

# PROGETTO DI RICERCA

# SMOP

Sistema informativo  
per il Monitoraggio del superamento  
degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari

## Rapporto di ricerca 2020

Perla Arianna Allegri  
Michele Miravalle  
Karma Natali  
Daniela Ronco  
Giovanni Torrente



## SOMMARIO

### Premessa

### Nota metodologica

### Note per il potenziamento dell'utilizzo e la strutturazione e sistematizzazione dei dati nel sistema Smop

#### Parte prima: le norme

1. Decreto legislativo 22 giugno 1999, n. 230
2. Decreto del Presidente del consiglio dei ministri 1° aprile 2008
3. Commissione Marino
4. La riforma del 2012
5. La riforma del 2013
6. La riforma del 2014
7. Gli ospedali psichiatrici giudiziari sono chiusi: e ora?

#### Parte seconda: i dati

1. Una fotografia delle Residenze per l'esecuzione delle misure di sicurezza
2. Le posizioni giuridiche. Misure provvisorie e definitive
3. Le liste d'attesa
4. Ingressi, permanenze ed uscite
5. I reati
6. Oltre i numeri: il nodo dei crypto-imputabili dal punto di vista degli operatori

#### Parte terza: le politiche

Quasi un bilancio sul superamento degli Opg. Un decalogo dei nodi aperti all'orizzonte del trattamento dei pazienti psichiatrici autori di reato

1. De-istituzionalizzazione o neo-istituzionalizzazione
2. L'anomalia di Castiglione delle Stiviere
3. Quale modello di Rems: omologazione o differenziazione
4. Il codice penale, dogma immodificabile. La pericolosità sociale ha ancora un senso?
5. Le liste d'attesa: come non sovraffollare le Rems
6. Definitivi e provvisori: il tradimento della legge 81/2014
7. I crypto-imputabili
8. Il "fine" della misura di sicurezza per pazienti psichiatrici. Durata del ricovero e percorsi di uscita
9. La libertà vigilata (quasi sempre in comunità terapeutica riabilitativa)
10. I rei-folli: le questioni aperte della salute mentale nel contesto penitenziario

#### Appendice

Il sistema informativo per il monitoraggio del percorso di superamento degli OPG e dei servizi di sanità penitenziaria (SMOP®) – Giuseppe Nese e Agostina Belli

#### Bibliografia essenziale

## Premessa

Questo rapporto di ricerca giunge al termine di un biennio di intensa collaborazione fra il Dipartimento di Giurisprudenza dell'Università di Torino, la Regione Campania e la Fondazione Cassa di Risparmio di Torino. Era infatti l'agosto del 2018 quando il Dipartimento di Giurisprudenza e la Regione Campania firmarono una convenzione in base alla quale il Dipartimento si impegnava a realizzare una lettura scientifica dei dati presenti sul portale Smop ideato dalla Regione Campania al fine di monitorare il delicato passaggio che a seguito della L. 81 del 2014 ha profondamente modificato il sistema dell'esecuzione delle misure di sicurezza penali, sino ad allora incentrato sulla figura degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari, a favore di un approccio territoriale articolato che prevede come extrema ratio l'internamento del "folle reo" ritenuto pericoloso socialmente all'interno di istituzioni che prendono il nome di Residenze per l'Esecuzione della Misure di Sicurezza.

A seguito dell'entrata in vigore della riforma, la Regione Campania ha l'intuizione di creare un sistema informatico – appunto lo Smop – in grado di raccogliere una vasta mole di dati relativi al procedimento di chiusura degli OPG e all'implementazione della riforma. Si tratta di un sistema che ha conosciuto un elaborato processo di implementazione e che mira a diventare un portale nazionale utilizzato da tutti i sistemi sanitari regionali del Paese, sia nell'inserimento di dati, sia nella lettura ed elaborazione degli stessi. All'interno di tale portale è infatti possibile raccogliere informazioni sia sui flussi di ingresso e di uscita dalle Rems (presenze, liste di attesa, capacità ricettive regionali ecc.), sia sugli utenti che transitano nell'ambito del sistema delle misure di sicurezza penali (dati socio-anagrafici, giuridici, sanitari ecc.).

Ecco quindi che un'analisi dei dati presenti all'interno della piattaforma si rivela come un'eccezionale occasione per effettuare un monitoraggio sull'effettiva implementazione di una riforma normativa ritenuta particolarmente rilevante all'interno della disciplina penalistica. Da questo punto di vista, non a caso il Dipartimento di Giurisprudenza assegna il compito di realizzare tale monitoraggio scientifico ad un gruppo di ricerca composito nel quale confluiscono diversi saperi. In primo luogo, l'analisi dell'impatto della riforma viene assegnato al gruppo di Sociologi del diritto afferenti al Dipartimento per i quali l'analisi dell'efficacia delle norme giuridiche costituisce una delle missioni centrali della professione. Accanto ad essi, il sapere specialistico penale e processuale è assicurato dalla presenza di due fra i massimi esperti nazionali della materia, quali il Prof. Marco Pelissero e la Prof.ssa Laura Scomparin.

Da subito, il team di ricerca si rende conto degli enormi potenziali del portale Smop, ma anche dei limiti di una ricerca che voglia affidare il giudizio sull'impatto della riforma solo ed esclusivamente alla lettura dei dati statistici presenti sul portale. Da questo punto di vista, seguendo la lezione dei maestri della Sociologia del diritto, ci si è da subito resi conto che il dato numerico rappresentato dalla lettura del portale Smop necessitasse di un momento di decostruzione, volto alla scoperta delle dinamiche sociali, locali e complessive, che stanno a monte del dato. In altre parole, la necessità di un passo indietro dal quantitativo rappresentato dai numeri, verso il qualitativo delle pratiche, opinioni e impressioni, per poi tornare ad una lettura complessiva che ci permettesse di dare un primo giudizio sull'impatto della riforma. A ciò si aggiunge il fatto che, sin da una prima lettura è apparso evidente come il processo in base al quale lo Smop sarebbe dovuto diventare un sistema utilizzato correntemente da tutte le regioni

italiane nella raccolta dati sulle misure di sicurezza fosse ancora molto in divenire. A fronte di pochi dati attendibili a livello nazionale, il tentativo di entrare nel dettaglio delle situazioni locali, mostra come solo in poche regioni vi sia un'attenzione specifica al costante inserimento di dati all'interno del portale informatico. Da lì a breve, ci si convincerà infatti della necessità/possibilità di svolgere un'indagine più approfondita solo per quelle regioni che utilizzano lo SMOP come strumento di lavoro quotidiano: la Campania e il Piemonte.

La possibilità di svolgere il lavoro in profondità solo all'interno di queste ragioni ha tuttavia imposto in maniera ancora più evidente la necessità di un approfondimento qualitativo all'interno di tali regioni. Al riguardo, è giunto in soccorso il contributo offerto dalla Fondazione CRT attraverso il bando "Richieste Ordinarie" del 2018. Nel progetto presentato alla Fondazione, anche grazie al sostegno della Regione Piemonte e dell'ufficio del Garante regionale delle persone sottoposte a misure restrittive della libertà personale, è stata prevista una duplice attività da svolgersi sul territorio:

- Un'attività di ricerca attraverso visite alle Rems e alle comunità territoriali, durante le quali sarebbero state realizzate interviste e focus group con medici e altri operatori;
- Un'attività di restituzione nella quale i ricercatori presentano i risultati della ricerca e discutono con gli operatori il livello di attuazione della riforma.

Le medesime attività sarebbero poi state realizzate in Campania grazie al sostegno della Regione. L'approvazione della proposta progettuale da parte della Fondazione CRT ha costituito quindi un importante volano per la ricerca, oltre ad un aumento dell'onere di lavoro a carico del gruppo di ricerca. Il 2019 ha visto quindi numerosi incontri fra i ricercatori coinvolti nella fase di lettura dei dati con gli esperti della Regione Campania, volti a comprendere i meccanismi di funzionamento del portale e a suggerire delle forme di implementazione necessarie per una lettura scientifica degli stessi. Inoltre, nello stesso anno sono state realizzate numerose attività a livello territoriale nell'ambito regionale piemontese: visite alle Rems e a comunità terapeutiche territoriali; partecipazione ad incontri con i responsabili regionali piemontesi ecc.

Nel momento in cui queste attività sul campo si sarebbero dovute trasferire in Campania ecco che lo scoppio della pandemia causata dal virus Covid-19 ha stravolto tutti i piani. Dopo alcuni tentativi di organizzare viaggi in Campania nelle fasi di relativa quiete della pandemia, puntualmente falliti a causa del repentino aggravarsi della situazione, anche attraverso il coinvolgimento nella malattia di alcuni membri dello staff di ricerca, si è deciso di muovere alcune di queste attività sul terreno dell'online, pur consapevoli di tutti i limiti provocati dallo spostare attività che per definizione richiedono un coinvolgimento empatico all'interno del meccanismo del confronto virtual<sup>1</sup>.

Questo report presenta lo stato dell'arte di un lavoro che inevitabilmente deve considerarsi in progress. Il piano quantitativo presenta un'immagine dello stato di avanzamento della riforma attraverso i dati aggiornati al 31 dicembre del 2020. Si tratta di alcuni dati a livello nazionale e di numerosi dati di approfondimento sulla situazione nelle regioni Campania e Piemonte che sono commentati e interpretati anche attraverso l'utilizzo dell'ampia mole di dati provenienti dall'analisi qualitativa. Quest'ultima, potrà dirsi completata solo a seguito di alcune attività sui territori che potranno essere realizzate solo quando

<sup>1</sup> Concretamente, sono stati realizzati a distanza alcuni focus group con medici e operatori delle Rems campane e interviste con dirigenti e medici di comunità terapeutiche.

la pandemia ci farà respirare e muovere senza troppi timori e dubbi di natura etica. Cionondimeno, riteniamo che il materiale sino ad oggi raccolto sia significativo e che possa essere utilizzato come strumento di lettura e interpretazioni di dati che, ripetiamo, presi nella loro astrattezza risulterebbero anonimi e scarsamente esplicativi. Naturalmente, nel report si è dato conto di quando la lettura del dato statistico è affiancata dall'utilizzo del materiale empirico raccolto sul campo.

Quello che si è ritenuto in grado di presentare, quindi, è un report suddiviso in tre parti principali, frutto del lavoro di questi anni.

Una prima parte, a cura di Karma Natali, è dedicata alla descrizione del percorso normativo che ha condotto alla riforma del 2014. Si tratta di un percorso travagliato nel quale si intersecano gli interventi giurisprudenziali con quelli legislativi e che abbiamo ritenuto doveroso riassumere, seppur nell'ambito dell'economia di un rapporto di ricerca.

La seconda parte, curata da Perla Allegri e da Daniela Ronco, è dedicata alla lettura e interpretazione dei dati raccolti. Come si vedrà, si tratta della parte più corposa nella quale le ricercatrici analizzano un'ampia mole di dati in grado di fornire un quadro sostanziale della riforma.

La terza parte, infine, curata da Michele Miravalle e Giovanni Torrente, si occupa di fornire una prima valutazione sull'impatto della riforma. Là dove il rapporto fra la law in the book e la law in action è tradizionalmente molto ampio, è sempre piuttosto delicato offrire una versione definitiva sull'impatto di una norma, specie quando i dati a disposizione non sono completi e il tempo trascorso dall'entrata in vigore della legge non è molto. Tuttavia, riteniamo che la riforma attuata attraverso la L. 81 sia particolarmente significativa anche perché si prefigge degli obiettivi politici – nel senso più nobile della parola – di cruciale rilevanza, perlomeno per coloro che dello studio delle istituzioni totali e dei meccanismi di controllo sociale hanno fatto l'oggetto principale della propria attività di ricerca. Ecco quindi, senza voler troppo anticipare i risultati, che risulta sicuramente significativo sottolineare come i dati sino ad ora raccolti mostrino un impatto sostanzialmente positivo della riforma, perlomeno negli aspetti centrali che la caratterizzano.

Se da un lato era facile prevedere un netto miglioramento della situazione rispetto alle condizioni di inumana degradazione in cui versavano le persone internate presso i vecchi Ospedali Psichiatrici Giudiziari, dall'altro lato si ravvisa la "tenuta" di alcuni istituti introdotti attraverso la riforma che non solo contribuisce ad allontanare i timori che avevano accompagnato la sua entrata in vigore, ma che suggerisce ulteriori sforzi verso una maggiore territorializzazione dell'ambito delle misure di sicurezza. Simbolo di tale successo è sicuramente il meccanismo del "numero chiuso" degli ingressi nelle Rems. Il divieto di un ampliamento bulimico delle capacità ricettive di tali strutture, non solo ha favorito il fatto che esse rimanessero ancorate all'interno di un quadro dove i diritti fondamentali della persona siano sostanzialmente rispettati, ma al tempo stesso non ha provocato nessun reale pericolo in termini di sicurezza da parte dei soggetti assegnati e posti in lista di attesa.

Certamente, permangono numerose ambiguità, di cui in questo report si cerca di dare conto, ma al tempo stesso la direzione appare segnata correttamente, senza alcun segnale che indichi la necessità di un ripensamento.

Prima di inoltrarci nella lettura dei dati, un piccolo spazio per i ringraziamenti. Questa ricerca non

sarebbe stata possibile senza l'intuizione e la generosità di Giuseppe Nese, al quale ci lega un profondo senso di stima e di affetto. Ad Agostina Belli dobbiamo un sincero ringraziamento per tutta la pazienza mostrata in questi mesi nello spiegarci i meandri più complicati del sistema e per averci accompagnati in tutti i momenti della ricerca. A Giuseppe Nese e Agostina dobbiamo anche l'appendice di questo rapporto di ricerca, dove troviamo una ricca narrazione della genesi e delle caratteristiche essenziali del Sistema per il Monitoraggio del Superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari.

## **Nota metodologica**

Lo studio di cui qui si presentano parte dei risultati ha avuto ad oggetto, come si è detto, l'osservazione del processo di superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari e dell'istituzione delle Residenze per l'esecuzione delle Misure di Sicurezza, sia attraverso un'analisi quantitativa dei dati presenti all'interno della piattaforma "SMOP", sia attraverso la verifica sul campo delle problematiche suggerite dai numeri in due specifiche regioni italiane: la Campania e il Piemonte.

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 realizzata ha permesso dunque di fornire una mappatura su scala nazionale del processo di superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari e dell'istituzione delle Residenze per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza.

Nelle varie fasi dello studio, il gruppo di ricerca ha avuto come interlocutori, sia in Piemonte che in Campania, i tavoli regionali di coordinamento nel campo oggetto dello studio: in Piemonte il tavolo tecnico per la presa in carico dei soggetti con misura di sicurezza e in Campania il gruppo regionale interistituzionale per la gestione e prevenzione delle misure di sicurezza in REMS e la tutela della salute mentale in carcere. L'interlocuzione con tali organi, attraverso l'osservazione diretta delle riunioni di coordinamento come di seguito specificate, oltre ad agevolare l'accesso al campo, ha favorito la contestualizzazione e la lettura dei dati.

Lo studio ha previsto poi numerosi incontri di coordinamento con i referenti della Regione Campania per il portale SMOP, sia preliminari che in itinere, volti sia alla familiarizzazione con lo strumento che all'implementazione del sistema stesso, come indicato più avanti nel report.

La lettura dei dati quantitativi ha richiesto un approfondimento sul piano più squisitamente qualitativo, in ragione della necessità di comprendere meglio il campo di riferimento dello studio nelle sue specificità

professionali, operative e territoriali. Se i metodi quantitativi consentono, attraverso il dato numerico, di fare una fotografia di un fenomeno nella sua forma generale, i metodi di ricerca qualitativi consentono di approfondire i numeri e coglierne le implicazioni. Più che alla misurazione di un fenomeno, i dati qualitativi consentono dunque di descriverlo attraverso opinioni, impressioni, percezioni di specifici attori sociali, in genere coinvolti in prima persona nel fenomeno stesso.

Nel caso specifico, si è optato per circoscrivere il campo d'indagine a due specifiche regioni (Campania e Piemonte) e a due tipologie di strutture (Rems e comunità terapeutiche) e di raccogliere i punti di vista degli operatori attraverso interviste e focus group. Se l'obiettivo dell'intervista (in questo caso semi-strutturata, ossia realizzata attraverso domande con un limitato livello di standardizzazione e un ampio margine di libertà nella scelta degli argomenti da trattare da parte dell'intervistato) è quello di raccogliere il punto di vista dell'intervistato in forma libera da condizionamenti del campo stesso (di natura gerarchica, da parte dei pari o quant'altro), il focus group è una tecnica d'indagine finalizzata a comprendere elementi specifici del campo attraverso l'interazione stessa tra i membri coinvolti, ad esempio in riferimento alle diverse opinioni su un tema, in modo da inquadrare gli orientamenti di fondo del gruppo in questione (particolarmente utile dunque per analizzare le culture professionali).

L'analisi qualitativa si è concretizzata principalmente attraverso le seguenti attività:

- Osservazione dei modelli di coordinamento regionale (piemontese e campano) per la gestione delle Rems e delle articolazioni della salute mentale riguardanti pazienti autori di reato. Il gruppo di ricerca ha partecipato, in qualità di osservatore esterno, a vari incontri di coordinamento regionale, sia in Campania che in Piemonte, e ha avuto accesso ai verbali riguardanti tali riunioni. L'osservazione diretta di tali attività ha contribuito a focalizzare le questioni più rilevanti poi approfondite anche attraverso gli altri strumenti di indagine (qualitativa e quantitativa).

- Visita alle Rems e ad un campione di comunità terapeutiche coinvolte nella ricerca: il gruppo di ricerca ha avuto la possibilità di accedere a tali strutture, di osservarne gli spazi e di raccogliere resoconti di operatori e ospiti rispetto alla quotidianità, con particolare riferimento alle attività previste, alle regole e alle modalità di interazione.

- Realizzazione di focus group e interviste semi-strutturate (individuali e collettive), agli operatori di Rems e comunità terapeutiche (come di seguito specificato in riferimento alle due regioni coinvolte). Per la somministrazione di interviste e focus group ci si è avvalsi di una prima intermediazione dei referenti regionali, che hanno messo i ricercatori in contatto con i referenti delle strutture coinvolte.

Nello specifico, le strutture in cui si è svolta la ricerca in Piemonte (nel periodo compreso tra dicembre 2019 e febbraio 2020) sono:

Rems di Bra (CN): visita alla struttura, intervista semi-strutturata al dirigente, intervista semi-strutturata a medico-psichiatra, 2 focus group con operatori (educatori, infermieri, assistenti sociali)

Rems di San Maurizio Canavese (TO): visita alla struttura, intervista a dirigente sanitario e medici psichiatri, focus group con altri operatori (OSS, infermiera, operatore per la sicurezza interna, assistente sociale, educatrice)

Comunità terapeutica Du Parc (Torre Pellice, TO): visita alla comunità e intervista ai responsabili

Comunità terapeutica Villa San Secondo (Moncrivello, VC): visita alla comunità e focus group con

il responsabile e altri operatori

Comunità terapeutica Polis (Sant'Agata Fossili, AL): visita alla comunità e intervista ai responsabili.

Per quanto riguarda la regione Campania, la realizzazione dell'attività qualitativa ha subito una prima interruzione nella primavera 2020 in ragione dell'impossibilità dei ricercatori di spostarsi sul territorio nazionale durante il periodo di emergenza Covid e il conseguente lockdown generale. Dopo un secondo tentativo di organizzazione di visite, focus group e interviste in presenza, si è optato, in considerazione dell'arrivo della seconda ondata della pandemia e dell'incertezza sui tempi di superamento della nuova fase emergenziale, di svolgere questa parte della ricerca da remoto. Sono stati quindi realizzati focus group e interviste presso le Rems e le comunità terapeutiche tramite piattaforma online, mentre le visite alle strutture sono state rinviate ad un momento futuro in cui la situazione generale consentirà gli spostamenti e gli ingressi nelle stesse strutture in piena sicurezza.

Le strutture in cui si è svolta la ricerca in Campania (nei mesi di novembre e dicembre 2020) sono:

Rems di Calvi Risorta: intervista al responsabile e a due medici psichiatri e focus group con il coinvolgimento di capo-area infermieristica, psicologa, assistente sociale;

Rems di San Nicola Baronia (AV): intervista al responsabile e a un medico psichiatra e focus group con il coinvolgimento di capo-area infermieristica, educatrice, infermiera;

comunità terapeutica L'Aquilone (Solopaca, BN): intervista al responsabile della struttura;

cooperativa sociale Nuova Cucina Organizzata (San Cipriano d'Aversa, CE): intervista al responsabile della struttura.

## **Note per il potenziamento dell'utilizzo e la Strutturazione e sistematizzazione dei dati nel sistema Smop**

Come poc'anzi accennato, lo Smop - sistema informativo per il monitoraggio del percorso di superamento degli OPG - è un sistema operativo ideato e realizzato dal Laboratorio sperimentale di sanità penitenziaria "Eleonora Amato" della Regione Campania e dell'Azienda Sanitaria Locale di Caserta, nato con la finalità di realizzare un'omogenea base informativa in grado di dare una fotografia e valutare i percorsi di superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari.

A tal fine, l'applicativo Smop è stato messo a disposizione -a titolo gratuito- di tutte le amministrazioni sanitarie presenti sul territorio nazionale consentendo ai soggetti autorizzati (Rems e Dipartimenti di Salute Mentale) il caricamento di tutte le informazioni dei pazienti inerenti la loro anagrafica, informazioni sanitarie, giuridiche, di ingresso e uscita e di presa in carico da parte del Sistema Sanitario Regionale (SSR).

Tutti i dati contenuti nel sistema informativo sono condivisi in una rete di interrelazione operativa tra i Servizi Sanitari territorialmente competenti ed i Servizi e le Strutture per l'esecuzione delle misure di sicurezza e per la tutela della salute mentale all'interno degli istituti penitenziari (più genericamente

definiti come SSO – Servizi di superamento OPG).

L'interfaccia prevede la possibilità di inserimento, di raccolta e di sistematizzazione dei dati e dei documenti relativi al singolo paziente e con riferimento non solo alla attribuzione di competenza territoriale, alle relazioni cliniche periodiche, ma anche ai progetti individuali terapeutici riabilitativi intra ed extra murali e alle dimissioni.

L'interattività tra i servizi competenti fa di Smop un applicativo di condivisione attiva delle informazioni che seguono il paziente dalla presa in carico fino alla dimissione ed oltre, assicurando anche il monitoraggio del percorso esterno, come per le Licenze Finali di Esperimento o in Libertà Vigilata, fino alla revoca della misura e l'uscita dal circuito penitenziario.

Nella fase di avvio Smop ha messo in rete quei servizi di superamento OPG (SSO) ed i Servizi di Salute Regionale (SSR) delle Regioni che compongono il Bacino Macro-regionale per il superamento degli OPG della Campania, di cui fanno parte Abruzzo, Campania, Lazio e Molise. Negli anni, poi, il sistema ha esteso il livello di operatività anche tra le altre Regioni e a livello sovraordinato, includendo il Comitato paritetico istituzionale, il Ministero della Salute ed il Ministero della Giustizia, per il monitoraggio del percorso di riforma.

Occorre in questa sede segnalare che sia le Residenze per l'esecuzione delle misure di sicurezza che i Dipartimenti di Salute mentale non sono vincolati nella compilazione dei dati. Per questa ragione, infatti, il sistema presenta, in alcune parti, dei dati mancanti o, più spesso, esclusivamente riferibili alle REMS delle Regioni Sicilia, Sardegna, Puglia, Campania, Lazio, Abruzzo, Marche, Toscana, Emilia-Romagna, Liguria, Piemonte, Lombardia, Veneto. Non sono invece presenti i dati della regione Friuli Venezia Giulia e della provincia di Trento, in quanto non convenzionate; le regioni Basilicata e Calabria invece, benché convenzionate, non utilizzano il sistema adeguatamente e con continuità.

Nel corso dei numerosi incontri di coordinamento con i referenti della Regione Campania per il portale Smop, sia preliminari che in itinere, sono state studiate e concordate -tra i ricercatori, i referenti e gli ingegneri informatici incaricati della gestione dell'applicativo- categorizzazioni per la lettura dei dati presenti all'interno del sistema al fine ultimo di ipotizzare un'estrapolazione quasi automatica di dati aggregati utilizzabile sia ad uso interno che ad uso esterno.

L'implementazione di lenti di lettura e di proiezione di dati quantitativi e statistici consigliata sui dati contenuti nel portale Smop è infatti più che mai necessaria non solo nell'ottica di un utilizzo interno ed inter-istituzionale, ma anche per un uso di reportistica pubblica, sovraordinato, e di monitoraggio dell'implementazione della riforma normativa sul superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari all'interno del sistema delle misure di sicurezza di stampo penale.

L'auspicio è che tutti i sistemi regionali coinvolti nella gestione dei pazienti sottoposti a misura di sicurezza possano fare di Smop un utilizzo massivo, organico e partecipato al fine di conferire all'applicativo e ai dati contenuti in esso scientificità ed omogeneità.

## Parte prima: le norme

In questa prima parte si darà conto dell'evoluzione normativa che, a partire dalla Legge di riforma della sanità penitenziaria, sino alla Legge 81 del 2014 ha profondamente modificato il sistema dell'esecuzione delle misure di sicurezza all'interno di un processo normativo formalmente caratterizzato dalla progressiva espansione delle tutele nei confronti dell'autore di reato affetto da patologia psichiatrica.



### **1. Decreto legislativo 22 giugno 1999, n. 230**

In attuazione della delega contenuta nell'art. 5 della legge 30 novembre 1998, n. 419, il decreto legislativo n. 230 del 1999 si è occupato del riordino della medicina penitenziaria con l'obiettivo di garantire ai detenuti e agli internati un livello di tutela della salute pari a quello dei cittadini liberi, disponendo il passaggio delle competenze in materia di sanità penitenziaria dal Ministero di grazia e giustizia al Servizio sanitario nazionale (S.S.N.) e quindi alle regioni e alle aziende sanitarie locali. La scelta segna una svolta storica: prima, in nome della specificità degli interventi necessari in questo settore, si adoperava un modello di sanità alle dipendenze dell'amministrazione penitenziaria. Con il provvedimento in esame invece ci si è orientati verso l'individuazione di un unico servizio pubblico responsabile della salute, sia per la popolazione libera sia per quella reclusa. Il trasferimento di competenze al S.S.N. tuttavia venne inizialmente attivato solo nell'ambito della prevenzione e dell'assistenza di detenuti e internati tossicodipendenti (il passaggio anche delle ulteriori funzioni di medicina penitenziaria al S.S.N. venne attuato solo in alcune regioni, in via sperimentale).

### **2. Decreto del Presidente del consiglio dei ministri 1° aprile 2008**

Nell'intento di completare la riforma avviata con il d.lgs. n. 230 del 1999, il d.p.c.m. 1° aprile 2008 ha sancito la definitiva cessione di funzioni, personale e risorse relative alla sanità penitenziaria al Servizio sanitario nazionale, confermando il principio della "parità di trattamento". Pertanto, vengono «trasferite alle regioni le funzioni sanitarie afferenti agli Ospedali psichiatrici giudiziari ubicati nel territorio delle medesime» (art. 5) e gli interventi da attuare attraverso le aziende sanitarie devono rispondere ad alcuni principi, esplicitati nell'allegato C del decreto. Oltre a rimarcare l'importanza di affrontare il disagio psichico nell'ambito territoriale – perché solo «nel territorio è possibile creare un efficace sinergismo tra i diversi servizi sanitari, tra questi e i servizi sociali, tra le Istituzioni e la comunità per il fine fondamentale del recupero sociale delle persone» –, l'allegato C ha progettato un piano in tre fasi, al termine del quale i Dipartimenti di salute mentale avrebbero dovuto prendere in carico gli internati negli ospedali psichiatrici giudiziari.

### **3. Commissione Marino**

Nel superamento del sistema impostato sugli ospedali psichiatrici giudiziari un ruolo particolare è stato assolto dai lavori della Commissione parlamentare di inchiesta sull'efficacia e l'efficienza del Servizio sanitario nazionale, presieduta dall'on. Ignazio Marino e istituita dal Senato il 30 luglio 2008. Dall'articolata istruttoria svolta dalla Commissione sulle condizioni di vita e di cura all'interno degli ospedali psichiatrici giudiziari, infatti, era emerso uno spaccato di franco degrado: «gravi e inaccettabili» carenze strutturali e igienico-sanitarie, assistenza sociosanitaria inferiore alle necessità terapeutiche dei soggetti ivi collocati, utilizzo di pratiche cliniche inadeguate e, talvolta, «lesive della dignità della persona». La diffusione della relazione – approvata il 20 luglio 2011 ed efficacemente supportata dalle riproduzioni audiovisive dei sopralluoghi a sorpresa effettuati nelle strutture – ha dunque contribuito a scalfire la barriera di inconsapevole ignoranza che separava gli O.P.G. dalla società civile, accelerando l'intervento da parte degli apparati istituzionali. Non a caso, dalla divulgazione dei risultati dell'inchiesta

è scaturita una specifica attenzione parlamentare, che ha prodotto incisivi atti di indirizzo e, da ultimo, l'inserimento nella legge 17 febbraio 2012, n. 9, di una disposizione ad hoc dedicata al definitivo abbandono di queste strutture.

#### **4. La riforma del 2012**

Nel convertire il d.l. 22 dicembre 2011, n. 211, infatti, la legge n. 9 del 2012 ha inserito nel testo del decreto un nuovo art. 3-ter, con cui il legislatore fissava una data di scadenza ravvicinata per la chiusura delle strutture fino a quel momento adibite a O.P.G. (31 marzo 2013). La disposizione è stata in seguito più volte rivisitata, ma già in questa sua prima versione era evidente il salto di qualità rispetto al regime previgente. L'infermo (o il seminfermo) di mente autore di reato la cui pericolosità è ritenuta tale da non consentire una soluzione diversa dall'internamento viene collocato nelle residenze per l'esecuzione delle misure di sicurezza (R.E.M.S.): strutture a vocazione riabilitativa e a esclusiva gestione sanitaria, in cui l'attività perimetrale di sicurezza e di vigilanza esterna è prevista come eventuale, in relazione alle condizioni dei soggetti ospitati. A tali istituti, dislocati su base regionale, inoltre vengono destinate solo le persone cui è stata applicata la misura di sicurezza del ricovero in ospedale psichiatrico giudiziario o dell'assegnazione a casa di cura e custodia, nel rispetto del principio di territorialità: con l'ulteriore precisazione per cui «le persone che hanno cessato di essere socialmente pericolose devono essere senza indugio dimesse e prese in carico, sul territorio, dai Dipartimenti di salute mentale» (art. 3-ter comma 4). A completamento dell'art. 3-ter, il 1° ottobre 2012 inoltre viene emanato un decreto interministeriale sui requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi delle R.E.M.S. Seppure in ritardo rispetto alle scadenze programmate, il provvedimento individua standard – espressamente definiti «minimi» – che accentuano ulteriormente la distanza dall'istituzione manicomiale: la creazione di unità abitative più piccole (di 20 posti letto al massimo), la previsione di personale operativo interamente sanitario (psichiatri, psicologi, infermieri, terapisti della riabilitazione psichiatrica/educatori e O.S.S.), la redazione di programmi terapeutici individualizzati, in carico ai servizi territoriali, e così via. Vale la pena osservare che da tali interventi non scaturisce alcuna modifica diretta agli artt. 219 e 222 c.p., sicché le persone nelle R.E.M.S. formalmente conservano lo status giuridico di internati e la relativa regolamentazione, pur essendo inserite in strutture residenziali a carattere sanitario: il che è evidentemente un controsenso, dato che la disciplina dettata dall'ordinamento penitenziario riferibile agli internati non è sempre compatibile con le esigenze dei soggetti con disturbi psichici e comunque stride con una valorizzazione della componente terapeutico-riabilitativa.

#### **5. La riforma del 2013**

L'attuazione della riforma del 2012, tuttavia, aveva richiesto sforzi tecnici ed economici che non erano stati opportunamente preventivati. E infatti, il legislatore è dovuto intervenire in altre due occasioni posticipando la chiusura degli ospedali psichiatrici giudiziari: la scadenza del 31 marzo 2013 è stata, in prima battuta, rimandata al 1° aprile 2014, e successivamente al 31 marzo 2015.

Dal punto di vista applicativo, inoltre, il rischio era quello di replicare nelle strutture di nuovo conio le stesse dinamiche del sistema previgente. Occorreva non cadere nella facile tentazione di sostituire le R.E.M.S.

agli O.P.G.: queste inedite residenze non dovevano essere intese come un ammodernamento in chiave sanitaria dei fatiscenti locali degli ospedali psichiatrici giudiziari, ma la loro istituzione doveva infondere un nuovo approccio, orientato al minimo ricorso alle misure di sicurezza detentive e al corrispondente potenziamento della rete dei servizi ordinari. Recuperando questa prospettiva, il d.l. 25 marzo 2013, n. 24 (così come convertito nella legge 23 maggio 2013, n. 57) ha allora apportato alcuni correttivi, finalizzati a ridurre “a monte” l’emanazione dei provvedimenti di ricovero: in sostanza si è chiesto alle regioni di presentare un programma che prevedesse attività volte progressivamente a incrementare la realizzazione dei percorsi terapeutico-riabilitativi, definendo tempi certi e impegni precisi per il superamento degli O.P.G. e prevedendo la dimissione di tutte le persone internate per le quali l’autorità giudiziaria avesse escluso la persistenza della pericolosità sociale (con l’obbligo per le aziende sanitarie locali di prendere in carico queste persone all’interno di progetti individuali volti ad assicurare il diritto alla cura e al reinserimento sociale, nonché a favorire l’esecuzione di misure di sicurezza diverse dal ricovero in O.P.G. o dall’assegnazione a C.C.C.).

## **6. La riforma del 2014**

Posizioni incisive in tema di misure di sicurezza personali sono state prese, infine, con il d.l. 31 marzo 2014, n. 52 (convertito nella legge 30 maggio 2014, n. 81); anche se, almeno formalmente, il legislatore ancora una volta lascia inalterata la disciplina codicistica.

Oltre al termine ultimo per la chiusura degli O.P.G. (ulteriormente prorogato al 31 marzo 2015) e alla previsione di un sistema di monitoraggio sull’attività delle regioni, nell’articolo è possibile isolare alcuni punti fondamentali. In primo luogo, viene enunciato espressamente, nell’art. 3-ter comma 4, il principio di sussidiarietà, per cui il «giudice dispone nei confronti dell’infermo di mente e del seminfermo di mente l’applicazione di una misura di sicurezza, anche in via provvisoria, diversa dal ricovero in un ospedale psichiatrico giudiziario o in una casa di cura e custodia, salvo quando sono acquisiti elementi dai quali risulta che ogni misura diversa non è idonea ad assicurare cure adeguate e a far fronte alla sua pericolosità sociale». A scanso di equivoci, c’è da dire che lo spettro valutativo dell’autorità procedente rimane, nel rispetto della riserva di legge (art. 199 c.p. e art. 25 comma 3 Cost.), ancorato alle misure di sicurezza tipizzate a livello codicistico. Pertanto, la scelta oscilla inevitabilmente tra le misure di sicurezza detentive (a seconda dei casi, ricovero in ospedale psichiatrico giudiziario, o assegnazione a casa di cura e custodia) e la libertà vigilata: con la conseguenza che il giudice dovrà comunque optare per le prime qualora la seconda, anche corredata da prescrizioni, non consenta di assicurare le necessità terapeutiche e il contenimento della pericolosità sociale.

A quest’ultimo riguardo, inoltre, la legge fissa una precisa regola di giudizio, prevedendo che l’accertamento della pericolosità sociale va «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», e dunque senza tenere conto delle condizioni di vita individuale, familiare e sociale del reo (come lo svolgimento di un’attività lavorativa, l’ambito abitativo, etc.); e che «non costituisce elemento idoneo a supportare il giudizio di pericolosità la sola mancanza di programmi terapeutici individuali». Nella sua prima parte la disposizione ha da subito suscitato aspre critiche dal mondo scientifico, che

non ha mancato di sottolineare l'importanza, a livello prognostico, dei fattori ambientali e contestuali. Sul punto si è tuttavia pronunciata la Corte costituzionale, la quale ha precisato che la previsione va letta in chiave restrittiva, nei limiti del giudizio descritto nel comma 4 dell'art. 3-ter: insomma, tale regola non ha intaccato la nozione tradizionale di pericolosità sociale (neppure per le persone inferme o seminferme di mente), ma ha inciso solo sui «criteri di scelta tra le misure di sicurezza e sulle condizioni per l'applicazione di quelle detentive», di modo che le misure più penetranti nella libertà personale siano riservate ai soli casi in cui sono i disturbi mentali della persona a renderle necessarie (Corte cost., 23 luglio 2015, n. 186).

Particolarmente rilevante è, infine, l'art. 1 comma 1-quater della legge n. 81 del 2014, che, nel nobile intento di concludere un'epoca segnata dai c.d. ergastoli bianchi, fissa – salvo per i delitti puniti con l'ergastolo – la durata massima delle misure di sicurezza detentive: siano esse provvisorie o definitive, tali misure «non possono durare oltre il tempo stabilito per la pena detentiva prevista per il reato commesso, avuto riguardo alla previsione edittale massima»; con la precisazione che, per la determinazione della pena, si applicano i criteri dell'art. 278 c.p.p. (e dunque la disciplina relativa al computo della pena ai fini dell'applicazione delle misure cautelari personali).

## **7. Gli ospedali psichiatrici giudiziari sono chiusi: e ora?**

Come noto, non tutte le regioni si sono fatte trovare pronte all'appuntamento del 31 marzo 2015 e, benché il legislatore non avesse concesso alcuna proroga, le porte degli ospedali psichiatrici giudiziari si sono definitivamente chiuse solo nel 2017. Nel mentre, numerosi internati, anziché transitare nelle R.E.M.S., sono rimasti ristretti (illegalmemente) tra le mura dell'O.P.G.: il che ha generato una corposa serie di istanze di reclamo giurisdizionale (art. 35-bis ord. penit.) per violazione dell'art. 13 Cost.

Preso atto della situazione, il Governo ha così esercitato poteri sostitutivi nominando un Commissario unico, con il compito di traghettare le regioni in quest'ultima fase di superamento fattivo degli O.P.G. ancora aperti (e di corrispondente avviamento delle R.E.M.S. nelle regioni inadempienti). Ad oggi, dunque, il piano avviato nel 2012-2014 pare essersi concretizzato, quantomeno nella parte relativa all'istituzione delle R.E.M.S. Le misure di sicurezza del ricovero in O.P.G. e dell'assegnazione a C.C.C. vengono eseguite in strutture che, pur conservando carattere custodiale, sono a esclusiva gestione sanitaria e operano nell'intento di creare le condizioni per un reinserimento del paziente nel contesto socio-familiare.

È chiaro che il successo della riforma si misura (e si misurerà nel tempo) anche in relazione alla capacità dei servizi territoriali di prendere effettivamente in carico i pazienti. Ma è altresì evidente che una corretta applicazione delle regole transita anche dalla coerenza del quadro normativo di riferimento. Il mancato coordinamento con le disposizioni del codice penale e i silenzi osservati dal legislatore su profili essenziali della disciplina non sono in alcun modo giustificabili, e anzi rischiano di alimentare pratiche perniciose o comunque devianti: come la quasi totale de-regolamentazione della gestione della vita all'interno delle R.E.M.S., o l'allungamento delle liste di attesa per entrarvi.

Su quest'ultimo punto, del resto, si è recentemente pronunciato il giudice per le indagini preliminari di Tivoli, che ha sollevato questione di legittimità costituzionale degli artt. 206 e 222 c.p. e dell'art. 3-ter

d.l. n. 211 del 2011 (così come modificato dalla legge n. 81 del 2014), nella parte in cui sanciscono la competenza esclusiva delle regioni in ordine all'esecuzione delle misure di sicurezza detentive nelle R.E.M.S., sottraendola al Ministro della giustizia; nonché nella parte in cui permettono, con atti amministrativi, l'adozione di disposizioni nella materia de qua, in violazione della prevista riserva di legge. L'ordinanza, che trae origine dalla complessa problematica relativa alla carenza di posti all'interno delle strutture residenziali (e dal correlativo allungamento delle liste di attesa), darà quindi modo alla Corte costituzionale di pronunciarsi nuovamente sul sistema allestito con le riforme del 2012-2014, con una decisione da cui dipende l'intera tenuta della rinnovata architettura normativa.



## Parte seconda: i dati

In questa parte si presentano i dati ricavati dal Sistema informativo per il Monitoraggio del superamento degli Ospedali Psichiatrici, proponendo un'analisi quantitativa della situazione nazionale, con specifici approfondimenti sulle regioni Campania e Piemonte. Tale analisi viene affiancata da alcune considerazioni derivanti dalla parte qualitativa della ricerca, la cui completa elaborazione sarà tuttavia oggetto di una pubblicazione ad hoc.

### **1. Una fotografia delle Residenze per l'esecuzione delle misure di sicurezza**

Al 30 novembre 2020, sono attive 32 residenze per l'esecuzione delle misure di sicurezza.

Occorre tuttavia segnalare che 3 delle 5 Rems campane sono in dismissione: al 30 novembre 2020 non sono presenti pazienti nella Rems di Roccaromana, sono invece presenti 3 pazienti nella Rems di Mondragone e 1 nella Rems di Vairano.





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

**Tabella 1. Distribuzione regionale delle residenze per l'esecuzione delle misure di sicurezza (Rems)**

<b>Regione</b>	<b>Denominazione</b>	<b>Città</b>
ABRUZZO	REMS BARETE	Barete (AQ)
BASILICATA	REMS PISTICCI	Pisticci (MT)
CALABRIA	REMS SANTA SOFIA D'EPIRO	Santa Sofia d'Epiro (CS)
CAMPANIA	REMS CALVI RISORTA	Calvi Risorta (CE)
CAMPANIA	REMS MONDRAGONE	Mondragone (CE)
CAMPANIA	REMS ROCCAROMANA	Roccaromana (CE)
CAMPANIA	REMS SAN NICOLA BARONIA	San Nicola Baronia (AV)
CAMPANIA	REMS VAIRANO PATENORA	Vairano Patenora (CE)
EMILIA ROMAGNA	REMS BOLOGNA	Bologna (BO)
EMILIA ROMAGNA	REMS CASALE DI MEZZANI	Mezzani (PR)
F. V. GIULIA	REMS AURISINA	Aurisina (TS)
F. V. GIULIA	REMS MANIAGO	Maniago (PN)
F. V. GIULIA	REMS UDINE	Udine (UD)
LAZIO	REMS CECCANO	Ceccano (FR)
LAZIO	REMS PALOMBARA MEROPE	Palombara Sabina (RM)
LAZIO	REMS PALOMBARA MINERVA	Palombara Sabina (RM)
LAZIO	REMS PONTECORVO	Pontecorvo (FR)
LAZIO	REMS SUBIACO CASTORE	Subiaco (RM)
LIGURIA	REMS GENOVA PRA'	Genova (GE)
LOMBARDIA	REMS CASTIGLIONE	Castiglione delle Stiviere (MN)
MARCHE	REMS CASA GEMELLE	Monte Grimano Terme (PU)
PIEMONTE	REMS ANTON MARTIN	S. Maurizio Canavese (TO)
PIEMONTE	REMS BRA Casa Di Cura San MICHELE	Bra (CN)
PUGLIA	REMS CAROVIGNO	Carovigno (BR)
PUGLIA	REMS SPINAZZOLA	Spinazzola (BT)
SARDEGNA	REMS CAPOTERRA	Capoterra (CA)
SICILIA	REMS CALTAGIRONE	Caltagirone (CT)
SICILIA	REMS NASO	Naso (ME)
TOSCANA	REMS VOLTERRA PADIGLIONE MOREL	Volterra (PI)
P. A. TRENTO	REMS PERGINE VALSUGANA	Pergine Valsugana (TN)
VENETO	REMS NOGARA	Nogara (VR)

I pazienti totali presenti nelle 32 strutture operative di tutto il territorio nazionale, alla data del 30 novembre 2020, sono 551.

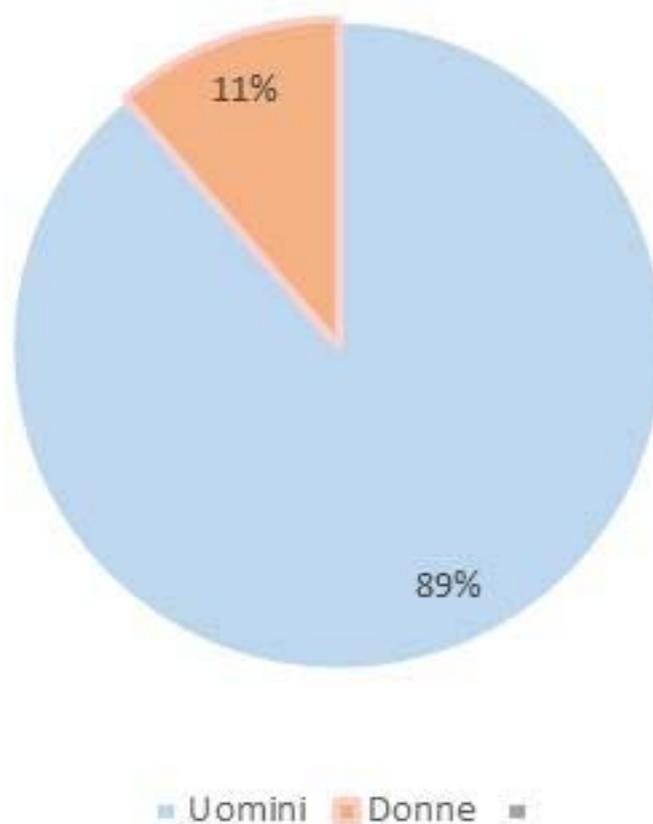


**Tabella 2. Distribuzione ospiti Rems per Regione – rilevazione al 30.11.2020**

<b>Regione</b>	<b>Presenti in Rems al 30.11.2020</b>
ABRUZZO	18
BASILICATA	0
CALABRIA	21
CAMPANIA	43
EMILIA ROMAGNA	23
F.V.GIULIA	0
LAZIO	60
LIGURIA	16
LOMBARDIA	151
MARCHE	26
MOLISE	0
P.A. BOLZANO	0
P.A. TRENTO	0
PIEMONTE	38
PUGLIA	27
SARDEGNA	19
SICILIA	46
TOSCANA	28
UMBRIA	0
VALLE D'AOSTA	0
VENETO	35

Dalla tabella qui sopra riportata si evince l'anomalia rappresentata dalla Regione Lombardia, con la presenza di 151 presenze nella Rems di Castiglione delle Stiviere, pari a oltre un quarto delle presenze nazionali, concentrate in un'unica struttura. Quello lombardo rappresenta 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. Per un'analisi della questione e una riflessione sulle opportunità e criticità sollevate rispetto a un tale scenario, si rimanda alle conclusioni del presente report.

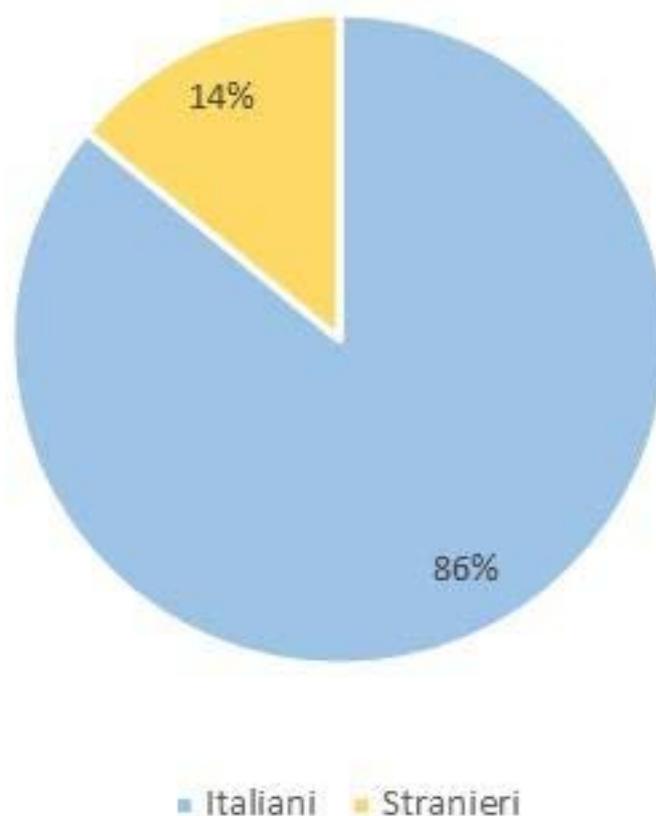
## Grafico 1. Percentuale pazienti uomini e donne presenti in Rems al 30.11.2020



Sul totale di 551 presenze, risultano presenti 489 uomini (89%) e 62 donne (11%).

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 30.11.2020



Per quanto concerne la popolazione straniera ospite nelle residenze di esecuzione delle misure di sicurezza del territorio italiano, osserviamo nel grafico 2 che essi sono 79, pari al 14% del totale.

Di questi, 8 (10.1%) sono donne e gli altri 71 sono uomini (89,9%), di fatto una percentuale che si attesta sulla media delle presenze femminili a livello nazionale anche per le pazienti straniere.

Il raffronto con la popolazione detenuta dimostra una ben più significativa presenza di stranieri in carcere, rispetto che nelle Rems. Secondo i dati del Ministero della Giustizia, al 30/11/2020 i detenuti stranieri presenti nelle carceri italiane erano infatti 17.640, pari al 32,4% dei 54.368 presenti e il dato è sostanzialmente costante da diversi anni. Circa un terzo della popolazione detenuta è composto da stranieri, mentre "soltanto" il 10% circa di quella presente in Rems è straniera. Quali possono essere le spiegazioni di tale divario? Anche in questo caso il fenomeno è complesso e le variabili in gioco sono tante (i reati, l'accesso al diritto alla difesa, ecc.), ma un elemento centrale emerso anche dalle voci di molti operatori coinvolti nelle interviste e nei focus group, riguarda 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. Molti operatori hanno peraltro evidenziato come problematica la grave carenza di mediatori linguistici e culturali all'interno delle Rems, il che rende difficile la gestione dei percorsi sia all'interno delle strutture

che, soprattutto, in vista della progettazione dell'uscita. La mancanza di riferimenti stabili sul territorio, di domicilio, di lavoro, di una posizione giuridica regolare, accomuna gran parte delle persone straniere che entrano nel sistema giudiziario e può contribuire ad aumentare la disegualianza 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.

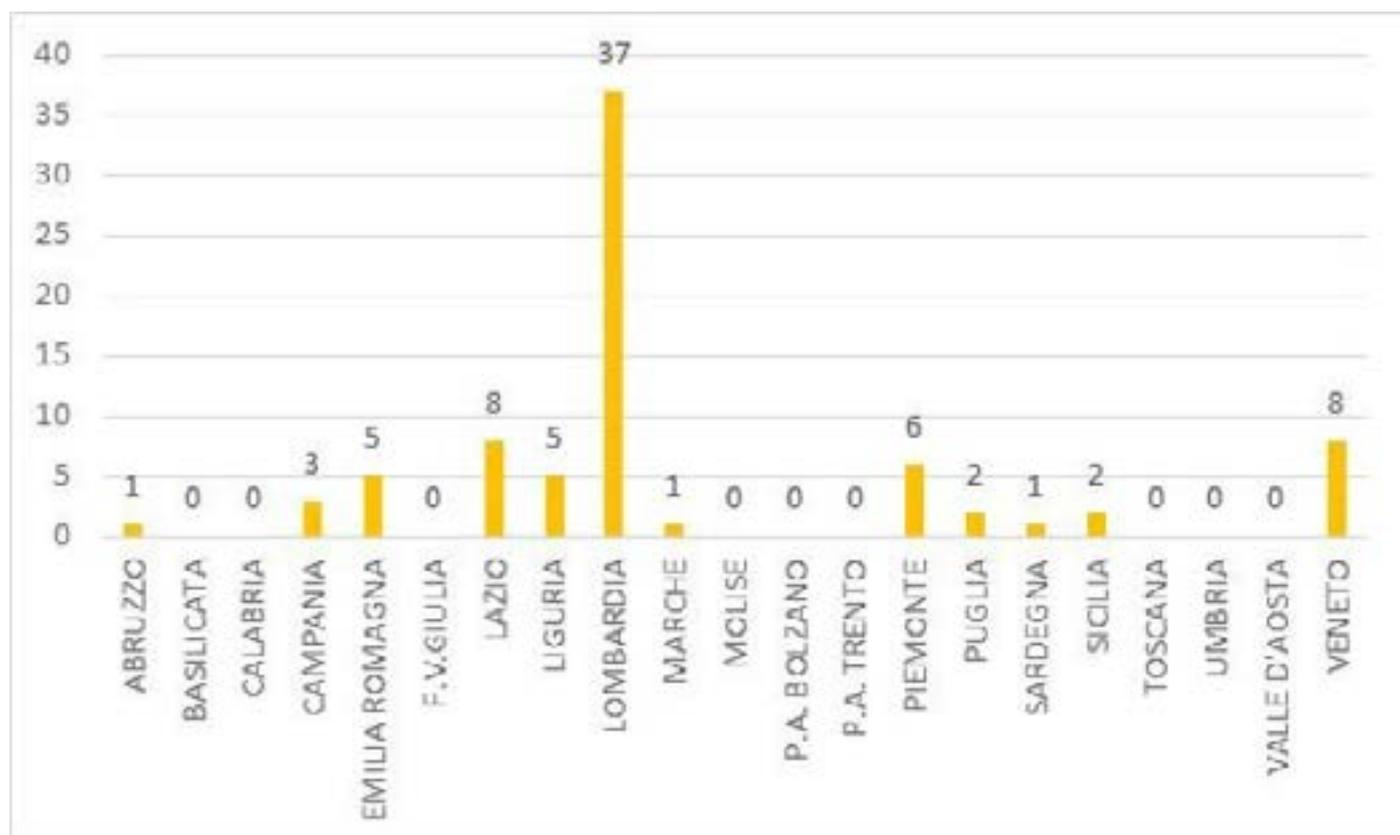
Analoghe differenze si riscontrano infatti se compariamo i numeri della detenzione con i numeri delle misure alternative, alle quali la popolazione straniera accede con molta più difficoltà rispetto agli italiani, pur in presenza di una durata media delle pene e dei residui pena ben più esigua.

**Tabella 3. Distribuzione presenze stranieri per Regione – rilevazione al 30.11.2020**

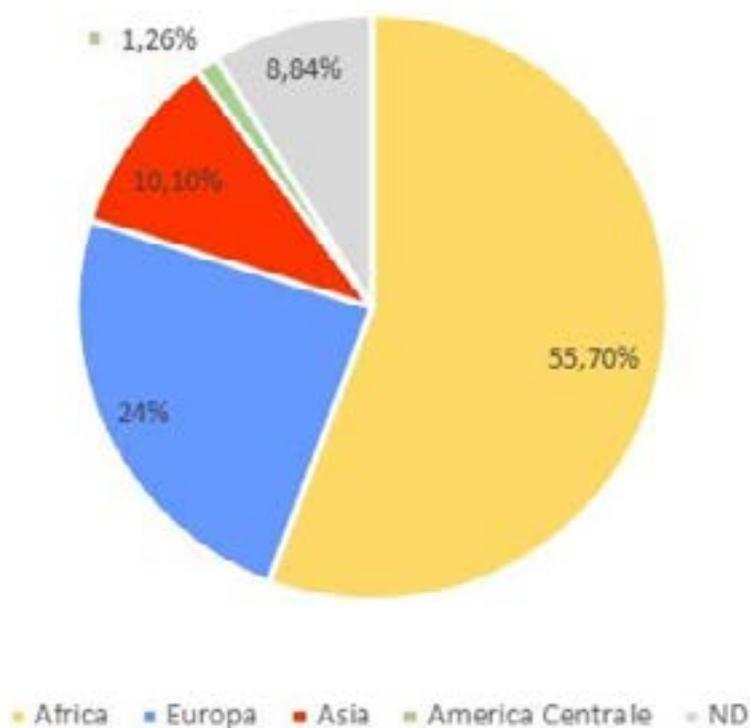
<b>Regione</b>	<b>Uomini</b>	<b>Donne</b>	<b>Totale stranieri</b>
ABRUZZO	1	0	1
BASILICATA	0	0	0
CALABRIA	0	0	0
CAMPANIA	3	0	3
EMILIA ROMAGNA	5	0	5
F.V.GIULIA	0	0	0
LAZIO	7	1	8
LIGURIA	5	0	5
MARCHE	1	0	1
MOLISE	0	0	0
P.A. BOLZANO	0	0	0
P.A. TRENTO	0	0	0
PIEMONTE	5	1	6
PUGLIA	1	1	2
SARDEGNA	0	1	1
SICILIA	0	2	2
TOSCANA	0	0	0
UMBRIA	0	0	0
VALLE D'AOSTA	0	0	0
VENETO	8	0	8
<b>Totale</b>	<b>71</b>	<b>8</b>	<b>79</b>



**Tabella 4 . Distribuzione presenze stranieri per Regione – rilevazione al 30.11.2020**



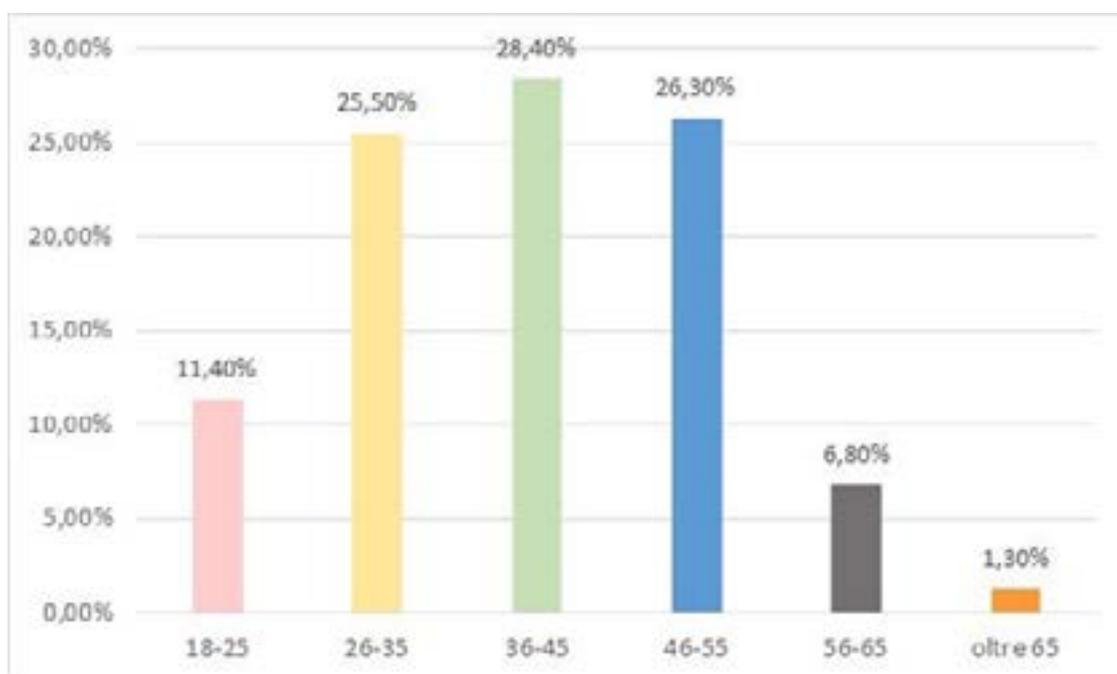
**Grafico 3. Distribuzione percentuale stranieri per continente di provenienza – rilevazione al 30.11.2020**



**Tabella 5. Distribuzione pazienti Rems per fasce d'età - anno 2019**

Anno	Regione	18-25	18-25	26-35	26-35	36-45	36-45	46-55	46-55	56-65	56-65	>65	> 65
2019	Piemonte	6	1	6	0	10	0	9	1	3	0	1	0
2019	Lombardia	21	0	48	4	36	10	26	2	10	1	1	1
2019	P.A. Trento	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
2019	Veneto	3	0	7	0	9	0	8	2	4	1	0	0
2019	Liguria	4	0	6	0	2	0	4	0	2	0	1	0
2019	Em. Romagna	3	0	5	0	4	3	4	1	1	0	0	0
2019	Toscana	4	1	7	0	3	0	9	1	3	0	0	0
2019	Marche	3	1	7	0	7	2	3	0	2	0	0	0
2019	Lazio	2	1	22	0	16	4	22	4	4	1	0	1
2019	Abruzzo	1	0	7	2	6	1	4	0	0	0	0	0
2019	Campania	4	0	6	0	15	0	17	1	3	0	0	0
2019	Puglia	1	0	6	1	10	1	15	0	0	0	0	0
2019	Calabria	3	0	5	0	6	0	4	0	2	0	1	0
2019	Sicilia	3	2	8	4	13	6	11	3	1	1	0	2
2019	Sardegna	4	0	1	0	4	0	5	1	2	0	0	0
	<b>Tot.</b>	<b>62</b>	<b>6</b>	<b>141</b>	<b>11</b>	<b>142</b>	<b>27</b>	<b>141</b>	<b>16</b>	<b>37</b>	<b>4</b>	<b>4</b>	<b>4</b>

**Grafico 4. Distribuzione percentuale fasce d'età pazienti Rems – anno 2019**



## 2. Le posizioni giuridiche. Misure provvisorie e definitive

La posizione giuridica di chi si trova in Rems è uno degli aspetti più rilevanti emersi dalla ricerca (e in tal senso sarà ripreso e argomentato compiutamente anche nelle conclusioni). Dai dati si evince infatti come il numero di persone in situazione provvisoria sia molto elevato, spesso superiore a quello delle persone che si trovano in Rems per scontare una misura definitiva, il che solleva alcuni interrogativi sul rispetto del mandato normativo. Qui di seguito presentiamo sia i dati nazionali che i dati specifici riguardanti Campania e Piemonte.

**Tabella 6. Distribuzione per regione posizione giuridica dei pazienti presenti in Rems al 30.11.2020**

Regione	Misura di sicurezza definitiva			Misura di sicurezza provvisoria	Casi di sospensione o trasformazione della misura di sicurezza
	Art. 219 c.p.	Art. 222 c.p.	Totale	Art. 206 c.p.	Art. 212 c.p.
	Vizio parziale di mente	Vizio totale di mente			
Abruzzo	0	2	2	13	3
Basilicata	0	0	0	0	0
Calabria	4	5	9	12	0
Campania	1	20	21	21	1
Em. Romagna	5	6	11	12	0
F. V. Giulia	0	0	0	0	0
Lazio	1	33	34	25	0
Liguria	3	3	6	5	5
Lombardia	24	78	102	49	0
Marche	8	6	14	8	4
Molise	0	0	0	0	0
P.A. Bolzano	0	0	0	0	0
P.A. Trento	0	0	0	0	0
Piemonte	11	6	17	18	3
Puglia	0	13	13	13	0
Sardegna	1	11	12	7	0
Sicilia	0	17	17	29	0
Toscana	3	15	18	10	0
Umbria	0	0	0	0	0
Valle d'Aosta	0	0	0	0	0
Veneto	0	16	16	19	0
<b>Totale</b>	<b>61</b>	<b>231</b>	<b>292</b>	<b>241</b>	<b>16</b>

## Tabella 7. Presenze e misure pazienti in Rems - rilevazione al 30.11.2020

### PRESENZE IN REMS

### PAZIENTI PRESENTI AL 30.11.2020

N (%)

Presenti in Rems 551 (100%)

Presenti in Rems Piemonte 38 (6,3%)

Presenti in Rems Campania 43 (7,8%)

Misura di sicurezza Provvisoria (P);  
Definitiva (D); Sospensione o  
Trasformazione misura (ST)

P 241 (43,7%); D 292 (53%); ST 16 (2,9%)

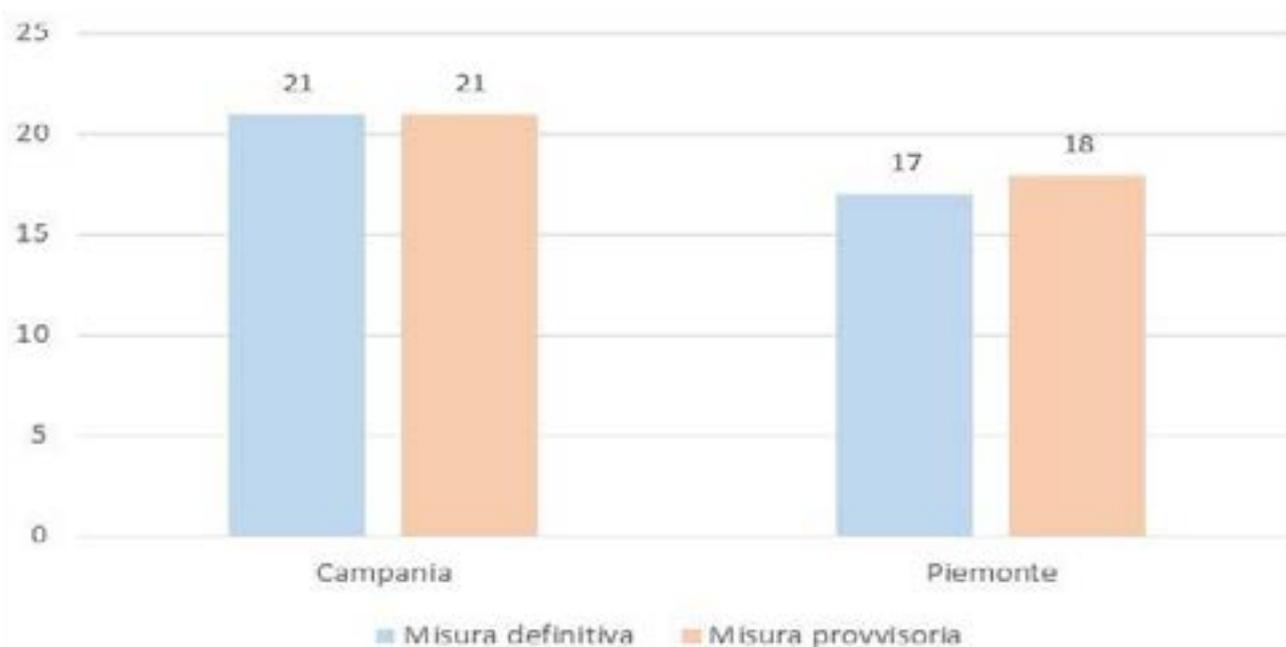
Misura di sicurezza Provvisoria (P);  
Definitiva (D); Sospensione o  
Trasformazione misura (ST) Piemonte

P 18 (47,4%); D 17 (44,7%); ST 3 (7,9%)

Misura di sicurezza Provvisoria (P);  
Definitiva (D); Sospensione o  
Trasformazione misura (ST) Campania

P 21 (48,8%); D 21 (48,8%); ST 1 (2,4%)

### Grafico 5. Distribuzione misure di sicurezza Campania e Piemonte al 30.11.2020



Dai dati del sistema Smop emerge come entrambe le regioni ospitino in Rems più soggetti con misure di sicurezza detentive provvisorie, ai sensi dell'art. 206 c.p., anziché soggetti con misure di sicurezza detentive definitive. La percentuale dei soggetti provvisori, per entrambe le Regioni, è infatti pari al 55% circa, rispetto al 45% dei soggetti definitivi.

I numeri indicano una tendenza diffusa sul territorio italiano – si vedano anche le Regioni Puglia, Sicilia, Abruzzo e Veneto – 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 sicurezza privative della libertà personale vanno applicate solo se le altre misure non sono effettivamente adeguate a rispondere alla pericolosità sociale.

Il comma 1 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.

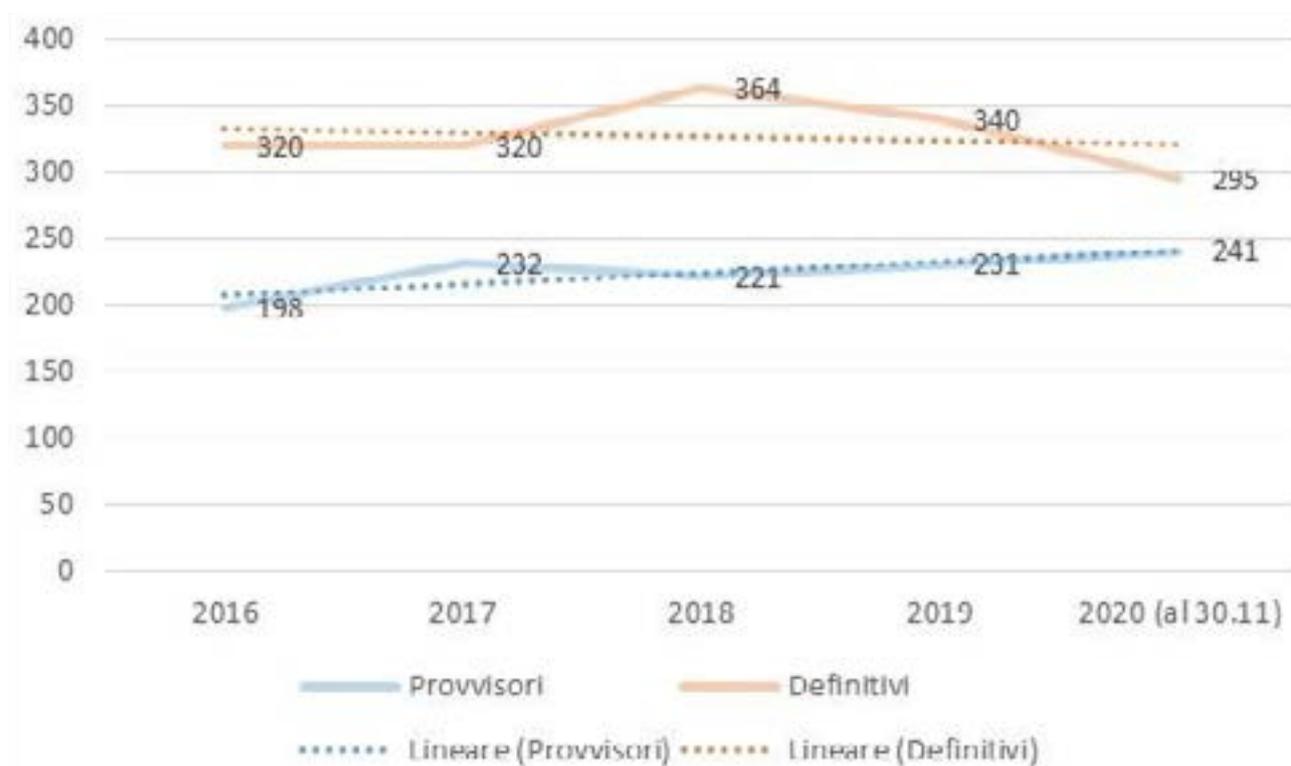
Già nel 2003 e 2004 le importanti sentenze della Corte costituzionale<sup>3</sup> avevano aperto la strada verso alcune alternative all'obbligatorietà del ricovero in OPG ritenendo non scindibili le esigenze di cura e quelle della difesa sociale. Le pronunce della Consulta avevano avuto il pregio di 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.

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

**Tabella 8. Distribuzione misure di sicurezza detentive 2016-2020**

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.)		Pena sospesa (art. 212 c.p.)	
Anno	Totale	Anno	Totale	Anno	Totale	Anno	Totale
2016	198	2016	245	2016	75	2016	10
2017	232	2017	243	2017	77	2017	22
2018	221	2018	276	2018	88	2018	20
2019	231	2019	256	2019	84	2019	18
2020 (al 30.11)	241	2020 (al 30.11)	232	2020 (al 30.11)	63	2020 (al 30.11)	16

**Grafico 6. Flusso distribuzione misure di sicurezza detentive 2016-2020**



Anche l'analisi diacronica della Tabella 8 sembra indicare un aumento dell'utilizzo delle misure di sicurezza definitive. Al 30 novembre 2020, infatti, le misure di sicurezza definitive costituiscono il 53,4% del totale dei pazienti presenti in Rems.

Un dato positivo è invece quello relativo all'utilizzo delle misure di sicurezza ex art. 219 c.p., ovvero per quei soggetti con seminfermità mentale che si trovano in misura di sicurezza dopo aver espiato una pena, e che appare negli anni in diminuzione, con l'auspicio che possa presto superarsi completamente.

### 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. 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. 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 sovraffollamento 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 (al domicilio, in comunità, talvolta in istituto penitenziario, ecc.).

#### Tabella 9. Liste di attesa

##### LISTE ATTESA REMS (totali presenti)

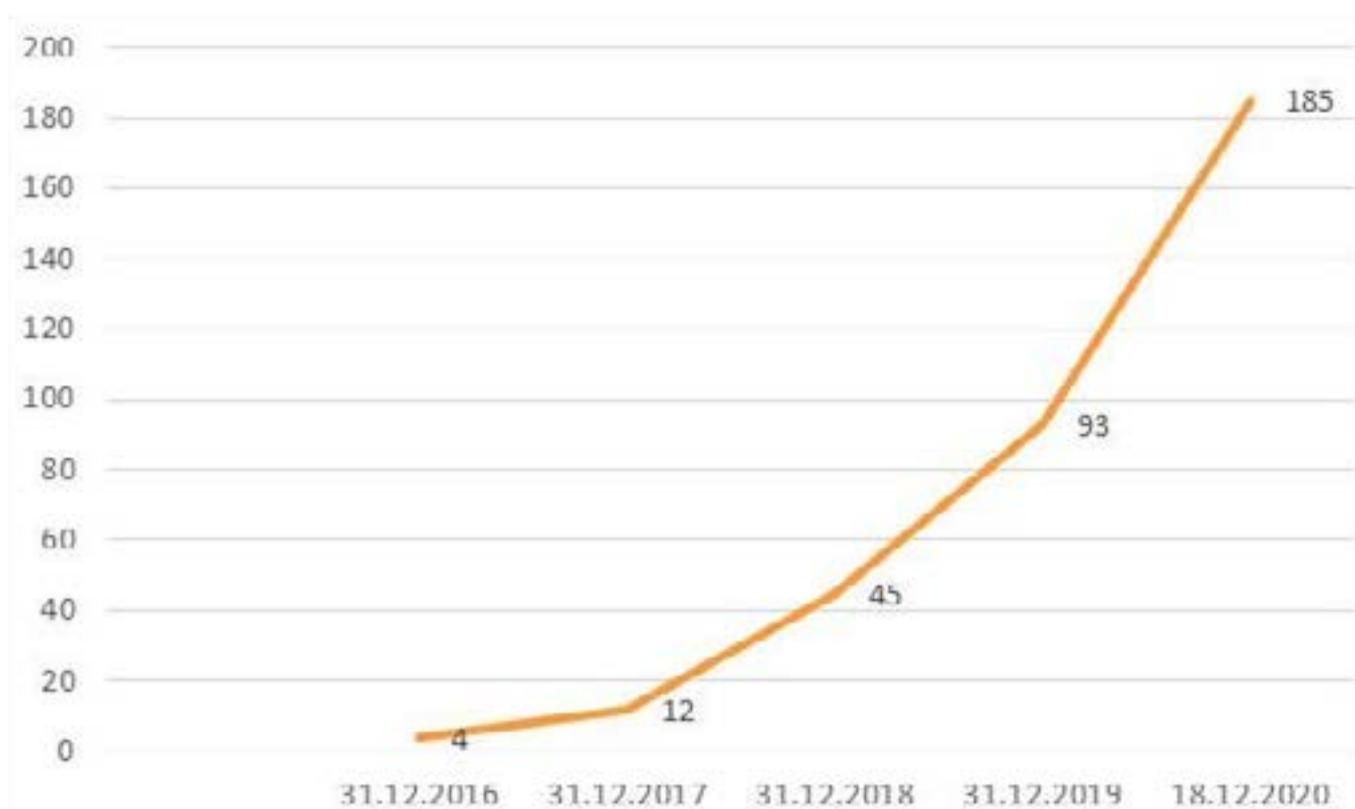
	30.11.2019	30.11.2020
Totale in lista	92	175
Con presa in carico ASL	30 (33%)	43 (25%)
Di cui PTRI NON REMS (soluzioni assistenziali diverse da Rems)	19 (63% dei pz presi in carico)	25 (58% dei pz presi in carico)
Con attuale presenza in Istituto Penitenziario (IP)	8 (9% del tot in lista)	32 (18% del 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)
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)

Occorre precisare che i dati in tabella si riferiscono alle REMS delle Regioni Sicilia, Sardegna, Puglia, Campania, Lazio, Abruzzo, Marche, Toscana, Emilia-Romagna, Liguria, Piemonte, Lombardia, Veneto; non sono presenti i dati della regione Friuli Venezia Giulia e della provincia di Trento, in quanto non convenzionate; le regioni Basilicata e Calabria, benché convenzionate, non utilizzano il sistema adeguatamente e con continuità.

Al 30 novembre 2020 la lista di attesa per l'applicazione della misura di sicurezza detentiva – in via definitiva e in via provvisoria – in Rems è di 175 persone, di cui 32 (pari al 18% della lista) in attesa presso gli istituti penitenziari.

Il numero delle persone in lista d'attesa è negli anni cresciuto esponenzialmente, come emerge chiaramente dal grafico sottostante.

**Grafico 7. Soggetti in lista di attesa sul territorio nazionale 2016-2020**



Rispetto alla situazione nazionale, occorre presumibilmente tener conto della non correttezza del dato complessivo determinata dal mancato o incompleto inserimento dei dati da parte di alcune regioni. Pertanto pare opportuno focalizzarsi sulla situazione registrata nella sola Regione Campania (è stato richiesto ai referenti della Regione Piemonte di fare una verifica sui dati riguardanti le liste d'attesa regionali. Essendosi impegnati a inviarli entro il 31/12 li inseriremo non appena disponibili).

**Tabella 10. Soggetti in lista di attesa in Campania - anni 2016-2020**

**Periodo**                      **CAMPANIA Pazienti in lista d'attesa**  
**ATTIVO Rems**

31.12.2016                      0

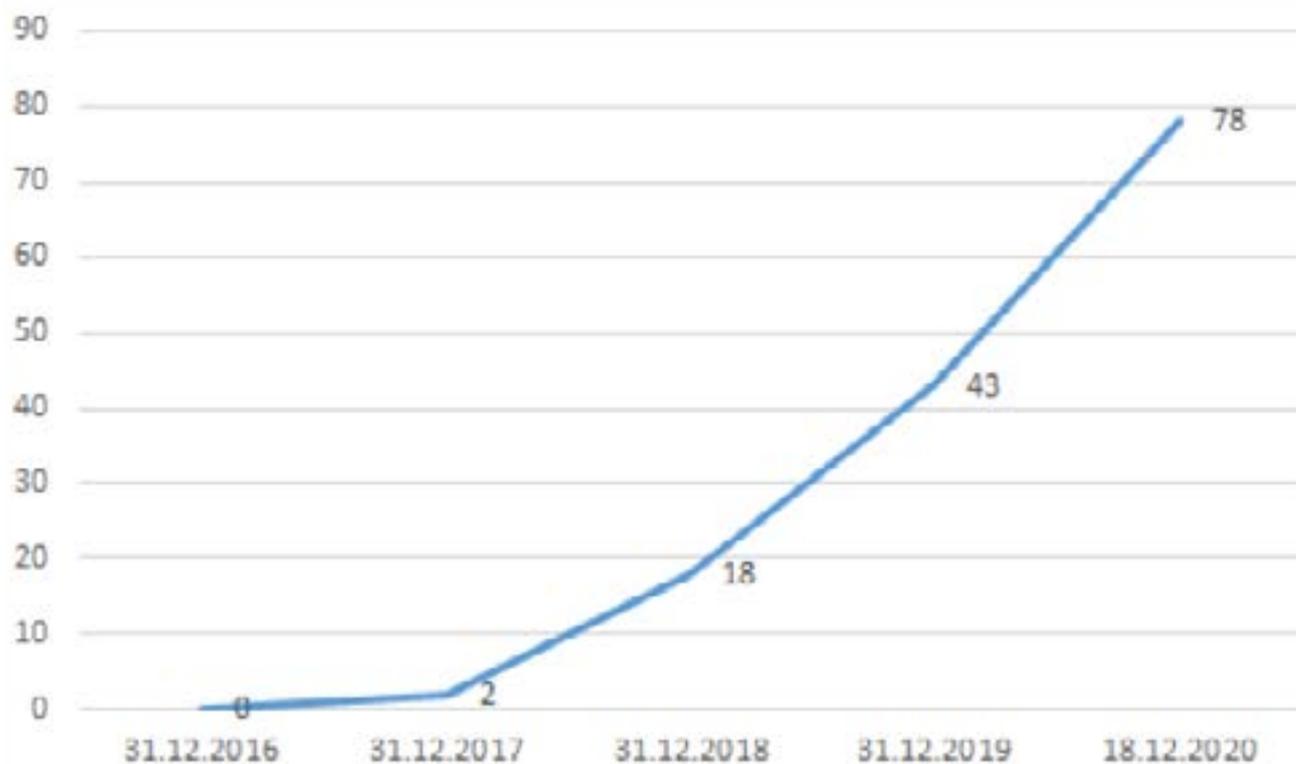
31.12.2017                      2

31.12.2018                      18

31.12.2019                      43

18.12.2020                      78

**Grafico 8. Soggetti in lista di attesa in Campania - anni 2016-2020**



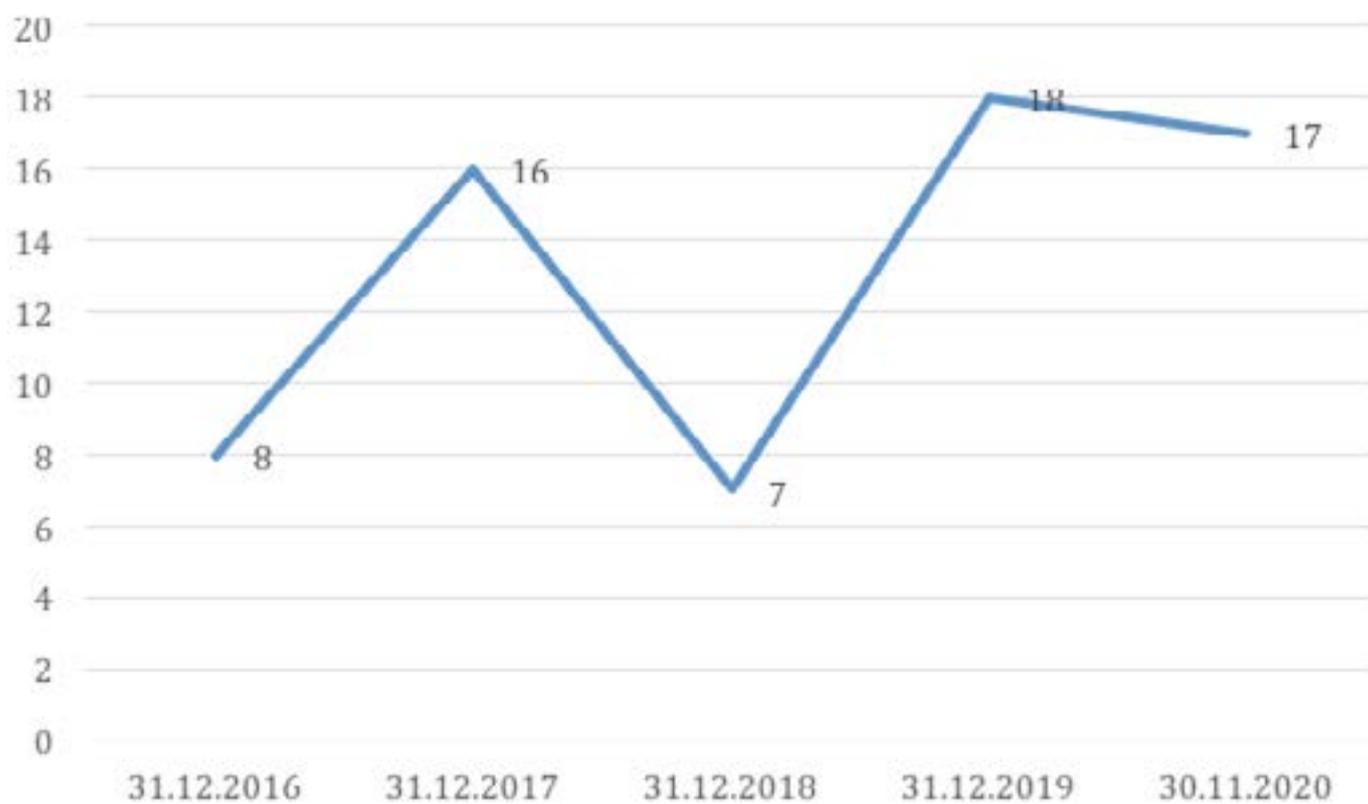
Anche prendendo in considerazione la sola regione Campania, si conferma la tendenza ad un tendenziale aumento delle persone in lista d'attesa.

**Tabella 10bis. Soggetti in lista di attesa in Piemonte - anni 2016-2020**

**Periodo** **PIEMONTE Pazienti in lista d'attesa**  
**ATTIVO Rems**

31.12.2016	8
31.12.2017	16
31.12.2018	7
31.12.2019	18
18.12.2020	17

**Grafico 8bis. Soggetti in lista di attesa in Piemonte - anni 2016-2020**



Anche i dati piemontesi confermano la tendenza all'aumento dei soggetti in lista di attesa. Rispetto a tali dati 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 una possibile crescita dei numeri. Per quanto concerne il primo punto, dei 78 in lista d'attesa, 22, pari al 28% del totale, si trova in istituto penitenziario. Il restante 72% si trova in una qualche altra condizione di attesa, con un livello di contenimento via via decrescente fino alla libertà, come indicato nella tabella sottostante. Facendo riferimento ai dati piemontesi, negli ultimi due anni, circa il 45% dei soggetti in lista di attesa si trova in istituto penitenziario. Sul numero totale poi, oltre il 20% dei pazienti entrati a far parte della lista d'attesa sul territorio piemontese non sono entrati in REMS per l'approvazione di progetti alternativi con contemporanea o successiva revoca della misura di sicurezza detentiva.

**Tabella 11. Provenienza soggetti in lista di attesa in Regione Campania, rilevazione al 30.11.2020**

Posizione all'ingresso	Numeri
Arresti domiciliari	0
Libertà Vigilata	1
Misura cautelare luogo di cura	2
Libertà	12
LFE	1
Altra misura	16
ND	13
Comunità	3
Istituto Penitenziario	22
Ric. Pisch. Nuovo	8

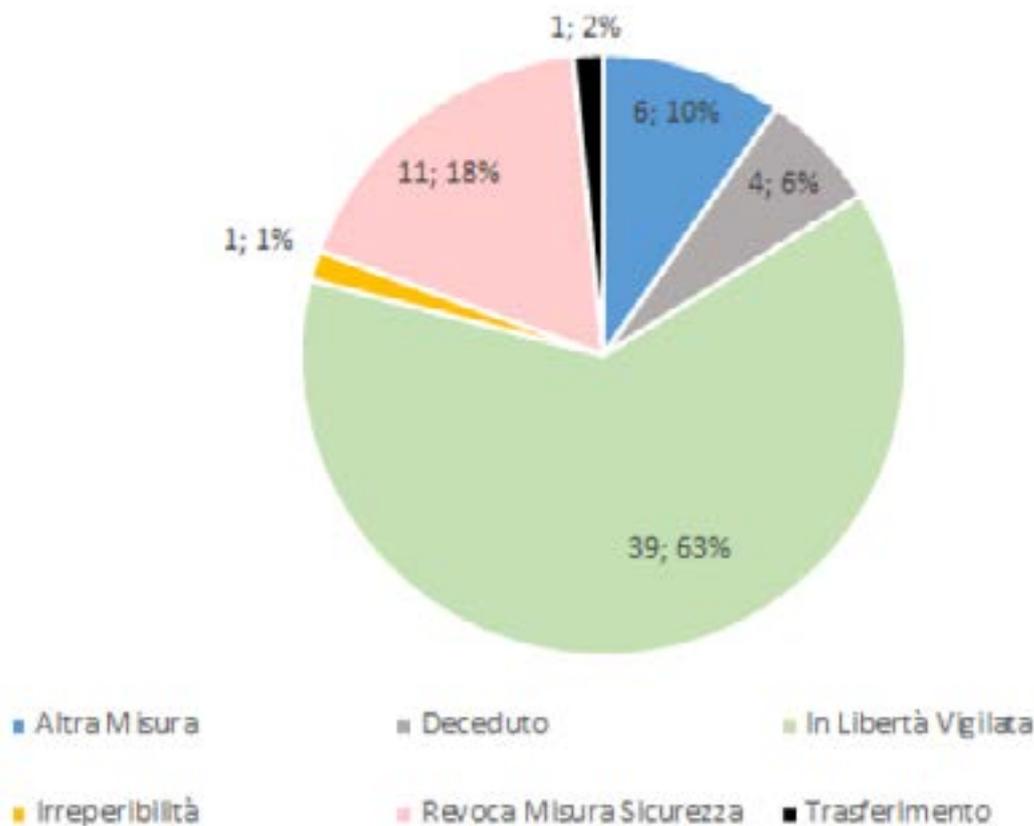
La permanenza di un numero cospicuo di persone in lista d'attesa prima di accedere a una Rems consente di aprire ad una riflessione di più ampio respiro sulla pericolosità, intesa in senso sociologico anziché giuridico. Un gran numero di persone si trova ad aspettare di entrare in una Rems senza, sostanzialmente, rappresentare un pericolo per la società nel suo complesso, ossia senza che si registri la commissione di ulteriori reati. La tenuta del sistema delle liste d'attesa, che sostanzialmente ha retto finora nonostante la diffusa richiesta di apertura di nuove Rems, pare dunque contrastare una retorica di senso comune in base alla quale, per garantire la sicurezza della società nel suo complesso, persone che hanno commesso dei reati, spesso ritenuti particolarmente efferati, devono essere trattate all'interno di strutture ad alto livello contenitivo. È convinzione radicata e diffusa quella secondo cui allentare tali forme di contenimento può costituire un rischio per la collettività nel suo complesso.

I dati sulle liste d'attesa sembrano darci il rimando di una realtà differente. È possibile ipotizzare forme

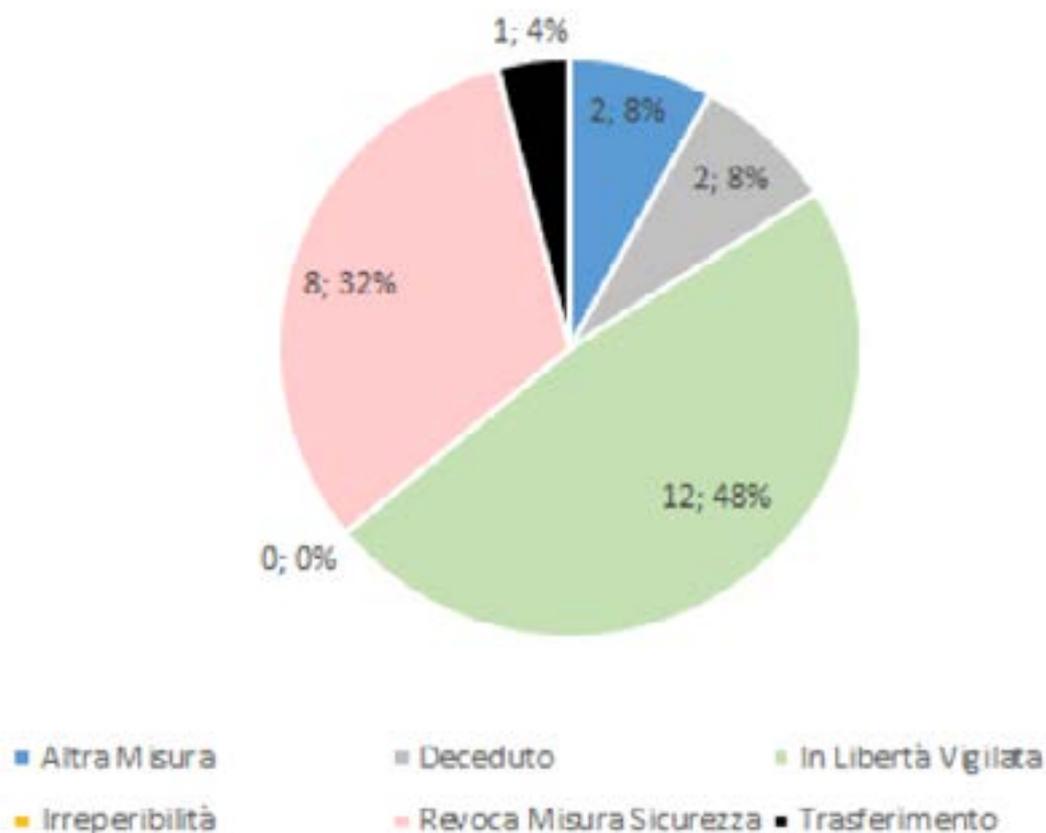
di controllo alternative al contenimento all'interno di istituzioni totali senza necessariamente intaccare i livelli di sicurezza generali. Il tema sarà ripreso nelle conclusioni, a cui si rimanda per una riflessione allargata anche all'esecuzione penale.

Un altro aspetto che invece preme qui sottolineare riguarda, si diceva, la reazione del sistema all'esistenza di un numero cospicuo di persone in lista d'attesa. Da questo punto di vista, emergono strade alternative rispetto alla proposta ricorrente di aprire nuove Rems. Una di queste è rappresentata dalle revoche.

**Grafico 9. Soggetti revocati dalla lista di attesa in Campania - rilevazione al 30.11.2020**



## Grafico 10. Soggetti revocati dalla lista di attesa in Piemonte - rilevazione al 30.11.2020



Facendo riferimento alle revoche dei pazienti in lista di attesa, osserviamo come sia in Campania che in Piemonte 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.

Il 63% delle revoche dalle liste campane per la concessione della libertà vigilata, a fronte del 48% di quelle piemontesi, 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 sovrappiù delle assegnazioni in Rems anche per quei soggetti provvisori, le cui misure - se intercettate dal territorio - potrebbero essere modificate in percorsi alternativi.

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 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 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 è piuttosto interessante. Per quanto riguarda gli ingressi, assistiamo a una sostanziale diminuzione negli 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, considerati la tenuta del sistema a numero chiuso e, con riferimento specifico al 2020, il probabile "effetto Covid", per cui osserviamo un numero di ingressi pressoché dimezzato rispetto agli anni precedenti.

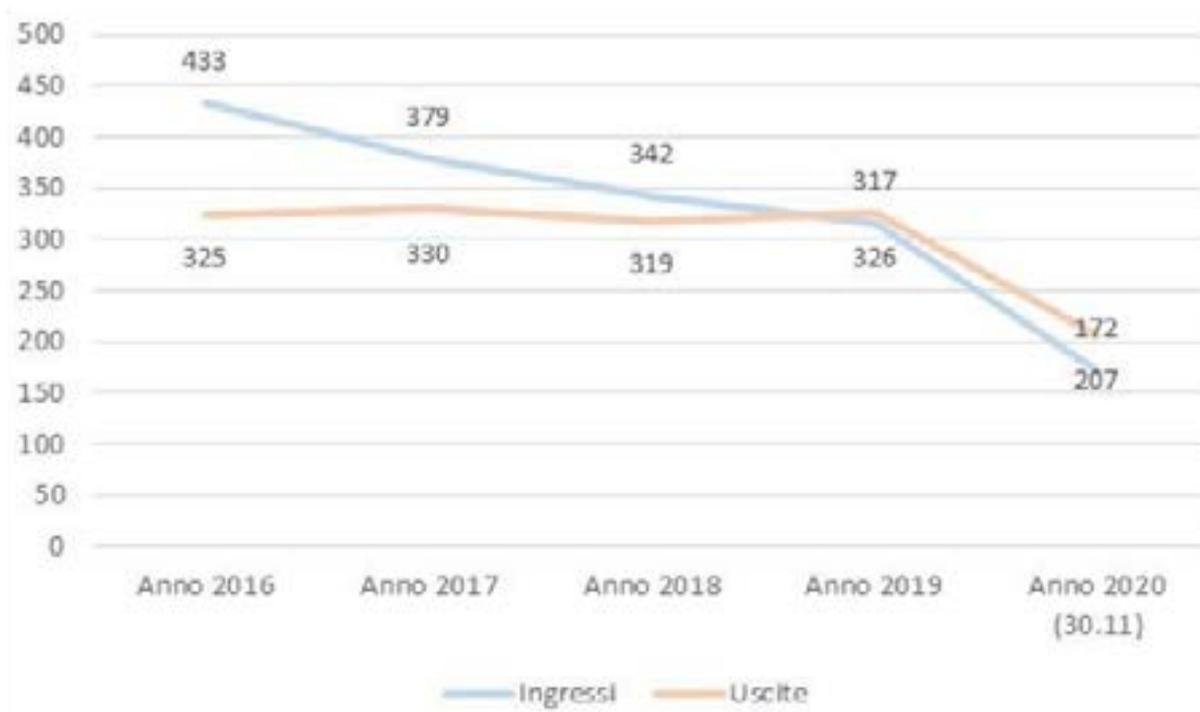
Le uscite mostrano invece un andamento sostanzialmente stabile negli anni (anche qui, con l'esclusione del 2020, anno in cui gli effetti della pandemia hanno congelato o comunque rallentato tutti i movimenti, in entrata e in uscita).

**Tabella 12. Ingressi e uscite Rems – turnover anni 2016-2020**

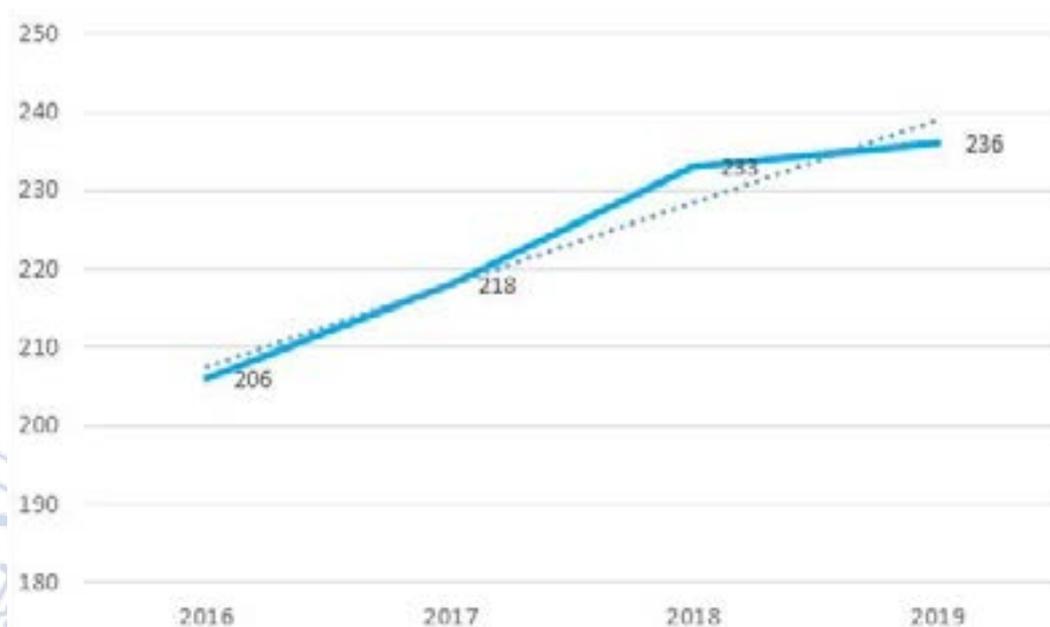
Ingressi Rems		Uscite Rems		Ingressi Rems	Presenze
Anno 2016	433	Anno 2016	325	+108	527
Anno 2017	379	Anno 2017	330	+49	576
Anno 2018	342	Anno 2018	319	+23	604
Anno 2019	317	Anno 2019	326	-9	593
Anno 2020 (30.11)	172	Anno 2020	207	-35	551

Il dato interessante riguarda tuttavia l'analisi congiunta di ingressi, uscite e presenze medie. A fronte di una riduzione degli ingressi e di una sostanziale staticità delle uscite, le presenze medie in realtà non si riducono, bensì restano anch'esse piuttosto stabili. Tale dato è spiegato dall'aumento della durata media delle permanenze, come mostra il grafico di seguito.

**Grafico 11. Ingressi e uscite - anno 2016-2020**



**Grafico 12. Presenza media in giorni in Rems - anni 2016-2019**



**Tabella 13. Presenze medie in Rems nell'anno 2019.**

Regione	Denominazione	Paz. Presenti (A)	Paz. Usciti (B)	Totale Pazienti (C=A+B)	Tot. Giorni Presenza nell'anno (D)	Presenza Media in gg (D/C)
ABRUZZO	REMS BARETE	21	7	28	7220	258
BASILICATA	REMS PISTICCI	0	0	0	0	0
CALABRIA	REMS S. Sofia D'Epiro	21	0	21	7665	365
CAMPANIA	REMS CALVI RISORTA	19	22	41	6482	158
CAMPANIA	REMS MONDRAGONE	3	1	4	1390	347
CAMPANIA	REMS ROCCAROMANA	0	0	0	0	0
CAMPANIA	REMS S. Nicola Baronia	20	6	26	7026	270
CAMPANIA	REMS Vairano Patenora	4	8	12	2534	211
EM.ROMAGNA	REMS BOLOGNA	13	7	20	4477	223
EM.ROMAGNA	REMS Casale di Mezzani	8	8	16	2951	184
F.V.GIULIA	REMS AURISINA	0	0	0	0	0
F.V.GIULIA	REMS MANIAGO	0	0	0	0	0
F.V.GIULIA	REMS UDINE	0	0	0	0	0
LAZIO	REMS CECCANO	15	9	24	6271	261
LAZIO	REMS Palombara Merope	16	11	27	5636	208
LAZIO	REMS Palombara Minerva	18	7	25	6655	266
LAZIO	REMS PONTECORVO	11	7	18	3616	200
LAZIO	REMS Subiaco Castore	17	13	30	6558	218
LIGURIA	REMS GENOVA PRA'	19	16	35	6844	196
LOMBARDIA	REMS CASTIGLIONE	160	82	242	57310	237
MARCHE	REMS CASA BADESSE	25	5	30	7240	241
MARCHE	REMS CASA GEMELLE	0	22	22	1453	66
P.A. TRENTO	REMS TRENTO A.A.					
	PERGINE VALSUGANA	1	0	1	365	365
PIEMONTE	REMS ANTON MARTIN	20	10	30	7276	242
PIEMONTE	REMS BRA CASA DI					
	CURA SAN MICHELE	17	13	30	6536	217
PUGLIA	REMS CAROVIGNO	17	11	28	6091	217
PUGLIA	REMS SPINAZZOLA	11	10	21	6272	298
SARDEGNA	REMS CAPOTERRA	17	7	24	6139	255
SICILIA	REMS CALTAGIRONE	38	19	57	13095	229
SICILIA	REMS NASO	16	16	32	5741	179
TOSCANA	REMS VOLTERRA					
	PADIGLIONE MOREL	28	0	28	10220	365
VENETO	REMS NOGARA	34	17	51	13321	261

Secondo quanto indicato dal sistema SMOP, la presenza media è la media aritmetica dei giorni di effettiva permanenza all'interno delle strutture<sup>4</sup>.

Occorre dunque interrogarsi sulle ragioni dell'aumento delle permanenze in Rems: dalle parole di molti intervistati 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 del dovuto", secondo gli addetti ai lavori, per mancanza di alternative fuori. Questo, come vedremo, vale ancor di più per i cosiddetti cripto-imputabili, ossia quelle categorie di persone definite dagli operatori come particolarmente "difficili" da gestire, sia dentro che fuori dalla Rems.

Più in generale, poi, emerge nella percezione degli operatori 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. "Si fa fatica a far togliere la pericolosità sociale da parte dei giudici" secondo alcuni degli intervistati. Qui evidentemente emergono valutazioni più ampie rispetto al dato clinico, riguardanti 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.

Gli operatori delle Rems ci riportano in questo senso di non essere loro a fare delle prognosi sul futuro, bensì i magistrati, proponendoci così una delle varie materializzazioni dell'annosa questione riguardante la complessa intersezione tra il piano giuridico e quello sanitario.

Un altro dato che occorre segnalare e in linea con quanto più sopra riportato, riguarda l'assenza del Progetto Terapeutico Riabilitativo Individuale per numeri mediamente significativi di persone. 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 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 di vista, è l'assenza di PTRI 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. E spesso accade che la cosiddetta relazione di sintesi, risultato del processo di osservazione, non venga prodotta in tempo utile per le decisioni che la Sorveglianza deve prendere in merito all'accesso alle misure alternative, ad esempio.

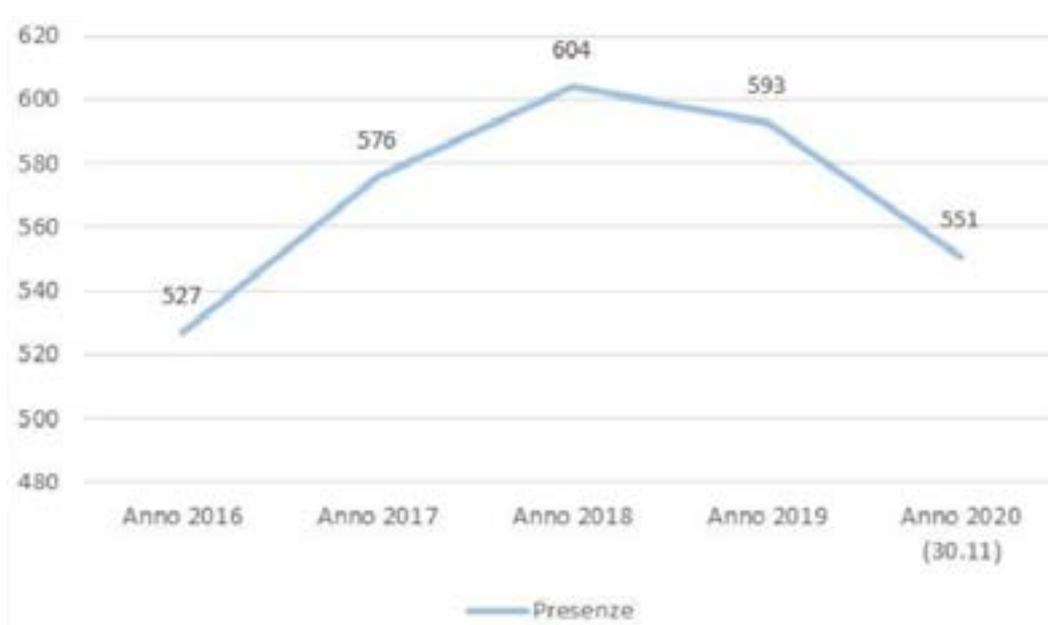
Al di là delle differenze tra i due meccanismi che richiamano peraltro differenti funzioni attribuite alla

<sup>4</sup> Sono computate le presenze nell'anno di riferimento (soggetti presenti al 31.12 e soggetti dimessi nello stesso anno): - I pazienti presenti al 31.12 sono conteggiati calcolando il numero 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). Per quanto riguarda i pazienti dimessi prima del 31.12, il loro tasso di permanenza si conteggia calcolando il numero 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 computate le assenze temporanee che non costituiscono dimissione dalla struttura, come i ricoveri, i permessi ecc.

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. Il punto è che il PTRI presumibilmente rappresenta 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. Anche questo dato sembra dunque contribuire alla comprensione delle difficoltà legate all'uscita.

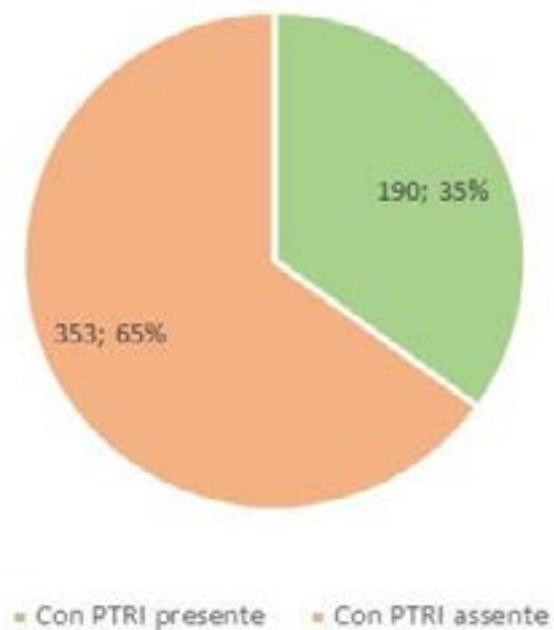
**Grafico 13. Andamento presenze - anni 2016-2020**



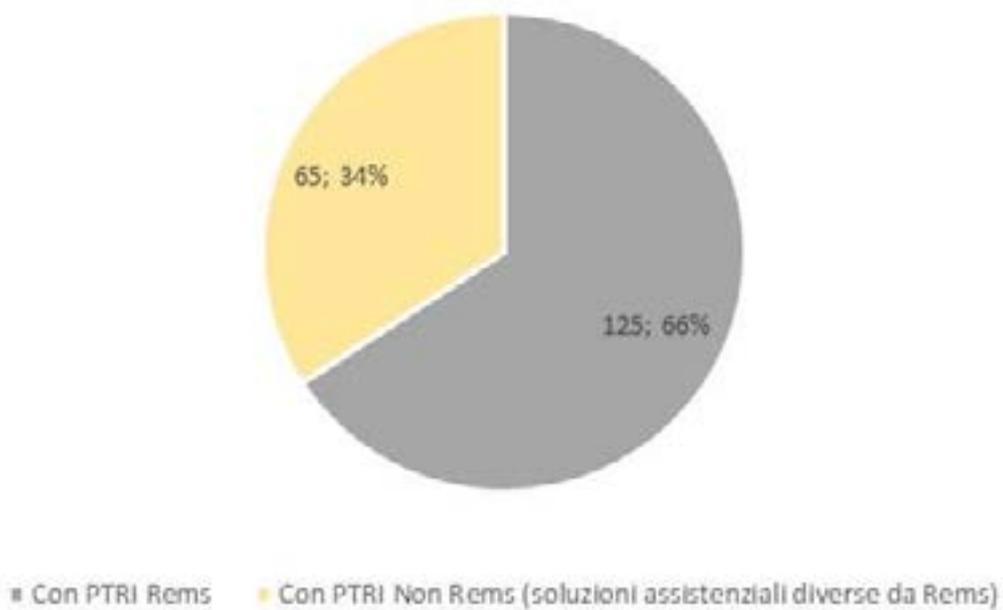
**Tabella 14. PTRI situazione nazionale, Piemonte e Campania.**

PTRI	N (%)
Con PTRI presente su 543 presenze totali	190 (34,5%)
Con PTRI assente	353 (65%)
PTRI per misura definitiva	106 (55,8%)
Con PTRI Rems	125 (22,7%)
Con PTRI Non Rems (soluzioni assistenziali diverse da Rems)	65 (11,8%)
Con PTRI presente Piemonte	19 (50%)
Con PTRI assente Piemonte	19 (50%)
Con PTRI Rems Piemonte	9 (47,4%)
Con PTRI Non Rems (soluzioni assistenziali diverse da Rems) Piemonte	10 (52,6%)
Con PTRI presente Campania	32 (74,4%)
Con PTRI assente Campania	11 (25,6%)
Con PTRI Rems Campania	14 (43,75%)
Con PTRI Non Rems (soluzioni assistenziali diverse da Rems) Campania	18 (56,25%)

**Grafico 14. Presenti in REMS al 30.11.2020 - PTRI assente e presente**



**Grafico 15. PTRI presenti ospiti Rems al 30.11.2020 con PTRI Rems e PTRI Non REMS**



**Tabella 15. Ospiti in Rems con posizione giuridica definitiva e presenza del Progetto terapeutico riabilitativo individuale (Ptri) - Rilevazione al 30.11.2020**

Regione	Nr. Ospiti posizione giuridica definitiva	PTRI	PTRI %
ABRUZZO	2	1	50%
CALABRIA	5	0	0%
CAMPANIA	20	15	75%
EMILIA ROMAGNA	6	5	83%
LAZIO	34	27	79%
LIGURIA	3	2	66%
LOMBARDIA	86	25	29%
MARCHE	7	6	88%
PIEMONTE	6	5	83%
PUGLIA	14	7	50%
SARDEGNA	11	0	0%
SICILIA	17	0	0%
TOSCANA	15	0	0%
VENETO	16	0	0%

Nonostante le difficoltà legate all'uscita, le dimissioni prima o poi arrivano. I percorsi di uscita, e questo emerge chiaramente anche dalla parte qualitativa dello studio, sono improntati alla progressività: il passo successivo alla Rems è nella stragrande maggioranza dei casi un periodo in libertà vigilata, spesso trascorso all'interno di un'altra comunità, con un livello decrescente di controllo, ma comunque in contesto residenziale. Spesso, poi, si accede alla cosiddetta Licenza Finale di Esperimento, che consente di trascorrere fuori dalla Rems un certo periodo (in genere qualche mese) ma essendo sottoposti a qualche forma di controllo sul territorio.

**Tabella 16. Motivazioni dimissioni al 30.11.2020**

Motivazione	Nr. Dimissioni	% sul totale dimissioni
Libertà Vigilata	103	48%
Revoca Misura	12	6%
Licenza Finale Esperimento	51	24%
Ingresso in Istituto di Pena	7	3%
Altre misure	7	3%
Eventi vari (decessi, espulsioni)	7	3%
Scarcerazione per fine misura	5	2,6%
Arresti domiciliari	1	0,4%
Info ND	21	10%

## Grafico 16. Motivazioni dimissioni al 20.11.2020



Infine, uno sguardo ai reati per cui le persone presenti in Rems sono state destinatarie di una misura di sicurezza. Considerato che molte regioni non hanno ad ora inserito compiutamente i dati sui reati, o lo hanno fatto solo parzialmente, concentriamo anche in questo caso l'analisi sui casi campano e piemontese.

### 5. I reati

Il sistema Smop contiene una corposa sezione riguardante i reati, che costituiscono evidentemente un aspetto fondamentale per l'analisi del sistema delle misure di sicurezza nel suo complesso. Si tratta tuttavia di una delle sezioni che presenta maggiori difficoltà di lettura, per i seguenti aspetti. In primo luogo, l'ampia mole di dati non inseriti. Come vedremo, anche nelle regioni più "virtuose" in termini di inserimento dei dati sulla piattaforma, il numero di dati mancanti è tale da minare la scientificità della rielaborazione e della lettura. In secondo luogo, e probabilmente le due questioni non sono tra loro scollegate, l'inserimento dei dati compete prevalentemente a operatori sanitari, che possono legittimamente trovare difficoltà a districarsi nel linguaggio e nelle categorizzazioni giuridiche. Il tema tuttavia è rilevante e, come vedremo, meriterebbe approfondimenti puntuali.

Qui di seguito proponiamo una fotografia dei reati in primo luogo secondo una differenziazione su base territoriale.

Per "aree geografiche" intendiamo:

**Italia settentrionale (NORD):** Valle d'Aosta, Piemonte, Liguria, Lombardia, Emilia Romagna, P.A. Trento, P.A. Bolzano, Friuli Venezia Giulia, Veneto;

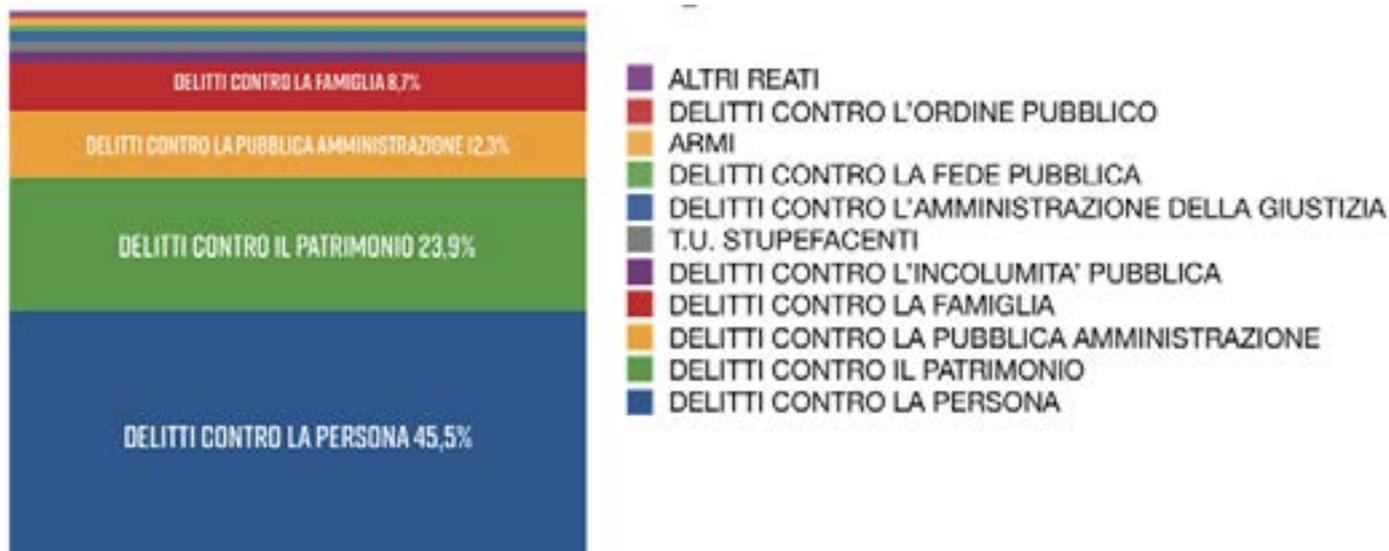
**Italia centrale (CENTRO):** Toscana, Lazio, Marche, Umbria, Abruzzo, Molise;

**Italia meridionale (SUD e ISOLE):** Campania, Basilicata, Puglia, Calabria, Sicilia, Sardegna.

**Tabella 17. Dati relativi ai reati nel NORD Italia.**

DELITTI CONTRO LA PERSONA	DELITTI CONTRO IL PATRIMONIO	DELITTI CONTRO LA P.A.	DELITTI CONTRO LA FAMIGLIA	DELITTI CONTRO L'INCOLUMITÀ PUBBLICA	T.U. STUPEFACENTI	DELITTI CONTRO L'AMM. DELLA GIUSTIZIA	DELITTI CONTRO LA FEDE PUBBLICA	ARMI	DELITTI CONTRO L'ORDINE PUBBLICO	ALTRI REATI
45,5%	23,9%	12,3%	8,7%	2,8%	1,9%	1,9%	1,2%	1,1%	0,5%	1,8%

**Grafico 17. Tipologia di reati - NORD Italia.**



**Tabella 18. Dati relativi ai reati nel CENTRO Italia.**

DELITTI CONTRO LA PERSONA	DELITTI CONTRO IL PATRIMONIO	DELITTI CONTRO LA P.A.	DELITTI CONTRO LA FAMIGLIA	T.U. STUPEFACENTI	DELITTI CONTRO L'AMM. DELLA GIUSTIZIA	DELITTI CONTRO L'INCOLUMITÀ PUBBLICA	DELITTI CONTRO L'ORDINE PUBBLICO	DELITTI CONTRO IL SENTIMENTO RELIGIOSO E CONTRO LA PIETÀ DEI DEFUNTI	ARMI	ALTRI REATI
50,3%	21,1%	8,2%	6,8%	6,1%	2,0%	1,4%	1,4%	1,4%	0,7%	0,7%

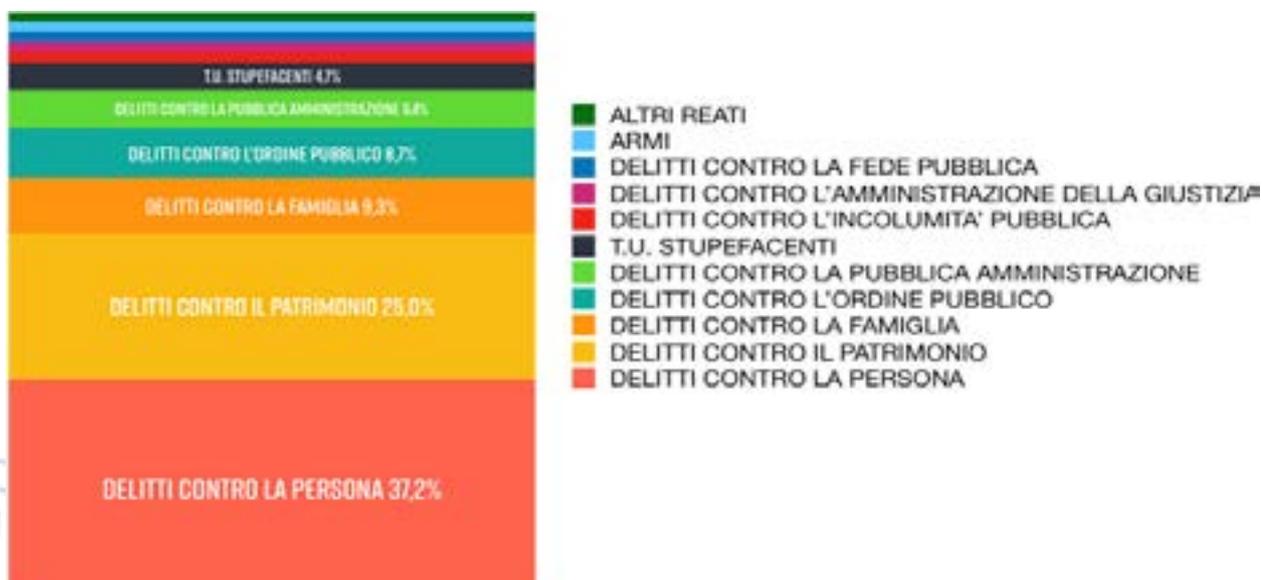
## Grafico 18. Tipologia dei reati - CENTRO Italia



## Tabella 19. Dati relativi ai reati nel SUD Italia e ISOLE

DELITTI CONTRO LA PERSONA	DELITTI CONTRO IL PATRIMONIO	DELITTI CONTRO LA FAMIGLIA	DELITTI CONTRO L'ORDINE PUBBLICO	DELITTI CONTRO LA P.A.	T.U. STUPEFACENTI	DELITTI CONTRO L'INCOLUMITA' PUBBLICA	DELITTI CONTRO L'AMM. DELLA GIUSTIZIA	DELITTI CONTRO LA FEDE PUBBLICA	ARMI	ALTRI REATI
37,2 %	25,0 %	9,3 %	8,7 %	6,4 %	4,7 %	1,7 %	1,7 %	1,7 %	1,7 %	1,7 %

## Grafico 19. Tipologia dei reati SUD Italia e ISOLE

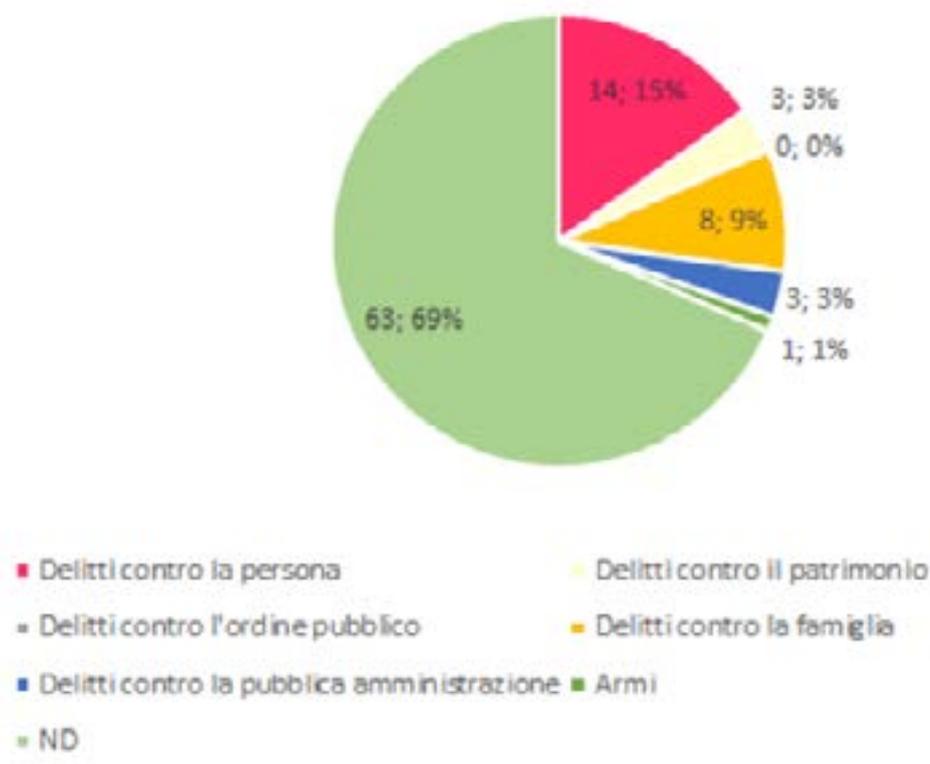


La gran mole di dati non inseriti a livello nazionale, tuttavia, ci fornisce una fotografia che presumibilmente rischia di non rispecchiare la realtà. Pertanto, qui di seguito proponiamo un focus specifico sulle realtà campana e piemontese.

**Tabella 20. Reati relativi ai soggetti presenti nelle Rems in Campania nel corso del 2020 - rilevazione al 18.12.2020**

Reati	Numero
Delitti contro la persona	14
Delitti contro il patrimonio	3
Delitti contro l'ordine pubblico	0
Delitti contro la famiglia	8
Delitti contro la pubblica amministrazione	3
Armi	1
ND	63

**Grafico 20. Reati relativi ai soggetti presenti nelle Rems in Campania nel corso del 2020 - rilevazione al 18.12.2020**



**Tabella 21. Reati relativi ai soggetti presenti nelle Rems in Piemonte nel corso del 2020 - rilevazione al 18.12.2020**

Reati	Numero
Delitti contro la persona	27
Delitti contro il patrimonio	13
Delitti contro l'ordine pubblico	0
Delitti contro la famiglia	6
Delitti contro la pubblica amministrazione	14
ND	14

**Grafico 21. Reati relativi ai soggetti presenti nelle Rems in Piemonte nel corso del 2020 - rilevazione al 18.12.2020**



Si tratta di un quadro frastagliato che rende ardue le interpretazioni. Così come in ambito carcerario le procedure di raccolta dei dati statistici relativi ai reati commessi dai detenuti rendono pressoché impossibile comprendere i titoli di reato per i quali è stata condannata la popolazione detenuta<sup>5</sup>, anche in questo caso ci troviamo di fronte ad una procedura di raccolta che rende difficile comprendere sino in fondo le carriere dei soggetti internati. All'elevato numero di dati non inseriti, di cui si è già scritto, si aggiunge il fatto che per ogni internato il sistema permette all'operatore di inserire più titoli di reato, sino ad un massimo di cinque fattispecie per paziente. Dati che poi il sistema aggrega utilizzando le principali categorie del diritto penale, così come peraltro concordato con i referenti e gli ingegneri informatici incaricati della gestione del sistema, su indicazione dell'equipe di ricerca. Tale sistema implica quindi che un'efficace lettura dei reati commessi dalle persone internate debba necessariamente essere rinviata ad un'analisi a campione ad hoc.

Ad un interrogativo si può tuttavia tentare di fornire una risposta, seppur abbozzata. E' noto infatti che uno degli argomenti di critica nei confronti del precedente sistema fosse il fatto che gli Ospedali Psichiatrici Giudiziari - anche allora formalmente considerati la scelta estrema rivolta a soggetti considerati realmente pericolosi - nei fatti ospitavano, anche per lungo tempo, un numero significativo di soggetti autori di reati di modesta gravità, che raramente avevano dato prova di una reale pericolosità sociale, perlomeno attraverso la commissione di gravi reati contro la persona. Oggi questo quadro appare più sfumato. Seppur con differenze, anche statisticamente significative, fra le varie aree del Paese, l'immagine che si intravede è quella di una prevalenza di reati contro la persona. Tale impressione è suffragata dalla ricerca sul campo, là dove i medici e altri operatori intervistati confermano una netta prevalenza di reati contro le persone, spesso anche piuttosto gravi, fra i soggetti attualmente custoditi nelle Rems.

Ripetiamo, si tratta di un quadro ancora confuso che necessariamente richiederà delle forme di implementazione del sistema, ed un approfondimento da parte dell'equipe di ricerca. Cionondimeno, pare sfumarsi rispetto al passato l'immagine del ladro di polli internato per assenza di alternative. Inoltre, anche su questo terreno il sistema delle Rems si distanzia in maniera significativa dal campo dell'esecuzione penale, là dove il carcere continua invece a contenere masse di soggetti autori di reati di minore gravità, spesso con residui pena davvero irrisori, ma che tuttavia non accedono alle alternative previste dall'ordinamento formale.

## 6. Oltre i numeri: il nodo dei cripto-imputabili dal punto di vista degli operatori

I risultati dell'analisi qualitativa saranno presentati in maniera più compiuta in un altro documento attualmente in fase di elaborazione, tuttavia pare opportuno in questa sede indicare alcuni aspetti emersi in maniera evidente durante l'interlocuzione con gli operatori coinvolti nella ricerca.

Nello specifico, un punto su cui convergono le opinioni sostanzialmente di tutti gli operatori che hanno partecipato alle interviste, o ai focus group, riguarda le criticità rappresentate da alcuni tratti della personalità che caratterizzerebbero parte degli ospiti delle Rems. Molte di queste persone (in una

<sup>5</sup> Non a caso, nel definire il livello di gravità dei reati commessi dalla popolazione detenuta, i ricercatori si affidano spesso ad altri dati statistici, quali la pena inflitta e la pena residua. Si tratta di dati che invece non appaiono nel portale Smop e sui quali sarebbe forse opportuno uno sforzo implementativo.

percentuale che viene indicata come compresa tra il 40 e il 50% circa delle presenze) vengono identificate dagli operatori nella categoria dei cosiddetti “cripto-imputabili”, ossia persone che pur essendo capaci di intendere e di volere al momento della consumazione del reato, verrebbero giudicate non imputabili o semi-imputabili in ragione per esempio di uno stato di dipendenza (tipicamente i cosiddetti casi di “doppia diagnosi”) o di comportamenti definiti genericamente come “anti-sociali”.

Il ricorso massivo alla misura di sicurezza e, tra le varie misure di sicurezza possibili, nello specifico a quella che rappresenta il più alto livello di contenimento, ossia la Rems, sarebbe determinato dalla sostanziale mancanza di alternative. I cripto-imputabili sono infatti, nella percezione degli operatori professionali che a vario titolo operano nelle Rems (medici, educatori, psicologi, infermieri, assistenti sociali, ecc.) soggetti che il territorio rappresentato in primis dai servizi sociali e psichiatrici territoriali, non sa come trattare altrimenti che con l’istituzionalizzazione.

La presenza di un numero cospicuo di persone collocate in tale categoria rappresenta per gli operatori una, forse la più grande, criticità in termini di perseguimento della mission istituzionale così come globalmente intesa. Si tratterebbe infatti di persone che in primo luogo non necessitano di un intervento di tipo psichiatrico analogo a quello appropriato per coloro che vengono considerati davvero incapaci di intendere e di volere e, dunque, davvero pazienti psichiatrici. Necessiterebbero piuttosto di interventi di altro tipo, difficilmente identificabile però dagli operatori stessi (salvo il caso del trattamento specifico delle dipendenze). Alla domanda su quale potrebbe essere una migliore collocazione per tali categorie di persone, difficilmente gli stessi operatori saprebbero rispondere in maniera certa e soprattutto condivisa. Qualcuno propone il carcere, qualcuno fa riferimento genericamente ai servizi territoriali (psichiatrici o meno), qualcuno ad altre strutture di tipo comunitario. Certo è che, sempre nella percezione unanime degli operatori, la presenza di queste categorie di persone in Rems ostacola il perseguimento dell’obiettivo generale di tali strutture, soprattutto in ragione della mancata o scarsa compliance nei confronti dei progetti terapeutici individuati.

Emerge quindi uno dei temi centrali nell’ambito della difficile intersezione tra psichiatria e giustizia. Tale fenomeno, infatti, riguarda sia il movimento in entrata che quello in uscita dalla Rems. Per quanto riguarda l’entrata, si è detto, è opinione diffusa tra gli operatori che in sede processuale spesso venga riconosciuta la semi/non imputabilità per un gran numero di soggetti genericamente inquadrabili nella categoria dei “disturbi anti-sociali” o in doppia-diagnosi, per i quali si faticano a trovare soluzioni alternative. Ma che, al contempo, non vengono considerati pazienti “psichiatrici” dagli operatori delle Rems, che pertanto faticano a immaginare e attuare un intervento.

Per quanto riguarda l’uscita, è la stessa categoria del “tempo” che per esempio appare problematica nella percezione degli operatori: i “tempi” della giustizia in genere non coincidono con i “tempi” della cura, per qui spesso accade che la pericolosità sociale venga prorogata più in ragione di una mancata progettualità sull’esterno che per una vera e propria necessità di continuità della cura all’interno dell’istituzione Rems. Questo peraltro è un tema più ampio, che riguarda più in generale anche i pazienti considerati pienamente “psichiatrici”, ma particolarmente evidente nel caso dei cosiddetti cripto-imputabili.

Tutto ciò impatterebbe negativamente sul trattamento di quei pazienti Rems che avrebbero davvero

bisogno di un trattamento in tali strutture, in quanto, essendo strutture comunitarie piccole implicano un'interazione costante e profonda tra gli ospiti e con gli operatori in prima linea, spesso basata su delicati equilibri su cui il trattamento psichiatrico incide in maniera significativa. Il rischio, in altre parole, è che la presenza di un numero cospicuo e diffuso di cripto-imputabili incrina i delicati equilibri faticosamente conquistati nella quotidianità attraverso l'intervento terapeutico.

Il malessere degli operatori sulla questione qui sommariamente delineata deriva quindi dalla percezione di subire in una certa misura l'imposizione esterna (da parte di un tribunale) di chi dovrà essere trattato e gestito all'interno della struttura. Di fronte alla considerazione che, in sede processuale, la decisione di un giudice si basa sostanzialmente su perizie psichiatriche che stabiliscono la presenza o meno di vizio totale o parziale di mente, gli operatori tendono a riconoscere una sostanziale spaccatura sul tema, che coinvolge lo stesso panorama professionale della psichiatria. Più in generale, l'impressione è che, al di là delle distinzioni tra universi sanitari e giuridici, la criticità di non facile risoluzione riguarda la presa in carico di categorie sociali caratterizzate da più o meno specifiche forme di marginalità sociale (riconducibili come si è visto a dipendenze, comportamenti anti-sociali, disturbi mentali in senso ampio, ecc., o, più di frequente, a un mix di molti di questi problemi) per le quali si faticano a trovare soluzioni. In tal senso, pur nella difficoltà di individuare strategie di intervento adeguate, pare di intravedere un'ulteriore sfaccettatura del nuovo assetto nelle relazioni tra mondi della sanità e giustizia, reso possibile dal superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari. Le posizioni espresse e condivise dagli operatori manifestano un potenziale di resistenza di fronte all'istituzionalizzazione di categorie di persone che gli ospedali psichiatrici giudiziari non esitavano ad accogliere in custodia, peraltro con il rischio concreto e pluri-documentato, di trascinare ad oltranza percorsi di istituzionalizzazione. Ora assistiamo quanto meno a qualche forma di resistenza e di espressione di contrarietà e disappunto per quanto tale processo sia da considerarsi soltanto agli albori, faticosi a farsi ascoltare e non trovi ancora strutturazione a livello di cultura professionale. La pluralità di posizioni assunte, peraltro, non lascia intravedere con certezza la direzione che potrà prendere la risoluzione di tali nodi critici, che potrebbe portare tanto alla richiesta di esecuzione penale in carcere per queste persone, quanto a interventi più o meno ampi di de-istituzionalizzazione, così come le varie sfaccettature delle posizioni espresse dimostrano.

### **Parte terza: le politiche**

Quasi un bilancio sul superamento degli Opg. Un decalogo dei nodi aperti all'orizzonte del trattamento dei pazienti psichiatrici autori di reato

Quelle che seguono sono conclusioni "aperte" della prima parte del lavoro di ricerca illustrato nelle pagine precedenti. Ogni dato qui presentato deve essere discusso, criticato, approfondito.

Le definiamo dunque "aperte" perché hanno la pretesa di fotografare un microcosmo in realtà dinamica come quello dei pazienti psichiatrici autori di reato e delle istituzioni chiamate ad occuparsi della loro cura/controllo.

Proviamo a rispondere a questioni articolate: cosa si evince dai dati presentati in questo report? Quali sono le questioni aperte che si incontrano all'orizzonte di questo universo complicato dei folli-rei? Come si dipana, oggi, l' (eterno) conflitto tra "bisogno di cura" e "esigenze di sicurezza"? Tra Giustizia e Salute. Tra diritti che confliggono e faticano a convivere.

Tali conclusioni derivano principalmente dalla lettura critica dei dati presenti sul sistema SMOP, intrecciati con le molte rilevanze qualitative che il gruppo di ricerca ha iniziato a raccogliere attraverso interviste e focus group con operatori e che verranno sistematizzati in un successivo report.

Con le ispezioni della Commissione parlamentare d'inchiesta per l'Efficacia e l'Efficienza del Servizio Sanitario nazionale del 2012, il percorso di "superamento" degli Ospedali psichiatrici giudiziari ha subito un'accelerazione che ha portato – non senza tentennamenti – all'uscita delle ultime due persone internate dall'Ospedale psichiatrico giudiziario di Barcellona Pozzo di Gotto nei primi giorni di maggio del 2017, chiudendo così una storia secolare.

Sono infatti trascorsi più 140 anni da quando ad Aversa, nella casa penale per invalidi ospitata nel convento cinquecentesco di San Francesco da Paola, nasceva la prima "sezione per maniaci", che poteva ospitare fino a diciannove persone. Vi erano rinchiusi i "delinquenti impazziti, che rappresentano scene di terrore e che portano scompiglio", così li descrive Filippo Saporito, psichiatra e storico direttore del manicomio di Aversa. Erano pazzi e criminali allo stesso tempo, troppo pazzi per stare in un carcere, troppo criminali per un manicomio civile. Erano (e sono?) la rappresentazione dello stigma (anzi del doppio stigma, quello del deviante e quello del malato di mente) che spaventava (e spaventa?) la società perbene.

In termini generali dunque, ci troviamo oggi in una fase di "stabilità" normativa.

Salvo alcune lacune e punti oscuri che non mancheremo di sottolineare nelle prossime righe, all'orizzonte non si vedono infatti stravolgimenti del quadro legislativo: il tema della cura/controllo dei pazienti psichiatrici autori di reato non sembra tra le priorità dell'agenda legislativa, essendo stata raggiunta una sorta di "pacificazione" tra istanze contrapposte, che ha nella l. 81/2014 la sua sintesi più significativa. L'attenzione deve conseguentemente rivolgersi non già alla produzione bensì all'esecuzione delle norme e alla loro implementazione. Si tratta di una fase che ha come protagonisti sia l'attività interpretativa dei giudici e sia le pratiche degli operatori.

Questo sì, è terreno di conflitto e scontro tra visioni inconciliabili. Riconducibili, ancora una volta, a quelle di cura e riabilitazione socio-sanitaria da un lato e quelle di neutralizzazione e difesa sociale dall'altro. Uno scontro che si dipana anche sul piano semantico, con gli operatori della salute mentale che utilizzano il vocabolario proprio della scienza medica e gli operatori del diritto che devono riferirsi a categorie giuridiche ancora attuali quali la pericolosità sociale e la non imputabilità per vizio di mente. Proprio in queste opposte visioni, si organizza la quotidianità professionale degli operatori: spesso conflittuale, a volte reciprocamente indifferente, raramente cooperativa. Ma su questo avremo modo di soffermarci ancora.

Come spesso accade, la "chiusura" definitiva degli Opg e l'entrata in vigore della l. 81/2014 – oggi

caposaldo dell'intero impianto normativo – ha reso sfuocate le attenzioni della politica, dei media e dell'opinione pubblica. Proprio tale attenzione aveva avuto un ruolo fondamentale – anzi, decisivo - nel processo di riforma. Forse, senza la forza di quelle immagini shock girate dalla già citata Commissione d'inchiesta parlamentare, commentate dall'allora Presidente della Repubblica Giorgio Napolitano come «estremo orrore che umilia l'Italia rispetto al resto d'Europa, (...) indegno di un Paese che voglia definirsi civile», mandate in onda in prima serata sulla tv pubblica il 20 marzo 2011, il processo riformatore non avrebbe avuto lo stesso esito e la medesima scansione temporale.

Questo report è da intendersi dunque come un invito alla società civile a mantenere alta l'attenzione sull'applicazione quotidiana delle norme e alla comunità scientifica, in ottica transdisciplinare, a continuare ad esplorare la questione del trattamento dei pazienti psichiatrici autori di reato.

Solo mantenendo viva questa attenzione non ci troveremo, nel futuro prossimo, a dover trasecolare dinanzi a storture e diffuse violazioni dei diritti fondamentali.

Proviamo a sistematizzare in dieci punti le rilevanze osservate dal gruppo di ricerca in questa prima fase del lavoro.

Un decalogo, pensato con spirito critico ma costruttivo, che intende tracciare un bilancio del superamento degli Opg, con uno sguardo aperto all'orizzonte.

## **1. De-istituzionalizzazione o neo-istituzionalizzazione**

Occorre anzitutto discutere se il superamento degli Ospedali psichiatrici giudiziari può essere descritto come un (raro) processo di de-istituzionalizzazione nel campo dell'esecuzione penale oppure se, al contrario, siamo di fronte ad una "truffa delle etichette", che ha sostituito gli Opg con istituzioni totali come le Residenze per l'Esecuzione delle misure di sicurezza (Rems) diverse nel nome, ma del tutto assimilabili sul piano ontologico.

Se ci trovassimo di fronte ad un caso di de-istituzionalizzazione, sarebbe una vera novità nel panorama degli strumenti controllo sociale e penale della società contemporanea.

Il "bisogno" di istituzioni totali capaci di "contenere" o rispondere ai bisogni sociali è infatti crescente. Si pensi al tema del governo delle migrazioni e alla nascita delle "nuove" istituzioni totali che, utilizzando gli strumenti del diritto amministrativo, segregano i migranti irregolari in attesa di espulsione dal Paese. Oppure alla questione del governo dell'invecchiamento demografico, dove le residenze per anziani hanno progressivamente sostituito il ruolo della famiglia nell'accudimento degli anziani.

Insomma sono forse i folli-rei l'unica 'categoria' nei cui confronti si è fatta una scelta in controtendenza? Solo apparentemente si tratta di una discussione teorica che poco interessa ai "pratici", cioè ai diversi operatori della giustizia e della salute mentale che si trovano quotidianamente a operare con i pazienti psichiatrici autori di reato.

Dai punti fermi della l. 81/2014 sul piano dell'organizzazione delle Rems, già contenuti nel Decreto Ministeriale del Ministro della Salute 1° ottobre 2012 - a cui facciamo risalire l'inizio della dismissione degli Opg, si evince, da parte del decisore una volontà di attenuare gli aspetti custodiali delle misure di

sicurezza e ti tracciare una discontinuità tra vecchi Opg e nuove Rems. Si prevede infatti:

- l'esclusiva gestione sanitaria delle Rems, affidate esclusivamente alla sanità pubblica regionale, senza alcun potere decisionale o organizzativo del Ministero della Giustizia;
- le ridotte dimensioni per evitare l' "effetto-manicomio": la capienza massima di ogni Rems non deve essere superiore ai 20 posti. Una dimensione assimilabile a quella delle comunità terapeutiche, ma superiore a quella dei Servizi psichiatrici di Diagnosi e Cura (SPDC) ospedalieri;
- la capillare diffusione sul territorio, per implementare il principio della "territorialità" della sanzione penale e favorire i contatti con il territorio esterno;
- l'assimilazione agli standard ospedalieri per quanto riguarda le attrezzature necessarie allo svolgimento delle attività sanitarie e quelle necessarie a garantire la sicurezza del paziente e della struttura, nonché le dotazioni minime di personale sanitario e infermieristico per il funzionamento della struttura;
- l'obbligo, per le Regioni, di adottare un piano di formazione del personale delle strutture sanitarie residenziali volto ad acquisire e a mantenere competenze cliniche, medico legali e giuridiche (con particolare attenzione ai rapporti con la Magistratura di sorveglianza), specifiche per la gestione dei soggetti affetti da disturbo mentale autori di reato.
- che la sola attività perimetrale di sicurezza e di vigilanza esterna non costituisce competenza del Servizio sanitario nazionale né dell'Amministrazione penitenziaria, bensì affidata alle Regioni e le Province autonome, attraverso specifici accordi con le Prefetture, che tengano conto dell'aspetto logistico delle strutture, al fine di garantire adeguati standard di sicurezza. Al tema sicurezza si ricollega anche l'assenza di personale di polizia penitenziaria all'interno della struttura, presente invece nei "vecchi" Opg.

Ognuna di queste previsioni rafforza l'idea che quello dell'istituzione delle Rems sia stato – almeno sulla carta - un percorso di de-istituzionalizzazione. Ciò non significa, che, sul piano micro della singola Rems, si possano riprodurre in taluni casi quelle dinamiche tipiche dell'istituzione totale, che portano ad una violenta compressione delle principali sfere di vita dell'uomo, lo spazio, il tempo, le relazioni.

Proprio tra i dati quantitativi presentati nel report ritroviamo un altro argomento forte che segna un "cambio di passo" rispetto alla dinamica manicomiale dell'Opg: i numeri delle persone presenti.

Al 30 novembre 2020 vi erano 551 persone internate in Rems. Si tratta del dato più basso della storia delle misure di sicurezza detentive dal Dopoguerra ad oggi<sup>6</sup>.

Il numero era quasi tre volte superiore ai tempi delle ispezioni parlamentari e aveva raggiunto il suo picco massimo nel 1961 quando si contavano 2.182 persone internate in Opg. A partire dal 2012 il numero è in costante calo e si è stabilizzato nell'ultimo triennio, attestandosi sulla capienza massima dei posti disponibili in Rems (circa seicento).

Statisticamente la popolazione internata è marginale rispetto alla popolazione detenuta e non sembrano esserci significative correlazioni dirette tra l'andamento delle persone presenti in carcere e quello dei ricoverati in Opg/Rems. Il rapporto percentuale è storicamente stato intorno al 3% e oggi è sceso all'1% (la popolazione detenuta è infatti, a fine 2020, composta da 53 mila persone).

<sup>6</sup> Per una completa analisi statistica sull'uso del ricovero in Opg nel corso del Novecento, cfr. il saggio di Luigi Daga consultabile a questo indirizzo <http://www.rassegnapenitenziaria.it/cop/63.pdf>

Se il dato sulla popolazione detenuta è stato caratterizzato da fortissime oscillazioni, anche dovute all'impatto di politiche criminali carcere-centriche, quello delle misure di sicurezza detentive è un dato storicamente caratterizzato da una maggiore stabilità.

Nell'ultimo decennio, il trend delle presenze appare dunque in discesa e non si esclude che possa ulteriormente scendere, soprattutto attraverso più attente "selezioni" all'ingresso, se è vero, come segnalato da numerosi operatori, che esiste un cospicuo numero di c.d. cripto-imputabili (v. infra) che non dovrebbero stare in Rems.

Visti questi numeri, la sfida, operativa e politica, dovrebbe essere oggi quella di una tendenziale abolizione del 'bisogno' di Rems. Da questo punto di vista, quello dei folli-rei, insieme a quello dei minori autori di reato<sup>7</sup>, potrebbero diventare i primi due campi dell'esecuzione penale su cui sperimentare l'assenza di istituzioni totali contenitive.

Questi numeri dimostrano però una dinamica ben nota agli studiosi di istituzioni totali: l'effettivo utilizzo dell'internamento dipende dalla concreta disponibilità di posti. Più strutture esistono e più verranno riempite, dando vita ad un circolo vizioso di crescente "bisogno" di istituzioni totali.

Solo un approccio attento ai bisogni e alle condizioni della persona nella sua individualità ha portato a constatare che quasi due terzi della popolazione internata in Opg era in realtà "dimissibile" e che veniva invece tenuta internata per semplice "inerzia" o inattività delle istituzioni preposte.

Questi numeri dimostrano dunque che non vi è alcun bisogno di più Rems nè di aumentare le categorie giuridiche di persone che possono farvi accesso, ma vi è piuttosto la necessità di riaffermare la progressività del trattamento terapeutico, lavorando affinché la Rems sia una soluzione transitoria e temporanea. Come avremo modo di analizzare, solo accelerando le dimissioni dalle Rems e trovando soluzioni alternative si riducono le liste d'attesa.

## 2. L'anomalia di Castiglione delle Stiviere

Il fatto che il 27,4% (151 persone, di cui 133 uomini e 18 donne) della popolazione sottoposta a misura di sicurezza detentiva in Rems sia concentrata in un solo luogo, il sistema poli-modulare di Rems di Castiglione delle Stiviere in Lombardia, è certamente un'anomalia. Per i critici, una stortura del sistema. Non è questa la sede per un'attenta disamina sui punti critici e di forza del c.d. "modello Castiglione", né sulle ragioni politiche, amministrative e sanitarie che hanno portato Castiglione delle Stiviere ad essere, nel bene e nel male, un "modello".

L'"anomalia" di Castiglione ha radici antiche, è stato infatti il primo tra gli Ospedali psichiatrici giudiziari ad essere "sanitarizzato" e dunque totalmente gestito dalla sanità regionale lombarda, vedendo impiegati nei suoi padiglioni professionalità esclusivamente socio-sanitarie.

Il passaggio da Opg a Rems non ha prodotto in quel luogo sostanziali trasformazioni, se non di denominazione. Eppure la stessa Regione Lombardia, chiamata dal Governo fin dal 2012 a redigere piani di riforma degli Opg, aveva previsto di soddisfare il requisito della "territorialità" delle misure di sicurezza, affiancando a Castiglione delle Stiviere (nei progetti originali, erano qui previsti 240 posti,

<sup>7</sup> I numeri delle persone detenute negli Istituti penali minorili è infatti paragonabile a quello dei ricoverati in Rems, non superando le 400 persone a livello nazionale.

pari alla capienza “storica” di quel luogo), altre tre strutture (nelle province di Como, Brescia e Milano) per un totale di ulteriori 40 posti.

Quel piano originario fu poi ridimensionato e oggi Castiglione delle Stiviere è l’unico luogo in Lombardia dove eseguire la misura di sicurezza del ricovero in Rems.

In un momento storico in cui, causa pandemia, si sta riaprendo la riflessione su quali siano i modelli che meglio interpretano il diritto alla salute costituzionalmente garantito, occorre aprire una riflessione franca, ragionata e non ideologica se questa anomalia debba continuare o se si debbano promuovere modelli diversi.

Perché più di un quarto di pazienti sottoposti a ricovero in Rems debbono concentrarsi in un solo luogo? C’è un concreto rischio di eludere le finalità della riforma, riproponendo un modello residenziale che, almeno nei numeri, è di chiaro stampo manicomiale.

Non vi sono evidenze di carattere socio-demografico che giustificano il fatto che in Lombardia vi sia il triplo dei ricoverati rispetto anche alle altre regioni più popolate d’Italia (43 in Campania, 46 in Sicilia, 60 nel Lazio).

### **3. Quale modello di Rems: omologazione o differenziazione**

Superate le difficoltà iniziali legate all’apertura delle Rems e all’adattamento ad un generale nuovo approccio alle misure di sicurezza per pazienti psichiatriche, è oggi necessario domandarsi se esista e quale sia il modello di Rems che funziona meglio di altri.

Ancora una volta, si assiste ad una differenza di visione tra operatori della salute mentale e della giustizia.

I primi sono molto affezionati all’autonomia e alla valorizzazione dei particolarismi locali e dunque rivendicano la libertà di organizzare la quotidianità in Rems secondo parametri esclusivamente “sanitari” e seguendo le regole e le prassi proprie del servizio.

Gli operatori della giustizia si trovano invece spesso “smarriti” di fronte a modalità di funzionamento così diverse ed alla mancanza di una cornice di regole uguali per tutte le strutture. Riflettendo una visione “penitenziarista” della misura di sicurezza, lamentano la mancanza di un regolamento/ordinamento valido per tutto il territorio nazionale.

Entrambe le visioni trovano una loro logica. Ciò che non va dimenticato, è il particolare status della persona ricoverata in Rems: si tratta di persone private della libertà in virtù dell’applicazione di una misura di sicurezza e dunque particolarmente vulnerabili.

Perciò sarebbe opportuno individuare un nucleo di “regole minime” comuni, in particolare riguardo a quei diritti maggiormente in tensione durante la privazione della libertà. Che, in un elenco non esaustivo, potremmo individuare in: rapporti con l’esterno e la famiglia (comunicazioni, telefonate, incontri), accesso e utilizzo degli strumenti tecnologici, affettività, libertà religiosa, provvedimenti disciplinari (Quali? Chi li decide? Con quali procedure e quali effetti?), accesso e rifiuto delle terapie farmacologiche e gestione di eventuali Trattamenti sanitari obbligatori. A questi diritti di natura pubblicistica, si affiancano le questioni privatistiche legate allo status della persona, nella quasi totalità dei casi si tratta di persone compromesse

nella loro capacità di agire, con amministratori di sostegno, curatori o tutori.

Un altro tema che riguarda più l'aspetto organizzativo è quello della sicurezza. La legge prevede la presenza esclusiva di personale socio-sanitario-assistenziali, ma è crescente il numero di Rems che impiega personale di vigilanza (non armato) all'interno degli spazi del ricovero, ai fini del mantenimento dell'ordine e della prevenzione di aggressioni al personale e ad altri ospiti. Si tratta di una questione delicata, poiché i confini tra intervento sanitario e di ordine pubblico sono piuttosto labili.

Quello delle regole di funzionamento, formali ed informali delle Rems, sarà un tema a cui dedicheremo ampio spazio nella ricerca qualitativa.

È, in ogni caso, auspicabile l'esistenza di un luogo istituzionale che, anche coinvolgendo soggetti esterni all'amministrazione sanitaria e della giustizia (ad esempio i Garanti delle persone private della libertà), sia formalmente chiamato a monitorare l'applicazione della normativa e a condividere problematiche e buone pratiche tra le varie Rems.

#### **4. Il codice penale, dogma imm modificabile. La pericolosità sociale ha ancora un senso?**

La novità più rilevante della l. 81/2014 sul piano giuridico riguarda la modifica alla concezione di pericolosità sociale, un istituto controverso ma ancora presente nel nostro codice penale, nonostante si tratti di un giudizio prognostico che lo stesso grado di certezza del lancio di una moneta o di un tiro a dadi.

Il legislatore ha ridisegnato il presupposto soggettivo di applicazione delle misure di sicurezze, stabilendo che l'accertamento della pericolosità sociale debba basarsi sulle «qualità soggettive della persona», ma senza tenere conto «delle condizioni di cui all'art. 133 secondo comma, numero 4», cioè «delle condizioni di vita individuale, familiare e sociale del reo». La stessa legge ha poi previsto che «non costituisce elemento idoneo a supportare il giudizio di pericolosità sociale la sola mancanza di programmi terapeutici individuali».

Cosa può esserci di così rivoluzionario in queste due affermazioni?

Anzitutto, restringere il campo di valutazione alle sole qualità soggettive della persona significa, da una parte, deludere le aspettative di parte della dottrina giuridica che avrebbe voluto veder sostituito l'aleatorio termine pericolosità sociale, con un più pragmatico bisogno di cure, che avrebbe rafforzato il carattere sanitario-riabilitativo delle misure di sicurezza e ridotto la valutazione ai soli aspetti medici, tralasciando quelli giuridici-criminologici.

Per una modifica così radicale, che muterebbe i connotati dal c.d. sistema del doppio binario, su cui si basa l'intero sistema sanzionatorio italiano, sarebbe auspicabile una riforma completa del codice penale. Ma oggi sembrano mancare i presupposti e la volontà politica.

Dall'altra, affermare che non si debba più tener conto del contesto ambientale di vita del folle-reo, significa (e questo sì che è, a suo modo, rivoluzionario) togliere al giudice la possibilità di valutare quei fattori sociali e famigliari che erano spesso decisivi nel giudizio di pericolosità.

In pratica, si cancella per legge la nozione di pericolosità sociale situazionale, che tendeva a valorizzare (e giudicare) in base al contesto in cui il folle reo viveva (ha una famiglia in grado di accoglierlo? È

seguito dai servizi psichiatrici territoriali? Vive in contesti in grado di scongiurare il rischio recidiva?). Tutte domande che occupavano le riflessioni del giudice e che, a partire dall'entrata in vigore della legge sono passate in secondo piano.

La ratio della norma è certamente apprezzabile: riaffermare un principio tipicamente garantista; l'eventuale limitazione della libertà personale del soggetto infatti non può dipendere dalla valutazione di elementi incontrollabili e indipendenti dal soggetto stesso, ma frutto dei contesti di marginalità in cui egli si è trovato a vivere.

Tuttavia, c'è chi sottolinea i rischi di decontestualizzare la pericolosità sociale, trasformando il folle-reo in «un soggetto da laboratorio sottratto all'influenza dei fattori esterni» (Pelissero, 2014, pag. 218). Si tornerebbe addirittura ad una nozione biologica di pericolosità sociale, ancorata esclusivamente alle caratteristiche personali, psicologiche e psichiatriche dell'autore. Il giudice sarebbe appiattito sulle decisioni dello psichiatra e si lascerebbe sedurre «dal fascino della scienza» (Pelissero, 2014, pag. 917). Ad oltre cinque anni dall'entrata in vigore della legge, possiamo affermare che la "nuova" nozione di pericolosità sociale ha favorito il dialogo costruttivo tra servizi della salute mentale e magistratura e ha messo al centro l'importanza di avere, fin dal giudizio di cognizione, un'idea su quale progetto costruire intorno al paziente. Le buone pratiche vanno proprio in questo senso, anticipare le attenzioni dei servizi sanitari già nella fase del giudizio, senza attendere che la "presa in carico" inizi dopo la sentenza.

Non è questa la sede per riproporre una discussione puntuale sull'attualità del sistema del doppio binario, ma è da sottolineare come, allo stato, la modifica del codice penale non sia all'ordine del giorno dell'agenda politica. Le proposte, anche del recente passato (vedi, ad esempio i lavori della Commissione Grosso) non mancano.

Il codice penale non è un dogma e ripensare ad una radicale riforma del sistema sanzionatorio non può essere degradato ad esercizio di stile dell'accademia.

Il patrimonio di esperienza accumulato dagli operatori in questi anni di percorso di superamento degli Opg può diventare prezioso anche in quest'ottica.

## **5. Le liste d'attesa: come non sovraffollare le Rems**

Questo report non intende eludere l'intricata questione delle "liste d'attesa", cioè di quelle persone che pur destinatarie di un ordine di ricovero in Rems non vi accedono, per mancanza di posti disponibili. Oggi è forse questo il terreno di maggiore attrito tra cultura giuridica e cultura sanitaria, che qui ci limitiamo a sintetizzare e che recentemente l'intervento della Corte Costituzionale, investita della questione dal Tribunale di Tivoli (qui il testo completo dell'ordinanza). Anche la Corte Europea dei Diritti dell'Uomo ha affrontato il caso di un giovane italiano rimasto in carcere per quasi un anno dalla scadenza del titolo cautelare perché, pur dovendo essere condotto in una Rems, non ve ne era alcuna disponibile. E "in attesa di posto in Rems" era Valerio Guerrieri, morto suicida nel febbraio 2017 nella sua cella del carcere di Regina Coeli a Roma.

L'idea che un ordine legittimamente posto dall'autorità non venga eseguito, o meglio non possa essere

eseguito per mancanza di posti, è una novità assoluta nel campo dell'esecuzione penale. Nel contesto italiano, nessun istituto penitenziario si rifiuterebbe di ospitare una persona destinataria di un ordine di carcerazione perché è stata raggiunta la capienza massima. Nel microcosmo Rems queste "impossibilità" rappresentate dalla direzione sanitaria all'autorità giudiziaria sono invece prassi quotidiana, motivo per il quale nessuna Rems ospita un numero superiore di persone rispetto ai posti disponibili. Il personale sanitario conosce infatti il pericolo potenziale costituito da una Rems sovraffollata e la conseguente impossibilità di svolgere alcuna funzione riabilitativa, limitandosi al mero contenimento.

Questa indisponibilità di posti disponibili ha però creato, fin dai primi mesi di apertura delle Rems, delle "liste d'attesa" di persone "in attesa" di fare ingresso in Rems.

Sul tema è tuttavia difficile avere una posizione minimamente oggettiva, basata su dati realistici e verificati. Le "liste d'attesa" sono infatti gestite a livello regionale, senza criteri di priorità condivisi e senza una banale condivisione dei numeri. Per questo motivo, al 30 novembre 2020, il sistema Smop segnala 175 persone "in lista d'attesa" (di cui il 31% in attesa in istituto penitenziario), numeri in crescita rispetto alla stessa data del 2019, quando le persone in lista d'attesa erano 92. Tali numeri sono tuttavia fortemente sottostimati, altre autorevoli fonti, come la Relazione annuale al Parlamento dell'Autorità garante delle persone private della libertà, segnala un numero ben maggiore, oltre le 700 persone.

Senza una raccolta dati centralizzata e credibile, ogni presa di posizione sulla questione delle liste d'attesa non potrà che essere ideologica e frutto della percezione individuale. Al netto di questa osservazione, l'allungarsi delle liste d'attesa pone due questioni: sull'accuratezza con cui vengono ordinati i ricoveri in Rems e su dove collocare le persone "in attesa".

Occorre infatti notare come le persone in lista d'attesa non sono "mostri in libertà" che creano gravi problemi di ordine pubblico, anzi sono persone che "in attesa" della Rems incominciano percorsi terapeutici-riabilitativi in altre strutture e in altre forme (prevalentemente percorsi in comunità), durante i quali spesso raggiungono un loro equilibrio. A dimostrarlo, c'è il numero di misure di sicurezza che vengono "trasformate" dal giudice durante la permanenza in lista d'attesa. Tale trasformazione segnala che una soluzione diversa dalla Rems sarebbe stata possibile fin dal principio, evitando di allungare le "liste d'attesa". Torna dunque, ancora una volta, la già richiamata necessità che, fin dal momento della commissione del reato, si avvii un dialogo costruttivo tra autorità giudiziaria e servizi sanitari per "anticipare" il più possibile la presa in carico del paziente, evitando che l'ordine di ricovero in Rems sia dettato da un'eccessiva "ansia custodialistica" legata al pericolo della commissione di un nuovo reato.

I casi più problematici riguardano le persone che "attendono" l'ingresso in Rems da detenuti in carcere. La legittimità della base giuridica della loro carcerazione è incerta e, in più, creano tensioni all'interno degli istituti penitenziari di difficile gestione. La soluzione più netta, ma anche più rispettosa dei diritti

fondamentali della persona, sarebbe quella di prevedere un divieto formale di carcerazione per tutte le persone in attesa di Rems. Il dibattito tanto aperto quanto urgente.

## **6. Definitivi e provvisori: il tradimento della legge 81/2014.**

Tra i dati presentati più problematici, vi è quello relativo alle posizioni giuridiche dei ricoverati (cfr. parte II par. 2 ) La suddivisione che qui interessa è tra ricoveri provvisori (art. 206 c.p.) e definitivi (art. 222 c.p.). Nel primo gruppo rientrano coloro che sono ancora sottoposti a procedimento penale, i definitivi sono coloro che sono già stati prosciolti perché non imputabili, ma sottoposti a misura di sicurezza perché socialmente pericolosi.

Una differenza rilevante dal nostro punto di vista, è che la competenza a decidere sulle misure provvisorie è dei giudici di cognizione (nella quasi totalità dei casi, i giudici per le indagini preliminari), sulle misure definitive (revoche, proroghe, trasformazione delle misure) decide la magistratura di sorveglianza.

I numeri ci dicono che i due gruppi sono quantitativamente ormai omogenei e che la tendenza degli ultimi anni è quella di un lieve ma costante incremento delle misure provvisorie e di una stabilità di quelle definitive. Se, con una certa approssimazione giuridica, paragoniamo le misure di sicurezza provvisoria alle condanne non definitive e alle misure cautelari in carcere, scopriamo una rilevante differenza: le persone in Rems in attesa di una sentenza definitiva sono sensibilmente di più di quelle in carcere (quasi il 50% in Rems, intorno al 30% in carcere). Possono essere molte le spiegazioni del dato, su tutte il fatto che quando viene decisa una misura provvisoria ci troviamo tendenzialmente in epoca più vicina alla commissione del reato ed è dunque possibile che la situazione psicopatologica della persona sia ancora in fase acuta. Va considerato che la persona in misura provvisoria verosimilmente è meno conosciuta dai servizi psichiatrici territoriali – salvo che non abbia 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 individuali e di soluzioni "alternative" alla Rems. Il giudice, in attesa di definire il processo, sarà dunque più propenso a optare per una misura più custodiale come il ricovero in Rems. Occorrerebbe un'analisi caso per caso, ma, torniamo a ribadire, che è necessario un contatto il più immediato possibile tra magistratura e servizi sanitari per trovare, fin dalle primissime fasi del processo, la collocazione più opportuna, ribadendo che l'uso della Rems deve costituire l'eccezionalità ed essere extrema ratio tra le varie opzioni a disposizione del giudice.

## **7. I cripto-imputabili**

Al tema dei c.d. "cripto-imputabili", cioè di persone che non presenterebbero gravi patologie psichiatriche, ma problematiche diverse e non strettamente sanitarie (dipendenza da sostanze, marginalità sociale, biografie criminali) che vengono comunque ricoverate in Rems, eludendone la funziona terapeutico-riabilitativa, abbiamo dedicato ampio spazio nelle pagine che precedono e ulteriore ne dedicheremo nel

report qualitativo.

Si tratta di un effetto collaterale della bulimia diagnostica che ha segnato gli ultimi decenni di sviluppo della psichiatria, raggiungendo il suo apice nell'ultima versione del manuale diagnostico internazionalmente riconosciuto (DSM V), ove sono indicate un numero di patologie e disturbi psichiatrici mai così grande. La questione dei cripto-imputabili chiama direttamente in causa il ruolo dei periti e dei consulenti tecnici, che, in sede processuale, devono pronunciarsi sulla capacità di intendere e volere della persona: al loro sapere esperto si "affida" infatti il giudice per decidere se la persona presenti un "vizio di mente" o meno. Per minimizzare la questione dei cripto-imputabili, molto sentita dagli operatori delle Rems, occorre arrivare ad un bilanciamento tra diritti procedurali e questioni operative: è auspicabile che i periti, tramite il giudice, entrino in contatto fin dall'affidamento della questione peritale con gli operatori della salute mentale affinché prospettino soluzioni trattamentali condivise, che non vengano "calate dall'alto" dei servizi di salute mentale solo al momento della sentenza?

## **8. Il "fine" della misura di sicurezza per pazienti psichiatrici. Durata del ricovero e percorsi di uscita.**

Ci sono due dati presentati in questo report su cui focalizzare l'attenzione: l'aumento della durata del ricovero in Rems e le "destinazioni" dei pazienti una volta usciti dalla Rems.

Entrambi i dati, pur con rilevanti differenze territoriali, fotografano una tendenza nazionale che dovrebbe preoccupare operatori e policy makers.

Al 30 novembre 2020 (cfr. parte seconda, par. 4) la durata media del ricovero in Rems è di 236 giorni, tre anni fa, nel 2017 era di 206 giorni. Una crescita costante. Tra i capisaldi della legge 81/2014 vi era la necessaria transitorietà della Rems, questi dati iniziano a metterla in discussione. In prospettiva, tornerà a riproporsi la questione degli "ergastoli-bianchi", oggi vietati dalla l. 81/2014, che causavano continue proroghe della misura di sicurezza detentiva.

Le Rems, nelle intenzioni del legislatore e delle buone pratiche, devono invece diventare "tappe" di un percorso progressivo (la c.d. progressività terapeutica). L'aumento della durata dei ricoveri fotografa un rischio di trasformazione delle Rems in cronicari, dove la durata del ricovero non dipende affatto dalle condizioni di salute il ricovero si allunga per il solo fatto che non si riescono a trovare soluzioni altre, con la conseguenza di allungare le liste d'attesa e "negare" il posto in Rems a persone ancora nella fase acuta della loro patologia.

Legato al tema della durata dei ricoveri, vi è la questione del "dopo-Rems". Cosa succede quando termina la fase acuta del ricovero e il paziente è pronto a lasciare la struttura. I dati ci dicono che il "ritorno in libertà" è un'ipotesi sostanzialmente mai presa in considerazione dai giudici: dei 172 pazienti dimessi dalle Rems nel corso del 2020 (fino al 30 novembre) solo uno è andato agli arresti domiciliari, mentre per il 72% dei pazienti dimessi (154) vi è la trasformazione della misura in libertà vigilata o l'applicazione della licenza finale di esperimento. Proprio a questo tema dedichiamo il prossimo paragrafo.

## 9. La libertà vigilata (quasi sempre in comunità terapeutica riabilitativa) è l'architrave del sistema delle misure di sicurezza.

Tra le misure sicurezza destinate ai pazienti psichiatrici autori di reato vi è la libertà vigilata, che può essere decisa ab origine dal giudice oppure arrivare in seguito ad una trasformazione del ricovero in Rems (caso piuttosto frequente come abbiamo visto).

La libertà vigilata si caratterizza per la sua estrema flessibilità, si tratta infatti di imporre alla persona non imputabile, ma socialmente pericolosa un percorso terapeutico-riabilitativo che può andare dalla "semplice" presa in carico del centro di salute mentale fino (ed è l'ipotesi più frequente) alla permanenza in strutture residenziali pubbliche o accreditate. Tali strutture, che sinteticamente chiamiamo comunità – pur consapevoli delle diverse denominazioni date dalle legislazioni regionali in materia e dalle caratteristiche differenti richieste per l'accreditamento – costituiscono luoghi essenziali nei percorsi di cura/controllo dei pazienti psichiatrici autori di reato.

Anzi, l'enfasi posta sulle Rems a partire dal 2012 in poi, ha condotto le comunità in un "cono d'ombra", producendo un mosaico di modelli piuttosto variegato. Anche l'attenzione dei ricercatori e della società civile organizzata si è concentrata quasi esclusivamente sulle Rems, spesso dimenticando che il ruolo centrale dell'arcipelago delle misure di sicurezza psichiatriche, è costituito oggi dalle comunità.

Ciò è vero anzitutto sul piano quantitativo. Il numero di persone in misura sicurezza non detentiva è enormemente superiore alle persone in misura di sicurezza detentiva: a livello nazionale per ogni persona internata in Rems ve ne sono 7 in libertà vigilata.

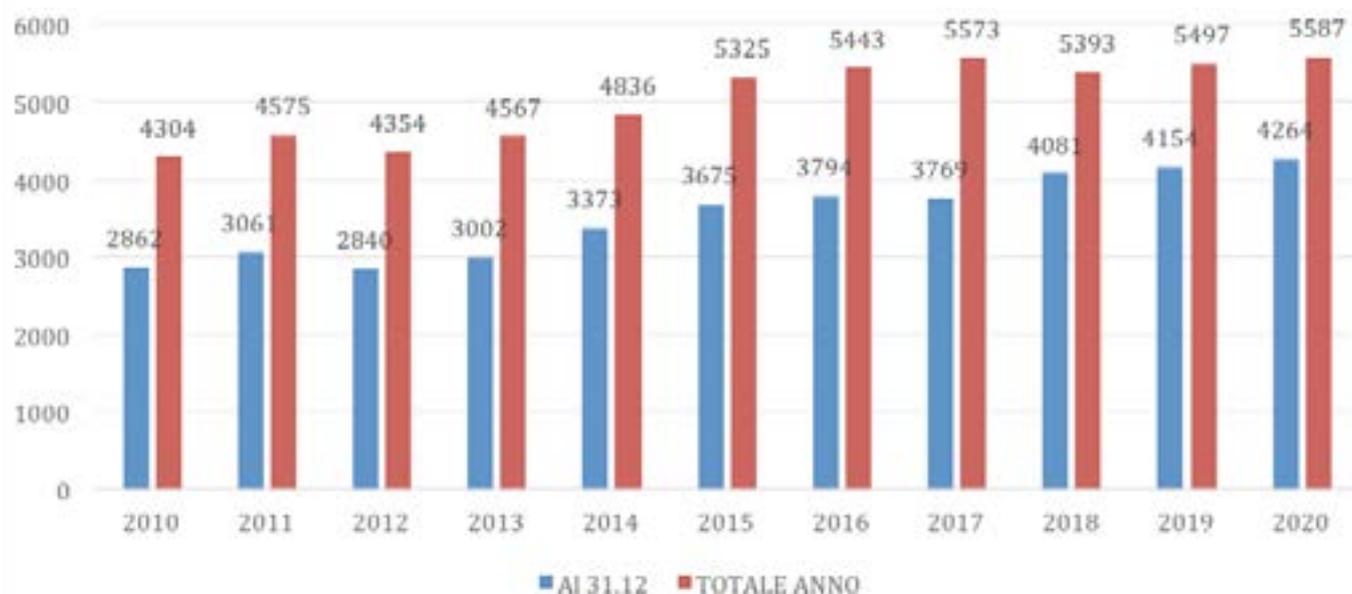
È bene fornire qualche specificazione ulteriore a questo dato, che aiuti a comprendere perché definiamo la libertà vigilata l'architrave dell'intero sistema delle misure di sicurezza.

I dati statistici forniti dal Ministero della Giustizia non permettono di distinguere tra "tipologie" di libertà vigilata e dunque dobbiamo forzatamente analizzare i dati totali, senza poter distinguere quanti sono le persone in libertà vigilata in ragione di un vizio totale o parziale di mente, da quelli che sono stati dichiarati socialmente pericolosi per ragioni diverse dalla patologia psichiatrica, ad esempio perché "delinquenti abituali, professionali o per tendenza" (categorie giuridiche ancora considerate dal nostro codice penale).

I dati ufficiali non distinguono neanche il "contenuto" della libertà vigilata e dunque non è possibile risalire, nemmeno genericamente, a quale sia il grado di restrizione della libertà imposto dal giudice. Non sappiamo dunque a quanti dei soggetti in libertà vigilata viene fatto obbligo di stare in una struttura residenziale e quanti invece rimangono al proprio domicilio o a quello dei famigliari.

Fatte queste due necessarie premesse, proviamo a "far parlare" i dati.

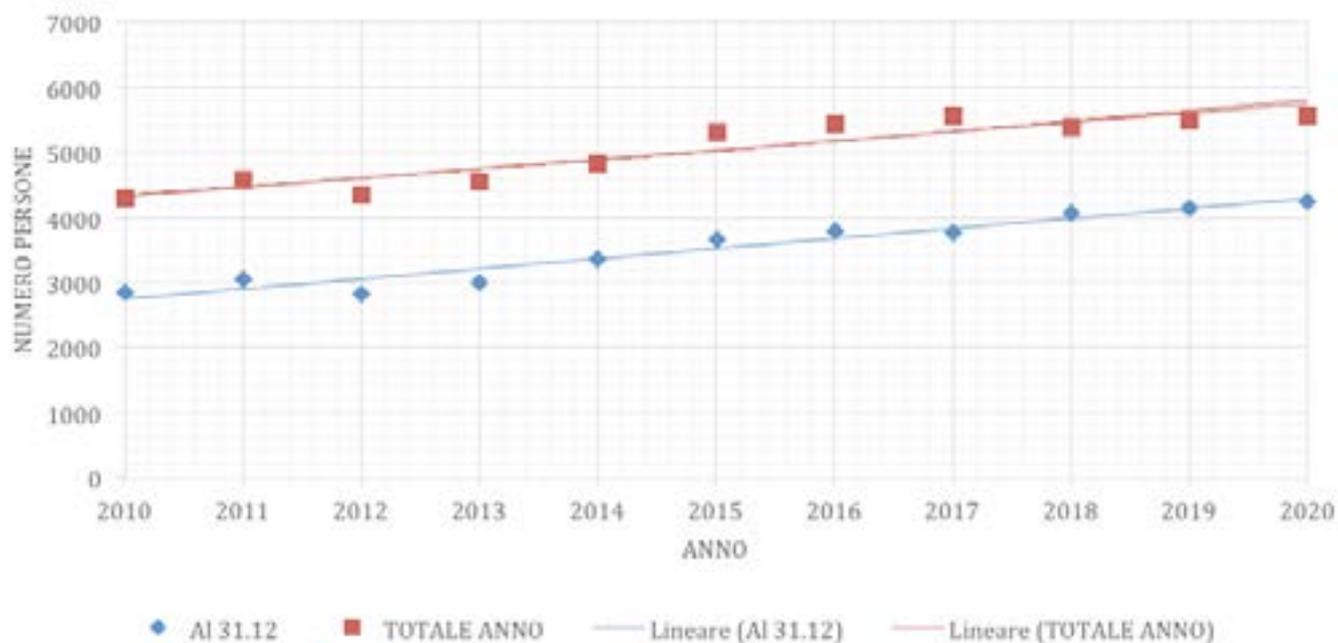
## PERSONE IN LIBERTA' VIGILATA



PERSONE IN LIBERTA' VIGILATA		
	AI 31.12	TOTALE ANNO
2010	2862	4304
2011	3061	4575
2012	2840	4354
2013	3002	4567
2014	3373	4836
2015	3675	5325
2016	3794	5443
2017	3769	5573
2018	4081	5393
2019	4154	5497
2020	4264	5587

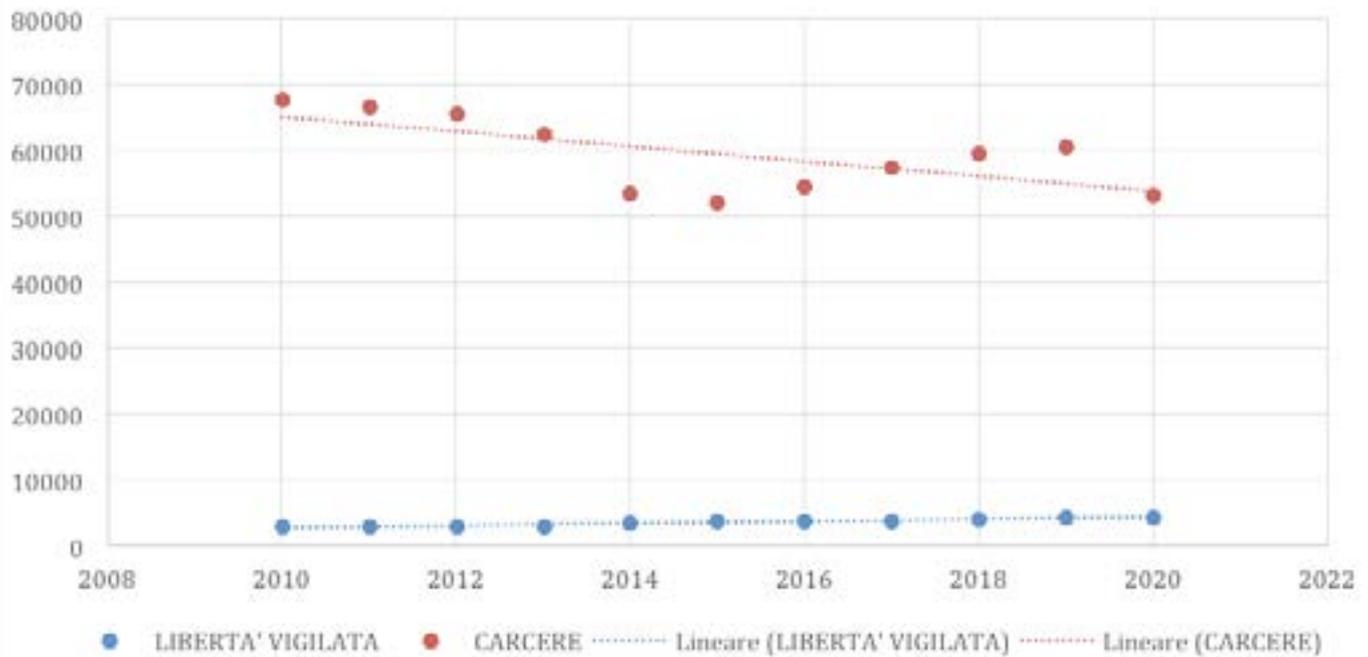
I dati complessivi nazionali delle persone in libertà vigilata dimostrano che si tratta di una misura in costante aumento negli ultimi dieci anni, con un vistoso aumento nel triennio corrispondente al superamento degli Opg (2013-2015). In questo lasso di tempo si è infatti assistito ad un deciso aumento delle persone in libertà vigilata (+ 758), che contribuisce a far aumentare, nel decennio 2010-2020, il totale delle persone in libertà vigilata di 1.283 soggetti, percentualmente significa un aumento di oltre il 20%. Anche le statistiche sembrerebbero dunque confermare che tra gli "effetti collaterali" della riforma, vi è una l'effetto espansivo delle misure di sicurezza personali non detentive.

## TENDENZE NUMERO PERSONE IN LIBERTA' VIGILATA



Questo costante aumento che rileviamo tra i soggetti in libertà vigilata, non ha evidenti correlazioni con il numero di persone in carcere. Ad ulteriore dimostrazione che, "carcere" e "misure di sicurezza" rimangono microcosmi relativamente indipendenti.

## RAPPORTO TENDENZE CARCERE/LIBERTA' VIGILATA



RAPPORTO CARCERE e LIBERTA' VIGILATA		
	LIBERTA' VIGILATA	CARCERE
2010	2862	67961
2011	3061	66897
2012	2840	65701
2013	3002	62536
2014	3373	53623
2015	3675	52164
2016	3794	54653
2017	3769	57608
2018	4081	59655
2019	4154	60769
2020	4264	53364

Questi dati dimostrano che non è affatto esercizio di stile occuparsi di individuare modelli sostenibili di comunità e rispettosi dei diritti delle persone ospitate. Anzi, la "specializzazione" di alcune comunità nell'accoglienza in prevalenza di persone provenienti dal circuito penale ha posto nuovi interrogativi circa il ruolo del privato sociale, gli obiettivi dei percorsi comunitari, la loro durata, i profili professionali

degli operatori...

Sul piano giuridico sarebbe opportuno domandarsi la categoria "libertà vigilata" non sia troppo ampia e non sia opportuno distinguere tra libertà vigilata svolta in comunità o in strutture residenziale e altre svolte al domicilio o in situazioni non residenziali. Il rischio è che, soprattutto in determinati contesti, il percorso comunitario sia del tutto assimilabile alla misura di sicurezza detentiva e dovrebbe dunque essere sottoposto agli stessi limiti di durata.

## 10. I rei-folli: le questioni aperte della salute mentale nel contesto penitenziario

Tradizionalmente la macro-categoria di persone con patologia psichica autori di reato si divide in due gruppi, i "folli-rei" e i "rei-folli".

I folli-rei sono coloro che sono giudicati capaci di intendere di volere, per i quali la patologia psichica si aggrava o insorge successivamente all'ingresso in carcere, tanto da renderne incompatibile la condizione di salute con lo stato detentivo. Fino al superamento degli Opg, tali "gruppi" erano distinti sul piano normativo, ma indistinti sul piano delle risposte di cura/controllo. Per entrambi, si aprivano le porte dell'Opg. A partire dalle l. 9/2012 e, poi, l. 81/2014 anche le risposte sanzionatorie e trattamentali cambiano: per i "rei-folli" devono invece essere trovati gli strumenti di cura esclusivamente all'interno del sistema penitenziario, essendo negata loro, per legge, qualsiasi "alternativa" (la detenzione domiciliare, il ricovero in un luogo di cura, un affidamento "terapeutico").

È dunque quel carcere, psicopatogeno e "fabbrica di handicap", che deve trovare al proprio interno luoghi e strumenti adatti a curare e controllare, allo stesso tempo, il reo-folle. Lo ha fatto, o almeno ci ha provato, con scarso successo, istituendo, le Articolazioni per la tutela della salute mentale, sezioni a prevalente gestione sanitaria, con un compito impossibile: curare in un luogo di espiazione di pena. Un ossimoro, che ha prodotto sistematiche violazioni dei diritti individuali e gravi problemi gestionali.

Tale distinzione tra "folli-rei" e "rei-folli" è stata adottata per esigenze molto concrete (e di scarsa prospettiva): il legislatore aveva l'urgenza di chiudere gli Opg dopo troppi rinvii.

Per farlo doveva togliere all'istituzione penitenziaria la possibilità di avere un'istituzione di scarico verso cui indirizzare tutti i casi problematici e di difficile gestione.

Si tratta di un meccanismo che gli studiosi delle istituzioni totali conoscono bene. Il carcere avrebbe continuato ad affollare le Rems, come prima faceva degli Opg, usando l'etichetta di malattia mentale, come "scusa" per delegare ad altri la gestione di quell'individuo. L'unico modo di rompere questo meccanismo, era distinguere la risposta sanzionatoria.

Nel farlo, però, il legislatore ha ommesso di prevedere strumenti terapeutici adeguati, utilizzando la varietà di soluzioni, accessibili alla persona affetta da patologia psichica non autrice di reato.

Così i "rei folli" non possono essere curati in carcere (ma al più, contenuti, compensati, neutralizzati) ma neppure essere curati "fuori" dal carcere.

A provare, almeno sul piano formale e normativo, a districare la matassa, ci ha pensato Consulta con

la sentenza 99/2019. Investita della questione dalla Corte di Cassazione (Cassazione Penale, Sez. I, Ordinanza n. 13382, 22 marzo 2018) sulla compatibilità costituzionale della differenza tra grave patologia fisica e psichica, impedendo ai malati psichici di usufruire delle possibilità date ai malati fisici e, principalmente, del rinvio della pena ex art. 147 CP e della detenzione domiciliare ex art. 47, terzo comma, 1-ter (la c.d. detenzione domiciliare “in deroga” o “umanitaria”).

Dopo la decisione della Suprema Corte, se durante la carcerazione si manifesta una grave malattia di tipo psichiatrico, il giudice potrà disporre che il detenuto venga curato fuori dal carcere e quindi potrà concedergli, anche quando la pena residua è superiore a quattro anni, la misura alternativa della detenzione domiciliare “umanitaria”, o “in deroga”, così come già accade per le gravi malattie di tipo fisico. In particolare, il giudice dovrà valutare se la malattia psichica sopravvenuta sia compatibile con la permanenza in carcere del detenuto oppure richieda il suo trasferimento in luoghi esterni (abitazione o luoghi pubblici di cura, assistenza o accoglienza) con modalità che garantiscano la salute, ma anche la sicurezza. Questa valutazione dovrà quindi tener conto di vari elementi: il quadro clinico del detenuto, la sua pericolosità, le sue condizioni sociali e familiari, le strutture e i servizi di cura offerti dal carcere, le esigenze di tutela degli altri detenuti e di tutto il personale che opera nell’istituto penitenziario, la necessità di salvaguardare la sicurezza collettiva.

D’ora innanzi dunque c’è la possibilità di costruire percorsi personalizzati, se operatori della giustizia e della salute sapranno collaborare in modo costruttivo, ponendosi come obiettivo del loro intervento quello di cura. C’è un giudice a Berlino.

È questo uno dei sempre più numerosi casi in cui la Corte deve “supplire” alle inerzie e ai tentennamenti del legislatore. Il tanto lungo quanto atteso processo di riforma dell’Ordinamento penitenziario, iniziato con il governo Renzi e la costituzione degli Stati generali dell’Esecuzione penale, proseguito con il governo Gentiloni, era arrivato in fase di approvazione proprio a ridosso delle elezioni politiche del 4 marzo 2018.

E così, il testo della riforma aveva subito conseguenze dirette dal risultato elettorale. Infatti tra la prima e la seconda lettura (effettuata dal rinnovato Parlamento) erano molte le modifiche e le censure, conseguenza della “sopravenuta volontà politica”, così come esplicitamente dichiarato nella relazione illustrativa della riforma. Il cambio di governo e di maggioranza parlamentare hanno dunque prodotto un testo normativo più attento alle istanze securitarie che al finalismo rieducativo della pena, in particolare nella parte complessivamente volta alla facilitazione dell’accesso alle misure alternative e alla eliminazione di automatismi preclusivi (lettere b, c, d, e del comma 85 dell’art. 1 della legge 23 giugno 2017, n. 103). Di tutte le modifiche, quella che rimane invece davvero difficile comprendere riguarda la mancata attuazione della delega relativa alla “necessità di potenziare l’assistenza psichiatrica negli istituti di pena” di cui all’art. 1 dello stesso articolo. Tali norme, secondo la ratio della legge delega originaria, avrebbero dovuto essere coordinate con le novità previste da altri punti della stessa delega (in particolare ex art. 1 comma 16 lett. c) e d) che prevedeva la “revisione della disciplina delle misure di sicurezza personali”), per addivenire ad un intervento integrale in tema di salute mentale ed esecuzione penale, che interessasse certamente l’Ordinamento penitenziario, ma anche il codice penale e il codice di procedura

penale.

Con precisione chirurgica invece, sono stati espunti tutti i riferimenti alla tutela della salute mentale nel contesto penitenziario contenuti nella proposta elaborata dalla Commissione Pelissero e nelle relazioni conclusive dei Tavoli 10 e 11 degli Stati generali dell'Esecuzione penale. Come se la questione psichiatrica sia oggetto di contesa politica.

Dunque l'armonizzazione dell'ordinamento penitenziario rispetto alle novità in tema di misure di sicurezza rimane ancora un processo inconcluso. Eppure dagli operatori penitenziari e sanitari proviene un deciso – e non sempre giustificato – allarme legato all'aumento dei casi di disagio psichico in carcere, spesso trattato attraverso un uso massiccio di terapie farmacologiche. L'aumento dei tassi di autolesionismo e di suicidi ne è uno dei tragici corollari. Certamente l'intervento normativo non avrebbe risolto il problema, ma avrebbe influito sulla diffusione di pratiche virtuose. E invece nulla, l'occasione è stata sprecata. Proposte come l'introduzione di una specifica tipologia di affidamento in prova per i soggetti con disagio psichico (simile a quella prevista per le persone tossicodipendenti); la definizione di un chiaro perimetro normativo che regoli le sezioni penitenziarie specializzate nel trattamento del disagio psichico, chiarendo, ad esempio, la competenza circa le modalità di accesso e i rapporti con i servizi di salute mentale esterni; il riordino delle misure di sicurezza non detentive, specificando meglio il contenuto terapeutico della libertà vigilata, resteranno, per ora, lettera morta.



### Il sistema informativo per il monitoraggio del percorso di superamento degli OPG e dei servizi di sanità penitenziaria (SMOP®)

A cura di Giuseppe Nese e Agostina Belli

#### Premessa

Il sistema informativo per il monitoraggio del percorso di superamento degli OPG e dei servizi di sanità penitenziaria (SMOP®) è stato realizzato e reso operativo all'interno delle attività del "Laboratorio sperimentale di sanità penitenziaria Eleonora Amato"<sup>8</sup> della Regione Campania e dell'Azienda Sanitaria Locale di Caserta nel 2012.

SMOP® è un sistema informatico su tecnologia web, raggiungibile all'indirizzo [www.smopcampania.it](http://www.smopcampania.it), che si articola su diversi tipi di postazioni di accesso, ampiamente configurabili e sempre gestibili nel rispetto della vigente normativa sul trattamento dei dati sensibili.

L'iniziale e principale obiettivo era la realizzazione di un'omogenea base informativa, aggiornabile continuamente, che consentisse di descrivere e valutare il percorso di superamento sancito dall'Allegato C al D.P.C.M. 01.04.2008<sup>9</sup>, e di supportare l'appropriata programmazione dei servizi e delle strutture che avrebbero sostituito gli Ospedali Psichiatrici Giudiziari (OPG) e le Case di Cura e Custodia (CCC), mettendole in rete con i servizi territoriali.

Nella progettazione del sistema si è inteso finalizzare il lavoro verso un prodotto che integrasse per lo specifico e particolare contesto, e non sostituisse, gli ordinari sistemi informativi sanitari. Sono state standardizzate e gestite, per ciascuna persona accolta nei predetti servizi, diverse informazioni raggruppabili nelle seguenti aree: anagrafica, informazioni sanitarie, informazioni giuridiche, presa in carico da parte del SSR.

Sono inoltre state implementate funzioni che consentono un monitoraggio longitudinale dei percorsi individuali di assistenza e di gestione attraverso il sistema penitenziario e quello sanitario.

Tutti i servizi coinvolti – sia i Dipartimenti di salute Mentale che le REMS e le Articolazioni per la salute mentale in carcere (ASM) - sono inseriti in una rete che implementa procedure automatiche di condivisione attiva delle informazioni e d'interrelazione operativa tra i SSR competenti territorialmente ed i Servizi e le Strutture per l'esecuzione delle misure di sicurezza e per la tutela della salute mentale negli Istituti Penitenziari ordinari. Per esempio, all'inserimento di una persona nel sistema, così come a ogni modifica delle principali correlate informazioni giuridiche e sanitarie, consegue l'automatica segnalazione al SSR competente (DSM), che inizia ad interagire registrando nel sistema tutte le attività finalizzate alla dimissione ed all'eventuale presa in carico successiva. Inoltre, la documentazione prodotta per il singolo paziente dai Servizi per il Superamento degli OPG (REMS, ASM) e dai Servizi Sanitari Regionali (ASL,

<sup>8</sup> Istituito con Decreto Dirigenziale della Giunta Regionale della Campania n°142 del 21/07/2011 e successiva Deliberazione D.G. ASL Caserta n. 1444 del 12/09/2011

<sup>9</sup> D.P.C.M. 1 aprile 2008 "Modalità e criteri per il trasferimento al Servizio sanitario nazionale delle funzioni sanitarie, dei rapporti di lavoro, delle risorse finanziarie e delle attrezzature e beni strumentali in materia di sanità penitenziaria" - Allegato C: Linee di indirizzo per gli interventi negli ospedali psichiatrici giudiziari (OPG) e nelle case di cura e custodia

DSM ecc.) viene inserita, trasmessa e condivisa in forma digitale, con specifiche procedure di upload ed include le relazioni periodiche cliniche, i documenti relativi all'attribuzione della competenza territoriale, i progetti individuali terapeutico riabilitativi intramurali e di dimissione (PTRI), le convocazioni delle riunioni di équipe e delle udienze di riesame, la documentazione giudiziaria (ordinanze dell'Autorità Giudiziaria ed assegnazioni alle REMS).

Le informazioni visibili e/o gestibili dai diversi utenti – configurabili attraverso la definizione di gruppi di appartenenza caratterizzati da diversificati privilegi che consentono una costante gestione delle informazioni nel rispetto della vigente normativa sul trattamento dei dati sensibili (Reg. UE 2016/679) - variano in funzione del livello e della struttura di appartenenza del singolo utente.

Avviata nel 2012, l'operatività sperimentale di SMOP®, ha inizialmente coinvolto tutte le Aziende sanitarie locali della Regione Campania, attraverso i propri componenti designati (rispettivamente, nel Gruppo di coordinamento di macrobacino e nel collegato sottogruppo tecnico della Campania)<sup>10</sup>, gli OPG di Aversa e Napoli, e le Regioni del Bacino Macroregionale per il Superamento degli OPG della Campania (Abruzzo, Campania, Lazio e Molise). Con la conclusione dell'operatività sperimentale, tutto il debito informativo connesso alla gestione del percorso di superamento degli OPG e del funzionamento delle REMS è stato assicurato, per i Servizi Sanitari afferenti alle Regioni, attraverso il Sistema informativo SMOP®, anche ai fini del progressivo incremento della gestione documentale informatizzata all'interno delle strutture amministrative pubbliche e private.

Attualmente il sistema SMOP® è adottato, tramite convenzioni interregionali, da 18 Regioni (Campania, Lazio, Abruzzo, Molise, Marche, Lombardia, Emilia-Romagna, Umbria, Puglia, Veneto, Piemonte, Liguria, Calabria, Basilicata, Toscana, Sicilia, Sardegna) e dalla Provincia Autonoma di Trento e, con livelli di operatività ancora differenziati tra i diversi territori, copre il 98% della popolazione nazionale adulta.

Il Sistema, sin dalla sua iniziale programmazione, è stato anche predisposto ad interfacciarsi e comunicare con ogni livello sovraordinato deputato al monitoraggio del percorso (Comitato paritetico interistituzionale, Ministero della Salute, Ministero della Giustizia), che attraverso gli operatori designati, possono accedere con profili dedicati.

#### Un sistema informativo per il monitoraggio del processo di superamento di OPG e REMS: condivisione di SMOP (29.03.2021)



Sistema formalmente adottato con convenzioni : Campania, Abruzzo, Lazio, Molise, Marche, Lombardia, Emilia-Romagna, Puglia, Veneto, Piemonte, Liguria, Calabria, Basilicata, Sardegna, Toscana, Sicilia, Umbria, Trento.  
(18 regioni e PP.AA, 130 DSM/UOSM, 25 REMS, 726 operatori abilitati, 4392 pazienti monitorati, 2046 con presenza in REMS, 98% popolazione nazionale coperta); Ministero della Salute; Autorità Giudiziaria, UEPE, Amministrazione Penitenziaria, Commissario Governativo superamento OPG, Autorità Garante nazionale diritti persone private della libertà personale, Dipartimento Giurisprudenza Università di Torino, Dipartimento Scienze Politiche Università di Napoli Federico II);

Sistema in valutazione/adozione: P.A. Bolzano, Valle d'Aosta, Friuli V.G.

<sup>10</sup> Aggiornato con DGRC n. 7 del 31/01/2018 in "Gruppo Regionale per il superamento degli Opg Ex DGRC N. 654 Del 6 Dicembre 2011 - Aggiornamento per prevenzione e operatività delle misure di sicurezza OPG/CCC".

Tra gli sviluppi di SMOP® successivamente implementati e attualmente disponibili a tutti gli operatori, si evidenziano:

- la gestione della lista d'attesa per l'ingresso in REMS o in ASM, comprensiva di registrazione anche qualitativa, prima e indipendentemente dall'eventuale ingresso nelle predette strutture, di essenziali informazioni tra cui: la presa in carico sanitaria (presente e adeguata / assente o critica), il progetto terapeutico riabilitativo individuale alternativo alla REMS ( presente / assente), l'attuale collocazione della persona (domicilio, struttura sanitaria, Istituto Penitenziario ecc.); la tipologia di misura applicata; l'Autorità Giudiziaria competente.
- il monitoraggio dei percorsi di presa in carico delle persone in misure non detentive (di sicurezza o cautelare) da parte dei servizi territoriali di salute mentale competenti;
- la registrazione di dettaglio dei reati associati alla posizione giuridica delle singole persone;
- il monitoraggio dei detenuti presenti negli Istituti Penitenziari per i quali sono state completate le attività finalizzate all'inquadramento diagnostico e che risultano da inserire in programmi diagnostico-terapeutico-assistenziali a medio-lungo termine ovvero che prevedano l'erogazione di prestazioni sanitarie per almeno tre mesi, nonché che siano ammessi alle sezioni sanitarie specializzate intra-penitenziarie ed ai reparti ospedalieri con posti letto riservati alle persone detenute (attualmente attivo per la sola Regione Campania)<sup>11</sup>;
- il monitoraggio, in via sperimentale in uso nella sola Regione Campania, dei minori sottoposti a provvedimento dell'Autorità Giudiziaria (misura penale, minori con problematiche psicopatologiche e/o di tossicodipendenza) collocati presso comunità terapeutiche regionali accreditate (Centro di prima accoglienza; Istituti Penali per i minorenni; Comunità dell'Amministrazione della Giustizia minorile e del privato sociale)<sup>12</sup>;
- l'estensione del monitoraggio, in via sperimentale in uso nella sola Regione Campania, della gestione delle attività sanitarie rivolte a tutte le persone entrate nella Rete di Sanità Penitenziaria regionale comprensivo delle valutazioni iniziali, della generazione e gestione delle certificazioni in ambito penitenziario, e della cartella clinica informatizzata.

### **La popolazione monitorata, e le strutture ed i servizi sanitari.**

Il sistema, progettato per organizzare le informazioni essenziali relative ai pazienti presenti negli OPG, ha subito una serie di implementazioni nel corso degli anni, adeguandosi anche alla crescente necessità di raccogliere evidenze sui percorsi di cura successivi alla dimissione, dagli OPG prima e dalle Rems poi, fino a monitorare le liste di attesa per le REMS e le ASM, ed i percorsi di assistenza nel corso dell'applicazione di misure non detentive. Le richiamate implementazioni hanno consentito di rendere disponibili oggettive evidenze sull'applicazione nel tempo della normativa nazionale in materia di superamento OPG.

Nel sistema le strutture che si occupano di monitorare tale tipologia di pazienti sono convenzionalmente denominate SSO (Servizi e strutture per il Superamento degli OPG). Queste includono:

<sup>11</sup> Delibera della Giunta della Regione Campania n. 716 del 13/12/2016: "Accordo sul documento "Linee guida in materia di modalità di erogazione dell'assistenza sanitaria negli istituti penitenziari per adulti; implementazione delle reti sanitarie regionali e nazionali"

<sup>12</sup> Decreto del Commissario ad Acta per la Sanità n. 45 del 21.05.2015 s.m.i..

1. REMS (Residenze per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza OPG/CCC<sup>13</sup>): hanno in carico pazienti con patologie psichiatriche in fase di esecuzione di una misura di sicurezza detentiva (OPG/REMS);
2. ASM (Articolazioni per la tutela della Salute Mentale in carcere<sup>14</sup>): hanno in carico pazienti che presentano problematiche rilevanti direttamente connesse a patologie psichiatriche, in fase di esecuzione di una pena / misura cautelare in carcere; si tratta di sezioni sanitarie specializzate che sono operative al fine di assicurare appropriate risposte ai bisogni sanitari;
3. ex Ospedali Psichiatrici Giudiziari (OPG) e le Case di Cura e Custodia (CCC): sono compresi, sebbene già completamente chiusi, solo per la fruibilità delle collegate informazioni storico-anamnestiche. La gestione informativa di questa tipologia di pazienti avviene congiuntamente al Servizio territoriale competente (denominato convenzionalmente SSR).

L'interattività tra gli SSO - SSR è assicurata per diverse delle principali attività connesse alla presa in carico finalizzata all'uscita dalle strutture: all'inserimento nel sistema di un paziente da parte dell'SSO, con automatica attribuzione della competenza territoriale ad un livello scalabile e predefinito del SSR, consegue, da parte di quest'ultimo, sia la conferma della presa in carico, sia la definizione e trasmissione, con upload nel sistema, del progetto di dimissione.

Successivamente alla dimissione è assicurato il monitoraggio del percorso esterno (tipicamente in Licenza Finale di Esperimento<sup>15</sup> o in Misura di Sicurezza Non Detentiva della Libertà Vigilata<sup>16</sup>), fino alla revoca della misura e l'uscita dal circuito detentivo. Quest'ultima azione è gestita dai servizi nel sistema denominati convenzionalmente SSMAG (Servizi di Salute Mentale Area Giudiziaria), che corrispondono alla specifica funzione, in capo ai servizi di Salute Mentale, di presa in carico dei pazienti in corso di esecuzione di una misura di sicurezza NON detentiva.

Si precisa che il livello del monitoraggio dei descritti percorsi è attualmente assicurato dalle diverse Regioni con modalità ancora poco uniformi, interessando prevalentemente i pazienti in misura di sicurezza detentiva, quindi, presenti nelle strutture SSO (REMS), meno frequentemente quanti presenti in lista di attesa e solo in alcuni casi (Campania e Piemonte) anche i percorsi assistenziali contestuali all'applicazione di misure di sicurezza non detentive (SSMAG).

### **Accesso al sistema: gli operatori ed i gruppi.**

Il disegno del sistema, al fine precipuo di assicurare l'immediata disponibilità delle informazioni secondo le diversificate competenze e privilegi dei singoli utenti, ha imposto l'implementazione di criteri e procedure di estremo dettaglio e personalizzazione nella configurazione degli account degli utenti, che di seguito vengono descritte

Per effettuare l'accesso al sistema è necessario essere in possesso di un nome utente e di una password,

<sup>13</sup> Legge 9/2012: "Conversione in legge, con modificazioni, del Decreto Legge 22 dicembre 2011, n. 211, recante interventi urgenti per il contrasto della tensione detentiva determinata dal sovraffollamento delle carceri".

<sup>14</sup> Ex Accordo di C.U. del 13/10/2011; Istituita con D.M. Giustizia del 02/09/2014

<sup>15</sup> Licenza Finale Esperimento: licenza di una durata massima di sei mesi nel periodo prossimo alla rivalutazione della pericolosità sociale, generalmente richiesta nel periodo che precede la scadenza della misura di sicurezza definitiva

<sup>16</sup> Libertà Vigilata: misura di sicurezza non detentiva, meno incisiva della libertà personale dell'imputato, associata a un rapporto stabile e continuativo con il servizio Psichiatrico territoriale.

che vengono attribuite al singolo operatore, subordinatamente alla compilazione della procedura di abilitazione, suddivisa in diverse fasi, a carico sia dell'operatore che del coordinamento del sistema:

1. Inserimento dati anagrafici e dei dati della struttura di appartenenza, a cui segue l'invio automatico di un link all'indirizzo email indicato, ai fini della sua validazione;
2. Invio Modulo di richiesta credenziali da parte del supporto di SMOP: invio del modulo pre-compilato con i dati inseriti nella fase 1 all'indirizzo e-mail verificato.
3. Invio modulo controfirmato: invio al coordinamento del sistema il modulo sottoscritto dall'operatore e firmato dal responsabile della struttura per cui è richiesto l'accesso,
4. Invio delle credenziali all'operatore: alla creazione dell'account utente richiesto e all'invio delle credenziali di primo accesso all'indirizzo mail indicato in fase 1.

In seguito alla ricezione delle credenziali, l'operatore disporrà di un Username - non modificabile a meno di non rivolgersi all'amministratore centrale - e una Password - di almeno 10 caratteri, di cui per lo meno una maiuscola o minuscola, ed alfanumerica, obbligatoriamente da modificare al primo accesso, e sempre successivamente modificabile dall'operatore.

L'utente connesso che non svolge alcuna attività per un certo tempo (tempo di sessione di 15 minuti) viene disconnesso automaticamente. Nel caso di operazioni di accesso non corrette sono implementate procedure semplificate per la risoluzione dello specifico problema. Ad ogni operatore, inoltre, è associato un codice identificativo, che permette di tracciare ogni operazione effettuata nel sistema.

All'operatore riconosciuto viene mostrata la pagina di benvenuto e, solo al primo accesso, verrà richiesta la sottoscrizione di alcuni documenti, tra cui quelli relativi protezione dei dati personali, in conformità alla normativa vigente<sup>17</sup>.

I documenti sottoscritti sono strettamente correlati al tipo di gruppo assegnato all'operatore, che potrà visionare e/o gestire le informazioni solo in funzione del livello e della struttura di appartenenza.

Attualmente i gruppi di utenti classificati sono elencati nella seguente tabella.

<sup>17</sup> Decreto legislativo 10 agosto 2018, n. 101, recante le disposizioni per l'adeguamento della normativa nazionale alle disposizioni del regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 27 aprile 2016, relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati - entrato in vigore in data 19 settembre 2019.

## CODICE E DESCRIZIONE GRUPPO

## FUNZIONALITÀ

### 1 - ADMINISTRATOR

Amministratori del sistema che si occupano di gestire (creare, modificare, cancellare) le maschere, i report, le query, i meccanismi di comunicazione automatici (email, messaggi, ecc.), gli archivi contenenti i doc allegati, il database e il backup periodico di dati e allegati. Non si occupano in alcun modo nella gestione dei dati trattati.

### 5 - COORDINAMENTO LABORATORIO SVILUPPATORI SOFTWARE (SW)

Operatori che sviluppano l'applicazione Smop. Hanno le stesse potenzialità del gruppo 10 ma hanno su ogni maschera di SMOP info aggiuntive che consente loro di eseguire più speditamente il debug dell'applicazione.

### 10 - COORDINAMENTO LABORATORIO SUPPORTO

Operatori centrali di supporto dell'applicazione Smop. Possono gestire (creare, modificare, cancellare) gli altri utenti e i loro diritti di accesso/visualizzazione, i dati anagrafici, sanitari, le misure di sicurezza, i documenti allegati, le date salienti e ogni altro archivio di supporto all'operatività di Smop. Eseguono ricerche e statistiche complessive, coordinando e dando supporto agli operatori mediante apposite funzionalità.

### 15 - COORDINAMENTO LABORATORIO OSSERVATORIO

Sono operatori che hanno le medesime funzionalità (Menù) del gruppo 10 ma non possono gestire nulla. In sintesi, possono utilizzare in sola visualizzazione le varie maschere a loro destinate per il costante monitoraggio del funzionamento del sistema.

### 18 - ORGANISMI NAZIONALI

Operatori degli Organismi Nazionali che possono visualizzare i dati di tutti i pazienti presenti nel sistema, con alcune limitazioni. Accedono agli elenchi in modalità di sola visualizzazione e, di default, al solo codice identificativo del paziente (non visualizzano nome, cognome, data di nascita e altri dati identificativi personali). Possono consultare le date salienti e visualizzare i documenti allegati come pdf anonimizzati. Possono, altresì, visualizzare i pazienti presenti in lista di attesa, identificati con un ID di riferimento. (es. Ministero della Salute)

### 20 - OPERATORI SSO

Operatori dei Servizi e strutture per il Superamento degli OPG (SSO) che possono inserire e modificare i dati dei pazienti che passano per la propria struttura. Possono inserire e modificare i dati anagrafici, della presenza in struttura (in e out), della misura di sicurezza e sanitari. Non hanno accesso in scrittura, ma in sola visualizzazione, alla quarta scheda (presa in carico da parte di SSR). Possono inserire e consultare date salienti e documenti allegati. Possono inserire persone in lista di attesa per la propria SSO e revocarne l'inserimento, oltre a poter visualizzare la lista di attesa completa della propria Regione di appartenenza. Accedono alla maschera di ricerca filtrata per la struttura SSO di appartenenza di ciascun operatore. (es. REMS, ASM, SSMC)

### 25 - OPERATORI RSP (ATTIVI SOLO IN SOLO IN CAMPANIA)

Operatori della Rete di Sanità Penitenziaria (RSP) che possono inserire e modificare i dati dei pazienti che passano per la propria struttura. Possono quindi scrivere e modificare i dati anagrafici, quelli della presenza in struttura (in e out), quelli della misura di sicurezza e quelli sanitari. Inoltre gli operatori afferenti ai Servizi Dipendenze patologiche (SDP) e Servizi di Medicina Penitenziaria (SMP) sono tenuti ad inserire il PDTA (Percorso Diagnostico - Terapeutico - Assistenziale). Non hanno accesso in scrittura, ma in sola visualizzazione, alla quarta scheda (presa in carico da parte di SSR). Possono inserire e consultare date salienti e documenti allegati. Possono, inoltre, visualizzare la lista di attesa completa della Regione di appartenenza. Accedono alla maschera di ricerca filtrata per la struttura RSP di appartenenza di ciascun operatore. (es. SMP, SAI, ADP, SDPC)

### 28 - OPERATORI RSPM (ATTIVI SOLO IN CAMPANIA)

Operatori della Rete di Sanità Penitenziaria Minorile (RSPM) che possono inserire e modificare i dati dei minori che passano per la propria struttura. Possono quindi scrivere e modificare i dati anagrafici, quelli della presenza in struttura (in e out), quelli della misura di sicurezza e quelli sanitari.

Le strutture in cui i minori possono transitare sono: Istituti Penali Minorili (IPM), Non hanno accesso in scrittura, ma in sola visualizzazione, alla quarta scheda (presa in carico da parte di SSR). Possono inserire e consultare date salienti e documenti allegati. Accedono alla maschera di ricerca filtrata per la struttura RSPM di appartenenza di ciascun operatore.

### **30 - OPERATORI GRUPPO TECNICO REGIONALE**

Operatori delle Regioni che possono visualizzare i dati dei pazienti di competenza della propria Regione e presenti nelle strutture insistenti sul territorio regionale. Accedono agli elenchi in modalità di sola visualizzazione e, di default, alle sole iniziali di cognome e nome. Possono allegare alcune tipologie di documenti e visualizzare gli allegati come pdf anonimizzati. Possono visualizzare i pazienti di propria competenza in lista di attesa inserendo eventuali informazioni nel campo "Note per Regione". Accedono alla maschera di ricerca filtrata per la Regione di riferimento. (es. Operatori regionali)

### **40 - ENTI DI RICERCA – FINI STATISTICI**

Operatori appartenenti ad Enti di Ricerca che possono visualizzare i dati solo in forma aggregata. Possono accedere alle statistiche relative ai flussi di presenza, ai flussi di entrata e dimissione dei pazienti dalle strutture, ai tassi di presenza per popolazione, alla performance relativa ai PTRI.

### **50 - OPERATORI SSR CON GESTIONE**

Operatori del Servizio Sanitario Regionale (SSR) con gestione aggiuntiva dei dati. Possono visualizzare i dati dei pazienti in carico al proprio servizio territoriale finché sono presenti in SSO (con abilitazione alla scrittura solo nella quarta scheda "presa in carico da parte di SSR"); possono anche inserire nuovi pazienti che espletano misure di sicurezza non detentive sul territorio. In questo ultimo caso possono inserire e modificare i dati anagrafici, quelli della presenza in struttura (in e out da misura non detentiva sul territorio), quelli della misura di sicurezza e quelli sanitari. Possono consultare le date salienti e possono inserire e visualizzare i documenti allegati alla scheda del paziente. Possono visualizzare i pazienti di propria competenza in lista di attesa inserendo eventuali informazioni nel campo "Note per SSR". Accedono alla maschera di ricerca filtrata per la struttura SSR di afferenza di ciascun operatore. (es. Operatori ASL abilitati a nuovi inserimenti)

### **55 - OPERATORI SSR NO GESTIONE**

Operatori del Servizio Sanitario Regionale (SSR) che possono visualizzare i dati dei pazienti in carico al proprio servizio territoriale. Non possono integrare o modificare i dati caricati dai SSO, ma hanno accesso alla scrittura nella quarta scheda (presa in carico da parte di SSR). Possono consultare le date salienti e possono inserire e visualizzare i documenti allegati alla scheda del paziente. Possono visualizzare i pazienti di propria competenza in lista di attesa inserendo eventuali informazioni nel campo "Note per SSR". Accedono alla maschera di ricerca filtrata per la struttura SSR di afferenza di ciascun operatore. (es. Operatori ASL)

### **60 - OPERATORI GIUSTIZIA - NO INFO SANITARIE**

Operatori dell'Amministrazione Penitenziaria che possono visualizzare i dati dei pazienti in base alla competenza territoriale. Accedono agli elenchi in modalità di sola visualizzazione, ad esclusione delle informazioni sanitarie. Possono consultare le date salienti; possono allegare alcune tipologie di documenti e visualizzare gli allegati come pdf anonimizzati. Possono visualizzare i pazienti di propria competenza in lista di attesa. Accedono alla maschera di ricerca filtrata per la struttura di afferenza di ciascun operatore.

### **70 - OPERATORI GIUSTIZIA - SI INFO SANITARIE**

Operatori dell'Autorità Giudiziaria che possono visualizzare i dati dei pazienti in base alla competenza territoriale. Accedono agli elenchi in modalità di sola visualizzazione; possono consultare le date salienti e possono inserire e visualizzare i documenti allegati alla scheda del paziente. Possono, altresì, visualizzare i pazienti di propria competenza in lista di attesa. Accedono alla maschera di ricerca filtrata per il tribunale/procura di afferenza di ciascun operatore.



## Descrizione del sistema.

Le voci di menu visualizzabili all'accesso dipendono dal tipo di operatore, ovvero dalla struttura per la cui richiesta l'accesso, oltre che dal gruppo a cui questi appartiene: ciascun utente avrà così accesso, in lettura e/o modifica, alle sole informazioni di competenza, come, analogamente, avverrà per quanto relativo ai pazienti presenti nel sistema.

Nei paragrafi successivi verranno descritte alcune delle voci di menù utili per comprendere le funzioni del sistema.

Nella sezione "Pazienti", è possibile accedere a tutte le funzionalità che riguardano il monitoraggio dei pazienti presenti nelle varie strutture.

Ogni operatore potrà accedere in visualizzazione e/o modifica solo ai pazienti di propria competenza nel caso del livello SSR, o a quelli presenti e transitati nella propria struttura nel caso del livello SSO (es. REMS, ASM).

Il menù pazienti è suddiviso nei seguenti sottomenù:

Ricerca e modifica dati: viene visualizzato l'elenco di riepilogo di tutte le persone presenti o transitate presso la propria struttura, o per le quali si è competenti per la presa in carico territoriale. Nel suddetto elenco sono riportate le principali informazioni per ogni persona in un singolo rigo, alla fine del quale sono presenti diverse ICONE, le cui funzioni sono visualizzabili al passaggio del mouse.

Tutti i dati possono essere stampati attraverso le apposite funzioni ("pdf riepilogo" e "pdf dettaglio") che producono una stampa in pdf di parte o di tutte le informazioni. Tutti i predetti dati si possono, altresì, importare in un foglio di calcolo (per es., Excel) per consentire la loro analisi, in aggiunta alle routine già presenti nel sistema (v. Utility).

La ricerca può essere ottimizzata attraverso il corretto utilizzo di molteplici filtri che permettono di restituire un elenco coerente con le informazioni richieste.

Tutti i FILTRI DI RICERCA sono raggruppati, per tipologia di informazione, così come evidenziato nella figura sottostante.

Di recente implementazione, ai fini dell'estensione del sistema alla gestione delle attività sanitarie rivolte a tutte le persone che fanno ingresso nella rete regionale di sanità penitenziaria (RSP), è possibile accedere da questa maschera alla cartella clinica informatizzata mediante l'apposita icona.

Dalla finestra di ricerca, infine, è possibile accedere alle funzioni di UPLOAD e DOWNLOAD dei documenti di interesse per la presa in carico del singolo paziente e che resteranno parte del fascicolo elettronico personale.

Per la funzione di UPLOAD, è possibile scegliere la tipologia di documento da inserire: l'elenco dei documenti di cui è possibile fare l'upload varia in relazione alla tipologia di account con il quale si accede alla piattaforma.

Tra i principali documenti da poter allegare, tutti formalizzati (con protocollo e data) si segnalano:

- A.G.: Documento generico da Autorità Giudiziaria (da utilizzare per inserire, tutti i documenti che provengono dall' Autorità Giudiziaria, diversi da quelli specifici per misure di sicurezza e cautelari in carcere)
- A.P.: Documento generico da Amministrazione Penitenziaria (da utilizzare per inserire tutti i documenti che provengono dalla Amministrazione Penitenziaria);
- CNS: Informativa e consenso paziente al trattamento dei dati (documento da far sottoscrivere al paziente al momento del suo ingresso in struttura e da caricare a cura dell'operatore contestualmente all'inserimento dei dati del paziente su SMOP; il modello del documento di cui trattasi "Informativa e consenso al trattamento dei dati\_2017 è reperibile nell'ARCHIVIO DOCUMENTI).
- SSO/SSR: Relazione sanitaria (da utilizzare per documenti che contengano informazioni di tipo clinico)
- SSO/SSR: Documento Generico, sia Sanitario che Giuridico (da utilizzare solo nei casi eccezionali in cui non è possibile identificare il documento in ogni altra tipologia descritta; per quelli sanitari, è previsto il caricamento di documenti che contengono informazioni di tipo sanitario, diversi dalle relazioni sanitarie; per quelli giuridici, si riferiscono a tutti i documenti giuridici diversi da quelli relativi alle misure di sicurezza o cautelari in carcere);
- SSO/SSR: Nuova o variazione Residenza/Domicilio (da utilizzare solo per documenti formalizzati con protocollo e data con informazioni relative all'attribuzione e/o all'aggiornamento della residenza e/o del domicilio, inviati a specificati destinatari, anche su eventuale richiesta);
- SSO: PTRI Intramurario (da utilizzare solo per i PTRI descrittivi delle attività terapeutico riabilitative interne alla struttura)
- SSO: Progetto Individuale Integrato Equipe – PTRI-E (da utilizzare solo per il progetto terapeutico riabilitativo individuale definito dall'equipe delle istituzioni competenti per la singola persona, con allegati, protocollo e data; include il PTRI definito dalla ASL e le valutazioni dei partecipanti all'equipe)
- SSO: Documento Giuridico Misure Sicurezze (da utilizzare per tutti i documenti giuridici relativi alle misure di sicurezza, come ordinanze, sentenze, esecutività, revoche);
- SSR: Progetto Terapeutico Riabilitativo Individuale (compilato a cura del SSR territorialmente competente - ASL di presa in carico - e, conformemente alla Legge n. 81/2014, finalizzato alla

dimissione dall'SSO e inviato all'Autorità Giudiziaria competente per il paziente; l'eventuale valutazione di permanenza in SSO deve essere puntualmente motivata).

Nel caso particolare del PTRI (inseribile esclusivamente dal SSR), sarà necessario completare una procedura che, a partire da un format parzialmente precompilato i dati anonimizzati del paziente già presenti nel sistema, chiederà l'inserimento di ulteriori informazioni, coerenti con i contenuti della specifica circolare definita dal Ministero della salute per il monitoraggio ex Legge n. 81/2014, tra cui:

- i servizi responsabili del progetto (DSM; Dipartimento Dipendenze; Distretto Sanitario; Altro);
- la tipologia di prestazione del PTRI (sanitarie, sociosanitarie o sociali), specificando per ognuna la tipologia (residenziale, semiresidenziale, ambulatoriale), la presenza dell'operatore di riferimento, il tipo di profilo professionale dello stesso;
- se il PTRI prevede l'uscita da SSO o meno, indicando nel campo sottostante libero quali siano le motivazioni della scelta.

Il PTRI verrà visualizzato in forma di riepilogo in pdf (anonimo), mentre sarà possibile effettuare il download del documento nell'elenco dei file allegati alla singola scheda paziente. Il PTRI verrà considerato "da aggiornare" dopo 3 mesi dalla sua registrazione.

## Nuovo inserimento

L'inserimento di un nuovo paziente è competenza esclusiva delle strutture SSO e RSP, ma anche le strutture SSR possono registrare nuovi pazienti se hanno attivato l'utilizzo del sistema per il monitoraggio delle misure NON DETENTIVE.

Per la compilazione della scheda è necessario disporre di una serie di informazioni, di cui alcune obbligatorie, che sono organizzate nelle 4 parti di seguito descritte.

### a) Informazioni anagrafiche e dati di ingresso e uscita sso/ssmag/rsp:

The screenshot shows a web-based form for patient registration. The top section is titled "INFORMAZIONI ANAGRAFICHE" and includes fields for name, date of birth, sex, and address. Below this, there are sections for "INGRESSO IN SSO/SSMAG/RSP" and "USCITA DA SSO/SSMAG/RSP", each with fields for date and location. The interface is complex with many buttons and dropdown menus.

- Le informazioni anagrafiche: in aggiunta alle comuni informazioni (cognome, nome, luogo e data di nascita, codice fiscale, residenza o domicilio e..) particolare importanza riveste la scelta del "comune di presa in carico", in quanto genera in automatico l'attribuzione della della Regione e della Asl di competenza, non modificabile. Il sistema gestisce anche situazioni particolari, tra cui:

- la non corrispondenza tra Comune di presa in carico e Comune di residenza o domicilio ( due comuni non dovessero corrispondere, come nel caso di un paziente che abbia un "Comune di competenza" per residenza o domicilio e un diverso Comune per l'effettiva presa in carico, quest'ultimo sarà identificato con il "Comune di Presa in Carico".

Nel caso in cui il paziente non avesse una dimora accertata o fosse in attesa di definizione della stessa, è prevista la provvisoria registrazione come "Senza Fissa Dimora" (S.F.D.), disponibile nell'elenco dei Comuni: in questo caso la "Regione" cui verrà provvisoriamente assegnato il paziente, per convenzione, sarà la regione sede dell'SSO che ospita il paziente. L'inserimento di uno specifico Comune attiverà automaticamente la registrazione della relativa ASL di competenza e l'invio al referente della stessa ASL di mail informative, sia su ingresso/uscita del paziente che sulle variazioni delle altre informazioni.

In questa sezione è possibile registrare ulteriori informazioni, tra cui il Titolo di studio, lo Stato civile, la Situazione lavorativa, i riferimenti dell'Avvocato (se d'ufficio o di fiducia; oltre che nominativo e contatti) e le DATE SALIENTI, che si riferiscono ad attività programmate, tra cui principalmente le UDIENZE e le RIUNIONI d'équipe che interessano il singolo paziente.

Tutte le parti che compongono l'ANAGRAFICA sono inseribili e modificabili solo dagli operatori della struttura/servizio (SSO/SSMAG/RSP) che ha in carico il paziente al momento.

- Le informazioni di ingresso ed uscita dalle strutture:

Per ogni utente, la struttura SSO/SSMAG/RSP all'inizio di ogni rigo di IN-OUT è predefinita e non è modificabile. Quanto di seguito evidenziato riguarda - quando pertinente e applicabile - sia gli INGRESSI che le USCITE. Nel sistema sono convenzionalmente assunte come USCITA e INGRESSO solo le condizioni generali e stabili del paziente e che usualmente comportano una modifica della posizione giuridica. Per le INFO SU "INGRESSO IN SSO/SSMAG" si evidenzia che, dopo l'inserimento della DATA (obbligatoria), va specificato il "motivo di Ingresso", da selezionare secondo una standardizzazione definita per consentire l'analisi dei dati, che di seguito si riporta:

- ND (info non disponibile);
- NA (info non applicabile)
- DA LFE (da licenza finale di esperimento)
- DA ALTRA MISURA (da precedente altra misura giuridica, di sicurezza o cautelare; per gli ARRESTI DIMICILIARI e LA LIBERTÀ' VIGILATA è possibile scegliere l'apposita specifica)
- LIBERTÀ' (da una condizione di assenza di misure giuridiche limitative della libertà)
- RICOVERO PSICHIATRICO NUOVO: si sceglie con questa voce una provenienza del paziente (che entra ex novo in SSO) da un ricovero psichiatrico, e si potrà scegliere se il ricovero era in regime di TSO o di TSV, oltre a poter scegliere l'SPDC in cui si è svolto il ricovero
- RICOVERO PSICHIATRICO REINGRESSO: si sceglie questa voce per indicare la provenienza da un ricovero psichiatrico per una persona che era già presente nella stessa SSO.

- IP (DA ISTITUTO PENITENZIARIO) (trasferimento da Istituto Penitenziario): si sceglie la regione sede dell'IP e lo specifico istituto di provenienza. Nel caso di ASM, ingressi e/o uscite che avvengono dallo stesso IP sede dell'ASM, vanno registrati come da "IP", selezionando lo stesso IP sede del ASM, come se fosse una struttura penitenziaria diversa;

- SSO: con la stessa sequenza dell'informazione precedente, si sceglie, nello spazio sottostante, prima la regione e poi lo specifico SSO (OPG, REMS ASM) di provenienza;

- RICOVERO OSPEDALIERO: da utilizzare nel caso di rientro da un temporaneo ricovero ospedaliero di un paziente già presente, prima del ricovero, nello stesso SSO; nel caso contrario (paziente non già presente nello specifico SSO di ingresso prima del ricovero ospedaliero), utilizzare altre applicabili motivazioni (in generale, LIBERTÀ, oppure, se il ricovero era associato a una specifica misura giuridica, DA ALTRA MISURA o DA LFE); nel campo note adiacente può essere opportuno specificare ulteriori informazioni di dettaglio sul luogo ed il motivo del ricovero. Si precisa che non vanno indicati ricoveri psichiatrici che hanno una specifica voce per essere registrati

- ALTRA LICENZA: da licenza diversa da LFE, che non ha determinato la sostanziale dimissione da SSO e/o non ha modificato la posizione giuridica; da utilizzare nelle situazioni già specificate per la motivazione "DA PREC. RICOVERO OSPEDALIERO"

- TRASFERIMENTO PER MOTIVI DI GIUSTIZIA: da precedente trasferimento temporaneo di un paziente già presente nello specifico SSO per motivi di giustizia (per. es. udienze), di solito in un Istituto Penitenziario, che non determina modifiche della posizione giuridica. L'eventuale istituto penitenziario va solo inserito nel campo note; non va utilizzata la motivazione IP (DA ISTITUTO PENITENZIARIO), che invece si applica a trasferimenti non temporanei e che comportano modifiche della posizione giuridica.

Per le INFO SU "USCITE DA SSO/SSMAG", dopo l'inserimento della DATA (obbligatoria) si seguono procedure analoghe. Si segnalano solo le seguenti particolari condizioni:

- RICOVERO PSICHIATRICO DIMISSIONE: questa voce viene utilizzata per il caricamento dei ricoveri psichiatrici a seguito dei quali il paziente non farà un nuovo ingresso in SSO. La procedura di caricamento è analoga a quella descritta per la procedura di ingresso in SSO da RICOVERO PSICHIATRICO.

- RICOVERO PSICHIATRICO NO DIMISSIONE: questa voce viene utilizzata per indicare un ricovero a seguito del quale vi sarà il reingresso del paziente in SSO. La procedura di caricamento è analoga a quella descritta per la procedura di ingresso in SSO da RICOVERO PSICHIATRICO.

- ESPULSIONE (di persona straniera);

- SCARCERAZIONE (termine della pena; non applicabile alle misure di sicurezza);

- REVOCA MS (revoca della misura di sicurezza; non applicabile a una pena)

- REVOCA LG. N. 81/14: revoca della misura di sicurezza per applicazione della legge 30 maggio 2014 n. 81, nella parte che ne limita la durata alla corrispondente pena applicabile per il reato commesso); la scadenza ex LG n. 81/2014 può essere annotata anche nello specifico campo note delle informazioni giuridiche.

- LIBERTÀ VIGILATA (applicata con provvedimento dall'Autorità Giudiziaria: può essere utile specificare nelle note il luogo di esecuzione, spesso coincidente con il domicilio o una struttura individuata dal servizio SSR);

- ALLONTANAMENTO: applicabile solo alle misure di sicurezza; allontanamento volontario non autorizzato dalla sede di esecuzione della misura di sicurezza (detentiva o non detentiva), che determina almeno una giornata di calendario di assenza dalla struttura.
  - LFE: dimissione sostanziale dalla struttura con licenza finale di esperimento;
  - ALTRA LICENZA: uscita per licenze diverse dalla LFE, che non determinano la sostanziale dimissione dalla struttura e/o la modifica della posizione giuridica;
  - RICOVERO OSPEDALIERO: da utilizzarsi solo per ricoveri ospedalieri legati a transitorie necessità assistenziali di pazienti già presenti in SSO e che non determinano modifiche della posizione giuridica del paziente; nel campo note adiacente può essere opportuno specificare ulteriori informazioni di dettaglio sul luogo ed il motivo del ricovero;
  - TRASF. MOT. GIUST. (TRASFERIMENTO PER MOTIVI DI GIUSTIZIA): trasferimento temporaneo di un paziente, già presente nello specifico SSO, per motivi di giustizia (per. es. udienze), di solito in un Istituto Penitenziario, che non determina modifiche della posizione giuridica. L'eventuale istituto penitenziario va solo inserito nel campo note; non va utilizzata la motivazione IP (ISTITUTO PENITENZIARIO), che invece si applica a trasferimenti non temporanei e che comportano modifiche della posizione giuridica.
- Quando un paziente viene dimesso dalla struttura (inserendo una data di uscita) i dati continueranno ad essere visibili, ma non saranno più modificabili dagli utenti della stessa struttura.

## b) Informazioni giuridiche

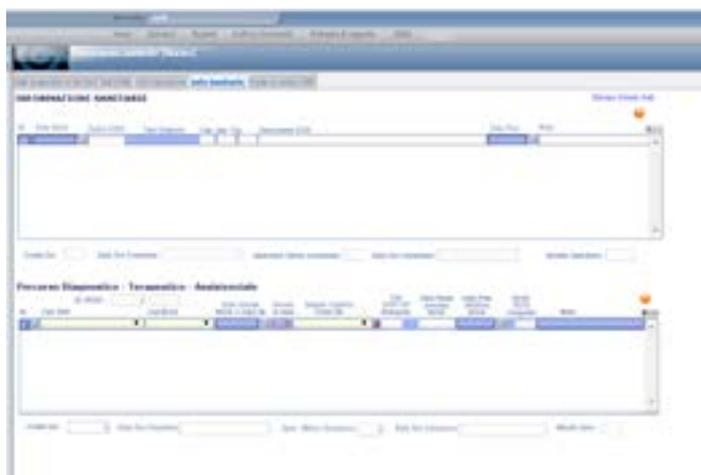
Ad ogni periodo di presenza nelle strutture e nei servizi monitorati dal sistema corrisponde convenzionalmente un'univoca informazione sulla misura giuridica che temporalmente (inizio, durata e termine) è identica al periodo temporale di presa in carico nella struttura o servizio. La loro corrispondenza è necessaria per consentire l'adeguato funzionamento degli strumenti di ricerca e configura la registrazione nel sistema delle informazioni giuridiche esclusivamente come specifica qualificazione del percorso assistenziale e non come registrazione delle posizioni giuridiche, che restano competenza esclusiva non sanitaria. Le diverse CARATTERISTICHE DELLE MISURE (Misura, Tipo, Specifica) selezionabili sono automaticamente rese coerenti con la tipologia di percorso assistenziale: con (D) sono etichettate le misure di sicurezza detentive, che possono essere inserite solo da operatori REMS, con (N) quelle non detentive, inseribili dagli operatori SSR, e con (P) quelle cautelari in carcere, inseribili da operatori ASM, RSP e RSPM.



### c) Informazioni sanitarie.

Per le diagnosi il sistema utilizza la classificazione ufficiale ICD9-CM. Una diagnosi è inseribile solo dalla struttura che ha in carico la persona, è datata e non può essere modificata ma solo integrata dalle strutture e servizi che successivamente avranno in carico il paziente. Le diagnosi sono raggruppate in tre tipologie: Psichiatrica, Dipendenze, Altra.

Per ogni utente inserito è possibile registrare anche informazioni relative al Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) e la condizione eventuale di presa in carico congiunta tra più servizi specialistici.



### d) Presa in carico territoriale.

Al fine di realizzare un'efficiente integrazione operativa tra i servizi detentivi e quelli non detentivi, per ogni paziente è predisposta una scheda nella quale possono essere inserite informazioni solo dal servizio territoriale competente per il paziente, anche se il paziente è presente in REMS o ASM. Le informazioni da inserire, essenzialmente richieste per confermare la corretta attribuzione della competenza territoriale, riguardano la data della presa in carico ("INIZIO E CONFERMA"), quelle dell'eventuale fine della presa in carico, la data di definizione del programma alternativo o di uscita dalla struttura (DA REMS, ASM o da misura non detentiva), e la data effettiva di uscita (DA REMS, ASM o da misura non detentiva).

Si evidenzia che informazioni di maggiore dettaglio possono essere inserite nel fascicolo del paziente allegando specifici documenti (utilizzando il menù "ALLEGA DOCUMENTI VARI", raggiungibile dalla pagina di riepilogo della RICERCA).



## **Date salienti**

Tra le informazioni prodotte per il singolo paziente dagli SSO e dai SSR - che vengono così inserite, trasmesse e condivise in forma digitale tramite il sistema - sono comprese le convocazioni per le riunioni di equipe e le udienze. Gli operatori SSO - attraverso uno specifico link presente nella scheda anagrafica - possono inserire le date e i dettagli (orario, sede) di attività programmate diverse, tra cui principalmente le UDIENZE e le RIUNIONI che interessano il singolo paziente. L'inserimento di una data saliente determina l'automatica segnalazione per mail agli operatori dei servizi territoriali competenti, al fine di consentire la programmazione di una diretta partecipazione alle attività. In questo specifico menù, sono riepilogati tutti gli eventi inseriti e ne è possibile la gestione in ricerca e la stampa.

## **Gestione documenti allegati**

Di particolare rilevanza ai fini della condivisione delle informazioni tra i diversi servizi competenti per la presa in carica sanitaria è l'implementazione della funzione di gestione dell'elenco di tutti i documenti allegati al sistema, per i quali sono possibili diverse operazioni di ricerca, selezione e stampa:

- 1) TIPO DOCUMENTO: per selezionare ogni specifica tipologia di doc.;
- 2) REGIONE DEL COMUNE e/o ASL DI PRESA IN CARICO, ID PAZ., SESSO ecc.: per selezionare solo i documenti di persone di competenza della Regione e/o ASL specificata, solo quelli di una specifica persona (ID Paz.) o di uno specifico sesso;
- 3) CATEGORIA SSO ALLA DATA SELEZIONATA ecc: i doc. possono essere filtrati in funzione della presenza ad una data in tutti o in specificati SSO (OPG, REMS, ASM);
- 4) (PER I PTRI) altre opzioni di selezione: PTRI con programma di uscita/alternativo a REMS/OPG, attuazione di PTRI CON USCITA, elenco dei PTRI ATTIVI e DA AGGIORNARE (Stato DOC); sono considerati da aggiornare i PTRI definiti da più di 3 mesi. In quest'ultimo caso, i PTRI da aggiornare sono evidenziati con un'icona gialla; cliccando su questa si accede, solo in visualizzazione, al PTRI inserito per la sua eventuale CONFERMA e ATTUALIZZAZIONE SENZA MODIFICHE, cliccando sul pulsante "Conferma PTRI".

La ricerca, coi i filtri selezionati, produce un report riepilogativo dei documenti selezionati (Estrazione) o un file pdf contenente ogni scheda dettagliata per ogni doc; l'estrazione è possibile anche in formato "csv", direttamente utilizzabile con programma tipo excel. In particolare, per i PTRI (definiti dalle ASL ex L. 81/2014) la stampa di dettaglio, qualora si selezioni la casella "csv", produce un file contenente tutte le pertinenti caratteristiche del PTRI conformemente alle indicazioni fornite del Ministero della Salute per le attività di monitoraggio di propria competenza.

Infine, solo per gli utenti abilitati, da ogni rigo dell'elenco dei documenti è possibile accedere direttamente alla SCHEDA INDIVIDUALE del paziente (cliccando sul ID paziente) o ai documenti allegati.

## **Lista di attesa.**

Il sistema gestisce le liste di attesa per ogni struttura SSO (REMS, ASM) assicurando, anche a questo

livello operativo, l'immediata e costante integrazione con i Servizi territoriali competente (DSM). Per ogni persona per la quale viene richiesta la disponibilità di un posto in REMS/ASM/RSP/SSMAG, gli operatori della struttura cui perviene la richiesta possono creare una SCHEDA DI LISTA DI ATTESA, inserendo alcune informazioni essenziali. Se vengono inserite informazioni sul comune e/o la regione di competenza territoriale, i referenti di ASL e/o Regione interessati riceveranno dal sistema un messaggio e-mail che li informerà della presenza in lista di attesa di un proprio paziente e, potranno visualizzare le richieste ed avviare ogni necessario approfondimento finalizzato a verificare precocemente la possibilità di un PTRI alternativo.

Qualora la persona in lista d'attesa venga ammessa in una struttura su menzionata, il nominativo già presente in lista sarà evidenziato dal sistema all'atto dell'inserimento dei dati anagrafici e potranno essere richiamate con uno specifico comando, e inserite automaticamente, tutte le informazioni già presenti. Quando non è possibile inserire, perché non conosciuto, il comune di residenza nella scheda del paziente, la visualizzazione sarà abilitata per tutte le ASL della Regione, così che tutti possano contribuire alla raccolta di informazioni per la definitiva attribuzione.

Ogni scheda è formata da due pagine. Nella prima sono presenti le informazioni generali (anagrafica,

regione e comune di competenza; protocollo e data di assegnazione; Autorità Giudiziaria competente, tipologia della misura giuridica, attuale allocazione del paziente) inserite dalla struttura che ha creato la scheda. Nella seconda pagina sono presenti tre campi note nei quali inserire testualmente ogni opportuna ulteriore informazione: - un primo ad uso esclusivo degli operatori del SSO (REMS, ASM); - un secondo ad uso esclusivo degli operatori del Servizio Sanitario territorialmente competente (ASL, DSM ecc.). - un terzo ad uso esclusivo degli operatori del livello regionale del Servizio Sanitario. A destra del secondo campo note, è presente una casella ("PRESENZA DI ATTUALE PRESA IN CARICO SANITARIA DA SSR"), utilizzabile solo dal SSR territorialmente competente per la singola persona, che consente di registrare un'attuale condizione di adeguata presa in carico assistenziale (per es., pz. già inserito in uno specifico percorso, in trattamento, anche farmacologico, i cui bisogni sanitari risultano gestiti oppure persona per la quale si formalizzi alla AG competente un PTRI alternativo alla REMS). L'attivazione di questa casella determina la comparsa di un'altra sottostante casella - sempre utilizzabile solo dal SSR territorialmente competente per la singola persona - che consente aggiuntivamente di registrare anche l'attuale definizione e disponibilità di un PTRI alternativo alla REMS da inviare alla competente A.G.

Lista Attesa [Nuovo]

Info Generali **Note di Dettaglio**

Note per SSO (max 3000 char): Caratteri Restanti  Nuova Nota

Note per SSR (max 3000 char): Caratteri Restanti  Nuova Nota

Presenza di ATTUALE PRESA IN CARICO SANITARIA da SSR.  SI

Note per Regione (max 3000 char): Caratteri Restanti  Nuova Nota

Paziente attualmente in MS alternativa/MS revocata per cui non è ancora pervenuta l'ordinanza:  SI

PER INSERIRE DELLE NOTE, PREMERE IL PULSANTE IN ALTO A DX DELLA SINGOLA NOTA

Una volta inserito in Lista, lo Stato del paziente è 'Attivo' e viene automaticamente aggiornato qualora cambi:

- se il paziente viene importato e inserito in un SSO, diventa 'Inserito' (non consentendo la modifica delle info in lista) e si aggiornano anche l'SSO di assegnazione e la data di ingresso con quelli effettivamente inseriti in SSO;

- se il paziente, importato da Lista, esce dall'SSO, lo stato da 'Inserito' diventa 'Uscito da SMOP' rendendo così possibile il reinserimento in lista del medesimo paziente.

Eventuali altre modifiche dello stato possono essere richieste al coordinamento del sistema. In particolare, si segnala la REVOCA dell'inserimento in lista d'attesa, qualora vengano meno le condizioni che hanno determinato l'inserimento (ad esempio, nel caso di richieste di posto in SSO che, prima dell'ingresso, vengono modificate con applicazione da parte dell'Autorità Giudiziaria di una misura non detentiva).

La scheda di lista di attesa rimarrà sempre presente in archivio e visualizzabile, ma non risulterà più attiva. La sua mera cancellazione non è contemplata, per ovvi motivi di trasparenza e tracciabilità e completezza delle informazioni.

Dalla pagina iniziale di riepilogo di tutte schede di lista di attesa create è possibile, utilizzando lo specifico pulsante "ALLEGA DOCUMENTI VARI", procedere all'upload di uno o più documenti (per es. provvedimenti di assegnazione, documentazione giuridica, ecc.) per ciascuna delle schede presenti. Tra i documenti allegabili sono compresi anche i PTRI che, per competenza, possono essere allegati solo dal Servizio sanitario territorialmente competente e non da REMS o ASM. La procedura di upload dei documenti è del tutto analoga a quella utilizzata in ogni altra parte del sistema e consente, pertanto, sia il mero upload del documento che la generazione di una scheda di sintesi anonimizzata.

Relativamente alla tipologia dei documenti, è possibile allegare alla scheda di lista alcuni documenti analoghi a quelli che possono essere inseriti per i pazienti già entrati nelle strutture (ad es. SSR - Piano Terapeutico Riabilitativo Individuale; A.G.- Documento Giuridico Generico; SSO/SSR Documento Sanitario Generico), ad eccezione dell'ASSEGNAZIONE, che si riferisce alla disposizione formale del Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria (DAP), che, in seguito all'emissione di un provvedimento di misura di sicurezza da parte dell'Autorità Giudiziaria, individua una Rems sul territorio Nazionale in base alla competenza territoriale.

La scheda di lista di attesa è integrabile con ogni ulteriore informazione acquisibile nel tempo, con particolare riferimento alle condizioni sanitarie e giuridiche del paziente. Nella prima pagina si segnala in particolare la possibilità di inserire ed aggiornare lo stato di "ATTUALE ALLOCAZIONE" del paziente, utilizzando una delle condizioni predefinite (domicilio, IP, struttura residenziale ecc.); queste informazioni sono storicizzate e pertanto le loro modifiche non determinano la perdita dell'informazione precedentemente inserita, oltre che fornire importanti informazioni sui bisogni del paziente.

Infine, dalla pagina iniziale di riepilogo di tutte schede di lista di attesa create è possibile, utilizzando i filtri ed i controlli presenti nella parte superiore, effettuare operazioni di ricerca ed estrazione (in .pdf e in .csv) di molti dati presenti nelle schede personali di lista d'attesa.

## Archivio Documenti

Il sistema dispone di un archivio dei documenti di interesse ed utilità per le specifiche operatività. È possibile accedere a due sezioni. In aggiunta ai "Documenti operatore", dove sono archiviati e resi sempre disponibili i documenti sottoscritti dall'operatore all'atto del primo accesso al sistema, è presente una sezione di "Atti e normative", dove è presente una raccolta di documenti, a partire dal 2008, prodotti a livello nazionale e regionale in materia di Superamento OPG. Tra questi sono presenti, oltre alla normativa, anche atti che regolamentano operatività di maggiore dettaglio (per es., di organizzazione regionale o aziendale, di regolamentazione della collaborazione tra servizi sanitari ed Autorità Giudiziaria), che vengono condivisi al fine di contribuire al diffuso miglioramento delle prassi.

## Utilità

Nella sezione Utilità sono presenti una serie di funzioni di supporto all'operatività e all'interscambio di informazioni tra tutti gli operatori abilitati all'utilizzo del sistema.

Tra queste si evidenziano:

- la Rubrica degli operatori;
- gli indirizzi delle Autorità Giudiziarie e degli Istituti Penitenziari ;
- tutte le Norme Penali e le diagnosi ICD 9-CM.

Le principali funzioni sono quelle del menù STATISTICHE, nel quale sono implementate diverse routine per l'estrazione dei dati aggregati per le diverse strutture e servizi, tra cui:

- Tassi di presenza (selezionando uno specifico anno ed una struttura SSO/SSR è possibile ricavare un elenco riportante il tasso di presenza totale su 100000 residenti adulti);
- Flussi mensili (flusso dei pazienti ENTRATI, PRESENTI, USCITI, da una determinata struttura ed in un determinato periodo (anno), ambedue selezionabili dall'operatore e con possibilità di ricavare in forma aggregata anche le relative PROVENIENZE e DESTINAZIONI);
- Performance PTRI (procedura di verificare della ottemperanza alla legge n.81/14, relativa alla formulazione di PTRI entro 45 giorni dalla data di ingresso in una struttura: selezionato un anno, verranno calcolati i dati relativi ai PTRI da produrre per l'anno indicato, considerando tutte le persone entrate in struttura tra il 45° giorno precedente l'inizio dell'anno e il 45° giorno precedente l'inizio dell'anno successivo, tra cui i PTRI "previsti", "assenti", "presenti e formulati oltre il 45°giorno", i PTRI che prevedono la Rems ovvero un'alternativa alla Rems.

Descrizione ASL e SSN	Pazienti		PTRI (previsti e assenti)		PTRI (presenti e formulati oltre il 45° giorno)	
	Entrati	Assenti	Assenti	Entrati	Assenti	Entrati
ASL BENEVENTO	2	1	1	0	1	1
ASL NAPOLI - CENTRO	2	0	0	0	1	2
ASL NAPOLI - NORD	1	0	1	0	0	1
ASL SALERNO	2	0	2	1	1	0
TOTALE	7	1	4	1	3	4

- Dati aggregati (selezionando una specifica data ed eventualmente una singola Regione, visualizza i principali dati aggregati di tutti i pazienti presenti in REMS alla data selezionata, le relative misure di sicurezza (suddivise tra provvisorie e definitive), l'eventuale presenza di un PTRI che preveda o meno soluzioni alternative, il numero dei pazienti in carico con Misura non Detentiva, il totale dei presenti in LISTA DI ATTESA, e, per questi, il numero di coloro che hanno una presa in carico attestata da ASL, un PTRI che prevede una soluzione alternativa alla Rems, oltre coloro allo stato presenti negli IP e per i quali la Misura di Sicurezza è eseguibile solo a fine pena).

 <b>REGIONE CAMPANIA</b> <b>LABORATORIO TERRITORIALE SANITA' PENITENZIARIA "ELEONORA AMATO"</b> <b>DATI PAZIENTI CON MISURA DI SICUREZZA</b>		
<b>Filtri per Regione/Asl di Presa in Carico</b> Regione: <b>CAMPANIA</b> ASL: <b>SSR:</b>		<b>Filtri per Tipo/Sede SSO</b> Regione: <b>solo REMS</b> Tipo Servizio: <b>SSO:</b>
Data Al: <b>31-12-2019</b> Al: <b>31-12-2020</b>		
<b>PRESENZE IN REMS</b>		
<small>Dati riferiti alle REMS delle Regioni Sicilia, Sardegna, Puglia, Campania, Lazio, Abruzzo, Marche, Toscana, Emilia-Romagna, Liguria, Piemonte, Lombardia, Veneto; non sono presenti i dati della regione Friuli Venezia Giulia in quanto non convenzionata, e della prov. di Trento in quanto ha completato solo di recente l'iter di convenzionamento; le regioni Basilicata e Calabria, benché convenzionate, non utilizzano il sistema adeguatamente e con continuità.</small>		
Presenti alla data valutata	47	40
* Misura di sicurezza provvisoria	26 ( 55%)	19 ( 48%)
* Misura di sicurezza definitiva	20 ( 43%)	21 ( 53%)
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)	41 ( 10%)	33 ( 9%)
Con o con PTRI NON Rems (con definizione di soluzioni assistenziali diverse da Rems)	26 ( 63%)	20 ( 61%)
<b>LISTA DI ATTESA REMS (totali presenti)</b>		
<small>Dati riferiti alle sole Regioni Campania, Abruzzo, Emilia-Romagna, Piemonte, Lombardia, Sardegna, Toscana, Veneto, Toscana; le restanti Regioni non utilizzano (o utilizzano incoerentemente) il sistema nella parte relativa alla lista di attesa.</small>		
Presenti in lista di attesa per ingresso in Rems	85	139
<b>LISTA DI ATTESA (dati di dettaglio)</b>		
Totale in lista	38	61
Con Presa in carico attestata da ASL (TOT)	27 ( 71%)	41 ( 67%)
Di cui con PTRI NON REMS (definizione di soluzioni assistenziali diverse da Rems, attestata da ASL)	19 ( 70% dei pz presi in carico)	27 ( 66% dei pz presi in carico)
Con attuale presenza in Istituto Penitenziario (IP) TOT	4 ( 11% del tot in lista)	12 ( 20% del tot in lista)
Con attuale presenza in Istituto Penitenziario (IP) e non eseguibilità della misura di sicurezza	2 ( 50% dei presenti in IP)	4 ( 33% dei presenti in IP)
Con attuale presenza in Istituto Penitenziario (IP) e con PTRI NON REMS già formalizzato da ASL	1 ( 25% dei presenti in IP)	1 ( 8% dei presenti in IP)
<b>PAZIENTI IN CARICO CON MISURA NON DETENTIVA (DATI RILEVATI DA Campania e Piemonte)</b>		
TOT (libertà vigilata e LFE)	348 ( 400% dei presenti in REMS delle stesse Regioni)	413 ( 516% dei presenti in REMS delle stesse Regioni)

- Presenza media e Distribuzione pazienti per età (media aritmetica dei giorni di effettiva permanenza dei pazienti nelle strutture in uno specifico anno, che può essere selezionato da chi estrapola i dati, ed elenco dei pazienti presenti nel tipo di struttura selezionata (es. REMS, ASM) e nell'anno scelto, suddivisi per sesso e fasce d'età).
- Monitoraggio reati (selezionando un determinato anno, numero dei pazienti suddivisi per tipologia di reato commesso e la relativa tipologia di misura di sicurezza applicata).
- Monitoraggio isolamento sanitario: (monitoraggio i casi di isolamento sanitario, in particolare i casi COVID-19 positivi e sospetti all'interno delle Rems e degli II.PP., disponibilità di stanze, disponibilità ed autonomia operativa con idonei DPI).

### **Lo stato attuale dell'utilizzo del sistema ed il monitoraggio dei dati**

Come descritto in premessa, attualmente il sistema SMOP® è adottato, tramite convenzioni interregionali, da 18 Regioni (Campania, Lazio, Abruzzo, Molise, Marche, Lombardia, Emilia-Romagna, Umbria, Puglia, Veneto, Piemonte, Liguria, Calabria, Basilicata, Toscana, Sicilia, Sardegna) e dalla Provincia Autonoma di Trento, con una copertura del 98 % della popolazione nazionale; si segnala che risultano in fase di valutazione e/o approvazione le Convenzioni con le regioni Friuli V.G. e Valle d'Aosta e con la P.A., di Bolzano.

Al 29 marzo 2021, con il coinvolgimento istituzionale di 104 DSM e 463 operatori ATTIVI (a cui si aggiungono 495 operatori allo stato DISABILITATI per motivazioni diverse (cessazione attività, sostituzione, lunga inattività ecc.), risultavano monitorati 2046 percorsi assistenziali in REMS, 1183 in ASM e 840 in SSMAG, in aggiunta a 1447 nei dismessi OPG.

La quasi totalità delle Regioni alimentano il sistema con le informazioni relative ai pazienti accolti nelle REMS e alle relative liste di attesa. Le operatività regionali risultano invece ridotte per quanto relativo alle ASM, e limitate alla Campania ed al Piemonte per i percorsi assistenziali in applicazione di misure di sicurezza non detentive (SSMAG).

Il Sistema, sin dalla sua iniziale programmazione, è stato anche predisposto ad interfacciarsi e comunicare con ogni livello sovraordinato deputato al monitoraggio del percorso (Comitato paritetico inter-istituzionale, Ministero della Salute, Ministero della Giustizia) che attraverso gli operatori designati, che possono accedere con profili dedicati, implementati rispetto alle competenze ed alle finalità del proprio ruolo professionale e nel rispetto della vigente normativa in materia di trattamento e protezione dei dati personali.

Dal maggio 2016 il Ministero della Salute accede al sistema per il monitoraggio ex Legge n. 81/2014 dei Progetti terapeutico riabilitativi individuali da definire - e trasmettere alla competente Autorità Giudiziaria - da parte dei Dipartimenti di Salute Mentale delle Aziende Sanitarie. Da agosto 2016 il sistema è stato utilizzato dal Commissario unico governativo per il superamento degli OPG per le complessive attività di monitoraggio del processo. Ulteriormente, nel 2018 è stata approvata e sottoscritta una convenzione con l'Autorità Garante Nazionale dei diritti delle persone detenute o private della libertà personale<sup>19</sup> ed il sistema è utilizzato costantemente per l'estrazione dei dati relativi alle persone destinatarie di misure di

sicurezza da inserire nell'annuale Relazione al Parlamento della predetta Autorità.

Per finalità di ricerca scientifica o storica o fini statistici, nello stesso anno è stata definita e sottoscritta una convenzione per l'utilizzo del sistema con il Dipartimento di Giurisprudenza dell'Università di Torino<sup>20</sup>, e nel 2020 con il Dipartimento di Scienze Politiche dell'Università di Napoli Federico II<sup>21</sup>.

Il presente report costituisce il preliminare risultato delle attività di ricerca ed approfondimento avviate in attuazione della convenzione sottoscritta tra la regione Campania ed il Dipartimento di Giurisprudenza dell'Università di Torino.

## Acronimi

Nome	Descrizione
<b>OPG</b>	Ospedale psichiatrico giudiziario
<b>SSO</b>	Servizi per il Superamento OPG
<b>SSR</b>	Servizio Sanitario Regionale
<b>REMS</b>	Residenze per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza
<b>ASM</b>	Articolazioni tutela Salute Mentale in carcere
<b>CCC</b>	Casa di Cura e Custodia
<b>SSMC</b>	Servizio Salute Mentale in Carcere
<b>SSMAG</b>	Servizi di Salute Mentale Area Giudiziaria
<b>RSP</b>	Rete di Sanità Penitenziaria
<b>SMP</b>	Servizio di Medicina Penitenziaria
<b>IP</b>	Istituti Penitenziari
<b>SAI</b>	Servizi di Assistenza Intensiva in carcere
<b>ADP</b>	Articolazione Dipendenze Patologiche in carcere
<b>SDPC</b>	Servizio Dipendenze Patologiche in Carcere
<b>LFE</b>	Licenza Finale Esperimento
<b>PTRI</b>	Progetto Terapeutico Riabilitativo Individualizzato
<b>IPM</b>	Istituto Penitenziario Minorile
<b>CTM</b>	Comunità Terapeutiche Minori
<b>CSA</b>	Comunità Socio-Assistenziali

<sup>20</sup> D.G.R.C. n. n. 497 del 02/08/2018

<sup>21</sup> D.G.R.C. n. 72 del 11/02/2020

## Bibliografia essenziale di riferimento

Collica Maria Teresa (2007), *Vizio di mente: nozione, accertamento e prospettive*, Giappichelli, Torino.

Corleone Franco, Pugiotto Andrea (2013), *Volti e maschere della pena. Una riflessione sui tanti volti della pena e sui suoi mascheramenti. Opg e carcere duro, muri della pena e giustizia riparativa*, Ediesse, Roma.

Dunagan J.F. (2014), *Politics for the neurocentric Age*, in *Journal of future studies*, n. 15, Tamkang University, Tamsui, Taipei, Taiwan.

Ferranini Luigi e Peloso Francesco (2000), *Il comportamento violento in psichiatria e il disturbo antisociale di personalità: problemi e prospettive nell'intervento del dipartimento di salute mentale*, in *Rassegna italiana di criminologia*, IX, Pensa, Padova, pp. 423-451.

Fioravanti Luigi (1992), *Le infermità psichiche nella giurisprudenza penale*, Cedam, Padova.

Fornari Ugo (2012), *Le neuroscienze forensi: una nuova forma di neopositivismo?*, in *Cassazione penale*, volume 52, fascicolo 7/8, Giuffrè, Milano, pp. 2715-2733.

Foucault Michel (2008), *Discipline, Potere e Verità (1970-1984)*, Marietti, Genova.

Frances Allen (2013), *Primo, non curare chi è normale*, Bollati Boringhieri, Torino.

Gazzaniga Michael (2004), *Free will in the twenty-first Century*, Dana, New York.

Goffman Erving (2003), ed. originale 1961), *Asylums. Le istituzioni totali: i meccanismi dell'esclusione e della violenza*, Einaudi, Torino

Lupo Emilio (2003), *il progetto di modifica della legge 180: una controriforma fondata sulla segregazione*, in *Questione giustizia*, n. 1/2003, FrancoAngeli, Milano, pp. 87-94.

Manacorda Alberto (1988), *Folli e reclusi. Una ricerca sugli internati in Opg, la Casa Usher*, Perugia.

Merzagora-Betsos Isabella (2003), *I cascami del positivismo: ancora su Opg e pericolosità sociale*, in *Rivista italiana medicina legale*, fascicolo V, Giuffrè, Milano, pp. 1149-1180

Miravalle Michele (2015), *Roba da matti. Il difficile superamento degli Ospedali psichiatrici Giudiziari*,



Edizioni Gruppo Abele, Torino.

Pelissero Marco (2008), *Pericolosità sociale e doppio binario. Vecchi e nuovi modelli di incapacitazione*, Giappichelli, Torino.

Pelissero Marco (2014), *Ospedali psichiatrici giudiziari in proroga e prove maldestre di riforma della disciplina delle misure di sicurezza*, in *Diritto penale e processo*, n. 8/2014, Ipsoa, Milano, pp. 917-930.

Peloso Paolo Francesco, D'Alema Marco, Fioritti Angelo (2014), *Mental health care in prisons and the issue of forensic hospitals in Italy*, in *The Journal of Nervous and Mental Disease*, June, 202(6): 473-8.

Piccione Daniele (2013), *Il pensiero lungo. Franco Basaglia e la Costituzione*, Collana 180, Alpha Beta Verlag, Merano (Bz)

Portigliatti Barbos Mario (1995), *Responsabilità penale e imputabilità*, in *imputabilità e trattamento del malato di mente autore di reato*, a cura di Canepa e Marugo, Cedam, Padova.

Ronco Daniela (2018), *Cura sotto controllo. Il diritto alla salute in carcere*, Carocci, Roma.

Saporito Filippo (1908), *Su gl'incorreggibili e il loro governo razionale: nota di psicologia criminale*, Aversa, p. 362



