

Report di ricerca SMOP

Sistema informativo per il Monitoraggio del superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari

Aggiornamento report dati quantitativi anno 2022

Presentazione dei dati quantitativi aggiornati al 31 dicembre 2022

In questo rapporto verrà presentato l'aggiornamento dei dati ricavati dal Sistema informativo per il Monitoraggio del superamento degli Ospedali Psichiatrici, proponendo un'analisi quantitativa della situazione nazionale, con specifici approfondimenti statistici sulle regioni Campania e Piemonte.

Sommario:

Nota metodologica;

1. Le Residenze per l'esecuzione delle misure di sicurezza attive sul territorio italiano;
2. Le posizioni giuridiche: misure provvisorie e definitive;
3. Le liste d'attesa;
4. Ingressi, permanenze ed uscite;

Nota metodologica

Con questo rapporto di ricerca si presenta l'aggiornamento al 31 dicembre 2022 dei dati quantitativi relativi al processo di superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari e dell'istituzione delle Residenze per l'esecuzione delle Misure di Sicurezza, attraverso un'analisi quantitativa dei dati presenti all'interno della piattaforma "SMOP".

Lo Smop è un sistema informatico finalizzato a realizzare una omogenea base informativa, aggiornata continuamente dagli operatori afferenti ai vari servizi coinvolti, per descrivere e valutare sia il percorso di superamento degli OPG, sia l'implementazione ed il funzionamento dei nuovi servizi e strutture consequenzialmente attivati, comprese le REMS, le articolazioni per la tutela della salute mentale in carcere ed i servizi regionali e/o aziendali coinvolti nella gestione dei pazienti in misura di sicurezza non detentiva.

Per ciascuna persona entrata nei predetti servizi, vengono standardizzate e gestite diverse informazioni, raggruppabili nelle seguenti aree: anagrafica, informazioni sanitarie, informazioni giuridiche, presa in carico da parte del Sistema Sanitario Regionale.

L'analisi quantitativa qui realizzata ha permesso dunque di aggiornare la mappatura su scala nazionale del processo di superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari e dell'istituzione delle Residenze per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza.

Ai fini metodologici occorre segnalare che i dati qui presenti fanno riferimento a dati di campione in ragione del fatto che sia le Residenze per l'esecuzione delle misure di sicurezza che i Dipartimenti di Salute mentale non sono vincolati nella compilazione dei dati sul portale. Per questa ragione il sistema presenta, in alcune parti, dei dati mancanti: nello specifico, nella parte relativa alle liste di attesa, solo le Regioni Abruzzo, Campania, Emilia-Romagna, Lazio, Lombardia, Piemonte, Sardegna, Sicilia, Toscana e Veneto compilano i dati con regolarità, mentre le altre non utilizzano con altrettanta costanza il sistema informativo.

Inoltre ogni variazione di dati rispetto ai dati degli anni precedenti è dovuta alla tempistica di inserimento degli stessi nello Smop da parte delle Rems, i dati Smop sono infatti soggetti agli aggiornamenti da parte delle singole Rems anche a posteriori rispetto alla data di rilevazione.

1. Le Residenze per l'esecuzione delle misure di sicurezza attive sul territorio italiano

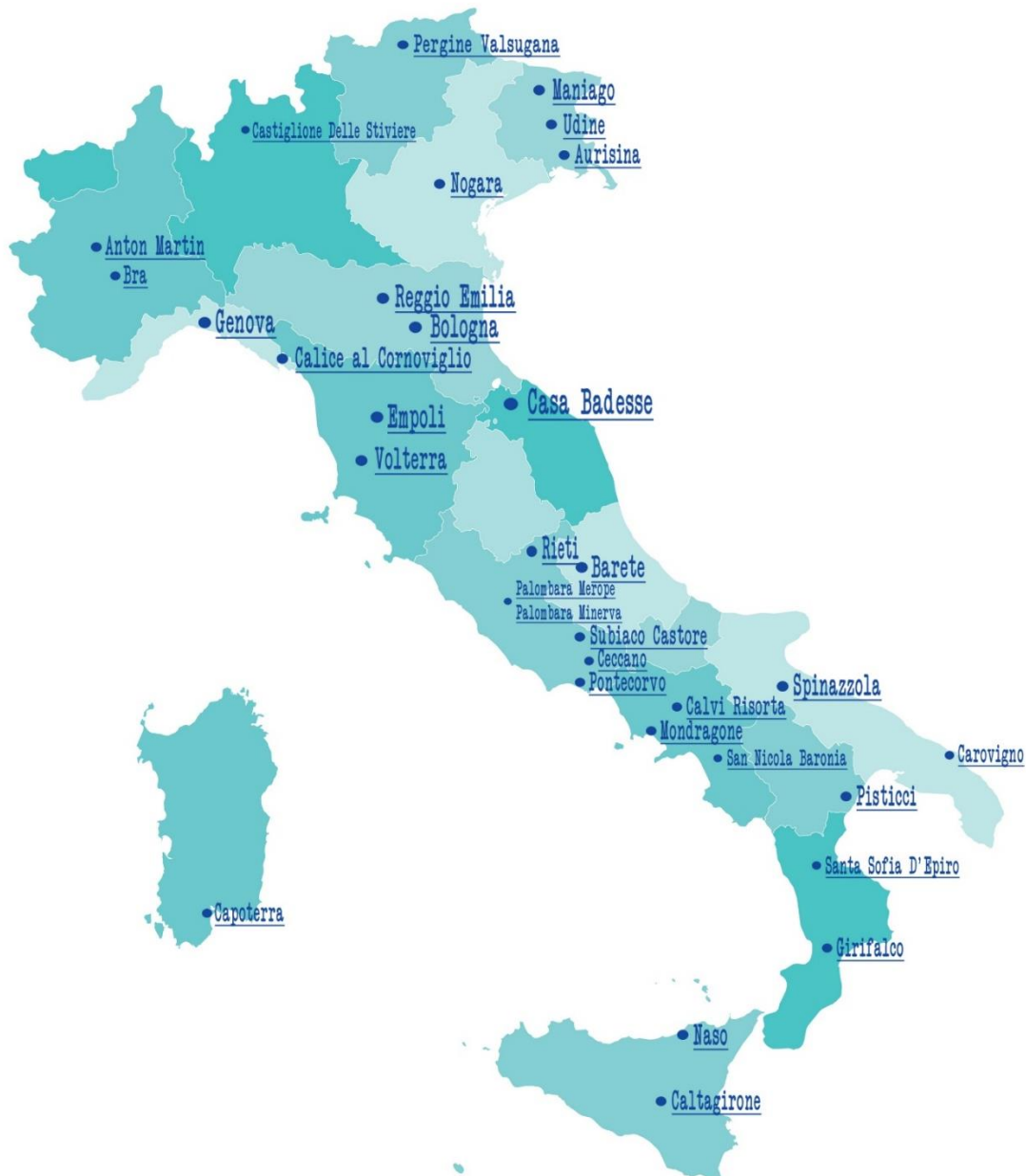
Al 31 dicembre 2022, risultavano attive 32 residenze per l'esecuzione delle misure di sicurezza: Rems Abruzzo-Molise-Barete (Abruzzo), Rems Pisticci (Basilicata), Rems Il Delfino di Santa Sofia D'epiro (Calabria), Rems Girifalco (Calabria), Rems Calvi Risorta (Campania), Rems San Nicola Baronica (Campania), Rems Casa degli Svizzeri di Bologna (Emilia Romagna), Rems Area Vasta di Reggio Emilia (Emilia Romagna), Rems Aurisina (Friuli Venezia Giulia), Rems Maniago (Friuli Venezia Giulia), Rems Udine (Friuli Venezia Giulia), Rems Ceccano (Lazio), Rems Palombara Merope (Lazio), Rems Palombara Minerva (Lazio), Rems Pontecorvo (Lazio), Rems Rieti (Lazio), Rems Subiaco Castore (Lazio), Rems Villa Caterina di Genova Pra' (Liguria), Rems Calice al Cornoviglio (Liguria), Rems Castiglione (Lombardia), Rems Casa Badesse (Marche), Rems Anton Martin (Piemonte), Rems Casa di Cura San Michele di Bra (Piemonte), Rems Carovigno (Puglia), Rems Spinazzola (Puglia), Rems Capoterra (Sardegna), Rems Caltagirone (Sicilia), Rems Naso (Sicilia), Rems Volterra Padiglione Morel (Toscana), Rems Empoli (Toscana), Rems Pergine Valsugana (Provincia Autonoma di Trento), Rems Nogara (Veneto).

Si segnala che nel corso del 2022 sono state aperte due nuove strutture: la Rems di Calice al Cornoviglio (Liguria) e la Rems di Girifalco (Calabria). Risultano dismesse le REMS provvisorie di Mondragone (Campania) e di Casale di Mezzani (Emilia-Romagna), e dismessa al 20.02.2023 quella di Bologna (Emilia Romagna).

Per quanto riguarda la gestione delle strutture, si segnala che le Rems piemontesi (Casa di Cura San Michele e Anton Martin) risultano entrambe a gestione privata, così come quelle liguri (Villa Caterina e Calice al Cornoviglio) e una di quelle calabresi (Il Delfino di Santa Sofia d'Epiro). Anche la Rems Casa Badesse presente nelle Marche è a gestione privata, così come la Rems Carovigno in Puglia e quella di Caltagirone in Sicilia.

Tutte le altre strutture hanno una gestione pubblica, affidata esclusivamente alla sanità pubblica regionale, come richiesto dalla normativa che invece classifica le residenze private come provvisorie.

Mapa 1. Residenze per l'esecuzione delle misure di sicurezza (Rems)¹



¹ Sono rappresentate qui le Rems che hanno operato nel corso del 2022.

Alla data di rilevazione (31.12.2022) i pazienti totali presenti nelle 33 strutture operative² sul territorio nazionale erano 592 così distribuiti:

Tabella 1. Distribuzione ospiti Rems per Regione al 31.12.2022

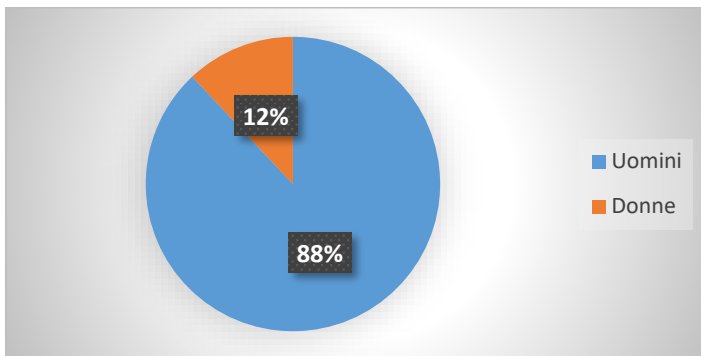
Regione	Presenti in Rems al 31.12.2022
Abruzzo	22
Basilicata	0
Calabria	16
Campania	39
Emilia Romagna	25
Friuli Venezia Giulia	6
Lazio	84
Liguria	15
Lombardia	133
Marche	27
Molise	0
P.A. Bolzano	0
P.A. Trento	10
Piemonte	39
Puglia	37
Sardegna	17
Sicilia	55
Toscana	28
Umbria	0
Valle d'Aosta	0
Veneto	39
Totale	592

Dalla tabella qui sopra riportata si evince l'anomalia rappresentata dalla Regione Lombardia, con la presenza di 133 presenze nella Rems di Castiglione delle Stiviere, pari a quasi un quarto delle presenze nazionali, concentrate in un'unica struttura poli-modulare (5 moduli). Quello lombardo rappresenta infatti un caso del tutto peculiare nel panorama italiano che per essere compreso richiede un'analisi retrospettiva su come la sanità regionale abbia dato concreta attuazione dapprima alla riforma della sanità penitenziaria e, in seguito, all'approvazione della legge 81. Attualmente la regione Lombardia e la Rems di Castiglione delle Stiviere è l'unica realtà che deroga al numero chiuso dei 20 posti letto, senza presentare evidenze di carattere socio-demografico che giustificano in

² Attualmente risultano senza Rems le regioni della Valle d'Aosta, Umbria e Molise.

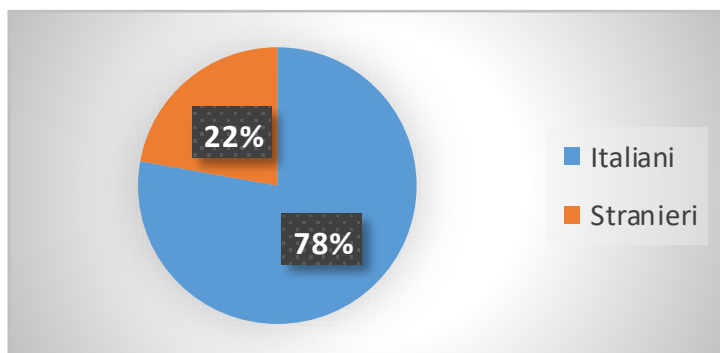
qualche maniera una percentuale così alta di persone ricoverate anche rispetto a regioni più popolate come Lazio, Campania e Sicilia.

Grafico 1. Percentuale pazienti uomini e donne presenti in Rems al 31.12.2022



Sul totale di 592 presenze, risultano presenti 521 uomini (88%) e 71 donne (12%). Dal grafico qui sopra riportato si evince una differenza non irrilevante rispetto alla percentuale della popolazione detenuta femminile in Italia, che, secondo i dati del Ministero della Giustizia, si assesta stabilmente da decenni tra il 4 e il 4,5% del totale della popolazione detenuta in Italia. Sarebbe azzardato in questa sede provare a fornire delle ipotesi interpretative rispetto a tali differenze. Tuttavia il dato pare sollevare interrogativi sulle variabili che contribuiscono a spiegarle e, dunque, sollecitare più approfondite ricerche rispetto al fenomeno della criminalità femminile e ai processi decisionali che determinano l'applicazione di pene e misure di sicurezza in una prospettiva di genere.

Grafico 2. Percentuale pazienti italiani e stranieri presenti in Rems al 31.12.2022



Per quanto concerne la popolazione straniera ospite nelle residenze di esecuzione delle misure di sicurezza del territorio italiano, osserviamo nel grafico 2 come questa sia composta da 131 pazienti autori di reato, pari al 22% del totale. Un numero in risalita rispetto ai dati dell'anno precedente che vedevano 104 pazienti stranieri presenti, ed anche rispetto ai 79 stranieri presenti nell'anno 2020.

Il 78% delle presenze è composto da pazienti italiani, non è invece stata registrata, nel sistema informativo, la nazionalità di un 1 soggetto. Dei 131 stranieri, 14 sono donne (10,7%) e gli altri 117 sono uomini (89,3%), di fatto una percentuale che si attesta poco al di sotto della media delle presenze femminili a livello nazionale anche per le pazienti straniere.

Tabella 2. Distribuzione presenze uomini e donne stranieri per Regione al 31.12.2022

Regione	Uomini	Donne	Totale stranieri
Abruzzo	6	0	6
Basilicata	0	0	0
Calabria	2	0	2
Campania	4	0	4
Emilia Romagna	11	1	12
Friuli Venezia Giulia	4	0	4
Lazio	13	4	17
Liguria	4	0	4
Lombardia	35	4	39
Marche	5	0	5
Molise	0	0	0
P.A. Bolzano	0	0	0
P.A. Trento	1	0	1
Piemonte	13	0	13
Puglia	2	0	2
Sardegna	1	0	1
Sicilia	0	4	4
Toscana	8	1	9
Umbria	0	0	0
Valle d'Aosta	0	0	0
Veneto	8	0	8
Totale	117	14	131

Il raffronto con la popolazione detenuta dimostra una più significativa presenza di stranieri in carcere, rispetto a quelli ospitati nelle Rems. Secondo i dati del Ministero della Giustizia, al 31.12.2022 i detenuti stranieri presenti nelle carceri italiane erano infatti 17.683, pari al 31,5%, dei 56.196 presenti e il dato è sostanzialmente costante ed invariato da diversi anni. Cionondimeno si ravvisa una tendenza di crescita dei pazienti Rems stranieri che nell'ultimo triennio sono passati da 79 (pari al 14%) a 131 (pari al 22%), con un trend di crescita del +4% per ogni anno. Nonostante rimanga perciò un certo divario tra la popolazione straniera detenuta e quella presente in Rems, questa differenza si sta assottigliando.

A questo bisogna aggiungere che dei 131 stranieri, 81 di essi (62%) provenivano dal carcere, il restante 38% invece da altre misure o dalle reti di superamento OPG (SSO) o da trasferimenti da altre Rems perché in dismissione. Questa percentuale è molto diversa da quella dei pazienti autori di reato italiani: dei 452 presenti infatti provenivano dal carcere in 153 (34%), tutti i restanti da altre misure. Analoghe differenze si riscontrano infatti se compariamo i numeri della detenzione con i numeri delle misure alternative, alle quali la popolazione straniera accede con molta più difficoltà rispetto agli italiani (qui il rapporto al 31 dicembre 2022 è infatti del 19% stranieri, 81% italiani) pur in presenza di una durata media delle pene e dei residui pena ben più esigua.

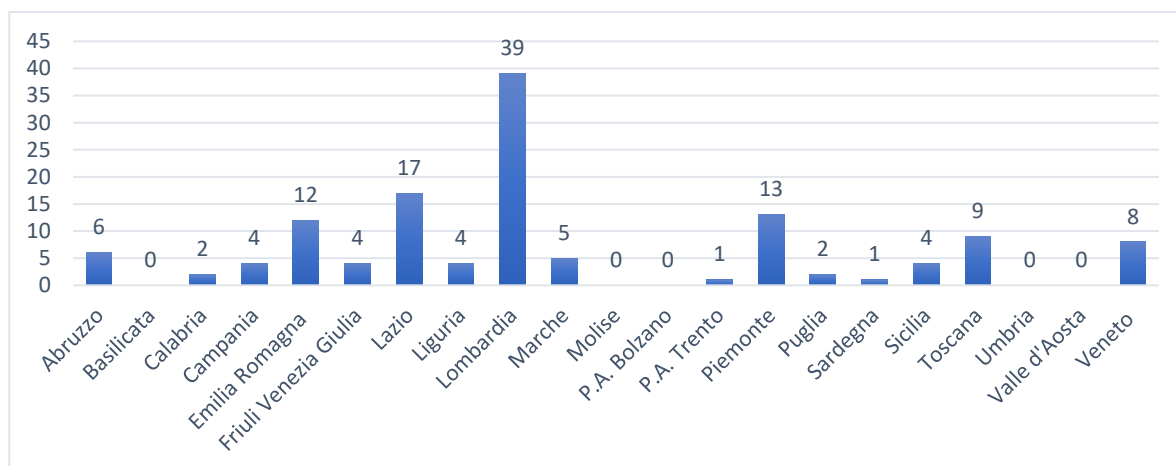
Quali possono essere le spiegazioni di tale propensione? Ovviamente le variabili in gioco sono tante (a partire dal tipo dei reati per giungere sino all'accesso al diritto alla difesa) e il fenomeno è complesso, tuttavia un elemento centrale potrebbe riguardare la tendenziale maggiore difficoltà, per gli stranieri, ad accedere a quei percorsi di presa in carico che richiedono un significativo impiego di risorse, umane ed economiche, in termini di progettualità e coinvolgimento di servizi.

Il paziente straniero a cui è applicata una misura di sicurezza detentiva può frequentemente trovarsi nella condizione di non avere una dimora fissa; questo determina un ritardo nell'attribuzione della competenza territoriale, che viene individuata in base al luogo di commissione del reato e alla conseguente attribuzione all'Asl di quel territorio. A ciò si aggiunge che si tratta di soggetti sconosciuti dai servizi territoriali, che hanno la necessità di procedere ad una valutazione iniziale e ad individuare eventuali soluzioni assistenziali alternative, anche in assenza di un contesto familiare e sociale che possa essere di supporto alla presa in carico.

La mancanza di riferimenti stabili sul territorio, di domicilio, di lavoro, di una posizione giuridica regolare, insieme alla mancanza di mediatori linguistici e culturali sono elementi che accomunano gran parte delle persone straniere che

entrano nel sistema giudiziario e che possono contribuire ad aumentare le disegualianze rispetto ai percorsi di presa in carico da parte dei servizi (psichiatrici, sociali, ecc.), con il rischio che il carcere diventi, più spesso che per gli italiani, il naturale approdo.

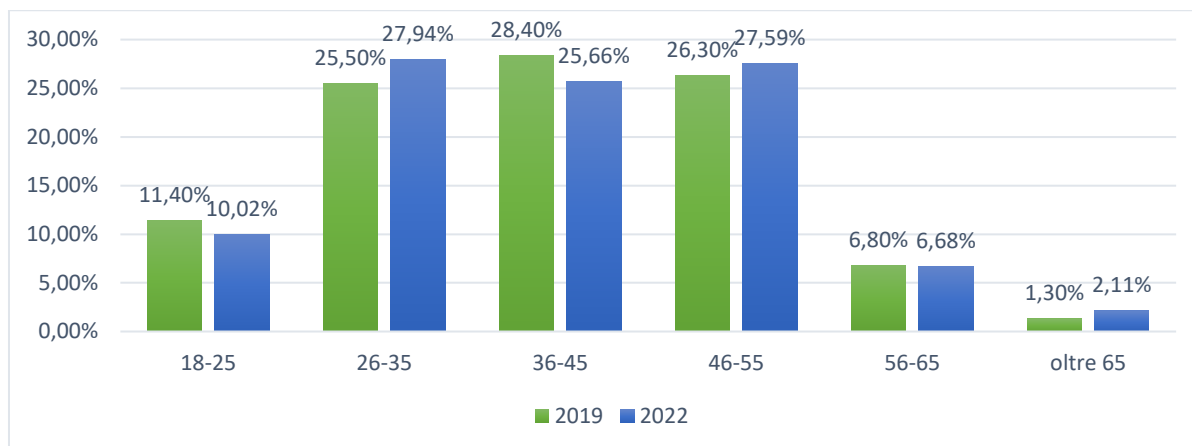
Grafico 3. Distribuzione presenze stranieri per Regione al 31.12.2022



Dal grafico si evince che le Regioni del nord Italia, come Piemonte (13), Lombardia (39), Emilia-Romagna (12) e Toscana (9) rappresentino, insieme alla Regione Lazio (17), i luoghi con la più alta presenza di stranieri, così come avviene per la realtà detentiva.

Un altro elemento che emerge dalla lettura dei dati, mettendo in relazione le fasce d'età dei soggetti ricoverati in Rems nell'anno 2019 e nel 2022, fa riferimento all'innalzamento della fascia d'età 26-35, 46-55 e oltre i 65 anni: si assiste da un lato ad un incremento della fascia dei giovani adulti e, dall'altro, ad un innalzamento d'età nelle fasce più adulte, diminuiscono invece i giovanissimi nella fascia 18-25.

Grafico 4. Distribuzione percentuale fasce d'età pazienti Rems nel 2019 e nel 2022



2. Le posizioni giuridiche: misure provvisorie e definitive

La questione delle posizioni giuridiche dei pazienti autori di reato che si trovano in Rems è uno degli aspetti più rilevanti e controversi della riforma. Dai dati si evince infatti come il numero di persone in situazione provvisoria - e quindi tuttora in attesa che vengano decise sia l'infermità mentale nel momento di commissione del reato, sia la commissione stessa del reato - sono in crescita, nonostante la riforma - e le successive pronunce delle Corti - avessero disposto l'utilizzo delle Residenze per l'esecuzione delle misure di sicurezza già definitive.

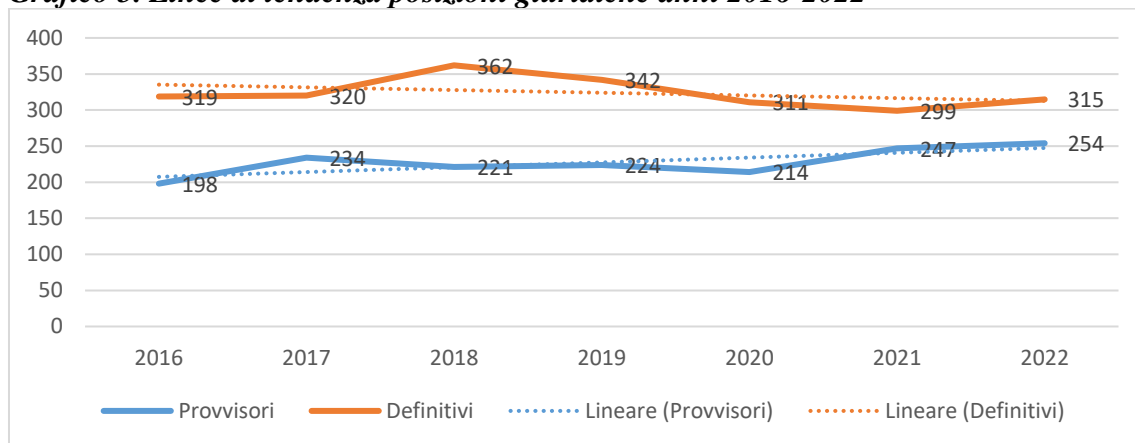
Tabella 3. Posizioni giuridiche dei pazienti presenti in Rems dal 2016 a 2022

Misura di sicurezza provvisoria (art. 206 c.p.)		Misura di sicurezza definitiva (art. 222 c.p.)		Semi-infermi di mente, casa di cura e custodia (art. 219 c.p.)		Totale Misure di sicurezza definitive	Pena sospesa (art. 212 c.p.)	
Anno	Totale	Anno	Totale	Anno	Totale	Totale	Anno	Totale
2016	198	2016	245	2016	74	319	2016	11
2017	234	2017	243	2017	77	320	2017	23
2018	221	2018	275	2018	87	362	2018	22
2019	224	2019	259	2019	83	342	2019	19
2020	214	2020	245	2020	66	311	2020	24
2021	247	2021	234	2021	65	299	2021	20
2022	254	2022	240	2022	75	315	2022	24

I dati segnalano infatti una tendenza all'aumento dell'utilizzo delle misure provvisore che sono passate dalle 198 nell'anno 2016 alle 254 nel 2022, in una crescita costante che non ha subito battute d'arresto.

L'analisi diacronica conferma come l'uso delle misure definitive sembra anche diminuire negli ultimi anni. Come si evince dal grafico che segue le linee di tendenza sono significative di questi andamenti in controtendenza:

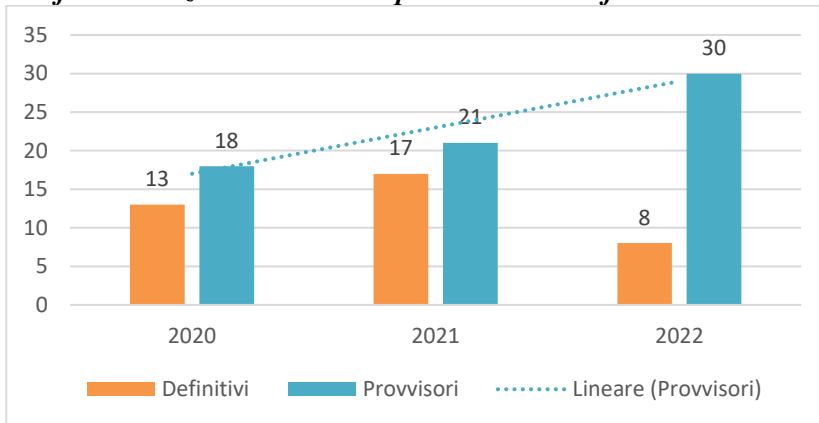
Grafico 5. Linee di tendenza posizioni giuridiche anni 2016-2022



Al dicembre 2022, i pazienti con misura provvisoria erano 254 (43%), coloro con misura definitiva erano invece 319 (53%), 20 (4%) coloro che avevano una sospensione o una trasformazione della misura di sicurezza.

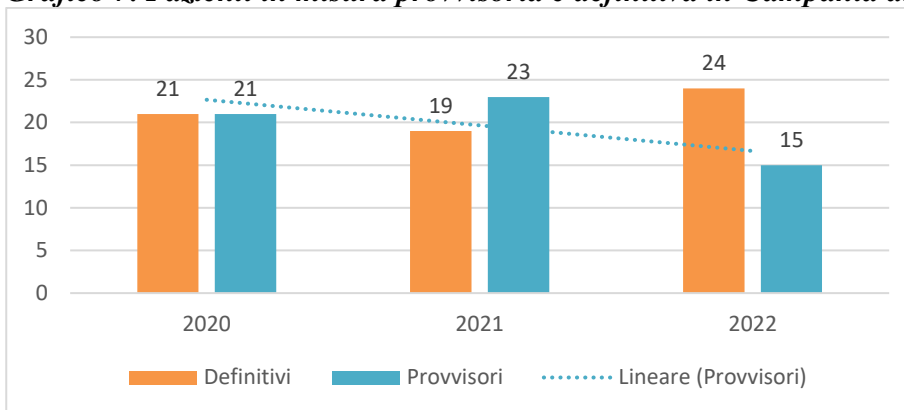
Analizzando i numeri delle regioni Campania e Piemonte emerge come, negli anni, quest'ultima abbia ospitato più soggetti con misure di sicurezza detentive provvisorie, anziché soggetti con misure di sicurezza detentive definitive, raggiungendo una percentuale del 77% - forse la più alta mai raggiunta - nel corso dell'anno appena trascorso.

Grafico 6. Pazienti in misura provvisoria e definitiva in Piemonte anni 2020-2022



La percentuale dei soggetti provvisori in Campania è invece del 38%, leggermente in discesa rispetto agli anni trascorsi.

Grafico 7. Pazienti in misura provvisoria e definitiva in Campania anni 2020-2022



In Piemonte i soggetti con misura di sicurezza detentiva definitiva sono 8 (20,5%), di molto inferiori alla media delle posizioni definitive italiane (53%). Di tendenza opposta appare l'utilizzo delle misure definitive in Campania che rappresenta il 61,5% del totale delle misure applicate.

Tale evidenza potrebbe essere determinata da una diversa operatività delle Procure e dei Tribunali – cui compete, in via esclusiva, la facoltà di ricorso all'applicazione delle misure di sicurezza provvisorie – e dall'efficacia delle forme di collaborazione con i Servizi sanitari che nei due ambiti territoriali sono state implementate. Ci si riferisce agli Accordi operativi in tema di applicazione delle misure di sicurezza che – già ai sensi dell'Accordo sancito dalla Conferenza Unificata il 26.02.2015 e, soprattutto, a quello successivamente definito il 30.11.2022 (art. 10) – mettono in collegamento

funzionale gli Uffici Giudiziari, le ASL, gli Uffici per l'esecuzione penale esterna e gli Organismi forensi, fin dalle fasi iniziali del procedimento penale.

Non è possibile equiparare i dati dell'anno 2020, a causa delle misure utilizzate in seguito alla diffusione del Coronavirus, ma i numeri indicano una tendenza diffusa sul territorio italiano ad assegnare alle Rems pazienti destinatari di misure di sicurezza provvisorie, quando sarebbe necessario *ex lege* assegnare alle stesse in via esclusiva soggetti con misura di sicurezza definitiva. Questo largo utilizzo delle misure provvisorie sembra confliggere con il principio di legge stabilito dal decreto legge n. 52/2014, convertito nella legge 81 del 2014, secondo cui le misure di sicurezze privative della libertà personale vanno applicate solo se le altre misure non sono effettivamente adeguate a rispondere alla pericolosità sociale. Il comma I lettera b dell'art 1 del decreto legge 52/2014 afferma infatti che l'accertamento della pericolosità sociale "è effettuato sulla base delle qualità soggettive della persona e senza tenere conto delle condizioni di cui all'articolo 133, secondo comma, numero 4, del codice penale", ovvero delle condizioni di vita individuale e familiare del reo, a sottolineare – ancora una volta – come la marginalità o il disagio sociale non possano costituire elementi dirimenti ai fini del giudizio di pericolosità sociale e di applicazione della misura di sicurezza privativa della libertà personale.

Già nel 2003 e 2004 le importanti sentenze della Corte costituzionale³ avevano aperto la strada verso alcune alternative all'obbligatorietà del ricovero in OPG ritenendo non scindibili le esigenze di cura e quelle della difesa sociale. Le pronunce della Consulta avevano avuto il pregio di scuotere il sistema, di fatto abolendo un automatismo sanzionatorio per gli infermi di mente autori di reato, e sottolineando come l'applicazione automatica della misura contenitiva come unica soluzione possibile violasse di fatto il principio di ragionevolezza e, di riflesso, il diritto alla salute.

Occorre segnalare che la competenza a decidere sulle misure provvisorie è di competenza dei giudici di cognizione - nella quasi totalità dei casi dei giudici per le indagini preliminari – e di competenza della magistratura di sorveglianza sono invece le decisioni sulle misure definitive (come revoche, proroghe, trasformazione delle misure).

I grafici poc'anzi esaminati danno un quadro di un lieve ma costante incremento delle misure provvisorie e di un lieve decremento di quelle definitive. Nella nostra comparazione tra Rems e istituti

³ Si fa qui riferimento alle famose sentenze della Corte costituzionale n. 253/2003 e n. 367/2004.

penitenziari se paragonassimo le misure di sicurezza provvisorie alle condanne non definitive – riferibili a soggetti in attesa di primo giudizio, appellanti e ricorrenti - vedremmo come il fenomeno della provvisorietà risulta sensibilmente sovra rappresentato nelle Rems (oltre il 43%) rispetto al carcere il cui dato si aggira intorno al 26% e che già risulta tra i più alti in Europa.

Quali possono essere le ipotesi sottese alla comprensione di questo dato? La vicinanza temporale dalla commissione del fatto di reato rientra sicuramente tra gli elementi che potrebbero giustificare una situazione psicopatologica della persona ancora in fase acuta. Inoltre, molto spesso persona in misura provvisoria è con ampia probabilità meno conosciuta dai servizi psichiatrici territoriali – a meno che non abbia avuto una pregressa presa in carico per altri motivi diversi dalla commissione del reato. Sono questi alcuni dei fattori che rendono più difficile l'individuazione di un Programma terapeutico individuale (PTRI) e di soluzioni "alternative" alla Rems. La percezione è perciò che il giudice, in attesa di ricevere i risultati delle perizie e delle consulenze tecniche psichiatriche per definire il processo sarà più propenso a optare per una misura maggiormente custodiale come il ricovero in Rems.

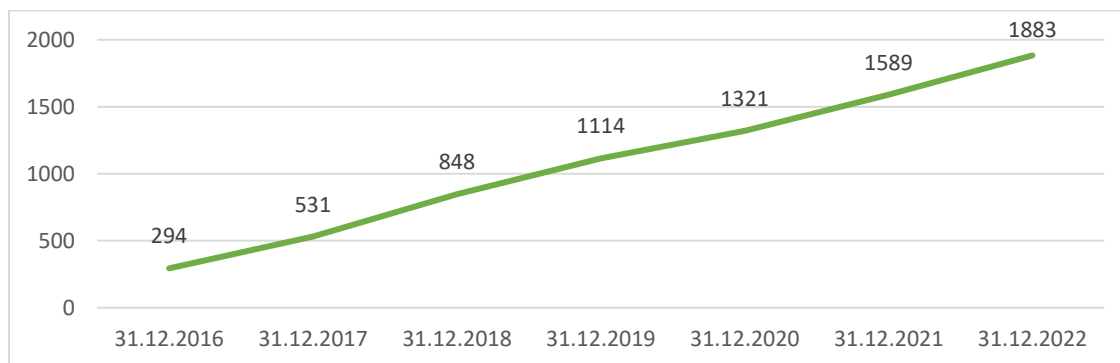
3. Le liste d'attesa

Il meccanismo del numero chiuso rappresenta una delle questioni più delicate e dibattute dell'attuale sistema dell'esecuzione delle misure di sicurezza, anche alla luce delle ultime pronunce della Corte costituzionale e della Corte europea dei diritti dell'uomo⁴. Tale meccanismo sostanzialmente prevede che le strutture possano accogliere persone per cui è stata disposta una misura di sicurezza in Rems soltanto nei limiti della capienza stessa. La creazione del numero chiuso, e la conseguente nascita della lista d'attesa, ha rappresentato uno dei cardini della riforma per il superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari a garanzia della natura terapeutico-riabilitativa del nuovo approccio riformatore che lascia - per la prima volta nella storia delle istituzioni totali - nelle mani delle Regioni la gestione di un ordine di esecuzione proveniente dalla magistratura, di fatto creando un sospenso

⁴ Si rimanda alla sentenza della Corte Costituzionale nr. 22 del 27 gennaio 2022, Presidente Coraggio, Redattore Viganò e alla pronuncia della Corte europea dei diritti dell'uomo Sy c. Italie -11791/20, Arrêt 24.1.2022, disponibile online su: <https://hudoc.echr.coe.int/eng#%7B%20itemid%22:%5B%22002-13539%22%5D%7D>

delle immediate esecuzioni delle sentenze di proscioglimento per infermità mentale con applicazione della misura di sicurezza. Si tratta di una peculiarità di non poco conto, soprattutto se confrontata con quanto avviene nel campo del penitenziario, dove gli istituti penitenziari si trovano ad accogliere persone destinatarie di un provvedimento di custodia ben oltre le capienze e dove osserviamo tassi di sovraffollamento⁵ che impattano drammaticamente nella quotidianità detentiva e nel rispetto dei diritti e della dignità dei reclusi. Nel caso delle Rems, invece, il meccanismo del numero chiuso implica che le persone che non possono essere accolte dalle strutture finiscano in lista d'attesa finché non si libera un posto. Nel frattempo, possono essere sottoposte ad altre forme di controllo (come, ad esempio, al domicilio, in comunità, talvolta in istituto penitenziario, ecc.).

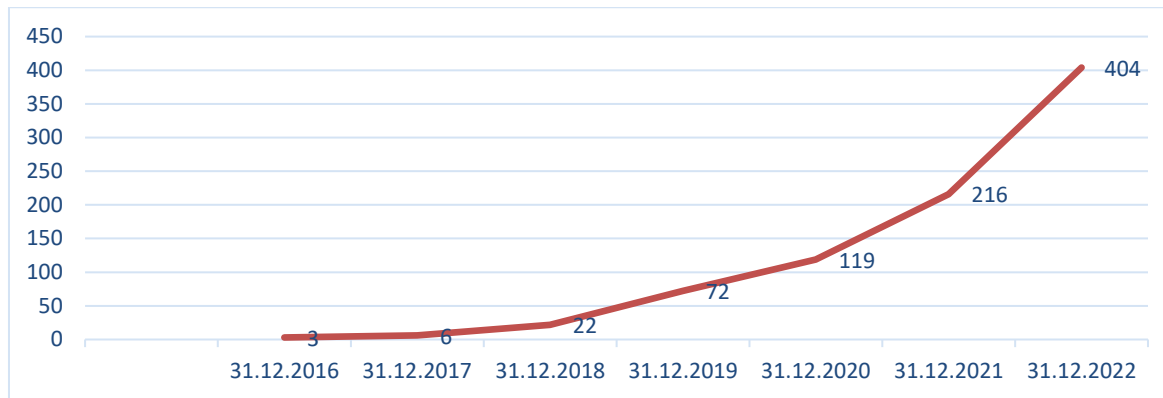
Grafico 8. Flusso diacronico soggetti transitati in lista d'attesa Rems 2016-2022



Dall'analisi diacronica qui riportata si evince come i numeri della lista di attesa siano in ascesa. Al 31 dicembre 2022 sono infatti 188 in più le persone in attesa di un posto in Rems rispetto all'anno 2021. I dati di flusso però evidenziano come, nell'anno appena trascorso, dei 1883 soggetti transitati in lista di attesa, alla data del 31 dicembre, ben 1479 (78,5%), pari a oltre i due terzi di tutti i soggetti in lista, sono stati collocati in Rems o inseriti in altri percorsi sul territorio. Alla fine dell'anno rimanevano in attesa di assegnazione Rems 404 persone (il 21%), come si evince dal grafico che segue:

⁵ Al 31 dicembre 2022 erano presenti 56.196 detenuti a fronte di una capienza regolamentare di 51.328 posti letto, con un sovraffollamento del 109,6%.

Grafico 9. Flusso diacronico soggetti attivi in lista d'attesa Rems 2016-2022



Considerando tali dati è interessante approfondire come - attraverso l'ultimo Accordo della Conferenza Unificata n. 188/CU del 30 novembre 2022⁶ - siano stati approvati i criteri per l'ammissione alle Residenze per l'esecuzione delle misure di sicurezza e unificati a livello nazionale, eliminando quelle scelte discrezionali che variavano da Regione a Regione e che, in alcuni casi, vedevano il criterio cronologico come elemento principale per l'assegnazione.

La Conferenza Unificata ha stabilito che i criteri di tenuta delle liste di attesa devono tenere conto della data di applicazione della misura di sicurezza detentiva in Rems, delle caratteristiche sanitarie del paziente e del livello attuale di inappropriatezza della collocazione del paziente cui è applicata una misura di sicurezza detentiva immediatamente eseguibile (con particolare riferimento allo stato di detenzione in Istituto penitenziario o al ricovero in SPDC), ma anche dell'adeguatezza, al momento di ogni revisione della lista di attesa, delle soluzioni assistenziali, non solo residenziali, alternative alla Rems per i pazienti assegnati, da sottoporre alla competente Autorità Giudiziaria.

Oltre a questi criteri viene assegnato ai (neo-istituiti) Punti Unici Regionali (PUR) il compito di assicurare la gestione delle liste di attesa regionali per gli ingressi in Rems sino all'esaurimento delle stesse. Previa formale istituzione e assegnazione delle relative competenze da parte delle Regioni e delle Province Autonome, i PUR, operando d'intesa ed in costante raccordo con i DSM e le ASL, cui compete l'erogazione delle prestazioni sanitarie, indicano tempestivamente e direttamente all'Autorità Giudiziaria richiedente, nonché al DAP, la Rems di destinazione per competenza

⁶ Si rimanda al testo completo dell'Accordo: <https://www.statoregioni.it/it/conferenza-unificata/sedute-2022/seduta-del-30112022/atti/repertorio-atto-n-188cu/>

territoriale (anche favorendo il raccordo con la Magistratura competente ove non siano disponibili posti nell'immediato). Qualora emergessero le condizioni per la revisione della misura di sicurezza sarà poi cura del Punto unico regionale indicare le strutture presenti sul territorio per accogliere il soggetto, anche in regime residenziale o semi-residenziale, previa eventuale sostituzione, da parte dell'Autorità Giudiziaria, della misura di sicurezza detentiva con quella non detentiva della libertà vigilata. Gli stessi, poi, qualora l'Autorità Giudiziaria disponga il ricovero provvisorio del soggetto presso una struttura del servizio psichiatrico ospedaliero, ovvero presso altro luogo di cura (adeguato alla situazione e alla patologia della persona), provvedono a raccordare l'Autorità Giudiziaria e le ASL per ogni opportuna soluzione di cura idonea allo scopo (anche ambulatoriale, semi-residenziale, residenziale), considerato che il ricovero in ambito ospedaliero è appropriatamente utilizzabile solo limitatamente alla fase della gestione dell'acuzie. Nel caso in cui l'Autorità Giudiziaria disponga la sostituzione della misura di sicurezza detentiva con altra misura non detentiva, il PUR è l'ente che ne dà tempestiva notizia al DAP. Tra gli altri compiti, il PUR si impegna a promuovere forme di coordinamento interregionale, nel rispetto del principio di territorialità già richiamato dalle diverse pronunce delle Corti, al fine di stimolare la collaborazione tra sistemi sanitari regionali da attivare in relazione all'esecuzione delle misure detentive e non; ed altresì si impegna a favorire il raccordo operativo con i DSM, titolari della presa in carico, qualora da questi venga sollecitata la necessità di rivalutazione della pericolosità sociale ai fini della eventuale revoca o sostituzione della misura di sicurezza detentiva nei confronti di soggetti presenti nelle liste di attesa per l'ingresso in Rems o che comunque risultino già in carico ai DSM e a favorire la rivalutazione della pericolosità sociale ai fini della eventuale revoca o sostituzione della misura di sicurezza detentiva nei confronti di soggetti ricoverati in Rems a cura del magistrato competente qualora venisse ravvisata dall'equipe curante della Rems e/o del DSM la possibilità di adozione di misure terapeutiche alternative.

Con riferimento al monitoraggio (qualitativo e quantitativo) delle liste d'attesa per l'ingresso in Rems, le Regioni e le Pubbliche Amministrazioni – attraverso i PUR - e il DAP si impegnano a revisionare periodicamente (e comunque ogni sei mesi) le liste di attesa per gli ingressi Rems scambiandosi ogni dato ritenuto rilevante, nel rispetto del principio di leale collaborazione.

Sulla base dei requisiti delle misure il soggetto viene inserito in una delle tre sotto-liste di priorità suddivise tra categorie di soggetti ritenuti prioritari, non prioritari, temporaneamente non inseribili.

Rispetto a un dato che presenta un trend in costante crescita è interessante approfondire da un lato le condizioni delle persone in lista d'attesa e, dall'altro lato, la reazione del sistema nel suo complesso di fronte a questo fenomeno.

Si evidenzia che i PUR costituiscono una rilevante innovazione prevista solo recentemente con l'Accordo sancito dalla Conferenza Unificata il 30.11.2022 e, allo stato, attuata solo da poche Regioni (Campania, Piemonte, Emilia-Romagna e Liguria).

Tabella 4. Soggetti in lista d'attesa dal 2019 al 2022⁷

LISTE ATTESA REMS (totali presenti)	31.12.2019	31.12.2020	31.12.2021	31.12.2022
Totale in lista	93	175	204	404
Con presa in carico ASL	30 (33%)	43 (25%)	65 (32%)	67 (17%)
Di cui PTRI NON REMS (soluzioni assistenziali diverse da Rems)	19 (63% dei pz presi in carico)	25 (58% dei pz presi in carico)	37 (57% dei pz presi in carico)	19 (28% dei pz presi in carico)
Con attuale presenza in Istituto Penitenziario (IP)	8 (9% del tot in lista)	32 (18% del tot in lista)	49 (24% del tot in lista)	66 (16% del tot in lista)
Con attuale presenza in Istituto Penitenziario (IP) e non eseguibilità della misura di sicurezza	3 (38% dei presenti in IP)	8 (25% dei presenti in IP)	8 (16% dei presenti in IP)	47 (61% dei presenti in IP)
Con attuale presenza in Istituto Penitenziario (IP) e con PTRI NON REMS già formalizzato ASL	3 (38% dei presenti in IP)	4 (13% dei presenti in IP)	3 (6% dei presenti in IP)	3 (5% dei presenti in IP)

Per quanto concerne il primo punto, dei 404 in lista d'attesa, 66, pari al 16% del totale, si trova in istituto penitenziario. Il 61% di quest'ultimi, però, nonostante sia in attesa di entrare in Rems non vi può fare accesso per ineseguibilità della misura di sicurezza. Il restante 84% si trova in una qualche

⁷ Si segnala che i dati presentati nella tabella si riferiscono alle Rems delle sole Regioni Campania, Abruzzo, Emilia-Romagna, Piemonte, Lombardia, Sardegna, Toscana, Veneto, Sicilia, Marche; le restanti Regioni non utilizzano (o utilizzano incostantemente) il sistema nella parte relativa alle liste di attesa.

altra condizione di attesa, con un livello di contenimento via via decrescente fino alla libertà, come indicato nella tabella sottostante.

Il dato che emerge - con una nota di preoccupazione - se comparato ai dati degli anni passati, riguarda la presa in carico ASL che potrebbe condurre all'approvazione di progetti alternativi sul territorio con contemporanea o successiva revoca della misura di sicurezza detentiva. Il dato è in forte decremento: da una media stabile intorno al 32% è sceso al 17% di tutti i soggetti che sono in attesa di assegnazione in Rems. Ci si domanda se il dato sia rappresentativo della realtà o in qualche modo risulti condizionato dal caricamento dei dati a sistema da parte degli operatori coinvolti.

Tale dato, provvisoriamente, appare in buona parte determinato dal progressivo ampliamento dell'utilizzo del sistema per il monitoraggio delle liste di attesa che comporta inizialmente inserimento dell'assegnazione in REMS e successivamente quello delle correlate attività dei servizi territoriali; già solo le attività avviate dalla regione Sicilia nel 2022 hanno determinato la registrazione di circa 200 persone in lista di attesa per l'ingresso in REMS ma non ancora l'inserimento di tutte le attività di valutazione sulla presa in carico da parte dei DSM.

Questo fenomeno si collega anche alla predisposizione di PTRI con soluzioni assistenziali diverse dalla Rems (PTRI NON REMS) che si sono quasi dimezzati passando in termini di numeri assoluti da 37 a 19, dal 57% dei pazienti presi in carico nel 2021 al solo 28% nel 2022. È possibile che alcuni soggetti vengano intercettati prima e per questo il PTRI venga fatto prima dell'applicazione – spesso provvisoria – della misura di sicurezza, che poi esiterebbe in una modifica o revoca della stessa, con la conseguenza che i soggetti che rimangono fuori da questa intercettazione siano quelli per cui i servizi poi ritengono necessario un passaggio in Rems.

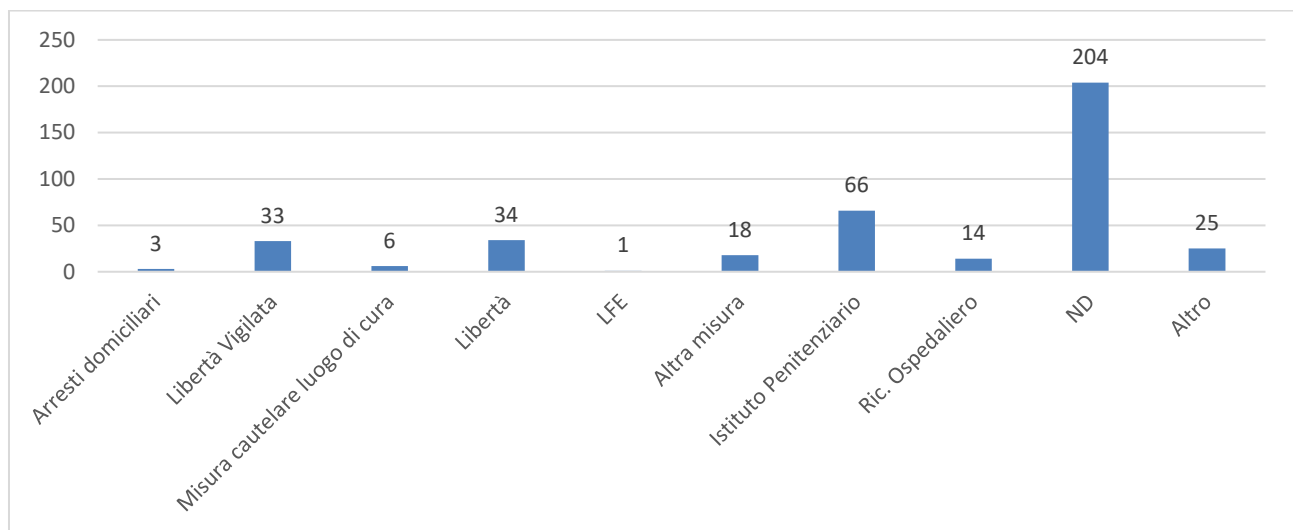
L'emersione di questo numero di persone in attesa di sistemazione in Rems non solo consente di aprire una riflessione di più ampio respiro sulla *pericolosità*, intesa in senso *sociologico* anziché *giuridico*, ma è inoltre rappresentativa di un riverbero proveniente dalle ultime pronunce delle corti nazionali ed internazionali⁸ sulla gestione delle misure di sicurezza detentive che hanno di fatto

⁸ La sentenza nr. 22 del 2022 della Corte costituzionale, in risposta all'istruttoria sollevata con la finalità di acquisire specifiche informazioni sul funzionamento del sistema Rems chiamando Ministero della Giustizia e Ministero della Salute a riferire su 14 punti salienti ritenuti indispensabili ai fini della decisione nel merito, ha incoraggiato il legislatore perché concretizzi un'urgente riforma del sistema. L'invito è stato quello di creare una adeguata base legislativa alla nuova misura di sicurezza tenendo conto delle finalità terapeutiche che l'assegnazione in Rems conserva e perché provveda alla realizzazione e al buon funzionamento, sull'intero territorio nazionale, di un numero di Rems sufficiente a far fronte ai

puntato i riflettori sul numero delle persone in attesa di collocazione in struttura residenziale, che prima rimaneva all'oscuro proprio perché meno indagato.

Come si evince dal grafico sottostante, parte del gran numero di persone che si trova ad aspettare di entrare in una Rems si trova in una situazione di libertà (34), di libertà vigilata (33), arresti domiciliari (3), altra misura (18), ricovero ospedaliero (14) o licenza di fine esperimento (1).

Grafico 10. Posizione all'atto dell'assegnazione REMS



La tenuta del sistema delle liste d'attesa, che sostanzialmente sembra funzionare - in termini di garanzia di civiltà del campo della penalità senza incidere sulla sicurezza dei cittadini - pare dunque contrastare una retorica di senso comune che richiede l'apertura di nuove Rems e in base alla quale, per garantire la sicurezza della società nel suo complesso, persone che hanno commesso dei reati devono essere trattenute all'interno di strutture ad alto livello contenitivo

Emergono infatti strade alternative rispetto alla proposta ricorrente di aprire nuove Rems: alla luce del protocollo della Conferenza Unificata emerge l'importanza di individuare percorsi di cura individuali anche di tipo residenziale presenti sul territorio eventualmente idonei ad accogliere il

reali fabbisogni, nel quadro di un complessivo e altrettanto urgente potenziamento delle strutture sul territorio in grado di garantire interventi alternativi adeguati rispetto alle necessità di cura e a quelle, altrettanto imprescindibili, di tutela della collettività.

paziente psichiatrico autore di reato, qualora, all'esito degli accertamenti, l'Autorità Giudiziaria dovesse ritenere sufficiente l'applicazione di una misura di sicurezza non detentiva.

Tra i dati che aiutano nella lettura di questo fenomeno vi sono quelli relativi alle revoche del paziente dalle liste di attesa. Analizzando i focus di indagine del Piemonte e della Campania osserviamo come in entrambe la misura più utilizzata risulti essere quella della Libertà Vigilata (LV), a riprova del fatto che quando è possibile attuare un progetto sul territorio l'istituzionalizzazione può essere superata e dare spazio all'inclusione territoriale.

Grafico 11. Revoche dalla lista d'attesa al 31.12.2022 in Campania

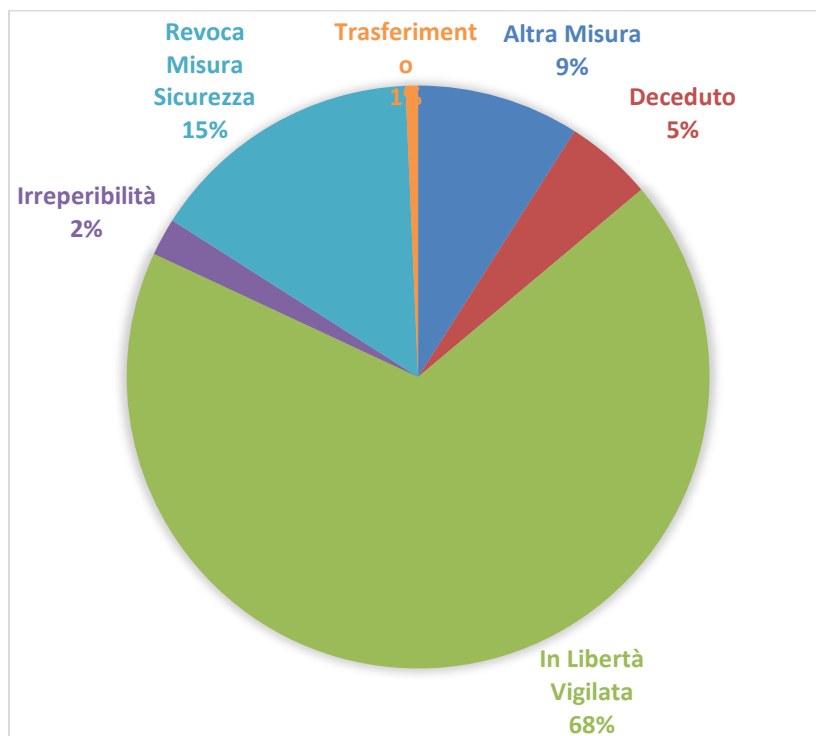
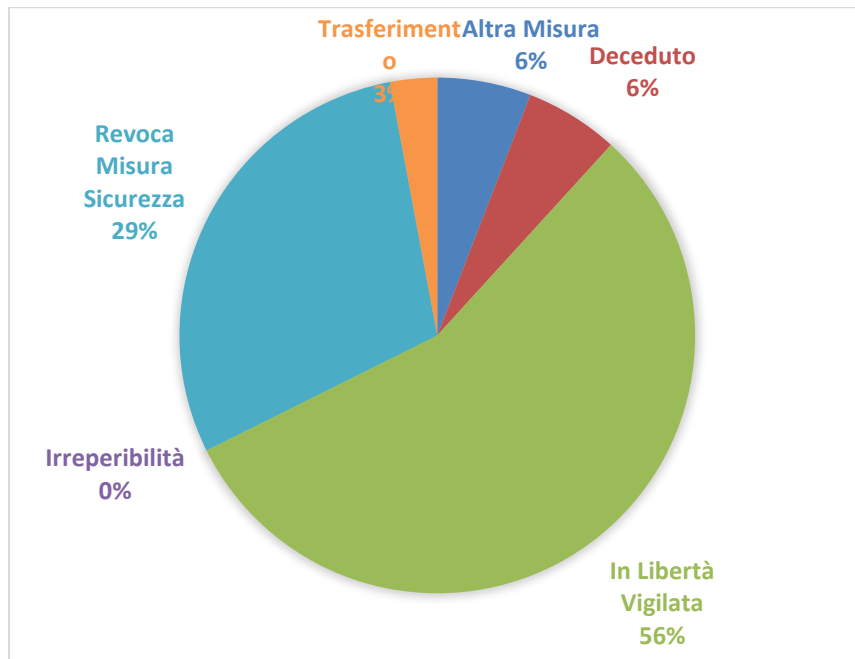


Grafico 12. Revoche dalla lista d’attesa al 31.12.2022 in Piemonte



Il 68% delle revoche dalle liste campane (aumentato di 6 punti percentuali rispetto al 2021) per la concessione della libertà vigilata - a fronte del 56% di quelle piemontesi (aumentato di 6 punti percentuali rispetto al 2021) - sembra suggerire che esistono delle alternative percorribili ai percorsi di istituzionalizzazione e che la misura può essere trasformata (per tutte quelle situazioni che è possibile intercettare e gestire sul territorio) in una modalità che non è più esclusivamente quella custodiale e residenziale in Rems.

Su questo evidentemente sarebbe importante analizzare l’incidenza di alcune variabili, anche localmente situate, come la cultura professionale di medici e magistrati, oltre che della predisposizione e capacità dei servizi di salute mentale di reperire soluzioni territoriali alternative.

Questi dati sulle revoche sembrano confermare, dunque, la validità delle liste d’attesa che costituiscono un filtro ad uso eccessivo delle assegnazioni in Rems anche per quei soggetti provvisori, le cui misure - se intercettate dal territorio - potrebbero essere modificate in percorsi alternativi⁹.

Occorre infatti non perdere mai di vista la residualità della Rems, così come era stata pensata dalla legge 81 del 2014 che incoraggia altre misure e prevede il ricovero nelle residenze per l’esecuzione

⁹ Così come ribadito dalla Corte costituzionale, Sentenza n. 22 del 27 gennaio 2022, par. 5.4.

della misura di sicurezza solo quando sono acquisiti elementi dai quali risulta che ogni misura diversa non è idonea ad assicurare cure adeguate e a fare fronte alla pericolosità sociale del soggetto. L'esistenza stessa delle Rems e, più in generale, di una forma custodiale di contenimento, induce spesso ad escludere la pensabilità di altre misure, meno afflittive, e il carattere di transitorietà della misura di sicurezza detentiva stessa.

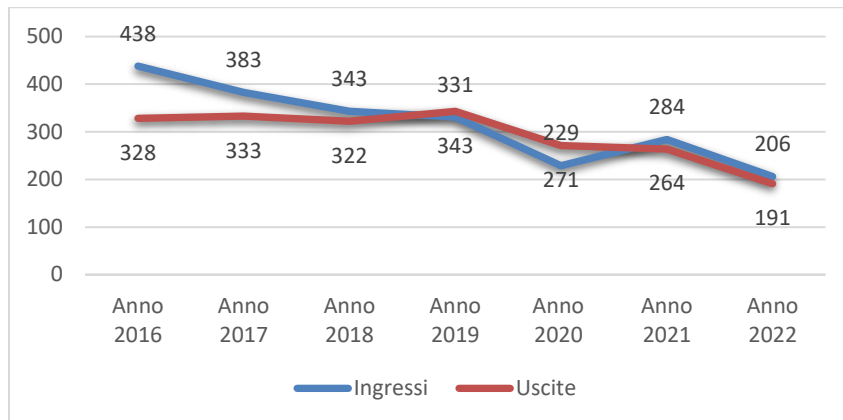
Le revoche dalla lista di attesa sembrerebbero essere invece il riflesso di un sistema territoriale che se operativo e in comunicazione concertata tra Servizi di Salute Mentale territoriali, magistratura e Rems è in grado di garantire una presa in carico territoriale e una strutturazione di soluzioni alternative modulabili che vanno dalla collocazione in strutture terapeutiche riabilitative intermedie, ai gruppi appartamento fino ad arrivare alla collocazione presso il domicilio, creando una rete di percorsi alternativi alla Rems con una forte centralità dei progetti terapeutico riabilitativi individuali, esenti dalla mera logica securitaria ed orientati ad evitare lo sradicamento del malato psichico dal territorio.

4. Ingressi, permanenze ed uscite

Il dato diacronico sui flussi di ingresso e uscita nel corso degli anni appare leggermente diverso dal trend che lo ha caratterizzato a partire dal 2016. Per quanto riguarda gli ingressi, abbiamo assistito ad una risalita nel corso del 2021, ma all'interno di una più ampia tendenza alla sostanziale diminuzione che aveva contraddistinto gli ultimi anni. Questo dato, di per sé, pare facilmente comprensibile se consideriamo il processo di passaggio dagli Opg alle Rems e l'effetto "riempimento" di queste ultime in una prima fase. Poi, negli anni, il numero di ingressi cala progressivamente, considerato da un lato la tenuta del sistema a numero chiuso e, con riferimento specifico al 2020, il probabile "effetto Covid", per cui osserviamo un numero di ingressi di molto minore rispetto agli anni precedenti.

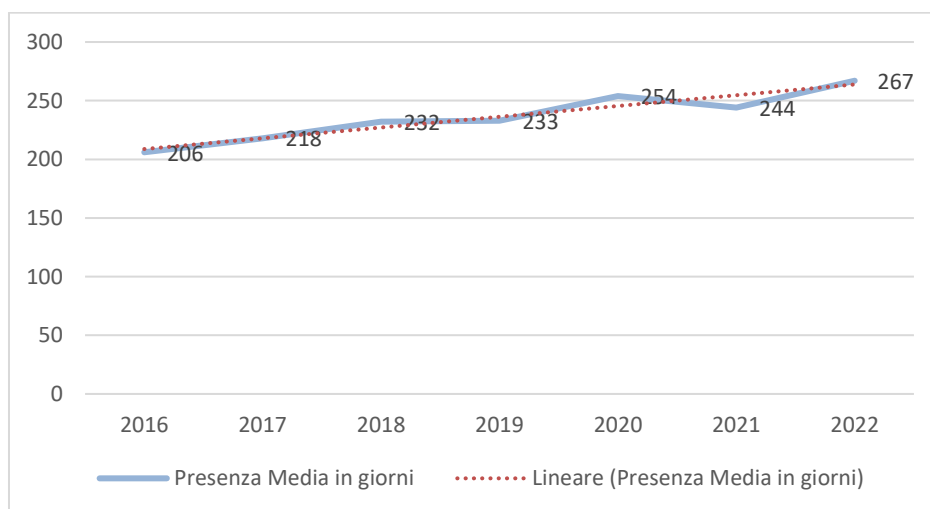
Le uscite mostrano invece un andamento sostanzialmente stabile negli anni con l'esclusione del biennio 2020-2021 in cui, anche in seguito agli effetti della pandemia che hanno congelato o comunque rallentato tutti i movimenti, si era assistito ad una leggera diminuzione delle uscite.

Grafico 13. Flusso diacronico ingressi e uscite anni 2016-2022



Un dato su cui occorre porre l'attenzione riguarda l'analisi congiunta di ingressi, uscite e presenze medie. A fronte di una diminuzione di ingressi e uscite, leggermente in ribasso, le presenze medie in realtà non si riducono. Tale dato è spiegato da un trend tendenzialmente in aumento della durata media delle permanenze, come mostra il grafico di seguito, dopo il calo post 2020.

Grafico 14. Flusso diacronico presenze medie anni 2016-2022



Secondo quanto indicato dal sistema SMOP, la presenza media¹⁰ è la media aritmetica dei giorni di effettiva permanenza all'interno delle strutture¹¹. Occorre dunque interrogarsi sulle ragioni dell'aumento delle permanenze in Rems. Dall'analisi dei dati sui PTRI non Rems emerge una criticità legata alla più generale mancata o faticosa presa in carico da parte dei servizi territoriali, per cui accade che persone dimissibili (sia in ragione del percorso giuridico che sanitario) in realtà permangano in Rems "più a lungo del dovuto" per mancanza di alternative fuori.

Più in generale, poi, emerge uno scollamento tra i tempi della cura e quelli della giustizia, per cui percorsi che risultano conclusi dal punto di vista sanitario si protraggono nella componente giudiziaria. Valutazioni riguardanti la complessa intersezione tra il piano giuridico e quello sanitario effettuate dalla magistratura che sembrano andare oltre il dato clinico, riguardanti – tra le altre cose - anche il possesso di requisiti di affidabilità quali una rete familiare e sociale, un'abitazione idonea e una presa in carica effettiva da parte dei servizi territoriali.

Un altro dato che occorre segnalare - in linea con quanto più sopra riportato - riguarda l'assenza del Progetto Terapeutico Riabilitativo Individuale¹² (PTRI) per numeri mediamente significativi di persone. Come poc'anzi menzionato, il PTRI rappresenta il meccanismo fondamentale della presa in carico del soggetto, in quanto consente di dare attuazione al progetto di reinserimento sul territorio concertato tra i vari attori coinvolti: operatori sanitari e giudiziari, servizi sociali e territoriali, familiari, ecc.

Dai dati presenti sulla piattaforma SMOP emerge che per un gran numero di utenti il PTRI è assente, per quanto emergano tuttavia significative differenze tra le regioni. Ovviamente tale assenza pesa diversamente se il soggetto è in misura provvisoria o definitiva. Il dato significativo, da questo punto

¹⁰ La presenza media è la media aritmetica dei giorni di effettiva permanenza nelle strutture. Sono computate le presenze nell'anno di riferimento (presenti al 31.12.2022 e dimessi nello stesso anno): - Pazienti presenti al 31.12: calcolando il N° di giorni dalla data di ingresso al 31.12 (nel caso di ingresso avvenuto precedentemente all'anno selezionato, si considera come ingresso il giorno 01.01 dell'anno selezionato). - Pazienti dimessi prima del 31.12: calcolando il N° di giorni dalla data di ingresso alla data di uscita (nel caso di ingresso avvenuto precedentemente all'anno selezionato, si considera come ingresso il giorno 01.01 dell'anno selezionato). Non sono invece qui computate le assenze temporanee che non costituiscono dimissione dalla struttura (ricoveri, permessi ecc.).

¹¹ A tal proposito occorre specificare che i dati sulle presenze fanno media anche con le Regioni che non riportano i dati quantitativi all'interno del sistema Smop e che, pertanto, vengono conteggiate a zero. Se prendessimo in esame esclusivamente i dati delle Regioni Lazio, Lombardia, Marche, Piemonte, Puglia, Sardegna, Sicilia, Calabria, Emilia Romagna, Campania e Veneto, la presenza media salirebbe infatti a 697 giorni.

¹² I Progetti Terapeutici Riabilitativi Individuali sono compilati a cura del SSR territorialmente competente - ASL di presa in carico - e, conformemente alla Legge n. 81/2014, finalizzati alla dimissione dall'SSO e inviato all'Autorità Giudiziaria competente per il paziente.

di vista, è l'assenza di PTRI (49%) per molti di coloro che si trovano in Rems in misura definitiva, poiché su queste persone lo scenario giudiziario è maggiormente definito.

Anche in questo caso, balza agli occhi un'analogia con l'universo carcerario, dove l'osservazione scientifica della personalità, strumento tecnico per la presa in carico in vista del futuro reinserimento del detenuto, spesso non viene "aperta" se non a ridosso del fine pena o, come spesso accade, non viene affatto aperta per tutta la durata della pena.

Al di là delle differenze tra i due meccanismi che richiamano peraltro differenti funzioni attribuite alla pena e alla misura di sicurezza, ciò che pare accomunare i due scenari è, ancora una volta, la difficoltosa presa in carico progettuale globale, nel caso delle Rems peraltro meno giustificabile dal punto di vista numerico.

Tabella 5. Situazione nazionale PTRI¹³ (al 31.12.2022)

PTRI	N (%)
PTRI con o senza alternative in REMS su TOT dei presenti delle Regioni i cui DSM registrano nel sistema i PTRI per i pazienti di competenza (Puglia, Campania, Lazio, Abruzzo, Emilia-Romagna, Liguria, Piemonte, Lombardia) su 390 (N) presenze totali	199 (51%)
Con PTRI assente (solo per regioni che inseriscono)	191 (49%)
PTRI per misura definitiva	125 (63 %) sul totale dei PTRI presenti
Con PTRI Rems	134 (68%)
Con PTRI Non Rems (soluzioni assistenziali diverse da Rems)	64 (32%)

Facendo un focus sulle Regioni Piemonte e Campania vediamo come la situazione appaia disomogenea.

La Regione Campania ha predisposto infatti il 79% di PTRI per i pazienti ospitati nelle strutture, rispetto al 54% dei PTRI del Piemonte. Accanto a questa disparità numerica se ne ravvisa anche un'altra concernente il numero di PTRI che predispongono soluzioni assistenziali diverse dalle Rems.

¹³ Si intende in questa sede i PTRI con o senza alternative in REMS sul totale dei pazienti presenti delle Regioni i cui DSM registrano nel sistema i PTRI per i pazienti di competenza. Nello specifico: Puglia, Campania, Lazio, Abruzzo, Emilia-Romagna, Liguria, Piemonte, Lombardia, Sicilia.

Tabella 6. Situazione PTRI in Piemonte e Campania (al 31.12.2022)

PTRI	N (%)
Con PTRI presente Piemonte	21 (54%)
Con PTRI assente Piemonte	18 (46%)
Con PTRI Rems Piemonte	7 (33%)
Con PTRI Non Rems (soluzioni assistenziali diverse da Rems) Piemonte	14 (67%)
Con PTRI presente Campania	31 (79%)
Con PTRI assente Campania	8 (21%)
Con PTRI Rems Campania	18 (58%)
Con PTRI Non Rems (soluzioni assistenziali diverse da Rems) Campania	13 (42%)

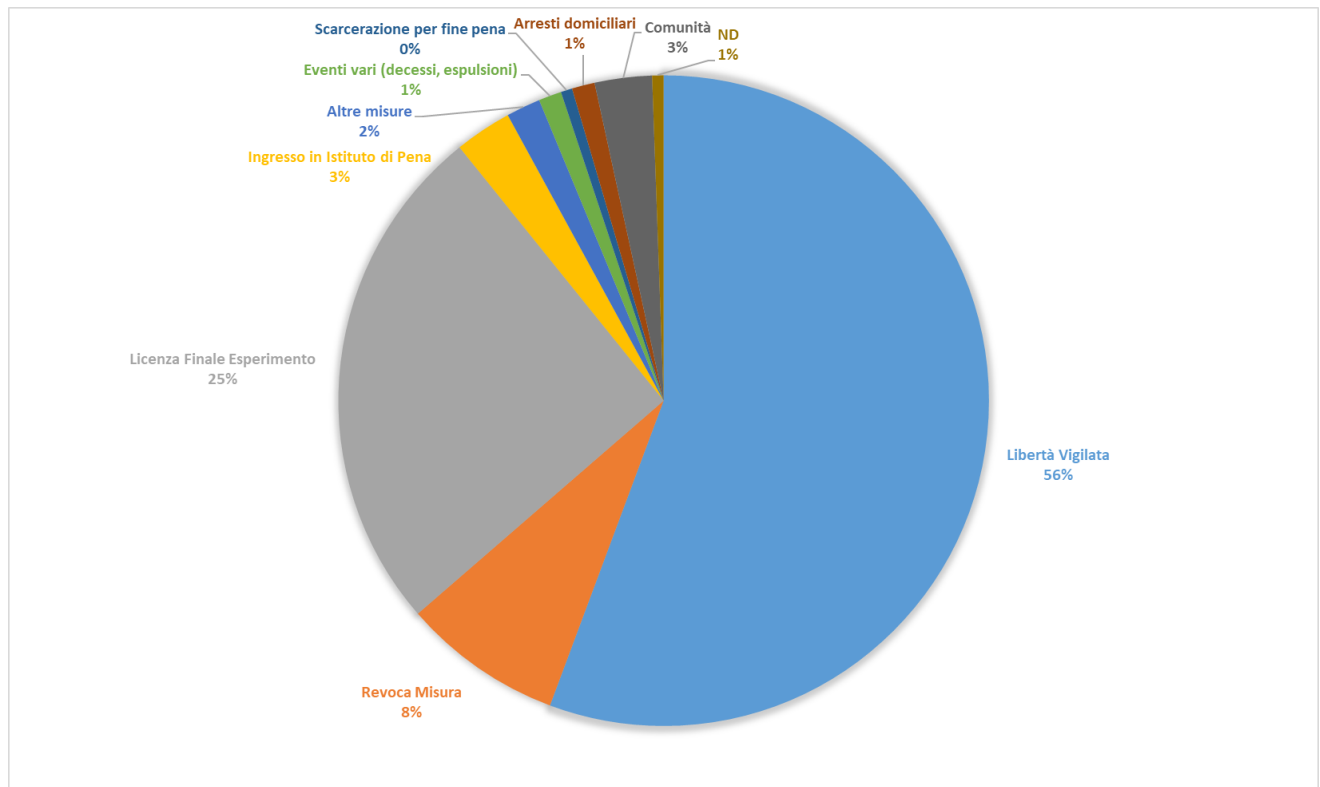
Il punto è che il PTRI rappresenta presumibilmente lo strumento operativo e concreto non solo per i vari servizi su cui ricade la presa in carico del soggetto, ma altresì per gli organi giudiziari, quale strumento di orientamento decisionale sui percorsi. È infatti attraverso il PTRI che il Dipartimento di salute mentale competente definisce il percorso di cura e riabilitazione che comprende obiettivi generali e specifici, prevenzione di comportamenti a rischio, specifici trattamenti e interventi comunque finalizzati al reinserimento sociale anche attraverso la gestione dei rapporti con la famiglia, la comunità esterna e il mondo del lavoro.

Per ogni paziente al quale è applicata una misura di sicurezza è definito uno specifico progetto terapeutico-riabilitativo individualizzato, che deve essere individuato dai DSM competenti, entro 45 giorni, in collaborazione con gli Uffici UIEPE del territorio competente e comunicato all'Autorità Giudiziaria. Lo stesso poi dovrà sempre essere periodicamente rivalutato per consentire l'eventuale rimodulazione del percorso assistenziale.

Quest'assenza dei Progetti terapeutici riabilitativi rappresenta purtroppo una costante a livello nazionale e sembra pertanto contribuire alla comprensione delle difficoltà legate all'uscita.

Venendo ora alla questione delle dimissioni, dal grafico sottostante emergono percorsi di uscita improntati al criterio della progressività, che vedono il periodo di libertà vigilata come il naturale passo successivo alla Rems.

Grafico 15. Motivazioni dimissioni al 31.12.2022



Il 56% dei soggetti dimessi viene infatti dimesso in libertà vigilata (LV), spesso trascorso all'interno di un'altra comunità, con un livello decrescente di controllo, accedendo anche alla cosiddetta Licenza Finale di Esperimento (25%), che consente di trascorrere fuori dalla Rems un certo periodo (in genere qualche mese) ma essendo sottoposti a qualche forma di controllo sul territorio. In alcuni casi (8%) la misura viene revocata oppure il soggetto viene dimesso e fa ingresso in una comunità (3%) o fa rientro in istituto penitenziario (3%).

Appendice metodologica Sistema informativo SMOP¹⁴.

Conformemente all'Accordo sancito dalla Conferenza Unificata il 30 NOVEMBRE 2022 REP. ATTI N. 188 (Accordo di collaborazione interistituzionale inerente la gestione dei pazienti in misura di sicurezza) e, in particolare all'art. 4 ("Criteri per la tenuta delle liste di attesa"), si è provveduto a rivedere sul sistema SMOP il menù lista di attesa per l'ingresso in Rems, dinamicamente e automaticamente aggiornata in funzione del variare delle informazioni di dettaglio inserite.

Nel menù lista di attesa è possibile accedere ad una lista GENERALE, da cui procedere con l'inserimento di nuovi pazienti e a 3 differenti TIPI di lista, assegnati automaticamente dal sistema in base ad alcune informazioni.

La LISTA DI ATTESA GENERALE comprende tutte le persone inserite e le ordina esclusivamente secondo il criterio cronologico (data del provvedimento di assegnazione del DAP, indipendentemente dalla data di creazione della scheda di lista), senza valorizzare alcun criterio di priorità per l'ingresso in REMS. Dopo la creazione di una scheda di lista di attesa REMS, il sistema provvede automaticamente ad applicare i criteri di priorità previsti ed a generare le seguenti 3 diverse sottoliste di attesa:

1. LISTA DI ATTESA PRIORITARI (PRI): comprende le persone con assegnazione a REMS formalizzata dal DAP per la quale è presente nel sistema una o più delle seguenti condizioni:
 - a) Attuale Allocazione (ritenuta NON APPROPRIATA): Ricovero Ospedaliero; Istituto Penitenziario (IP), con Appropriatezza settata su NO;
 - b) Assenza di attestata idonea presa in carico da parte del servizio sanitario territorialmente competente e di formalizzazione ed invio all'A.G. di PTRI alternativo al ricovero in REMS caricato sul sistema.

Le persone che soddisfano una di queste condizioni sono poi inserite in lista prioritari secondo un ordine che valorizza come maggiormente prioritaria l'attuale allocazione (NON APPROPRIATA) e la presenza di un PTRI REMS, determinando la seguente progressione:

1. Coloro per cui la attuale allocazione è ritenuta NON APPROPRIATA, è PRESENTE la presa in carico sanitaria da parte dell'ASL competente ed è caricato sul sistema un PTRI REMS

¹⁴ L'appendice metodologica sul Sistema informativo SMOP è stata curata dalla dottoressa Agostina Belli e dal dottor Giuseppe Nese.

2. Coloro per cui la attuale allocazione è ritenuta NON APPROPRIATA, è ASSENTE la presa in carico sanitaria da parte dell'ASL competente e risulta ASSENTE il PTRI
3. Coloro per cui la attuale allocazione è ritenuta NON APPROPRIATA, è PRESENTE la presa in carico sanitaria da parte dell'ASL competente ma è ASSENTE il PTRI
4. Coloro per cui la attuale allocazione è ritenuta APPROPRIATA, è PRESENTE la presa in carico sanitaria da parte dell'ASL competente ed è caricato sul sistema un PTRI REMS
5. Coloro per cui la attuale allocazione è ritenuta NON APPROPRIATA, è PRESENTE la presa in carico sanitaria da parte dell'ASL competente ed è caricato sul sistema un PTRI NON REMS
6. Coloro per cui la attuale allocazione è ritenuta APPROPRIATA, è ASSENTE la presa in carico sanitaria da parte dell'ASL competente e risulta ASSENTE il PTRI
7. Coloro per cui la attuale allocazione è ritenuta APPROPRIATA, è PRESENTE la presa in carico sanitaria da parte dell'ASL competente ma è ASSENTE il PTRI

2. LISTA DI ATTESA NON PRIORITARI (NPR): comprende le persone con assegnazione a REMS formalizzata dal DAP per le quali sono presenti nel sistema le seguenti condizioni:
 - a) presenza di attestata idonea presa in carico da parte del servizio sanitario territorialmente competente;
 - b) presenza di attestata idonea presa in carico da parte del servizio sanitario territorialmente competente e di formalizzazione ed invio all'A.G. di PTRI alternativo al ricovero in REMS caricato sul sistema.
3. LISTA DI ATTESA TEMPORANEAMENTE NON INSERIBILI (TNI): comprende le persone con assegnazione a REMS formalizzata dal DAP per la quale è presente nel sistema una o più delle delle seguenti condizioni:
 - a) Attuale allocazione: IRREPERIBILE; ESPATRIATO; IP, con Appropriatezza settata su SI e fino alla data specificata; nel caso in cui la presenza in IP sia registrata come non appropriata, la persona viene automaticamente inserita nella lista dei PRIORITARI);
 - b) Documentata non eseguibilità della misura detentiva per:
 - applicazione di una misura di sicurezza non detentiva nelle more che si liberi un posto in REMS;

- sospensione temporanea da parte dell'A.G. in attesa di ulteriori determinazioni.
- c) avvenuto temporaneo ricovero in una REMS di una regione differente da quella di assegnazione (in tale situazione lo STATO della scheda di lista, generalmente modificato come di seguito descritto, resterà ATTIVO).

Una sintesi dello stato attuale dell'operatività delle Regioni in SMOP è presentata nella seguente tabella.

REGIONE	SMOP - Aggiornamento DATI pazienti		
	Inserimenti in REMS e aggiornamento informazioni	Utilizzo della Lista di attesa	Accesso ed operatività dei servizi territoriali (DSM)
Abruzzo	SI (aggiornato)	SI (aggiornato)	SI
Basilicata	SI	NO	SI
Calabria	SI	SI	NO
Campania	SI (aggiornato)	SI (aggiornato)	SI (aggiornato)
Emilia Romagna	SI (aggiornato)	SI (aggiornato)	SI (aggiornato)
Lazio	SI (aggiornato)	SI	SI (aggiornato)
Liguria	SI	NO	SI
Lombardia	SI (aggiornato)	SI (aggiornato)	SI (aggiornato)
Marche	SI (aggiornato)	SI (aggiornato)	SI
Molise	NON APPLICABILE	NON APPLICABILE	NO
Piemonte	SI (aggiornato)	SI (aggiornato)	SI (aggiornato)
Puglia	SI	NO	SI
Sardegna	SI (aggiornato)	SI	NO
Sicilia	SI (aggiornato)	SI (aggiornato)	SI
Toscana	SI	SI	SI
Umbria	NON APPLICABILE	NON APPLICABILE	SI
Veneto	SI (aggiornato)	SI	SI
Friuli V.G.	SI	SI	SI
P.A. Trento	SI	NO	NO
P.A Bolzano	Convenzionamento perfezionato di recente ed attività in fase di avvio		
Valle D'Aosta	Convenzionamento non perfezionato		
Nota: Si evidenzia che tutte le informazioni sulla condizione di aggiornamento sono convenzionalmente basate sulla rilevazione di attività di inserimento effettuate nel corso dell'anno 2023 (rilevazione dati al 30.09.2023)			