

— Liste di attesa per l'esecuzione delle misure di sicurezza detentive: analisi e possibili soluzioni

The waiting list for the execution of detention security measures: analysis and possible solutions

di Pietro Pellegrini

Abstract. L'applicazione delle leggi n. 9/2012 e n. 81/2014 ha portato alla chiusura degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari, sostituiti dal sistema di welfare, del quale fanno parte i Dipartimenti di Salute Mentale al cui interno operano le Residenze per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza. Un cambiamento molto significativo che non ha solo cambiato i luoghi ma i percorsi e la stessa concezione della misura di sicurezza detentiva, che richiede nuove prassi ed un diverso e più avanzato punto d'incontro tra giustizia e psichiatria. Questo anche nella soluzione di problemi, quali ad esempio la "lista di attesa" per l'esecuzione delle misure di sicurezza detentive, che non possono essere affrontati senza una precisa definizione della loro entità, ma soprattutto senza un'analisi accurata del loro determinarsi e quindi dell'appropriatezza delle stesse con particolare riferimento a quelle provvisorie, e senza una riflessione complessiva sul funzionamento delle REMS e dell'intero sistema socio-sanitario. L'analisi delle liste di attesa permette di valutare l'entità del problema nelle diverse regioni e consente di indicare possibili soluzioni operative nella logica di assicurare il diritto alla salute a prescindere dallo stato giuridico della persona e nell'attesa che il legislatore dia coerenza alla legge, affrontando il tema dell'imputabilità e delle misure di sicurezza.

Abstract. The application of laws n. 9/2012 and n. 81/2014 led to the closure of the Judicial Psychiatric Hospitals, replaced by the welfare system, which includes the Mental Health Departments within which the Residences for the Execution of Security Measures (REMS) operate. A very significant change that modified places, paths and the very concept of the security measure that requires new practices and a different and more advanced meeting point between justice and

psychiatry. This also in the solution of problems, such as the waiting list for the execution of detention security measures, which cannot be addressed without a precise definition of its entity but above all without an accurate analysis of its determination and of appropriateness of security measures. This with particular reference to the provisional ones, rethinking on the functioning of REMS and of the entire system. The analysis of the waiting lists makes it possible to evaluate the extent of the problem in the various regions and allows to indicate possible operational solutions in the logic of ensuring the right to health regardless of the legal status of the person and waiting for the legislator to give coherence to the law, addressing the issue of imputability and security measures.

SOMMARIO: 1. Introduzione. – 2. Lista di attesa per le misure di sicurezza detentiva. – 3. I dati delle liste di attesa. – 4. Proposte per ridurre la lunghezza delle liste di attesa. – 5. Conclusioni.

SUMMARY: 1. Introduction. – 2. Waiting list for the execution of detention security measures. – 3. Data from waiting lists. – 4. Proposals to reduce the length of waiting lists. – 5. Conclusions.

1. Introduzione.

Le leggi n. 9/2012 e n. 81/2014 hanno determinato la chiusura degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari (OPG) facendo emergere, al contempo, la necessità di una nuova cultura operativa che richiede un nuovo punto d'incontro tra giustizia e psichiatria. Infatti, pur nella diversità e molteplicità dei due relativi mandati, della giustizia e della scienza psichiatrica (che, come noto, riguardano la cura, la rieducazione, il controllo sociale, la sicurezza e la prevenzione), essi non possono essere frammentati, ma devono essere, al contrario, portati avanti in modo sinergico, multimodale e coordinato da parte di ciascun "attore" coinvolto: magistratura, Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria (DAP), Ufficio per l'Esecuzione Penale Esterna (UEPE), Forze dell'Ordine e Servizio Sanitario e Sociale.

Questo tenendo conto del fatto che il rapporto di ciascuna istituzione con la persona autrice di reato richiede lo sviluppo di relazioni fondate non tanto sulla possibile imposizione di provvedimenti giudiziari o sanitari quanto sulla necessità di promuovere la massima collaborazione e responsabilizzazione della persona. Ancor più quando la misura di sicurezza, in particolare la libertà vigilata – oggi prevalentemente applicata ai pazienti psichiatrici autori di reato –, deve essere "riempita" di contenuti che caratterizzano il percorso di cura e trattamento. Lo stesso vale per i percorsi da attuarsi nelle Residenze per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza (REMS).

Infatti, in ambito sanitario, nell'intento di assicurare al cittadino il diritto alla salute, ogni attività deve basarsi sul consenso informato, sulla partecipazione e sulla responsabilizzazione della persona coinvolta nel processo terapeutico, anche se si tratta di persona sottoposta a Trattamento Sanitario Obbligatorio (TSO) o a misura di sicurezza.

Al contempo, va precisato che né i Dipartimenti di Salute Mentale né le REMS sono chiamati ad assolvere una funzione di controllo della persona a loro affidata dall'Autorità giudiziaria ma ne hanno "solo" la responsabilità in termini di cura.

Peraltro, l'evoluzione normativa avvenuta in questi anni ha reso via via più residuali le misure di sicurezza detentive e la libertà vigilata, alla luce di quanto disposto dalla legge n. 81/2014, ha avuto priorità e prevalenza applicativa.

Non solo: con l'approvazione della suddetta legge, il legislatore ha altresì previsto che, ai fini dell'applicazione delle misure di sicurezza detentive, non possano essere prese in considerazione «le condizioni di vita individuale, familiare e sociale del reo» (art. 133 c.p. co. 2, n. 4), indicando con ciò, seppure indirettamente, che i servizi pubblici nel loro insieme debbano operare al fine di rimuovere tutte quelle condizioni personali, familiari e sociali che, insieme alla mancanza di programmi dei DSM, incidono nel protrarre *sine die* la permanenza dei pazienti in OPG (i c.d. "ergastoli bianchi").

Di conseguenza, la misura di sicurezza personale non detentiva della libertà vigilata è divenuta la regola: sulla base dei dati forniti dalla regione Emilia Romagna¹ (in assenza di dati riferiti all'intero territorio nazionale), si stima che il rapporto tra il numero di persone in regime di libertà vigilata e misure di sicurezza detentive sia di dieci a uno, anche se – e questa è una nota dolente che deve fare riflettere – il 65-70% delle persone sottoposte a questa misura sono comunque "ospitate" delle residenze psichiatriche².

Questo nuovo scenario legislativo e culturale apre quindi un orizzonte completamente nuovo per quel che concerne il trattamento del paziente psichiatrico autore di reato, poiché la libertà vigilata dovrebbe realizzarsi più che altro nell'ambito della rete dei servizi dei DSM e non in strutture chiuse, anche se di tipo comunitario.

Infatti, in questi anni, non solo è cambiato il luogo di esecuzione delle misure di sicurezza detentive, ma anche la loro natura e finalità, rendendo centrale la cura³ rispetto alla privazione della libertà e alla custodia⁴. Il superamento degli Ospedali Psichiatrici, compresi quelli Giudiziari, ha così creato un contesto di riferimento diverso, nel quale la comunità sociale – e non la comunità terapeutica – diviene elemento essenziale per gli stessi pazienti inseriti all'interno dei propri processi di cura e trattamento.

Si tratta di uno scenario nel quale, come si è detto, occorre adottare un approccio ampio ed integrato, nel quale ciascuna istituzione, consapevole del proprio mandato (e quindi delle condizioni per realizzarlo e dei relativi limiti), assume un compito preciso, senza deleghe improprie.

¹ P. Pellegrini, G. Paulillo, V. Giannattasio, M. Mozzani, *Pratiche "no restraint" per i pazienti autori di reato*, in *Sestante*, 6, 2018, pp. 45 ss.

² Stimando in circa 4.500 le persone ospiti di Residenze raggiunte da misure giudiziarie, esse occupano il 15% dei posti con un impegno di spesa sanitaria pari a circa 200 milioni di euro l'anno.

³ La sentenza n. 253/2003 della Corte Costituzionale, in riferimento alle misure di sicurezza, afferma che esse rispondono contemporaneamente ad entrambe le finalità, collegate e non scindibili di assicurare cure adeguate e contenere la pericolosità sociale, ed aggiunge che «le esigenze di tutela della collettività non potrebbero mai giustificare misure tali da recare danno anziché vantaggio, alla salute del paziente».

⁴ A questo proposito va constatato come diverse REMS abbiano ereditato approcci di controllo propri degli OPG, ma non sempre in linea con le esigenze della cura e della tutela dei diritti dei pazienti.

Per un verso, infatti, la cura sanitaria – diversamente dal settore della giustizia –, non può contenere al proprio interno elementi di controllo o di prevenzione della commissione di altri reati; può invece concorrere al raggiungimento di una migliore condizione di salute fisica e mentale da parte del soggetto e, nel farlo, la psichiatria attuale segue criteri tecnico-scientifici orientati all’appropriatezza, alla modulazione dell’intensità di cura, all’efficacia ed efficienza, alla creazione del “*value*” (ritorno in termini di salute individuale e benessere sociale dell’investimento effettuato). La “nuova” centralità della cura e del reinserimento sociale dei pazienti con disturbi mentali autori di reato, imputabili e non, si manifesta all’interno di un sistema unitario, che va dalle attività in istituto di pena fino alla permanenza presso l’abitazione. Questo rende evidente come le precedenti logiche binarie, fondate su norme rigide ed automatismi (incompatibilità della misura di sicurezza detentiva con il carcere) debbano essere sostituite da criteri condivisi, da flessibilità, dalla capacità di creare percorsi con/per la persona coinvolgendo il suo contesto di riferimento (“intervento bifocale”)⁵.

Per altro verso, la possibilità di attuare percorsi di cura interamente territoriali in applicazione della misura di sicurezza non detentiva della libertà vigilata non passa attraverso la sola analisi della condizione clinica, ma richiede altresì un insieme interventi abilitativi, familiari e sociali. Infatti, l’insieme delle cure offerte dal Dipartimento di Salute Mentale non è in grado di far fronte alle esigenze di controllo sociale e custodia di persone non imputabili riconosciute socialmente pericolose. Occorre, quindi, un’azione congiunta di psichiatria, servizi sociali, UEPE, Forze dell’Ordine e Magistratura: una sorta di “doppio patto” (per la cura e la sicurezza) con la persona. Non più un modello dicotomico (uno per i sani e l’altro per i malati di mente) ma un modello multimodale “a matrice”⁶ dove s’incrociano, a più livelli, bisogni di cura (diritto alla salute) e di rieducazione/riabilitazione, necessità di controllo, custodia per prevenire nuovi reati (diritto alla sicurezza), ed esigenze giudiziarie (diritto alla giustizia). Sapendo che in relazione alla legge, nel rispetto della persona, le pene possono essere imposte anche in modo coercitivo mentre non è così con la cura. A tal fine, occorre promuovere una cultura dei diritti/doveri, predisporre strumenti nuovi (es. *budget* di salute)⁷ e, soprattutto, è necessaria una maggiore conoscenza reciproca tra giustizia e psichiatria.

2. Lista di attesa per le misure di sicurezza detentiva.

In questo quadro, la presenza di una lista di attesa per l’esecuzione delle misure di sicurezza detentive sta diventando un punto critico nelle relazioni tra giustizia e sanità. Da una parte il DAP chiede alla psichiatria “posti” per effettuare collocazioni immediate al fine di dare immediata esecuzione a sentenze di proscioglimento per infermità mentale e

⁵ Del resto, nell’ottica di una personalizzazione delle cure e delle misure giudiziarie si era già espressa la Corte Costituzionale con la citata sentenza n. 253 del 18 luglio 2003 con la quale aveva stabilito l’illegittimità dell’art. 222 c.p. nella parte in cui contemplava l’automatismo tra l’accertamento della pericolosità sociale da vizio di mente e l’internamento in Ospedale Psichiatrico Giudiziario.

⁶ Il “modello a matrice” permette di far interagire due dimensioni, quella sanitaria quella e giudiziaria, collocate una sul piano orizzontale e l’altra su quello verticale, costruendo uno schema nel quale si realizzano i punti d’incontro.

⁷ Il *budget* di salute è uno strumento per l’integrazione sociosanitaria e con un approccio capacitante permette di intervenire nelle aree della formazione-lavoro, abitare, socialità e relazioni.

applicazione della misura di sicurezza. Una prassi, quella di avere un posto dove mettere i malati di mente, in linea con il codice penale del 1930 e con la legge 36 del 1904, piuttosto che con la 180/1978 e la legge 81/2014. Occorre infatti tenere conto che la chiusura degli OPG, che erano nell'orbita penitenziaria e, di solito, in prossimità dell'istituto penitenziario, ha "spostato" le competenze in ambito sanitario, escludendo la gestione delle REMS dalle competenze del DAP per collocarle in ambito sanitario.

A tal proposito, di recente, il Tribunale di Tivoli⁸ ha posto all'attenzione della Corte Costituzionale – che, al momento, non si è ancora espressa – la questione di legittimità costituzionale degli artt. 206 e 222 c.p. e dell'art. 3 *ter* del d.l. n. 211/2011⁹, in relazione agli artt. 27 e 110 Cost. nella parte in cui, attribuendo l'esecuzione del ricovero provvisorio presso una REMS alle regioni ed agli organi amministrativi da esse coordinati e vigilati, escludono la competenza del Ministro della Giustizia in relazione all'esecuzione della detta misura, nonché nella parte in cui ne consentono l'adozione con atti amministrativi di disposizioni generali in materia di misure di sicurezza, in violazione della riserva di legge in materia, rispetto a quanto previsto dagli artt. 2, 3, 25, 32 e 110 Cost.

Pur in attesa del pronunciamento della Corte Costituzionale, non pare tuttavia pensabile un ritorno al passato, che determini il passaggio delle REMS sotto il governo del DAP e che costituirebbe premessa per il realizzarsi di tanti "mini-OPG": al contrario, come hanno auspicato il Consiglio Superiore della Magistratura¹⁰ e il Comitato Nazionale per la Bioetica¹¹, si spera che dalla sentenza della Consulta derivi un rinnovato slancio verso nuove e più avanzate forme di collaborazione tra il DAP e il settore della sanità.

Per non tornare a strutture come gli OPG occorre anzitutto rispettare gli elementi che caratterizzano il nuovo impianto di cura, ossia:

- il principio di territorialità, vale a dire il riferimento regionale;
- il "numero chiuso" nelle REMS, nel senso che, per preservare la loro funzione terapeutica e sicurezza, la dotazione di posti non può essere "forzata", aprendo la strada ad ammissioni in sovrannumero;
- la visione incentrata su responsabilità, libertà e assenza di coercizione.

Per farlo, occorre innovare le prassi che ispirano i rapporti tra giustizia e psichiatria e che, in molti ambiti, sono ancora quelle in vigore in OPG. È quindi necessario lo sviluppo di una cultura operativa, nella quale diritto alla salute e alla giustizia siano sempre tutelati, attraverso il dialogo costante tra i due settori.

3. I dati delle liste di attesa.

⁸ Tribunale Ordinario di Tivoli, Sezione GIP-GUP, Ordinanza del 11 maggio 2020, pubblicata in *Questione Giustizia*, 2 giugno 2020.

⁹ Convertito con modificazioni dalla l. n. 9/2012, come modificato dall'art. 1 comma 1 lett. a) d.l. n. 52/2014, convertito con modificazioni dalla l. n. 81/2014.

¹⁰ Risoluzione Fasc. 37/PP/2016, *Disposizioni urgenti in materia di superamento degli Ospedali psichiatrici giudiziari (OPG) e di istituzione delle Residenze per l'esecuzione delle misure di sicurezza (REMS), di cui alla legge n. 81 del 2014. Questioni interpretative e problemi applicativi*, 19 aprile 2017, scaricabile dal sito di *La società della ragione*, [a questo link](#).

¹¹ Comitato Nazionale di Bioetica, *La cura delle persone con malattie mentali: alcuni problemi di bioetica*, 21 settembre 2017.

Nella relazione al parlamento 2020, il Garante Nazionale dei diritti delle persone private della libertà¹², sulla base dei dati del DAP all'11 febbraio 2020, segnala 714 persone in attesa di ricovero in REMS (un dato che, tuttavia, dovrebbe essere verificato, in quanto in via informale sono state rilevate alcune incongruenze).

Pur con questa premessa, al fine di evitare ogni drammatizzazione e l'adozione di misure emergenziali, ma per giungere con metodo a soluzioni razionali ed appropriate, è utile un'analisi approfondita.

Come si evince dalla Tabella 1 sotto riportata, la media nazionale di soggetti in lista di attesa è pari a 1,2 persone ogni 100mila abitanti (con una forbice compresa tra 0,21 e 4,4 persone).

Mettendo in relazione il numero dei posti all'interno delle REMS con l'entità della lista, non è dato osservare un rapporto proporzionale tra la carenza di posti e il numero di persone in lista di attesa a livello regionale. Al contrario, risulta che sono le regioni con più alta dotazione di posti REMS ad avere le liste di attesa più lunghe.

Tab.1: Dotazione posti REMS ed entità delle lista di attesa

REMS	Numero posti REMS	Posti per 100mila ab.	Lista di attesa ristretti	Lista di attesa totale	Lista attesa n. per 100 mila ab.
Abruzzo Molise	20	1,5	2	21	1,3
Basilicata	10	1,7	1	6	1
Calabria	20	1,0	2	81	4,4
Campania	88	1,5	13	122	2,1
Emilia Romagna	24	0,54	2	27	0,61
Friuli Venezia Giulia	8	0,8	2	9	0,7
Lazio	91	1,55	25	81	1,4
Liguria	20	1,3	2	26	1,8
Lombardia	120	1,1	7	51	0,5
Marche	20	1,3	1	7	0,46
Piemonte	38	0,8	5	34	0,79
Puglia	38	0,95	1	38	0,9
Sardegna	16	0,9	0	11	0,67
Sicilia	60	1,2	9	125	2,6
Toscana Umbria	39	0,85	2	57	1,2
Veneto	40	0,8	1	10	0,21
Trentino Alto Adige	10	0,93	1	5	0,56
Totale	662	1,07	76	714	1,2

Fonte: Dati Garante Nazionale 2020 (v. nota 12, p. 240).

L'elaborazione dei dati delle singole regioni rileva come in sei di esse – Calabria, Campania, Sicilia, Lazio, Lombardia e Toscana– si concentri il 72,8% della lista di attesa nazionale, mentre nelle rimanenti si distribuisca il restante 27,2% (Tabella 2).

¹² Cfr. p. 240 della *Relazione al Parlamento 2020* del Garante Nazionale dei diritti delle persone private della libertà, giugno 2020 ([Parte 1](#) e [Parte 2](#)).

Tab. 2: Entità della lista attesa per regioni

Lista di attesa superiore a 51 persone	Calabria, Campania, Sicilia, Lazio, Lombardia, Toscana	520 – 72,8% del totale
Lista di attesa da 15 a 50 persone	Piemonte, Puglia, Abruzzo, Molise, Emilia Romagna, Liguria,	146 – 20,4% del totale
Lista di attesa da 0 a 14 persone	Marche, Basilicata, Veneto, Friuli Venezia Giulia, Sardegna, Trentino Alto Adige	48 – 6,8% del totale

Fonte: elaborazione dati Garante Nazionale 2020 (v. nota 12)

In Calabria, Sicilia, Campania, Lazio, il tasso di persone in lista è superiore alla media nazionale, fino ad oltre 3 volte in Calabria. La lista di attesa, rispetto alla popolazione residente, evidenzia percentuali critiche (superiori a 2 per 100mila abitanti) in Calabria, Sicilia e Campania. Inoltre, Calabria, Sicilia, Lazio e Campania contano complessivamente 409 persone in lista di attesa (pari al 57% del totale) e 49 persone ristrette su 76 (pari al 64,5%). In Toscana la lista di attesa è in linea con la media nazionale, mentre in Lombardia il tasso è pari a 0,5 persone per 100mila abitanti, dunque al di sotto della media nazionale.

Nelle rimanenti regioni il problema delle liste è limitato ed in sei regioni l'entità è molto modesta, pari al 6,5%.

Se si correla la lista di attesa con il numero di posti disponibili nelle REMS delle singole regioni si evidenzia quanto riportato in Tabella n. 3.

Tab. 3: Gruppi di regioni in base alla lista attesa e turnover nelle REMS

	Posti REMS % REMS/Tot REMS	N. Dimissioni % dimessi/ Tot dimissioni	N. transitati % Transitati/Tot transitati
Gruppo A Regioni con lista di attesa > 51	347 (52,4%)	323 (43,4%)	463 (37,4%)
Gruppo B Regioni con lista di attesa < a 50	314 (47,6%)	420 (56,6%)	773 (62,6%)
Differenze fra A e B	+ 33 posti (+ 4,8%)	- 97 dimiss. (- 13,2%)	- 310 trans. (- 25,2%)

Fonte: elaborazione dati riportati da Evelin Tavormina (v. nota 13)

Le sei regioni la cui lista di attesa conta un numero superiore a 51 persone (Gruppo A) hanno nel complesso una dotazione di posti REMS di 347 (pari al 52,3% del totale) e, secondo i dati riportati da Evelin Tavormina¹³, dalla data della loro apertura fino a giugno 2018, dalle suddette REMS sono state dimesse 323 persone, pari al 43,4% del totale (743). Inoltre, nelle medesime regioni sono transitati 463 pazienti su 1236 totali (pari al 37,4%). Se paragonato con le regioni con lista di attesa inferiore a 50 persone (Gruppo B), si rileva che quelle con la lista di attesa più alta (Gruppo A) hanno un *turnover* significativamente inferiore (-13,2%, per quanto riguarda le persone dimesse, e -25,2% con riferimento al numero di dimissioni).

Dai dati diffusi dal Garante Nazionale risulta che la degenza media nelle REMS dal 2017 al 2019 è passata da 312 a 358 giorni, con un aumento di 46 giorni (cioè del 14,6%) in due anni¹⁴.

¹³ E. Tavormina, *Il quadro nazionale delle REMS*, in F. Corleone (a cura di), *Il muro dell'imputabilità. Dopo la chiusura degli OPG, una scelta radicale*, Fondazione Michelucci Press, 2019, p. 41.

¹⁴ *Relazione al Parlamento 2020*, cit., p. 237.

Le regioni dotate di un numero di posti all'interno delle REMS inferiore alla media nazionale (1,07 posti per 100mila abitanti), ossia Calabria, Emilia Romagna, Friuli, Piemonte, Puglia, Sardegna, Toscana-Umbria, Veneto e Trentino, contano in totale 238 persone in lista di attesa, pari al 33,3% del totale. Nelle medesime regioni, le persone con misure di sicurezza detentiva ristrette in carcere sono 16, pari al 21% del totale nazionale delle persone ristrette con le medesime misure. Di contro, alle regioni con un numero di posti REMS superiore alla media nazionale, nel *range* compreso tra 1,07 e 1,7 posti per 100mila abitanti, sono riconducibili il 66,7% del totale nazionale delle persone in lista di attesa e il 74,6% dei soggetti ristretti in istituto di pena.

In sostanza, i dati sembrano indicare come non vi sia correlazione fra un minore numero di posti REMS ed una maggiore lunghezza della lista di attesa, facendo ipotizzare che siano altri i fattori rilevanti – come stili operativi, funzionamento dei servizi sanitari e della giustizia, tasso di criminalità dei territori – nella determinazione del maggiore o minore numero delle persone in lista.

Significativo è, infine, lo stato giuridico delle persone ospiti delle REMS. Dai dati del Garante Nazionale al 31 gennaio 2020, lo stato giuridico delle 616 persone presenti nelle REMS è quello riportato in Tabella n 4.

Tab. 4: Stato giuridico¹⁵ delle perone ospitate nelle REMS

Misure definitive ex art. 222 c.p.	257
Misure definitive ex art. 219 c.p.	90
Misure provvisorie ex art. 206 c.p.	253
Misure ex art. 212 c.p.	16

Fonte: Dati Garante Nazionale 2020 (v. nota 12, p. 238)

Quindi, sul totale dei presenti in REMS, i soggetti sottoposti a misure definitive (ex art. 222 c.p.) sono 347, pari al 56,3%. Di questi, 90 sono destinatari di una misura ex art. 219 c.p. (il 14,6% del totale). Per quanto riguarda le misure provvisorie, queste interessano complessivamente il 41,1% degli ospiti delle REMS. Ne consegue che, se le REMS fossero dedicate ai soli destinatari di una misura definitiva, i posti attualmente disponibili sarebbero ampiamente sufficienti.

Per quanto riguarda l'andamento temporale, secondo l'elaborazione dei dati forniti dal DAP e dal Garante Nazionale, l'andamento delle misure di sicurezza detentiva non eseguite a partire dal 1 aprile 2015, data dell'apertura ufficiale delle REMS, è riportato nella Tabella n. 5.

Tab. 5: Lista di attesa

Data rilevazione	Personae in lista di attesa
1 aprile 2015	0
14 dicembre 2015	96

¹⁵ Art. 222 c.p.: ricovero in un ospedale psichiatrico giudiziario; art. 219 c.p.: assegnazione a una casa di cura e di custodia; art. 206 c.p.: applicazione provvisoria misure di sicurezza; art. 212 c.p.: casi di sospensione o di trasformazione di misure di sicurezza.

31 dicembre 2016	265
28 novembre 2017	457
9 gennaio 2019	667
31 gennaio 2020	714

Fonte: Elaborazione dati DAP e Garante Nazionale 2020 (v. nota 12, p. 240)

Sebbene il dato necessiti di una verifica che ne accerti, ad esempio, la regolare tenuta delle liste e il loro corretto aggiornamento, dalla tabella emerge un *trend* in crescita e l'analisi riferita al periodo 2015-2020 mostra che circa 145 misure risultano non eseguite ogni anno. A febbraio 2020, i destinatari di una misura di sicurezza detentiva ristretti in carcere erano 63, pari allo 0,11% del totale dei reclusi negli istituti di pena¹⁶.

A fronte di questi dati, per rispondere alla domanda di esecuzione delle misure di sicurezza detentiva, prima di programmare un aumento dei posti nelle REMS occorre procedere ad una valutazione della distribuzione territoriale delle persone in lista di attesa, con particolare attenzione a quelle ristrette in Istituti di Pena, e capire le possibilità di risposta dei singoli sistemi regionali.

4. Proposte per ridurre la lunghezza delle liste di attesa.

Alla luce di quanto emerso dall'analisi dei dati, le proposte per prevenire e ridurre le liste di attesa potrebbero essere le seguenti:

1) Sviluppare l'**azione preventiva** da parte di tutti i soggetti, dando evidenza, nelle relazioni peritali e dei DSM, oltre che nei dispositivi dei magistrati, del fatto che sono stati esperiti tutti i passaggi previsti dalla legge n. 81/2014 e che sono state affrontate con adeguati interventi sociali le problematiche individuali sottese alle condizioni di cui all'art. 133 c.p. secondo comma, punto 4 («condizioni di vita individuale, familiare e sociale del reo»); rendere obbligatorio, inserendolo nel quesito peritale, il rapporto dei periti con DSM al fine di recepirne le posizioni; facilitare, infine, le collaborazioni tra psichiatria e giustizia, per la definizione di criteri di priorità, gestione e monitoraggio dell'applicazione della legge n. 81/2014 mediante l'istituzione di un Osservatorio Nazionale e di Cruscotti Regionali, come di seguito specificato.

2) Indicare, nei singoli dispositivi giudiziari, la **scadenza della misura di sicurezza**, prevedendone sempre la durata massima (anche nel caso della libertà vigilata). Del resto, come si legge nell'art. 1 *quater* della l. n. 81/2014, «Le misure di sicurezza detentive provvisorie o definitive, compreso il ricovero in REMS, non possono durare oltre il tempo stabilito per la pena detentiva prevista per il reato commesso, avuto riguardo alla previsione edittale massima».

3) Nell'evenienza di **misure di sicurezza detentive non eseguite per mancanza di posti REMS**, non possono essere considerati adeguati né la deroga al numero chiuso né

¹⁶ Nelle carceri italiane al 31 dicembre 2020, su 53.364 detenuti, 8.655 persone (16,2%) erano in attesa del primo giudizio e 8.155 (15,2%) condannati non definitivi (cfr. i dati pubblicati dal [Ministero della Giustizia](#)).

la forzatura del principio di territorialità. Il DSM competente per territorio dovrebbe prendere in carico la persona e presentare al magistrato che procede un programma di cura alternativo al ricovero in REMS, mentre UEPE, Servizi Sociali e Forze dell'Ordine dovrebbero provvedere in parallelo, per le proprie competenze, ad assicurare interventi nell'ambito del sostegno al reddito, all'accesso alla formazione, al lavoro e all'alloggio, nonché i necessari controlli funzionali alle esigenze della pubblica sicurezza. Qualora risulti che la persona può essere adeguatamente curata in modo alternativo alla REMS e si accerti l'assenza di reiterazione di reati, il magistrato potrebbe ritenere soddisfatte le condizioni previste dalla legge n. 81/2014 e revocare dunque la misura di sicurezza detentiva. Pertanto, il nominativo di quella persona andrebbe espunto dalla lista di attesa, in quanto apparirebbe improprio (oltre che contro la legge) disporre l'ingresso in REMS di una persona già ben assistita ai sensi della legge n. 81/2014.

4) **Favorire il più possibile le dimissioni dalle REMS**, previa elaborazione di un Programma Terapeutico Riabilitativo Individuale (PTRI)¹⁷, promosso dai DSM di concerto con il giudice che ha emesso il provvedimento e con pronuncia in tempi brevi dalla data della proposta. A tal fine occorrerebbe attivare, oltre ai DSM, tutte le istituzioni preposte (Comuni, Sindaci, UEPE, Prefetture, Ambasciate), specie quando l'ostacolo alla dimissione sia costituito da problemi di tipo legale, ovvero connessi alla cittadinanza, al reddito, alla disponibilità di un alloggio o al lavoro. In tale prospettiva, si potrebbe valutare l'opportunità di provvedere a uno stanziamento straordinario di fondi per attivare *budget* di salute a sostegno del PTRI. Sarebbe bene, inoltre, valutare anche le condizioni per disporre un eventuale rimpatrio del soggetto straniero. Infine, particolare attenzione dovrebbe essere prestata sia ai giovani di età inferiore ai 30 anni destinatari di programmi specifici, specie se autori di reati lievi, sia nel favorire le dimissioni delle donne ospiti delle REMS (circa il 10% del totale).

5) **Superare l'istituto della licenza finale di esperimento** che, se della durata di 6 mesi, blocca per l'intero periodo il posto in REMS. La misura andrebbe abolita *in toto*, in favore della libertà vigilata o, in subordine, occorrerebbe ridurne la durata ad un massimo di 30 gg. La licenza finale di esperimento è un provvedimento previsto dall'articolo 53 della legge sull'ordinamento penitenziario (l. 26 luglio 1975, n. 354), ha una durata (massima) di sei mesi e può essere concessa nel periodo immediatamente precedente la scadenza fissata per il riesame di pericolosità. Si tratta di una prassi alla quale veniva attribuita una certa valenza trattamentale, in quanto funzionale a permettere al soggetto di confrontarsi con un contesto esterno (comunitario o sul territorio), nella prospettiva della successiva trasformazione o revoca della misura di sicurezza detentiva. D'altra parte, l'attuale funzionamento dell'istituto, il quale prevede in ogni caso che, decorsi i sei mesi della licenza, il paziente debba necessariamente rientrare nella struttura (sia pure per breve tempo), tiene di fatto "bloccato", per un lasso di tempo considerevole, un posto all'interno della REMS.

¹⁷ Il PTRI deve essere formulato a cura del Centro di Salute Mentale entro 45 giorni dalla presa in cura del paziente ed in particolare dall'ingresso in REMS. Si tratta di un piano condiviso con la persona che prevede interventi di tipo medico, psicologico e sociale. Per approfondimenti sulle "buone pratiche" nei percorsi giudiziari si rimanda a P. Pellegrini, *REMS e oltre. Consegne e nuovi mandati*, in *SOS Sanità*, 13/2019.

6) Nello spirito della legge n. 81/2014, lavorare per **evitare il ricorso alle misure di sicurezza detentive per i soggetti cd. "semimputabili" ex art. 89 c.p.** (ossia coloro che, al momento del fatto, erano solo parzialmente capaci di intendere e di volere e il cui ingresso nelle REMS è previsto dall'art. 219 c.p.) e **dimettere quelli attualmente presenti** (il 14,6% del totale degli ospiti)¹⁸. Infatti, nel caso della persona semimputabile, appare in contrasto con lo spirito della legge il principio per cui la misura di sicurezza detentiva debba essere applicata al termine dell'espiazione della pena in carcere, laddove vi sia ampio modo di ricorrere a misure meno afflittive, come la libertà vigilata, parimenti efficaci.

7) Ridurre l'applicazione delle **misure di sicurezza detentive provvisorie** (ex art. 206 c.p.) che spesso non favoriscono i percorsi di diagnosi e cura e che, come abbiamo visto, rappresentano circa il 40% delle collocazioni in REMS. In tal senso, occorre rinforzare i DSM mediante la sperimentazione di Strutture per la diagnosi e la *recovery*.

8) **Valutare come altamente impropria l'accoglienza all'interno delle REMS delle persone affette da psicopatia.** Per questi soggetti, infatti, occorre piuttosto definire programmi specifici all'interno delle Articolazioni per la tutela della salute mentale (ATSM) negli istituti di pena, o all'esterno di esse. Lo stesso vale per i *sex offender* e per le persone con problemi connessi all'abuso di sostanze. Per tutte queste categorie di individui occorrerebbe altresì individuare apposite strutture sperimentali per diagnosi e *recovery*, e specifici modelli d'intervento a fini di prevenzione.

9) Aumentare **l'offerta di cura dei dipartimenti di salute mentale** mediante investimenti aggiuntivi¹⁹. A questo proposito potrebbe essere molto utile una riflessione comune sugli strumenti e le caratteristiche strutturali e funzionali dei DSM, delle Residenze e delle REMS²⁰, alla luce della pandemia da Covid 19 ma anche della sicurezza e del rispetto dei diritti e delle condizioni essenziali per assicurare l'accesso alle cure.

10) Evitare il ricovero presso i **Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura (SPDC) per mere ragioni giudiziarie.** In assenza di posti all'interno delle REMS, in alcune regioni si è diffusa la prassi di collocare i pazienti in ambito ospedaliero, in particolare negli SPDC. Il ricovero è appropriato se limitato alla fase acuta della terapia, ma non deve assolutamente protrarsi in ragione di sole considerazioni di natura giudiziaria. Infatti, la dotazione dei DSM²¹ dovrebbe essere utilizzata secondo criteri di appropriatezza e per intensità di cura

¹⁸ *Relazione al Parlamento 2020*, cit., p. 238.

¹⁹ La proposta di aumentare il numero di posti nelle REMS, facendo riferimento al numero dei ricoverati in OPG del 2011, significherebbe creare 560 nuovi posti, mediante l'istituzione di nuove 28 REMS da 20 posti ciascuna con un investimento di 140 milioni di euro, e una spesa di gestione di circa 72 milioni di euro l'anno. Occorre tenere presente che realizzare tale proposta comporterebbe, oltre a un esborso economico considerevole, anche un notevole investimento in termini di tempo. Attualmente per la gestione delle REMS alle regioni vengono assegnati circa 55 milioni/anno. Si tenga conto che l'applicazione della legge 81/2014 ha comportato un crescente impegno dei DSM sia per interventi residenziali sia per quelli territoriali e al fine di far fronte a questi impegni e favorire lo sviluppo dei programmi con *budget* di salute l'investimento annuo aggiuntivo dovrebbe essere di almeno 70 milioni di euro.

²⁰ Disciplinata dal Decreto del Ministero della Salute 1 ottobre 2012.

²¹ Secondo il *Rapporto sulla Salute Mentale 2017*, in Italia esistono 1.481 Centri di Salute Mentale, 908 strutture semiresidenziali e 2.346 strutture residenziali. I Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura (SPDC) attivi sono 318, con 3.981 posti letto per ricoveri ordinari e 338 posti letto per ricoveri in *day hospital*. Esistono poi 22 case di cura private accreditate, che offrono 1.155 posti letto per degenza ordinaria e 16 posti letto per *day hospital*.

(in particolare per la gestione di situazioni di emergenza-urgenza) e, pertanto, un utilizzo improprio del SPDC ne snaturerebbe gravemente la funzione.

5. Conclusioni.

Per affrontare il problema della lunghezza delle lista di attesa per l'esecuzione delle misure di sicurezza detentive occorre prima di tutto definirne in modo preciso l'entità, per procedere poi all'analisi dei singoli dati regionali, adottando infine le misure idonee a risolverlo. Come si è visto dai dati disponibili, allo stato attuale il problema è concentrato per circa il 72,8% in sei regioni ed è particolarmente critico per quanto riguarda la Calabria, la Campania, il Lazio e la Sicilia.

Una volta chiarita la portata del problema, a livello nazionale e regionale, occorrerà ragionare sui possibili nuovi strumenti da mettere in campo – quali ad esempio l'**Osservatorio Nazionale** e i **Cruscotti/Tavoli regionali** – nei quali far lavorare insieme rappresentanti della giustizia e della sanità al fine di fissare criteri di priorità²², gestire al meglio le liste e risolvere insieme le questioni più critiche, innovando al contempo le prassi del DAP, che dovrebbero rappresentare il riferimento centrale per le singole regioni.

In particolare, occorrerà rinforzare i DSM per rendere più efficace il procedimento di presa in cura, realizzare PTRI con *budget* di salute e favorire la crescita della *competence* professionale di tutti i soggetti coinvolti (magistrati, avvocati, periti, psichiatri, forze dell'ordine), promuovendo altresì la partecipazione al processo da parte degli Enti locali, dei Sindaci, dei Prefetti e dell'intera società civile.

Si tratta di ripensare la struttura e il funzionamento delle Articolazioni per la Tutela della Salute Mentale (ATSM) negli Istituti di Pena²³, le quali vanno considerate parti del sistema nel contesto del trattamento delle persone affette da disturbi mentali nell'ambito di un progetto che affronti il complesso tema della salute mentale negli Istituti di Pena. Al momento non è possibile l'immediato trasferimento del prosciolto in REMS, per il quale è sempre necessario il consenso del paziente per la sottoposizione alla cura. Le ATSM potrebbero quindi rappresentare le sedi, almeno in via transitoria, presso le quali

In totale, il numero di posti letto in degenza ordinaria è di 10,1 ogni 100.000 abitanti maggiorenni, mentre i posti letto di *day hospital* sono 0,6 ogni 100.000 abitanti. Nel 2017, gli utenti assistiti presso CSM sono stati 786.612 (155,2 per 10.000 abitanti adulti), quelli seguiti in strutture semiresidenziali 27.600 e i pazienti in cura presso strutture residenziali sono stati 32.515. I pazienti dimessi dalle strutture ospedaliere con diagnosi di disturbo mentale sono stati invece 171.345 (91,2% in regime ordinario e 8,8% in *day hospital*).

²² In particolare, si ritiene che le liste di attesa dovrebbero essere riviste distinguendo: a) i soggetti per i quali è possibile la cancellazione dalle stesse (deceduti; soggetti che sono già entrati in REMS; destinatari di misure revocate o per le quali sono spirati i termini; soggetti detenuti per altra causa, e pertanto non suscettibili di inserimento in lista); b) i soggetti per i quali la misura di sicurezza detentiva, pur ancora attiva, è revocabile in quanto già assistiti in altri contesti; c) i soggetti che effettivamente idonei a fare ingresso all'interno delle REMS. Per questi ultimi, occorrerà fissare criteri di priorità, quali ad esempio la gravità della patologia, il livello di bisogno di cura, la tipologia di reato commesso, le necessità di sicurezza/controllo, l'attuale collocazione (con particolare attenzione alle persone detenute).

²³ Al 15 aprile 2020, a livello nazionale le ATSM contavano: 29 sezioni maschili con 234 detenuti e 5 sezioni femminili con 21 detenute cui si aggiungono 9 sezione per disabili, con 5 presenze. La dotazione di posti e la qualità dell'attività in queste articolazioni sono elementi per la definizione dei percorsi di diagnosi e cura delle persone autrici di reato (cfr. *Relazione al Parlamento 2020*, cit., pag. 216).

organizzare l'esecuzione della misura di sicurezza detentiva. Si tratterebbe di un primo intervento, di durata limitata (ad un massimo di 3-6 mesi, ad esempio), ma sufficiente per consentire l'attivazione del Percorso Terapeutico Riabilitativo Individuale (PTRI) da parte del DSM.

Pare inoltre del tutto inappropriato il ricorso al ricovero presso le REMS di soggetti affetti da psicopatologia e/o da consumo problematico di sostanze, nonché la prassi, diffusa in alcune regioni, di utilizzare i SPDC ospedalieri per l'esecuzione in via esclusiva di misure giudiziarie, in quanto ciò rischia di non essere utile alla persona e al contempo può compromettere gravemente la funzione dei medesimi SPDC, quali servizi di emergenza-urgenza, per tutti i cittadini.

In attesa di una revisione normativa complessiva che dia coerenza all'intera materia, come proposto dalla Società della Ragione²⁴, tre punti sono di particolare rilevanza:

a) abilitare le **ATSM all'esecuzione delle misure di sicurezza detentive** previa presa in carico del paziente da parte del DSM e previa predisposizione del PTRI, dando quindi un tempo tecnico (3-6 mesi) per la sua attivazione. Dall'immediata collocazione in OPG del passato si dovrebbe passare ora all'immediata presa in cura del DSM;

b) operare un'attenta valutazione in ordine alla possibilità di **declinare diversamente le misure di sicurezza detentive**, in analogia ad esempio con quanto previsto dalla legge 67/2014 che disciplina l'istituto della c.d. detenzione domiciliare, e dunque senza dover necessariamente ricorrere al ricovero presso le REMS. Nello stesso solco, tra le misure non detentive potrebbe essere valorizzato il ricorso a istituti come la messa alla prova o i lavori socialmente utili;

c) **dare effettiva applicazione all'art. 211 c.p.**, il quale prevede che «se la misura di sicurezza deve essere eseguita nei confronti dell'autore di un delitto consumato o tentato commesso con violenza contro le persone ovvero con l'uso di armi e vi sia concreto pericolo che il soggetto commetta nuovamente uno dei delitti indicati il giudice può ordinare il ricovero in una casa di cura o in altro luogo di cura comunque adeguato alla situazione o alla patologia della persona». Attraverso una stretta collaborazione tra magistratura e psichiatria è possibile individuare una soluzione che rappresenti un ragionevole bilanciamento tra l'esigenza di scongiurare il pericolo di commissione di nuovi reati e la necessità di tutela della salute del soggetto.

²⁴ Il manifesto è pubblicato a questo [link](#).