



MEMORIE DEL DIPARTIMENTO DI GIURISPRUDENZA  
DELL'UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI TORINO  
21/2022

*Comitato scientifico delle Memorie del Dipartimento di Giurisprudenza*

Raffaele Caterina (coordinatore), Alessandra Algostino, Roberto Cavallo Perin, Elena D'Alessandro, Paolo Gallo, Enrico Grosso, Michele Graziadei, Edoardo Greppi, Daniela Izzi, Pier Giuseppe Monateri, Ugo Pagallo, Anna Maria Poggi, Michele Rosboch, Dario Tosi, Michele Vellano, Ilaria Zuanazzi.

# Dieci anni di REMS

## Un'analisi interdisciplinare

*a cura di*

MARCO PELISSERO, LAURA SCOMPARIN, GIOVANNI TORRENTE



UNIVERSITÀ  
DEGLI STUDI  
DI TORINO

Edizioni  
Scientifiche  
Italiane



Opera finanziata con il contributo del Dipartimento di Giurisprudenza dell'Università di Torino.

Il presente volume è stato preliminarmente sottoposto a un processo di referaggio anonimo, nel rispetto dell'anonimato sia dell'Autore sia dei revisori (*double blind peer review*). La valutazione è stata affidata a esperti del tema trattato, nominati dal Comitato Scientifico della Collana in conformità al Regolamento delle pubblicazioni del Dipartimento di Giurisprudenza dell'Università di Torino.

I revisori hanno formulato un giudizio positivo sull'opportunità di pubblicare il presente volume.

PELISSERO Marco; SCOMPARIN Laura; TORRENTE Giovanni (*a cura di*)  
Dieci anni di REMS. Un'analisi interdisciplinare  
Memorie del Dipartimento di Giurisprudenza dell'Università di Torino - 21/2022  
Napoli-Torino: Edizioni Scientifiche Italiane - Università degli Studi di Torino

---

© 2022 by Edizioni Scientifiche Italiane s.p.a.  
80121 Napoli, via Chiatamone 7  
[www.edizioniesi.it](http://www.edizioniesi.it)  
[info@edizioniesi.it](mailto:info@edizioniesi.it)

pp. XIV+620; 24 cm  
ISBN: 978-88-495-4900-3

© 2022 Università degli Studi di Torino  
10124 Torino, Via Verdi 8  
[www.collane.unito.it/oa/  
openaccess@unito.it](http://www.collane.unito.it/oa/openaccess@unito.it)

ISBN: 9788875902186

Prima edizione: maggio 2022  
un volume in lingua italiana



Quest'opera è distribuita con Licenza Creative Commons Attribuzione - Non commerciale Non opere derivate 4.0 Internazionale

I diritti di traduzione, riproduzione e adattamento totale o parziale e con qualsiasi mezzo (compresi i microfilm e le copie fotostatiche) sono riservati per tutti i Paesi.

Fotocopie per uso personale del lettore possono essere effettuate nei limiti del 15% di ciascun volume/fascicolo di periodico dietro pagamento alla SIAE del compenso previsto dall'art. 68, comma 4 della legge 22 aprile 1941, n. 633 ovvero dall'accordo stipulato tra SIAE, AIE, SNS e CNA, CONFARTIGIANATO, CASA, CLAAI, CONFCOMMERCIO, CONFESERCENTI il 18 dicembre 2000.

## Sommario

*Presentazione* di MAURO PALMA IX

MARCO PELISSERO, LAURA SCOMPARIN, GIOVANNI TORRENTE  
*Premessa* XIII

### SEZIONE PRIMA

#### Le persone

PERLA ARIANNA ALLEGRI, BARBARA GIORS, MICHELE MIRAVALLE  
*Salute mentale e questione criminale: dal superamento normativo degli OPG all'attuazione della riforma* 3

DANIELA RONCO  
*La categoria sociologica della pericolosità e il trattamento delle eccedenze. Il caso dei cripto-imputabili* 35

TOMMASO TRINCHERA  
*La nozione di infermità mentale nella giurisprudenza penale* 55

FILIPPO PENNAZIO, VINCENZO VILLARI  
*L'imputabilità e l'ampliamento della nozione di infermità di mente. I disturbi di personalità e il problema dei cripto-imputabili* 79

ANDREA CABIALE  
*L'accertamento giudiziale della pericolosità sociale fra presente e futuro* 93

MARCO PELISSERO  
*Misure di sicurezza terapeutiche e mutazioni della pericolosità sociale* 127

- GABRIELE ROCCA, CATERINA BOSCO  
*Tra pericolosità sociale e bisogno di cura: i difficili equilibri  
tra approccio giudiziale, concezione psicologica e conce-  
zione psichiatrica della pericolosità* 155
- GEORGIA ZARA  
*La valutazione del rischio nel percorso di costituzione delle  
REMS. Criticità e prospettive future* 185

## SEZIONE SECONDA

## I luoghi

- GIUSEPPE DI GIUDA, ELENA SEGHEZZI  
*L'edilizia penitenziaria, dal controllo alla cura: dai manicomi  
alle Residenze per l'esecuzione delle misure di sicurezza* 209
- GIOVANNI TORRENTE  
*È quello delle REMS un caso di deistituzionalizzazione?* 225
- KARMA NATALI  
*Vita quotidiana e diritti dei pazienti ricoverati nelle REMS:  
i modelli di organizzazione interna* 255
- EMMANUELE PENCO  
*La gestione della sicurezza nelle REMS: profili organizzati-  
vi, giuridici, terapeutici* 279

## SEZIONE TERZA

## I percorsi

- PERLA ARIANNA ALLEGRI  
*Le liste d'attesa per l'accesso in REMS. Modelli di tenuta tra  
esigenze di cura ed aspirazioni securitarie* 305
- BARBARA GAGLIARDI  
*La tutela della salute mentale degli «ex internati» tra orga-  
nizzazioni pubbliche e private* 335
- MICHELE MIRAVALLE  
*Non solo REMS. Le «altre» misure di sicurezza tra cura e  
controllo* 357

Sommario VII

ANTONIO FRANCESCO MORONE  
*Dalle misure di sicurezza non detentive alle misure terapeutiche: cronaca di un percorso normativo incompiuto* 385

GIULIA MANTOVANI  
*Applicazione provvisoria di misure di sicurezza e strumenti alternativi per il controllo e la cura* 417

SEZIONE QUARTA  
I contesti

LAURA SCOMPARIN  
*La valutazione della Corte europea dei diritti dell'uomo sulle limitazioni alla libertà personale imposte alle persone affette da patologie mentali: tra casi e principi, una progressiva crescita di attenzione per diritti fondamentali a rischio amplificato* 461

ANNA COSTANTINI  
*Custodia e cura dell'infermo di mente-autore di reato nel modello tedesco delle «misure di miglioramento e sicurezza»* 483

CAROLINE PELOSO  
*I modelli di sorveglianza e cura negli ordinamenti e nelle prassi europee: Francia* 515

ANTONELLA MADEO  
*Le misure di sicurezza in Spagna* 535

SOFIA CONFALONIERI  
*La cura e la custodia del soggetto psichiatrico autore di reato in Inghilterra* 573

OSCAR CALAVITA  
*Le misure di sicurezza e la loro esecuzione nei Paesi scandinavi* 595

*Notizie sugli autori* 615



PERLA ARIANNA ALLEGRI

## Le liste d'attesa per l'accesso in REMS Modelli di tenuta tra esigenze di cura ed aspirazioni securitarie

SOMMARIO: 1. Premessa. – 2. Liste d'attesa: un freno all'uso sovrachio delle assegnazioni in REMS. – 3. Il custodialismo delle politiche sociali. – 4. Saperi scientifici a confronto: ulteriori criticità per le liste d'attesa. – 5. Numero chiuso e limitatezza dei posti nelle REMS: l'offerta che crea domanda. – 6. Il disciplinamento delle perizie psichiatriche. – 7. Riflessioni conclusive: «La REMS non è un fatto di custodia, è un fatto di passaggio».

### 1. *Premessa*

Nel corso di questo capitolo sarà analizzata l'articolata questione delle liste d'attesa, ovvero di quelle persone che – ancorché destinate di un ordine di ricovero in una Residenza per l'esecuzione delle misure di sicurezza<sup>1</sup> – non vi accedono per mancanza di posti disponibili.

La creazione del numero chiuso, e la conseguente nascita della lista d'attesa, ha rappresentato uno dei cardini della riforma per il superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari<sup>2</sup> a garanzia della natura terapeutico-riabilitativa del nuovo approccio riformatore che lascia – per la prima volta nella storia delle istituzioni totali – nelle mani delle Regioni la gestione di un ordine di esecuzione proveniente dalla magistratura, di fatto creando un sospendo delle immediate esecuzioni delle sentenze di proscioglimento per infermità mentale con applicazione della misura di sicurezza.

Come è possibile coniugare le esigenze di sicurezza sociale con quelle di tutela della salute? Quali sono le *chances* di tenuta di questo sistema? Quali sono le variabili che incidono su tali possibilità e come operano? In che modo il sistema delle liste d'attesa si inserisce

<sup>1</sup> D'ora in poi REMS.

<sup>2</sup> D'ora in poi OPG.

e influisce sulla delicata questione della ricerca di un equilibrio tra sicurezza sociale e tutela della salute del singolo?

È a queste domande che, attraverso l'utilizzo di un approccio socio-giuridico e del materiale empirico raccolto durante la conduzione di interviste e focus group<sup>3</sup>, si cercherà di rispondere nel corso di questo capitolo, illustrando i dati relativi alle liste d'attesa nel territorio italiano ed analizzando le principali criticità del sistema di gestione delle stesse e tentando altresì di avanzare alcune proposte per superare la retorica sulla funzione residuale delle nuove residenze che continua a scontrarsi con l'incremento delle persone in attesa di un posto letto.

## 2. *Liste d'attesa: un freno all'uso soverchio delle assegnazioni in REMS*

Il superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari – e la conseguente istituzione delle Residenze per l'esecuzione delle misure di sicurezza – hanno determinato un cambio non solo legislativo, ma anche culturale nella gestione degli autori di reato affetti da patologia psichiatrica, mettendo al centro della rivoluzione «gentile»<sup>4</sup> il diritto alla salute e di fatto accordando la competenza a dare esecuzione alle misure di sicurezza del ricovero in REMS ai servizi sanitari.

L'esclusiva gestione sanitaria delle misure di sicurezza ha sempre dato adito a critiche sui profili dell'organizzazione e del funzionamento. Profili critici che da ultimo hanno portato alla pronuncia<sup>5</sup> della Corte Costituzionale, in risposta all'ordinanza di remissione promossa dal Tribunale di Tivoli<sup>6</sup>. La sentenza della Consulta, in risposta all'istruttoria che aveva la finalità di acquisire specifiche infor-

<sup>3</sup> Nel capitolo verranno utilizzati stralci di interviste e focus group che costituiscono una piccola parte del materiale empirico raccolto attraverso una ricerca qualitativa il cui impianto metodologico viene descritto nel primo capitolo di quest'opera, a cui si rinvia.

<sup>4</sup> F. CORLEONE, *La rivoluzione gentile. La fine degli OPG e il cambiamento radicale*, in F. CORLEONE, *Manicomi criminali. La rivoluzione aspetta la riforma*, numero monografico della rivista *Quaderni del Circolo Rosselli*, 1 (2018), p. 130.

<sup>5</sup> Corte Costituzionale, sentenza nr. 22 del 27 gennaio 2022, Presidente Coraggio, Redattore Viganò.

<sup>6</sup> L'ordinanza in questione fa riferimento al provvedimento dell'11 maggio 2020 con cui il GIP del Tribunale di Tivoli ha sollevato la questione della legittimità costituzionale in relazione agli articoli 27 e 100 della Costituzione nella parte in cui attribuiscono l'esecuzione delle misure di sicurezza provvisorie presso le REMS alle Regioni e, più in generale, ai loro organi amministrativi preposti di fatto escludendo la competenza del Ministero della Giustizia.

mazioni sul funzionamento del sistema REMS chiamando Ministero della Giustizia e Ministero della Salute a riferire su 14 punti salienti ritenuti indispensabili ai fini della decisione nel merito, ha dichiarato inammissibili le questioni sollevate dal Gip del Tribunale di Tivoli. La Corte ha incoraggiato il legislatore perché concretizzi un'urgente riforma del sistema, che assicuri una adeguata base legislativa alla nuova misura di sicurezza tenendo conto delle finalità terapeutiche che l'assegnazione in REMS conserva e perché provveda alla realizzazione e al buon funzionamento, sull'intero territorio nazionale, di un numero di REMS sufficiente a far fronte ai reali fabbisogni, nel quadro di un complessivo e altrettanto urgente potenziamento delle strutture sul territorio in grado di garantire interventi alternativi adeguati rispetto alle necessità di cura e a quelle, altrettanto imprescindibili, di tutela della collettività.

Si può affermare che l'esperienza delle REMS abbia di certo funzionato per alcuni punti fermi<sup>7</sup> come il principio della territorialità del ricovero<sup>8</sup>, il limite temporale della misura di sicurezza, per superare il fenomeno degli ergastoli bianchi<sup>9</sup> recuperando il limite del massimo edittale della pena per segnare la fine degli internamenti *sine die* in cui la malattia giustificava «la cura obbligatoria e la pena infinita»<sup>10</sup>.

Accanto a questi capisaldi della riforma, il numero chiuso e le lista d'attesa per l'accesso alle residenze hanno senza dubbio rappresentato le novità più significative dell'esecuzione delle misure di sicurezza su cui si gioca la partita della riforma: le ridotte dimensioni<sup>11</sup> per evitare l'«effetto-manicomio» hanno infatti una dimensione assimilabile a quella delle comunità terapeutiche, ma superiore a quella dei Servizi psichiatrici di Diagnosi e Cura (SPDC) ospedalieri.

Con l'istituzione di un numero chiuso viene introdotto, per la

<sup>7</sup> Per una disamina dei principi della riforma per il superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari si rimanda al capitolo di P.A. ALLEGRI, B. GIORS e M. MIRAVALLE in questo volume.

<sup>8</sup> Il principio DI territorialità del ricovero è disciplinato dall'art. 3-ter, comma 2 lettera c) del decreto legge 22 dicembre 2011 nr. 211, secondo cui il criterio è quello della destinazione delle strutture ai soggetti provenienti, di norma, dal territorio regionale di ubicazione delle medesime.

<sup>9</sup> A. PUGIOTTO, *Dalla chiusura degli Ospedali psichiatrici giudiziari alla (possibile) eclissi della pena manicomiale*, in *Costituzionalismo.it*, fasc. 2, 2015.

<sup>10</sup> F. CORLEONE, *La rivoluzione fa paura. Torna la suggestione del manicomio*, in F. CORLEONE, *Mai più manicomi. Una ricerca sulla REMS di Volterra. La nuova vita dell'Ambrogiana*, Firenze, 2018, p. 15.

<sup>11</sup> Cfr. capitolo P.A. ALLEGRI, B. GIORS e M. MIRAVALLE. Nello specifico, la capienza massima di ogni REMS non deve essere superiore ai 20 posti.

prima volta in Italia e nel campo della privazione della libertà in generale, un freno agli ordini di esecuzione, come non avviene invece nel campo del penitenziario. 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<sup>12</sup> 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) questo perché è ben chiaro al personale sanitario il potenziale pericolo costituito da una REMS sovraffollata e la conseguente impossibilità di svolgere alcuna funzione riabilitativa, limitandosi al mero contenimento.

La lista di attesa è gestita così da ogni singola regione per il territorio di sua competenza, più specificamente dal servizio sanitario, attraverso l'utilizzo del Sistema informativo per il monitoraggio del superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari (SMOP), che ha la funzione di gestire i dati dei pazienti nelle loro diverse fasi della misura di sicurezza. Per l'assegnazione alla REMS vengono utilizzati criteri definiti con delibere delle Giunte regionali, i quali non si limitano al mero rispetto dell'ordine cronologico di assegnazione, ma valorizzano preliminarmente i bisogni di salute, la tipologia di misu-

<sup>12</sup> Come noto, quello del sovraffollamento carcerario è un problema che ha afflitto – e continua ad affliggere – l'Italia fin dai primi anni '90. I picchi più alti, di fronte ad una capienza regolamentare di circa 45.000 posti letto (poi aumentata a 51.000), si sono verificati negli anni 2009-2013 quando le presenze in negli istituti penitenziari italiani avevano raggiunto le 70.000 unità. Con l'intervento della Corte europea dei diritti dell'uomo – attraverso la sentenza pilota dell'Affaire Torreggiani c. Italie – veniva poi concesso un termine al Governo per adottare misure atte a risolvere il problema strutturale del sovraffollamento. I numeri oggi si attestano nuovamente intorno alle 53.000 presenze, dopo aver superato nuovamente le 61.230 presenze al 29 febbraio 2020: l'avvento del Covid ha infatti indotto la magistratura di sorveglianza ad un fondamentale attivismo che si è estrinsecato in una significativa deflazione dei numeri permettendo di gestire – non senza inciampi – la questione della salute pubblica all'interno dei penitenziari italiani.

ra – dando priorità a quelle definitive – e valutando la disponibilità di progetti assistenziali alternativi alla REMS. Il fatto che questi criteri non vengano decisi a livello nazionale, ma siano stabiliti singolarmente da ogni Regione, solleva alcune perplessità non solo riguardo al livello di trasparenza e di metodologia comune nella raccolta dei dati, ma anche sul rischio di dare vita ad una topografia interpretativa variegata perché fondata su una discrezionalità regionale, frutto di diverse culture giuridiche e di differenti fattori ambientali.

La lista di attesa, come tutte le altre attività inerenti alle misure di sicurezza e la tutela della salute mentale in carcere, sono trattate e definite da un gruppo regionale inter-istituzionale che vede differenti attori riunirsi con frequenza costante, come le ASL, l'Amministrazione Penitenziaria, l'UEPE, e con la partecipazione dell'Autorità giudiziaria di cognizione e d'esecuzione.

La lista d'attesa rappresenta perciò il terreno interstiziale tra il bisogno di assicurare risposte ai bisogni di salute, ma anche di replicare alle esigenze di sicurezza provenienti dalla magistratura.

L'attesa di un posto in REMS costituisce però il punto critico nei rapporti tra sanità e giustizia: la stessa sentenza poc'anzi citata dà atto della discrasia tra i numeri comunicati dal Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria e quelli della Conferenza Stato Regioni. Al 31 luglio 2021, sono 750 le persone in attesa, secondo il DAP, e 568<sup>13</sup> secondo la Conferenza delle Regioni e delle Province autonome.

La Consulta riporta inoltre come in molte Regioni le liste d'attesa sono un fenomeno marginale, concernente meno di 10 persone; e che, per contro, le liste d'attesa sono numericamente rilevanti in sole cinque regioni (Sicilia, Puglia, Calabria, Campania e Lazio) nelle quali si concentra il 78 per cento del fenomeno<sup>14</sup>.

Il fenomeno delle liste d'attesa è perciò disomogeneo non solo nei tempi medi di permanenza, ma anche nei numeri e nella lettura che degli stessi viene fatta. Da un lato, infatti, il Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria «chiede alla psichiatria «posti» per effettuare collocazioni immediate al fine di dare immediata esecuzione a sentenze di proscioglimento per infermità mentale e applicazione della misura di sicurezza. Una prassi, quella di avere un posto dove

<sup>13</sup> A quest'ultimo dato si dovrebbero però sommare 103 persone che secondo la Conferenza non sono inseribili nell'immediato nelle REMS, trattandosi ad esempio di persone detenute in carcere ad altro titolo, irreperibili o dimoranti in uno Stato estero.

<sup>14</sup> In particolare, solo nella Regione Sicilia si rilevano 172 persone in lista d'attesa, pari a poco meno di un terzo del totale, con un tempo medio di permanenza in lista d'attesa di 458 giorni.

mettere i malati di mente, in linea con il codice penale del 1930 e con la legge 36 del 1904, piuttosto che con la 180/1978 e la legge 81/2014»<sup>15</sup>. Dall'altra, invece, poiché il sistema possa essere funzionale alla presa in carico ed alla cura del soggetto non imputabile occorre un limite definito di posti, la capienza della struttura residenziale «non si può dilatare senza correre il rischio di pregiudicare la logica di residualità, eccezionalità e transitorietà del momento custodiale»<sup>16</sup>.

Secondo i dati del sistema SMOP<sup>17</sup> la tendenza delle liste di attesa è quella di aumentare. Quest'aumento<sup>18</sup>, però, va letto anche alla luce della difficoltà di raccolta ufficiale dei dati e della gestione del sistema informativo da parte degli operatori incaricati di comunicare i soggetti in lista di attesa.

Esiste, infatti, una discrasia tra i numeri indicati dal sistema e quelli riportati dagli operatori presenti ai tavoli regionali.

<sup>15</sup> P. PELLEGRINI, *Liste di attesa per l'esecuzione delle misure di sicurezza detentive: analisi e possibili soluzioni*, [www.dirittopenaleuomo.org](http://www.dirittopenaleuomo.org), fascicolo 3/2021.

<sup>16</sup> COMITATO NAZIONALE DI BIOETICA, *La cura delle persone con malattie mentali: alcuni problemi bioetici*, parere del 2017, p. 38.

<sup>17</sup> Per una maggior precisione ai fini metodologici è opportuno qui precisare che i dati presentati nella 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.

<sup>18</sup> Secondo i dati riportati dal Garante Nazionale delle persone private della libertà nell'ultima relazione presentata al Parlamento, il numero di persone in attesa di collocazione in REMS è in netto aumento, passando da un totale, su base nazionale, di 603 persone nel 2019 a 715 alla fine del 2020, per giungere nel 2021 a 770 persone.

Emergono dunque alcune discrasie numeriche che vanno lette alla luce di quanto segue: l'analisi qui presentata è frutto di un'elaborazione effettuata sulla base dei dati così come riportati dal sistema SMOP, inseriti per mano degli operatori delle Residenze per l'esecuzione delle misure di sicurezza e dei Dipartimenti di Salute mentale. L'inserimento e la compilazione dei dati dei pazienti tuttavia non è considerata attività obbligatoria, il sistema presenta perciò, in alcune parti, dei dati mancanti ed esclusivamente riferibili alle REMS di certe Regioni come 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 Autonoma di Trento, in quanto non convenzionate. Le regioni Basilicata e Calabria poi, benché convenzionate, non utilizzano il sistema adeguatamente e con continuità. Oltre al modello poco strutturato di raccolta dati, l'altra chiave di interpretazione di tali discrasie è emersa dai dialoghi con diversi operatori sui territori e dai quali emergono frequentemente percezioni anche significativamente distanti in merito alle entità delle liste d'attesa. Ciononostante i trend collimano tutti nella direzione dell'aumento delle persone in attesa di un posto in REMS.

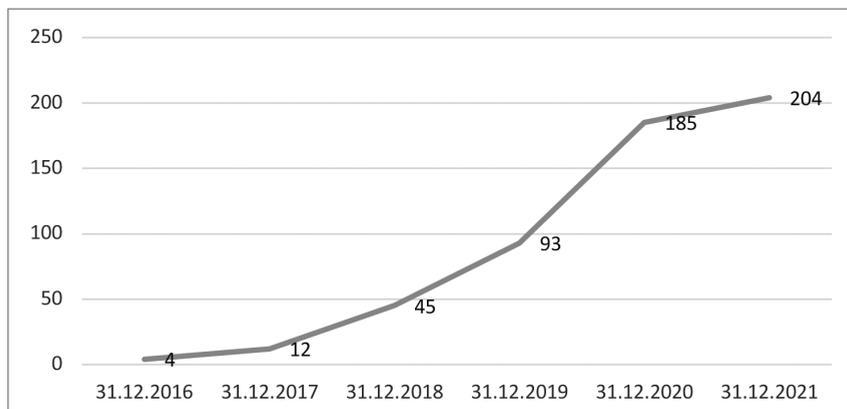


Grafico 1. *Soggetti in lista di attesa sul territorio nazionale 2016-2021*  
 Fonte: *Elaborazione personale sui dati del sistema SMOP, Sistema per il Monitoraggio del percorso di Superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari.*

Al 31 dicembre 2021, la lista di attesa per l'applicazione della misura di sicurezza detentiva – in via definitiva e in via provvisoria – in REMS è di 204 persone<sup>19</sup>, di cui 49 (pari al 24% della lista) in attesa presso gli istituti penitenziari. Se infatti da un lato è più semplice accertare l'eventuale mutamento della condizione di coloro che si trovano in carcere, dall'altro è complicato avere la stessa contezza per coloro che si trovano in libertà. Tuttavia la permanenza in carcere dei soggetti che attendono l'ingresso in una residenza per l'esecuzione della misura di sicurezza detentiva, solleva alcune perplessità non solo etiche e di tutela dei diritti fondamentali<sup>20</sup>, ma anche sulla legittimità della base giuridica di questa carcerazione<sup>21</sup>. Sul punto an-

<sup>19</sup> 185 persone all'ultima rilevazione del 18 dicembre 2020.

<sup>20</sup> L'istituto penitenziario costituisce un contesto ambientale difficile per certe categorie di soggetti, di per sé rappresentando un amplificatore del disagio mentale in quanto «salubre fabbrica della malattia», cfr. G. MOSCONI, *Il carcere come salubre fabbrica della malattia*, in *Rass. dir. penit. e crim.*, 2005, p. 59 ss.

<sup>21</sup> Si rimanda qui al prezioso intervento del Garante nazionale dei diritti delle persone private della libertà personale che nella sua relazione annuale del 2021 sul punto esplicita: «Su questa inaccettabile situazione è intervenuta già due volte la Corte europea dei diritti dell'uomo: ad aprile del 2020 e, di nuovo, a gennaio del 2021, ha usato lo strumento dei provvedimenti cautelari, emessi a norma dell'articolo 39 del Regolamento, per ordinare al Governo italiano di provvedere all'immediato trasferimento nella struttura appropriata delle due persone che avevano proposto ricorso contro la protrazione dello stato di detenzione in attesa della disponibilità di una Rems.», 2021, p. 228.



Di questi 204, il restante 76% dei soggetti in lista si trova in una qualche altra condizione di attesa, con un livello di contenimento via via decrescente fino alla libertà, come arresti domiciliari, libertà vigilata o comunità terapeutiche.

La permanenza di un numero cospicuo di persone in lista d'attesa 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 trattenute 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.

A tal proposito è utile qui riprendere le parole di Ulrich Beck<sup>24</sup> secondo cui la società contemporanea è di per sé una società del rischio (*Risikogesellschaft*), accettare il rischio come orizzonte globale del cittadino contemporaneo, prenderne atto «non significa che viviamo in un mondo più pericoloso di quello di prima. Semplicemente, il rischio è al centro della vita di ognuno di noi e al centro del dibattito pubblico, perché oramai le percepiamo ovunque. Ed è ovunque.»<sup>25</sup>, accettare che il rischio è socialmente costruito e che la produzione dei cambiamenti avviene non tanto a causa di un pericolo effettivo, quanto più a causa della percezione del rischio stesso, permette di non trasformare le emergenze in panico morale<sup>26</sup>. È infatti la percezione e non già la valutazione di esso che obbliga lo Stato ad agire ed alimenta la domanda di sicurezza.

Secondo Luhmann<sup>27</sup>, è nei processi di selettività, decisione, comunicazione e prevenzione che avviene il processo di gestione del

<sup>24</sup> U. BECK, *La società del rischio. Verso una seconda modernità*, Roma, 2000.

<sup>25</sup> *Ivi*.

<sup>26</sup> Il panico morale è una paura collettiva, il più delle volte irrazionale, che qualcuno (o qualcosa) costituisca una minaccia per la sicurezza, i valori o gli interessi di una comunità in generale. Il termine è stato coniato da S. COHEN, in *Folks and Devils and Moral Panics*, 1972.

<sup>27</sup> N. LUHMANN, *Sociologia del rischio*, Milano, 1996.

rischio, dove esso è sempre presente, a differenza del pericolo che, invece, è solo possibile. Facendo riferimento al contesto italiano, Anna Simone sottolinea come, nelle nostre società neoliberali, è ad alcune specifiche situazioni sociali di marginalità – come quella degli infermi di mente – che le pratiche di gestione del rischio attribuiscono la caratteristica di «categorie pericolose»: «il processo di selettività dei rischi ha avuto come suo rovescio principale la presa in carico solo di alcuni tra gli stessi rischi, prevalentemente quelli legati ai trend della criminalità e della devianza trascurando tutti gli altri; il processo di comunicazione dei rischi ha avuto come suo rovescio principale la costruzione di allarmi sociali legati a fenomeni un tempo considerati normali e fisiologici all'interno di qualsiasi modalità di mutamento sociale; il processo di decisione politica e giuridica ha avuto come rovescio principale l'escalation delle politiche securitarie; infine l'ideologia della prevenzione dei rischi ha spesso mostrato il suo rovescio attraverso l'acuirsi di nuovi dispositivi dediti al controllo sociale»<sup>28</sup>.

I dati sulle liste d'attesa sembrano darci il rimando di una realtà differente: appare infatti possibile ipotizzare forme di controllo alternative al contenimento all'interno di istituzioni totali senza necessariamente intaccare i livelli di sicurezza generali. La reazione del sistema all'esistenza di un numero cospicuo di persone in lista d'attesa fa emergere, infatti, strade alternative rispetto alla proposta ricorrente di aprire nuove REMS.

Una conferma di questa possibilità è rappresentata dai dati relativi al sistema delle revoche: dallo studio di caso effettuato sulle Regioni Piemonte e Campania è emerso come in alcuni casi i pazienti vengano revocati dalla lista d'attesa perché viene trovato loro un percorso alternativo alla misura detentiva.

In entrambe le Regioni analizzate, la misura più utilizzata risulta essere quella della Libertà Vigilata<sup>29</sup>, ovvero una misura di sicurezza non detentiva che però impone alcune prescrizioni idonee ad evitare le occasioni di nuovi reati, agevolando tuttavia il riadattamento della persona alla vita sociale.

<sup>28</sup> A. SIMONE, *I corpi del reato. Sessualità e sicurezza nella società del rischio*, Milano, 2010, p. 11.

<sup>29</sup> Per una trattazione più approfondita del tema della Libertà Vigilata si rimanda al saggio di Michele Miravalle all'interno di questo volume.

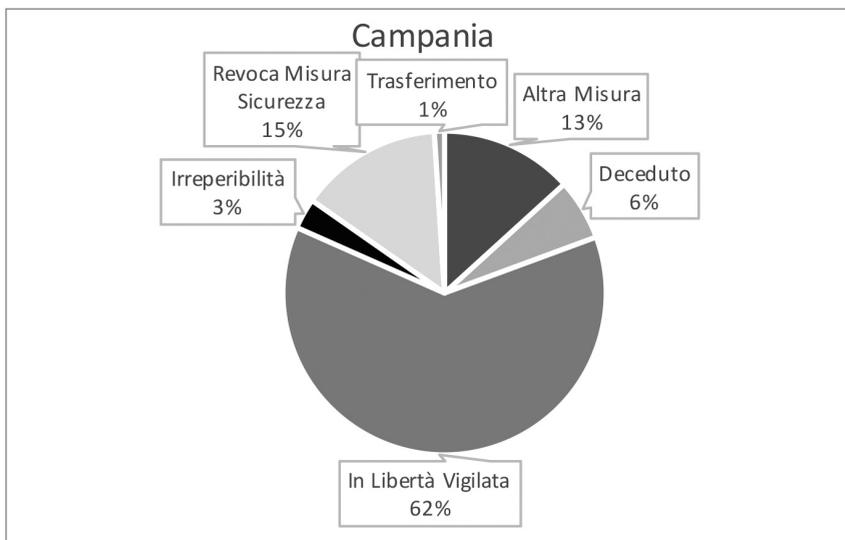


Grafico 2. Soggetti revocati dalla lista di attesa in Campania - rilevazione al 31.12.2021

Fonte: Elaborazione personale sui dati del sistema SMOP, Sistema per il Monitoraggio del percorso di Superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari.

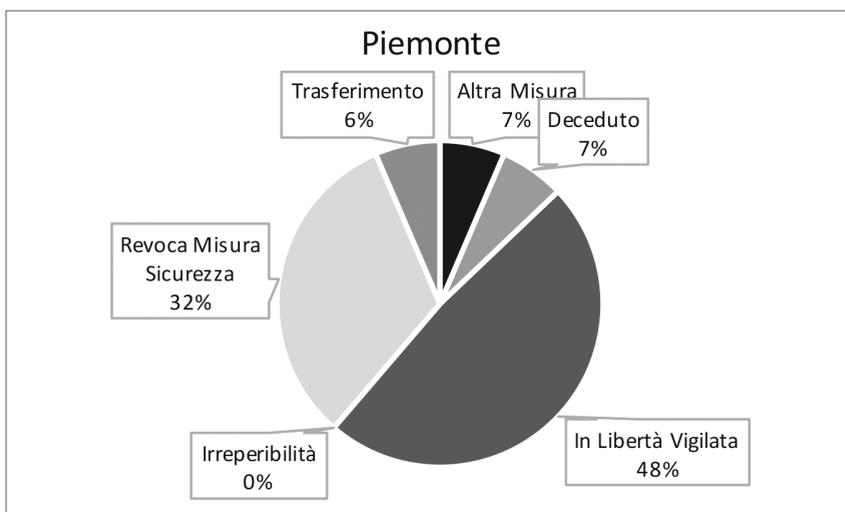


Grafico 3. Soggetti revocati dalla lista di attesa in Piemonte - rilevazione al 31.12.2021

Fonte: Elaborazione personale sui dati del sistema SMOP, Sistema per il Monitoraggio del percorso di Superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari.

Il sistema SMOP ha rilevato come il 62% delle revoche dalle liste campane per la concessione della libertà vigilata, insieme al 48% di quelle piemontesi, suggerisca che esistono delle alternative percorribili ai percorsi di istituzionalizzazione, e non solo. Indicano altresì 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.

Questi dati sulle revoche sembrano confermare, dunque, la validità delle liste d'attesa che costituiscono un filtro ad un uso soverchio 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, soprattutto per coloro che hanno una misura di tipo provvisorio e che tendono ad «intasare» il sistema REMS. Alla fine del 2021, infatti, il 43,7% delle persone presenti in REMS stavano eseguendo una misura provvisoria. Oltre a creare «sovraffollamento» nelle liste d'attesa le misure provvisorie sono portatrici di «numeroso problematiche per la tutela dei diritti delle persone che vi sono sottoposte. Dal punto di vista processuale presentano commistioni con la custodia cautelare, senza averne le garanzie, tanto che sarebbe preferibile abolirle e porre in carcere la persona, se vi sono esigenze cautelari, oppure affidarla al servizio psichiatrico sul territorio se non ve ne sono o sono ridotte; dal punto di vista della cura le misure provvisorie inducono a collocare nello stesso luogo, la REMS, persone che si trovano in fasi differenti del proprio percorso terapeutico (in genere in fase di acuzie i provvisori, invece compensati e con un programma avviato i definitivi) e possono creare turbamenti nell'equilibrio della comunità»<sup>30</sup>.

<sup>30</sup> K. PONETI, *Le REMS in prospettiva costituzionale: sul diritto alla salute contro il potere di rinchiodere*, in *L'Altro Diritto*, 2021, p. 46. Si rinvia inoltre a K. PONETI, *Le misure di sicurezza e la modifica del Codice penale*, in F. CORLEONE (a cura di), *Manicomi criminali. La rivoluzione aspetta la riforma*, 2018.

In quest'ottica, 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 risulta 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.

Un altro dato di particolare rilevanza fa riferimento alla presenza dei Piani Terapeutici Riabilitativi Individuali<sup>31</sup> (PTRI).

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,

<sup>31</sup> Così come definiti dall'art. 3-ter, commi 5 e 6, d.l. 211/2011, convertito in l. 9/2012, come modificato dal d.l. 24/2013, convertito in l. 57/2013, secondo cui il programma di ogni singola regione, oltre agli interventi strutturali, prevede attività volte progressivamente a incrementare la realizzazione dei percorsi terapeutico riabilitativi, definendo prioritariamente tempi certi e impegni precisi per il superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari, prevedendo la dimissione di tutte le persone internate per le quali l'autorità giudiziaria abbia già escluso o escluda la sussistenza della pericolosità sociale, con l'obbligo per le aziende sanitarie locali di presa in carico all'interno di progetti terapeutico-riabilitativi individuali che assicurino il diritto alle cure e al reinserimento sociale, nonché a favorire l'esecuzione di misure di sicurezza alternative al ricovero in ospedale psichiatrico giudiziario o all'assegnazione a casa di cura e custodia. A tal fine le regioni, senza nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica, nell'ambito delle risorse destinate alla formazione, organizzano corsi di formazione per gli operatori del settore finalizzati alla progettazione e alla organizzazione di percorsi terapeutico-riabilitativi e alle esigenze di mediazione culturale.

come spesso accade, non viene affatto aperta per tutta la durata della pena. È 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 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.

Come si evince però dalla tabella 1 summenzionata, accade anche che buona parte dei soggetti in lista di attesa, nello specifico il 57% dei pazienti in lista, abbia già un piano terapeutico personalizzato, quindi una presa in carico che prevede una soluzione alternativa alla REMS, una diversa tipologia di prestazione (sanitaria, sociosanitaria o sociale) con una propria tipicità del servizio (residenziale, semiresidenziale, ambulatoriale). Una percentuale altissima che dimostra la tendenza ad utilizzare le assegnazioni in REMS come valvola di scarico del sistema, dimenticando che la riforma non si concentra sull'utilizzo delle Residenze, ma su interventi territoriali di cui le REMS dovrebbero costituire l'*extrema ratio*.

Ovviamente il numero dei pazienti in lista di attesa differisce – e di molto – su base regionale.

Le ragioni di queste discrasie non vanno valutate sulla base della proporzione con la popolazione residente, ma in ragione dei differenti modelli sanitari regionali e dalla cultura degli attori della magistratura.

Il conflitto dei saperi tra il paradigma custodialista – con la tendenza ad orientarsi secondo un populismo punitivo che vede nelle mura, nel custodialismo e nell'istituzionalizzazione l'unico strumento di risposta alla pericolosità sociale – e il paradigma terapeutico – che mira a soddisfare le esigenze di cura del paziente autore di reato affetto da patologia mentale, con l'obiettivo ultimo della restituzione della persona alla rete dei servizi territoriali e alla sua reintegrazione nella società – incide su 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.

### 3. Il custodialismo delle politiche sociali

La tutela dei diritti della persona affetta da malattia mentale che commette un reato è questione complessa che ha, negli anni, richiesto l'intervento giuridico-penale da un lato e quello medico-psichiatrico dall'altro. Il trattamento dell'infermo di mente autore di reato e la sua esclusione dalla società si è sempre giustificato sulla base della funzione di tutela della collettività: il soggetto deviante è antisociale, disprezza le regole, è diverso e lontano dal resto dei consociati e si profila come qualcuno da cui difendersi e che va allontanato, secondo il concetto di «criminologia dell'altro» utilizzato da Garland<sup>32</sup> che drammatizza il diverso e vede come unica difesa quella della rimozione e dell'interposizione di un muro tra «noi» e «loro».

Già Michel Foucault<sup>33</sup> delineava la figura del folle-reo facendone risalire le origini sin dal XVI secolo e sottolineando come a partire dall'età classica gli uomini escludevano coloro che erano considerati «privi di ragione». È solo nel corso del XIX secolo che, con l'emanazione del codice penale francese nel 1810, viene tracciata una linea di «separazione dicotomica tra malattia e responsabilità, fra causalità patologica e libertà del soggetto giuridico, fra terapia e punizione, tra medicina e diritto penale, tra ospedale e prigione»<sup>34</sup>. Stabilendo, di fatto, il principio della porta girevole secondo cui quando la patologia entra in campo, la criminalità deve uscirne, «l'istituzione medica, in caso di follia, deve sostituirsi all'istituzione giudiziaria. La giu-

<sup>32</sup> Si fa qui riferimento all'opera di David Garland *La cultura del controllo*, in cui l'Autore esamina e distingue la «criminologia dal sé» dalla «criminologia dell'altro»: la prima definisce il deviante come un soggetto normale e razionale, e presuppone una certa normalità della devianza nella società, mentre la seconda vede i criminali come soggetti diversi e pericolosi e che pertanto vanno allontanati poiché «intrinsecamente malvagi, certi rei non sono come noi. Essi sono «altri pericolosi» che minacciano la nostra sicurezza e non suscitano sentimenti di fratellanza. L'unica reazione possibile è la difesa: dobbiamo difenderci da questi nemici pericolosi, anziché preoccuparci del loro benessere e della loro rieducazione. Come indica il titolo di un articolo scritto da John Di Iulio, dovremmo semplicemente «lasciarli marciare». La loro conaturata alterità ha ricadute anche sulle possibilità di «comprenderli». Il male intrinseco sfida tutti i tentativi di comprensione razionale o di spiegazione criminologica. Non ci può essere mutua intelligibilità, né una reale comunicazione tra «noi» e «loro». Comprenderli - come ha fatto la criminologia tradizionale - significa accoglierli, umanizzarli, riconoscere noi stessi in loro e loro in noi», p. 301.

<sup>33</sup> Si fa qui riferimento al testo di M. FOUCAULT, *Storia della follia nell'età classica*, Milano, 2011.

<sup>34</sup> M. FOUCAULT, *Gli anormali. Corso al Collège de France (1974-1975)*, Milano, 2017, p. 37.

stizia non può impadronirsi del folle. Diciamo meglio: la giustizia, non appena lo riconosce come tale, deve dichiararsi incompetente di fronte al folle ed è obbligata a rilasciarlo»<sup>35</sup>.

Ma anche la psichiatria, nel suo lungo processo di «medicalizzazione», ha contribuito a isolare il folle-reo, a rinchiuderlo nelle istituzioni con il fine di gestire la «crisi», l'«acuzie»; nel corso degli anni questa branca della medicina è stata considerata dalla letteratura specializzata come la pratica di una contraddizione, un'antinomia tra una «finalità terapeutica proclamata altamente e certe funzioni politico-amministrative di controllo sociale»<sup>36</sup>, secondo Castel infatti la psichiatria si è fatta pratica di sostituzione, vale a dire è diventata una copertura di tipo tecnico-scientifico ad un problema di potere che si pone altrove: lo slittamento di una contraddizione socio-politica in una soluzione tecnico-scientifica.

Le evoluzioni del controllo penale sono state orientate dall'esigenza dello Stato non tanto di contrastare i comportamenti illeciti, quanto più di dare una risposta indiretta alla crescita dell'insicurezza sociale, riconducibile più alla crisi del *Welfare State* ed al passaggio dallo stato sociale allo stato penale, che hanno visto nel carcere e, più in generale, nelle politiche di esclusione sociale una risposta di tipo custodiale, asservendo alla funzione ultima di restaurare l'ordine morale violato e assicurando le coscienze dei cittadini<sup>37</sup>. Isolare il deviante, allontanare colui che ha violato le norme sociali di una comunità rinchiudendolo nelle realtà manicomiali, è stata per anni la risposta al mandato che la società ha consegnato ai governi affinché i malati di mente fossero custoditi in modo tale da non nuocere più.

Il problema è consistito – e consiste – in una concezione della cronicità ed ineluttabilità del disturbo psichico, visto come un qualcosa di imm modificabile e che dunque non permette a questi soggetti di esplicitare in qualche modo la propria personalità nella vita di relazione. Per usare le parole di Agostino Pirella, «una delle norme più tenaci e più autodifensive è quella che si riferisce al destino del malato di mente nella nostra società. Il malato di mente non può essere tollerato in società. Il suo modo di apparire e di vivere deve essere occultato e represso»<sup>38</sup>.

<sup>35</sup> *Ivi*, p. 38.

<sup>36</sup> R. CASTEL, *La contraddizione psichiatrica*, in F. BASAGLIA e F. BASAGLIA ONGARO (a cura di), *Crimini di pace*, Torino, 1975, p. 70.

<sup>37</sup> M. PAVARINI, *Governare la penalità. Struttura sociale, processi decisionali e discorsi pubblici sulla pena*, in numero monografico, *Ius*, 17, anno VI, nr. 3, 2013.

<sup>38</sup> A. PIRELLA, *La negazione dell'ospedale psichiatrico tradizionale* in F. BASA-

È solo con Franco Basaglia e la sua battaglia per la chiusura dei manicomi che comincia la messa in discussione del modello di gestione dell'esistente, la problematizzazione di come razionalizzare la sofferenza: definire quale è lo spazio di sospensione in cui si può esercitare un equilibrio tra la vocazione terapeutica e la vocazione politica. Per disarticolare la grande narrazione dell'emancipazione su cui si basava la cultura della psichiatria in Italia, la legge 180 del 1978 riformava le procedure e l'apparato concettuale sottostante al trattamento involontario, facendo per la prima volta emergere come le esigenze di cura prevalessero su quelle di custodia.

Quello che la riforma basagliana ha portato con sé non è però certo stato un percorso privo di ostacoli: il superamento dell'istituzionalizzazione rigida ha infatti avuto un processo piuttosto ondivago, fatto più di modificazioni anziché di travolgimenti, determinando il passaggio da una psichiatria asilare fondata sull'internamento ad un lavoro sulla malattia mentale fondato sull'inclusione nella comunità, anziché sull'esclusione dalla stessa.

Il superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari e la successiva creazione delle Residenze per l'esecuzione delle misure di sicurezza ha dato avvio non tanto ad un fenomeno di deistituzionalizzazione – che vede i pazienti fluire da un *setting* istituzionale ad uno non istituzionale – quanto più ad un processo definito come transistituzionalizzazione<sup>39</sup>, attraverso cui gli autori di reato infermi di mente circolano da un contesto istituzionalizzato ad un altro.

Cionondimeno il dibattito sul rischio che le nuove REMS rappresentino dei nuovi piccoli OPG rimane aperto e sempre più attuale, in un «confronto che, il più delle volte, scaturisce in seguito a qualche notizia giornalistica, come a qualche sentenza in materia, e si sviluppa intorno alla presunta necessità di attivare nuovi posti letto nelle suddette strutture, oppure sul caratterizzare le REMS come luoghi di custodia, aumentando il personale di vigilanza, piuttosto che come luogo di transizione e, quindi, esclusivamente come tappa di un attento processo di inclusione»<sup>40</sup>.

La sociologia del controllo sociale ha da tempo rivelato l'esisten-

GLIA (a cura di), *L'istituzione negata. Rapporto da un ospedale psichiatrico*, Torino, 1968, p. 320.

<sup>39</sup> T.G. BLOMBERG, *Criminal justice reform and social control: are we becoming a minimum security society?*, in J. LOWMAN, R.L. MENZIES e T.S. PALYS, *Transcarceration: essays in the sociology of social control*, England, 1987.

<sup>40</sup> E. LUPO, *Protocolli operativi. Misura di sicurezza provvisoria. Pazienti difficili. Deistituzionalizzazione*, su [www.questionegiustizia.it](http://www.questionegiustizia.it)

za di meccanismi disciplinari che tendono a stabilire una continuità tra assistenza e repressione, il cui scopo non è più il trattamento, e nemmeno il disciplinamento ad esso associato, ma la pura incapacitazione, la capacità di agire e farlo su persone appartenenti a una determinata categoria sociale ai limiti<sup>41</sup>.

È in questo quadro infatti che si inserisce la transcarcerazione, ovvero il proliferare di una panopia di agenzie sociali, mediche, educative, eredi dello Stato sociale che sebbene incaricate di fornire servizi finiscono per costituire un tassello dell'«arcipelago carcerario»<sup>42</sup>. Dal tempo in cui «prigione e manicomio si spartivano il dominio esclusivo dell'internamento, la rete delle istituzioni segregative si è allargata e differenziata e il passaggio dell'internamento si è complicato a tal punto che risulta difficile tracciarne la mappa esatta»<sup>43</sup>, a ricordare come «gli schemi di intervento medico-psicologico nel tessuto sociale si fondano ancora su una base di segregazione e di violenza. Se c'è una novità, questa non è certamente la riduzione delle forme di internamento nelle istituzioni, ma il fatto che categorie sociali più differenziate che in passato trovano ora collocazione all'interno di un reticolo ben più esteso e fluido di istituzioni»<sup>44</sup>.

La decentralizzazione del controllo sociale, che prende forma in questo caso attraverso la transistituzionalizzazione, è rappresentativa di un approccio olistico e diffuso del potere dello Stato nel punire coloro che in qualche modo infrangono le regole della convivenza sociale: l'infrazione alla «norma del «vivere civile», l'incapacità di «stare al gioco», l'angoscia di vivere in un mondo che respinge ed opprime, si paga con questo passaggio all'istituzione totale»<sup>45</sup>.

La riforma<sup>46</sup> che ha introdotto le Residenze per le misure di sicurezza ha, dal canto suo e lungi dal gesto basagliano deistituzionalizzante di rompere anche con le buone pratiche, introdotto alcune correzioni al sistema della istituzionalizzazione rigida della malat-

<sup>41</sup> L. RE, *Carcere e globalizzazione. Il boom penitenziario negli Stati Uniti e in Europa*, Roma-Bari, 2006.

<sup>42</sup> S. COHEN, *The Punitive City: Notes on the Dispersal of Social Control*, in *Contemporary Crises*, 3, 1979, pp. 339-363.

<sup>43</sup> Si fa qui riferimento al testo di F. CASTEL, R. CASTEL e A. LOVELL, *La société psychiatrique avancée. Le modèle américain*, Paris, 1979; capitolo tradotto in *Aut Aut*, Il Saggiatore, n. 179-180, 1980.

<sup>44</sup> *Ivi*.

<sup>45</sup> A. PIRELLA, *La negazione dell'Ospedale Psichiatrico tradizionale*, in F. BASAGLIA (a cura di), *L'istituzione negata*, Torino, 1968, p. 208.

<sup>46</sup> Si rimanda al saggio di Perla Arianna Allegri, Barbara Giors e Michele Miravalle in apertura a questa collettanea.

tia mentale, dando vita ad una costruzione quotidiana – non sempre facile – di una forma di organizzazione che tenga insieme una vocazione terapeutica ed una politica. Le REMS nascono infatti come piccole strutture dedite all'accoglienza e alla cura degli autori di reato affetti da disturbo mentale e ritenuti pericolosi socialmente, caratterizzate da un'esclusiva gestione sanitaria, dal carattere della residua-lità e della temporaneità: il ricovero in REMS soggiace perciò anche alle esigenze di ordine pubblico e di tutela dei diritti dei terzi, della collettività, rispetto all'infermo di mente.

Secondo Castel, per mettere «in atto forme di segregazione a vita non sono più obbligatorie strutture gigantesche circondate da mura e da fossati. Istituzioni più leggere possono convenientemente assicurare più rapide rotazioni e assumere alcune funzioni tradizionali degli ospedali psichiatrici»<sup>47</sup>.

Tuttavia il numero contenuto di posti in REMS ha avuto come contraltare la creazione di un altro luogo, non fisico né tangibile, dove allocare i destinatari di una misura di sicurezza detentiva: la lista di attesa, l'ultimo cardine di tenuta tra le polarizzate esigenze di tutela della salute da una parte e quelle di difesa sociale dall'altra, che vedono contrapporsi il «diritto alla sicurezza» alla «sicurezza dei diritti»<sup>48</sup>, nel tentativo di mettere un freno alle esigenze di sicurezza che promanano dall'«emozione pubblica»<sup>49</sup> e che vengono fatte coincidere con la richiesta di repressione a vantaggio della presa in carico del non imputabile.

#### 4. *Saperi scientifici a confronto: ulteriori criticità per le liste d'attesa*

Come si evince dall'ordinanza di Tivoli e dai commenti della letteratura sul tema, i rapporti tra giustizia e psichiatria non sempre sono allineati rispetto ai rispettivi bisogni. Da un lato promanano quelli di stampo securitario, a protezione della collettività, dall'altro quelli a tutela di una cura dignitosa per l'autore di reato affetto da

<sup>47</sup> F. CASTEL, R. CASTEL, A. LOVELL, *La société psychiatrique avancée. Le modèle américain*, Paris, 1979; capitolo tradotto in *Aut Aut*, Il Saggiatore, n. 179-180, 1980.

<sup>48</sup> A tal proposito si utilizza la lettura di Alessandro Baratta nell'accezione positiva del concetto di sicurezza, teso a promuovere «una politica integrale di protezione e soddisfazione dei diritti umani e fondamentali», in A. BARATTA, *Diritto alla sicurezza o sicurezza dei diritti*, in *Democrazia e diritto*, 2000, p. 24.

<sup>49</sup> Per approfondire il concetto di «emozione pubblica» si veda V. SUSCA, D. DE KERKHOVE, *Transpolitica*, Milano, 2008.

patologia psichiatrica. Emerge la tensione tra funzioni di controllo e funzioni di cura, che caratterizzano i diversi ruoli professionali e i modelli culturali espressione degli stessi.

Queste divergenze rendono spesso difficile sviluppare intese e collaborazioni operative nella pratica, lasciando così molto spesso uno spazio determinante a processi strutturali di tipo informale. Spesso il conflitto tra il paradigma medico terapeutico-riabilitativo e istanze securitarie si sostanzia in percezioni diffuse del tipo di funzione a cui la REMS risponde. Gli attori che siedono nei tavoli regionali e che materialmente gestiscono le liste di attesa sono costituiti – come affermato nel primo paragrafo di questo capitolo – dai servizi di salute mentale sul territorio e dall'ordine giudiziario con l'obiettivo di trovare soluzioni per una presa in carico sanitaria delle persone potenzialmente destinatarie di una misura di sicurezza.

Molto spesso accade infatti che la magistratura vede nella malattia mentale un limite invalicabile, qualcosa di inguaribile.

*«La pericolosità sociale che è l'altro criterio che porta il paziente in REMS... eh... la salute cambia però, magari. Dopo il reato la persona è cambiata dal nostro punto di vista, ma quindi anche sui comportamenti. E noi lì possiamo infilarci, noi sanitari, e dire ai giudici «no guarda che non è più necessario che tu gli dai la misura detentiva perché io penso di poterlo gestire anche nella misura non detentiva».*

(Psichiatra, REMS)

Su questo, come si evince dall'intervista appena riportata, la psichiatria ha un'altra visione fondata sulla cura anziché sul bisogno di internamento, consapevole del decorso del disturbo psichico, tipicamente cronico, con acuzie da gestire e con esiti che possono variare il ripristino funzionale del soggetto.

Per il buon funzionamento della riforma e per la piena realizzazione degli obiettivi del superamento degli Ospedali psichiatrici giudiziari, è stata auspicata – in diverse sedi – una collaborazione e una conoscenza reciproca tra tutti i soggetti istituzionali coinvolti allo scopo di creare una condivisione non solo operativa, ma anche culturale, dando di fatto vita ad una concertazione che sia in grado di superare le logiche difensive degli attori coinvolti ed attivare prassi comunicative, gestionali ed operative al fine di prospettare le migliori soluzioni in grado di bilanciare la necessità di applicazione di una misure di sicurezza con le necessità terapeutiche del soggetto autore di reato non imputabile.

A tal proposito, anche il Consiglio Superiore della Magistratura si è espresso più volte sulla necessità di «delineare un quadro di buone

pratiche e di schemi procedurali, volti a valorizzare le acquisizioni scientifiche e dottrinali emerse nell'ultimo decennio, nonché a garantire un effettivo sviluppo ai principi insiti nelle novelle legislative»<sup>50</sup>.

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».

(Psichiatra, REMS)

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, nonostante questi non debbano rilevare ai fini della pericolosità sociale così come disciplinato dalla riforma. Vengono però utilizzati spesso indicatori di rischio tipici della giustizia attuariale<sup>51</sup>, appartenenti a quel modello teorico del sistema di giustizia penale che impiega concetti e metodi simili alla matematica attuariale e che valuta il rischio e la pericolosità dei soggetti devianti anziché focalizzarsi sul trattamento del singolo e sull'eliminazione della devianza. L'*actuarial justice* infatti accetta la devianza come fenomeno sociale inevitabile e gestisce i devianti utilizzando una combinazione di variabili associate a diverse categorie e livelli di rischio, di fatto criminalizzando maggiormente quei soggetti che si trovano in situazioni di indigenza, che sono stranieri senza un tessuto sociale sul territorio, o coloro che appartengono alle fasce più povere socio-economicamente e che, in ragione della mancanza di affidabilità sociale, rischiano di vedersi inviati in REMS.

Gli operatori delle REMS, così come gli operatori delle comunità, durante le interviste ed i focus group condotti nella nostra ricerca, ci riportano spesso di non essere loro a fare delle prognosi sul futuro, bensì i magistrati, proponendoci così una delle varie materializzazioni

<sup>50</sup> Si rimanda qui alle Disposizioni urgenti in materia di superamento degli Ospedali psichiatrici giudiziari (OPG) e di istituzione delle Residenze per l'esecuzione delle misure di sicurezza (REMS), di cui alla legge n. 81 del 2014. Questioni interpretative e problemi applicativi» del 19 aprile 2017 ed alla Risoluzione sui Protocolli operativi in tema di misure di sicurezza psichiatriche» del 21 settembre 2018.

<sup>51</sup> M. FEELEY e J. SIMON, *The New Penology: Notes on the Emerging Strategy of Corrections and its Implications*, in *Criminology*, 30, 1992; M. FEELEY e J. SIMON, *Actuarial justice: The emerging new criminal law*, in D. NELKEN (edited by), *The futures of Criminology*, London, 1994, pp. 173-201.

dell'annosa questione riguardante la complessa intersezione tra il piano giuridico e quello sanitario, che si estrinseca in limiti comunicativi

*«D: quindi ecco per tornare alle criticità della chiusura OPG. Da un lato i numeri e ci sono altri fattori? Penso ai rapporti tra i vari soggetti coinvolti. L: la lingua. Un linguaggio comune fra dottori, diciamo, e magistrati. Ma gli avvocati tanto tanto. Ma ovviamente il linguaggio perché finché non si codifica un linguaggio comune diventa più complicato e credo che questo sia il problema principale che nasce da quando tutta questa parte è stata poi affidata alla sanità. No, quindi una difficoltà reciproca proprio di considerare poi tutti gli aspetti, avere una visione e alle volte noi ci troviamo un po' a fare da mediatori perché poi noi il problema, cioè il problema è un problema di risorse. Comunque la quotidianità ce l'abbiamo in mano noi quindi alle volte fra servizi e magistratura ci mettiamo lì in mezzo e cerchiamo di facilitare un po'... Devo dire che tutto sommato questo lavoro che ci viene abbastanza bene, dai. Ovviamente un grosso dispendio di energie perché oltre alle normali risorse messe su tutti i pazienti, sulla gestione normale, c'è poi il fare questo lavoro di facilitatori, che è comunque un lavoro che richiede tanto, tanto, tanto tempo e formazione».*

(Focus group psicologi comunità)

Avviene spesso poi che le culture istituzionali «in questo quadro valore particolare assumono le divaricazioni di orientamenti tra i pareri dei diversi soggetti istituzionali»<sup>52</sup>, espressione dei rispettivi ruoli professionali. L'auspicio è che possa esserci una maggiore condivisione di un linguaggio comune che abbia come funzione ultima quella di avvicinare le concezioni di quello che si intende come obiettivo terapeutico, orientando il discorso dei servizi territoriali, e della magistratura soprattutto, verso forme di conoscenza di carattere extra-giuridico sul trattamento terapeutico dell'autore di reato affetto da malattia mentale.

*«V: Io ti curo, io ti do degli strumenti ma poi ti deve accogliere un territorio. G: secondo voi rimangono in REMS anche persone che sarebbero pronte per uscire? V: sì questo sì perché i malati mentali, come diceva il mio direttore, sono pochi. Col DSM potrebbero essere seguiti dal territorio. Ma c'è un limite, il territorio non funziona. S: magari al Nord da lei funziona...»*

<sup>52</sup> D. BERTACCINI e G. MOSCONI, *Analisi quantitativa del sentencing sugli affidamenti terapeutici. Criteri di tenuta dei fascicoli e condizioni di accesso alle misure nel loro impatto sui processi decisionali*, in *Antigone, quadrimestrale di critica del sistema penale e penitenziario*, anno V, n. 2-3, 2010, p. 65.

V: il problema è anche al Nord, ma forse in Campania è più forte.

G: cosa servirebbe? Solo più soldi?

V: un po' più volontà di organizzazione a livello regionale.

S: ma anche la capacità di gestione, ci sono fondi ma se non sono capaci a gestirle...

L: la mentalità...»

(Focus group operatori sanitari, REMS)

Come emerge da questo focus group, un'altra variabile affiora poi nella gestione della lista d'attesa e si riferisce alle differenze tra le varie Regioni. I differenti modelli regionali sanitari e gli approcci della magistratura vanno a costituire quella che può definirsi una «topologia della discrezionalità», dove rileva la prospettiva dell'analisi territoriale nei vari profili locali che influenzano gli orientamenti del *sentencing* e dell'approccio terapeutico. Non tutte le Regioni investono invero ugualmente nel trattamento riabilitativo dell'infermo di mente e spesso i territori sono manchevoli nella capacità di ricezione dei pazienti.

##### 5. Numero chiuso e limitatezza dei posti nelle REMS: l'offerta che crea domanda

Un altro dei temi certamente molto dibattuto è quello che riguarda la presunta insufficienza dei posti letto in REMS.

Su questo punto le culture professionali dei medici e quella dei magistrati si scontrano di continuo. Da un lato la magistratura cerca un luogo istituzionalizzato in cui relegare un soggetto pericoloso socialmente, dall'altro gli operatori sanitari che vi lavorano, cercano di resistere a strutture sovraffollate per non vedere svilita la natura sanitaria, e perciò per definizione «contenuta», della REMS, che fa di sé stessa – e del rapporto tra operatore e paziente – una struttura sanitaria e non di internamento.

«Per carità poi col sindaco qua ci siamo detti «apriamo la seconda REMS» [...] però in sanità comunque l'offerta crea domanda, quindi se tu dici «io ho dei posti letto»... eh... è impressionante!

Infatti negli ultimi anni si è cercato di lavorare sul territoriale, sui percorsi esterni: gli invii aumentano, le permanenze aumentano».

(Psichiatra, REMS)

È infatti ben noto agli attori dei servizi di salute mentale – come si legge in questa intervista – come la sanità, così come il carcere, sembrano essere caratterizzate dal paradigma secondo cui è «l'offerta che

determina la domanda». Come teorizzato da Christie<sup>53</sup>, la crisi del Welfare State, da un lato, e l'ingresso di gruppi industriali nel settore penitenziario, dall'altro, hanno rappresentato la base dell'esplosione del business penitenziario che ha visto le carceri divenire negli anni un «florido affare trasformando l'approccio della classe politica alle questioni penali»<sup>54</sup>. Il paradigma securitario di fronte alla diminuzione delle risorse per la spesa sociale ha di fatto risposto aumentando quelle relative alla spesa penitenziaria e a quella sanitaria<sup>55</sup>. Se aumentati i posti in REMS, infatti, potrebbero aumentare i provvedimenti di internamento. Il problema risiede infatti nella visione e nell'approccio tra psichiatria e giustizia penale.

*«Noi lavoriamo sul PTRI e più delle volte dovrebbe avere la finalità del rientro del paziente sul territorio, la difficoltà è trovare un territorio e un DSM che è in grado di orientarlo e controllare, monitorare un rientro vuoi per mancanza di risorse, vuoi perché economicamente la regione non è in grado di sostenere progetti di rientro a casa. La REMS non è un fatto di custodia, è un fatto di passaggio. Io ti curo, io ti do degli strumenti ma poi ti deve accogliere un territorio».*

(Focus Group operatori sanitari, REMS)

Storicamente, l'accondiscendenza alle richieste degli uffici giudiziari ha rappresentato una storia fallimentare:

*«Abbiamo fatto un lavoro sull'individuazione degli indicatori di priorità, proprio per cercare di, insomma, dare un pochino un ordine. Devo dire che, sì, ogni tanto arriva il sollecito, ma se non c'è il posto letto, non c'è il posto letto. All'inizio a me è capitato [...]. Questo però è successo appunto più o meno tre anni e mezzo fa».*

(Psichiatra, REMS)

Se saltasse infatti il numero chiuso, si vedrebbe svilita anche la natura delle REMS che nel rapporto tra operatore e paziente fonda la sua natura di struttura sanitaria.

*M: Lei sta dicendo che in realtà la struttura REMS potrebbe essere sostituita da esempi comunità che già esistono senza creare.*

<sup>53</sup> Cfr. N. CHRISTIE, *Il business penitenziario. La via occidentale al gulag*, Milano, 1997.

<sup>54</sup> L. RE, *Carcere e globalizzazione. Il boom penitenziario negli Stati Uniti e in Europa*, Roma, 2006, p. 85

<sup>55</sup> Cfr. P. BUFFA, *La profezia penitenziaria: se il carcere diventa un laboratorio sociale*, in *Rass. it. Criminologia*, n. 3, 2011, pp. 49-64.

*S: la REMS è una comunità specializzata, perché questa funzione di contenimento della pericolosità è in realtà molto relativa ed è, in alcuni casi, centrare il lavoro sul paziente, laddove si può fare e, nei casi in cui non si può fare, è relativamente inutile.*

*A: è relativamente inutile, assolutamente sì. Il paziente che lavora, certo, non so, è una struttura di detenzione e per noi sanitari questo è un controsenso terrificante e ci mette proprio in difficoltà. Il paziente che ha bisogno del contenimento, ma del contenimento rispetto al disturbo, viene contenuto nella struttura ad alta specificità. Secondo me quindi non c'è bisogno di creare una struttura peculiare, perché alla fine questa non lo è: il lavoro che possiamo fare, lo potremmo fare anche chiamandoci comunità; questo è. Il lavoro che non si può fare non si può fare, anche se lo chiamiamo REMS, non è che se mettiamo un regime di detenzione... questo rischia di diventare poi in realtà controproducente.*

(Operatori sanitari, REMS)

*T: lei pensa che più posti letto in REMS potrebbe essere una soluzione?*

*A: secondo me le REMS andrebbero chiuse, nel senso che il lavoro da fare a monte è individuare il paziente che ha commesso un reato che è antisociale, questa è una mia opinione molto grezza e anche molto ignorante, però, fa il carcere se deve e punto, non c'è una diagnosi. Poi c'è il paziente che è un paziente e che deve essere seguito e ci sono pazienti per cui la REMS può fare un lavoro ed è un lavoro che fa una comunità psichiatrica ad alta specificità. E non un'altra cosa.*

(Psichiatra, REMS)

La lista d'attesa rappresenta perciò un sintomo, non la malattia. È un sintomo rispetto alle difficoltà che ha oggi il sistema di tutela ed assistenza della salute mentale, la sopravvivenza di una cultura che era tipica dei manicomi criminali e secondo cui il malato va custodito.

La contenutezza dei posti è una scelta, non una mancanza; la legge 81 del 2014 ha invero pensato alle REMS come ad uno dei percorsi – non l'unico – in cui eseguire le misure: «da questo modello deriva il numero limitato dei posti in REMS, destinati solo ai casi più gravi (principio dell'*extrema ratio*). Perché il sistema funzioni il limite dei posti deve essere conservato, la capienza complessiva «non si può dilatare senza correre il rischio di pregiudicare la logica di residualità, eccezionalità e transitorietà del momento custodiale», piuttosto si dovrebbe affrontare, con una diversificazione delle strutture residenziali e maggior sostegno alla funzionalità dei presidi psichiatrici sul territorio, la disomogeneità e complessità dei quadri patologici dei pazienti ricoverati»<sup>56</sup>.

<sup>56</sup> K. PONETI, *Le REMS in prospettiva costituzionale: sul diritto alla salute contro il potere di rinchiudere*, in *L'Altro Diritto*, 2021, p. 40.

## 6. Il disciplinamento delle perizie psichiatriche

I percorsi che portano all'applicazione di una misura di sicurezza sono differenti e dipendono da quadri patologici eterogenei.

Il tema delle perizie rappresenta, secondo le parole degli operatori delle REMS e delle comunità intervistati, una delle questioni più controverse. Da sempre, infatti, forti critiche sono state mosse nei confronti delle attività peritali, definite da Franca Ongaro Basaglia come «codificazioni discriminanti, diagnosi che acquistano il significato di un preciso giudizio di valore, definizioni di stati morbosi che si tramutano in «stigma», sono l'evidenza di ciò che tuttora sottende la nostra cultura psichiatrica: l'ideologia *della diversità come esasperazione della differenza fra gli opposti, salute e malattia, norma e devianza*»<sup>57</sup>.

Emerge forte la percezione che la perizia venga effettuata in periodi di tempo piuttosto brevi e le storie di vita degli individui vengano costruite sulla base dei fascicoli e non già su un'osservazione nel tempo, come avviene invece da parte degli operatori sanitari delle REMS<sup>58</sup>.

«C: rimane la grossa attenzione che va fatta, grossissima, in fase di valutazione perché il rischio di avere a che fare con [...] con gente che di psichiatrico non ha nulla è altissima [...] Quindi questa è la parte che immagino spiazzi tutti: noi che facciamo comunità, i magistrati e anche e anche i medici, i dottori in generale perché oggettivamente è una valutazione molto complicata da fare. Noi facciamo i nostri test all'ingresso, c'è questo protocollo che ci aiuta in questa fase però alle volte poi è anche difficile poi condividere sti dati e far capire che... perché poi problemi sono molto pratici alle volte, no? Sono problemi anche d'impatto sociale o di soprannumero».

(Psicologo, comunità)

Un altro aspetto è il potere di disciplinamento proprio delle perizie, che mette in atto un atteggiamento di «psichiatria difensiva»<sup>59</sup>, soprattutto quando si trova ad interagire con il campo giuridico:

<sup>57</sup> F. BASAGLIA, F. ONGARO BASAGLIA, *La maggioranza deviante. L'ideologia del controllo sociale totale*, Milano, 2010, p. 24.

<sup>58</sup> Per un ulteriore approfondimento sulla questione relativa alle perizie psichiatriche si rimanda ai capitoli di Daniela Ronco e Vincenzo Villari presenti in quest'opera e nuovamente a Daniela Ronco per il tema dei cripto-imputabili.

<sup>59</sup> Sul tema si rimanda a F. BASAGLIA e F. ONGARO BASAGLIA, *La maggioranza deviante. L'ideologia del controllo sociale totale*, Milano, 2010 e a F. POGGI, *La medicina difensiva*, Modena, 2018.

«L: Chiunque fa le perizie, ma ti parlo del 90%, non dirà mai che qualsiasi paziente, tossico, non tossico, psichiatrico ecc., non sia pericoloso. È una medicina difensivistica che bisogna smontare. E questa è la logica, loro hanno il loro consulente privato, che ovviamente cerca sempre di tutelarsi, nel bene e nel male».

(Psichiatra, coordinamento regionale)

Secondo Foucault, la perizia costituisce la giuntura fra il giudiziario ed il medico, essa «non si rivolge a delinquenti o a innocenti, a malati in opposizione a non malati. Si rivolge a qualcosa che chiameremo la categoria degli «anormali». In altre parole: la perizia medico-legale si dispiega realmente in un campo non di opposizione del normale al patologico, ma di gradazione dal normale all'anormale»<sup>60</sup>.

La letteratura sul processo penale descrive come «il ragionamento di senso comune e l'uso delle caratteristiche delle tipizzazioni dei trasgressori sono usate per decidere della colpevolezza o dell'innocenza»<sup>61</sup>. Maynard<sup>62</sup> sostiene che l'attività di *bargaining*, tipica degli attori sociali protagonisti del processo, produca delle strutture narrative che costruiscono la figura del soggetto come «buono» o «dal cattivo carattere» o «pericoloso». La descrizione delle caratteristiche socio-relazionali dell'imputato non è perciò meramente descrittiva, ma utilizzata per l'utilità interazionale che da essa discende: decidere sulla colpevolezza o meno dell'autore di reato e sulla sua pericolosità sociale.

È in questo contesto che rileva la questione dei cripto-imputabili, ovvero di coloro che, pur vivendo una qualche forma di disturbo psichiatrico, sono considerati in grado di intendere e volere al momento della consumazione del reato, e cionondimeno accedono al sistema psichiatrico giudiziario anziché essere sottoposti alla pena ordinaria.

Il soggetto cripto-imputabile peritato molto spesso presenta tratti tipici della antisocialità più che veri e propri disagi psichiatrici ed è considerato un paziente difficile, *in primis*, perché non compliant nonostante presenti un corredo clinico che non sembra patologico, ma non è definibile nemmeno normale e, secondariamente, perché mostra disturbi del comportamento e condotte per lo più antisociali che minano il clima terapeutico che dovrebbe caratterizzare le REMS.

<sup>60</sup> M. FOUCAULT, *Gli anormali. Corso al Collège de France (1974-1975)*, Milano, 2017, p. 46.

<sup>61</sup> D. MAYNARD, *Inside Plea Bargaining: The Language of Negotiation*, New York, 1984.

<sup>62</sup> Cfr. S. HESTER e P. EGLIN, *Sociologia del crimine*, Lecce, 1999.

*«Una delle criticità è che non c'è un meccanismo di feedback da quel punto di vista, cioè, c'è all'ingresso una selezione all'ingresso e questo è un paziente che ha commesso un reato e che al un momento non era capace di intendere e di volere e incapace di stare in giudizio, non è compatibile con il carcere. Ecco non c'è un feedback verso l'alto tra virgolette, verso la magistratura in cui viene detto «Guardate, noi con questo paziente ci stiamo lavorando, ci abbiamo lavorato, abbiamo fatto la nostra valutazione. Questo che è stato visto qui probabilmente era legato al contesto, se era in carcere un contesto particolare o che... non ci sembra che sia proprio così, forse appartiene più a un altro ambito, quindi un po' più delinquenziale e che ad uno scompenso clinico».*

(Psicologo, comunità)

La perizia psichiatrica perciò «continua a essere il luogo in cui converge tutto l'armamentario culturale, con le urgenze del controllo sociale, i burocratismi dei dispositivi legislativi, i condizionamenti che i media e le politiche dominanti mettono in gioco»<sup>63</sup>, con il rischio – ai fini della valutazione della pericolosità sociale – di prendere in considerazione elementi strettamente legati alle risorse individuali e socio-familiari del reo che, proprio in forza del nuovo portato normativo riformatore, non dovrebbero rilevare in alcun modo.

7. *Riflessioni conclusive: «La REMS non è un fatto di custodia, è un fatto di passaggio»*

Nel quadro appena descritto l'esperienza della lista d'attesa pensata come sistema a garanzia del numero chiuso, insieme agli altri pilastri fondamentali della riforma come l'utilizzo della REMS come *extrema ratio*, il principio della territorialità, il limite temporale delle misure di sicurezza, il principio di *recovery* e il rifiuto della contenzione meccanica, è da considerarsi tappa fondamentale del superamento degli OPG e di quella cultura asilare che degli OPG era propria.

D'altronde, come afferma il Garante delle persone private della libertà personale nella sua ultima relazione al Parlamento, «è innegabile che esista un elemento di grave problematicità nella predisposizione degli strumenti idonei ad assicurare la risposta ai bisogni di assistenza e di sostegno di queste persone, il cui numero aumenta proporzionalmente alla tendenza progressiva di definire come «disturbi psichiatrici» disagi che discendono, invece, da condizioni pre-

<sup>63</sup> P. DEL' AQUILA e S. D'AUTILIA, *La perizia psichiatrica è una profezia*, in [www.sossanita.it/doc/2016\\_07\\_perizia-psich-profezia.pdf](http://www.sossanita.it/doc/2016_07_perizia-psich-profezia.pdf)

gresse di fragilità sociale o da situazioni di deprivazione materiale che si acquiscono con l'ingresso nel sistema penitenziario. [...] È altrettanto evidente, tuttavia, che tale grave problematicità non può trovare soluzione nello snaturamento di un istituto, quale quello delle REMS, che della gestione esclusivamente sanitaria, della limitata ricettività (non più di venti posti per ciascuna) ha fatto le caratteristiche fondanti dell'approdo di civiltà cui è pervenuto il lungo percorso iniziato con l'abolizione degli Ospedali psichiatrici giudiziari»<sup>64</sup>.

Come si è visto nel corso di questo capitolo, l'utilizzo delle REMS per l'esecuzione di misure di sicurezza provvisorie costituisce uno, se non il principale motivo, di scarsità dei posti disponibili, cionondimeno «non può, d'altra parte, legittimarsi la prassi – frutto della impossibilità pratica di provvedere altrimenti, in presenza di tale insufficiente disponibilità di posti – per cui soggetti ritenuti non imputabili, provenienti da misura cautelare custodiale, vengano trattenuti in carcere in una detenzione illegittima e priva di giustificazione costituzionale. Né la soluzione d'altra parte può essere l'alternativa di mantenere i soggetti di cui sia stata accertata la pericolosità in regime di libertà totale, per fin troppe evidenti ed ovvie ragioni di tutela della sicurezza sociale»<sup>65</sup>.

Allo stato dell'arte e, soprattutto, a codice penale invariato le REMS costituiscono un compromesso possibile tra l'aspirazione securitaria che proviene dal doppio binario del codice Rocco e il diritto fondamentale alla salute che è iscritto nella Costituzione.

Anche il Consiglio Superiore della Magistratura si è più volte espresso circa la prevalenza della cura rispetto alla sicurezza, ma il codice penale non è mai stato armonizzato in questo senso: le misure giuridiche portano ancora l'etichetta dell'OPG e della casa di cura e custodia, senza mai citare il termine REMS.

Ad oggi, a codice immutato, il sistema della REMS e delle liste d'attesa sembra l'unico possibile – anche secondo quanto statuito dalle pronunce della Corte costituzionale e della Corte Edu summenzionate – a patto che esse rappresentino «non luoghi ove esercitare un potere, ma occasioni in un percorso, tratti di un viaggio della persona nella comunità. Non un'altra istituzione segregante la diversità, separata e disperante, luogo di esercizio di un sapere tecnico, giuridico o psichiatrico, che si esaurisce in sé stesso, ma un ambito di potenziali nuove alleanze con la persona che possano essere trasfor-

<sup>64</sup> GARANTE NAZIONALE DELLE PERSONE PRIVATE DELLA LIBERTÀ PERSONALE, *Relazione al Parlamento 2021*, p. 227.

<sup>65</sup> F. CORLEONE (a cura di), *Il muro dell'imputabilità. Dopo la scelta dell'OPG, una scelta radicale*, Fiesole, 2019, p. 164.

mative, talora difficili e contraddittorie, ma sempre inserite nel sociale, integrate nella città, mai separate e segregante. Un potere che si fa carico della complessità e dell'incertezza e lavora per modificare le relazioni tra soggetto-ambiente e da questo essa stessa è modificata. Un'azione trasformativa che va sostenuta da anche da scelte politiche e da innovazioni delle leggi e delle prassi»<sup>66</sup>.

Al fine di superare le logiche che erano proprie dei manicomi criminali è perciò imprescindibile lo sviluppo di una cultura operativa, nella quale diritto alla salute e alla giustizia siano sempre tutelati, attraverso il dialogo costante tra i due settori e dove l'utilizzo di accordi operativi (e non di protocolli, *nda*) costituisca «lo strumento di intervento nel quotidiano, per realizzare quella rivoluzione culturale iniziata con la legge 180 nel 1978 di cui la chiusura degli OPG è stata una ineludibile tappa»<sup>67</sup>.

La creazione di collegamenti permanenti tra magistratura e servizi sanitari sul territorio risulta indispensabile per la pensabilità e l'attivazione di misure differenti dalla REMS, come suggerito dalla Corte Costituzionale che ha invitato il legislatore a intervenire non solo sul sistema REMS ma nel quadro di un complessivo e altrettanto urgente potenziamento delle strutture sul territorio.

Le disposizioni di tali protocolli tra enti permangono però al livello di raccomandazioni non cogenti, occorrerebbe pertanto «un intervento del legislatore, per stabilire un meccanismo che istituzionalizzi e proceduralizzi il collegamento tra magistratura, servizi sanitari e strutture intermedie sul territorio, in modo che la misura della libertà vigilata con prescrizioni terapeutiche possa essere applicata in modo effettivo»<sup>68</sup>, ponendo un freno all'uso soverchio delle misure di sicurezza detentive in nome del fatto che «la REMS non è un fatto di custodia, è un fatto di passaggio»<sup>69</sup>.

<sup>66</sup> P. PELLEGRINI, *Il futuro della residenzialità: l'approccio «Saura»*, in *Dalle Residenze alla recovery, dai centri alle reti. L'approccio «Saura»*, in *Quaderni di Parma* - Dipartimento Assistenziale Integrato Salute Mentale Dipendenze Patologiche, Ausl di Parma, 2019, n. 2, p. 59.

<sup>67</sup> E. LUPO, *Protocolli operativi. Misura di sicurezza provvisoria. Pazienti difficili. Deistituzionalizzazione*, su [www.questionegiustizia.it](http://www.questionegiustizia.it)

<sup>68</sup> K. PONETI, *Le REMS in prospettiva costituzionale: sul diritto alla salute contro il potere di rinchiodare*, in *L'Altro Diritto*, 2021, p. 45.

<sup>69</sup> Dal focus group effettuato con gli operatori sanitari di una REMS campana: «Noi lavoriamo sul PTRI e più delle volte dovrebbe avere la finalità del rientro del paziente sul territorio, la difficoltà è trovare un territorio e un DSM che è in grado di orientarlo e controllare, monitorare un rientro vuoi per mancanza di risorse, vuoi perché economicamente la regione non è in grado di sostenere progetti di rientro a casa. La Rems non è un fatto di custodia, è un fatto di passaggio. Io ti curo, io ti do degli strumenti ma poi ti deve accogliere un territorio».

## Note sugli autori

PERLA ARIANNA ALLEGRI, Assegnista di ricerca presso il dipartimento di Giurisprudenza dell'Università degli studi di Torino.

CATERINA BOSCO, Dirigente medico-legale presso la A.O.U. Città della salute di Torino.

ANDREA CABIALE, Ricercatore a tempo determinato in Diritto processuale penale presso l'Università degli studi di Torino.

OSCAR CALAVITA, Dottorando in Diritti e istituzioni presso l'Università degli studi di Torino.

SOFIA CONFALONIERI, Dottoressa di ricerca in Scienze giuridiche presso l'Università degli studi di Milano.

ANNA COSTANTINI, Assegnista di ricerca in Diritto penale presso l'Università degli studi di Torino.

GIUSEPPE MARTINO DI GIUDA, Professore ordinario di Produzione edilizia presso l'Università degli studi di Torino.

BARBARA GAGLIARDI, Professoressa associata di Diritto amministrativo presso l'Università degli studi di Torino.

BARBARA GORS, Dottoressa di ricerca in Diritto processuale penale presso l'Università degli studi di Torino.

ANTONELLA MADEO, Professoressa associata di Diritto penale presso l'Università di Genova.

GIULIA MANTOVANI, Professoressa associata di Diritto processuale penale presso l'Università degli studi di Torino.

MICHELE MIRAVALLE, Ricercatore a tempo determinato in Sociologia del diritto presso l'Università degli studi di Torino.

ANTONIO FRANCESCO MORONE, Avvocato e Professore a contratto di Diritto penale presso l'Università degli Studi di Torino.

- KARMA NATALI, Ricercatrice a tempo determinato in Diritto processuale penale presso l'Università degli studi di Torino.
- MAURO PALMA, Presidente dell'Autorità Garante dei diritti dei detenuti e delle persone private della libertà personale.
- MARCO PELISSERO, Professore ordinario di Diritto penale presso l'Università degli studi di Torino.
- CAROLINE PELOSO, Maitre de conférences en Droit privé et sciences criminelles presso l'Université Catholique de Lyon.
- EMMANUELE PENCO, Ricercatore a tempo determinato in Diritto penale presso l'Università di Genova.
- FILIPPO PENNAZIO, Psichiatra e psicoterapeuta.
- GABRIELE ROCCA, Professore associato di Psicopatologia forense presso l'Università di Genova.
- DANIELA RONCO, Ricercatrice a tempo determinato in Sociologia del diritto, della devianza e del mutamento sociale presso l'Università degli studi di Torino.
- ELENA SEGHEZZI, Dottoressa di ricerca in Architettura tecnica presso il Politecnico di Milano.
- LAURA SCOMPARIN, Professoressa ordinaria di Diritto processuale penale presso l'Università degli studi di Torino.
- GIOVANNI TORRENTE, Ricercatore a tempo determinato in Sociologia del diritto presso l'Università degli studi di Torino.
- TOMMASO TRINCHERA, Assistant Professor di Diritto penale presso l'Università Bocconi di Milano.
- VINCENZO VILLARI, Direttore del Dipartimento di Neuroscienze e Salute Mentale presso la A.O.U. Città della Salute e della Scienza di Torino.
- GEORGIA ZARA, Professoressa associata di Psicologia sociale presso l'Università degli studi di Torino.



LA BUONA STAMPA

Questo volume è stato impresso  
nel mese di maggio dell'anno 2022  
per le Edizioni Scientifiche Italiane s.p.a., Napoli  
Stampato in Italia / Printed in Italy  
red.nignat - ftc.cimgio

*Per informazioni ed acquisti*

Edizioni Scientifiche Italiane - via Chiatamone, 7 - 80121 Napoli

Tel. 0817645443 - Fax 0817646477

Internet: [www.edizioniesi.it](http://www.edizioniesi.it)