunzionamenti del sistema delle REMS, non impone il (ri)trasferimento delle funzioni di gestione delle strutture al Ministero della giustizia».

2.8. È certamente auspicabile la prosecuzione e l'intensificazione delle collaborazioni interistituzionali (tra psichiatria, giustizia, avvocatura e garanti) già sviluppate in protocolli e relazioni che individuano in modo autorevole, equilibrato e determinato le migliori prassi applicative per affrontare i molteplici problemi che si presentano nella realtà operativa.

Queste collaborazioni in alcune realtà ben avviate realizzano «un efficace scambio interistituzionale tra Servizi sanitari e magistratura» in modo da «intervenire celermente per rivalutare i profili di rilievo, eventualmente modificando la misura di sicurezza applicata, qualora l'osservazione clinica svolta dagli operatori sanitari dia conto di discrasie e divergenze rispetto alle valutazioni già effettuate sia con riferimento alla capacità di intendere e di volere che in relazione alla pericolosità sociale».

La metodologia dello scambio interistituzionale ben si adatta alla fluidità del concetto di pericolosità sociale del soggetto riconosciuto totalmente o parzialmente incapace perché ne rende possibile la rivalutazione anche prima della scadenza dei termini di durata, aprendo la via alle trasformazioni e agli adeguamenti necessari.

Pare, invece, impraticabile, a opinione di chi scrive, la costituzione di un «organismo centrale (validato dal Ministero, dalla Società italiana di Psichiatria) che possa dare fondamento alla scelta del magistrato di Sorveglianza, circa la misura da adottare e la struttura di accoglienza» e «ancora di affidare ad un giudice di cognizione, dopo il giudizio, la diretta rivalutazione motu proprio del soggetto

posto in misura, demandandone l'esame medico legale ad un corpo centrale di esperti (...)».

Se da un lato pare del tutto insostenibile una «validazione» delle scelte dei magistrati da parte di un «organismo centrale», dall'altro è bene ricordare che il procedimento di revisione della pericolosità sociale già esiste ed è ben disciplinato.

2.9. Un altro importante argomento di riflessione riguarda la qualità degli elaborati peritali in ambito psichiatrico e la necessaria formazione specifica dei periti; aspetti di centrale rilievo che si auspica che le scuole di specializzazione affrontino con il massimo impegno. È evidente che è di fondamentale importanza la tecnica di formulazione dei quesiti peritali. A questo proposito, va ricordato che numerosi protocolli hanno affrontato tale aspetto e hanno proposto la formulazione quesiti ben strutturati. È auspicabile, però, che questi contributi possano essere potenziati e affinati grazie alla formazione e alla competenza specifica richiesta ai magistrati e agli avvocati del settore.

2.10. Resta di fondamentale necessità adeguare la normativa del codice penale e dell'ordinamento penitenziario che ancora richiama gli OPG e le case di cura non più esistenti, inserendo le definizioni che fanno riferimento alla nuova realtà normativa. Il mancato aggiornamento terminologico e concettuale costituisce un fattore di possibile confusione nella pratica quotidiana, soprattutto in danno dei soggetti istituzionali diversi da quelli che posseggono una specifica padronanza e competenza giuridica.

2.11. Appare opportuno, infine, che si faccia chiarezza normativa sul piano delle garanzie che fanno capo alla posizione della persona internata, così da assicurare regole trasparenti e rimedi effettivi. In particolare, è indispensabile che vengano poste per iscritto le regole che governano i luoghi di detenzione a gestione sanitaria; regole che mirino al perseguimento della specifica finalità delle misure di sicurezza, costituita dalla cura e dal recupero del paziente; regole in linea con la salvaguardia e la cura dei più elementari diritti del detenuto. E invece, purtroppo, nella pratica, dietro la clausola della «opportunità clinica» si annidano margini di arbitrio che comprimono i diritti fondamentali (colloqui, comunicazioni, uscite) delle persone destinatarie delle misure in argomento. Tutto ciò senza un'adeguata base legale e

14. Centro di ricerca in Diritto penitenziario e Costituzione – *European Penological Center*, *Le criticità delle R.E.M.S. nella relazione della Commissione mista presso il CSM: prove tecniche di Controriforma?*, https://dirittopenitenziarioecostituzione.it/images/clinica-Legale/notizie/Criticita_delle_REMS_Commissione_mista_presso_il_CSM.pdf.

senza la possibilità di ottenere la rivalutazione della decisione che si reputa lesiva dello “status” di persona oggetto di “trattamento giurisdizionalizzato”.

Resta dibattuta la questione dell'applicabilità dei principi dell'ordinamento penitenziario ai ricoverati in REMS, a volte organizzate sulla base di regolamenti interni differenti l'uno dall'altro.

La Corte costituzionale ha ribadito la competenza della magistratura di sorveglianza sulla *applicazione, esecuzione, trasformazione e revoca* delle misure di sicurezza, proprio al fine di assicurare il «vivo» controllo giurisdizionale anche alla fase dell'esecuzione¹⁵. Va da sé che all'integrale percorso detentivo devono essere assicurate le *garanzie di legalità, proporzionalità, controllabilità giurisdizionale* attraverso *strumenti di effettiva tutela* tenendo conto, ad esempio, che i pazienti ricoverati in REMS non vanno considerati dei detenuti in senso stretto, ma nemmeno sono assimilabili ai pazienti ordinari.

Occorre, però, perseguire sempre il giusto bilanciamento tra i bisogni della gestione sanitaria del paziente e i diritti fondamentali che l'ordinamento penitenziario assicura ai destinatari delle misure privative della libertà. In tale contesto vanno richiamate le disposizioni che disciplinano espressamente il trattamento (artt. 1, 15 e 19 ord. penit.), l'affettività e i rapporti con la famiglia e la comunità esterna (artt. 18 e 28 ord. cit.) e l'effettività del controllo giurisdizionale sull'esercizio di tali diritti (artt. 35 e 35-bis ord. cit.).

In sintesi, il fondamentale canone interpretativo deve mirare al miglior temperamento tra le esigenze del sistema a gestione sanitaria – che, però, valorizzi al massimo grado l'aspetto di cura perché è solo grazie alla cura che possono prodursi i miglioramenti delle condizioni di salute della persona – e nel

quale i medici possono operare con il massimo grado di responsabile iniziativa terapeutica, e la salvaguardia delle persone che non possono essere private dei diritti fondamentali e della più ampia tutela legale, anche in termini di esperibilità dei rimedi di legge innanzi all'autorità giudiziaria.

Da molto tempo leggo, scrivo e mi occupo nel quotidiano giudiziario delle persone detenute e internate.

Sono passati più di dieci anni dall'entrata in vigore della legge n. 81 del 2014 e, come spesso capita in occasione delle ricorrenze relative alle riforme importanti, si traggono i classici “bilanci”.

C'è chi auspica una regressione in direzione della “chiusura”; c'è chi reclama il diritto dei cittadini a non aver paura, e siccome i “matti” fanno paura, invoca decisioni politiche a tutela della collettività. C'è chi elenca i fallimenti della riforma e chi ne evidenzia le criticità e ne mette a nudo le fragilità. E, purtroppo, c'è chi falsifica la realtà.

Per fortuna c'è chi ancora ci crede; e per fortuna non sono pochi gli operatori che ancora guardano avanti.

Personalmente ritengo molto più utile, umano e vitale procedere in questa prospettiva; provare a proporre soluzioni di non di difficile realizzazione. Sono profondamente convinta che sarebbe inaccettabile qualsiasi regressione, pur se minima, in danno di persone che hanno diritto, al pari di tutti gli altri, ad essere considerate esseri umani, a prescindere e nonostante le loro fragilità.

A oltre un decennio dalla riforma, queste sono le mie semplici «*istruzioni per NON rendersi infelici*»¹⁶. Mi rifiuto di vedere soltanto il peggio e i difetti, soprattutto perché in questo modo si rinuncia ad elaborare prospettive costruttive.

15. Vds. *supra*, nota 13.

16. *Istruzioni per rendersi infelici (Anleitung zum Unglücklichsein)*, Piper, Monaco/Zurigo, 1983; ed. it.: Feltrinelli, Milano, 1988) è il titolo di un saggio del filosofo e psicologo austriaco Paul Watzlawick.