DIRITTO PENALE CONTEMPORANEO

Seconda Relazione Semestrale sulle attività svolte dal Commissario unico per il superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari

Franco Corleone

19 agosto 2016 – 19 febbraio 2017

Via Serbelloni, 1 | 20122 MILANO (MI) | redazione@penalecontemporaneo.it
Direttore Responsabile Francesco Viganò | 2010-2017 Diritto Penale Contemporaneo

Il testo della relazione è di mia piena responsabilità nelle analisi e nelle proposte. Ringrazio per la collaborazione preziosa e di spessore, Evelin Tavormina e Katia Poneti.

INDICE

La rivoluzione gentile – La fine degli OPG ed il cambiamento radicale **5**

Missione compiuta **10**

1. Resoconto dell'attività svolta dal Commissario **12**

2. REMS in Italia: capienze e presenze **19**

2.1 Quadro specifico per ciascuna REMS **26**

2.2 Quadro per regione **27**

2.3 Principio di territorialità: persone fuori regione **41**

2.4 Contenzione **42**

2.5 Senza Fissa Dimora (SFD) **43**

2.6 La presenza femminile nelle REMS **44**

3. Misure di sicurezza in attesa di essere eseguite (dati DAP) **45**

4. REMS definitive **46**

5. Articolazioni psichiatriche **47**

6. Codice penale: la necessaria riforma **52**

7. Conclusioni **55**

Allegato A: Rassegna Stampa **57**

Allegato B: Contributi dalle REMS **92**

Allegato C:

Sistema informativo per il Monitoraggio del superamento degli OPG (SMOP) **139**

La rivoluzione gentile

La fine degli OPG ed il cambiamento radicale [1]

L'Ospedale Psichiatrico Giudiziario (OPG) è stato l'istituzione totale per eccellenza: manicomio e carcere insieme. La malattia richiedeva la cura obbligatoria e la pena poteva essere infinita. La negazione della responsabilità precipitava il folle all'inferno. Il malato era considerato pericoloso a sé e agli altri e quindi veniva separato dalla società in strutture apposite e sepolto sotto un doppio stigma.

Io sono stato negli anni scorsi sostenitore di una soluzione drastica, che ha avuto consensi, ricordo quello autorevole di Michele Coiro magistrato garantista e che da Capo del D.A.P. espresse questa convinta adesione in una audizione in Parlamento, ma anche diverse obiezioni: quella di eliminare alla radice il nodo della non imputabilità per gli autori di reato prosciolti per vizio totale di mente, ritenuti incapaci di intendere al momento del fatto.

L'incapacitazione, in teoria determinata in un momento, al momento del delitto, si riverberava sul futuro e veniva affidata a perizie mediche e alle decisioni di giudici. Matto e pericoloso era il binomio su cui si fondava una teoria positivista e organicista che ha avuto nel pensiero di Lombroso la manifestazione più compiuta. Oggi la teoria del malato delinquente da isolare è sostituita dalla concezione del malato da curare e comunque custodire.

È del tutto evidente che la scelta di affermare anche un barlume di responsabilità, nella mia proposta e visione, non comportava il carcere come soluzione unica o da preferirsi, bensì privilegiava una vasta gamma di misure alternative alla detenzione, le più adatte rispetto alla condizione personale del paziente-reo.

Nella Prefazione intitolata *Il cavaliere dell'utopia concreta* che ho scritto per la raccolta dei testi di Alessandro Margara[2], ricordavo la sua battaglia per il superamento del manicomio criminale. Francesco Maisto nella presentazione di quel capitolo ricostruiva, con ricchezza di dati e di informazioni, la posizione di Margara che trova una risposta nei contenuti della Legge 81. Per parte mia non posso invece nascondere che su questo tema, probabilmente l'unico, tra noi si manifestava un dissenso, pur assai civile e affettuoso, che ci vedeva impegnati a Trieste in appassionate discussioni proprio sul nodo dell'imputabilità. Anche in questo caso mi pare di poter dire che la mia posizione ereditata dalla proposta Vinci Grosso e sostenuta con caparbietà da Peppe Dell'Acqua, non

---

[1] Corleone, F., *La rivoluzione gentile. La fine degli OPG ed il cambiamento radicale*, in Fondazione Giovanni Michelucci, "La Nuova Città", serie IX, n. 5, dicembre 2016, Fondazione Michelucci Press.

[2] F. Corleone, (a cura di), *Alessandro Margara. La Giustizia e il senso di umanità. Antologia di scritti su carcere, OPG, droghe e magistratura di sorveglianza*, Fondazione Michelucci Press, Fiesole, 2015.

lo convinceva: non tanto per l'astrattezza o la rigidità illuministica, quanto per le conseguenze fattuali sulle persone in carne e ossa (il riferimento al quale è sempre stato fedele), sofferenti e bisognose di aiuto e sostegno.

Adesso le REMS, istituite come soluzione ultima e residuale, si troveranno a fare i conti con casi difficili, tanto che alcuni operatori hanno ipotizzato REMS ad alta intensità di cura. Definizione che potrebbe fare da ipocrita velo a un nuovo ibrido, dove la cura si intreccia, e infine soggiace, alla logica manicomiale e alla pratica dell'internamento. Le basi concettuali e pratiche di un modello come le REMS, affinché evitino il rischio di diventare nuovi, pur se piccoli, OPG, sono invece la territorialità e il numero chiuso, il rifiuto della coercizione, in particolare la contenzione, e la consapevolezza che la permanenza nella struttura deve avere un tempo definito.

Di fronte ai rischi e alla permanenza, magari sottotraccia, della logica di istituzione totale e totalizzante, e stante l'attuale fortuna delle neuroscienze, a mia parere la via maestra, sulla quale insisto, è quella di riformare il Codice Penale.

Una strada centrale, certo assai difficile: la prima riforma della Repubblica sarebbe dovuta essere la cancellazione di quel Codice Rocco in vigore da quasi novant'anni (!), che è stato il fondamento dello Stato totalitario fascista. Solo qualche anno fa un Ministro della Giustizia, l'avvocato e professore Paola Severino, ha fatto in Senato l'elogio non solo del Codice a lui intitolato, ma addirittura del suo estensore Alfredo Rocco, già leader del Movimento Nazionalista ancor prima del fascismo. Rocco non era un tecnico, era un grande giurista ma anche un politico tanto che la rivista che aveva fondato aveva come testata la parola *Politica* e come esponente di parte aveva subito gli strali polemici di Piero Gobetti. Un elogio che in altri tempi avrebbe provocato un acceso dibattito e decise richieste di dimissioni del Ministro che lo avesse proferito, e che invece è passato senza reazioni.

Nel corso dei decenni i vari progetti di riforma del Codice Penale succedutisi (Pagliaro, Grosso, Nordio, Pisapia), si sono sempre arenati per resistenze o per insipienze politiche. Eppure, sempre da quella porta stretta bisognerà, prima o poi, passare. Innanzitutto ricostruendo una cultura riformatrice nella società, e di conseguenza anche nel Parlamento.

Da questo punto di vista la chiusura degli OPG potrebbe, deve, essere un punto di partenza e di svolta, un inizio e un indizio di controtendenza.

In questi mesi, da più parti si sono sottolineati rischi e si sono espressi timori sulle REMS. Pericoli e preoccupazioni su cui è utile e giusto discutere e approfondire. Va anzi affermato decisamente che le REMS andranno costantemente monitorate e tenute sotto stretta sorveglianza; andranno dotate di un regolamento chiaro, di garanzia e unico per tutte le strutture; dovranno essere architettonicamente e

strutturalmente adeguate alla loro funzione e natura che è quella di una comunità e nemmeno lontanamente di un ospedale o di un carcere.

Non basta, infatti, parlare di superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari. Occorre assieme mettere in discussione sino in fondo quella logica manicomiale che era a fondamento degli OPG stessi. Fare ciò è indubbiamente più difficile di quanto già non lo sia stata la Campagna *StopOpg*. Perché della logica manicomiale è intrisa la società, che sempre tende a rinchiudere il diverso, il cattivo, il matto, tutte quelle figure di "disturbo sociale" che alla fine divengono quei "nemici perfetti" di cui parlava Nils Christie e, assieme, i capri espiatori delle contraddizioni che nel corpo sociale si alimentano per vari motivi e per diverse cause.

Ovviamente, all'interno di questa cultura e di queste dinamiche di respingimento e confinamento, il matto autore di reato è ancor più individuato e stigmatizzato come pericoloso, il che produce la spinta alla sua espulsione e al suo internamento.

Lasciando sullo sfondo, come orizzonte da non dimenticare, la riforma radicale del nefasto doppio binario del Codice Rocco, è comunque indispensabile che il Parlamento affronti alcuni interventi sulla natura delle REMS e sulle misure di sicurezza. In Senato è stato depositato un emendamento sulla Legge delega sulla giustizia e sul sistema penitenziario dalla Presidente della Commissione Sanità, senatrice Di Biasi, che farebbe chiarezza aiutando la riforma a rafforzarsi.

Il testo prevede che nelle REMS siano accolte solo le persone per le quali sia stato accertato in via definitiva lo stato di infermità al momento della commissione del fatto da cui derivi il giudizio di pericolosità sociale e il conseguente bisogno di cure psichiatriche; l'esclusione dell'accesso alle REMS dei soggetti per i quali l'infermità di mente sia sopravvenuta durante l'esecuzione della pena, degli imputati sottoposti a misure di sicurezza provvisoria e di tutti coloro per i quali ancora occorra accertare le relative condizioni psichiche; la garanzia dell'effettiva idoneità delle sezioni degli istituti penitenziari ad assicurare i trattamenti terapeutici e riabilitativi, con riferimento alle peculiari esigenze individuali di ciascun soggetto e nel pieno rispetto degli articoli 27 e 32 della Costituzione; la valorizzazione dell'istituto terapeutico individuale per ciascun individuo sottoposto a misura di sicurezza anche non detentiva; lo sviluppo del principio di eccezionalità nella comminazione delle misure di sicurezza di carattere maggiormente afflittivo della libertà personale, con particolare riferimento alla previsione di un novero di fattispecie criminose di rilevante gravità per le quali sole ammettere le misure coercitive dell'infermo di mente non imputabile; l'introduzione di apposite disposizioni volte a garantire la continuità delle cure e dei processi di riabilitazione in chiave integrata da parte delle REMS e dei servizi territoriali che fanno capo ai Dipartimenti di Salute Mentale.

L'adozione di questo testo garantirebbe il superamento di una fase di incertezza che è stata affrontata positivamente solo grazie all'impegno del personale che lavora nelle REMS, consapevole di essere protagonista di una fase delicata all'interno di un'avventura stimolante.

Ciò detto, bisogna tuttavia muovere dal riconoscimento che un significativo passo in avanti è stato fatto nel solco tracciato a suo tempo dalla Legge *Basaglia*. Altri passi sicuramente andranno compiuti, nella stessa direzione e con la stessa radicalità. Ma questo cammino troverà senso pieno e compimento all'interno di un progetto e una cultura complessiva di riforma del diritto e, lo ripeto, del Codice Penale. Sarebbe del tutto assurdo lamentare i rischi connessi alla legge sulla chiusura degli OPG e sulle REMS aprendo la strada a ritorni indietro.

La chiusura del manicomio criminale rappresenta davvero una rivoluzione culturale e sociale.

Ogni riforma - "strutturale" si sarebbe detto una volta - è fatta di orizzonti e di tappe di avvicinamento. Anche in questo caso l'orizzonte deve essere ben chiaro e ribadito: è quello del superamento definitivo di ogni logica e di ogni struttura che rimandi al manicomio, ovvero all'espulsione, al nascondimento, alla coazione e all'internamento del malato e della malattia. Le tappe che in questa direzione si sono fatte, si fanno e si faranno possono essere limitate, insufficienti, anche contradditorie in alcuni aspetti. Occorre capirlo, saperlo, dirlo e andare oltre. Ciò che non si può e non si deve fare è di tornare indietro: perché quello che abbiamo alle spalle lo conosciamo bene e lo abbiamo visto per decenni all'opera. Questo vale per il manicomio civile e vale per l'Ospedale Psichiatrico Giudiziario.

È necessario, però, anche essere chiari e consapevoli che le leggi e il diritto sono strumenti non feticci. Non si può loro delegare il cambiamento e neppure la giustizia nel suo complesso. Le vere e prime rivoluzioni - ma anche le vere e durature riforme, parola che purtroppo la politica corrente ha svilito e spesso pervertito in pratica restaurativa - si fanno nel corpo della società, nelle culture che in essa si riescono ad affermare e a rendere viventi.

Lo diceva bene tanti anni fa, a proposito della legge di riforma penitenziaria, un grande e compianto Magistrato di Sorveglianza, Igino Cappelli. Nel suo libro, *Gli avanzi della giustizia*, che è un diario infine amaro e sconsolato, nonché un racconto dolente e commovente di tante vite annullate e spezzate dall'istituzione totale, scrive: *Ho lasciato il carcere peggiore di com'era anni prima della riforma. Fu un errore di stampo illuministico credere che una legge potesse, per virtù propria, trasformare realtà sociali e istituzionali, deviare il destino di uomini e donne. Il carcere poteva cambiare solo nel senso delle linee generali di tendenza prevalenti nella società, e dunque in peggio*[3].

Personalmente ho l'orgoglio di partecipare alla realizzazione di un obiettivo che rende l'Italia un

[3] I. Cappelli, *Gli avanzi della giustizia. Diario del Giudice di sorveglianza*, Editori Riuniti, Roma, 1988

modello unico in Europa e nel mondo. Sono ben consapevole che questo passaggio si svolge su un terreno ricco di contraddizioni, ma non bisogna avere paura di vivere le contraddizioni, quando sono felici, perché attraverso di esse si produce il cambiamento.

Non navighiamo in acque tranquille, ma siamo nel gorgo che potrebbe risucchiarci nel fondo degli abissi. Occorre forza, determinazione e ambizione per conquistare definitivamente l'orizzonte più vasto che in questo caso è rappresentato dal superamento della logica manicomiale che è diffusissima. Una volta si amava ripetere che la rivoluzione non era un pranzo di gala, in altri termini vuole dire che non bisogna farsi inchiodare dal formalismo e produrre invece un salto nella coscienza civile. Realizzare cioè nel corpo della società la riforma e conseguentemente tradurre in nuove norme il cambiamento.

Sono convinto che la chiusura degli OPG ci offre una leva per affrontare questioni irrisolte come quella di un nuovo Codice Penale, della riforma del carcere e del senso della pena. L'abolizione del manicomio criminale ci rende più forti per aumentare le libertà e i diritti. Rende plausibile un'alternativa alla prigione per i minori, per le donne, per i poveri.

Mi è capitato recentemente di ascoltare una lettura dell'attore Mino Profico, di una testimonianza di un internato nell'OPG di Aversa e ora ospite di una REMS.

Offro con emozione una frase che rende l'idea dell'avventura che stiamo vivendo.

Hanno chiuso finalmente gli OPG. Sono usciti in tanti. Qualcuno ce l'ha fatta, qualcun altro no. Qualcuno non ce l'avrebbe fatta comunque [...]. Io sento che l'aria sta cambiando... non voglio affrontare il mondo, voglio che un po' di mondo, venga a trovarmi, per conoscermi e condividere un tratto della mia esistenza.

Che oggi l'aria stia cambiando, dipende da noi. Da ciascuno di noi.

Missione compiuta

Giunto alla fine del mio incarico come Commissario per la chiusura degli OPG, posso tracciare un bilancio non solo delle cose fatte ma soprattutto delle indicazioni per il futuro della riforma che l'esperienza compiuta mi suggerisce.

Va chiarito che il mandato era legato alle inadempienze e/o ai ritardi di alcune Regioni, sei per il primo decreto (Veneto, Piemonte, Abruzzo, Toscana, Puglia, Calabria) e tre per il secondo decreto (Piemonte, Toscana, Calabria). Alcune regioni come la Liguria e la Sicilia non commissariate mi hanno occupato notevolmente, come anche la Lombardia.

Ho collaborato anche con il Lazio, il Friuli e la Basilicata.

Sono stati chiusi gli OPG di Napoli Secondigliano, Aversa, Reggio Emilia, Montelupo Fiorentino, mentre per Barcellona Pozzo di Gotto la chiusura è prossima. Al momento gli internati presenti in OPG in una detenzione illegale sono 6 ma al massimo entro il 21 marzo verrà trovata una sistemazione dignitosa. In ogni caso la chiusura avverrà contestualmente all'apertura di un secondo modulo presso la REMS di Caltagirone prevista il 15 maggio.

Sono state aperte le REMS a Nogara in Veneto, Barete in Abruzzo, San Maurizio Canavese in Piemonte, Genova Pra in Liguria, Carovigno in Puglia, Santa Sofia d'Epiro in Calabria ed è in fase adattamento quella di Empoli in Toscana.

La legge 81/2014 in questo periodo ha dimostrato di essere non solo un momento di civiltà, ma anche di essere una esperienza capace di rispondere alle esigenze di salute dei pazienti.

In questi mesi oltre a collaborare con le regioni per sciogliere le numerose difficoltà per realizzare il mandato affidatomi, mi sono impegnato per approfondire le questioni teoriche che si confermano fondamentali e per affrontare i nodi che vengono alla luce dall'attività quotidiana nelle REMS.

Credo sia giusto ribadire il ruolo fondamentale di tutti gli operatori delle REMS che con entusiasmo e passione partecipano alla realizzazione di una riforma di civiltà. La consapevolezza di partecipare a una bella avventura è un elemento che va esaltato. Penso anche che un giusto riconoscimento a questo lavoro debba essere immaginato e, per quanto riguarda la formazione degli operatori ho suggerito che si organizzino brevi periodi di scambi di personale tra le diverse REMS.

Un bilancio certamente positivo, con la consapevolezza che ora, senza la zavorra degli OPG aperti e con la realizzazione del piano previsto delle REMS provvisorie dovrà iniziare un lavoro intenso per consolidare e sviluppare la riforma. E' una sfida ancora lunga ma esaltante che richiede la collaborazione di molti soggetti, in particolare della Magistratura sia di Sorveglianza che soprattutto di quella di Cognizione, dell'Amministrazione Penitenziaria che dovrà garantire l'assistenza ai

detenuti con problemi psichiatrici, dei servizi psichiatrici territoriali della psichiatria e il sostegno delle associazioni della società civile che in questo periodo hanno dato un grande contributo.

Sottolineo un solo dato tra i tanti presentati nella Relazione ed è quello degli ingressi che si registrano dal 1 aprile 2015 ad oggi che sono 950 con 415 dimissioni che dimostrano che la previsione della L.81/2014 per cui la misura di sicurezza non può eccedere la pena massima prevista per il reato compiuto. Questo finalizza il lavoro terapeutico al reinserimento sociale.

Un plauso va soprattutto a StopOpg che oltre al confronto che ha tenuto in più occasioni con le Istituzioni (Governo, Conferenza delle Regioni, Parlamento), ha organizzato anche diverse iniziative di mobilitazione. StopOpg ha sollecitato la nomina, da parte del Governo, del Commissario per il superamento degli OPG e subito dopo la nomina, ha confermato la piena disponibilità a collaborare offrendo in un comunicato ufficiale degli spunti che sono stati e sono ancora considerati i punti cardine della questione: principio di territorialità, adempimento delle prescrizioni della legge 81/2014 (misure di sicurezza detentive come *extrema ratio* e non come norma), REMS sature e "liste di attesa" in continua crescita, presenze in REMS disposta solo per persone con misure di sicurezza definitive, collaborazione con le Regioni e con i servizi delle ASL affinché la Magistratura privilegi misure di sicurezza alternative alla detenzione, monitoraggio riguardante le persone dimesse per il raggiungimento dei termini massimi di internamento.

Nelle Conclusioni, alla fine di questa relazione, indico le priorità da risolvere a cominciare dalla modifica del Codice Penale e dell'Ordinamento Penitenziario.

La relazione è arricchita da tre allegati.

L'allegato A offre una sintetica rassegna stampa degli articoli usciti in questo periodo.

L'allegato B presenta i contributi dei responsabili di alcune Rems che arricchiscono l'approfondimento delle problematiche sul tappeto.

L'allegato C descrive il modello SMOP, che rappresenta una buona prassi non ancora adottata da tutte le regioni, curato dal dott. Peppe Nese.

1. Resoconto dell'attività svolta dal Commissario

Il 19 agosto 2016 era terminato il mandato del Commissario unico per il superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari. Nel decreto di istituzione della figura si prevedeva che il mandato dovesse avere durata semestrale (19 febbraio 2016 – 19 agosto 2016) ma la situazione presente ad agosto ha convinto il Governo della necessità di una prosecuzione delle attività del Commissario e ha quindi deciso una proroga di sei mesi (19 agosto 2016 – 19 febbraio 2017). Nell'atto ufficiale veniva confermato il compito di ultimare la chiusura dei due OPG che erano ancora aperti, Montelupo Fiorentino e Barcellona Pozzo di Gotto, di monitorare le REMS aperte e di seguire l'iter di attivazione delle REMS programmate.

Aggiornamento sulle attività svolte dal Commissario da agosto 2016 a febbraio 2017:

***Lazio*:** Il Commissario ha visitato le REMS di Pontecorvo, il 25 agosto, e Ceccano, il 26 agosto. Nella visita alla REMS di Pontecorvo, il Commissario è stato accompagnato dal dott. Luciano Pozzuoli, Responsabile della struttura, e dal dottor Ferrauti, Responsabile del DSM. Durante la visita nella REMS di Ceccano, poi, ha avuto un confronto utile con il Magistrato di Sorveglianza, dott.ssa Spaventi.

Dopo le visite, il Commissario ha inviato una lettera al Presidente della Regione Lazio, Nicola Zingaretti, manifestando un pieno riconoscimento per la grande professionalità e la dedizione del personale a cominciare dai Responsabili, dott. Nicolò e dott. Pozzuoli. Ha fatto presente come anche in queste REMS fosse tangibile la passione e la competenza degli operatori, consapevoli di partecipare alla realizzazione di una grande riforma di civiltà.

Il Commissario avanzava, poi, valutazioni e criticità:

- *Qualità dei pasti somministrati*. Vengono serviti pasti uguali a quelli distribuiti negli ospedali ma tenendo in considerazione che ci sono persone che rimangono nelle REMS per periodi lunghi, l'inadeguatezza della qualità e della quantità del cibo sono fattori che pesano notevolmente. Occorre prevedere che in strutture comunitarie come queste, i pasti siano preparati ad hoc, magari da una cooperativa a chilometro zero, e con una possibilità di scelta del menù da parte degli ospiti come accade già in molte REMS.
- *Misure di sicurezza provvisorie*. Riferendosi ai dati del DAP aggiornati a luglio, si faceva presente che le misure di sicurezza in attesa di essere eseguite per la regione Lazio e per altre regioni fossero (e sono!) così numerose che rischiavano (e rischiano) di far fallire la riforma.

Le REMS del Lazio, infatti, hanno una capienza prevista di 91 posti e non erano (e non sono) in grado di sopportare questo peso.

- *REMS definitive*. Occorrerebbe fare un bilancio del periodo di funzionamento di quelle provvisorie e delle necessità di adeguamento emerse. Queste strutture dovranno rispondere ai criteri fondamentali di rapporto con il territorio per la presenza di una rete di associazioni culturali e di volontariato che favoriscano il reinserimento sociale, anche sulla base delle esperienze delle REMS provvisorie.
- *Questioni strutturali*. Le REMS dovrebbero avere un carattere meno carcerario possibile, nella struttura e nelle recinzioni, con maggiore attenzione alla sicurezza del personale che potrebbe essere dotato utilmente di un braccialetto con un pulsante di chiamata e di allarme, come succede in altre REMS.
- *Progetto della REMS definitiva di Ceccano*. Nel progetto si prevede la presenza di due moduli da 20 posti. Il Commissario ha fatto presente i suoi dubbi su questa soluzione, dal punto di vista edilizio e del modello terapeutico che prefigura poiché, tendenzialmente, la sua preferenza è per una scelta verso modelli di strutture di accoglienza più piccole. Qualora si ipotizzasse la presenza di 40 pazienti, la scelta dovrebbe prevedere caratteristiche architettoniche diversificate per adeguarsi a progetti terapeutici personalizzati. Si potrebbe pensare dunque a una struttura con camere singole e doppie per venti posti, ma gli altri 20 ospiti dovrebbero avere residenze simili a mini appartamenti o a case famiglia che permettano di stimolare l'assunzione di responsabilità e il raggiungimento di autonomia in previsione della fine della misura di sicurezza.
- *REMS femminile*. La struttura dovrebbe trovare collocazione definitiva in un luogo accessibile alle famiglie e agli altri visitatori e dovrebbe garantire agli stessi di raggiungere la struttura in modo semplice e attraverso l'utilizzo di mezzi di trasporto pubblici.
- *REMS miste*. Tenere in considerazione la possibilità di prevedere REMS miste, con la presenza di pazienti uomini e donne, come accade in molte REMS d'Italia.
- *REMS a Roma*. La capitale produce sicuramente un numero elevato di presenze di pazienti e stupisce notare che a Roma non sia prevista neppure una REMS.
- *Risorse*. E' necessario prevedere la presenza di risorse, non enormi, ma che siano volte ad assicurare la dignità delle persone, in particolare per gli ospiti senza risorse economiche e senza pensione di invalidità, garantendo, tra le altre cose, dei mezzi per sostenere l'attività di laboratori (pittura, ceramica, rilegatoria, stamperia, teatro, cineforum, biblioteca, giardinaggio, ecc); una soluzione potrebbe essere prevedere la concessione di borse lavoro che aiuterebbero il processo terapeutico e farebbero crescere l'autostima. Ora, invece, sono gli

stessi operatori a farsi carico delle necessità minime con una disponibilità meritoria ma che non può costituire la soluzione al problema. Bisogna sempre tenere in considerazione, infatti, che le REMS non sono degli ospedali con persone allettate ma devono essere intese come una comunità per ripensare la propria vita, rivalutando il passato e progettando il futuro.

Calabria: Visita alla REMS di Santa Sofia d'Epiro il 6 e il 7 settembre. In quei giorni, a Cosenza, il Commissario ha incontrato il Prefetto, Gianfranco Tomao in una riunione con i Magistrati, le Forze dell'Ordine, la Asl e la Regione, per mettere a punto le condizioni per l'apertura della REMS, decisa per il 28 settembre e poi slittata al 28 ottobre. Il Commissario ha suggerito che sia superata la convezione con la regione Basilicata.

Audizione al Senato*:* Il verbale dell'audizione al Senato del Commissario Corleone, avvenuta il 13 settembre scorso, è consultabile al seguente link:
http://www.senato.it/japp/bgt/showdoc/frame.jsp?tipodoc=SommComm&leg=17&id=00988105&part=doc_dc&parse=no&stampa=si&toc=no

Puglia*:* partecipazione al convegno organizzato dall'ASL di Brindisi in collaborazione con la Regione Puglia. In data 18/09/2016 in occasione della Fiera del Levante di Bari, negli spazi riservati ai convegni, è stato affrontato il delicato tema delle problematiche correlate alla chiusura degli OPG e all'apertura delle REMS.

Piemonte: Torino, convegno del 20 settembre organizzato dalla Fondazione dell'Avvocatura torinese "Fulvio Croce" e dal Garante delle persone sottoposte a misure restrittive della libertà personale della Regione Piemonte, Bruno Mellano. Il convegno alla quale ha preso parte ed è intervenuto il Commissario era intitolato "C'erano gli O.P.G. ora ci sono le R.E.M.S.?"

Sicilia*:* Visita a Caltagirone il 28 settembre. Durante tale incontro è stato possibile conoscere e apprezzare le buone prassi presenti presso la REMS. Il Commissario ha mantenuto con l'Ing. Alparone e il dott. Aprile dei contatti costanti circa lo stato dei lavori che purtroppo, come già segnalato, hanno avuto dei ritardi. Questo ha determinato lo slittamento della chiusura dell'OPG di Barcellona Pozzo di Gotto al prossimo aprile, mese nel quale dovrebbero essere ultimati i lavori iniziati a Caltagirone.

Organismo di Coordinamento: In data 29 settembre si è riunito l'Organismo di Coordinamento per il superamento degli OPG. Durante tale incontro il Commissario ha riferito i contenuti della relazione semestrale facendo notare che il quadro presente in tale data fosse sicuramente più favorevole rispetto a quello presente all'inizio del mandato.

***Convegni a Roma**:* Uno organizzato in occasione della XVII edizione dell'Agorà penitenziaria, convegno annuale dell'Associazione Italiana di Medicina e Sanità Penitenziaria dal 14 al 16 settembre; l'altro incontro di studio sulla tematica delle REMS è stato organizzato da Area e si è tenuto presso il Tribunale Penale di Roma il 25 ottobre 2016.

Veneto. E' stato organizzato dalla ASL di Verona un seminario nel quale si è discusso su OPG e REMS. Si è tenuto a Ronco all'Adige (VE) il 10 novembre ed è stato organizzato dalla dott.ssa Franca Berti, garante dei detenuti del Comune di Bolzano.

Piemonte. La Rems di San Maurizio Canavese è stata inaugurata il 15 novembre e in tale occasione è stato presente anche il Commissario. La struttura ha iniziato ad accogliere i pazienti piemontesi ospitati a Castiglione delle Stiviere a cui seguiranno, dopo un necessario periodo di assestamento, quelli in attesa di essere inseriti in REMS per esecuzione di misure di sicurezza.

Convegno Parma: Il convegno è stato organizzato dalla Asl di Parma dalla dott.ssa Paulillo e dal dott. Giannattasio, intitolato "Legge 81/2014 - quali nuove prassi?" che si è tenuto a Parma il 17 novembre 2016. Il convegno ha avuto l'obiettivo di permettere il confronto tra le diverse operatività in essere nelle REMS e di confrontarsi sulle prassi e sulle criticità emerse tra i bisogni di cura e quelli di sicurezza sociale.

Liguria: Il Commissario ha seguito l'intero iter di individuazione, studio e progettazione della REMS ligure effettuando vari incontri con l'Assessore alla salute, Sonia Viale. La REMS è stata aperta a Genova Prà giorno 8/02/2017 e ospita già gli 8 pazienti liguri provenienti da Castiglione delle Stiviere.

***Rems Maniago**:* E' stata visitata la REMS di Maniago il 3 novembre scorso. A seguito della visita il Responsabile Cassin, ha inviato documentazione relativa al progetto di REMS definitiva associata al Centro di Salute Mentale.

***Audizione CSM**:* Il 24 novembre è stata effettuata una audizione nella Commissione del Consiglio Superiore della Magistratura presieduta dal dott. Aprile. All'audizione ha partecipato il vicepresidente del CSM, on. Giovanni Legnini[4]. E' imminente la pubblicazione dei risultati dell'indagine conoscitiva compiuta su questo tema.

[4] In occasione dell'Inaugurazione dell'Anno giudiziario in Cassazione, il 26/01/2017, ha sottolineato: "Il Consiglio Superiore, nell'assolvere nel modo tratteggiato alle sue funzioni di sistema, prova anche a fornire un apporto culturale rilevante sulla figura di magistrato che l'ordinamento richiede, induce a formare, quasi pretende, per corrispondere alle sfide della complessità. Ne costituisce riprova la sensibilità e capacità di incidenza su terreni prima quasi sconosciuti

Magistratura di Sorveglianza: il 29 novembre è stato effettuato un incontro con i Magistrati di Sorveglianza di Pisa, dott. Degl'Innocenti e dott. Merani. Durante l'incontro sono state approfondite le questioni relative alla REMS di Volterra.

Convegno Barete: il 2 dicembre si è tenuto a Barete un convegno intitolato "REMS: tra le pareti della riforma: condivisione di un protocollo operativo". Magistrati e psichiatri a confronto per stabilire protocolli comuni, al fine di conciliare al meglio l'esigenza delle cure sui pazienti e l'applicazione del codice penale. E' stato questo il filo conduttore del convegno, organizzato dalla Asl 1.

Toscana: il 6 dicembre è avvenuto un incontro con l'Assessora alla Salute, Stefania Saccardi. E' stato un momento di discussione nel quale si è trovato lo spazio per riflettere sulla situazione toscana e su come organizzarsi per arrivare alla effettiva chiusura dell'OPG ponendo fine all'ingiusto internamento delle persone che vi erano presenti.

Convegno Milano: Il 14 dicembre il Commissario ha partecipato ad un convegno tenutosi a Milano intitolato "Il superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari tra esigenze di custodia, trattamento e salute", evento realizzato grazie al sostegno dell'Università degli Studi di Milano.

Toscana*:* Sono avvenuti due incontri, il 21 dicembre e il 25 gennaio, tra il Commissario e Lorenzo Roti, Dirigente del settore *Diritti di cittadinanza, coesione sociale, politiche per l'integrazione socio-sanitaria*, durante i quali si è discusso oltre che sulla organizzazione delle attività al fine di garantire la chiusura dell'OPG di Montelupo Fiorentino, anche sulla necessità di rimuovere le recinzioni eccessivamente carcerarie poste nella REMS di Volterra. Il problema era stato sollevato dal Commissario già nel maggio 2016 quando, a seguito di una visita effettuata presso la REMS insieme alla Presidente Fiorillo, decise di segnalare prima a Maccari, Direttore sanitario della ex ASL 5 di Pisa, e poi al Prefetto, i diversi problemi presenti nella struttura. La Prefettura di Pisa rispose affermando che la scelta delle recinzioni carcerarie non dipende da loro e di conseguenza neppure la loro rimozione. Il Commissario chiede che la Regione e la ASL diano esecuzione alle indicazioni date ormai quasi un anno fa.

OPG Montelupo Fiorentino*:* Il 23 dicembre il Commissario ha effettuato una visita presso l'OPG di Montelupo Fiorentino con una delegazione di stopOPG. E' stata un'occasione importante oltre che per incontrare le persone ancora internate e gli operatori anche per ribadire alla direttrice Antonella

---

all'attività consiliare." Si riferiva a settori contraddistinti dai diritti costituzionali dei soggetti fragili e, tra gli altri, anche "la condizione e il trattamento dell'infermo di mente autore di reato nell'ottica della definitiva dismissione di tutti gli ospedali psichiatrici giudiziari italiani".

Tuoni, l'impegno del Comitato per la chiusura definitiva degli OPG, che deve avvenire rispondendo ai bisogni di cura dei pazienti e ai diritti dei lavoratori della struttura.

***DAP – Direzione Generale dei Detenuti e del Trattamento**:* Il 10 gennaio al Dipartimento Amministrazione Penitenziaria è avvenuto un incontro con il dott. Calogero Piscitello. Durante l'incontro si è approfondita la tematica delle articolazioni psichiatriche nelle carceri, i modi e gli interventi necessari per la chiusura degli OPG.

Veneto: il Commissario ha visitato la REMS di Nogara l'11 gennaio. E' stato accompagnato nella visita dal Responsabile della struttura, dott. Carlo Piazza e dal Responsabile UO salute mentale e sanità penitenziaria, dott. Tommaso Maniscalco. Prima della visita, il Prefetto di Verona, dott. Salvatore Mulas, ha dato comunicazione della sottoscrizione di un Accordo tra Regione Veneto e Prefettura di Verona per la questione relativa all'attività perimetrale di sicurezza e di vigilanza esterna della REMS.

Lombardia: il 12 gennaio il Commissario ha preso parte alla visita del sistema polimodulare di REMS provvisorie di Castiglione dello Stiviere organizzata dal Presidente della Corte di Appello di Brescia, Claudio Castelli, con la partecipazione dei Magistrati di Sorveglianza, dott.sse Monica Lazzaroni e Marina Azzini.

A proposito della REMS di Castiglione dello Stiviere, così si è espresso Claudio Castelli a Brescia, durante l'inaugurazione dell'anno giudiziario:
La regione Lombardia ha previsto la realizzazione di sei REMS definitive, la quasi totalità delle REMS previste in Lombardia, che dovrebbero avere ciascuna una capienza di venti posti letto e destinate all'accoglienza dei cittadini lombardi destinatari di applicazione provvisoria o definitiva delle misure di sicurezza detentive del ricovero.
Di fatto l'inizio dei lavori necessari per la loro realizzazione a regime è previsto all'1/10/2018. Ad oggi sono stati conclusi i lavori per la realizzazione di 3 moduli provvisori che presentano i requisiti strutturali di accreditamento, mentre i lavori per altre due REMS dovrebbero iniziare nei prossimi mesi.
La struttura di Castiglione delle Stiviere, eccellenza non solo a livello nazionale, ha costituito nell'immediatezza dell'entrata in vigore della legge citata la prima REMS sovraffollata d'Italia con una presenza per lungo tempo di un numero di pazienti superiore alle 300 unità, circostanza verificatasi per ritardi nella realizzazione delle REMS di altre Regioni o per inesatte valutazioni del numero di posti tecnici necessari per il bisogno del territorio di riferimento (anche la realizzazione delle due REMS di Limbiate destinate al fabbisogno della Regione Lombardia non si è verificata ed

anzi è previsto l'inizio dei lavori per l'1/10/2018). Tale sovraffollamento ha comportato enormi difficoltà di gestione della struttura ed ha indotto la Direzione della struttura polimodulare a disciplinare l'ingresso di pazienti, qualunque fosse la residenza (anche lombardi), mediante l'istituzione di una "lista d'attesa".
Gli ingressi totali a Castiglione delle Stiviere nel periodo 01/07/2015 - 30/06/2016 sono stati 121 di cui 110 uomini e 11 donne.
Gli internati presenti al 30/06/2016 erano ***174*** *(147 uomini, 27 donne) di cui 110 sottoposti alla misura di sicurezza definitiva (94 uomini, 16 donne) e 64 in misura di sicurezza provvisoria (53 uomini, 11 donne).*
E la situazione successiva è migliorata, anche per il ricollocamento nelle regioni di appartenenza di numerosi pazienti, a seguito della creazione delle REMS in altre regioni."

Convegno Trieste: Il 27 e 28 gennaio il Commissario ha preso parte a un importante convegno tenutosi a Trieste, luogo simbolo della psichiatria, la città nella quale nacque e si consolidò la "rivoluzione" di Franco Basaglia con il suo radicale ripensamento non solo del trattamento della malattia mentale, ma anche dei concetti di diversità e pericolosità sociale. Il convegno è stato organizzato dalla Presidenza del Consiglio Regionale del Friuli Venezia Giulia e hanno partecipato all'incontro molti operatori impegnati quotidianamente nelle REMS su tutto il territorio nazionale.

Umbria: il 15 febbraio è stato effettuato un incontro con l'Assessore alla salute della regione Umbria, Luca Barberini ed è stata valutata la possibilità che l'Umbria possa creare una REMS nella propria regione superando l'accordo con la regione Toscana.

Audizione Commissione igiene e sanità del Senato*:* Il Commissario è stato invitato all'incontro "Dopo il superamento degli OPG. Quali criticità e quali prospettive" previsto per il 16 febbraio 2017 presso la sala caduti di Nassirya a Roma con la partecipazione dei Senatori Luigi D'Ambrosio Lettieri e Nerina Dirindin, del Sottosegretario del Ministero della giustizia, Gennaro Migliore, del Sottosegretario del Ministero della salute, Davide Faraone, e del coordinamento tecnico delle Regioni rappresentato da Mila Ferri. L'incontro sarà coordinato dalla Presidente della 12° Commissione igiene e sanità del Senato, Sen. Emilia Grazia De Biasi.

Organismo di coordinamento*:* la riunione è avvenuta il 20 febbraio scorso ed era stata convocata dalla Ministra Beatrice Lorenzin. E' stata presentata la relazione finale sulle attività svolte da parte del Commissario.

2. REMS in Italia: capienza e presenze

Di seguito sarà presentato il quadro delle REMS presenti in Italia suddivise per regione e per ogni REMS saranno indicati posti presenti come da capienza regolamentare e pazienti effettivamente inseriti in REMS.

Regione Abruzzo

	REMS	Capienza	Pazienti presenti
1	Barete (AQ)	20	13

La REMS di Barete è stata aperta in data 09/05/2016. Al momento ospita 13 pazienti e ha una capienza regolamentare di 20 posti. Si tratta di una struttura che è capace di ospitare sia uomini che donne.

Regione Basilicata

	REMS	Capienza	Pazienti presenti
1	Pisticci (MT)	10	9

La REMS di Pisticci è aperta dal 27/04/2015 e ha ospitato pazienti calabresi e lucani sia di sesso maschile che femminile. Una volta inaugurata la struttura di Santa Sofia d'Epiro è stato avviato un lento riequilibrio dei pazienti presenti nelle due REMS.

Per dare adeguata risposta alle esigenze di cura delle donne e per offrire loro una adeguata ospitalità nelle REMS, i Responsabili delle REMS della Puglia propongono di inserire le donne presenti, nelle REMS della loro regione e nella REMS calabrese, all'interno della REMS Lucana. Pisticci, secondo quanto proposto dalla Puglia, potrebbe diventare una REMS nel quale confluiscono le pazienti di sesso femminile di appartenenza delle seguenti regioni: Basilicata, Calabria, Puglia.

Questa proposta confliggerebbe con il principio di territorialità ma potrebbe essere un modo di per evitare una condizione di isolamento e di mancanza di rapporti con altre donne. Questo, infatti, è uno dei problemi principali delle REMS provvisorie, alcune delle quali al momento non sono attrezzate per gestire queste situazioni e hanno spesso la presenza di una sola donna.

Regione Calabria

	REMS	Capienza	Pazienti presenti
1	Santa Sofia d'Epiro (CS)	20	16

La REMS calabrese è stata aperta alla fine di settembre 2016 e ha già dovuto affrontare varie difficoltà gestionali. Al momento sono presenti in struttura 16 pazienti, di cui 9 provenienti dall'OPG di Barcellona Pozzo di Gotto. Viene denunciata una carenza di personale sanitario e si sono registrano vari episodi di aggressività che hanno portato diversi pazienti a danneggiare la struttura.

Regione Campania

	REMS	Capienza	Pazienti presenti
1	Mondragone (CE)	16	15
2	Roccaromana (CE)	CHIUSA	CHIUSA
3	Calvi Risorta (CE)	20	19
4	San Nicola Baronia (AV)	20	20
5	Vairano Patenora (CE)	12	12
	Totale	**68**	**66**

In Campania sono presenti quattro REMS, tutte aperte nel periodo che va da aprile a dicembre 2015, per un totale di 68 posti a fronte di 66 persone effettivamente presenti in struttura. Il 21/12/2016 è stata aperta la REMS di Calvi Risorta che è andata a sostituire la REMS di Roccaromana.

Regione Emilia Romagna

	REMS	Capienza	Pazienti presenti
1	Bologna	14	14
2	Parma	10	9
	Totale	**24**	**23**

Regione Friuli Venezia Giulia

	REMS	Capienza	Pazienti presenti
1	Aurisina (TS)	2	1
2	Maniago (PN)	2	2
3	Udine	2	0
	Totale	**6**	**3**

In Friuli è presente un modello originale di REMS che prevede che le persone destinatarie di misure di sicurezza, siano inserite nelle strutture psichiatriche del territorio caratterizzate da un elevato livello di trattamento e con un riferimento marginale alla custodia.

Regione Lazio

	REMS	Capienza	Pazienti presenti
1	Ceccano (FR)	20	17
2	Palombara Sabina (RM) Merope e Minerva	20+20	39
3	Pontecorvo (FR)	11	9
4	Subiaco (RM)	20	19
	Totale	**91**	**84**

Il Lazio è la regione con un maggior numero di posti presenti nelle REMS, pari a 91. I pazienti inseriti nelle strutture al momento sono 84. Nella REMS di Pontecorvo, vengono ospitate solo pazienti di sesso femminile.

Regione Liguria

	REMS	Capienza	Pazienti presenti
1	Genova Prà	20	9

In Liguria in data 08/02/2017 è stata finalmente inaugurata la REMS di Genova Prà. Con l'apertura della struttura non solo si è riusciti a rispettare il principio della territorialità delle persone liguri che erano provvisoriamente ospitate in altre REMS prevedendo il loro rientro nella propria regione di

appartenenza, ma risponde anche all'esigenza di diminuire la presenza di persone non lombarde nel sistema Polimodulare di Castiglione delle Stiviere.

Regione Lombardia

	Sistema polimodulare REMS	Capienza	Pazienti presenti
1	Castiglione delle Stiviere	120	121

Come è ben noto a tutti, questo sistema, di dimensioni ben diverse rispetto a quelle dichiarate ammissibili nella legge n° 9/2012, è dovuta al procedimento di riconversione che ha visto l'OPG di Castiglione delle Stiviere diventare REMS provvisoria. L'obiettivo sarebbe quello di rispettare quanto previsto nel piano regionale che prevede la presenza di 2 REMS da 20 posti a Limbiate e 6 Moduli da 20 posti a Castiglione delle Stiviere.

Regione Marche

	REMS	Capienza	Pazienti presenti
1	Montegrimano (PU)	15	20

Il 25/06/2015 è stata aperta la struttura marchigiana con una capienza di 15 posti che al momento registra la presenza di 5 persone oltre la capienza prevista.

Regione Piemonte

	REMS	Capienza	Pazienti presenti
1	Bra – Cuneo	18	18
2	San Maurizio Canavese – Torino	20	20
	Totale	**38**	**38**

Dopo Bra, struttura aperta nel 2015, il 15/11/2016 è stata inaugurata un'altra REMS piemontese, a San Maurizio Canavese (TO) con una capienza di 20 posti che ha determinato, quindi una capacità ricettiva totale di 38 posti. E' stato importante realizzare l'apertura della seconda REMS poiché questo ha permesso di accogliere le persone piemontesi ancora presenti presso la struttura di Castiglione e rispondere anche alle altre richieste.

Regione Puglia

	REMS	Capienza	Pazienti presenti
1	Carovigno (BR)	18	17
2	Spinazzola (BT)	20	20
	Totale	**38**	**37**

Anche in Puglia sono presenti 38 posti, 20 a Spinazzola e 18 a Carovigno. Vanno segnalati, con rammarico, diversi problemi presenti proprio a Carovigno. Si tratta di problemi urbanistici ma legati anche alla non accettazione, da parte dell'amministrazione locale, della presenza della struttura sul proprio territorio.

Regione Sardegna

	REMS	Capienza	Pazienti presenti
1	Capoterra (CA)	16	16

In Sardegna è stata aperta una REMS nel luglio del 2015 con una capienza di 16 posti. Va riconosciuto che al momento sono stati sufficienti per assicurare una pronta accoglienza ai pazienti sardi, oltre che ospitare nella struttura anche una persona umbra. Non ci sono al momento persone in attesa che venga data esecuzione alla loro misura di sicurezza.

Cosa diversa, invece, per la Sicilia che è la regione con il più alto numero di misure di sicurezza in attesa di essere eseguite. Ben 74 misure di sicurezza, tra provvisorie e definitive.
Il bilancio diventa ancora più negativo se si pensa che presso l'OPG di Barcellona Pozzo di Gotto sono tutt'ora presenti 13 pazienti *sine titulo*.

Regione Sicilia

	REMS	Capienza	Pazienti presenti
1	Caltagirone (CT)	20	20
2	Naso (ME)	20	20
	Totale	**40**	**40**

Come di evince anche dallo schema soprastante, le uniche due REMS presenti sul territorio siciliano, hanno già raggiunto la capienza massima.

Si rimane in attesa dell'apertura di un secondo modulo a Caltagirone e si sta discutendo sulla possibilità di apertura di un'altra REMS a Caltanissetta ma va posta in evidenza la questione relativa al numero spropositato di misure di sicurezza previste dai Magistrati.

Regione Toscana - Umbria

	REMS	Capienza	Pazienti presenti
1	Volterra (PI)	28+2	30

Nonostante i lavori necessari per la messa a norma dell'ex carcere a custodia attenuata femminile di Empoli stiano richiedendo dei tempi diversi rispetto a quelli previsti e nonostante non sia ancora stata individuata un'altra REMS, va detto che grazie all'apertura delle due strutture intermedie (Villa Guicciardini a Firenze e Villa Domus Aeoli a Volterra) si è riusciti a chiudere l'OPG di Montelupo Fiorentino. E' sul tappeto la decisione sul mantenimento dell'accordo con la regione Umbria che, priva di REMS, si appoggia alla Toscana.

L'unica REMS provvisoria presente in Toscana è al momento la struttura di Volterra che ha una capienza di 30 posti (28U e 2 D). E' stata aperta nel dicembre 2015 e ha accolto prioritariamente ex internati presso l'OPG di Montelupo Fiorentino. La struttura presenta diverse problematiche che sono state fatte presenti al Magistrato di Sorveglianza di Pisa ma va riconosciuto che il lavoro portato avanti dagli operatori sia stato in grado in parte di sopperire alle difficoltà strutturali e di dimensione. Con l'apertura della REMS di Empoli si potrà riportare la capienza a 20 posti.

I pazienti umbri presenti a Volterra sono 3.

Regione Trentino Alto Adige

	REMS	Capienza	Pazienti presenti
1	Pergine Valsugana (TN)	10	10

In Trentino Alto Adige è presente una REMS di 10 posti che sono tutti occupati.

Regione Veneto

	REMS	Capienza	Pazienti presenti
1	Nogara (VR)	40	34

Infine in Veneto, è presente una REMS a Nogara che è stata aperta il 20 gennaio 2016 e che inizialmente aveva una capienza di 16 posti poi innalzata a 36 poi a 40. Al momento si registrano 34 presenze.

La capienza delle REMS presenti sul territorio nazionale è di 604 posti.

I pazienti presenti nelle REMS ad oggi sono 569.

Il fatto che molte persone vengano dimesse dalle REMS è un segnale positivo che porta a pensare che queste residenze siano delle strutture tendenzialmente aperte e, contrariamente agli OPG, non prevedono una presenza senza fine, con quella tragica pratica che era definita come *ergastolo bianco.*

Inoltre, visto il numero irrisorio di reingressi comunicati dai Responsabili delle REMS su richiesta del Commissario, possiamo permetterci di affermare che il sistema stia rispondendo alle aspettative e che il lavoro svolto dagli operatori delle REMS, in stretta collaborazione con i servizi territoriali, stia dando dei risultati molto positivi.

Nella tabella seguente vengono analizzati anche altri aspetti essenziali.

2.1 Quadro specifico per ciascuna REMS

Regione	REMS	Capienza	Presenti	MdS Prov.	Mds Def.	Miste	Fuori Reg	Transitati	Dimessi	Da OPG	LFE	Mds in attesa
Abruzzo	Barete (AQ)	20	13	8	5	0	0	22	9	2	0	0
Basilicata	Pisticci (MT)	10	9	6	3	0	3	22	13	6	0	0
Calabria	Santa Sofia D'Epiro (CS)	20	16	5	11	0	0	16	0	9	0	dato n.p.
Campania	Mondragone (CE)	16	15	8	7	0	0	32	17	7	2	8
Campania	Vairano Patenora (CE)	12	12	3	9	0	0	20	9	8	1	8
Campania	Calvi Risorta (CE)	20	19	13	6	0	0	22	4	0	0	1
Campania	San Nicola Baronia (AV)	20	20	11	9	0	1	22	2	13	1	3
Emilia Romagna	Bologna (BO)	14	14	5	9	0	1	26	12	14	0	2
Emilia Romagna	Parma (PR)	10	9	3	5	1	0	22	13	10	0	5
Friuli Venezia Giulia	Aurisina (TS)	2	1	1	0	0	0	5	4	0	0	0
Friuli Venezia Giulia	Maniago (PN)	2	2	0	2	0	0	2	0	1	1	0
Friuli Venezia Giulia	Udine (UD)	2	0	0	0	0	0	2	2	0	0	0
Lazio	Ceccano (FR)	20	17	5	12	0	0	33	16	11	1	7
Lazio	Pontecorvo (FR)	11	9	4	5	0	0	20	11	9	0	0
Lazio	Pal. Sabina(Merope) RM	20	19	4	15	0	0	31	12	14	1	16
Lazio	Pal. Sabina(Minerva) RM	20	20	13	7	0	0	24	4	8	0	8
Lazio	Subiaco (RM)	20	19	9	10	0	0	35	16	6	0	15
Liguria	Genova - Prà (GE)	20	9	0	9	0	0	9	0	0	0	dato n.p.
Lombardia	Castiglione delle Stiviere(MN)	120	121	40	81	0	4	213	124	!	24	12
Marche	Montegrimano (PU)	15	20	9	10	1	5	31	11	5	0	0
Piemonte	Bra (CN)	18	18	2	16	0	0	42	24	3	1	dato n.p.
Piemonte	San Maurizio Canavese(/TO)	20	20	6	14	0	1	23	3	11	1	dato n.p.
Puglia	Carovigno (BR)	18	17	6	9	2	0	20	3	7	0	15
Puglia	Spinazzola (BT)	20	20	4	16	0	0	30	10	0	0	20
Sardegna	Capoterra (CA)	16	16	0	16	0	1	28	12	11	0	2
Sicilia	Caltagirone (CT)	20	20	9	11	0	0	36	16	11	0	60
Sicilia	Naso (ME)	20	20	15	5	0	0	58	38	13	1	21
Toscana	Volterra (PI)	28	30	10	20	0	0	47	17	27	6	31
Trentino Alto Adige	Pergine Valsugana (TN)	10	10	4	6	0	0	15	5	2	0	1
Veneto	Nogara (VR)	40	34	12	22	0	0	42	8	7	0	0
	TOTALE	**604**	**569**	**215**	**350**	**4**	**16**	**950**	**415**	**215**	**40**	**235**

2.2 Quadro Rems per Regione

Regione	Capienza	Presenti	MdS Prov.	Mds Def.	Miste	Fuori Reg.	Transitati	Dimessi	Da OPG	LFE	Mds in attesa
Abruzzo	20	13	8	5	0	0	22	9	2	0	0
Basilicata	10	9	6	3	0	3	22	13	6	0	0
Calabria	20	16	5	11	0	0	16	0	9	0	dato n.p.
Campania	68	66	35	31	0	1	96	32	28	4	20
Emilia Romagna	24	23	8	14	1	1	48	25	24	0	7
Friuli Venezia Giulia	6	3	1	2	0	0	9	6	1	1	0
Lazio	91	84	35	49	0	0	143	59	48	2	46
Liguria	20	9	0	9	0	0	9	0	0	0	dato n.p.
Lombardia	120	121	40	81	0	4	213	124	!	24	12
Marche	15	20	9	10	1	5	31	11	5	0	0
Piemonte	38	38	8	30	0	1	65	27	14	2	dato n.p.
Puglia	38	37	10	25	2	0	50	13	7	0	35
Sardegna	16	16	0	16	0	1	28	12	11	0	2
Sicilia	40	40	24	16	0	0	94	54	24	1	81
Toscana	28	30	10	20	0	0	47	17	27	6	31
Trentino Alto Adige	10	10	4	6	0	0	15	5	2	0	1
Veneto	40	34	12	22	0	0	42	8	7	0	0
	604	**569**	**215**	**350**	**4**	**16**	**950**	**415**	**215**	**40**	**235**

Abruzzo – Barete

La struttura può ospitare un massimo di 20 pazienti (17 uomini e 3 donne). Alla data del 31/01/2017 erano presenti in REMS 13 ospiti, di cui 11 uomini e 2 donne. Di questi pazienti 8 sono in misura di sicurezza provvisoria, 5 in misura di sicurezza definitiva. Nessuno tra i pazienti presenti è fuori regione, in quanto 12 provengono dalla regione Abruzzo ed 1 dalla regione Molise. Dal 09/05/2016, data di apertura effettiva della REMS Abruzzo-Molise, sono entrati in REMS 22 pazienti, 2 donne e 20 uomini. Di questi pazienti all'ingresso in REMS 2 avevano provvedimenti definitivi, 20 provvedimenti provvisori, di questi ultimi durante la degenza in REMS 5 hanno concluso la fase delle indagini preliminari con trasformazione della misura di sicurezza da provvisoria a definitiva. Nella REMS di Barete sono state effettuate 9 dimissioni. Degli ospiti accolti nella REMS di Barete, 2 erano provenienti dall'OPG di Aversa. Nessun paziente è allo stato attuale in LFE. Non ci sono pazienti in lista di attesa per il bacino Abruzzo-Molise. Nella struttura non è prevista la pratica della contenzione fisica. Non sono presenti in REMS ospiti senza fissa dimora, né italiani né stranieri.

Basilicata – Pisticci

La struttura può ospitare un massimo di 10 pazienti. E' prevista la possibilità di ospitare anche pazienti di sesso femminile. Al 31/01/2017 erano presenti in struttura 9 pazienti di cui 6 con misura di sicurezza provvisoria e 3 con misura di sicurezza definitiva. Tra gli altri ospiti, in struttura al momento sono presenti 2 donne e 1 SFD (Gambia). I pazienti transitati sono nel complesso 22 di cui 6 calabresi provenienti dall'OPG di Barcellona Pozzo di Gotto (3 tutt'ora presenti). Nessuno è in LFE. Non si effettua contenzione. Non sono presenti pazienti lucani con misura di sicurezza in attesa di esecuzione e quindi in lista di attesa.

Calabria – Santa Sofia D'Epiro

La capienza della REMS di Santa Sofia D'Epiro è di 20 posti letto e attualmente sono presenti in struttura 16 pazienti, di cui 11 definitivi e 5 provvisori. Tra questi 9 provengono dall'OPG di Barcellona Pozzo di Gotto, 4 dalla REMS di Pisticci, 1 dalla REMS di Spinazzola, 1 dalla libertà e 1 proveniente da una struttura psichiatrica. Nessun paziente tra i presenti proviene da una regione diversa dalla Calabria e nessuno risulta in LFE. La contenzione non è praticata nella REMS. In struttura non sono presenti attualmente delle donne. Uno è il paziente SFD, straniero. Non si conosce il numero esatto delle persone in lista di attesa ma la maggior parte ha una misura di sicurezza provvisoria.

Campania – Mondragone

Nella REMS di Mondragone la capienza massima prevista è di 16 pazienti. Al momento si registrano 15 presenze di cui 8 provvisori e 7 definitivi. Nel complesso in questa struttura sono transitate 32 persone (17 provvisori e 15 definitivi) di cui 7 provenienti dall'OPG. Tra questi ne sono stati dimessi/ /trasferiti o si sono allontanati 17 (9 provvisori e 8 definitivi). Al 31 gennaio risultano 2 persone in LFE. In merito alla questione dei pazienti che sono in attesa di essere inseriti in REMS si fa presente che per la struttura di Mondragone, le persone in attesa sono 8 e che al momento tra questi 2 sono in libertà, 4 stanno facendo un percorso in strutture terapeutiche riabilitative, 1 in SPDC e 1 in carcere. Tutti i presenti sono di sesso maschile.

Campania – Vairano Patenora

Nella REMS di Vairano – Patenora possono essere accolti fino a 12 ospiti e al momento è al completo. Dei 12 presenti, 3 sono provvisori e 9 definitivi. A transitare nella REMS sono state 20 persone (8 provvisori e 12 definitivi) di cui 8 provenienti da OPG. Tra le 20 presenze transitate, 9 persone sono state dimesse/trasferite o si sono allontanate (ma va precisato che una persona è rientrata dopo un allontanamento). Di queste 9 persone, 5 erano provvisorie e 4 definitive. Risulta in attesa una sola persona che al momento è inserita in una struttura terapeutica riabilitativa.

Campania – Calvi Risorta

La REMS di Calvi Risorta è stata aperta il 21/12/2016 in vista della chiusura programmata della REMS di Roccaromana avvenuta il giorno seguente. Anche nella nuova struttura è prevista una presenza regolamentare di 20 pazienti. Al momento si registrano 19 presenze, di cui 13 provvisori e 6 definitivi. In totale sono transitate 22 persone di cui 14 provvisori e 8 definitivi. 4 tra dimessi/ trasferiti e una persona tra queste si era allontanata ma poi ha fatto rientro in REMS. Nessun paziente presente proviene dall'OPG. Si registra che 8 persone sono attualmente in attesa di essere inerite in REMS. Tra queste persone, 3 sono in libertà, 1 sta facendo un percorso in comunità e 4 in carcere. Sono presenti in struttura due pazienti di sesso femminile.

Campania – Roccaromana

La REMS di Roccaromana è stata chiusa in data 22/12/2016. Nella REMS sono transitate 50 persone, 34 provvisorie e 16 definitive di cui 2 provenienti da OPG.

In nessuna delle REMS appena elencate viene praticata la contenzione. Le uniche due persone straniere e SFD presenti nelle REMS campane sono state prese in carico dal DSM di riferimento individuato in base al luogo di arresto.

Campania San Nicola Baronia

Al 31 gennaio 2017 nella REMS di San Nicola Baronia (AV) si registrano n. 20 presenze di cui 9 utenti definitivi e 11 provvisori, tra questi un utente appartiene alla Regione Molise. Si sono registrati 22 ingressi e 2 dimissioni (1 Definitivo e 1 Provvisorio). Nel complesso sono stati inseriti in REMS 13 utenti provenienti dagli OPG. In data 16/12/2016 è stato dimesso un paziente per LFE. Le persone che attendono di essere inserite in REMS sono tre di cui 2 si trovano attualmente in Casa di Cura e 1 in Carcere. Nella struttura non viene praticata la contenzione. Non risultano donne nella REMS di San Nicola Baronia, si registra invece la presenza di una persona SFD ma si segnala che la struttura ha lavorato al fine di fargli assegnare la residenza presso il comune di San Nicola Baronia (AV) con regolare documento di identità.

Emilia Romagna – Bologna

La REMS di Bologna dispone di 14 posti, tutti occupati. 11 da pazienti di sesso maschile e 3 da donne. Tra i presenti, 9 sono definitivi e 5 provvisori. Al 31/01/2017, si registra la presenza di 5 persone SFD, di cui una italiana e 4 straniere. Le persone in attesa di essere inserite in REMS sono due e al momento si trovano nel loro domicilio, in libertà. Nella struttura sono transitate complessivamente 26 persone di cui diversi provenienti dagli OPG di Reggio Emilia e dall'ex OPG di Castiglione delle Stiviere. Sono stati ospitati in questa REMS anche pazienti fuori regione (Toscana e Puglia) e al momento si registra la presenza di un toscano presso la loro struttura. Nella REMS non viene effettuata contenzione meccanica.

Emilia Romagna – Parma

La capienza della REMS è di 10 pazienti. Al 31/01/2017, sono presenti 9 persone di cui 5 definitive, 3 provvisorie e un paziente con posizione mista che attualmente si trova ricoverato presso l'SPDC di Parma. Dall'apertura della REMS sono transitate 22 persone di cui n. 9 definitive e 13 provvisorie. Tra questi vi sono10 pazienti provenienti dall'OPG di Reggio Emilia. Non ci sono pazienti in LFE e non si effettuano contenzioni. Per quanto riguarda le misure di sicurezza in attesa di essere eseguite si fa riferimento a una lista d'attesa di 5 persone, di cui 1 attualmente in libertà, 1 ricoverato in clinica psichiatrica, 1 in Libertà Vigilata (revocata) e n. 2 in custodia cautelare in carcere. La struttura non accoglie pazienti di sesso femminile le quali confluiscono tutte nella REMS di Bologna.

In struttura è presente un paziente SFD (extraUE) per il quale è prevista a breve la formalizzazione di residenza, grazie all'avvenuto contatto con familiari residenti; dall'apertura un'altra persona SFD (extraUE) è stata presente nella REMS ma poi si allontanò e non fu più rintracciata.

Friuli Venezia Giulia

Prima di rappresentare le peculiarità presenti nelle tre REMS della regione Friuli Venezia Giulia, va fatta una premessa sul modello che la regione ha deciso di sposare. E' stato previsto a livello regionale una diminuzione del modello REMS da 20 posti, tenendo in considerazione il fabbisogno storico rispetto all'OPG della regione FVG (Trieste aveva azzerato le presenze in OPG dal 2006). I posti stabiliti sono stati poi suddivisi in tre sub-unità territoriali, Maniago, Udine e Aurisina, REMS provvisorie di 2 posti ciascuno. Si è pensato e poi strutturato un modello di REMS "diffusa", che funziona come un sistema unico, con possibilità di sinergie e di movimenti interi (su autorizzazione della Magistratura).

Altro cardine è costituito dalla responsabilità territoriale dei servizi, che significa evitare un "altrove" dove recludere, escludere, relegare, segregare, delegare, detenere.

La co-progettazione con i livelli regionali ha riguardato sia gli aspetti strutturali, con la riduzione al minimo necessario degli aspetti "di sicurezza", e comunque reclusivi, che i protocolli con Prefettura e Magistratura.

A livello regionale, tutta la REMS "diffusa" è effettivamente integrata con i DSM. La REMS lavora in rete con i servizi dipartimentali e attivamente dialoga e coopera con tutti i servizi di salute mentale coinvolti – il CSM di competenza della persona innanzitutto - con ciò evitando la costituzione di un luogo / servizio dedicato, "speciale".

La scelta del modello è stata condivisa dal Commissario che ha avuto modo di visitare le REMS e che ha presentato all'Umbria, regione con un numero di pazienti interessati simili a quelli del Friuli Venezia Giulia, affinché potessero valutare la possibilità di prevedere la costruzione di un modello simile che li portasse a sganciarci dalla regione Toscana.

Di seguito vengono adesso analizzate le varie realtà locali.

Friuli Venezia Giulia – Aurisina

Nella REMS di Aurisina, che ha una capienza di due posti al momento è presente una persona con misura di sicurezza provvisoria. Sono transitate nel totale 5 persone di cui due coniugi che pur essendo italiani risultavano SFD. Si è provveduto alla re-iscrizione anagrafica presso il Comune di provenienza (Cervignano del F.). Tra le 4 persone che sono state dimesse dalla REMS, tre erano

provvisorie e una definitiva. Tra le persone con misura di sicurezza provvisoria, due sono state assegnate al CSM competente e una è stata trasferita presso la REMS di Udine. Alla persona che si trovava in REMS con una misura di sicurezza definitiva, invece, è stata applicata la misura di sicurezza non detentiva della libertà vigilata.

Friuli Venezia Giulia – Maniago

Nella REMS di Maniago, che ha una capienza di due posti al momento sono presenti due ospiti di sesso maschile con misura di sicurezza definitiva. Uno dei due proviene dall'Ex OPG di Reggio Emilia e il 25 gennaio è stato ammesso a LFE da trascorrere presso la struttura psichiatrica che si trova nello stesso stabile della REMS. L'altra persona invece proviene dalla C. C. di Padova ed è in attesa che gli sia data la residenza presso la REMS. Questo porterà gli operatori a completare il PTRI che gli permetterà di uscire dalla struttura.

Non ci sono persone in lista di attesa per essere inserite in REMS. Non si applica la misura della contenzione. Al momento non sono presenti ospiti di sesso femminile. Non ci sono, e non ci sono stati, pazienti SFD.

Friuli Venezia Giulia – Udine

Al momento non sono presenti pazienti in REMS a Udine. Dall'apertura ad oggi sono transitate in struttura due sole persone, una donna e un uomo, entrambi con misura di sicurezza provvisoria, poi diventata definitiva. Ad ottobre 2016 sono stati dimessi e inseriti in una comunità riabilitativa. I servizi sono in grado di attivare strumenti alternativi con l'avvio di programmi di cura e riabilitativi adeguati (e vincolanti) anche in presenza di misure di sicurezza. Al 31 gennaio 2017 tre persone provenienti da OPG (2M e 1F), con misure di sicurezza, sono inserite in comunità residenziali e riabilitative, soltanto una persona (M) con problemi anche di dipendenza è inserito in una comunità extra regionale. Una persona (M) segue un programma di cura presso il CSM di Udine SUD, due persone (1Me 1F) sono ricoverate in SPDC.

Lazio – Ceccano

La REMS di Ceccano è una struttura esclusivamente maschile e può ospitare fino ad un massimo di 20 pazienti. Al 31/01/2017 sono presenti in struttura 17 pazienti. Complessivamente c'è stato un flusso di 33 persone, di cui 20 provvisori e 13 definitivi, tra queste 11 provengono da OPG.

Le misure di sicurezza in attesa di essere eseguite sono in totale 7 di cui 6 persone sono al momento in carcere e una in libertà. Non è praticata contenzione. Vi sono due pazienti SFD, uno straniero e uno italiano, entrambi di competenza regionale. Una persona è ora in LFE.

Lazio – Pontecorvo

La REMS di Pontecorvo prevede la presenza di sole donne. Ha una capienza di 11 posti e al momento sono presenti in struttura 9 pazienti (5 definitive e 4 provvisorie). In REMS di registra un flusso totale di 20 pazienti (10 definitive e 10 provvisorie). Gli ingressi di donne provenienti da OPG sono stati 9. Non si registrano persone in Licenza Finale di Esperimento, né in lista di attesa per entrare in REMS a seguito di applicazione di misura di sicurezza. Vi è una SFD straniera di competenza regionale. Non è praticata contenzione.

Lazio – Palombara Sabina (Merope)

La REMS Merope di Palombara Sabina può ospitare fino a 20 soggetti di sesso maschile. Al 31.01.2017 sono presenti 19 utenti, di cui 15 sottoposti a misura definitiva e 4 sottoposti a misura provvisoria. Tutti gli ospiti sono agli atti residenti nella regione Lazio.

Sono transitati in struttura 31 soggetti. Di questi 31, 5 all'ingresso erano già definitivi, 26 soggetti erano, invece, provvisori. Nel corso della permanenza in REMS 15 tra questi sono poi diventati definitivi. I soggetti accolti provenienti da OPG sono 14.

E' stata applicata una LFE al momento dell'uscita dalla REMS.

Nel periodo compreso tra il 01.01.2016 e il 31.12.2016 le richieste non eseguite risultano essere 14 per soggetti residenti nella Regione Lazio. Dal 01.01.2017 al 31.01.2017 risultano in lista d'attesa 2 soggetti residenti nella Regione Lazio.

Al 31.01.2017 sono presenti N.3 soggetti senza fissa dimora, di nazionalità estera (2 provenienti dall'Africa, 1 proveniente dalla Romania).

In REMS non sono state eseguite contenzioni con mezzi coercitivi

Lazio – Palombara Sabina (Minerva)

La REMS Minerva di Palombara Sabina, può ospitare complessivamente 20 utenti di sesso maschile. Al 31.01.2017 sono presenti 20 ospiti, di cui 13 sottoposti a Misura di Sicurezza provvisoria e 7 in Misura di Sicurezza Definitiva. Tutti gli Ospiti sono di competenza della Regione Lazio. Da giugno 2016 (data di apertura) sono stati accolti 24 soggetti, di cui, 15 al momento dell'ingresso erano sottoposti alla misura di sicurezza provvisoria, 9 sottoposti a misura di sicurezza definitiva. Sono state effettuate 4 dimissioni. I soggetti accolti provenienti da OPG sono 8, tutti provenienti dall'OPG di Aversa.

Al 31.01.2017 sono presenti 4 persone SFD, di nazionalità estera, rispettivamente provenienti da Afghanistan, Romania, Croazia e Albania.

Nessuna applicazione di LFE al momento dell'uscita dalla REMS. In struttura non sono state eseguite contenzioni con mezzi coercitivi.

Nel periodo compreso tra l'apertura della REMS e il 31.12.2016 le richieste non eseguite risultano essere 8 per soggetti residenti nella Regione Lazio.

Lazio – Subiaco

La REMS "Castore" di Subiaco, è attiva dal 1.07.2015 e, al 31.01.2017, sono presenti 19 pazienti (9 provvisori e 10 definitivi). Si è registrato un flusso di 35 persone (11 con misura di sicurezza definitiva, 21 provvisori e 3 utenti che hanno modificato la misura in corso di permanenza da provvisoria a definitiva). Gli internati trasferiti direttamente dagli OPG sono stati 6; si segnala la presenza di 5 internati con pregressa permanenza in OPG, ma provenienti al momento dell'inserimento, da altre REMS (Mondragone, Rocca Romana e Caltagirone).

La lista di attesa 2016-2017, basata unicamente sulle assegnazioni territoriali del DAP, risulta attualmente di 15 persone. Non è possibile tuttavia aggiornarla, non essendo a conoscenza delle collocazioni attuali, di eventuali revoche della misura, o inserimenti in altre strutture con misure attenuate. Due persone risultano carcerate (fra loro uno deve estinguere la pena prima di poter procedere all'internamento in REMS).

Risultano presenti in struttura tre utenti SFD, di cui un italiano, privo di documenti e residenza e due stranieri, uno di nazionalità tedesca e uno di nazionalità polacca, in attesa di interrogatorio da parte dell'AG competente atta a valutare la richiesta di estradizione da parte della Polonia.

La contenzione fisica è stata praticata unicamente in una circostanza ad ottobre 2015 e si è protratta per circa 15 ore.

Non è stata mai applicata alcuna LFE al 31.01.2017 in considerazione delle difficoltà procedurali e normative riscontrate.

Liguria – Genova Prà

La struttura è stata aperta l'8 febbraio '17 e sono stati già inseriti gli 8 ospiti liguri che si trovavano a Castiglione più un'altra persona proveniente dal territorio.

Lombardia – Castiglione delle Stiviere

Il sistema polimodulare di REMS provvisorie di Castiglione delle Stiviere, ha una capienza regolamentare di 120 persone (20 x 6 moduli) e al momento in struttura sono presenti complessivamente 121 pazienti di cui 116 lombardi e 5 extra regione (di cui 1 Liguria, 1 D Umbria, 2 U Puglia, 1 U Sicilia). Tra i 121 pazienti presenti 81 sono definitivi (di cui 78 lombardi e 3 extra regione) e 40 sono provvisori (di cui 38 lombardi e 2 extra regione). In LFE risultano essere 24 persone (19 lombarde, 17 U e 2 D, e 5 extra regione, 3 D e 2 U).

Dalla data di apertura al 31/01/2017 ci sono stati 213 nuovi ammessi, sono state dimesse 124 persone di cui 48 per trasferimenti.

La lista di attesa dei soli pazienti lombardi è di 12 persone (4 con misura di sicurezza definitiva e 8 con misura di sicurezza provvisoria). Al momento 1 si trova ricoverato in SPDC, 2 in libertà, 3 in comunità e 6 in carcere.

I dati sulle contenzioni che ci sono pervenuti riguardano il periodo che va dal 1 luglio 2016 a 31 dicembre 2016 e in totale hanno riguardato 14 pazienti per un numero di contenzioni pari a 22. Nessuna informazione circa la modalità e la durata della contenzione.

Marche – Montegrimano

La capienza prevista per la REMS di Montegrimano è di 15 pazienti, al momento ne ospita ben 20 ma va precisato che la capienza della REMS è sottostimata. Tra i presenti, 15 sono persone di competenza territoriale della regione Marche (13 U e 2 D) e 5 sono pazienti extra regione (3 U Toscana, 1 D Umbria, 1 U Lazio). Le 20 persone presenti in REMS hanno misure di sicurezza diverse, 10 definitive, 9 provvisorie e 1 mista. Si registra che sul totale di ingressi (che sono stati 31), 5 sono stati i pazienti che provenivano da OPG. Nessuna persona è in LFE.

In struttura è presente una persona SFD straniera che è in fase di regolarizzazione del permesso di soggiorno e dei documenti. Non ci sono persone in lista di attesa. La contenzione non viene praticata.

Piemonte – Bra

La REMS di Bra ha una capienza di 18 posti e al momento è al completo. In struttura sono presenti 18 persone di cui 16 con misura di sicurezza definitiva e 2 con misura di sicurezza provvisoria. Tra questi vi è una persona in LFE e una persona straniera SFD per la quale si sta valutando la possibilità di espulsione dal territorio italiano a fine pena, dal momento che in Italia non ha nessun riferimento e che ha contatti telefonici regolari con parenti che si trovano nel suo paese di origine. Nella REMS

sono state presenti nel complesso altre 3 persone SFD[5], una italiana alla quale è stata concessa la residenza temporanea nel comune di Bra e due stranieri per i quali è stato richiesto in un caso il permesso di soggiorno e nell'altro è stato rinnovato.

Nel complesso sono transitate nella REMS 42 persone (11 provvisori e 28 definitivi, 3 miste), 24 sono le persone che sono poi state dimesse. Tra le 42 persone, 3 provenivano da OPG (1 Reggio Emilia, 1 Montelupo Fiorentino e 1 Barcellona Pozzo di Gotto). Una volta inaugurata la REMS sono stati accolti inoltre anche 8 pazienti piemontesi che si trovavano presso il sistema polimodulare di Castiglione.

Piemonte – San Maurizio Canavese

La REMS "Anton Martin" è sorta all'interno del perimetro del Presidio Ospedaliero Fatebenefratelli di San Maurizio Canavese (TO). La REMS dispone di 20 posti letto e può ricoverare sia uomini che donne. La struttura è stata inaugurata a novembre 2016 e ha dapprima accolto tutti i pazienti piemontesi ancora internati nell'ex OPG di Castiglione delle Stiviere (11 pazienti), poi ha ricoverato quelli ristretti in carcere (7 pazienti) ed i primi in lista d'attesa. Al momento la struttura è al completo. Tra i 20 pazienti presenti 6 hanno una misura di sicurezza provvisoria e 14 di tipo definitiva. Nel complesso sono transitati 23 soggetti e ne sono stati dimessi 3. Un solo paziente ha una residenza in un'altra regione (Campania) ma ci viene riferito che è già stata fatta una richiesta di trasferimento. Il paziente al momento dell'assegnazione in REMS risultava residente in Piemonte, però due mesi prima dell'inizio dell'esecuzione della misura di sicurezza ha trasferito la sua residenza a Salerno senza che vi fosse una comunicazione agli organi competenti.
Un paziente è attualmente in licenza finale di esperimento presso la Comunità di Chatillon.
In merito alla contenzione si fa presente che presso la REMS piemontese ha effettuato una contenzione e un successivo ricovero in regime di TSO presso l'SPDC.
Nella struttura sono presenti 2 donne e 4 persone SFD.

[5] 1 paziente proveniente da ex OPG di Reggio Emilia, ma in carico a tutti gli effetti all' ASL TO2, che ha in corso la formulazione del progetto post REMS; il paziente ha un'abitazione in Torino, presso la quale si sta trasferendo la residenza, procedura complicata dal fatto che egli non è fisicamente presente nell'abitazione.
1 paziente proveniente dall'ex OPG di Barcellona Pozzo di Gotto, per il quale non è ancora possibile, perché non ancora trascorsi i quattro mesi di permanenza nel territorio braidese, l'iscrizione temporanea nel registro anagrafico di Bra; il paziente è però in carico dall'ASL TO2, con la quale sono regolari i contatti.
1 paziente è di fatto residente in Campania, proveniente dalla REMS di Calvi Risorta, ed ospitato per due notti presso questa REMS su assegnazione DAP, per poter presenziare ad un processo a suo carico tenutosi in Genova; tale paziente è quindi rientrato nella REMS di provenienza

Puglia – Carovigno

La REMS di Carovigno ha una capienza di 18 posti e al momento sono presenti 17 ospiti di cui 9 definitivi, 6 provvisori e 2 con misura di sicurezza mista. Nessuno tra i pazienti presenti è fuori regione. In totale sono avvenuti 20 ingressi e 3 dimissioni. Tra le presenze sono transitate nella REMS, 7 provenivano da OPG, tra queste due sono state dimesse. Nella lista di attesa sono presenti 15 persone in attesa che venga data esecuzione alla misura di sicurezza detentiva del ricovero in REMS. Non ci sono persone in LFE e non è mai stata praticata alcuna misura di contenzione. Al momento sono presenti in struttura 2 donne e 3 persone SFD di cui due stranieri di nazionalità rumena.

Puglia – Spinazzola

La capienza della Rems di Spinazzola è di 20 posti. Al 31/01/2017 risulta essere al completo. Tutti gli ospiti sono pugliesi, 4 con misura di sicurezza provvisoria, 16 definitiva. Sono avvenute 4 dimissioni, di cui uno in libertà e tre in CRAP. I trasferimenti in altre REMS per avvicinamento al luogo di origine sono stati 6. Ci sono stati, dopo i primi venti ingressi, altri dieci ingressi per un totale di 30 soggetti transitati. Sul totale dei 30 ospiti, 7 provenienti direttamente dagli OPG e 8 provenienti da altre REMS. 2 persone sono in attesa di Licenza Finale di Esperimento. In lista di attesa ci sono 20 persone (province di FG BA BT) e tra queste 6 in carcere, 5 in CRAP, 9 in libertà e 0 in SPDC. Non è praticata e non è stata mai praticata la contenzione. Non sono presenti donne in struttura. Non si registra la presenza di persone SFD ma due tra i pazienti presenti, di cui uno straniero, hanno una residenza fittizia.

Sardegna – Capoterra

Nella REMS di Capoterra sono previsti 16 posti e al 31/01/2017 risultano tutti occupati. Tra i pazienti presenti tutti hanno una misura di sicurezza definitiva. Dalla data di apertura ad oggi sono transitate in REMS 28 presone (di cui 5 provvisori, 22 definitivi e una persona con posizione mista). Tra questi 11 provenivano dall'OPG, 9 dei quali sono ancora presenti in struttura. Nella REMS sono state presenti due donne ma al momento i 16 pazienti sono tutti di sesso maschile. Vi è una persona fuori regione (Umbria). Nessuna persona si trova in LFE. Due sono le persone in lista di attesa, una di queste è in libertà, una in carcere. In merito a questa persona siamo stati informati sul fatto che il Magistrato sta valutando l'ipotesi di sostituire la misura di sicurezza detentiva con la libertà vigilata una volta scontato il periodo di pena in carcere. Nessun SFD.

Sicilia – Caltagirone

La REMS di Caltagirone ospita 20 pazienti di sesso maschile. In struttura dalla data di apertura al 31/01/2017 sono transitati 36 pazienti e ne sono stati dimessi 16, di cui 2 trasferiti presso la Casa Circondariale di Caltagirone, 6 in libertà vigilata c/o CTA del territorio di appartenenza, 1 in libertà vigilata c/o domicilio, 1 in Comunità Alloggio, 5 in trasferimento c/o altre REMS (competenti territorialmente), 1 in libertà.

Al momento non sono presenti in REMS persone fuori regione ma nel periodo antecedente sono stati ospitati 4 pazienti provenienti da altre regioni.

Dei 20 pazienti presenti al 31/01/2017, 9 sono in misura di sicurezza provvisoria e 11 in misura di sicurezza definitiva.

Sui 36 transitati, 18 avevano una misura di sicurezza definitiva e 18 provvisoria. Su 36 persone, 11 provengono dall'OPG.

I pazienti in Licenza Finale di esperimento sono stati n. 4 di cui per n. 1 paziente è stato autorizzato anche il pernottamento.

Le persone in lista di attesa e che risultano essere assegnati alla Rems di Caltagirone sono 60.

La contenzione è una pratica che è stata utilizzata nella prima fase di apertura della REMS ma che dopo il processo evolutivo che ha attraversato la REMS e che ha visto via via crescere il trattamento dei pazienti non sono più state effettuate contenzioni né TSO.

Nella struttura non sono previsti posti per pazienti di sesso femminile ma a breve è prevista l'apertura di un secondo modulo REMS a Caltagirone dove saranno inserite anche donne.

Non sono mai stati presenti pazienti senza fissa dimora. E' presente uno straniero proveniente dalle Isole Mauritius, con regolare permesso di soggiorno e cittadinanza.

Sicilia – Naso

La REMS di Naso ha una capienza di 20 posti e al 31/01/2016 erano tutti occupati. Tra i 20 pazienti presenti 5 hanno misure di sicurezza definitive, 15 provvisorie. Nel complesso si sono registrati 58 transiti e tra queste persone 21 erano definitive, 37 provvisorie. Dall'apertura sono state ospitate 13 persone provenienti da OPG ma ad oggi sono 2. Un soggetto si trova in LFE. 38 persone sono state dimesse/avviate a percorsi alternativi. I soggetti SFD che sono stati accolti presso la REMS di Naso sono 3, tutti stranieri, ma ad oggi ne è presente solo uno. La contenzione non è mai stata praticata. I soggetti in lista di attesa per essere inserite in REMS sono 21 tra cui 3 in CTA, 3 in OPG, 2 in SPDC, 2 in C C e 11 in libertà.

Toscana – Volterra

Presso la REMS di Volterra sono previsti due moduli e nel complesso la struttura può ospitare 30 pazienti di cui 28 di sesso maschile e 2 di sesso femminile. Al 31/01/2017 nel Modulo 1 erano presenti 14 uomini e 1 donna, nel Modulo 2, 14 uomini + 1 paziente ricoverato in SPDC. Nel totale si hanno 10 misure di sicurezza provvisorie e 20 definitive. Tra i 30 ospiti presenti 27 sono toscani e 3 umbri, tutti quindi di competenza territoriale della regione Toscana. I pazienti transitati nella REMS sono stati 47 (più un paziente ospitato per una notte in due occasioni diverse, proveniente dalla REMS di Brà). Dei 47 pazienti 2 hanno fatto ingresso due volte in REMS per revoca LFE. Le dimissioni sono state 17. 8 LFE, 6 L.V., 2 revoca misura di sicurezza ex L.81/2014, 1 revoca misura di sicurezza. Tra i 47 pazienti transitati 27 provengono da OPG. Le persone in LFE al 31/01/2017 sono 6. I pazienti toscani e umbri in lista di attesa sono 31.

La contenzione è stata praticata in 3 occasioni sempre nei confronti della stessa paziente per episodi di agitazione psicomotoria con aggressività fisica e verbale nei confronti del personale sanitario e necessità di intervento (in due occasioni) delle forze dell'ordine. La prima contenzione è durata 3 giorni, la seconda 4 giorni e la terza 6 giorni. Non sono attualmente presenti persone senza fissa dimora. In struttura è invece presente una donna.
La struttura ha difficoltà nella gestione dell'unica donna presente che si trova a convivere con i restanti ospiti, tutti uomini. La difficoltà oltre che essere relazionale è legata anche alle caratteristiche strutturali della REMS. Il Commissario ha chiesto alle REMS che hanno la possibilità di ospitare donne, una disponibilità di accoglienza che al momento però non è stata accolta.

Trentino Alto Adige – Pergine Valsugana

La REMS di Pergine Valsugana ha una capienza di 10 posti e al momento è piena. Tra i 10 ospiti presenti, 6 hanno una misura di sicurezza definitiva e 4 provvisoria. Gli ingressi totali sono stati 15, di cui 12 provvisori e 3 definitivi, le dimissioni sono state 5. Gli ingressi di persone provenienti da OPG sono stati 2. Nessuna persona in LFE. Una persona è attualmente in lista d'attesa e si trova in comunità. Nella struttura non è mai stata praticata la contenzione. E' presente una donna e una persona SFD italiana.

Veneto – Nogara

La REMS di Nogara è composta da due moduli misti da 20 persone. Al 31/01/2017 sono presenti complessivamente 34 persone di cui 12 con misura di sicurezza provvisoria e 22 definitiva. Non vi sono mai stati pazienti provenienti da altre regioni. Le persone che sono transitate nella REMS sono

state 42 (27 definitivi e 15 provvisori) e tra queste le persone provenienti dall'OPG sono state 7. Le persone dimesse, invece, 8. 2 le persone che sono state in LFE. Non vi è una lista di attesa, al 31/01/2017 è programmato un solo inserimento. Si tratta di una donna veneta che al momento si trova in carcere con fine pena previsto a luglio 2017.

In struttura sono presenti 5 donne che conducono una vita comunitaria di giorno ma con una dislocazione autonoma durante la notte.

Tra le 5 persone SFD presenti in struttura, 4 sono straniere, senza permesso di soggiorno né foglio di via, 1 è italiano con documento di identità rilasciato dal comune di Verona.

La contenzione strumentale non viene di norma praticata ma può essere praticata la contenzione chimica e ambientale che consta di porte di sicurezza che possono essere chiuse a chiave per breve periodo. La persona che si trova nella stanza viene sorvegliata a mezzo video e può comunicare a mezzo citofono. Questo tipo di contenzione ci riferiscono, è utilizzata per breve tempo, prima di un ricovero in regime di TSO. In termini di durata viene riferito che le contenzioni non si sono protratte per più di 8 ore.

2.3 Principio di territorialità: persone fuori regione

All'interno dell'art. 1 della Conferenza Unificata (Accordo Stato – Regioni) del 26 febbraio 2015 venne stabilito che il Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria avrebbe dovuto attenersi al principio della territorialità per effettuare assegnazioni e trasferimenti (come espressamente previsto nell'articolo 3-ter. Comma 3, lettera c) del decreto-legge 22 dicembre 2011, n. 211). Per diverse ragioni non sempre è stato possibile rispettare il principio della territorialità e ancora si trovavano persone accolte in REMS fuori dalla propria regione di appartenenza. Le persone che sono al momento extra regione, come si evince dallo schema di pag. 26, sono 16. Si fa un breve riepilogo indicando nella tabella sottostante le REMS che al 31/01/2017 ospitavano persone non di propria competenza regionale e la regione di provenienza del paziente in questione.

REMS di accoglienza	Regione di provenienza	Numero
Basilicata – Pisticci	Calabria	3
Campania – San Nicola Baronia	Molise (competenza Abruzzo)	1
Emilia Romagna – Bologna	Toscana	1
Lombardia – Castiglione delle Stiviere	Umbria 1 Puglia 2 Sicilia 1	4
Marche – Montegrimano	Toscana 3 Umbria1 Lazio 1	5
Piemonte – San Maurizio Canavese	Campania	1
Sardegna - Capoterra	Umbria (competenza Toscana)	1
	Totale	16

Il Commissario ha sempre sostenuto la necessità che venisse rispettato il principio di territorialità e in questi mesi il numero delle persone fuori regione si è molto ridimensionato e rapidamente potrà essere azzerato. Va tenuto anche conto che in alcuni casi si tratta di persone che sono alla fine del percorso terapeutico e che anche la REMS ospitante ritiene non opportuno il trasferimento.

2.4 La contenzione nelle REMS

Il rifiuto della contenzione è stato definito come uno dei capi saldi della riforma e seguendo le indicazioni del parere del Comitato Nazionale di Bioetica, del 24 aprile 2015, si deve rifiutare tale pratica, sia intesa come contenzione fisica che come contenzione farmacologica.

Viene confermato dalle comunicazioni dei Responsabili delle REMS, il non utilizzo della pratica della contenzione meccanica (che però continua a Castiglione delle Stiviere). In alcuni casi viene adottata la contenzione ambientale e comportamentale all'interno di stanze di *descalation*. Viene comunque dichiarato dai Responsabili che la contenzione è utilizzata solo come *extrema ratio*, per casi gravi, e solo per il tempo strettamente necessario prima dell'applicazione di un TSO.

Per i necessari approfondimenti si rimanda alla prima Relazione semestrale[6] dove è stata sviluppata a fondo la tematica della contenzione analizzando episodi e casi.

[6] Relazione semestrale sull'attività svolta dal Commissario unico per il superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari, Franco Corleone - 19 febbraio 2016 – 19 agosto 2016 – pp. 43 e 44.

2.5 Senza Fissa Dimora (SFD)

Il numero delle persone senza fissa dimora presenti nelle REMS è pari a 47 di cui 38 stranieri e 9 italiani. E' inaccettabile e va risolto nel più breve tempo possibile il problema degli italiani senza residenza e senza documenti quindi di fatto ancora classificate come SFD.

Regione	REMS	SFD Stranieri	SFD Italiani	Totale
Basilicata	Pisticci	1	0	1
Calabria	Santa Sofia D'Epiro	1	0	1
Campania	San Nicola Baronia Mondragone Calvi Risorta	0 1 1	1[7] 0 0	3
Emilia Romagna	Bologna Parma	4 1	1 0	6
Lazio	Pal.Sabina Merope Pal. Sabina Minerva Subiaco	3 4 2	0 0 1	10
Lombardia	Castiglione delle Stiviere	8	2	10
Marche	Montegrimano	1	0	1
Piemonte	Bra San Maurizio Canavese	1 2	0 2	1 4
Puglia	Carovigno	3	0	3
Sicilia	Caltagirone Naso	1 1	0 0	2
Trentino Alto Adige	Pergine Valsugana	0	1	1
Veneto	Nogara	3	1	4
	Totale	38	9	47

Il dato non ha delle variazioni significative in quanto ad agosto 2016 si registravano 53 persone SFD, 10 italiani e 43 stranieri.

[7] Nel mese di febbraio 2017, viene comunicato che la persona in questione ha ottenuto la residenza presso il Comune di San Nicola Baronia.

2.6 La presenza femminile nelle REMS

Regione	REMS	Donne
Abruzzo	Barete	2
Basilicata	Pisticci	2
Campania	Calvi Risorta	2
Emilia Romagna	Bologna	3
Lazio	Pontecorvo	9
Lombardia	Castiglione delle Stiviere	14
Marche	Montegrimano	3
Piemonte	San Maurizio Canavese	2
Puglia	Carovigno	2
Toscana	Volterra	1
Trentino Alto Adige	Pergine Valsugana	1
Veneto	Nogara	5
	Totale	46

Analizzando i dati della tabella, risulta lampante la dimensione della presenza femminile che rappresenta meno del 10% delle presenze nelle Rems. Solo dodici strutture ospitano donne. Pontecorvo è una Rems solo femminile e a Castiglione delle Stiviere è dedicato un reparto esclusivamente per donne. Nelle altre dieci strutture la presenza femminile è assai poco consistente rispetto al numero degli uomini ospitati. Occorre evitare che questa condizione assuma un carattere di residualità. Il rischio della marginalità e dell'annullamento della differenza di genere esige una particolare attenzione per valorizzare tempi, spazi e attività corrispondenti alle esigenze e agli interessi delle donne. Si registra una positiva riduzione di presenze rispetto all'agosto 2016 quando le donne in Rems erano 52.

3. Misure di sicurezza in attesa di essere eseguite (dati DAP)

Tra le misure di sicurezza in attesa di essere eseguite, dal DAP vengono forniti i seguenti dati:

Regione	Mds Provvisorie	Mds Definitive	Totale
Abruzzo - Molise	1	0	1
Basilicata	2	0	2
Calabria	23	5	28
Campania	24	5	29
Emilia Romagna	9	4	13
Friuli Venezia Giulia	0	0	0
Lazio	21	7	28
Liguria	12	13	25
Lombardia	16	6	22
Marche	0	0	0
Piemonte	8	7	15
Puglia	19	2	21
Sardegna	3	0	3
Sicilia	45	29	74
Toscana - Umbria	23	4	27
Trentino Alto Adige	0	1	1
Veneto	0	1	1
Totale	206	84	290

Va posto in evidenza che ci sono delle importanti incongruenze con i dati forniti dalle singole REMS. In ogni caso si tratta di numeri in continua crescita che, come più volte sottolineato dal dott. Corleone, durante tutto il periodo del suo Commissariamento, stanno mettendo a dura prova l'intero sistema con il rischio di far fallire la Riforma. Bisognerebbe iniziare a pensare che le misure di sicurezze detentive del ricovero in REMS debbano essere assegnate come *extrema ratio*.

4. REMS definitive

Il quadro delle strutture definitive è ancora incerto e a macchia di leopardo.

Quasi tutte le regioni hanno scelto la localizzazione ma poche sono quelle già attive in quanto tali (Barete, Pisticci, Capoterra, Caltagirone, Naso, Nogara).

Per molte deve essere ancora attivato il bando, la procedura di appalto e tutti gli altri adempimenti. Si può stimare che tutte le REMS saranno definitive, non prima di due anni.

La scelta delle dimensioni delle Rems definitive sarà condizionata dalle scelte legislative sulle caratteristiche delle Rems stesse.

Comunque l'individuazione e la costruzione delle Rems definitive dovrà costituire una occasione per una progettazione architettonica e degli spazi esterni che abbia un carattere di originalità e di bellezza che rifiuti caratteristiche proprie delle strutture ospedaliere o, peggio, delle istituzioni totali.

Nel frattempo andrebbe compiuta una ricognizione per eliminare la presenza di fili spinati e di inferriate inutili che costituiscono una vera oscenità.

5. Articolazioni psichiatriche

I dati sulle articolazioni per la tutela della salute mentale, forniti dal DAP al 31 gennaio 2017[8], risultano parziali. Riportano l'elenco delle articolazioni psichiatriche penitenziarie istituite e dei detenuti ex art. 148 in esse presenti. Mancano le capienze regolamentari al 31 gennaio 2017: quelle inserite in tabella derivano dalle comunicazioni ricevute ad agosto/settembre 2016, e non sono state confermate dal DAP.

Le presenze di detenuti ex artt. 111 e 112 DPR 230/2000, sono disponibili soltanto per alcuni istituti. Questo l'elenco e le presenze di detenuti ex art. 148 c.p.:

	Regione	Istituto penitenziario	Funzionanti/in attesa di effettiva attivazione/non confermate	Posti letto (dati forniti ad agosto/settembre 2016)	Presenze ex art. 148 c.p. uomini	Presenze ex art. 148 c.p. donne
1	Piemonte	CC Torino "G. Lorusso – L. Cotugno"	F	14	3	
2	Lombardia	CC Monza *	NC	5		
3	Lombardia	CC Milano San Vittore	NC	2		2
4	Veneto	CC Verona "Montorio" *	NC	5		
5	Veneto	CC Belluno	F	6	2	
6	Liguria	CC Genova "Marassi"	A	7		
7	Emilia Romagna	CC Piacenza *	F	5	Solo osservazioni ex art. 112 DPR 230/2000	
8	Emilia Romagna	II.PP Reggio Emilia	F		11	
9	Emilia Romagna	CC Bologna femminile	F	2		2
10	Toscana	CC Firenze "Sollicciano" maschile e femminile	F		1	1
11	Toscana	CC Livorno *	NC	8		
12	Marche	CC Ascoli Piceno *	NC	2		

[8] Dati forniti dal Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria – Direzione Generale dei detenuti e del trattamento – Ufficio Misure di sicurezza.

13	Lazio	CC NC Roma "Rebibbia"	NC	8		
14	Lazio	CR Roma "Rebibbia"	NC	16		
15	Lazio	CC Civitavecchia femminile	F	2	0	
16	Abruzzo	CC Pescara	F	7	1	
17	Abruzzo	CC Vasto	F	3		
18	Campania	CC Pozzuoli femminile	F	6	2	
19	Campania	CC Santa Maria Capua Vetere	F	20	3	
20	Campania	CC Benevento	F	6	0	
21	Campania	CC Salerno	F	8	1	
22	Campania	CR Sant'Angelo dei Lombardi	F	10	0	
23	Campania	CP Napoli "Secondigliano"	F	18	2	
24	Puglia	CC Lecce	A	20		
25	Calabria	CC Reggio Calabria "G. Panzera" *	NC	5		
26	Sicilia	CC Palermo "Pagliarelli" *	NC	5		
27	Sicilia	II. PP. Barcellona Pozzo di Goto maschile e femminile	F		9	2
28	Sardegna	CC Cagliari	NC	2	0	
29	Pavia	Pavia	A			
30	Roma	Roma Regina Coeli	A			
31	Velletri	Velletri	A			
32	Viterbo	Viterbo	A			
33	Matera	Matera	A			
34	Catanzaro	Catanzaro C.C. "Ugo Caridi"	A			
			Totale	192	35	7

Legenda:

F = funzionante

A = in attesa di affettiva attuazione

NC = non confermata

Rispetto ai dati forniti ad agosto/settembre 2016 sono state eliminate alcune articolazioni (CC Monza, CC Milano San Vittore, CC Verona "Montorio", CC Livorno, CC Ascoli Piceno, CC Roma "Rebibbia", CR Roma "Rebibbia", CC Reggio Calabria "G. Panzera", CC Palermo "Pagliarelli", CC Cagliari), e ne sono state previste altre (Pavia, Roma Regina Coeli, Velletri, Viterbo, Matera, Catanzaro C.C. "Ugo Caridi"), ancora in attesa di effettiva attuazione. Bisogna rilevare che, ancora nei dati forniti dal DAP si rileva la presenza di due detenute ex art. 148 a Milano San Vittore, dove è però stata eliminata l'articolazione.

Integrando i dati forniti dal DAP con quelli inviati da alcuni Provveditorati regionali si ricostruisce un quadro più ricco. Nel Triveneto risultano presenti due articolazioni psichiatriche penitenziarie: quella di Belluno, che è però attualmente chiusa per lavori di adeguamento, e quella di Verona, temporaneamente chiusa con riapertura prevista per metà febbraio 2017. Nei dati del DAP però quella di Verona risulta non confermata nell'elenco delle articolazioni formalmente istituite con Decreto del Ministro della Giustizia. Le incongruenze confermano la situazione di caos organizzativo già rilevata mesi fa.

Nelle articolazioni sono presenti anche detenuti in osservazione psichiatrica (ex art. 112 del D.P.R. 230/2000), si ha l'indicazione espressa della presenza di uno nella sezione di Reggio Emilia. Ma si ha notizia del fatto che questi sono presenti anche all'interno degli istituti penitenziari che non hanno istituito articolazioni. Sarebbe necessario conoscerne esattamente le cifre. Si conferma come un grave problema la mancanza di dati certi e chiari da parte dell'amministrazione penitenziaria, che possano costituire una base affidabile per un'elaborazione volta al miglioramento della situazione.

Un fenomeno che emerge dai dati ricevuti, e risulta particolarmente preoccupante, è quello dei detenuti qualificati come "minorati psichici" (ex art. 111 del D.P.R. 230/2000).

Prendendo le due articolazioni di Reggio Emilia e Barcellona Pozzo di Gotto si vede che i dati risultano molto differenti se si allarga lo sguardo oltre le presenze ex art. 148 c.p., per censire tutte le categorie che vi sono rappresentate. Premesso che la classificazione come art. 111 comprende in realtà sia i minorati psichici che i condannati a pena diminuita per vizio parziale di mente (art. 89 c.p.), si fa presente che per quanto riguarda Barcellona Pozzo di Gotto i detenuti ex art. 111 sono qualificati espressamente come "minorati psichici", mentre per quanto riguarda Reggio Emilia la classificazione è genericamente art. 111:

Istituto	Presenti totale	Art. 148 maschi	Art. 148 femmine	Art. 111 maschi	Art. 111 femmine	Art. 112 maschi	Art. 112 femmine
II.PP Reggio Emilia	46	13		32		1	
Barcellona Pozzo di Gotto	55	11	2	40 (minorati psichici)	2 (minorate psichiche)	0?	0?

Mentre nelle rilevazioni effettuate a cominciare dall'inizio del processo di chiusura degli OPG la categoria dei "minorati psichici" aveva un peso marginale a livello numerico[9], quasi un retaggio di processi di istituzionalizzazione ormai in fase di abbandono, si scopre adesso una nuova fortuna di questa definizione. Ci sembra quindi importante approfondire quali ne siano le ragioni.

La categoria del minorato psichico non è definita, né disciplinata, da norme sostanziali, ma ha un carattere funzionale all'allocazione all'interno di sezioni speciali degli istituti penitenziari (art. 65 O.P. e 111 DPR 230/2000). Il fatto che la qualificazione come minorato psichico avvenga con un atto dell'amministrazione penitenziaria accresce la necessità di approfondire la questione, che solleva dubbi riguardo alla tutela delle garanzie di libertà personale dei detenuti. È stata fatta una diagnosi psichiatrica? Con quale procedimento? Quanto può durare la collocazione in un'articolazione psichiatrica come minorato psichico?

E il problema cresce di dimensione se si guarda all'età dei soggetti qualificati come "minorati psichici": non si tratta di detenuti anziani che, dopo aver passato la vita in un'istituzione totale, non sono più capaci di relazionarsi con il mondo esterno, ma di detenuti giovani, anche molto giovani. A Barcellona Pozzo di Gotto sono presenti 40 detenuti maschi qualificati come minorati psichici, dei quali la metà ha meno di 35 anni. Spicca in particolare la presenza di alcuni giovanissimi, di cui 3 infra-ventunenni.

Altra questione fondamentale nell'organizzazione delle articolazioni psichiatriche penitenziarie è il rispetto del principio di territorialità. A Barcellona la situazione è migliore: sul totale di 55 presenti, "solo" 15 provengono da fuori regione. Ma a Reggio Emilia permane la difficoltà già rilevata nella

[9] Nei dati presentati nella relazione semestrale i detenuti classificati come art 111 del D.P.R. 230/2000 erano un discreto numero, in totale 110 (di cui la maggior parte delle presenze registrate a Barcellona Pozzo di Gotto - 36, Reggio Emilia - 30, Roma Rebibbia - 16, Napoli Secondigliano - 15). In tali dati, elaborati sulla base di quelli forniti dal DAP, non era stato indicato quanti appartassero alla categoria dei minorati psichici. Tuttavia, dalla ricerca effettuata sull'OPG di Montelupo prima della chiusura formale del 1° aprile 2015 è emerso che i soggetti qualificati come "minorati psichici" costituivano una categoria residuale: solo uno su 124 presenti. Si veda il rapporto di ricerca OPG, addio per sempre. Il quadro della popolazione internata presso l'OPG di Montelupo Fiorentino:
http://www.consiglio.regione.toscana.it/upload/GARANTE-LIBERTA/documenti/OPG%20addio%20per%20sempre.pdf

precedente relazione, perché la maggioranza dei detenuti proviene da fuori regione: sul totale di 46 presenti solo due risultano residenti in regione Emilia Romagna. Il rispetto del principio della territorialità era già stato evidenziato nelle precedenti relazioni e costituisce un obiettivo ancora da raggiungere, su cui si dovrà lavorare nei prossimi mesi.

Il timore sempre presente è quello che si riproducano logiche manicomiali, in cui l'accorpamento in un'unica struttura di individui con differenti caratteristiche (residenza, età, condizione di salute/malattia) segue l'unico criterio selettivo della presenza della malattia mentale, intesa però in un senso generico, più come stigma sociale che come accertamento medico. La via della non-omologazione, del rispetto dei diritti, e del principio della territorialità delle cure, deve servire come argine alle derive sempre possibili verso la logica dell'istituzione totale.

6. Codice penale: la necessaria riforma

Sarebbe necessario intraprendere un lavoro di "pulizia" del Codice penale, per far sì che la Riforma compiuta con la Legge 81/2014, abbia anche il sostegno di un linguaggio che la esprima adeguatamente. Tuttavia bisogna dire che tale lavoro dovrebbe investire termini ormai in disuso già prima della Legge 81/2014, visto che il Codice ancora conserva la terminologia antecedente alla riforma dell'Ordinamento Penitenziario del 1975 ("manicomio giudiziario"), nonché della riforma della psichiatria civile operata con la Legge Basaglia del 1978 ("manicomio civile").

Si tratta di dare sistemazione a delle reliquie e accettare che siano veramente parte del passato. Un lavoro di questo tipo non è stato fatto perché non si è mai proceduto, nonostante i vari progetti, a una riforma organica di quella parte del Codice che riguarda le misure di sicurezza, la loro impostazione su doppio binario con la pena e il loro modo di gestione. Tante modifiche sono arrivate nel tempo dagli interventi della Corte Costituzionale, che ha ricondotto tale sistema, d'ispirazione autoritaria come fu la sua nascita, nell'ambito dei principi della Costituzione repubblicana. Si è trattato di un lavoro fatto pezzo per pezzo, con interventi puntuali, in cui le norme si sono stratificate tra testo di legge e giurisprudenza, formando un insieme in cui il nome è soltanto evocativo di un'idea che è costruita su più livelli di conoscenza, e in cui la storia di un istituto conta per capirne la portata nel presente.

Per cambiare questo complesso e renderlo più organico e lineare, servirebbe un intervento del legislatore altrettanto organico e lineare. Un'idea di sistemazione che forse potrà svilupparsi da ora in avanti, mentre si sta applicando e sperimentando la portata innovativa della recente riforma per il superamento degli OPG. Si tratterà di modificare, non solo nella forma ma bensì nella sostanza, alcune norme che non funzionano più con la nuova disciplina, come gli artt. 148 e 206. Ma si tratterà altresì di operare una risistemazione formale di quelle norme che conservano un linguaggio superato e che dovrebbero invece testimoniare l'ingresso di nuove idee nell'approccio alla malattia mentale.

Qui si indicano alcuni punti del Codice penale su cui varrebbe la pena intervenire, da intendersi come suggerimenti su cui lavorare nei prossimi mesi.

La questione degli articoli 88 e 89 riguardanti l'incapacità d'intendere e di volere, tocca l'impostazione di fondo del Codice in tema di misure di sicurezza, ovvero il sistema del doppio binario: tali articoli potrebbero essere modificati solo nell'ambito di un ripensamento complessivo del sistema delle misure di sicurezza.

Più nell'immediato si può pensare d'intervenire sui seguenti articoli:

Art. 148. Come si è messo in evidenza nelle precedenti relazioni, il trattamento dei detenuti condannati ai quali sopraggiunge un'infermità di mente è uno dei temi che, nell'ambito della riforma per il superamento degli OPG, ha ricevuto una sistemazione inadeguata. È stato infatti deciso, non con norma di rango legislativo ma tramite un accordo Stato-Regioni, di collocare queste persone in sezioni penitenziarie appositamente dedicate (articolazioni psichiatriche penitenziarie), di cui non si conoscono i requisiti minimi di organizzazione e di cura. Sarebbe piuttosto necessario riconoscere alla malattia mentale pari dignità e necessità di cure rispetto a quella fisica e prevedere una disciplina uguale per entrambe le situazioni. Si suggerisce di abolire la parte dell'art. 148 (le parole dopo "differita o sospesa") che delinea un trattamento differente rispetto a quello previsto nell'art. 147, in modo da far sì che tutte le malattie che non sono compatibili con la detenzione trovino disciplina nell'art. 147 c.p.

Artt. 202 – 203 – 205 - 211. Questi articoli dovrebbero essere rivisti nell'ambito di una revisione di fondo del sistema delle misure di sicurezza, come sopra per gli artt. 88 e 89.

Art. 206. Anche il tema delle misure provvisorie è stato trattato in modo approfondito nelle precedenti relazioni, che hanno messo in evidenza il fenomeno delle misure di sicurezza in attesa di essere eseguite per mancanza di posti nelle REMS, e per un ricorso eccessivo all'art. 206 c.p. da parte della magistratura di cognizione. Le persone a cui è stata applicato l'art. 206, ma che sono in attesa di eseguire la misura, si trovano di fatto in libertà, oppure recluse in carcere. Quelle invece che sono in esecuzione della misura si trovano in REMS. Ma, per ragioni diverse, nessuna di queste persone si trova nel posto giusto. Come si è suggerito nelle precedenti relazioni l'art. 206 dovrebbe essere abrogato e sostituito con la custodia cautelare, con affidamento al SPDC. La questione è aperta, e vi sono anche proposte alternative, come quella del dott. Bortolato, secondo cui si potrebbe pensare di mantenere l'art. 206, ma legandolo alla previsione di strutture, simili alle REMS, appositamente dedicate al trattamento dei pazienti in misura provvisoria, che spesso si trovano in fasi acute della malattia mentale.

Artt. 212 – 213 – 214. In questi articoli è necessario operare una revisione linguistica, sostituendo il termine "manicomio giudiziario" con il termine "residenza per l'esecuzione delle misure di sicurezza".

Artt. 215-219-222. Nell'articolo 215 sono elencate le misure di sicurezza, distinte in detentive e non detentive, mentre negli artt. 219 e 222 sono disciplinate nello specifico la misura dell'assegnazione a una casa di cura e custodia e del ricovero in un manicomio giudiziario. Alla luce dell'elaborazione effettuata dal Tavolo 11 degli Stati generali dell'esecuzione penale si propone di sostituire le misure di sicurezza destinate attualmente dal Codice penale agli incapaci d'intendere e volere con misure

giudiziarie terapeutiche, da applicare ai “pazienti psichiatrici giudiziari”, modificando così anche il termine “internati”. Come indicato dal Tavolo 11 tali misure, di natura terapeutica, dovrebbero essere distinte in tre tipologie, differenziate a seconda della gravità del fatto commesso, alla quale seguono trattamenti differenti.

a) Per reati puniti con la pena detentiva non superiore nel massimo, a tre anni, si prevede la segnalazione da parte del magistrato di cognizione al Dipartimento di salute mentale competente, invitando i servizi a predisporre un progetto terapeutico individualizzato e a prendere in carico la persona;
b) Per reati puniti con la pena detentiva superiore nel massimo, a tre anni, si prevede la limitazione della libertà con prescrizioni mediche, anche eventualmente con il ricovero obbligatorio in una struttura residenziale, una misura obbligatoria di cura e controllo, che è sostanzialmente una libertà vigilata “psichiatrica”;
c) Per i delitti più gravi (contro l’incolumità pubblica, contro la persona, purché puniti con la pena non inferiore nel minimo a quattro anni), si prevede una misura coercitiva e detentiva: il ricovero coattivo presso le residenze per l’esecuzione di misure di sicurezza – REMS.

L’art. 215 dovrebbe di conseguenza vedere sostituite le misure di sicurezza attualmente presenti nei punti 2), 3) e 4) con quelle terapeutiche. L’art. 219 dovrebbe essere abrogato e l’art. 222 dovrebbe essere modificato per ospitare la disciplina di dettaglio delle misure giudiziarie terapeutiche.

In conclusione, bisogna aggiungere che anche la legge sull’Ordinamento Penitenziario necessiterebbe di revisione, in quanto gli articoli 20 e 62 contengono anch’essi, come il Codice, l’indicazione dell’ospedale psichiatrico giudiziario come luogo di esecuzione delle misure di sicurezza per incapaci.

7. Conclusioni

Occorre definire la natura delle REMS che, a mio parere, dovrebbero essere luoghi solo per prosciolti con misura di sicurezza definitiva. Vi è la necessità di prevedere una revisione delle misure di sicurezza di cui si è occupato il Tavolo 11 degli Stati Generali del carcere ma è necessario un intervento d'urgenza come quello indicato dall'emendamento De Biasi per il provvedimento al Senato sulla legge delega.

Trenta REMS devono fare i conti con le richieste di misure di sicurezza provvisorie disposte in gran parte dalla Magistratura di cognizione e hanno trenta Magistrature di Sorveglianza, trenta Prefetti, trenta Questori con cui confrontarsi.

Vi sono nodi da sciogliere subito. Vale ancora e in che termini il Regolamento penitenziario? Occorre un Regolamento base di carattere comunitario per tutte le strutture per rendere omogenei quelli redatti dalle singole REMS, alcuni caratterizzati più da paternalismo che da affermazione di diritti.

Le REMS attive sono tutte provvisorie, chi seguirà la realizzazione delle REMS definitive che richiederanno da uno a quattro anni, in particolare perché abbiano caratteristiche architettoniche non ospedaliere e che abbiano camere singole o al massimo doppie?

E' necessario un approfondimento della realtà delle REMS che presentano strutture di due posti in Friuli Venezia Giulia e di 120 posti a Castiglione delle Stiviere e di una regione come l'Umbria che non ha la REMS avendo stipulato un accordo con la Toscana. Quali modelli vengono sperimentati?

La lista d'attesa per l'ingresso nelle REMS soprattutto per misure di sicurezza provvisorie disposte dai GIP rimane un problema assai delicato; in alcune regioni come il Veneto non c'è più lista d'attesa mentre in altre come la Sicilia i numeri superano le settanta richieste. Deve valere il dato cronologico o la gravità della condizione psichiatrica e del reato compiuto? E chi decide? Penso sarebbe indispensabile una rivalutazione dello strumento delle perizie e un ripensamento delle modalità di esecuzione per un giudizio fondato da parte del giudice.

La presenza di pazienti senza fissa dimora (SFD) stranieri merita una riflessione rispetto alla loro sorte alla fine della misura di sicurezza. Di fronte a provvedimenti di espulsione che accade?

Le donne sono un numero molto contenuto e in alcune regioni costituiscono una presenza di una o due unità con il rischio di emarginazione. Sarebbe meglio costituire un polo tra regioni confinanti?

Il principio di territorialità insieme al numero chiuso costituisce il cardine del funzionamento terapeutico della REMS. In quali casi può essere derogato? E da quale autorità?

Se un paziente dovesse aggredire un operatore chi potrebbe disporre un trasferimento indispensabile in altra struttura?

Chi vigila sul rispetto del rifiuto della pratica della contenzione?

Il passaggio al Servizio Sanitario della competenza delle strutture per l'esecuzione delle misure di sicurezza detentive mantiene dei profili di delicatezza per il sommarsi delle esigenze della cura e del controllo. La responsabilità tra psichiatra e magistrato va meglio definita e soprattutto la gestione della REMS non può essere affidata a una ASL che risponde a una direzione di un Assessorato, ma deve essere assunta dal Governo della Regione che deve avere un interlocutore nazionale.

Sono solo alcune delle criticità emerse in questo anno e sulla base di questa esperienza suggerisco che si rifletta sulla necessità di un coordinamento forte per il monitoraggio ma anche con poteri sulla assegnazione dei pazienti, sui controlli del funzionamento delle REMS. Forse si potrebbe pensare a un coordinamento composto da un rappresentante delle Regioni, delle REMS, del Ministero della salute, della Giustizia e del Garante nazionale delle persone private della libertà.

Queste le considerazioni che ho presentato alla riunione dell'Organismo che costituiscono una piattaforma di discussione sulle prospettive future.

Allegato A: Rassegna Stampa

La villa Medicea Ambrogiana a Montelupo Fiorentino

Redattore Sociale, 21 febbraio 2016

di Giovanni Augello

Opg. Il Commissario Corleone "l'obiettivo è chiuderli nei sei mesi del mio incarico"

Così il Commissario unico per il superamento degli Ospedali psichiatrici giudiziari da poco nominato dal governo. Quattro gli Ospedali psichiatrici giudiziari ancora da chiudere e sei le regioni in ritardo con le Rems. "Situazione attuale insostenibile. Confido su collaborazione delle regioni".

Sei mesi per chiudere gli Ospedali psichiatrici giudiziari (Opg) e per dare una svolta alla predisposizione delle Rems, le residenze per l'esecuzione delle misure di sicurezza, in quelle regioni dove si sono accumulati ritardi. È questa la tabella di marcia da seguire secondo Franco Corleone, nominato Commissario unico per il superamento degli Ospedali psichiatrici giudiziari dal Consiglio dei ministri. A Redattore sociale racconta le priorità e le difficoltà che bisognerà superare nei sei mesi previsti per l'incarico assegnato. "Questa decisione del governo arriva a quasi un anno dalla data prevista dalla legge per la chiusura degli Opg - spiega Corleone - l'incarico è per sei mesi e bisogna chiudere una partita che ha un ritardo grave, anche se in qualche modo era una partita difficile".

Difficoltà "comprensibili", aggiunge Corleone, ma "il fatto che gli internati abbiano fatto dei ricorsi per illegittimità della reclusione e i magistrati di sorveglianza abbiano dato loro ragione rende la situazione insostenibile. Bisogna rapidamente chiudere gli Opg ancora aperti. L'obiettivo è chiuderli in questi sei mesi". Ad oggi sono quattro gli Opg ancora aperti, spiega Corleone: Reggio Emilia, Montelupo Fiorentino, Aversa e Barcellona Pozzo di Gotto, mentre gli internati sono poco più di 160. Le regioni in ritardo con le Rems, invece, sono Abruzzo, Calabria, Piemonte, Puglia, Toscana e Veneto. "Non tutte e sei le regioni sono allo stesso punto - chiarisce Corleone. Questo andrà verificato. Dove siamo in stato avanzato bisognerà accelerare, dove invece siamo a zero bisognerà trovare soluzioni rapide. Mi rendo conto che dire 'rapido in Italia sembra una barzelletta, perché anche per fare una struttura da venti posti sembra che ci voglia uno o due anni, ma confido su un rapporto di grande collaborazione con le regioni per verificare gli intoppi che ci sono stati e come superarli.

Alcune regioni, infatti, hanno dovuto fare i conti con ricorsi al Tar, altre hanno avuto difficoltà ad individuare le strutture per via di alcune resistenze dei comuni. Tuttavia, attraverso una collaborazione intensa bisogna arrivare a raggiungere degli obiettivi". Un impegno, aggiunge Corleone, che non investe soltanto le sei regioni in questione, ma anche altre che dovranno accogliere gli internati degli Opg da chiudere. "Nell' Opg di Montelupo, ad esempio, ci sono alcuni sardi e altri liguri. Anche Liguria e Sardegna, regioni non commissariate, dovranno essere in grado di accogliere queste persone perché altrimenti non si va avanti".

La sfida, precisa Corleone, non è solo quella della chiusura degli Opg. Per il commissario occorrerà superare un "esame culturale" e stare attenti a "non far risorgere una logica manicomiale". Una sfida che vede coinvolte in primo luogo le Rems. "È chiaro che nelle Rems non ci potrà essere contenzione, questo significa che serve un grande investimento sul personale qualificato e motivato. Bisogna essere consapevoli che questa è una grande prova di civiltà, di umanità, ma chi va a lavorare lì deve essere sostenuto". Infine c'è un fronte "legislativo" che bisognerà affrontare. Quello delle "misure di sicurezza provvisorie - spiega Corleone - che non è chiaro dal punto di vista normativo se devono trovare soluzione nelle Rems o altrove. Questo è un problema affrontato dal tavolo 11 degli stati generali e mi pare con proposte condivise da tutto il tavolo. Un fronte aperto è anche quello della magistratura che non considera nella sua interezza la legge 81/2014 (sul superamento degli Opg, ndr) e quindi bisognerà monitorare le misure di sicurezza che vengono disposte per capire se realmente hanno una necessità di avere una soluzione detentiva, seppure in una Rems, oppure se ci sono le condizioni per rispettare la legge 81 e considerare la soluzione Rems come ultima ratio e individuare invece soluzioni sul territorio, case famiglie o strutture intermedie". Per Corleone, il superamento degli Opg è un "processo culturale" complesso che su alcuni fronti "richiederà molto tempo". Tuttavia, conclude Corleone, "non dobbiamo pensare che queste cose si fanno con la bacchetta magica, ma bisogna imboccare la strada giusta". Dirindin (Pd): "La nomina di Franco Corleone a Commissario unico per il superamento degli Ex Ospedali Psichiatrici Giudiziari è una buona notizia, per gli internati e per il Paese che su questo tema fatica a realizzare azioni concrete". Così la senatrice Nerina Dirindin, capogruppo PD in commissione Sanità, commenta la nomina di Corleone da parte del Consiglio dei ministri di Oggi. "Un passo importante - prosegue Dirindin - che ci auguriamo possa accelerare il difficile percorso in atto e possa contribuire alla chiusura degli ex Opg, alla apertura delle nuove strutture ma anche alla reale presa in carico delle persone con problemi mentali autori di reato. L'esperienza di Corleone fa ben sperare anche per il ruolo autorevole che potrà svolgere per promuovere una più ampia collaborazione fra sanità e magistratura".

"Il ritardo nella applicazione della legge 81/2014 è comune a molte regioni; quelle inadempienti e quindi commissariate (in cui complessivamente ancora si trovano 164 persone) sono Piemonte, Toscana, Veneto, Abruzzo, Calabria e Puglia". Le Regioni dovrebbero considerare il Commissariamento un'occasione di sostegno (un facilitatore, non un cerbero mostruoso), previsto dalla legge proprio per evitare i ritardi già osservati in passato. Come gruppo PD della commissione sanità siamo convinti che il commissario Corleone saprà sostenere adeguatamente questo percorso, da parte nostra - conclude Dirindin - continueremo a monitorare le iniziative del Governo e delle Regioni su questa delicata materia".

Avvenire

giovedì 16/06/2016

OPG, chiude Aversa. «Ma alcune Regioni restano in ritardo»

ILARIA SESANA

Quindici mesi dopo la chiusura formale dei sei Ospedali psichiatrici giudiziari, si compie un ulteriore passo verso lo smantellamento effettivo degli ex manicomi criminali: ieri, con il trasferimento degli ultimi due pazienti, è stato chiuso definitivamente l'ex OPG di Aversa, in provincia di Napoli. Che segue di pochi mesi quelle di Napoli Secondigliano e di Reggio Emilia.

«La chiusura dell'OPG di Aversa è un fatto molto positivo» commenta Stefano Cecconi, portavoce della Campagna Stop Opg. A questo punto, mancano all'appello solo Barcellona Pozzo di Gotto (Messina) e Montelupo Fiorentino (Firenze) dove sono internate ancora una settantina di persone. Ad esprimere soddisfazione per la chiusura della struttura campana, è stato anche Michele Saccomanno, promotore e relatore dell'indagine sullo stato della psichiatria in Italia, svolta dalla Commissione parlamentare di inchiesta sull'efficacia e l'efficienza del Servizio sanitario nazionale, nella scorsa legislatura. Secondo Saccomanno, siamo di fronte a «uno scatto di dignità che eviterà ergastoli bianchi», visto che il fenomeno degli OPG è «uno dei peggiori strumenti di tortura realizzati nella storia dalla giustizia italiana»

«Fortunatamente non ci sono nuovi ingressi sottolinea Cecconi, guardando allo scenario complessivo ma c'è un grave ritardo da parte di alcune delle Regioni interessate che ancora non hanno attivato i servizi necessari per garantire il trasferimento degli internati in una struttura idonea». Tuttavia c'è un elemento che sta rallentando la chiusura definitiva delle ultime due strutture e che preoccupa non poco il Commissario unico per il superamento degli Ospedali psichiatrici giudiziari, Franco Corleone. È il numero di quanti già attendono in fila per poter entrare in una Rems [le residenze per l'esecuzione della misura di sicurezza): non quelli provenienti dagli Opg da chiudere, ma quelli inviati direttamente dalla magistratura e che devono attendere il proprio turno visto che, nelle attuali Rems attive, non ci sono neanche i posti per svuotare gli ultimi due Opg rimasti in piedi. E il numero dei destinatari di provvedimenti di misure di sicurezza provvisorie nelle Rems sta crescendo a vista d'occhio. Solo ai primi di marzo di quest'anno erano 116. Oggi, precisa Corleone, sono 195. «Ogni settimana, dai tribunali italiani arrivano dieci nuove misure di sicurezza provvisorie», spiega Corleone. Se non si interverrà al più presto per invertire il trend, il numero delle persone in lista d'attesa potrebbe raddoppiare e persino triplicarsi. «Il governo deve intervenire sottolinea Corleone. Al ministero della Giustizia stanno valutando questa cosa. Penso ci sia un'ipotesi di emendamento ad

un provvedimento al Senato». E aprire nuove Rems non basterà né ora né in futuro. Quello che è importante - sottolineano sia Cecconi sia Corleone - è agire sul "rubinetto": interrompere l'invio ingiustificato di persone nelle Rems. «La legge 81, che dispone il superamento degli Ospedali psichiatrici giudiziari parla chiaro sottolinea Cecconi. Le Rems devono essere l'extrema ratio, i magistrati devono prima trovare soluzioni alternative, risposte sul territorio. E invece così non sta avvenendo. «Non stanno decollando le misure di sicurezza alternative, a causa di un atteggiamento troppo tiepido della magistratura. Spiegai portavoce della Campagna Stop Opg. La vera sfida, aggiunge, è quella di costruire un'alternativa alla logica manicomiale. Ed è possibile farlo solo investendo sul potenziamento e la riqualificazione dei servizi socio-sanitari e di salute mentale del territorio, spesso in gravi difficoltà e con carenze. Malgrado la lentezza e le difficoltà, Corleone non nasconde comunque una punta di soddisfazione: «Stiamo dimostrando che la riforma può funzionare. I numeri ci dimostrano che si sta portando avanti un'attività terapeutica intensa e positiva). E il fatto che le Rems siano un luogo "di cura" lo dimostrano anche le prime dimissioni arrivate in questi mesi.

Avvenire, 12 agosto 2016

di Alessia Guerrieri

Manicomi criminali, si rischia di tornare al punto di partenza

Il rischio, adesso, è di proseguire a passo di gambero. Gli Ospedali Psichiatrici Giudiziari, infatti, dovevano essere sbarrati da tempo, tuttavia ora potrebbero non solo sopravvivere, ma tornare a riempirsi e ad essere utilizzati come prima. Cambiando solo di nome.

La storia infinita dei manicomi criminali - dopo tre rinvii sulla chiusura definitiva - si allunga con un nuovo capitolo, quello di un emendamento al disegno di legge 2067 (su garanzie difensive, durata dei processi, finalità della pena) approvato la settimana scorsa in commissione Giustizia di Palazzo Madama che di fatto riapre l' intera stagione degli Opg, prevedendo l'invio nelle Rems (Residenze per le misure di sicurezza) di tutte quelle categorie di detenuti che in passato venivano trasferiti negli ospedali psichiatrici.

In sostanza, cioè, si amplia la platea dei destinatari di questi luoghi di cura (non di detenzione), permettendo di accogliere non solo i soggetti con malattie mentali riscontrate al momento della commissione del reato, ma anche per esempio sopraggiunte durante la carcerazione o in osservazione psichiatrica. In "spregio" a tutti i faticosi passi avanti fatti finora, il nuovo provvedimento contraddice gli obiettivi che hanno spinto a operare sin dal 2011 per il superamento della vecchia logica manicomiale. Mettendo in discussione, di fatto, la tendenza di puntare su progetti individuali con misure non detentive, da attuare nelle Rems.

A lanciare l'allarme è il Comitato nazionale StopOpg - il cartello di associazioni che si occupano di salute mentale in Italia - che con una lettera-appello si rivolgono al ministro della Giustizia Andrea Orlando, al sottosegretario alla Salute Vito De Filippo e al Commissario per il superamento Opg Franco Corleone per chiedere "un intervento deciso del governo" per porre rimedio. L'emendamento in questione "ripristina la vecchia normativa, disponendo il ricovero nelle Rems esattamente come se fossero i vecchi Opg", tuonano Stefano Cecconi, Giovanna Del Giudice, Patrizio Gonnella e Vito D'Anza.

Invece di affrontare il problema della legittimità delle misure di sicurezza provvisorie decise dai Gip, e di quelle che rimangono non eseguite, "si ipotizza - proseguono - una violazione della legge 81, riproponendo le pratiche dei vecchi Opg. Un disastro cui bisogna porre riparo". Non solo perché si ritarda ulteriormente la chiusura degli Opg ancora aperti ma perché le Rems, "la cui funzione residuale si stravolge", diventano a tutti gli effetti nuovi manicomi criminali.

Se il problema che l'emendamento vuol risolvere è quello di garantire le cure "troppo spesso ostacolate o negate" dalle drammatiche condizioni delle carceri, Stop Opg ricorda che "il diritto alla

salute dei detenuti non si risolve così". Occorre, al contrario, rafforzare "i programmi di tutela della salute mentale in carcere" e che il Dipartimento dell'amministrazione penitenziaria "istituisca senza colpevoli ritardi le sezioni di osservazione psichiatrica e le previste articolazioni psichiatriche".

Ma l'autrice del testo, la vicepresidente del gruppo Misto al Senato Maria Mussini, si dice soddisfatta di aver sollevato il tema delle "difficoltà concrete nella piena realizzazione del superamento degli ospedali psichiatrici e la necessità di maggiori attenzione alla salute mentale". L'emendamento, si difende, "evita la destinazione automatica alle Rems di una parte soltanto dei soggetti bisognosi di cure psichiatriche", impegnando inoltre il governo "al potenziamento dell'assistenza psichiatrica ai detenuti".

Avvenire, 12 agosto 2016

di Alessia Guerrieri

Corleone: "A novembre gli Opg saranno chiusi e le Rems tutte pronte"

Fra tre mesi "chiuderanno gli ultimi due opg ancora aperti", Barcellona Pozzo di Gotto e Montelupo fiorentino, e "con l'inaugurazione delle ultime cinque Rems", in Calabria, Sicilia, Toscana, Liguria e Piemonte, verrà completato il quadro di regionalizzazione previsto dalla riforma. Insomma, "ce la possiamo fare".

Ma non finiranno certo i problemi, come quello delle "liste d'attesa-dovuto anche alle persone sottoposte a misure di detenzione provvisoria inviate nelle Rems - il nodo della territorialità, delle donne e dei senza fissa dimora, come pure quello della disomogeneità dei regolamenti nelle nuove strutture". Ecco perché "un emendamento improvvisato" come quello appena approvato in commissione in Senato, è il parare del Commissario per il superamento degli Opg Franco Corleone, "non aiuta a risolvere i già tanti nodi. Anzi, rischia di riproporre dei mini manicomi".

Ed è dunque "sbagliato", poiché nel tentativo di non far vivere dei malati in carcere, "non fa i conti con la realtà. La questione della salute mentale tra i detenuti, difatti, va affrontata alla radice - prosegue nel ragionamento - non con misure affrettate e, soprattutto, senza scorciatoie". Non si può difatti far convivere nella stessa struttura chi è stato prosciolto per incapacità di intendere e volere e chi è sta to condannato, finendo in carcere dove è sopraggiunta una patologia mentale.

Altrimenti, aggiunge Corleone, "un posto che dovrebbe essere soluzione residuale e soprattutto di cura, diventa di nuovo luogo di detenzione per scontare una pena". Invece, è la proposta del commissario, "si deve fare in modo di arrivare ad una legge stralcio sulla natura delle Rems anche per superare la contraddizione in tema di misure di sicurezza".

Per questo, "un'audizione in Parlamento del commissario non sarebbe una cattiva idea - ironizza - anche alla luce dell'emendamento appena approvato". Un "errore fatto in buonafede, sicuramente", che si spera adesso venga "corretto a settembre in Aula a Palazzo Madama o nel successivo passaggio a Montecitorio". Fresco di riconferma da parte del Consiglio dei ministri come commissario per la chiusura degli Opg (la notizia è di mercoledì), Corleone perciò traccia il bilancio di quanto fatto e il cronoprogramma per i prossimi mesi. Al 31 luglio, nelle Rems "sono presenti 597 persone, tra cui 65 donne, compreso Castiglione delle Stiviere in cui vivono 202 persone di cui 34 donne". Nell'ultimo anno sono entrate 491 persone e ne sono state dimesse 133, dimostrando che "il sistema funziona e che le Rems sono luoghi terapeutici da cui si può uscire".

Nei due Opg ancora operativi, invece, restano 38 internati e le misure di sicurezza non eseguite (le liste d'attesa, insomma) sempre al mese scorso sono 203, in lieve ma costante aumento rispetto

alle 116 persone dei primi di marzo, Un fenomeno su cui il ministero della Giustizia deve intervenire, dice, "perché insostenibile, magari attingendo dalle proposte fatte durante gli ultimi Stati Generali. "Con l'apertura delle nuove strutture entro novembre - continua Corleone - si risolvono le urgenze", anche se rimangono "problemi aperti Il primo è appunto la territorialità, che con l'avvio delle Rems in Liguria e Piemonte (dove confluiranno 35 ex internati), permetterà a Castiglione, in cui resteranno solo pazienti lombardi, di "iniziare un ragionamento sulla struttura, in cui molto è rimasto simile all'Opg". L'altro sarà limitare le misure di sicurezza provvisoria nelle Rems; "un numero che oscilla dallo zero in Friuli, ai 10 della Lombardia alla ventina in Calabria ai 55 in Sicilia", magari definendo "come debba funzionare il rapporto tra gip e strutture psichiatriche territoriali. Non ci si può pulire la coscien za, insomma, mandando a prescindere le persone nelle Rems".

Altro fronte, oltre alla gestione ad hoc delle donne, è la questione "dei senza fissa dimora - dice il commissario - ad oggi sono in totale 52, di cui 42 stranieri". Non da ultimo va affrontata "l'armonizzazione dei regolamenti nelle Rems e dei diritti fondamentali garantiti agli ospiti", visto che ad esempio si passa da camere quadruple alle singole, "la soluzione prevista dalla legge.

Credo che - conclude Corleone, pronto a chiedere la creazione di un organismo di coordinamento stabile sulla salute mentale - non si debba mai andare oltre le doppie, pure a discapito della capienza".

Data:
venerdì 03.02.2017

IL TIRRENO
EDIZIONE FONTEDERAEMPOLI

Estratto da Pagina:
XIV

Chiude l'Opg nella villa dell'Ambrogiana

Dopo 130 anni di attività l'ultimo internato trasferito a breve. E non verrà riaperto un altro carcere

9 MONTELUPO

La prossima settimana si concluderà una vicenda avviata nel 1886; con il trasferimento deH' ultimo detenuto la villa medicea dell'Ambrogiana cesserà definitivamente di essere un ospedale psichiatrico giudiziario. Un evento epocale per la città di Montelupo che deve essere gestito con molta attenzione. Franco Corleone, ilcommissario unico del governo per le procedure necessarie al definitivo superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari, ha incontrato la commissione consiliare speciale "Villa Medicea", per illustrare la situazione attuale e quanto accadrà nel breve periodo. Il primo aspetto importante «è relativo alla rassicurazione del dipartimento dell'amministrazione penitenziaria sulfatto che la struttura non ospiterà un carcere - spiega il sindaco Paolo Masetti - La certezza che la Villa non diventi sede di una struttura carceraria è per noi sicuramente positiva. Certo è che a noi preme anche il futuro di coloro che lavoravano neH' ospedale psichiatrico e che si sono trasferiti in zona, costruendo, di fatto, la loro vita intorno a questa realtà. Faccio mie le parole di Franco Corleone nel chiedere pubblicamente al Dap - con il quale ho già affrontato la questione - affinché vengano tutelati i dipendenti della struttura, che hanno lavorato in questi decenni con grande competenza e professionalità di cui si deve necessariamente tenere conto». Da ora in poi inizia la delicata fase di valorizzazione della struttura medicea. La prossima settimana si riunirà il gruppo che deve definire le linee guida della progettazione futura, coordinato dal Comune e di cui fanno parte il dipartimento dell'amministrazione penitenziaria, la Regione Toscana, ilDemanio. «Non posso essere che soddisfatto di vedere, grazie anche al lavoro del commissario Corleone, la villa dell'Ambrogiana "liberata" da una funzione impropria che riveste dal 1886. Ora ci attende una sfida importante - va avanti ilsindaco - ringrazio ilconsigliere e presidente della commissione, Francesco Desii per avere opportunamente consentito di fare ilpunto su questa vicenda».

«L'auspicio è che questo gruppo lavori in maniera serena ed efficiente per arrivare alla definizione in tempi rapidi del futuro della struttura - prosegue Masetti - Mi piacerebbe riuscire a prospettare soluzioni concrete su cui poi avviare anche un processo partecipativo. Certo è che ci vuole una forte comunione d'intenti e la consapevolezza che tutti e non solo il comune ci mettiamo la faccia: è in gioco un bene culturale unico, un patrimonio dell'umanità. La soluzione ideale sarebbe quella di anivare in tempi brevi a pubblicare un bando pubblico non solo finalizzato all'individuazione di un'idea progettuale, ma anche alla sua sostenibilità economica nel tempo».

Una manifestazione per la chiusura clell'Opg

L'incontro con Franco Corleone

Il Manifesto, 8 febbraio 2017

di Michele Passione

La chiusura degli Opg è costituzionale

Ogni tanto succede, ed è bello poter dare qualche buona notizia.

La Legge 81 del 2014, che ha disposto ciò che già dal 2008 era previsto - la chiusura degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari - ha superato nei giorni scorsi un altro attacco, dopo quello portato, poco dopo la sua entrata in vigore, ad opera del Tribunale di Sorveglianza di Messina. Con sentenza n. 22/2017, depositata il 26 gennaio scorso, la Corte Costituzionale ha dichiarato inammissibile un'altra questione di legittimità costituzionale, questa volta sollevata dal Gip di Napoli, che aveva ritenuto in contrasto con la Costituzione la disposizione che àncora la durata della misura di sicurezza alla pena massima prevista per il reato commesso.

Censurando per vari motivi le argomentazioni del Giudice a quo, la Corte ribadisce comunque che "la norma impugnata è diretta ad evitare i cosiddetti ergastoli bianchi, cui può dar luogo la permanenza a tempo indeterminato in strutture detentive per l'esecuzione di misure di sicurezza, e pone così fine a situazioni in cui per l'infermità mentale, anche nel caso di commissione di reati di modesta gravità, persone senza supporti familiari o sociali rimanevano perennemente private della loro libertà in un contesto di natura penale". Parole chiare.

La seconda buona notizia è data dal fatto che proprio ieri ha chiuso, finalmente, anche l' Opg di Montelupo; resta dunque aperta ormai la sola struttura siciliana di Barcellona Pozzo di Gotto, ultimo baluardo estremo per la custodia dei folli rei. Sono solo tredici internati, ma sono persone che subiscono una detenzione illegale intollerabile e che si protrae per colpevole distrazione delle istituzioni.

Proprio a Barcellona, non a caso, nei prossimi giorni si recherà una delegazione di Stop Opg, per sostenere l'operazione di chiusura, mentre il Tribunale messinese aveva contestato la necessità ed urgenza (!) di introdurre modifiche strutturali di istituti secolari come la pericolosità sociale, indirettamente stravolti dall'intervento riformatore".

Ancora. Il 27 e 28 gennaio scorsi centinaia di persone (amministratori, politici, medici, associazioni, giuristi) hanno preso parte a Trieste, provenendo da tutta Italia, ad un confronto su quanto realmente necessario per il definitivo superamento della logica custodiale in materia di salute mentale, e per la sua trasformazione in autentica inclusione sociale.

Infine (ed è un'altra buona notizia): con ordinanza del 2 maggio 2016 il Magistrato di Sorveglianza di Padova ha sollevato questione di legittimità costituzionale della disposizione penitenziaria che

impedisce agli internati di proporre richiesta risarcitoria per la violazione dell'art. 3 Cedu e per la conseguente riduzione della misura di sicurezza.

Non è possibile elencare in questa sede tutto il cammino fatto, e quanto c'è ancora da fare. Dovendo indicare i maggiori resistenti alla riforma, non ci sarebbero dubbi; come già segnalato, una parte della magistratura (anche di legittimità), restia a liberarsi di istanze securitarie e/o paternalistiche, tuttora dispone misure di sicurezza (a centinaia si contano quelle provvisorie non ancora eseguite), in spregio allo spirito della Legge, che eleva a obiettivo la residualità della detenzione.

Per mettere davvero in sicurezza una straordinaria riforma è indispensabile la collaborazione di tutti; la formazione di una vera e nuova cultura forense in materia, troppo spesso appannaggio di pochi esperti del settore tra gli avvocati; l'abbandono di ogni forma di giurisprudenza e di medicina difensiva, e un'adeguata informazione dell'opinione pubblica, il cui consenso e sostegno è indispensabile perché si colga il cammino di civiltà sino ad oggi percorso.

La Stampa, 8 febbraio 2017

di Paolo Russo

Abbandonati o in strutture inadeguate. Il futuro degli internati resta difficile

Molti sindaci si oppongono all'apertura delle residenze speciali. Gli psichiatri: c'è il rischio che diventino luoghi di detenzione. "S'unn a finisci ti mannu a Barcellona". Al manicomio criminale. Ieri ha chiuso l'Ospedale psichiatrico giudiziario di Montelupo Fiorentino. "Tra una decina di giorni trasmigreranno in comunità terapeutica anche gli ultimi 13 internati rimasti", assicura Nunziante Rosania, direttore dell'ex Opg di Barcellona Pozzo di Gotto (Messina).

Ignazio Marino, prima di indossare la fascia tricolore a Roma, mostrò all'Italia le immagini di uomini e donne legati in letti di contenzione tra escrementi e sporcizia. Un'interrogazione parlamentare del Ds Michele Anzaldi, chiede conto di una ritardata chiusura giudicata "scandalosa". Tra pochi giorni si chiuderà un'era. Una lunga marcia iniziata nel '78 con la legge Basaglia che decretava la fine dei manicomi. Arrivò però solo vent'anni dopo, quando l'allora ministro della sanità, Rosy Bindi, firmò la chiusura degli ultimi rimasti. Mentre per gli Opg bisognò aspettare il 2015.

"Missione compiuta", dichiara soddisfatto il commissario di governo per la chiusura degli ex manicomi criminali, Franco Corleone. "In poco più di un anno abbiamo ricollocato 601 internati nelle Rems (Residenze per l'esecuzione della misura di sicurezza sanitaria, ndr), che hanno un massimo 20 letti e abrogano il regime di detenzione ma forniscono assistenza psichiatrica.

Hanno lavorato bene: lo dimostrano i 222 pazienti dimessi perché guariti", dichiara anticipando i dati della relazione che presenterà al Parlamento dopo la scadenza del suo mandato, il 16 febbraio.

Gli psichiatri la vedono diversamente. "Un po' per carenza di risorse, un po' per l'opposizione di tanti sindaci, i posti nelle Rems sono insufficienti. Così tanti ex internati sono finiti abbandonati a loro stessi ai domiciliari o alloggiati in comunità terapeutiche non attrezzate per il disagio mentale, a contatto con persone che hanno magari problemi di tossicodipendenza e che finiscono così per non essere a loro volta seguire come si dovrebbe", spiega Bernardo Carpiniello, Presidente eletto della Società italiana psichiatria. Che però punta l'indice anche contro la magistratura, colpevole "di intendere le Rems come luoghi detentivi alternativi agli Opg anziché di cura, dove il paziente rimane per il periodo stabilito dalla Sanità anziché dalla Giustizia". E che anche questa sia la causa dei 200 ex internati in lista d'attesa per le Rems lo conferma il commissario Corleone, che per risolvere il problema chiede "maggior coordinamento tra Sanità, Giustizia, Regioni e rappresentati di Rems e detenuti".

Che le cose non siano andate tutte per il verso giusto lo racconta proprio l'ex Opg di Barcellona, che tra i suoi "ospiti" ha chi nel 2009 prese a martellate due anziani riducendoli in fin di vita. "A parte un caso, qui rimasti sono tutti pazienti che non danno particolari problemi e che possono essere accolti nelle comunità terapeutiche che nella provincia hanno già dato la loro disponibilità", assicura il direttore.

Ma un operatore dell'ex Opg che vive ogni giorno a contatto con i 13 superstiti racconta di "ex internati usciti dalla porta e rientrati dalla finestra come detenuti comuni in osservazione psichiatrica dopo aver commesso reati come violenza domestica e in qualche caso carnale". Questo perché chi è uscito non ha trovato l'assistenza di cui aveva bisogno. Anche se ora il direttore Rosania annuncia di aver firmato un protocollo d'intesa con l'Asl di Messina per migliorare l'assistenza psichiatrica dei nuovi detenuti che continueranno ad arrivare in osservazione.

Redattore Sociale, 10 febbraio 2017

Opg di Montelupo, Saccardi: "*La chiusura è un fatto epocale*"

FIRENZE - Sette milioni di euro per dismettere molti pazienti dall'Opg verso strutture alternative. E' quanto investito della Regione Toscana per arrivare al superamento dell'Ospedale psichiatrico giudiziario di Montelupo, rimasto senza internati da martedì scorso. "La chiusura dell'Opg di Montelupo è un fatto epocale - ha detto l'assessore regionale al welfare Stefania Saccardi - Voglio prima di tutto ringraziare tutti coloro che in questi anni con il loro lavoro instancabile hanno contribuito in maniera determinante al raggiungimento di questo importante obiettivo, al quale siamo arrivati, voglio sottolinearlo, grazie alla professionalità e alla costante integrazione dell'opera di tutti coloro che sono presenti qui stamani. Si apre ora un'altra fase, che vede i pazienti che via via sono stati dismessi dall'Opg accolti nella Rems, in comunità, appartamenti, o con altre soluzioni terapeutiche individuali; e Villa Ambrogiana libera per destinazioni che possano valorizzarla al meglio".

"La chiusura dell'Opg di Montelupo Fiorentino - ha detto Franco Corleone, commissario per la chiusura degli Opg - prefigura la conclusione della riforma che ha previsto la chiusura del manicomio criminale in Italia. Una storia lunga, che si chiude felicemente. Si tratta di un'autentica rivoluzione, che mette l'Italia all'avanguardia in Europa e nel mondo, e conclude il processo iniziato con la Legge Basaglia. In Toscana la riforma si concluderà con l'apertura nei prossimi mesi della Rems di Empoli, che si affiancherà a quella già aperta a Volterra. Le Rems presenti e le strutture intermedie consentiranno di rispondere adeguatamente alle richieste da parte della magistratura. E' auspicabile – aggiunge Corleone -che la magistratura di cognizione applichi la legge 81/2014 utilizzando per le misure di sicurezza provvisorie le varie tipologie di strutture e non solo le Rems. Finalmente la Villa dell'Ambrogiana tornerà a un uso culturale pubblico e potrà essere annoverata nel patrimonio delle Ville Medicee tutelato dall'Unesco".

Il programma di superamento dell'Opg, che era stato definito dalla Regione con una delibera del 25 maggio 2015 e approvato dal Ministero nel luglio 2015, ha previsto come intervento prioritario la presa in carico dei pazienti da parte dei servizi sanitari delle Asl competenti territorialmente. Le aziende hanno contribuito in maniera determinante alla chiusura dell'Opg con appositi progetti terapeutico riabilitativi individuali che hanno permesso di seguire percorsi alternativi all'Opg, dimettendo tutti coloro che potevano tornare sul territorio (in comunità terapeutica, in gruppi appartamento, alcuni al proprio domicilio).

Il programma regionale di superamento prevede la realizzazione di una Rems (Residenza per l'esecuzione delle misure di sicurezza) definitiva nell'area ospedaliera di Volterra, organizzata In moduli per intensità assistenziale. La scelta della Rems definitiva per due moduli da 20 posti per un totale di 40 posti prevista a Volterra sarà necessariamente valutata con l'apertura della Rems a Empoli. Attualmente è attiva una Rems provvisoria, sempre nell'area ospedaliera di Volterra, per complessivi 34 posti letto, organizzati in due moduli. La Rems è stata attivata in tempi stretti grazie all'azienda sanitaria Toscana nord ovest, che è stata capace di rispondere a un'esigenza regionale pressante. Su tutto il territorio regionale ci sono inoltre strutture terapeutiche riabilitative cosiddette intermedie (complessivamente 48 posti letto dislocati in sei strutture), nelle quali le caratteristiche assistenziali e di sicurezza sono rafforzate così da permettere l'accoglienza di pazienti che non hanno misure di sicurezza detentive ma che necessitano di attenzione particolare.

Trattandosi di struttura penitenziaria, Montelupo potrà essere chiuso con procedimento del Ministero della giustizia solo dopo che anche l'amministrazione penitenziaria avrà provveduto a effettuare i trasferimenti delle persone di sua competenza: ad oggi c'è un detenuto che risiede a Montelupo, più altri che vanno da Montelupo a Sollicciano, come inserimento lavorativo, per lavorare a liberare l'edificio. Quanto alla destinazione futura di Villa Ambrogiana, nel giugno 2016 era stato approvato un protocollo di intesa tra Ministero della giustizia, Regione Toscana, Agenzia del demanio e Comune di Montelupo. Pochi giorni fa si è tenuto il primo incontro del gruppo di lavoro che dovrà definire il futuro, la destinazione e la valorizzazione della struttura. Un incontro preliminare, in cui ancora non si è parlato di destinazione. Il prossimo incontro è fissato per la fine di febbraio.

Il Tirreno, 11 febbraio 2017

di Veronica Potenza e Lucia Aterini

Montelupo Fiorentino: il manicomio – carcere chiude dopo 131 anni, tra sprechi e ritardi

A Montelupo lo stop dell'Opg atteso da 5 anni, incerto il destino della villa. Ma nel frattempo sono stati buttati 7 milioni di euro. Smagliati, giorno dopo giorno per anni, filo per filo, staccati con fatica da chi li aveva generati, i tessuti di vita e morte, di sofferenza e pazzia, di amore e violenza, che per 131 anni sono stati custoditi in un luogo maestoso quanto inadatto, si sono disgregati per l'eternità. L'Opg (Ospedale Psichiatrico Giudiziario), nell'immenso complesso mediceo dell'Ambrogiana, ha chiuso con l'ultimo internato trasferito a Volterra. Il manicomio criminale non esisterà più come contenitore di esistenze pericolose, imbarazzanti, rifiutate da tutti e da tutto.

Un carcere per malati gravi, curati di rinterzo da pochi medici e infermieri, che doveva terminare la propria esistenza già cinque anni fa. E che venne definito dal presidente emerito Giorgio Napolitano "autentico orrore indegno di un Paese appena civile". Un'agonia lunga dovuta all'impreparazione della Regione a gestire la riforma partorita da lei stessa che partiva da un assunto sostanzialmente banale: i pazzi non devono stare in carcere ma in un ospedale per essere curati.

L'orrore (citando sempre Napolitano) è continuato colpevolmente perché i malati-detenuti interessano a pochi. Anzi quel mondo così delicato, bisognoso di cura e protezione, in cerca di equilibri mancanti, negli anni Settanta è stato addirittura spudoratamente sfruttato da affiliati a organizzazioni mafiose o camorristiche che, con i ricoveri a Montelupo e perizie compiacenti, riuscivano a stare in carcere molto meno di quello che avrebbero dovuto.

Non solo: l'Opg è stato esempio, caso mai in Italia ce ne fosse stato bisogno, di soldi spesi in maniera insensata. Almeno sette i milioni che i contribuenti hanno gettato "figurativamente" da uno dei torrioni dell'Ambrogiana. Perché quei milioni sono stati investiti di recente per ristrutturare l'Opg che doveva divenire un carcere una volta che gli internati fossero sistemati in altro luogo. Ma già da tempo è chiaro che non ci saranno più inferriate lungo l'Arno. E sul futuro della villa non c'è chiarezza. Solo la direttrice dell'Opg Antonella Tuoni aveva un'idea chiara: voleva convertirlo, parzialmente, in struttura a custodia attenuata con i detenuti impegnati nella manutenzione dell'immenso immobile. Un modo per non gettare al vento i fondi pubblici. Ma questo è stato il partito dei perdenti. La chiusura è arrivata dopo anni di limbo fatto di sovraffollamenti, di celle di 30 metri quadrati per 7 persone e gravi carenze di agenti, educatori, psicologi, medici e infermieri.

Ad accendere i riflettori sulle condizioni di grave disagio e mancanza di cure è stata la commissione del senatore Ignazio Marino. Partendo dal 2008, un decreto varato dal governo Prodi, aveva gettato le basi per il superamento degli Opg dando alle Regioni una serie di direttive e linee guida per dotarsi di

soluzioni alternative. La norma sanciva anche un passaggio di testimone: predominante diventava la competenza sanitaria sotto l'egida del servizio sanitario nazionale. Nello stesso anno venne istituita anche una commissione parlamentare d'inchiesta sull'efficienza del servizio sanitario nazionale. Al vertice il futuro sindaco di Roma, Ignazio Marino, che il 22 luglio del 2010 bussa per la prima volta al portone dell'Ambrogiana.

La relazione sull'ispezione mette nero su bianco una situazione di ambienti fatiscenti e di stanze "fino a 9 posti letto, con un sovraffollamento che impedisce ogni movimento alle persone ospitate". Marino riferisce di essersi trovato "in una cella in cui un internato mangiava, uno dormiva e il terzo, in un gabinetto senza pareti, defecava alla presenza degli altri senza ormai più alcun imbarazzo".

All'indomani dell'ispezione, l'allora assessore regionale al welfare, Salvatore Allocca, dichiara che l'Opg sarà chiuso nel giro di un anno. Una stima destinata ad essere ampiamente smentita dai fatti. La mancata attuazione del proposito di superamento porta nel dicembre del 2012 i Nas a sequestrare, su mandato della commissione Marino, il reparto Pesa dell'Opg. La porzione di villa destinata ad uso penitenziario, nella quale erano state rilevate gravi carenze strutturali e sanitarie, subisce a quel punto una serie di interventi di adeguamento e ristrutturazione. Per portarli a termine, negli anni, vengono spesi, secondo la stima della direttrice dell'Opg circa 7,5 milioni di euro.

La Regione continua a stentare a dare attuazione al piano per il definitivo superamento della struttura e il termine ultimo concesso slitta, a colpi di proroghe, fino al 31 marzo 2015. A quasi un anno di distanza da quella data restano operativi cinque dei sei Opg italiani: Aversa, Barcellona Pozzo di Gotto, Montelupo, Napoli e Reggio Emilia. Nel febbraio 2016 il governo decide di commissariare le Regioni interessate e affida a Franco Corleone, ex senatore e sottosegretario alla giustizia, il compito di portare a compimento l'operazione, facendo sì che vengano finalmente completate le Residenze per l'esecuzione della misura di sicurezza sanitaria (Rems) che dovranno sostituire gli Opg.

Come garante regionale dei detenuti, Corleone si era già occupato più volte della questione Opg. In particolare, nel novembre 2015, aveva apostrofato come "illegale e incostituzionale" la detenzione degli internati in una struttura che ormai da mesi non era più contemplata dall'ordinamento giuridico. Un particolare, quest'ultimo, costato alla Regione Toscana anche una condanna da parte del Tribunale di sorveglianza, in accoglimento del ricorso presentato da 47 detenuti montelupini.

L'Opg, nel giorno della sua chiusura, non è più quel carcere lugubre e mal tenuto. Un fiume di soldi è stato concentrato nelle ex scuderie dove c'erano le sezioni degli internati. Dal punto di vista della detenzione l'Ambrogiana ora sarebbe una struttura modello: quasi tutti i reparti sono stati ristrutturati ed è stato anche realizzato un impianto di aspirazione fumi, per una spesa di 170mila euro, che nessun carcere ha. Sono state portate a termine la bonifica dell'amianto e la manutenzione della caserma agenti.

Un fiume di denaro che ha iniziato a scorrere dal 2007 e si è interrotto a fine 2015 contemporaneamente al manifestarsi, in un convegno con Regione e Demanio, della volontà di destinare la villa Ambrogiana a residenza alberghiera di extra-lusso. Le carte si sono ribaltate: non più un carcere come lasciava prevedere il flusso di risorse investite ma la concessione a privati per lo sfruttamento in chiave turistica. Tra l'altro, sempre a fine 2015, un lavoro da 900mila euro per il recupero di trenta posti nella sezione Ambrogiana viene assegnato con firma del contratto davanti al notaio e poi dopo congelato.

Molte meno le risorse che sono state destinate alla villa, sede di uffici. E infatti non è stato possibile continuare le visite all'interno per problemi di sicurezza, il salone granducale affrescato a bosco è chiuso. E nel 2015 è stato bloccato anche l'intervento per mettere in sicurezza una delle torri della villa che non è più accessibile. O meglio, come spiega la direttrice: "Abbiamo pagato 180mila euro per i ponteggi che dovevano servire all'intervento ma poi le impalcature sono state tolte senza fare niente". In più è ricoperta dai rovi e dal degrado la grotta all'approdo sull'Arno (anche questa in passato visitabile).

Sebbene lo sgombero dell'Ambrogiana si sia concluso, le soluzioni alternative individuate per gli internati si muovono ancora con un margine d'incertezza. Secondo i progetti iniziali, una volta a regime, la Rems di Volterra avrebbe dovuto avere una capienza di 40 posti letto. In realtà ad oggi ne conta 28, altri 20 arriveranno entro settembre dalla riconversione in Rems dell'ex carcere femminile di Empoli. Nell'attesa, si tampona con soluzioni transitorie come Villa Guicciardini a Firenze e Villa Eoli a Volterra.

La villa sarà riconsegnata a breve dall'amministrazione penitenziaria al Demanio. Che poi deciderà la destinazione. Ma l'orizzonte è lontano. Ieri è partito il gruppo di lavoro con Comune, Demanio, Regione e amministrazione penitenziaria. Il sindaco Paolo Masetti ha ipotizzato un museo. Ma solo per una parte del complesso. Per il resto, è l'idea più accreditata, ci vuole il coinvolgimento di un partner privato.

Dentro nessun animale feroce, solo uomini

Non ho mai trovato un animale feroce dentro le mura dell'Ambrogiana". Parole nette quelle di Riccardo Gatteschi, che per venti anni è stato volontario dell'Opg curando la redazione della rivista "Spiragli" e accompagnando fuori gli internati. Parole che arrivano dal cuore, da quelle migliaia di ore che Gatteschi ha trascorso con loro. "Ho visto un microcosmo con gli stessi sentimenti e reazioni del mondo esterno - racconta Gatteschi che ha scritto anche un libro "La Gabbia dei matti cattivi" - all'Opg non ci sono stati i cattivi, ci sono state persone che hanno sbagliato perché malate.

Anche quando hanno ucciso genitori o seviziato donne". E se tanti, una volta usciti, sono morti in maniera violenta o prematura, altri provano a vivere un'esistenza normale. "Ne conosco diversi, tra

loro l'Uomo fiamma chiamato così perché si era fatto tatuare il volto con lingue di fuoco rosse e nere, dal mento alle tempie. Da questo periodo buio, poi la decisione di riportare la pelle al suo colore naturale con sedute in un laboratorio specializzato a Verona. E poi l'uscita dall'Opg e un lavoro in campo musicale".

E ancora Gatteschi elenca altri successi con reinserimenti a Modena a Firenze. E anche in Francia dove un ex internato lavora nel settore dei cartoni animati. L'Opg è un concentrato di dinamiche disturbate, ha ospitato serial killer del calibro di Gianfranco Stevanin o Bartolomeo Gagliano. Ma alla stessa maniera, dentro gli enormi stanzoni, si è respirato amori e relazioni nonostante le sbarre, i dolori e i disagi psichici. Adele (il cognome è stato omesso per sua richiesta), 40 anni, è la testimonianza diretta di questo particolare aspetto. Ha lavorato per due anni all' Opg come operatrice portando il teatro, la pittura e la scrittura agli internati nell'ambito di vari progetti finanziati dal ministero e in collaborazione con l'Arci.

Ecco il suo racconto, in alcuni punti poco circostanziato, per proteggere la sua identità. Con le gioie e i dolori che accompagnano qualsiasi relazione: "Quando entrai per la prima volta all'Ambrogiana non avevo nessuna cognizione del luogo in cui ero finita. La prima cosa che notai, però, fu quella che tutti gli internati si interessarono subito alla mia persona perché ero una donna. E da allora in poi non ho mai smesso di ricevere bigliettini con dediche e pensieri. Come del resto è accaduto a tutte le operatrici impegnate nell' Opg".

Adele continua il suo racconto: "Quando mi resi conto del coinvolgimento che sentivo per questa persona lasciai l'incarico, non potevo continuare ad andare a lavorare per vederlo". Da lì in poi iniziò una storia tra loro: "L'ho seguito per quattro anni nelle sue tappe di comunità e di carcere, anche fuori dalla Toscana.

E sono stata accanto a lui non solo come compagna ma anche come mamma, sorella e assistente sociale. Lui non aveva mai avuto una vera famiglia, i suoi genitori erano stati spesso in carcere e fin da piccolo lo avevano impiegato per vendere droga. E nonostante gli inserimenti che erano stati tentati con altre famiglie, dopo un periodo scappava sempre. È stato quello che poi alla fine ha fatto anche con me. Mi diceva che voleva riabilitarsi ma dentro di lui scattava una molla che gli faceva fare quello che non voleva e non doveva".

"Perché - continua Adele - quando era fuori si sentiva come su Marte, sentiva l'ansia che gli saliva perché non sapeva come comportarsi di fronte alle cose più banali, come un computer o un bancomat. Non riusciva a essere disinvolto nella quotidianità. E per farsi passare l'agitazione finiva per bere". "Io credo di aver sperimentato l'impotenza con lui - conclude l'ex operatrice - Ho speso molte energie per questa relazione perché sono convinta che l'amore rigeneri. Avevo pensato che

potesse uscire da quel circolo malefico e in parte avevo preso la nostra relazione in maniera sbagliata, come una sfida professionale. Ma alla fine lui si è arreso a sé stesso.

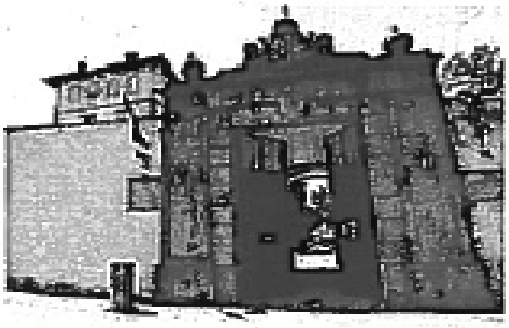
Dalla comunità è fuggito ed è tornato a suonare al campanello dell' Opg. Perché solo qui dentro si sentiva tranquillo e non vedeva nemici. E dietro le sbarre trova una dimensione di vita".

CORRIERE FIORENTINO

Montelupo

«Ora buttiamo giù il muro dell'Opg, magari coi detenuti»

MONTELUPO FIORENTINO «Avanguardia per detenuti o speculazione?», si chiede Sel tirando per la giacca l'onorevole Luca Lotti e paventando un ipotetico conflitto di interesse sulla chiusura dell'Opg. Il ministro, che ieri doveva essere presente all'incontro stampa sul futuro dell'ex ospedale psichiatrico giudiziario ma che è stato trattenuto a Roma, risponde a stretto giro di posta su Facebook. «Sarei intervenuto come parlamentare eletto del territorio e non come ministro (questo lo dico per tranquillizzare i consiglieri regionali Tommaso Fattori e Paolo Sarti) — scrive Lotti — Conosco bene la realtà di Montelupo Fiorentino, città nella quale sono nato e dove ho iniziato a fare politica come consigliere comunale, così come conosco la triste realtà degli ospedali giudiziari in Italia». L'assessore regionale alla Salute Stefania Saccardi chiosa: «Peccato che qualcuno faccia polemica in un giorno che rappresenta un passaggio epocale». Il sindaco di Montelupo, Paolo Masetti, è netto: «Bisogna avere il coraggio di dire che la scelta di destinare il complesso



medico alla detenzione è stata scellerata. Il futuro è da decidere, ma se torniamo al passato sarà un passo indietro. L'attracco fluviale di questa villa, unico al mondo, sarà il motivo che attirerà la gente. Abbiamo la possibilità di svoltare. E niente business coi migranti: è una bufala». Nessuno spiega cosa accadrà dopo, quel che è noto è che si lavora sull'idea di un museo della follia e su un campus che potrebbe diventare un'eccellenza nel settore della salute mentale. «Mi piacerebbe molto», butta lì l'assessore Saccardi. Una cosa è certa: come ha ricordato l'ex capogruppo del Pd montelupino, «quella struttura da anni era destinata a plesso sanitario». Come dire che tutti quelli che hanno deciso, in passato, su quella struttura lo hanno fatto senza tenere conto del Comune di Montelupo. Dice il garante dei detenuti Franco Corleone. «Finalmente la Villa tornerà a un uso culturale pubblico e potrà essere annoverata nel patrimonio Unesco». Poi un sogno: «Servirebbe un finanziamento per abbattere il muro di cinta che è del 1900, magari con l'aiuto di alcuni carcerati: sarebbe un bel segnale».

Simone Innocenti

Data
sabato 11.02.2017

QN

Estratto da Pagina
18

Trasferito l'ultimo paziente Chiude per sempre il vecchio opg

Montelupo, l'ex manicomio criminale occupava la villa dell'Ambrogiana

Paola Fichera
FIRENZE

E' FINITA un'era. L'ospedale psichiatrico giudiziario di Montelupo ha chiuso definitivamente i battenti. Vecchio manicomio criminale addio. Finalmente anche in Toscana.

Così l'antica villa medicea Ambrogiana, che per decenni ha ospitato centinaia di pazienti psichiatrici, potrà tornare a far parte del patrimonio culturale e artistico del Paese. Solo nel 2014 gli ospiti della struttura erano oltre un centinaio, ora che l'ultimo paziente se n'è andato quel che resta della splendida struttura medicea tornerà di piena proprietà del Demanio una volta che l'amministrazione penitenziaria l'avrà liberata degli ultimi documenti e suppellettili. Cosa ne sarà non è ancora dato sapere. Mentre l'eco dei 7 milioni di restauri voluti dalla commissione Ignazio Marino e conclusi nel 2014 quando già la chiusura dell'opg era stata decisa, ancora echeggia. A questo punto Regione, Agenzia del Demanio e Comune di Montelupo dovranno decidere il da farsi e trovare nuove risorse per un restauro che si annuncia assai ingente. Certo, il percorso che ha portato alla chiusura dell'opg è stato lungo e pieno di intralci. Il 31 dicembre 2014 a Montelupo erano ospitati 110 detenuti: 43 toscani, 28 liguri, 20 dalla Sardegna, 8 dall'Umbria e 11 da altre regioni. E complicati sono stati i passaggi perché tutti i pazienti fossero trasferiti, secondo i dettami della riforma, in strutture adeguate delle regioni di provenienza.

ATTUALMENTE alla Rems di Volterra (residenza per l'esecuzione della misura di sicurezza) ci sono 30 persone (27 toscani e 3 umbri), di cui una donna. Sono stati inoltre attivati 77 percorsi terapeutico-riabilitativi di dimissione per pazienti toscani presenti nell'opg per il 70% in comunità terapeutiche psichiatriche, per il 10% in comunità terapeutiche per doppia diagnosi, il 10% in altre residenze, il 5% al domicilio proprio o dei familiari, il 6% in corso di rimodulazione. Il percorso di riforma del sistema prevede che sia realizzata a Volterra una nuova struttura definitiva che potrà ospitare 40 posti letto complessivi. Sarà inoltre realizzata un'altra Rems nell'ex carcere di Empoli che ospiterà 17 malati. A raccontare la lunga storia della chiusura del vecchio manicomio è l'assessore regionale alla salute Stefania Saccardi: «Come privato cittadino, perché la questione non è di competenza del mio assessorato, vorrei che rimanesse luogo della memoria e di cultura». «Una storia lunga, che si chiude felicemente – ha detto il garante dei diritti dei detenuti della Regione e commissario unico del governo per il superamento degli opg, Franco Corleone –. Si tratta di un'autentica rivoluzione, che mette l'Italia all'avanguardia in Europa e nel mondo, e conclude il processo iniziato con la legge Basaglia».

Redattore sociale 14 febbraio 2017

di Giovanni Augello

Chiusura definitiva degli Opg a un passo: “ora garantire il diritto alla salute mentale”

Il Comitato nazionale che si batte per la chiusura definitiva degli ospedali psichiatrici giudiziario è stato in Sicilia per un tour tra le Rems e l'ultimo Opg ancora aperto, quello di Barcellona Pozzo di Gotto. Cecconi: "Siamo vicini al traguardo finale ma la chiusura degli Opg non esaurisce il lavoro del comitato nazionale, né le preoccupazioni per il futuro".

Ospedali psichiatrici giudiziari ad "un passo dalla chiusura", ma la sfida ora è lavorare per "garantire il diritto alla salute mentale dei detenuti". A parlare è Stefano Cecconi, portavoce del comitato nazionale StopOpg, subito dopo la visita che venerdì scorso, 10 febbraio, ha realizzato all'ultimo Opg presente sul territorio nazionale, quello di Barcellona Pozzo di Gotto, in Sicilia.

Una visita che ha dato il via ad una due giorni di incontri da parte delle organizzazioni aderenti al comitato con le istituzioni locali e tutti gli attori coinvolti in questo processo di superamento, e conclusa con un incontro con il sottosegretario al ministero della Salute, Davide Faraone, a Caltagirone.

"Siamo stati nell' Opg di Barcellona Pozzo di Gotto - racconta Stefano Cecconi a Redattore sociale - che in questi giorni è stato trasformato in casa circondariale. All'interno, però, sono internati in misura di sicurezza ancora 14 persone. Nove con una misura di sicurezza detentiva definitiva, e per queste il direttore del carcere ci ha annunciato che entro la settimana prossima dovrebbero essere organizzate le dimissioni verso comunità terapeutiche assistenziali, quindi non Rems. Le restanti 5 persone sono internate con misura provvisoria e per queste la magistratura di cognizione non ha ancora deciso se è possibile una scarcerazione, una dimissione o una misura di sicurezza alternativa nonostante il parere positivo della direzione dell' Opg sulla loro dimissione".

L'ultimo capitolo della storia degli ospedali psichiatrici giudiziari in Italia, quindi, sta per concludersi. Dopo la chiusura dell' Opg di Montelupo Fiorentino, è la volta della Sicilia, regione tra l'altro non commissariata dal governo per i ritardi, come avvenuto per altre regioni, affidate al Commissario unico per la chiusura degli Opg, Franco Corleone, che il prossimo 19 febbraio vedrà scadere il suo secondo mandato. "Siamo ad un passo dalla chiusura del manicomio giudiziario di Barcellona - aggiunge Cecconi. Certamente la nostra visita ha accelerato gli adempimenti da parte delle aziende sanitarie, ma insisteremo fino a quando non vedremo con i nostri occhi la vicenda chiusa". La chiusura degli Opg, però, non esaurisce il lavoro del comitato nazionale, né le preoccupazioni per il futuro. "C'è una coda importante in questa vicenda - spiega Cecconi - e riguarda le tante persone con problemi di salute mentale che sono nelle carceri per le quali vanno previste

misure alternative alla detenzione, perché cura e custodia non si conciliano. Nel caso in cui debbano rimanere in carcere, si deve far in modo che possano avere cure adeguate in apposite sezioni. A Barcellona si sta cercando di organizzare questa risposta, vedremo nelle prossime settimane se davvero succederà qualcosa di positivo per il diritto alla salute delle persone".

A mantenere alta l'attenzione sul tema, però, devono essere anche le istituzioni, continua Cecconi. "Il lavoro positivo che il commissario ha fatto deve trasformarsi in un organismo stabile, tra governo, regioni e società civile - spiega Cecconi. Ci candidiamo a collaborare a questo processo perché non può essere che la chiusura dei manicomi giudiziari si trasformi soltanto nell'apertura di queste Rems che rischiano di essere nuovi contenitori". Un timore alimentato dalle visite alle Rems fatte dal comitato in giro per l'Italia in questi mesi. "Abbiamo trovato Rems come nel Lazio o come a Castiglione delle Stiviere che sono dei mini Opg - aggiunge il portavoce di Stop Opg, altre Rems che invece stanno facendo uno sforzo per rappresentare un'alternativa al vecchio manicomio. Ma non è solo la Rems la soluzione prospettata, c'è la cura in comunità e questo apre un capitolo enorme sul diritto alla salute mentale per tutti i cittadini. Ci aspetta ancora un lavoro enorme: dentro le carceri, per garantire il diritto alla salute dei detenuti, e fuori per garantire che i servizi di salute mentale funzionino per tutti i cittadini".

Redattore Sociale 20 febbraio 2017

Superamento Opg, Lorenzin: "Oggi è una giornata storica"

Il ministro: "Il superamento definitivo di tutti gli Ospedali psichiatrici giudiziari ormai è realizzato in tutta Italia". Una cabina di regia di monitoraggio per proseguire la riforma

ROMA - "**Oggi e' una giornata storica** grazie a tutto il lavoro svolto dal Commissario Corleone, dal tavolo delle Regioni, dalla Giustizia e dai dipartimenti che hanno lavorato al raggiungimento di questo obiettivo, che e' il **superamento definitivo di tutti gli Opg** (ospedali psichiatrici giudiziari, ndr), **ormai e' realizzato in tutta Italia**. Abbiamo solo sei pazienti che devono essere spostati nell'ultimo presidio rimasto e quindi possiamo dire che il lavoro del commissariamento e' finito e che siamo riusciti in questo che innanzitutto e' un grande traguardo nei diritti umani e in tema di salute mentale". **Cosi' il ministro della Salute, Beatrice Lorenzin,** al termine dell'ultima riunione presso il dicastero con il Commissario unico del Governo per le procedure necessarie al definitivo superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari (OPG), Franco Corleone.

"Nel Paese riscontriamo situazioni estremamente interessanti - ha proseguito Lorenzin - dal punto di vista della capacita' di integrazione che riguardano le varie patologie di queste persone e del lavoro svolto nelle Rems che funzionano. Con il Commissario Corleone abbiamo pero' anche convenuto sulla necessita' di **continuare la riforma con una cabina di regia di monitoraggio e di fare eventualmente passi successivi che riguardano piu' gli aspetti giudiziari che sanitari**, ma per i quali noi diamo piena collaborazione per quello che riguarda il tema della malattia psichiatrica e mentale nelle varie forme - ha concluso Lorenzin - e soprattutto nella presa in carico dei pazienti". (DIRE)

Redattore Sociale 20 febbraio 2017

Superamento Opg, Corleone: 30 Rems aperte con 569 pazienti

Rems attivate in tutte le regioni: rimangono da aprire quelle di Empoli (dove sono iniziati i lavori) e Caltagirone (che aprirà' il 15 maggio). Il Commissario: riforma difficile ma che funziona. Tra le questioni da migliorare "il problema dei senza dimora, degli stranieri e la condizione femminile"

ROMA - **"In Italia oggi ci sono 30 Rems gia' aperte, 604 posti e 569 pazienti presenti**, di cui 350 con misura definitiva e 215 con misura provvisoria. E questo e' un punto su cui riflettere e su cui probabilmente sara' necessario un intervento legislativo, cioe' un emendamento al Senato per il provvedimento sul processo penale". Cosi' il **Commissario unico del Governo per le procedure necessarie al definitivo superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari (OPG), Franco Corleone**, al termine della riunione a Roma con il ministro della Salute, Beatrice Lorenzin. "Ma il dato importante è che nel periodo di funzionamento delle Rems - ha proseguito Corleone - vi sono stati 950 ingressi e 415 dimissioni. Il che vuol dire che **le Rems hanno messo anche in moto un rapporto con i Dipartimenti di salute mentale molto significativ**o, altrimenti queste persone sarebbero uscite".

Le Rems sono state **attivate praticamente in tutte le Regioni**, anche se rimangono da aprire quelle di Empoli (dove sono iniziati i lavori per rendere il penitenziario una struttura non carceraria) e Caltagirone (che aprira' il 15 maggio), che sono dunque in dirittura di arrivo. Quanto all'Opg di Barcellona Pozzo di Gotto "attualmente ci sono 5 persone all'interno - ha fatto sapere Corleone - ma questa mattina il responsabile del dipartimento ci ha detto che nel giro di una settimana troveranno accoglienza diversa in comunita' o altri luoghi".

Ma qual e' la strategia per evitare che Rems diventino dei nuovi Opg? "Innanzitutto va applicata la Legge 81 soprattutto nel principio - ha risposto il Commissario - per cui la misura di sicurezza ha un termine e non puo' superare la durata della pena edittale massima per il reato compiuto. Quando entra una persona, quindi, lo psichiatra sa qual e' il giorno dell'uscita e quindi lavora dimensionando l'intervento terapeutico sulla durata necessaria. E fino ad ora questo ha funzionato, evitando cosi' gli 'ergastoli bianchi'".

Le Rems, secondo Corleone, funzionano "primo perche' hanno avuto personale- ha spiegato - secondo perchè il personale è molto motivato e consapevole di partecipare alla realizzazione di una riforma importante, civile e umana, terzo perchè ci sono dei pilastri che la rendono possibile: la

territorialità, il numero chiuso e poi anche una pratica terapeutica significativa per cui la contenzione meccanica non e' utilizzata, tranne in pochi casi. È una riforma difficile ma che funziona e puo' essere incrementata ancora di piu'". **Tra le questioni da migliorare nelle Rems ci sono ancora "il problema delle persone senza fissa dimora, degli stranieri e la condizione femminile**, tutte cose pero' che possono essere migliorate".

Ha concluso infine il Commissario unico del Governo per le procedure necessarie al definitivo superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari (Opg): "Oggi e' una giornata importante e per me e' stato veramente un onore che il governo mi abbia affidato la conclusione di una grande avventura. La Legge Basaglia e la chiusura del manicomio civile e' un punto fondamentale che pero' era rimasto scoperto con il buco nero dell'Opg, del manicomio criminale. Con la Legge 81 si e' affrontata questa questione molto difficile e si e' trovata una soluzione, anche con una legge che ha prospettato una soluzione senza toccare il codice penale e il problema dell'imputabilita'. E o**ggi presentiamo i risultati che sono straordinari,** perche' in pochi mesi abbiamo aperto tutte le Rems e chiusi gli Opg: questo e' il risultato". (DIRE)

quotidianosanità.it 20 febbraio 2017

Chiudono gli Opg. Lorenzin: "Una giornata storica, ma il processo di riforma deve andare avanti"

Per il Ministro e il Commissario Franco Corleone è necessario continuare la riforma con una cabina di regia di monitoraggio. Ma serve anche una modifica del codice penale. Sono 30 le Rems aperte, 604 posti e 569 pazienti. L'Opg di Barcellona Pozzo di Gotto dove vivono ancora 5 pazienti chiuderà a giorni i battenti

"Una giornata storica. Il commissariamento degli Opg è finito ed è stato raggiunto un grande traguardo nei diritti umani e nel percorso che riguarda la salute mentale. Questo grazie al lavoro svolto dal Commissario Corleone, dal tavolo delle Regioni, dalla Giustizia e dai Dipartimenti. Sono state realizzate esperienze estremamente interessanti e le Rems sono state attivate in tutte le Regioni. Solo sei pazienti sono ancora ospitati nell'ultimo presidio rimasto, ma saranno trasferiti nei prossimi giorni".

Non nasconde la sua soddisfazione il ministro della Salute, **Beatrice Lorenzin** nel giorno in cui cala ufficialmente il sipario sugli Opg e i riflettori si accendono sulle Rems, trenta per l'esattezza, avviate in tutte le regioni Italiane (fa eccezione l'Umbria che ha stretto un accordo interregionale con la Toscana), sulle quali proseguirà un'azione di sorveglianza. "Abbiamo convenuto sulla necessità di continuare con una cabina di regia di monitoraggio della riforma – ha infatti sottolineato il ministro parlando con i giornalisti al temine della riunione dell'organismo di coordinamento che ha accompagnato la chiusura degli ultimi Ospedali psichiatrici giudiziari ancora attivi – ed eventualmente anche sulla opportunità di intraprendere successivamente dei passi che interessano più strettamente aspetti inerenti la giustizia più che la sanità, per i quali daremo piena collaborazione per tutto quello che riguarda il tema della malattia psichiatrica e mentale nelle varie forme, e soprattutto per la presa in carico della malattia psichiatrica".

A presentare il bilancio del lavoro svolto il Commissario unico del Governo per il superamento Opg, **Franco Corleone** che già nei giorni scorsi, in un convegno promosso dalla Commissione Sanità al Senato, aveva ricordato gli obiettivi raggiunti. Ma anche le criticità ancora da superare: "I problemi ci sono – ha detto – e non dobbiamo nasconderli, ma non dimentichiamo che la riforma funzione e può essere incrementata ancora di più".

Gli scenari.A quasi due anni dall'ultima proroga per la chiusura definitiva degli Opg, sono stati infatti raggiunti risultati "straordinari" - anche se rimane da chiudere l'Opg di Barcellona Pozzo di Gotto ma è questione di pochi giorni - e le "Residenze", ad eccezione dell'Umbria come già ricordato, sono state attivate in tutte le Regioni (nei prossimi apriranno i battenti quelle di Caltagirone e Empoli: la prima dovrebbe tagliare il traguardo nel mese di maggio, per la seconda si sta lavorando).

Più esattamente, ha sottolineato Corleone: "Sono 30 le Rem aperte, 604 i posti disponibili e 569 pazienti presenti. Dal mese di aprile del 2015, quando sono state attivate le prime Rems, sono stati registrati 950 ingressi e 415 dimissioni. Un dato che dimostra come il sistema funzioni e che le Rems hanno anche messo in moto un rapporto di collegamento particolarmente significativo con i Dipartimenti di salute mentale. Una macchina che ha funzionato grazie al grande lavoro degli operatori sanitari. Un personale motivato e consapevoli di partecipare alla realizzazione di una riforma importante".

Sono tre i pilasti portanti che hanno consentito la costruzione di un sistema in grado di cancellare gli Opg, ha poi ricordato Corleone: il rispetto del principio della territorialità assoluta (le persone sono ospitate nelle strutture che ricadono nella loro Regione di provenienza), il numero chiuso (non tutti possono entrare nelle Rems) e il rifiuto pratica della contenzione".

Certo ci sono fronti ancora aperti. "Bisogna evitare il rischio che la logica manicomiale si ripresenti in strutture che invece devono avere un carattere di ben diverso – ha aggiunto Corleone – non sono ospedali ma strutture residenziali, anche perché dalle Rems si deve uscire e non stare fino alla morte. Dobbiamo quindi governare il passaggio dalle Rems provvisorie a quelle definitive che dovranno essere concepite architettonicamente con criteri specifici, ossia con stanze al massimo di due letti e con spazi interni e esterni per poter svolgere le attività necessarie al recupero dei pazienti.

Una soluzione che consentirebbe anche di risolvere le criticità emerse per le poche donne attualmente ospitate nelle residenze che sono esposte a situazioni di promiscuità rischiando di non ricevere le cure adeguate.

E anche il dato della presenza di 350 pazienti sottoposti a misure di sicurezza definitiva definitiva e 215 a una misura provvisoria deve far riflettere. Servirebbe infatti una modifica del codice penale per quanto riguarda le misure di sicurezza provvisorie e le infermità sopravvenute evitando così che vengano ricoverati pazienti nelle Rems anche quando non è necessario.

Ma gli strumenti per evitare che la riforma rimanga incagliata nelle secche di un sistema che va rinnovato ci sono ha ricordato Corleone, a partire dall'emendamento al Ddl 2067 di modifica al codice penale e al codice di procedura penale che vede come prima firmataria la Presidente della Commissione Igiene e sanità **Emilia Grazia De Biasi**.

quotidianosanità.it 20 febbraio 2017

StopOPG: "Positiva la decisione del Governo di mantenere attivo un organismo istituzionale di monitoraggio"

"La chiusura degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari annunciata ufficialmente dal Governo è un evento storico per l'Italia che conferma, dopo la chiusura dei manicomi decisa con la riforma Basaglia, di essere all'avanguardia nella legislazione per il diritto delle persone alla tutela della salute mentale. Si tratta di un risultato ottenuto grazie a una proficua e dialettica collaborazione fra società civile e Istituzioni e al lavoro di tanti operatori. Che dimostra quanto sia preziosa la partecipazione democratica nei processi di cambiamento e innovazione".

È quanto hanno dichiarato **Stefano Cecconi, Giovanna Del Giudice, Denise Amerini, Patrizio Gonnella** di stopOPG ricordando quanto, proprio nell'ottica di collaborazione il Comitato stopOPG abbia svolto un ruolo fondamentale.

"Nel complesso e difficile processo di chiusura degli Opg – sottolineano in un a nota – dobbiamo riconoscere un ruolo decisivo al Sottosegretario alla Salute **Vito De Filippo**, nei mesi in cui ha presieduto l'organismo di coordinamento per il superamento degli Opg e al Commissario **Franco Corleone** che ha svolto un lavoro straordinario. Ora, con la chiusura definitiva degli Opg possiamo aprire una nuova fase, assegnando alle Rems un ruolo utile ma residuale, e puntando decisamente al potenziamento dei servizi di salute mentale e del welfare locale, costruendo così concrete alternative alla logica manicomiale, per affermare il diritto alla salute mentale e alla piena e responsabile cittadinanza per tutte le persone, senza distinzione, come vuole la nostra Costituzione"."Riteniamo positiva la decisione del Governo di mantenere attivo un organismo istituzionale di monitoraggio sul superamento degli Opg – hanno aggiunto – che chiediamo sia aperto al contributo della società civile e nel quale ci rendiamo da subito pronti a partecipare.Per questo l'impegno di stopOPG prosegue con il Viaggio attraverso le Rems e tra pochi giorni sarà convocata l'Assemblea dei promotori di stopOPG".

SANITA 24 ORE – IL SOLE 24 ORE 20 febbraio 2017

Cala per sempre il sipario sugli Opg, ora riforme al processo penale. Lorenzin: «Giornata storica»

di L.Va.

«Oggi è una giornata storica grazie a tutto il lavoro svolto dal Commissario Corleone, dal tavolo delle Regioni, dalla Giustizia e dai dipartimenti che hanno lavorato al raggiungimento di questo obiettivo, che è il superamento definitivo di tutti gli Opg (ospedali psichiatrici giudiziari), ormai è realizzato in tutta Italia. Abbiamo solo sei pazienti che devono essere spostati nell'ultimo presidio rimasto e quindi possiamo dire che il lavoro del commissariamento è finito e che siamo riusciti in questo che innanzitutto è un grande traguardo nei diritti umani e in tema di salute mentale». Così la ministra della Salute, **Beatrice Lorenzin** alla fine della riunione del tavoloOpg coordinato da **Franco Corleone**, il Commissario unico incaricato dal Governo per il definitivo superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari.

I numeri del superamento

«In Italia oggi ci sono 30 Rems già aperte, 604 posti e 569 pazienti presenti, di cui 350 con misura definitiva e 215 con misura provvisoria. E questo è un punto su cui riflettere e su cui probabilmente sarà necessario un intervento legislativo, cioè un emendamento al Senato per il provvedimento sul processo penale». È il bilancio che ha portato il commissario Corleone alla riunione di oggi. «L'elemento essenziale da evidenziare oggi è che nel periodo di funzionamento delle Rems - ha proseguito Corleone- vi sono stati 950 ingressi e 415 dimissioni. Il che vuol dire che si è avviato un rapporto con i Dipartimenti di salute mentale molto significativo, altrimenti queste persone sarebbero uscite».

Le Rems sono state attivate praticamente in tutte le Regioni, anche se rimangono da aprire quelle di Empoli (dove sono iniziati i lavori per rendere il penitenziario una struttura non carceraria) e Caltagirone (che aprirà il 15 maggio), in dirittura d'arrivo.

Quanto all'Opg di Barcellona Pozzo di Gotto «attualmente ci sono 5 persone all'interno - ha fatto sapere Corleone- ma questa mattina il responsabile del dipartimento ci ha detto che nel giro di una settimana troveranno accoglienza diversa in comunità o altri luoghi».

Come evitare che Rems diventino dei nuovi manicomi?

«Innanzitutto va applicata la Legge 81 soprattutto nel principio- ha risposto il Commissario- per cui la misura di sicurezza ha un termine e non puo' superare la durata della pena edittale massima per il reato compiuto. Quando entra una persona, quindi, lo psichiatra sa qual è il giorno dell'uscita e quindi lavora dimensionando l'intervento terapeutico sulla durata necessaria. E fino ad ora questo ha funzionato, evitando così gli ergastoli bianchi».

Rems: un modello che funziona

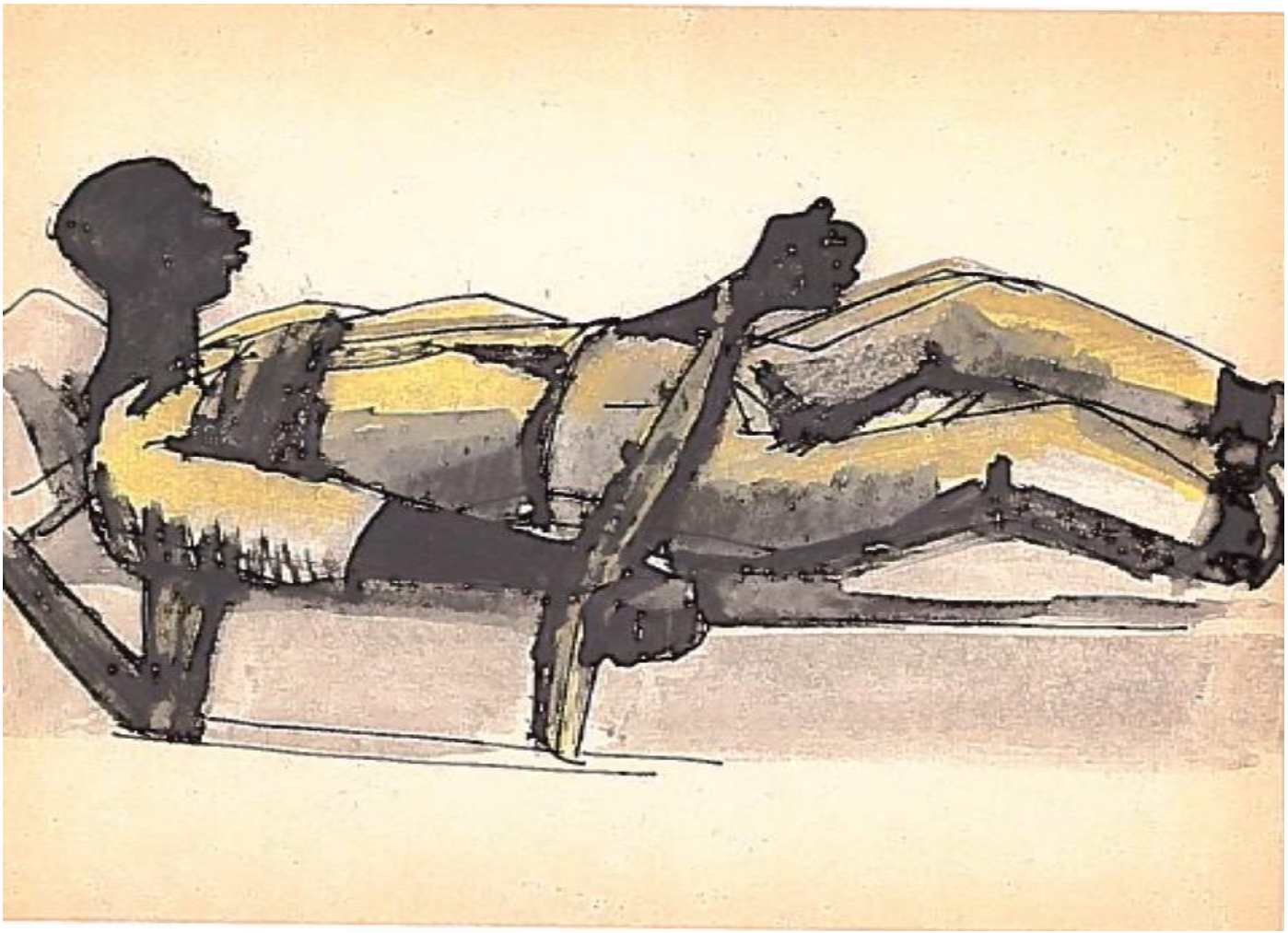
Le Rems, secondo Corleone, funzionano «primo perché hanno avuto personale- ha spiegato- secondo perché il personale è molto motivato e consapevole di partecipare alla realizzazione di una riforma importante, civile e umana, terzo perché ci sono dei pilastri che la rendono possibile: la territorialità, il numero chiuso e poi anche una pratica terapeutica significativa per cui la contenzione meccanica non è utilizzata, tranne in pochi casi. È una riforma difficile ma che funziona e può essere incrementata ancora di più».

Tra le questioni da migliorare nelle Rems ci sono ancora «il problema delle persone senza fissa dimora, degli stranieri e la condizione femminile, tutte cose però che possono essere migliorate». Ha concluso infine il Commissario: «Oggi è una giornata importante e per me è stato veramente un onore che il governo mi abbia affidato la conclusione di una grande avventura. La Legge Basaglia e la chiusura del manicomio civile è un punto fondamentale che però era rimasto scoperto con il buco nero dell'Opg, del manicomio criminale. Con la legge 81 si è affrontata questa questione molto difficile e si è trovata una soluzione, anche con una legge che ha prospettato una soluzione senza toccare il codice penale e il problema dell'imputabilità. E oggi presentiamo i risultati che sono straordinari, perché in pochi mesi abbiamo aperto tutte le Rems e chiusi gli Opg: questo è il risultato».

Lorenzin: continuare con la riforma

«Nel Paese riscontriamo situazioni estremamente interessanti - ha proseguito Lorenzin - dal punto di vista della capacità di integrazione che riguardano le varie patologie di queste persone e del lavoro svolto nelle Rems che funzionano. Con il Commissario Corleone abbiamo però anche convenuto sulla necessità di continuare la riforma con una cabina di regia di monitoraggio e di fare eventualmente passi successivi che riguardano piu' gli aspetti giudiziari che sanitari, ma per i quali noi diamo piena collaborazione per quello che riguarda il tema della malattia psichiatrica e mentale nelle varie forme- ha concluso - e soprattutto nella presa in carico dei pazienti».

Allegato B: contributi dalle REMS



Abruzzo - Barete

Le attività terapeutico-riabilitative che vengono proposte in REMS si distinguono in attività svolte all'interno della Struttura ed attività svolte nel contesto territoriale esterno. In tutte le fasi di espletamento di tali progetti i pazienti sono supportati e supervisionati dal personale della Struttura.

ATTIVITÀ ESTERNE

1. PROGETTO ARIA PULITA

Il progetto prevede un programma di intervento, interdisciplinare e integrato, strutturato in misura compatibile con il livello di compromissione cognitiva e funzionale degli ospiti, valutato tramite osservazione clinica, valutazioni testistiche e terapie psicologiche di gruppo. Nella valutazione globale viene preso in considerazione l'aderenza alla terapia farmacologica, la consapevolezza della malattia e la tendenza a mantenere un comportamento conforme alle regole e rapporti distesi con i codegenti ed operatori.

Tali elementi consentono ai pazienti di accedere all'attività riabilitativa "Aria Pulita" che è finalizzata al reinserimento sociale, al miglioramento delle condizioni fisiche ed emotive, attraverso camminate quotidiane condotte nelle zone limitrofe della struttura e in ambienti stimolanti, come per esempio la montagna, piuttosto che la città, poiché la riabilitazione non ha l'intento di allontanare il paziente dalla società, quanto di realizzare i presupposti, affinché il periodo trascorso nella struttura, sia utile per avviare i processi di rieducazione e di risocializzazione. Nelle valutazioni (cliniche e testistiche) effettuate sui paziente che hanno preso parte al progetto è emersa una sensazione generale di benessere, ed in particolare si è riscontrata: una minore tendenza di manifestazioni depressive e demoralizzazioni secondarie (i partecipanti non avvertono senso di sconforto, a differenza dei non partecipanti che dichiarano di sentirsi scoraggiati e tristi); una diminuzione dello stato di tensione (gli stati di ansia sono vissuti in modo diverso tra i non partecipanti che accusano, in modo variabile, stati di tensione e nervosismo, i partecipanti invece si dichiarano mediamente rilassati per la maggior parte del tempo); un miglioramento della carica vitale e progettualità futura (il divario tra i partecipanti e i non partecipanti è molto marcato nel caso in cui essi vangano interpellati ad esprimere un parere sull'interesse che la vita quotidiana desti in loro. Infatti ai non partecipanti la quotidianità suscita un interesse alquanto scarso, al contrario i partecipanti affermano di aver trovato interessante la propria vita nelle ultime quattro settimane; La percezione di vigoria fisica è molto presente nei partecipanti al soggetto, mentre la maggior parte dei non partecipanti accusa lentezza e pigrizia).

Nel complesso si è assistito ad un miglioramento del tono dell'umore, una diminuzione della terapia farmacologica, un potenziamento dell'immagine corporea e di conseguenza un accrescimento dell'autostima. I partecipanti inoltre hanno evidenziato un progresso ad instaurare relazioni positive con gli altri, in contesti per loro nuovi ed inconsueti, dimostrando un accrescimento delle social skill e quindi delle abilità sociali. Si è potuto osservare inoltre una diminuzione del numero delle sigarette rispetto al periodo in cui il progetto non era stato ancora attivato. Il riconoscere che l'uso eccessivo di fumo gravava sulla loro condizione fisica, è stato determinante per impegnarsi a mettere in atto un comportamento salutare rispetto all'alimentazione e all'uso di tabacco. La presenza di un calendario settimanale con orari da rispettare, mete prestabilite e percorsi da seguire li ha incentivati a prendersi cura della propria persona, realizzata attraverso l'igiene personale e nella scelta dell'abbigliamento appropriato al tipo di attività giornaliera da realizzare. Per esempio, si è osservata la tendenza a lasciare le ciabatte per calzare quotidianamente le scarpe, ma anche una maggiore indipendenza ed autonomia sulle spese quotidiane come il fare la spesa, la gestione dei soldi e l'utilizzo dei mezzi pubblici. Vi è stato un superamento dello stigma e del pregiudizio che nelle terapie di gruppo emergeva in modo preminente rispetto alla malattia e al reato commesso. Il peso del giudizio da parte della società li rendeva particolarmente intimoriti e ritirati. I partecipanti si sono mostrati, durante le uscite, aperti nel relazionarsi con gli estranei, adottando dapprima un comportamento formale, successivamente, in taluni casi, hanno raccontato le loro storie in modo spontaneo e fluido, tanto da farsi accogliere e ricevere ospitalità, in persone che a loro volta attivavano un'iniziale distanza e diffidenza. Tra i partecipanti inoltre si è osservato la costruzione di un legame caratterizzato da una rilevante carica emotiva, basato sul rispetto, la sincerità, la fiducia, la stima e la disponibilità reciproca. Ed infine è emersa, in ciascuno dei partecipanti, la volontà di realizzarsi concretamente in attività lavorative che possano consentire loro di sentirsi parte integrante della società.

2. LABORATORIO TEATRALE

L'Associazione 180 amici ha invitato i pazienti della REMS, sabato 29 ottobre 2016, a prendere parte alla performance finale dell'attività laboratoriale, presso La Casa del Teatro, L'Aquila. Partendo dal presupposto che per prevenire la recidiva a delinquere sono necessari percorsi formativi ed educativi atti a promuovere l'autostima, la progettualità affettiva e professionale, la partecipazione come spettatore al laboratorio teatrale, che nel caso specifico ripercorreva le recenti tappe della chiusura degli OPG, ha consentito agli ospiti di rielaborare il processo della loro "ri-umanizzazione": valorizzazione della persona e lo sviluppo della sua autonomia, andando nella direzione di un re/inserimento sociale affinché si possa superare una logica strettamente assistenziale; la persona che

vive l'esperienza dalla REMS deve trovare, nel periodo dell'internamento, occasioni di ri-partenza e riflessione, nella piena affermazione della propria dignità umana.

3. CINEMA E PSICHIATRIA Cinema e Psichiatria è un'intera iniziativa, divenuta ormai un costante appuntamento culturale ed è realizzata dall'Istituto Cinematografico "La Lanterna Magica" e dal Dipartimento di Salute Mentale della Asl dell'Aquila. Numerosi sono stati i consensi ottenuti in questi anni con il coinvolgimento degli istituti scolastici, insegnanti, studenti universitari, semplici appassionati di cinema e liberi professionisti. Nella edizione del 2016 è stato presa in esame il tema dell'amore, con la finalità di consentire una più ampia comprensione dell'argomento, resa possibile dal commento finale di psichiatri e psicologi. L'idea della partecipazione ad un "Cineforum" per i pazienti ospitati nella REMS, è nato innanzitutto dalla consapevolezza che il linguaggio cinematografico spesso è il veicolo ideale per la comprensione della realtà e di alcune problematiche sociali. Pertanto si è proposto di avvicinare i pazienti al film come forma espressiva capace di raccontare la realtà o fatti fantastici, favorendo la riflessione e il dibattito, ponendosi come momento di incontro, confronto, scambio di idee, una pausa all'insegna della distrazione e dello svago, da condividere. Il cinema come forma espressiva rende possibile un forte coinvolgimento emotivo, diventando in questo senso un mezzo efficace per allestire e sperimentare emozioni. Grazie a questa caratteristica determina sul fruitore un impatto affettivo e relazionale stimolandone la riflessione. La partecipazione al dibattito successivo alla visione del film ha rappresentato un momento utile per incentivare e stimolare un arricchimento personale.

4. MERCATINI DI NATALE

La partecipazione degli ospiti della REMS all'evento "Natale a Valle Pretara: festa, mercatini, musica e altro", è avvenuta con l'intento di alleviare la solitudine delle festività natalizie attraverso l'integrazione del paziente al gruppo degli altri ospiti. Tale attività rientra nell'ambito della riabilitazione allo scopo di modulare le emozioni negative legate all'assenza delle figure famigliari attraverso la condivisione di tali sentimenti e sostegno reciproco.

5. FIERA DELLA BEFANA Venerdì 5 gennaio 2017, nel centro storico de L'Aquila si è tenuta la tradizionale "Fiera della Befana",69esima edizione, con centinaia di bancarelle che hanno animato il centro storico e la zona intorno al Castello. In tale occasione gli ospiti della REMS hanno sperimentato un contatto con la tradizione aquilana, sentendosi parte di un evento molto sentito in questo territorio di "adozione forzata". Lo scopo era infatti il tentativo di sviluppare una maggiore fiducia nell'ambiente circostante, attraverso l'insieme dei processi volti ad assicurare la formazione

delle competenze sociali di base, unitamente alla sperimentazione di rapporti interpersonali in un ambiente più ampio e variegato.

ATTIVITÀ INTERNE

1. La Struttura è logisticamente costituita da 7 moduli abitativi, ciascuno dei quali composto da camere da letto e servizi, ma anche da una zona cucina-salotto. L'organizzazione strutturale dei moduli ha consentito di strutturare "gruppi cucina" costituiti da quei pazienti che date le proprie abilità personali si sono resi capaci di organizzare e coordinare la preparazione dei pasti anche per i codegenti. Tale lavoro ha consentito da una parte di implementare delle abilità di base della vita quotidiana (a partire dalla strutturazione di una lista della spesa alla fase esecutiva della cucina), ma allo stesso tempo ha creato momenti di condivisione ed aggregazione, sia nella fase di organizzazione che di esecuzione dell'attività stessa. Tutto questo aiuta anche a promuovere nei pazienti che mostrano difficoltà il modelling per poter acquisire le abilità in cui risultano carenti.

2. La Struttura è fornita di sale per le attività riabilitative provviste di attrezzi da palestra, che i pazienti possono utilizzare in autonomia o supportati da personale specializzato esterno che svolge attività di volontariato in REMS, ping-pong, biliardino, giochi da tavolo, biblioteca e sala tv. L'obiettivo consiste nel promuovere oltre che la condivisione anche la contrattazione, la cooperazione tra pari ed il confronto con eventuali emozioni "negative" derivanti dalla "sconfitta".

3. Due volte a settimana sono previsti incontri strutturati con istruttori specializzati in attività motorie. Anche questa attività presenta duplice finalità, da una parte crea il "gruppo" dall'altra consente una migliore gestione del benessere psicofisico, prevenendo in parte l'eccessivo aumento ponderale.

4. L'associazione 180amici di L'Aquila, oltre a fornire supporto nelle attività esterne, si è resa disponibile nella collaborazione per momenti di aggregazione all'interno della struttura, quali attività ricreative musicali e condivisione di momenti di vita del quotidiano. In tali occasioni, a turno, ogni "modulo abitativo" ha messo a disposizione il proprio spazio, offrendo un punto di incontro, impegnandosi a rendere disponibile per tutti i partecipanti un ambiente accogliente e rilassante.

5. La presenza di una sala tv condivisa ha consentito di promuovere l'attivazione di un Cineforum con la visione condivisa di film proposti dagli operatori, ma spesso dai pazienti stessi. L'idea di un "Cineforum" nasce innanzitutto dalla consapevolezza che il linguaggio cinematografico spesso è il veicolo ideale per la comprensione della realtà e di alcune problematiche sociali. Pertanto si propone di avvicinare i pazienti al film come forma espressiva capace di raccontare la realtà o fatti fantastici,

favorendo la riflessione e il dibattito. Per questo l'accesso condiviso alla visione di film si pone come momento di incontro, confronto, scambio di idee, una pausa all'insegna della distrazione e dello svago, da condividere. Il cinema come forma espressiva rende possibile un forte coinvolgimento emotivo diventando in questo senso un mezzo efficace per allestire e sperimentare emozioni. Grazie a questa caratteristica determina sul fruitore un impatto affettivo e relazionale stimolandone la riflessione. La partecipazione al dibattito successivo alla visione del film rappresenta quindi un momento utile per incentivare e stimolare un arricchimento personale.

6. A ciascun paziente all'interno della Struttura è stato affidato un compito specifico, sulla base delle proprie attitudini ed abilità individuali, nella collaborazione della gestione quotidiana presente in un ambiente comunitario.

7. Quotidianamente vengono effettuati incontri di gruppo con il Dirigente Psicologo della REMS e con i suoi collaboratori, durante i quali i pazienti hanno modo di confrontarsi rispetto ad argomenti vari, con la possibilità di mettere alla luce divergenze di opinione o difficoltà relative alla privazione della libertà personale, il tutto sotto la supervisione e con il supporto psicologico necessari. Per il monitoraggio dello stato psicopatologico dei pazienti è presente in REMS il Dirigente Medico con copertura di 12 ore giornaliere ed il Dirigente Psicologo con copertura di 8 ore giornaliere. Questo consente non solo di effettuare valutazioni e colloqui clinici di controllo programmati, ma anche di gestire eventuali momenti di difficoltà quando si presentano. Inoltre settimanalmente è prevista una riunione di equipe con il Direttore del DSM durante la quale vengono condivisi i programmi terapeutici individualizzati di ciascun utente.

Da un punto di vista clinico generale, a ciascun paziente, al momento dell'ingresso vengono effettuati esami ematochimici di base per la verifica dello stato di salute generale ed un elettrocardiogramma.

Esami ematici specifici ed ECG di controllo vengono periodicamente ripetuti, sulla base di patologie internistiche concomitanti e della terapia farmacologica in atto. A seconda delle esigenze specifiche vengono inoltre programmati presso l'Ospedale San Salvatore consulenze specialistiche ed esami diagnostici del caso. L'accompagnamento per trasferimenti occasionali per motivi di salute viene effettuato da parte degli operatori della struttura (ai sensi della Conferenza Unificata del 26/02/2015, rep. N. 17/CU).

Dott.sse Ilaria Santini, Domenica Canna e Melissa Cornelio

Calabria – Santa Sofia D'Epiro

La nostra è una esperienza giovane avendo aperto la REMS nel mese di ottobre 2016.

Non sono mancati e non mancano problemi e difficoltà. La difficoltà maggiore riscontrata è che allo stato attuale le REMS, cosi strutturate, non possono sostituire gli OPG in quanto carenti di strumenti utili a garantire la sicurezza del personale e degli utenti (es. assenza di ufficiali delle forze dell'ordine in struttura; mancanza di misure di contenzione, abitualmente utilizzate nella prassi psichiatrica; etc). Tale situazione, non permette di svolgere ulteriori e fondamentali attività riabilitative, quali ad es. borse lavoro, attività ergoterapeutiche e/o di reinserimento sociale da attuare sul territorio, a causa del costante stato di allerta/emergenza, che inevitabilmente coinvolge tutto il personale e influisce sull'operatività dello stesso.

Equipe socio-sanitaria

Campania

(Mondragone, Vairano Patenora, Calvi Risorta)

Uno sguardo al recente passato e oltre: dall'O.P.G. alla R.E.M.S.

Dr. Raffaello Liardo

(Responsabile Sanitario per le Rems, per l'Articolazione Salute Mentale in Carcere e per tutte le attività consulenziali psicologico-psichiatriche presso gli istituti penitenziari dell'ASI Caserta)

Alla fine di questa primavera del 2016 è giunta a termine, ad Aversa, la storia di una lunga ed anche troppo lenta transizione che dal "grande internamento" è approdata ad una variegata e articolata risposta istituzionale molto lontana dal vecchio scenario. Per questi motivi 1' OPG, con il suo approccio custodialistico e con le sue gravi limitazioni dei diritti, è stato prima degradato a paradigma residuale e successivamente portato a chiusura definitiva, inadatto com' era ad una idonea tutela e ad un efficace reinserimento dei malati di mente autori di reato. Precedentemente a questa scadenza, quale sfondo culturale nazionale, c'era stata la richiesta concorde e continua di abbandono del vecchio apparato di risposte concentrato in un luogo esclusivo e la volontà di affermare una dotazione organizzativa ritenuta più idonea. In questa direzione l'opzione più condivisa era di mettere al centro della programmazione concezioni lontane dallo stampo istituzionale per approdare all'accoglienza territoriale tramite formule organizzative diverse connotate da forte vocazione riabilitativa e reinclusiva capaci di sostituire la risposta unica dell'OPG con risposte personalizzate (Progetti Terapeutici Riabilitativi Individualizzati - PTRI) e più raccordate tra Agenzie costituite in sistema. Questo percorso avrebbe consentito ai territori di porsi come obiettivo ultimo , se pur non immediato, di integrazione delle azioni progettuali inserendosi, a sua volta , nel quadro delle Politiche Sociali della comunità anche riconnettendosi ai Piani di Zona ed agli Accordi di Programma Territoriale.

Le risposte messe in campo dall'ASI di Caserta, organizzate dall'U.O. C. Tutela salute in Carcere e dal Dipartimento di Salute Mentale ed operativamente affidate alla U.O.S.D. Salute Mentale Penitenziaria e Superamento OPG, hanno allargato lo sfondo dell'operatività determinando , in un breve periodo, un incremento della complessità gestionale in assenza di una cornice organizzativa e tecnica, dai vari partners (Servizi di Salute Mentale, Magistratura Penale e Civile, Circuito Penitenziario, Servizi Sociali, Ambiti Territoriali, ecc.) culturalmente condivisa , concordata nei percorsi ed omogenea nelle procedure.

Il cammino complessivo relativo al superamento dell'Ospedale Psichiatrico Giudiziario di Aversa e al sorgere e consolidarsi del nuovo apparato ha evidenziato delle criticità che non sono né esaustive né esclusive di una questione più complessa e sfaccettata, ma che sono intese principalmente come una

lista delle possibilità per dirigere e promuovere, insieme ad altri attori, alcune riflessioni tecniche e metodologiche seguendo un orientamento che parta da esperienze reali.

Partendo dal riscontro complessivo che prende il via dalle riforme in poi, un cenno al grande merito della Legge n° 81 del 30 maggio 2014 va fatto sottolineando i seguenti punti ancora non applicati in pieno dalla magistratura:

• Revisione dei programmi di attuazione delle Rems (la misura di sicurezza deve essere estrema ratio del provvedimento del magistrato);

• Privilegiare le misure alternative all'internamento e rivedere il concetto di pericolosità sociale (quest'ultimo non può essere elemento di internamento a vita);

• Solo in casi eccezionali e quando sono acquisiti elementi tali da ritenere non idonea struttura diversa ad assicurare cure adeguate e a far fronte alla pericolosità sociale si invia in Rems;

• La mancanza di adeguato programma terapeutico riabilitativo individuale (PTRI) non può essere elemento di internamento;

• La durata dell'internamento non può superare la pena edittale (fine ergastolo bianco). Il numero delle persone entrate in Rems in questo primo anno di attività con misura di sicurezza provvisoria è eccessivamente alto rispetto a qualsiasi previsione. Tale situazione deve trovare un equilibrio traducendo questa normativa in un contesto più ampio che è quello, spesso e continuamente ripetuto, della presa in carico dell'ammalato da parte dei servizi psichiatrici territoriali e non (o almeno non solo) della sicurezza sociale. Infatti, seppure taciuto, il cambiamento, concretamente riconducibile alla ricollocazione delle competenze e delle responsabilità, ha costituito resistenze, non sempre esplicitate, ma spesso concretamente apprezzabili.

L'attuale sistema di intervento sembra ancora essere caratterizzato da elementi di frammentarietà con presenza di ostacoli organizzativi, coordinativi e culturali che intralciano la domanda ed influenzano le risposte che non sempre risultano efficaci ed adeguate. Ciò pone in primo piano la necessità di studiare forme organizzative sempre migliori di collaborazione multiprofessionali per cercare spazi ed occasioni per incontri di idee, possibilità e novità; bisogna garantire gli essenziali processi partecipativi e generare progettualità sempre più complete e più appropriate.

L'applicazione del concetto di appropriatezza, tuttavia, va realizzata a tutto tondo, cioè considerando anche l'impegno per correggere il sotto-utilizzo di trattamenti indicati come raccomandabili quali tutti le "alternative progettuali". Ma anche per curare maggiormente il rapporto tra misure di sicurezza definitiva e provvisoria e la corrispondenza tra misure di sicurezza e luoghi idonei alla loro esecuzione. Appropriatezza significa anche individuare la comunicazione all'interno dei sistemi dei servizi come intervento essenziale; nel contempo la comunicazione esterna, va intesa come lo

strumento per acquisire/fornire informazioni e dati, più idonea a rendere maggiormente partecipi operatori ed Agenzie, variamente collegate per ragioni di reciproca notificazione o collaborazione .

Ciò anche e soprattutto attraverso l'utilizzo e le opportunità offerte dalla presenza strumenti/sistemi informatici dedicati, d'avanguardia e funzionanti in tempo reale quali lo S.M.O.P. (Sistema Informativo per il Monitoraggio del superamento OPG) una risorsa tecnologica idonea alla realizzazione di un sistema automatico per gestione elettronica dei flussi documentali. Affermare l'appropriatezza implica anche la necessità di comprendere meglio per quali pazienti sono indicate le forme di presa in carico intensive e/o flessibili. E' anche indicativo quanto l'organizzazione da crearsi intorno ai "paziente difficile " richieda come metodo elettivo una costante ridefinizione del contesto in cui essa si declina sullo sfondo di un lavoro di programmazione e valutazione a ciclo continuo, anche tramite assidue azioni di monitoraggio.

E' doveroso ancora constatare la ricorrente presenza di avvocati iscritti negli albi disponibili ad assumere le difese d'ufficio che risultano incerte, disinformate e disimpegnate e/o , peggio ancora, di difensori reclutati al momento durante i dibattimenti in contrasto con pochi impegnati professionisti della difesa. A questo proposito ci preme inserire nel concetto di "qualità della difesa" anche quello inerente la problematica, non frequente, ma non rara , della affermazione della incompatibilità alla detenzione, quando questa, anche alla luce dei criteri indicati dalla Cassazione, appare evidente.

Ultimo ma non per ultimo il problema dello stigma verso la malattia mentale, che sebbene ritualmente evocato, non si giova ancora di una realtà maturata ed efficacemente tradotta in atto, ancora ben presente anche negli addetti ai lavori. Inoltre sullo sfondo della riflessione che le complicazioni del vivere sociale sono aumentate ed i rischi delle posizioni più deboli nella società sono cresciuti, nelle azioni tutelanti si nota che troppo spesso gli interventi sono lasciati alla sola attenzione e capacità del singolo operatore.

Poco numerose sono ancora la promozione di istanze , ricorsi ed elaborati di tutela finalizzati alle costruzioni di progettualità/risposte sociali creative. Scarse o assenti sono le attivazioni di Uffici per le Tutele presso i DSM, quale apparato permanente di mediazione efficace e di riferimento per i bisogni degli utenti che versano in condizioni al di sotto di una vita socialmente dignitosa, anche attraverso la formazione di Amministratori di Sostegno.

Emilia Romagna - Bologna

La Rems Casa degli Svizzeri di Bologna ha aperto il giorno 1 aprile 2015. Dispone di 14 posti letto (11 maschili e 3 femminili) I pazienti maschi afferiscono dall'area vasta Emilia Centro (AUSL di Bologna, Imola e Ferrara), mentre le pazienti femmine vengono inviate da tutta le Regione Emilia Romagna.
L'organico è composto dal Responsabile Sanitario (presente per 1/3 dell'orario di lavoro), un medico a tempo pieno, uno part time, uno psicologo a 20 ore settimanali, un'assistente sociale a 20 ore settimanali, un amministrativo a 20 ore settimanali, 13 infermieri, 7 OSS, 3 educatori professionali, un tecnico della riabilitazione psichiatrica. E' prevista la presenza di una guardia giurata con turni che coprono le 24 ore, purtroppo armata (la questura non ha autorizzato la presenza in servizio della guardia disarmata). Esiste un impianto di videosorveglianza esclusivamente esterno, monitorato dalla guardia giurata. E' altresì stato implementato un sistema di chiamata rapida delle forze dell'ordine tramite pulsante di emergenza collegato con la centrale operativa della Questura. Un ulteriore elemento di sicurezza è rappresentato da un sistema interno di chiamata tramite apposito "braccialetto", in dotazione ad ogni operatore, collegato via Wi-Fi con un display presidiato dalla guardia giurata e collegato ad un allarme acustico (quando viene premuto il pulsante sul braccialetto compare su display il nome dell'operatore e la sua localizzazione). Alla REMS di Bologna non vengono effettuate contenzioni né esistono camere dedicate alla descalation.
E' stata attivata la collaborazione con un medico di medicina generale, scelto fra i colleghi operanti nelle strutture penitenziarie bolognesi, che viene in struttura una volta alla settimana ed effettua le visite internistiche a tutti i pazienti all'ingresso.
E' stata attivata una collaborazione con l'Università di Bologna (Psicologia Forense) per l'assesment personologico e cognitivo di tutti i pazienti e per lo studio della valutazione del rischio di violenza.
Nell'arco del mese di aprile sono stati accolti tutti i pazienti di pertinenza provenienti dall'OPG (i maschi dall'OPG di Reggio Emilia e uno da Aversa) e le donne dall'OPG di Castiglione delle Stiviere).
Sono stati altresì accolti i primi internati provvisori, di cui tre provenienti da fuori regione (Toscana e Puglia).
Fin da prima dell'apertura erano stati attivati protocolli con la Prefettura per fare fronte ad emergenze all'interno della REMS e numerose altre procedure e protocolli (procedura allontanamenti, protocollo emergenze sanitarie, regolamento interno, etc.). I rapporti con la Magistratura di Sorveglianza si sono rivelati molto buoni e all'insegna della collaborazione.
Fin da subito sono state attivate collaborazioni con associazioni esterne e volontariato, oltre ad una graduale attivazione di una nutrita serie di attività riabilitative sia all'interno della struttura che all'esterno.
All'interno della struttura sono attive le seguenti attività riabilitative:

- Tecniche di ginnastica dolce (Metodo Courchineaux)
- Riflessologia plantare
- Laboratorio Teatrale
- Laboratorio Musicale
- Laboratorio artistico
- Social skills training

Sono stati attivati 4 budget di salute e 2 Tirocini Formativi Esterni di tipo inclusivo autorizzati dalla Autorità Giudiziaria ai sensi dell'art. 21 O.P.(un paziente si reca al lavoro in autonomia).
E' in corso di avvio un'attività di Orto Terapia, mentre sono già attivi interventi di Pet Theraphy all'interno della struttura e di Ippoterapia in un maneggio sito nelle vicinanze.
Si sono verificati casi di scompenso psichico, a volte accompagnati da agiti aggressivi, che sono stati trattati con ricoveri ospedalieri, alcuni in regime di Trattamento Sanitario obbligatorio.
Si è registrato un indebito allontanamento dalla struttura, con rientro nel volgere di poche ore, ed un allontanamento durante una licenza ad horas.
Punti di forza sono il lavoro di gruppo basato sul concetto di equipe multiprofessionale con orientamento alla Recovery, la forte motivazione e l'entusiasmo del gruppo degli operatori, l'acquisizione crescente di competenze specifiche da parte di tutti gli operatori, l'alta intensità relazionale del lavoro quotidiano.

Principali criticità:

- l'invio dei pazienti da parte del DAP segue vie di tipo "carcerario", senza la possibilità di acquisizione degli indispensabili elementi clinici
- le ordinanze della Magistratura di Cognizione sono spesso caratterizzate dalla sensazione di una maggiore facilità di indicazione di misura di sicurezza provvisoria rispetto a quando erano aperti gli OPG
- quando si rendono necessari ricoveri in luoghi esterni di cura si incontrano notevoli difficoltà in quanto la Polizia Penitenziaria richiede l'ordine di piantonamento da parte del Magistrato e questo risulta estremamente problematico durante le ore notturne, nei giorni festivi e soprattutto quando si tratta di pazienti con Misura di Sicurezza Provvisoria
- il regolamento penitenziario non è interamente applicabile all'interno delle REMS e si sta cercando un'interpretazione più consona ad un ambiente sanitario
- pazienti indigenti e senza supporti familiari
- pazienti senza fissa dimora: per alcuni casi di è stato possibile l'attribuzione di una residenza fittizia, con documenti di identità, ma molti comuni oppongono difficoltà per tale soluzione. Per i pazienti stranieri irregolari e senza documenti la situazione è ancora più complessa: essendo autori di reato non possono avere permesso di soggiorno alcuno e in quanto pazienti sottoposti a misura di sicurezza non possono essere rimpatriati. Alla Rems di Bologna sono attualmente presenti 4 Pazienti in tali condizioni, per i quali risulta estremamente difficile costruire una progettualità di qualche genere, anche in quanto i Consolati non sono sempre disponibili a fornire loro un documento di identità
- detenuti che vengono prosciolti durante la carcerazione e che devono comunque essere scarcerati entro poche ore: si sono verificati alcuni casi di forti pressioni perché venissero accolti in REMS anche in soprannumero. Tale evenienza non si è mai verificata, ma permane alto il rischio di imputazione della direzione per omissione di atti di ufficio
- notifiche giudiziarie. Il personale sanitario non ha ovviamente titolo per effettuare tali notifiche, non avendo qualifica di Ufficiali di Polizia Giudiziaria. Alla Rems di Bologna esiste una buona collaborazione con l'Ufficio Matricola della Casa Circondariale e con le Forze dell'Ordine, ma succede a volte che si possano creare dei disguidi.

Dott. Claudio Bartoletti

Friuli Venezia Giulia - Aurisina

Come è noto, a livello regionale sì è partiti dal dimezzamento del modello REMS da 20 a 10 posti letto, secondo il fabbisogno storico rispetto all'Opg della regione FVG (Trieste aveva azzerato le presenze in OPG dal 2006).

Successivamente, vi è stato lo "spacchettamento" dei 10 posti in tre sub-unità territoriali (attualmente, come REMS provvisorie, tutte tre di 2 posti ciascuno), nel senso una REMS "diffusa", che funziona come un sistema unico, con possibilità di sinergie e di movimenti interi (ovviamente autorizzati dalla Magistratura).

Ha contato la coerenza dei principi: il modello regionale è centrato sulle persone e fondato sui diritti, da cui il no all'internamento, allo stesso modo in cui la regione ha rifiutato la contenzione, per cui nella REMS di Aurisina si opera di fatto a porta aperta.

Altro cardine è costituito dalla responsabilità territoriale dei servizi, che significa evitare un "altrove" dove recludere, escludere, relegare, segregare, delegare, detenere. Qui la responsabilità è stata condivisa tra persona, REMS e CSM.

La co-progettazione con i livelli regionali ha riguardato sia gli aspetti strutturali, con la riduzione al minimo necessario degli aspetti c.d. "di sicurezza", e comunque reclusivi, che i protocolli (un lavoro straordinario è stato fatto con la Prefettura, e con la Magistratura). Il protocollo siglato con tutti i tribunali prevede l'offerta dei DSM di una prima valutazione in qualunque fase delle indagini o del giudizio ed ha rafforzato la pratica di prevenzione dell'invio in REMS per mezzo del servizio in carcere fornito dai CSM con l'eventuale uso del SPDC e della sede 24 ore del CSM.

A livello regionale, tutta la REMS "diffusa" è effettivamente ingranata con i DSM.

Si è potuto quindi parlare non di REMS ma di 'funzione REMS' calata in un luogo altro. Tale funzione, svolta dal personale individuato, è stata pensata "a rete" con i servizi dipartimentali (nel caso di Aurisina in una sede di centro diurno) e attivamente dialoga e coopera con tutti i servizi di salute mentale coinvolti – il CSM di competenza della persona innanzitutto - con ciò evitando la costituzione di un luogo / servizio dedicato, "speciale".

Per quanto riguarda il personale, di fatto si è costituito un mix di operatori neo assunti (12) e operatori esperti (altri 10, soprattutto con competenze riabilitative) tra i quali si opera una rotazione. Tutti hanno un'attribuzione ad un servizio territoriale e di fatto lavorano part-time in REMS. Inoltre, vi è l'uso di risorse territoriali (FAP, cooperative sociali, volontariato).

La scelta della piccola scala ha permesso di realizzare la massima accoglienza e personalizzazione, allo stesso modo in cui a Trieste - di fatto già da anni - nei centri di salute mentale e in SPDC si è optato per un massimo di sei letti, onde evitare l'accumulo di situazioni problematiche.

Si è scelto di occuparsi di "una persona alla volta", attraverso la ricostruzione della storia e della rete sociale insieme - tenuto conto che la storia si attualizza in una rete di relazioni (ad esempio per MT l'accompagnamento in Sicilia e per la coppia milanese il raccordo col di lei padre).

Si è voluto massimizzare le potenzialità terapeutiche del luogo in quanto centro diurno (percorsi benessere, di sana alimentazione, di cucina, culturali e artistici realizzati con associazioni) e della rete sociale allargata. Si è fatto ampio uso di permessi, fino alla permanenza nel CSM sulle 24 ore anche durante il periodo di obbligo di permanenza in REMS. Si è cercata un'entrata della comunità ancora maggiore, per il lavoro anti-stigma rivolto alla comunità locale oltre che al soggetto stesso (stigma interiorizzato), anche con il coinvolgimento dei media – la tv ha visitato un servizio vuoto, sulla stampa si sono contrastate posizioni basate sulla paura, eccetera). Inoltre si sono sviluppate attività culturali, mercatini, concerti, presenza di scolaresche.

Più di tutto ha contato la dimensione umana della vicinanza, dello stare-con (come il tè in giardino all'accoglienza della prima coppia di ospiti), che ha significato il rifiuto della compartimentazione degli spazi di reclusione: si condividono gli ambienti il più possibile, in una compresenza degli operatori e degli altri utenti del centro diurno con gli ospiti REMS.

Tali scelte si fondano su una visione di sicurezza attiva basata sulla relazione interpersonale, sulla condivisione e responsabilizzazione delle persone e soprattutto sulla costruzione di un rapporto terapeutico, che è funzione principale della struttura, pur nei limiti della condizione di restrizione della libertà dei soggetti medesimi, tenuto conto della verifica positiva dell'utilità della coesistenza delle attività del Centro Diurno, ponendo particolare attenzione all'inserimento graduale dei 2 ospiti nelle stesse attività e nel gruppo degli ospiti del Centro Diurno che ne sono fruitori, in quanto con essa si garantisce un'offerta di situazioni e programmi utili al percorso terapeutico riabilitativo dei soggetti presenti nella REMS.

Le alternative alla REMS per coloro che ne sono stati ospiti, col passaggio a misure di sicurezza non detentive accolto dalla magistratura, sono state realizzate coi servizi, nel senso di soluzioni concrete, concertate e condivise.

Riassumendo i processi:

- decentralizzazione della REMS come funzione, su piccola scala
- co-progettazione tra gli attori istituzionali sia rispetto alla struttura, che ai protocolli e alle procedure
- rielaborazione del mandato di controllo e riduzione al minino degli aspetti reclusivi
- personalizzazione dell'assistenza e progettazione personalizzata (PTRI) con i servizi e le risorse del territorio

- non delega ma condivisione della responsabilità tra utente, sanitari (REMS e servizi), ordine pubblico, magistratura.

Primo bilancio. Risultati a 18 mesi.

Cinque persone sono state accolte dal giugno del 2015, di cui quattro in misura di sicurezza provvisoria e una definitiva. Quattro sono state dimesse, con passaggio a libertà vigilata, di cui tre al CSM competente territorialmente, una al domicilio.

Sono stati realizzati accoglienza, valutazione e progetto entro i 45 giorni previsti dalla legge 81 e dall'Accordo Stato-Regioni, per prefigurare da subito un'alternativa alla REMS; e, per tutti i casi, ciò è stato realizzato coinvolgendo direttamente i servizi territoriali, anche a distanza, per esempio con la Liguria, per riallacciare i fili rotti e i percorsi frantumati.

Vi è stata la massima collaborazione con la magistratura giudicante e di sorveglianza pur nel rispetto dei ruoli reciproci. È stato necessario ovviamente incalzare con valutazioni reiterate, inviare aggiornamenti, proposte e relazioni. Ciò rimanda al concetto di occuparsi approfonditamente di "una persona alla volta", trasformando alla fine la misura di sicurezza. È stato sempre correttamente sostenuto che la pericolosità, concetto basato in psichiatria sul nulla, va verificata e testata della realtà, attraverso la sperimentazione in situazioni sociali reali.

Le dimissioni in media sono state possibili in sei mesi, invariabilmente rispetto alla condizione giuridica, con una forbice da tre a nove mesi, sempre con misure alternative attenuate e progetto di servizi territoriali.

Il follow-up è positivo, non vi sono state recidive di reato.

Ora la REMS é praticamente vuota (come quella di Udine) ed è stato possibile il reimpiego degli operatori dei servizi territoriali per realizzare una prevenzione secondaria dell'invio in REMS riguardante casi 'a rischio' di percorsi giudiziari o già coinvolti in essi.

Non vi è stato nessun episodio di allontanamento, salvo uno di alcune ore dal CSM dove era in permesso; nessun intervento delle forze dell'ordine; nessun ricovero in SPDC o in CSM.

Ciò testimonia la completa decostruzione dell'aspetto di contenimento, internamento e sanzione.

La soddisfazione degli utenti è stata elevata: tornano a trovarci, telefonano.

Peraltro, fatto rimarchevole, da quasi un anno non vi è stato nessun nuovo invio nel sistema REMS del FVG da parte della magistratura.

Per quanto riguarda i costi, l'investimento elevato di risorse umane (con i relativi costi: 1.500.000 euro annui complessivamente per le tre sedi della REMS diffusa regionale) viene controbilanciato dal

loro impiego del lavoro di prevenzione territoriale nei CSM e in SPDC e dall'efficacia complessiva dell'intervento terapeutico, riabilitativo e di reinserimento sociale.

La Regione Friuli Venezia Giulia indica, già da molti anni, nelle annuali Linee di gestione la necessità di intervento sulle persone ad alto rischio di deriva sociale / carcere Opg. Questa azienda sanitaria ha quindi fissato obiettivi di programmazione strategica in merito tenuto conto che il DSM di Trieste ha sperimentato, nel corso degli anni, metodologie specifiche di intervento nei confronti di persone in trattamento che si caratterizzano per:

1. rischio immanente di grave rottura sociale e/o reato,
2. uso e abuso di sostanze in presenza di disturbo mentale severo ed elevata problematicità sociale,
3. presenza di misure alternative alla detenzione,
4. a rischio di esecuzione delle misure di sicurezza presso l'OPG e/o l'attuale REMS.

Tali interventi si sono declinati attraverso il lavoro di prevenzione all'invio dalla casa circondariale di Trieste verso l'OPG delle persone che manifestano problemi comportamentali tali da fare ritenere necessario un periodo di osservazione, sia attraverso l'accoglienza in via urgente di persone che hanno commesso reati e, previo accordo con la Magistratura, sono state avviate alla misura di sicurezza presso il CSM di competenza.

Tenuto conto che la REMS ha carattere transizionale e provvisorio ed è necessario operare per alternative al suo impiego, sia nel caso del singolo paziente che in generale come metodologia orientata al superamento della misura di sicurezza detentiva, e che in questa doppia prospettiva relativa al riferimento territoriale ed alla metodologia di lavoro (misure di sicurezza con programmi di reinserimento sociale e/o interventi proattivi), questo DSM ha avviato un'importante sperimentazione finalizzata alla creazione di un'economia di scala che valorizzi le professionalità investite nel progetto REMS anche aldilà dei 2 posti-letto attivati.

Il personale disponibile, tramite ampia informazione a tutto il personale del DSM, é stato individuato tra nuovi assunti e personale già in servizio, di tutte le professionalità. Essi prestano la propria attività nell'ambito di un progetto finalizzato all'attivazione di Progetti Terapeutico Riabilitativi Individualizzati (PTRI) per le persone a rischio di misura di sicurezza e/o accolte presso la REMS di Aurisina.

Tale gruppo di lavoro opera dunque sia nella SC del DSM di assegnazione che, nell'attività clinico – assistenziale, presso la REMS, garantendo, oltre alla copertura dei turni necessari alla funzione REMS sulle 24 ore, anche l'integrazione degli interventi predisposti dal DSM a favore di persone ad

alto rischio di deriva sociale, commissione di reati e detenzione e/o misure di sicurezza, ricalibrando le risorse finalizzate al raggiungimento di risultati valutabili.

Il personale ha ultimato una formazione ad hoc consistente in ore di seminari, e prosegue una formazione sul campo tramite affiancamento, che ha permesso il travaso di conoscenze e pratiche dagli operatori esperti a quelli neoassunti, anche tramite modalità di scambio e confronto, permettendo l'acquisizione di un adeguato saper fare. E' stata realizzata anche una formazione regionale fondata sul confronto tra le pratiche.

Si è in definitiva costituito il Gruppo Multiprofessionale "*Progetti Terapeutico-Riabilitativi Individuali / Funzione REMS*", con funzioni di gestione diretta della funzione REMS, nonché di prevenzione e di fronteggiamento delle situazioni di rischio di internamento in REMS, in supporto ai CSM territorialmente competenti. Esso è stato anche formalizzato con provvedimento di Determina.

Evoluzione

È ora possibile prevedere che i 10 posti letto a regime, rispetto ai sei provvisori attuali, possono essere ripartiti nei cinque DSM regionali, in ragione di due posti letto ciascuno, per la massima assunzione delle contraddizioni e dei "fallimenti" di cui la misura di sicurezza é certamente indicatore - sia della persona, che dei servizi che dei programmi. Mai più "lo metto da un'altra parte", "lontano dagli occhi e dalla mente".

I posti letto potranno essere individuati anche tra quelli di un CSM h24, come già indicato da Maniago, divenendo quindi 1-2 posti letto *virtuali*.

A questo punto non vi sarebbe più sostanziale differenza tra arresti o detenzione domiciliare presso i servizi, di cui esiste già ampia esperienza e casistica in Regione.

Conclusioni

Ma cosa vuol dire REMS? Si chiamano tutte REMS, anche quelle assai più simili a carceri: con elevati numeri di posti letti, dotate di porte doppie, blindate, e in cui, magari, si pratica anche la contenzione, inattuabile in carcere.

Per noi bisognava affrontare direttamente nella pratica il nodo della sanzione finora allontanato ed escluso dalla salute mentale triestina.

Il confronto con gli aspetti di sanzione da assumere direttamente con la gestione della REMS è stato lavoro durissimo per servizi che sono soliti operare a porta aperta e senza contenzione, dove gli operatori affrontano le situazioni difficili e complesse, anche a rischio di sanzione, assumendone proprio la complessità e l'aggancio al territorio come chiave progettuale, ed agendo quindi su tutti i determinanti di salute in progetti personalizzati (anche con bds).

Risorgeva invece qui, con la REMS da gestire, lo spettro della pericolosità e del suo controllo in uno spazio confinato, e di una psichiatria della sanzione, che sembrava superata per sempre a Trieste. Si diceva: “Ma come, vorreste fare di noi dei carcerieri? E’ il tradimento della riforma e del lavoro di Franco Basaglia”.

Invece la sanzione costituita dall’internamento, che si fonda sul principio dell’esclusione, è stata in un certo senso rovesciata nel suo opposto: nell’inclusione in una relazione stretta, nell’umanità di questa relazione, nell'accogliere l'ospite, lo “straniero”, facendolo sentire il più possibile “a casa” in ambienti visti come habitat sociale, ossia produttori di relazioni; recuperando la fiducia nell'aiuto e nella vicinanza umana in soggetti sfiduciati e alienati da sé e dagli altri; (ri)aprendo loro le porte del *mondo-della–vita*.

È stata realizzata la continua decostruzione e ricostruzione, quasi lo sminuzzamento nella pratica del modello REMS in quanto potenziale nuovo mini-Opg. Questo ha significato la destituzionalizzazione di esso e la costruzione di una piccola "istituzione inventata", per dirla con Franco Rotelli, che aveva lo scopo di smentire, di superare se stessa per trovare nuove soluzioni più utili alle persone.

Per il futuro delle REMS: alcune note dall’esperienza

E’ necessario operare per la prevenzione dell’invio in REMS, per cui:

- Occorre potenziare il lavoro dei servizi – risorse, presa in carico, progetti e non solo residenze e comunità
- Bisogna realizzare protocolli di collaborazione inter-istituzionale con magistratura – e seguire la loro diffusione e applicazione.

Se la struttura della REMS, e la sua finalità generale, è di tipo sanitario, e inoltre non riproduce l’OPG ma ne configura il superamento, in quali termini si differenzia dagli stessi OPG? Solo per la territorialità regionale e le dimensioni?

Se le persone sono ancora “internate”, che cosa ciò comporta? La restrizione della libertà personale? E fino a che punto? Una reale reclusione? La risposta per noi è negativa: esse non sono recluse come in carcere anche perché il diritto alla cura è garantito “in misura ampliativa”. Ciò comporta il movimento e le relazioni. E’ possibile tuttavia curare davvero, con persistenti restrizioni della libertà?

Quindi, per quanto riguarda la gestione delle misure di sicurezza, occorre:

- Smontarle, legarle alla componente sanitaria
- Attuare pratiche di inclusione nel territorio e reintegrazione sociale: PTRI non “interni” alla REMS, ma proiezione esterna

- L’ordinamento penitenziario dà tuttavia strumenti rigidi (ad es. la semilibertà). Un esempio è la confusione già segnalata sul limitato regime dei “permessi” che permettono che il progetto terapeutico si svolga all’esterno in rapporto coi SSM territoriali e quindi di saggiare la capacità di re-inclusione sociale del reo.

Inoltre:

- Siamo certamente d'accordo sul non uso delle REMS per misure di sicurezza provvisorie. Misura di sicurezza provvisoria sine die e senza progetto rappresentano un mero contenimento e una forma violenta di controllo.
- Sembra però sostenibile che anche persone con provvedimenti definitivi possano restare in REMS anche 10 anni, ad esempio in caso di omicidio? E per quale finalità? La stessa struttura di quelle che ora vengono chiamate REMS, ma sono nate con la denominazione e la finalità precipua di “strutture per il superamento degli OPG”, sembra escludere che le permanenze possano essere di questa durata.
- No alla qualifica di internato e alla pratica che ne discende. Siamo assolutamente d’accordo con il Commissario Corleone che ha scritto: “In tale prospettiva è necessaria anche una urgente revisione e un ripensamento terminologico del linguaggio del Codice, del Regolamento di esecuzione dell’Ordinamento penitenziario a partire, ad esempio, dalla eliminazione dei riferimenti all’OPG e della qualifica di internato”. Appare qui necessaria la valorizzazione dei regolamenti REMS nel loro aspetto sanitario e terapeutico.
- La pericolosità non è un concetto sanitario in sé, anche perché non vi sono criteri obiettivi per valutarla dal punto di vista psichiatrico; ugualmente il concetto di rischio che in alcuni paesi l’ha sostituita. In quanto messa in relazione con la malattia mentale, è subordinata alla cura della medesima: quindi la sua rivalutazione anche ai sensi della L. 81/14 è fatta sulle caratteristiche personali psicopatologiche? Cioè dipende dall’evoluzione clinica, per cui la misura di sicurezza si interrompe col miglioramento clinico? Abbiamo riscontrato nella pratica come tale c.d. pericolosità:
    - se legata ad una patologia cronica, o ad un disturbo di personalità, rispetto a cui non ci si può adeguatamente curare e soprattutto riabilitare in contesti reali di cura, ma il soggetto viene ristretto con misura detentiva, il giudizio di pericolosità viene inserito in un circolo vizioso da cui non si esce[10] - rispetto a questo, va almeno stabilito il criterio del “reality testing”, della verifica nelle condizioni di realtà attraverso il progetto;

[10] Nel caso del sig. P., un episodio acuto psicotico tre anni fa in un paese dell’Est, completamente superato, lo fa trattenere in misura di sicurezza, e la richiesta di licenza, onde poter proseguire le cure sul territorio, è stata rigettata dal Magistrato di sorveglianza a causa della confusione tra la consapevolezza critica della malattia e quella del reato, identificando il superamento della pericolosità con la remissione dai sintomi.

- viene stabilito un limite temporale per la sua rivalutazione, e ad esso è legata la misura di sicurezza, come se si trattasse di una "condanna senza oggetto" (un caso di persona "*condannata a sei mesi di pericolosità"*);
- quando viene riscontrata una "pericolosità sociale attenuata" (nuova categoria, come la semi-infermità, la semi-pericolosità), viene proposta dal CTU al magistrato il passaggio da misura di sicurezza detentiva a misura non detentiva. Una sorta di pena commisurata e modulata in relazione ad un giudizio in partenza arbitrario.

Ecco una serie di obbrobri giuridici che discendono a cascata dalla "pericolosità sociale psichiatrica" che, ripetiamo, in quanto tale non è presente nel testo del c.p.

In ultimo vorremmo ribadire che le REMS più umane e "normali" restano luoghi dove non si dà reale possibilità terapeutica, e che al tempo stesso impediscono al reo di confrontarsi con la sanzione rappresentata dalla pena.

Dott. Roberto Mezzina

Friuli Venezia Giulia - Maniago

La REMS "provvisoria" di Maniago è parte integrante del programma regionale di superamento dell'OPG, in attesa della realizzazione della REMS "definitiva" di 4 posti letto, oggetto di uno specifico finanziamento. È ubicata al secondo piano dello stabile dipartimentale di Via Colle in Maniago, che ospita e la omonima Comunità residenziale di integrazione sociale per sette posti letto. Il personale sanitario previsto per la REMS e quello della Cooperativa che gestisce l'appalto di assistenza alla Comunità residenziale, in integrazione con il locale CSM, agiscono in sinergia per tutti gli ospiti, che usufruiscono di spazi ed attività comuni, nel rispetto delle disposizioni del Magistrato di Sorveglianza. Poiché i due ospiti della REMS, analogamente a quelli della Comunità, restano in carico agli operatori del CSM di competenza territoriale, la sede è attraversata dagli operatori di riferimento per la realizzazione delle attività riabilitative contenute nel PTRI, redatto nella logica del superamento della permanenza in REMS, approvato dal magistrato di sorveglianza. Questa promiscuità ha permesso di ridurre al minimo le dinamiche istituzionali, di creare un clima collaborativo e disteso all'interno, e di mantenere l'attenzione al reinserimento sociale degli ospiti.

La porzione individuata per l'accoglienza delle persone inserite in REMS trova collocazione al piano primo per una superficie complessiva di circa 135 mq; sono state eseguite opere di adattamento edile ed impiantistico al fine di garantire funzionalità e sicurezza dei locali dotati di n.2 posti letto distribuiti in due camere, servizio igienico, locale soggiorno, un locale per il personale di sorveglianza ed una superficie esterna (terrazzo) di 12 mq., nel rispetto della normativa vigente.

Considerazioni sulla esperienza.

L'esperienza della REMS di Maniago, in coerenza con le altre due regionali, ha permesso di rendere palese, e di affrontare, la contraddizione insita nel dispositivo REMS, che dovrebbe contemperare detentività, quindi limitazione di libertà, con terapeuticità ed indirizzo riabilitativo, che per essere realizzati necessitano di garantire i diritti di libertà e responsabilità, e ai quali è affidato il compito di assorbire le problematiche relative alla sicurezza. Allo stesso tempo si è potuto rendere effettivamente "residuale" l'invio in REMS, in controtendenza con quanto sta avvenendo nelle altre realtà nazionali, ma in coerenza con l'autentico dispositivo di legge. L'aver privilegiato la presa in carico intensiva, i rapporti con la magistratura, e grazie alla credibilità dei percorsi alternativi alle misure di sicurezza detentive messi storicamente in atto dai servizi, ha limitato grandemente il ricorso al dispositivo REMS. Questa esperienza ha messo in moto un cambiamento culturale sia nelle pratiche dei servizi che in quelle della magistratura, in particolare quella di sorveglianza, che fatica a leggere la REMS come "struttura ad esclusiva finalità sanitaria", mentre rischia di ritenerla alla stregua dell'OPG, come un modo di ibridare detentività di tipo carcerario con terapeuticità. Ha dimostrato altresì di accogliere nella maggior parte dei casi le proposte di PTRI formulate dagli operatori. Gli stessi episodi di aggressione avvenuti all'inaugurazione della REMS hanno dimostrato quanto sono in rapporto con la percezione di reclusione, e come si possono prevenire riducendo la rigidità dei provvedimenti e non con il loro inasprimento. Il positivo rapporto con la prefettura e le Forze dell'Ordine ha permesso di interpretare la dimensione della sicurezza e la prevenzione degli episodi di aggressione all'interno di una rete collaborativa tra attori con compiti diversificati.

dott. Angelo Cassin

Friuli Venezia Giulia – Udine

Cercherò di dare qualche sommaria notizia e qualche spunto di riflessione che vogliono essere un punto di partenza per una riflessione condivisa, che certamente troverà maggiore sostanza nelle relazioni più puntuali e dettagliate che seguiranno e nella discussione che concluderà questa mattinata di incontro, di lavoro e mi auguro di stimolo per rispondere sempre meglio ai bisogni delle persone che si affidano a noi. Voglio solo ricordare che in questa settimana, in cui ricorre la giornata mondiale della salute mentale indetta dall'OMS le parole che campeggiavano sullo schermo della sala di rappresentanza dell'OMS a Ginevra erano le seguenti:

"Un numero enorme di persone con problemi di salute mentale in tutto il mondo viene privato dei fondamentali diritti umani. Sono persone che non solo vengono discriminate, stigmatizzate ed emarginate, ma sono anche sottoposte a violenze emozionali e fisiche sia nelle strutture psichiatriche che nelle loro comunità. Là dove la qualità delle cure è insufficiente, vi è carenza di personale sanitario adeguatamente qualificato, e vi è spreco di risorse vi sono ulteriori violazioni di diritti."

Il tema dei diritti e della loro tutela, si pone dunque come premessa fondamentale per ogni ipotesi di cura della sofferenza psichica, per ogni persona ed in ogni contesto.

Proseguo con alcuni dati essenziali e poche note, centrati ovviamente sulla REMS di Udine, ma che spero valgano per le altre REMS regionali perché nascono anche dagli scambi tra operatori delle diverse REMS e dei servizi regionali coinvolti e non, che in questo periodo sono stati molteplici e credo fruttuosi.

Duino Aurisina apertura:4 maggio 2015

> 5 persone di cui 2 affidati al csm di competenza , 1 in libertà vigilata, 1 trasferito alla REMS di Udine per competenza territoriale, 1 ancora ospite

Rems Maniago apertura 18 maggio 2015

> 2 persone tuttora ospiti

Rems Udine apertura 29 febbraio 2016

> 2 persone (1 trasferita da Trieste) di cui una in libertà vigilata presso una comunità nel luogo d'origine, una affidata al CSM di competenza (in struttura dipartimentale); attualmente dal 30.9 non ci sono ospiti.

Mi sembra importante sottolineare che, dal momento che la legge 81 considera la REMS come residuale vi è un'azione finalizzata alla costruzione di progetti alternativi sul territorio, tesa ad evitare che persone a rischio di invio in REMS abbiano questo destino. Un calcolo incompleto nel Territorio di competenza del nostro dipartimento nell' ASUIUD ci indica che vi sono attualmente almeno 16 persone per cui si lavora in questo senso , anche a contatto con la magistratura.

Una di queste persone proviene dall' OPG, è arrivata prima dell'entrata in vigore della legge con misura di sicurezza (pericolosità attenuata).

La prima notazione va fatta in relazione alla scelta fatta dalla nostra Regione di gestire in REMS separate un numero molto piccolo di persone; scelta che ha consentito un lavoro individualizzato, in stretto e continuo collegamento con i servizi territoriali di competenza,sia che della Salute Mentale che altri, con l'utilizzo degli strumenti di cui possono godere i cittadini residenti nella nostra Regione, che vanno dal servizio sanitario pubblico competente, al MMG (eventualmente integrato per le urgenze dal medico del carcere ,tramite accordi col Distretto che cura la sanità Carceraria), alle risorse del privato sociale del nostro territorio, anche con l'utilizzo di strumenti specifici come i FAP ed altri.

Va valorizzato il lavoro d'èquipe, sia in senso stretto riferito agli operatori nella REMS, che allargato, dove la condivisione del modello regionale e degli stili di lavoro conseguenti ha consentito livelli di continuità fondamentali e coerenti nelle risposte date agli ospiti-

Ciò anche in relazione anche ai rapporti con la Magistratura, che ancorché gravati da differenze di codici comunicativi, da non chiarezze su alcuni ruoli (utilizzo o meno del tramite degli avvocati, competenze dei soli magistrati di sorveglianza o anche dei giudicanti, ecc.) da incertezze della legge, messaggi non sempre chiari provenienti dal DAP a livello centrale (ma localmente anche in questo caso si è trovato il modo di comunicare bene), sono stati fluidi ed orientati ad uno spirito di collaborazione (noi così l'abbiamo percepito nella nostra REMS). È difficile non attribuire tutto ciò, oltre che alla qualità delle persone com'è ovvio, alla vicinanza, alla possibilità di scambi e interazioni col numero minimo di intermediazioni. Un momento importante, sotto questo profilo, è stata la visita in REMS dei nostri Magistrati di Sorveglianza,, visita istituzionale, ma condotta con una sensibilità che ha lasciato il segno sia sugli operatori che sugli ospiti, aiutando in questi ultimi a cogliere un diverso valore nella giustizia.. Nel sottolineare il lavoro dell'èquipe, e delle èquipes direttamente e indirettamente coinvolte mi sento piacevolmente in dovere di ringraziarli tutti, con un'attenzione particolare alle operatrici ed agli operatori, tutti con almeno tre anni di esperienza di lavoro in salute mentale, che hanno accettato di lavorare direttamente nella Rems e a Cristina Simonitti e Gaetano Savarese, che di questo lavoro si sono assunti il coordinamento e non solo.

Facciamo anche presente che il personale aggiuntivo previsto per l'avvio delle REMS, nella nostra Azienda è stato a mala pena sufficiente ad integrare le perdite di personale per pensionamento od altre cessazioni, per cui il lavoro aggiuntivo per le incombenze della legge 81 di fatto sono state portate avanti ad isorisorse.

Considerando quanto riportato sopra, acquista grande importanza quanto sottolineato nella relazione semestrale del Commissario unico per il superamento degli OPG, Senatore Franco Corleone:

Nel momento della chiusura degli ultimi due OPG ancora funzionanti e dell'apertura delle Rems previste (Piemonte, Liguria, Toscana, Calabria e Sicilia) si dovrà tenere obbligatoriamente in considerazione anche il principio di territorialità stabilito all'interno della Conferenza Unificata (Accordo Stato – Regioni) del 26 febbraio 2015 nella quale, all'interno dell'art.1, viene stabilito che il Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria debba attenersi al principio della territorialità per effettuare assegnazioni e trasferimenti (come espressamente previsto nell'articolo 3-ter. Comma 3, lettera c) del decreto-legge 22 dicembre 2011, n. 211).

La scelta della territorialità ha consentito di portare avanti un lavoro di cura e non di controllo o repressione; la chiara separazione di questi due momenti non è opportuna, ma "conditio sine qua non" per un'azione terapeutica efficace.

Detto ciò è da ripensare il senso della REMS anche alla luce di quanto giustamente sottolineato da Roberto Mezzina e riportato da Corleone: il Direttore del Dipartimento di Salute Mentale di Trieste, segnala la necessità di non predisporre più percorsi/statuti/istituti speciali per i rei che presentano disturbi psichiatrici ma di considerare queste persone come responsabili che hanno diritto a un processo (così come stabilito anche dalla CRPD - Convenzione sui Diritti delle Persone con Disabilità dell'ONU).

Questo anche perché una criticità forte è emersa rispetto ad alcune prestazioni peritali. Molti magistrati hanno mostrato grande sensibilità, pur nelle strettoie delle reciproche competenze, nel capire che i tempi ed i fini della cura non sono i tempi ed i fini della pena, ed alcuni periti hanno mostrato una grande capacità nel leggere i quesiti che i magistrati gli ponevano, e a leggerli anche nel senso indicato dalla legge 81 rispetto alla funzione della REMS, fornendo strumenti utili al magistrato, ma anche alla costruzione efficace dei programmi per le persone in carico. Penso in particolare all'unica delle due persone ospitate nella REMS di Udine veramente portatrice di una grave disagio psichiatrico, che ha potuto essere accompagnata ad una soluzione di salute anche da una perizia intelligente e corretta. Ma penso anche ad altre persone, talora portatrici di una diagnosi a dir poco artefatta, con ricostruzioni della storia clinica piuttosto approssimative e anamnesi personali difficili da riconoscere, una volta ricostruite con tempi e attenzioni diverse dagli operatori della REMS e del territorio. Penso anche a strane identificazioni peritali con la parte opposta, direbbe uno psicanalista, in cui a fronte di un quesito sempre molto discutibile, dal punto di vista clinico, come quello della valutazione della pericolosità, un'aporia che va però giustamente attraversata finché la legge dice così, arrivano però non solo ad esprimersi con certezze degne di miglior causa, ma addirittura, quasi dotati di un timer ad hoc, arrivano a definire la durata della pericolosità in termini temporali. Quasi fosse una pena e non una ipotesi diagnostica. O forse questi lapsus semplicemente confermano che si tratta di pena e non di diagnosi, ed allora rimando alle osservazioni

di Mezzina riprese dal senatore Corleone. Diritto alla pena e diritto alla cura, entrambi ineludibili, ma in una dimensione di chiarezza anche sulle profonde differenze di senso.

Dott. Renzo Bonn

Lazio – Palombara Sabina Merope

Dal momento dell'apertura della REMS è stato posto l'obiettivo prioritario di assicurare agli ospiti il miglior livello di assistenza sanitaria erogabile, a partire dall'impostazione di un trattamento farmacologico di nuova e più moderna concezione per limitare quegli effetti collaterali che di fatto impedivano qualunque approccio psicoterapeutico e riabilitativo. Ciò ha consentito di migliorare non solo la qualità della vita stessa dei pazienti, ma di renderli più partecipativi alle attività riabilitative e psicologiche individuali e di gruppo, propedeutiche all'avvio di attività esterne alla Residenza.

Per rendere possibile ciò è stato necessario strutturare l'organizzazione del personale sanitario, di ogni comparto, nel senso di una equipe multidisciplinare, con compiti e funzioni diverse ma integrate tra loro. In questo modo si è raggiunta una pianificazione delle attività cliniche e assistenziali continuative e costanti. Nel corso del tempo, perciò, sono stati organizzati laboratori per attività risocializzanti, ludiche e sportive, sia interni alla Residenza (fitness, cineforum, laboratorio di cucina, attività artistiche per l'abbellimento dei locali, etc) che all'esterno della REMS (gite in montagna, attività di pet therapy in maneggio, mercatini di Natale, gite nei luoghi di interesse culturale), attraverso lo studio delle risorse del territorio cittadino dove insiste la REMS, ma anche attraverso l'utilizzo dei programmi riabilitativi dei servizi psichiatrici territoriali del DSM della ASL Rm5 (ad esempio progetto Triathlon). L'integrazione nel territorio ha permesso quindi di avviare un rapporto di fiducia con la cittadinanza e con l'Amministrazione locale, tanto da ottenere l'uso del campo da calcio comunale a titolo gratuito per poter svolgere attività sportive all'aria aperta.

Di pari passo con la strutturazione di attività riabilitative e con l'organizzazione di un calendario settimanale e mensile delle uscite dalla REMS, si è stabilito un modello di comunicazione con l'Autorità Giudiziaria tale per cui è stato sempre più semplice poter indicare ai vari Magistrati le condizioni meritevoli di concessioni più ampie, soprattutto nei casi in cui si era attuato un ricongiungimento con i familiari dei pazienti che potevano anche garantire la loro presenza nel corso di licenze e permessi. Ad oggi, alla luce di un periodo di circa un anno e mezzo dall'apertura delle attività, e con l'esperienza di ben 31 ospiti ricevuti, è per noi possibile suggerire alla S.V. che possa essere considerato lo stanziamento di risorse economiche per le REMS dedicate e destinate all'implementazione degli obiettivi di reinserimento pro-sociale e lavorativo dei soggetti internati, al fine di poter incentivare e gratificare la partecipazione degli utenti alle attività lavorative interne alla REMS, anche attraverso piccole remunerazioni (come avviene negli istituti di pena e come avveniva in OPG) tali da garantire una minima, ma sufficiente, risorsa economica soprattutto per i meno abbienti, per impedire la diversificazione sociale tra gli ospiti, che può essere fonte di sopraffazione o di svantaggio, e quindi stabilire un livello minimo di parità e uguaglianza tra i vari soggetti ospitati.

Dott. Pieritalo Pompili

Lazio – Palombara Sabina – Minerva

Dal momento dell'apertura della REMS è stato definito per ogni Ospite uno specifico percorso terapeutico riabilitativo individualizzato finalizzato al miglioramento dell'integrazione sociale ed alla riduzione del rischio di recidiva. Ciò attraverso l'impostazione di trattamenti farmacologici di nuova generazione, che presentano un miglior profilo di tollerabilità, psicoterapia individuale e di gruppo, Skills training e psicoeducazione, attività riabilitative che si svolgono sia all'interno (gruppo film, laboratori creativi, attività sportiva) che all'esterno della REMS (attività sportiva presso il campo da calcio comunale, gite culturali). Attualmente svolgono attività esterna regolarmente 18 pazienti., grazie anche all'integrazione con risorse esterne su territorio. Le attività terapeutiche e riabilitative sono calendarizzate su base settimanale.

Recentemente la ASL Roma 5 ha deliberato un Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) standardizzando l'iter per l'esecuzione degli accertamenti sanitari essenziali al fine di garantire una presa in carico globale (esami ematici di routine, Visita Cardiologica ed ECG, visita odontoiatrica, etc.)

I Percorsi Terapeutici Riabilitativi vengono strutturati sulla base delle indicazioni fornite dai Centri di Salute Mentale competenti per territorio, che si recano in REMS entro 45 giorni dall'ingresso e successivamente ogni 3-6 mesi, formulando progetti terapeutici riabilitativi individualizzati per ciascun utente.

Sul piano sociale, aiutiamo i pazienti, ove sussistano i requisiti, a sottoporsi all'accertamento dell'Invalidità Civile da parte delle Commissioni preposte.

La nostra ASL ha istituito inoltre un Protocollo d'Intesa con il Tribunale di Tivoli per favorire, ove necessario, la nomina degli Amministratori di Sostegno.

Il rapporto con la Magistratura è di proficua collaborazione e disponibilità. Le nostre richieste di autorizzazione per attività esterne sanitarie, riabilitative e risocializzanti trovano rapida risposta. Recentemente alcuni utenti stanno usufruendo di Licenze che trascorrono in compagnia dei loro familiari, richieste da loro stessi e utili ai fini del piano di recupero riabilitativo.

In data 31/01/2017 abbiamo ricevuto la visita del garante regionale per i diritti dei detenuti che si sta interessando del caso di un nostro Utente.

Stiamo stabilendo una collaborazione con enti di volontariato, quali la Caritas locale e con istituzioni culturali, come l'area archeologica di Villa Adriana che ha permesso una visita gratuita ad alcuni nostri utenti autorizzati ed il frantoio "OP LATIUM" che ci ha più volte ospitato. Auspichiamo per il futuro di ampliare la rete di collaborazione con le risorse esterne del territorio.

Ospitando diversi utenti privi di risorse economiche sarebbe auspicabile poter usufruire di fondi dedicati alle attività lavorative esterne o interne alla REMS, nell'ambito dei singoli percorsi terapeutici.

Dott.ssa Paola Falcone , Dott. Corrado Villella

Marche – Montegrimano

R.E.M.S. Provv. "Casa Gemelle" – GRUPPO ATENA

Nel rispondere all'invito di illustrare la nostra esperienza, ci sembra doveroso partire da ciò che ci caratterizza come R.E.M.S. totalmente gestita da un Ente privato – accreditato. La nostra realtà nasce da una esigenza della Regione Marche che, mancante della possibilità di aprire nei termini previsti dalla legge, la R.E.M.S. presso Fossombrone (PU), ha autorizzato il "Gruppo Atena" ad aprire la R.E.M.S. che fungesse da bacino di accoglienza per le Marche. La scelta orientata dalla lunga esperienza del "Gruppo Atena" nella cura e nel trattamento di soggetti con misure di sicurezza e con gravi patologie psichiatriche e comportamentali. Trascuriamo le iniziali preoccupazioni delle Autorità Giudiziarie, legittimate dal delicato mandato a cui si era stati chiamati, ad oggi, si è dimostrato che le intenzioni di svolgere il lavoro rispondendo a tutti i criteri normativi e di professionalità, sono state soddisfatte. Nonostante questo "bilancio" positivo, sono state da subito evidenti delle criticità che sembrano essere condivise anche da altre R.E.M.S. che si riassumono nei seguenti punti: presenza di persone provenienti da altre Regioni, coinvolgimento dei D.S.M. nella programmazione dei Progetti Terapeutici Riabilitativi Individuali, sicurezza e formazione del personale.

Organizzazione delle Attività Terapeutiche

Nella struttura organizzativa della R.E.M.S. esiste un collegamento trasversale tra la nostra Direzione, i Dipartimenti di Salute Mentale, il Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria, la Magistratura di Sorveglianza, i Tribunali Ordinari e la Casa Circondariale di Pesaro che svolge periodica consulenza per la supervisione e l'aggiornamento dei fascicoli giudiziari.

L'attività terapeutica in senso globale, viene svolta sottolineandone i punti di forza con cui si fa fronte alle criticità riscontrate. Viene spiegato che l'utente una volta entrato entra in una prima fase di valutazione. La valutazione inizia dall'ingresso del paziente in Rems e prosegue per un periodo di osservazione di circa 2-3 settimane. E' una valutazione di tipo multiprofessionale/multidisciplinare perchè formata da un'equipe ben consolidata. All'ingresso è presente la coordinatrice della struttura – lo psichiatra – lo psicologo – l'educatore – il caposala/infermiere – l'operatore socio/sanitario. Viene spiegato al paziente dove si trova, come funziona la struttura e quali sono le regole da rispettare, il ruolo delle diverse figure professionali. Insieme si cerca di capire il motivo per cui si trova in tale contesto, e si discute delle sue problematiche e di come affrontarle cercando di arriviare un'alleanza terapeutica. Questa fase è molto importante in quanto c'è ancora una certa difficoltà da parte di alcuni servizi psichiatrici territoriali, a vedere le R.E.M.S. nel loro nuovo mandato improntato a nuovi orientamenti psichiatrici basati su Recovery ed Enpowerment. Un luogo ad alta intensità di cura, dove ogni soggetto possa ritrovare risorse e forze per "ripartire" e riprendere il più possibile in mano la propria vita. Seppur il soggetto ha commesso i reati più efferati (in circostanze in cui a causa della malattia era incapace di intendere e volere) è pur sempre una persona che soffre, sogna e spera e ha bisogno di intravedere una prospettiva futura.

Lo scopo della Valutazione in équipe è quello di strutturare obiettivi per ogni singolo paziente, che devono essere condivisi con la psichiatria territoriale la quale, deve prendere in carico a tutti gli effetti questi utenti "entrando" in senso fisico dentro le strutture R.E.M.S. e facendo sentire che

esiste una continuità con il "fuori". Questo è il secondo punto su cui lavora alla "Casa Gemelle": incrementare il lavoro di rete con la psichiatria territoriale. Il trattamento vero e proprio effettuato dalle diverse figure professionali è teso alla riabilitazione, all'acquisizione di abilità e responsabilizzazioni in piccole mansioni lavorative in modo da riacquistare un senso di maggior dignità e di scopo all'interno della società (principi della recovery).

Il TRATTAMENTO in senso ampio comprende quindi:

- Trattamento farmacologico (psichiatra ottimizza la terapia)
- Trattamento psicoterapeutico (psicologo e psichiatra: l'intervento varia a seconda del soggetto: consapevolezza di malattia con presa di coscienza delle proprie problematiche, supporto, ristrutturazione cognitiva, rielaborazione traumi ed eventi luttuosi etc etc)
- Trattamento educativo-riabilitativo (educatore ed altri operatori) svariate attività: fisiche, lavorative, teatro, disegno, musica..mansioni lavorative ad hoc per ogni singola persona atte a favorire il senso di responsabiità e le capacità relazionali con gli altri utenti
- Figure professionali esterne si occupano di portare avanti dei laboratori di teatro (Progetto teatrale con Prof. Vito Minoia – Università degli Studi di Urbino) e grafologia (Dott.ssa Carla Di Carlo - Grafologa ed esperta in Criminologia e Psichiatria Forense).

Sicurezza

Si parla dell'importanza dell'equipe nel prevenire le criticità: ognuno da un suo contributo sulla visione del paziente, ognuno nota dei cambiamenti che un altro può non notare, decisioni importanti prese insieme, comunicazioni importanti date al paziente insieme. In modo tale che ogni utente si rapporti con un gruppo, viva in un gruppo. Se l'equipe lavora bene si possono prevenire le criticità legate alla clinica: ad esempio scompensi psicopatologico che l'utente manifesta con segni "premonitori". Questo ha fatto si di evitare, da quando ha aperto la REMS ad oggi, ricoveri in SPDC perché si è stati in grado di gestire la crisi a livello sub-acuto all'interno della struttura grazie ad accorgimenti innanzitutto farmacologici ma anche di maggior intensità assistenziale per l'utente "scompensato": si attua il protocollo della "marcatura a uomo" in cui ad un paziente viene dedicato un operatore che lo assiste e controlla in ogni momento della giornata. In termini generali, quello sulla sicurezza rimane un nodo importante su cui confrontarsi alla luce delle responsabilità che ne derivano. I clinici si sono trovati a far fronte ad un duplice mandato di Cura e Custodia. Per la R.E.M.S. è stato stipulato un accordo tra Prefettura, ASUR Marche e il Gruppo Atena. L'accordo sancisce che la sicurezza perimetrale debba essere supportata dall'intervento delle Forze dell'Ordine qualora ve ne fosse la necessità, con la chiamata al 112. La sicurezza interna è totalmente a carico della R.E.M.S.. (Per quanto ci riguarda, esiste la massima collaborazione con le Forze dell'Ordine).

Ciò a determinato la necessità di porre in essere una serie di interventi e una nuova organizzazione, che possiamo riassumere in:

- ✓ Applicazione di tutti i presidi strutturali per la sicurezza e la sorveglianza anche con dispositivi di controllo visivo
- ✓ Protocolli procedurali interni

✓ Specifica **formazione** del personale e quindi, una particolare attenzione alla professionalità di tutte le figure coinvolte. La formazione è stata affidata a due psichiatri che hanno proposto un programma orientato anche alla gestione delle situazioni di aggressività - violenza, con il paziente psichiatrico.

Presenza pazienti extra – Regione

In diverse occasioni, la nostra Direzione ha esplicitato alle Autorità Giudiziarie ed alle Istituzioni interessate, la difficoltà inerente la permanenza presso la R.E.M.S. "Casa Gemelle" di pazienti provenienti da altre Regioni, che determina delle lacune sulla corretta gestione nel rispetto dei margini di capienza e di una adeguata organizzazione dell'inserimento in struttura dei pazienti seguendo le procedure come da normativa ministeriale. Nella piena consapevolezza della mancanza di disponibilità di posti letto nelle R.E.M.S. delle Regioni di appartenenza, è stato comunque richiesta la collaborazione da parte del D.A.P. e dei D.S.M. di lavorare di concerto con la nostra èquipe sanitaria., al fine di collocare i pazienti sul loro territorio nei tempi idonei sempre tenuto conto del percorso riabilitativo personale.

Dott.ssa Arianna Piermarini, dott. Ferruccio Giovannetti

Piemonte - Brà

La REMS piemontese San Michele di Bra è operativa dal 27 ottobre 2015.

Accoglie 18 pazienti maschi.

I dati che si possono raccogliere, valutare e che inducono alla riflessione sono ormai parecchi, e sarà importante riuscire ad organizzarli in modo congruo e proficuo.

Le brevi riflessioni che seguono sono invece probabilmente meno congrue e sicuramente disorganizzate, ma frutto degli stimoli costanti ai quali gli operatori REMS sono sottoposti quotidianamente.

Ogni paziente è un universo a se stante, ha spesso alle spalle esperienze di vita scarsamente immaginabili, patologie multiformi e poliedriche; alcuni hanno già messo a dura prova le risorse del territorio, per altri risulta davvero complesso, per i servizi di competenza, impostare un programma di reinserimento territoriale con un netto significato riabilitativo; si considerino ad esempio pazienti portatori di deficit cognitivo (che, a maggior ragione, forse non andrebbero neppure inseriti nel circuito REMS). Per altri pazienti invece, l'esperienza della permanenza in REMS diventa occasione per reimpostare in modo più funzionale la propria vita. Partendo dall'ottica sanitaria, di "cura", abbiamo dovuto faticare non poco per riconoscere quanto gli aspetti contenitivi di una struttura possano aiutare i pazienti, seppur partiti da un "obbligo" dettato da un Magistrato, ad affrontare gli aspetti critici della propria salute. Nel contesto routinario e "monotono" della frequentazione quotidiana, si possono effettivamente aprire piccoli varchi di riflessione all'interno dei quali tentare di scardinare abitudini e comportamenti malappresi. Una parte consistente del lavoro degli operatori consiste nella fornitura di modelli di comportamento e comunicazione coerenti che, a loro volta, siano rassicuranti per i pazienti.

Per quanto attiene alle attività che vengono svolte, tenuto conto di quanto sopra, è stato adottato un modello piuttosto fluido, che permetta il monitoraggio e la valutazione periodici di ogni attività svolta, spesso con la necessità di introdurre talune varianti. Le attività svolte riguardano sostanzialmente il gruppo delle incombenze legate alla quotidianità (gestione e riordino spazi comuni; gestione del proprio spazio abitativo, lavanderia), alla cura del fisico (gruppi di stretching, attività motoria, palestra, gruppo di educazione alimentare), all'occupazione del tempo libero, all'espressione non verbale (laboratorio artistico; gruppo teatro), a gruppi a connotazione maggiormente psicoterapica (al momento il gruppo fiabe). I pazienti usufruiscono di permessi terapeutici perlopiù individuali od in coppia (le coppie non sono fisse), finalizzati al mantenimento di incombenze personali (ritiro della pensione, pagamenti, acquisti di beni personali, orientamento e camminata veloce), allo svolgimento di incombenze generali (spese per tutti gli ospiti), a progetti

specifici (frequentazione di maneggio; partecipazione a spettacolo teatrale); in un'occasione tre pazienti hanno usufruito di un permesso serale, ed hanno trascorso la serata in compagnia di operatori ad uno spettacolo teatrale. Tutti i permessi di uscita avvengono in compagnia di operatore REMS. Ogni paziente è seguito da un medico, una psicologa ed una terapista della riabilitazione che, insieme al personale infermieristico, costituiscono la miniequipe di riferimento, responsabile della formulazione del progetto riabilitativo individuale all'interno della REMS.

Le dimissioni dalla REMS avvengono perlopiù con trasferimento presso Comunità, dove il paziente viene accompagnato da un operatore, responsabile di un passaggio di consegne, fondamentale nel momento in cui è alto il rischio di un importante disorientamento rispetto a nuove regole ed abitudini.

Per quanto attiene ai rapporti con i collaboratori esterni, nell'esperienza piemontese risultano essenziali la funzione di coordinamento regionale e l'istituzione dei referenti aziendali, con i quali vengono discussi e formalizzati i progetti di inserimento; tali rapporti sono regolari.

Altrettanto proficui i contatti con l'UEPE e, in generale, con le diverse Istituzioni di riferimento.

Qualche elemento di disorientamento è tuttora presente rispetto alle priorità di ingresso dei pazienti assegnati; peraltro, con l'apertura della REMS Anton Martin, essendo più che raddoppiata la disponibilità di posti letto, la criticità si è nettamente ridotta.

Per quanto attiene al gruppo di lavoro la sfida quotidiana è il mantenimento di un'equipe coesa; parte delle risorse vanno quindi destinate ad occasioni di confronto, ed anche di sostegno, tra i diversi operatori.

Invariato rimane lo stupore di fronte ad un'umanità sempre impegnativa, spesso problematica e talora capace di attraversare tutti gli abiti della "norma" centrando il bersaglio delle nostre emozioni.

Questa è la forza di tutti noi, umani problematici e normali.

Buon lavoro a tutti.

Dott.ssa Grazia Ala

Piemonte – San Maurizio Canavese

La REMS "Anton Martin" è sorta all'interno del perimetro del Presidio Ospedaliero Fatebenefratelli di San Maurizio C.se, a dieci km. da Torino. Il Presidio è una struttura ospedaliera di proprietà dell'Ordine Ospedaliero San Giovanni di Dio Fatebenefratelli, a funzionalità pubblica (ex art 43 L. 833/80).

La REMS "Anton Martin" dispone di 20 posti letto, e può ricoverare sia uomini che donne; ha stanze a due posti e singole, tutte dotate di bagno in camera. Dispone di una zona esterna alquanto ampia, dove entro breve saranno creati un campo da calcetto a 5, nonché un giardino e due orti.

La REMS "Anton Martin" è stata inaugurata il 15 novembre 2016. Ha dapprima accolto tutti i pazienti "piemontesi" ancora internati nell'ex OPG di Castiglione delle Stiviere (11 pz.); quindi ha ricoverato quelli ristretti in carcere (7 pz.), ed i primi in lista d'attesa. La REMS "Anton Martin" si è progressivamente riempita sino alle 20 presenze, raggiunte in data 23 dicembre 2016.

Complessivamente ha ricoverato 23 soggetti; ha già dimesso tre pazienti.

La struttura è di tipo misto; al momento sono presenti due donne.

Attualmente 6 pazienti hanno una misura di sicurezza provvisoria e 14 di tipo definitivo.

Un solo paziente ha una residenza in un'altra regione (Campania); è già stata fatta la segnalazione per il trasferimento. Il paziente al momento dell'assegnazione in REMS risultava residente in Piemonte, però due mesi prima dell'inizio dell'esecuzione della misura di sicurezza ha trasferito la sua residenza a Salerno senza che vi fosse una comunicazione agli organi competenti.

Attualmente un paziente, proveniente dalla REMS di Castiglione delle Stiviere è in licenza finale di esperimento presso la Comunità di Chatillon.

Nella REMS "Anton Martin" è stata attivata una palestra con attrezzi sportivi.

Sono state avviate numerose attività psicoterapeutiche ed educative, nonché ludiche.

E' stata approntata una procedura per l'accoglienza dei pazienti.

PROSPETTO ORGANIGRAMMA PERSONALE REMS ANTON MARTIN (San Maurizio C. TO)

Direttore	1
Medici specialisti in Psichiatria	2
Psicologo	2
Infermieri	12
OSS	8
Educatori	3
Assistente Sociale	1/2
Coordinatore inf.	1/2
Operatore di Vigilanza	5
Amministrativo	1/2

CONTENZIONE (premessa) La contenzione è un provvedimento assistenziale assai criticato e visto come espressione di inutile sofferenza per il paziente. La contenzione, tuttavia, ha carattere di assoluta liceità, se si realizzano alcune condizioni. La contenzione fisica deve essere intesa come un intervento assistenziale, terapeutico e soprattutto di prevenzione. La contenzione fisica è considerata un'eventualità rara destinata solo a casi particolari di emergenza, per un tempo limitato (cfr. articoli 51 e 54 C.P.). L'agire da parte del personale sanitario per stato di necessità si risolve tuttavia in un dovere giuridico (art. 51 codice penale: esercizio di un diritto o adempimento di un dovere), anche in ragione del fatto che il non impedire un evento, che si ha l'obbligo giuridico di impedire, equivale a cagionarlo (art. 40 codice penale). L'adozione di un trattamento che contempli una pratica di contenzione deve essere sempre correttamente motivata e documentata.

REMS Anton Martin - La contenzione si è resa necessaria in un caso. Trattasi di una giovane paziente (di 124 kg.) affetta prevalentemente da un Ritardo Mentale, con notevole impulsività ed aggressività esplosiva, perlopiù imprevedibile. La paziente presenta una scarsa risposta alla terapia farmacologica. Durante una crisi di aggressività fisica ed azioni pantoclastiche (che ha coinvolto per puro caso anche le forze dell'Ordine), si è resa necessaria la contenzione. Essa è regolata da un protocollo apposito, con precauzioni, controlli ecc. Dopodiché si è proceduto all'effettuazione di un TSO in SPDC. Tali agiti aggressivi assolutamente imprevedibili e improvvisi si sono verificati moltissime volte, portando anche a infortuni degli operatori. Dalla documentazione in nostro possesso abbiamo potuto ricostruire che la paziente, in ogni struttura in cui era stata inserita, aveva manifestato le stesse condotte aggressive. Lo scarso controllo degli impulsi, la scarsa risposta alla terapia farmacologica e la totale incapacità di critica verso i gesti pone questa paziente e chi gli sta intorno a rischio costante di agiti aggressivi, potenzialmente molto pericolosi per la stessa paziente e per gli operatori.

PAZIENTI DIFFICILI – Sono spesso soggetti con Ritardo Mentale e/o a prevalente connotazione Psicopatico – Delinquenziale (Dist. Antisociale di Personalità); con assenza di compliance oppure con scarsa risposta ai farmaci. I discontrolli comportamentali sono su base impulsiva o a corto circuito. Questa tipologia di "pazienti" (per fortuna rara), risulta a nostro parere la più gravosa e difficile da trattare. **Negare l'esistenza di questi pochi pazienti «difficili», di gestione problematica, ed i possibili comportamenti aggressivi, rischia di far saltare tutta la nuova riforma della Psichiatria Giudiziaria.**

Dr. Alessandro Jaretti Sodano

Puglia – Spinazzola

Il gruppo di lavoro della Rems di Spinazzola: 20 ospiti, 5 guardie giurate, 12 infermieri, 6 oss, 2 ausiliari asl, 2 ausiliari sanitaservice, 1 amministrativa, 2 terapiste riabilitazione psichiatrica, 2 assistenti sociali, 1 psicologa, 3 medici.

ringrazia l'Onorevole Corleone per la passione e la professionalità con cui ha svolto e si appresta a concludere il proprio incarico.

Poche parole, meglio i fatti; molti pensieri, tantissime emozioni.

(La vita non è fatta dal numero dei respiri, ma dai momenti che il respiro te lo tolgono).

Come probabilmente in tutte le altre Rems, inizialmente si sono affrontate una serie di problematiche che verosimilmente sono comuni allo specifico tipo di struttura.

Il nostro gruppo di lavoro vuole mettere in evidenza alcune situazioni, forse specifiche, che si sono verificate nella fase iniziale della nostra attività.

La Rems di Spinazzola è situata al primo piano di una ex struttura ospedaliera trasformata in un grande poliambulatorio; questa posizione, inizialmente ci aveva rassicurato in quanto ci faceva sentire più tranquilli sulla gestione di eventuali situazioni patologiche organiche degli ospiti, invece ci siamo resi conto che anche gli operatori della salute, che noi pensavamo ci dovessero aiutare, mostravano una certa resistenza a collaborare con noi, facendosi ovviamente delle strane fantasie sui soggetti destinati ad arrivare in Rems: i folli rei.

I colleghi del 118 che con aria spaurita entravano e poi, presa coscienza dei prodromi di ictus, acceleravano l'intervento trasportando P. in urgenza in ospedale reparto di neurologia; il chirurgo che non voleva entrare nella nostra struttura e poi ci ha supportati nella richiesta di intervento urgente per A. per una fistola; l'ortopedico timoroso di poter essere manipolato da L. che poi si informa sugli esiti della sua fisioterapia; il cardiologo, uno dei pochi che si è mostrato subito disponibile (grazie!), che però sottovoce chiedeva, ma voi siete presenti alle visite?; ed ancora l'urologo che richiedeva la presenza della polizia penitenziaria per visitare D. e poi, constatato che si trattava di un cr del testicolo su cui intervenire subito, lo ha accompagnato in

sala operatoria personalmente predisponendo tutto per l'intervento... ora sta bene, è tornato a casa, ha ripreso il suo lavoro, ha telefonato per ringraziarci: libero!

Forse tutti i nostri operatori sono stati convincenti quando parlavano con i colleghi amministrativi, medici, infermieri, oss, ausiliari, forse abbiamo toccato le corde giuste, la professionalità, l'abnegazione al lavoro, ma a noi piace pensare che i nostri colleghi, prima quasi impauriti e poi attivamente partecipi della sorte dei nostri ospiti, abbiano guardato i volti delle persone che dopo un

lungo viaggio arrivavano nella nostra Rems ed abbiano visto qualcosa nei loro occhi che li ha convinti a cambiare idea ed atteggiamento.

Negli occhi di chi arriva

Negli occhi di chi arriva,

tutto quello che hanno visto,

l'impotenza che hanno provato,

costretti, ristretti, contenuti,

rinchiusi,

furgoncino,

polizia penitenziaria,

che stretto,

piegati, seduti, rattrappiti,

che botte ad ogni buca

le botte che hanno dato, che hanno preso, che hanno reso,

paura,

R.E.M.S. boh!

un altro ospedale,

psichiatrico e

giudiziario,

la prima cosa:

"voglio fumare,

fumare,

fumare!"

a testa china,

non chiedono,

stanno nel loro,

"non si può lavorare come in OPG

qui non si guadagna niente!",

e deve bastare l'idea di poter fumare

ciò che potranno restituire.

“il nulla” deve bastare,

altri,

sventurati,

come me qui

per -un concorso di circostanze-,

così mi piace pensare e dire,

e il tempo che passa

e non passa mai,

e non ti passa,

né il tempo né il dolore,

che dolore!

che dolore?

il corpo non chiama,

non dice,

e se dice chi lo sente...

…e chi lo vuole sentire...

e non accade nulla,

nessuno telefona e se chiamo

nessuno risponde,

mai.

e poi questi,

ti guardano, ti osservano, ti fanno domande,

attendono le risposte, si beccano i miei silenzi,

chi li conosce?

non mi fido

parlo,

quando mi viene,

questi mi ascoltano,

quando ci ho voglia,

questi mi cercano

e forse mi trovano,

questi mi trovano da cambiarmi,

i miei vestiti,

persi nei viaggi,

su e giù da un carcere all'altro,

questi mi cercano,

mi chiamano,

per nome

sempre,

tanto,

ogni mattina,

per farmi alzare,

dal letto,

"la colazione"

io,

dallo sprofondo delle coperte,

li sento,

mi cercano,

e sento il cuore che fa capriole,

ma resto lì,

in attesa,

che mi chiamino e mi richiamino,

fino a stancarsi,

ma non si stancano,

mai,

meno male.

ed io dico

"la colazione non mi va"

e quelli niente,

non mollano,

mi cercano,

mi cercano altro da mangiare,

che mi piaccia,

a tutti i costi,

a tutti i costi

mi trovano,

e mi trovo,

anch'io,

mi arrendo,

alle loro cure

mi affido,

forse,

mi

fido"

G.L.Gioia

Dott. Antonio Lattanzio

Sicilia – Caltagirone

Ad oggi a distanza di 21 mesi dall'apertura della REMS di S. Pietro - Caltagirone pa.re opportuno ricordare come la stessa sia stata attraversata da un processo evolutivo che ha visto crescere la gestione sanitaria di questi pazienti "internati" presso la Rems sviluppando un proprio modello operativo/ organizzativo di tipo comunitario/terapeutico. I1 suddetto modello tiene conto dei programmi terapeutici e riabilitativi personalizzati (PTRP), con 1'obiettivo di curare e sostenere gli ospiti, attraverso la promozione delle loro capacità e delle loro potenzialità, nell'ottica di una deistituzionalizzazione graduale e della responsabilizzazione della persona e di un suo reinserimento sociale.

Tutto ciò è dimostrato dalla capacità che la Rems ha avuto nel restituire alla società e/o al proprio territorio alcuni soggetti dapprima ricoverati alla REMS e in OPG.

L'ingresso dei primi pazienti alla Rems è avvenuto il 30 aprile in cui sono stati accolti dapprima alcuni pazienti dell'opg di Barcellona Pozzo di Gotto seguiti da altri, provenienti o da carceri o dalla libertà. Nei primi tre mesi di attivazione della Rems sono stati rilevati alcuni gravi problemi dovuti alla convivenza di soggetti affetti da psicosi e un soggetto (a cui era stata diagnosticata erroneamente una patologia psichiatrica, nei fatti si trattava di un soggetto caratteropatico mafioso che tentava di istaurare un regime carcerario all'interno della REMS. Preso atto dei fatti, la direzione sanitaria della REMS, ha sollecitato la procura di Caltagirone al trasferimento di quest'ultimo nella Casa Circondariale di Caltagirone, trasferimento avvenuto il 28.08.15; da quel momento l'atmosfera all'interno della struttura riabilitativa ha recuperato un clima ottimale ripristinando le condizioni di sicurezza per il proseguimento del percorso terapeutico riabilitativo della struttura.

La Rems di Caltagirone ha anche subito la spiacevole condizione di non accettazione da parte di quella fetta di popolazione che con posizione stigmatizzante ha visto negativamente la REMS. Tale posizione, frutto in parte di un iniziale pregiudizio di cui la psichiatria da sempre paga un prezzo, nel tempo è positivamente d visibilmente cambiata nelle realtà socio economiche limitrofe e conviventi sul territorio della REMS. A dimostrazione di ciò si può far riferimento a numerose esperienze ed eventi che hanno visto, coinvolte varie associazioni di volontariato del Calatino che regolarmente vengono in visita presso la nostra struttura per svolgere attività socio/ricreative, le stesse realtà hanno condiviso con gli utenti uscite come partecipare insieme al rito dell'Apertura della Porta santa in occasione del Giubileo, visite ai presepi calatini e cene presso ristoranti al centro di Caltagirone. con la collaborazione delle suore del confinante lstituto del Sorriso i nostri utenti sono divenuti parte attiva e fondamentale del gruppo canoro e musicale della Parrocchia che ci ha portato a essere parte attiva nelle celebrazioni eucaristiche. Tale rapporto si è nel tempo consolidato al punto che la

presenza dei nostri utenti è stata richiesta per animare la celebrazione delle prime comunioni tenutasi presso la parrocchia del borgo dopo tanti anni affinché l'efficacia del trattamento Terapeutico-Riabilitativo ad alta intensità possa essere garantito anche all'interno di un'organizzazione di cura sottoposta ad un alto regime di sicurezza, a causa delle specifiche condizioni di pericolosità sociale e di limitazione della libertà dei propri utenti, è necessario che la REMS funzioni come una comunità Terapeutica ben strutturata nei tempi e negli spazi, nelle funzioni e nei ruoli, sicura e protettiva degli abusi di violenza, abusi di cura, abusi di autoritarismo, focalizzata sull'alleanza terapeutica tra utenti e operatori, coerente e comprensibile dal punto di vista teorico sia per gli utenti che per gli operatori. La REMS ha realizzato una Carta dei Servizi (che si allega) ove sono esplicitate tutte le attività che si svolgono alla REMS e it regolamento della struttura. Tutto il personale segue corsi di formazione continua che si svolgono a cadenza bimensile con e nel nostro Dipartimento di salute Mentale e a sorveglianza non sono armati anche loro si attengono a procedure sanitarie volte a un processo di umanizzazione del paziente.

CRITICITA'/SUGGERIMENTI:

- Assegnazione indistinta alla Rems sia di soggetti in misura di sicurezza definitiva che provvisoria in funzione di una presunta pericolosità e in attesa di un giudizio definitivo ostacolano lo scorrimento della lista di attesa e la progettualità sul paziente.
- snellire e facilitare le procedure nell'ambito della burocrazia giuridico/penitenziaria e le interrelazioni tra il sistema sanitario, il sistema penitenziario e giuridico attraverso supporti informatici di interfaccia da condividere nell'ambito di procedure burocratico/ giuridiche.
- stilare un protocollo d'intesa con la magistratura così da migliorare le collaborazioni interistituzionali, superare le criticità affinché gli aspetti giuridici coesistano con quelli clinici senza vanificare ogni progettualità sul paziente.
- Mancato riconoscimento economico per tutto il personale operante alla Rems, in atto non previsto dalle normative vigenti che di fatto opera in un'area ad alta intensità assistenziale visto l'alto rischio psico/fisico a cui è sottoposto quotidianamente. Auspicabile sarebbe riconoscere un'indennità di rischio specifica e progetto incentivante specifico equiparato al rischio che gli stet1si operatori corrono, alle situazioni di stress nella gestione del paziente psichiatrico/cronico grave autore di reato con riconosciuta pericolosità sociale.

Dott. Salvatore Aprile

Sicilia – Naso

Nel ringraziare anticipatamente per l'impegno profuso a favore degli internati, finalizzato alla definitiva chiusura degli O O P P G G,atto ad assicurare ai rei colpiti da misura, un ambiente residenziale idoneo a praticare cure e terapie riabilitative, e finalizzate al reinserimento degli stessi nei contesti sociali di appartenenza, si relaziona sulla esperienza di questa struttura, sui percorsi praticati a tutt'oggi,e sulle problematiche rilevate :

la ns Struttura apre i battenti il 01-04-2015,cosi come previsto dalla norma;

la Struttura , ha una capienza massima di 20 posti letto ,tutti gli ambienti sono stati progettati e realizzati per offrire il massimo di confort e sicurezza agli internati , allocata su un piano di circa 1300 mq circa, è suddivisa in due zone; la zona notte con camere singole, doppie e triple, bagno in camera ed arredi confortevoli tv compresa,infermeria;

La zona giorno dove insistono gli ambulatori dei medici, servizi sociali ambulatorio di psicologia, palestre direzione, ufficio matricola, cucina sala pranzo sala riabilitazione, sala fumatori e spazi comuni.

Gli internati usufruiscono di un ampio spazio all'aperto di circa 2000 mq, situato al piano terreno dello stabile per attività ludico ricreative, sullo stesso piano sono collocati i laboratori per le attività manuali, ai quali gli stessi hanno regolarmente accesso;

La struttura è dotata di camera di descalation;

L'equipe della REMS sin dalla sua apertura risulta dotata del seguente personale :

01 Dirigente Sanitario di Struttura
02 Dirigenti Medici psichiatri
01 Dirigente Psicologo
01 Assistente Sociale
05 Terapisti della Riabilitazione Psichiatrica
12 Collaboratori Professionali Infermieri
06 Operatori Sanitari Specializzati
06 Operatori Sanitari Ausiliari

La struttura assicura la presenza costante dei dirigenti medici, secondo apposite turnazioni, nell'arco delle 12 h(08,00- 20,00) e dalle 20,00 alle 08,00 successive ,attraverso il servizio di pronta disponibilità, di regola espletato con i dirigenti medici della locale CTA;

Il protocollo applicato all'ingresso risulta essere il seguente :

Immatricolazione nell'istituto, compilazione della scheda anagrafica, corredata da foto ed impronte ;

,esame e rispondenza dell'ordine di consegna al provvedimento emesso dalla competente A G , e del fascicolo e del sottofascicolo giudiziario;

compilazione, registrazione dei beni personali e voluttuari posti in consegna la cui dotazione deve essere rispondente al regolamento della struttura ;

Apertura della cartella clinica e della cartella infermieristica, accompagnamento dell'internato nella propria camera e spiegazione dettagliata del regolamento e dei comportamenti previsti ;
il giorno successivo all'ingresso riunione dell'equipe della struttura ed avvio delle procedure informative, al competente DSM, in ossequio a quanto previsto dalla legge 8114/, nonchè alle competenti autorità giudiziarie;
Vengono eseguiti, previo consenso informato, rilasciato dall'internato al momento del ricovero esami ematochimici finalizzati, ad integrare i dati anamnestici posti in cartella clinica, contestualmente viene richiesta alla A G, autorizzazione permanente, ad eseguire esami diagnostico strumentali e consulenze specialistiche di merito presso le

Strutture Ospedaliere,extra residenzialità.
Dopo circa 10 gg di osservazione l'equipe appronta un piano di intervento terapeutico riabilitativo individuale ,che in genere compendia e fa da supporto per la stesura del PTRI, da parte dei DSM di appartenenza, e l'internato viene affidato ai tecnico della riabilitazione psichiatrica per le attività previste, in interno ed in esterno;
Di certo l'esperienza raccolta ha permesso di rilevare qualche criticità;
Alcuni DSM non hanno formalizzato la presa in carico del paziente se non dopo ripetuti inviti e solleciti ;
La presenza di misure di sicurezza provvisorie di gran lunga superiori al numero delle definitive ,e che le urgenze rappresentate dalla Magistratura di cognizione sui provenienti dalla libertà, che di fatto hanno limitato l'accesso di alcuni soggetti dall'ex opg di Barcellona P.G. che seppur in numero esiguo rimangono ivi internati ;
Il tentativo più volte esperito da parte di alcune A G di " Scaricare " l'internando in sovrannumero, con ordini di consegna nonostante fosse stato loro comunicato la indisponibilità all'accoglienza per raggiunta saturazione dei posti letto disponibili ,sempre e comunque respinti, non considerando, che le REMS rappresentano una estrema ratio della residenzialità, e laddove tutte le altre forme di residenzialità,(SPDC,CTA, Comunità Alloggio ecc), risultano fallimentari .
Al 31/Gennaio/2017 i flussi registrati risultano i seguenti :
L'offerta terapeutico-riabilitativa ,in favore degli internati prevede :
Attività clinica e di monitoraggio della compliance
Supporto psicologico individuale e di gruppo
Servizi sociali a raccordo con nuclei familiari e Dsm competente
Attività ludico ricreative (gite, uscite ecc)
Attività riabilitative e di rieducazionali attraverso ,laboratori specifici ,attività culturali programmate e finalizzate, cineforum, .

Dott. Giuseppe De Luca

Trentino Alto Adige – Pergine Valsugana

La REMS della Provincia Autonoma di Trento ha aperto il 1 luglio 2015 a Pergine Valsugana all'interno dell'area urbana che ha ospitato per oltre un secolo l'Ospedale Psichiatrico. Oggi il parco e gli edifici sono stati riqualificati assumendo altre funzioni: al piano rialzato di uno dei padiglioni centrali ha trovato posto la REMS, a pochi metri dal poliambulatorio, dal centro prelievi, dagli uffici amministrativi, dal Centro Salute Mentale, dall'Ospedale specializzato in medicina fisica e riabilitazione e di fronte alla scuola media superiore della città.

I numeri degli internati in OPG negli anni precedenti al 2015, facevano pensare che 10 posti fossero addirittura sovradimensionati, dando agevolmente la possibilità di accogliere anche i pazienti provenienti dal territorio dell'Alto Adige - Suedtirol: si è così avviata una collaborazione tra le province di Trento e Bolzano, che rappresenta un'occasione di dialogo tra due realtà piuttosto distanti da un punto di vista culturale e linguistico, ma anche tra due visioni diverse della pratica psichiatrica.

Il 9 luglio 2015 giungono in REMS i primi due pazienti provenienti da Castiglione delle Stiviere (uno in misura di sicurezza definitiva, l'altro con un provvedimento provvisorio) entrambi di competenza territoriale trentina. Agosto, settembre e ottobre vedono un susseguirsi di 7 ingressi: 5 persone di competenza territoriale altoatesina e 2 di competenza trentina: solo due ingressi avvengono con un provvedimento definitivo. La capienza massima di 10 posti è esaurita nel febbraio 2016 con un ennesimo provvedimento provvisorio del Tribunale di Bolzano. Da maggio 2016 ad oggi, gli ulteriori 5 ingressi (a fronte di 5 dimissioni) sono avvenuti tutti con dispositivi provvisori. Dal completamento dei posti disponibili è sempre stata presente una breve - ancorché indebita - lista d'attesa.

L'equipe multidisciplinare è composta da professionisti con background differenti e cerca di unire la grande esperienza e competenza in ambito psichiatrico di alcuni all'ingenua freschezza di chi viene da altre esperienze in ambito sanitario. Nello specifico lavorano in REMS 6 infermieri, 6 operatori sociosanitari e 6 operatori della sorveglianza (che garantiscono la presenza di 3 operatori in turno sulle 24 ore), 3 tecnici della riabilitazione psichiatrica (presenti nelle ore diurne) dei quali uno con ruolo di coordinamento, 2 psicologi che garantiscono una presenza di 20 ore settimanali, 1 psichiatra di riferimento, 1 referente giuridico/amministrativo e il responsabile (direttore dell'Unità Operativa di Psichiatria).

In questi 18 mesi abbiamo ostinatamente cercato di "tenere aperta" la contraddizione insita nella doppia natura della REMS (custodia/cura, sanitario/giudiziario) che ci pone continuamente di fronte a domande, pensieri, discussioni e confronti (v. rapporto del comitato Stop OPG che ha visitato la nostra REMS nel novembre 2016).

Un esempio è dato dalla gestione delle funzioni di sicurezza e vigilanza. Rispetto ai compiti di custodia (vigilanza esterna) abbiamo enfatizzato la non competenza del servizio sanitario attraverso un accordo con il Commissariato del Governo e il comando provinciale dei Carabinieri, mentre il sistema di videosorveglianza esterna è gestito da un ufficio tecnico come per tutta l'area sanitaria.

Per quanto riguarda invece la sicurezza interna si è scelto di non delegare questa funzione, ma di integrare gli operatori della sorveglianza (dipendenti di una ditta esterna) nell'equipe multidisciplinare, con cui condividono - oltre alla vita quotidiana della comunità – la formazione specifica e i momenti formali di scambio, confronto e condivisione. È stato predisposto inoltre un sistema di videosorveglianza interno senza registrazione che permette un'osservazione costante ma discreta: la telecamera c'è ma è facilmente ignorabile e dimenticabile, mentre la presenza continua di operatori negli spazi intimi potrebbe risultare invadente e stressante.

Tutto il personale ha ricevuto una specifica formazione in tecniche di de-escalation ed è costantemente e attentamente messo in pratica il contenimento relazionale. Potremmo dire che le funzioni di custodia e contenimento vengono garantite dalle caratteristiche strutturali degli spazi (struttura chiusa, vetri antisfondamento, volumi adeguati, veranda e cortile esterno) consentendo agli operatori di dedicarsi con maggiore impegno alle relazioni di cura.

La quotidianità è gestita come in una classica comunità terapeutico-riabilitativa psichiatrica, incoraggiando ampi spazi di ascolto e momenti più o meno strutturati di lavoro e condivisione.

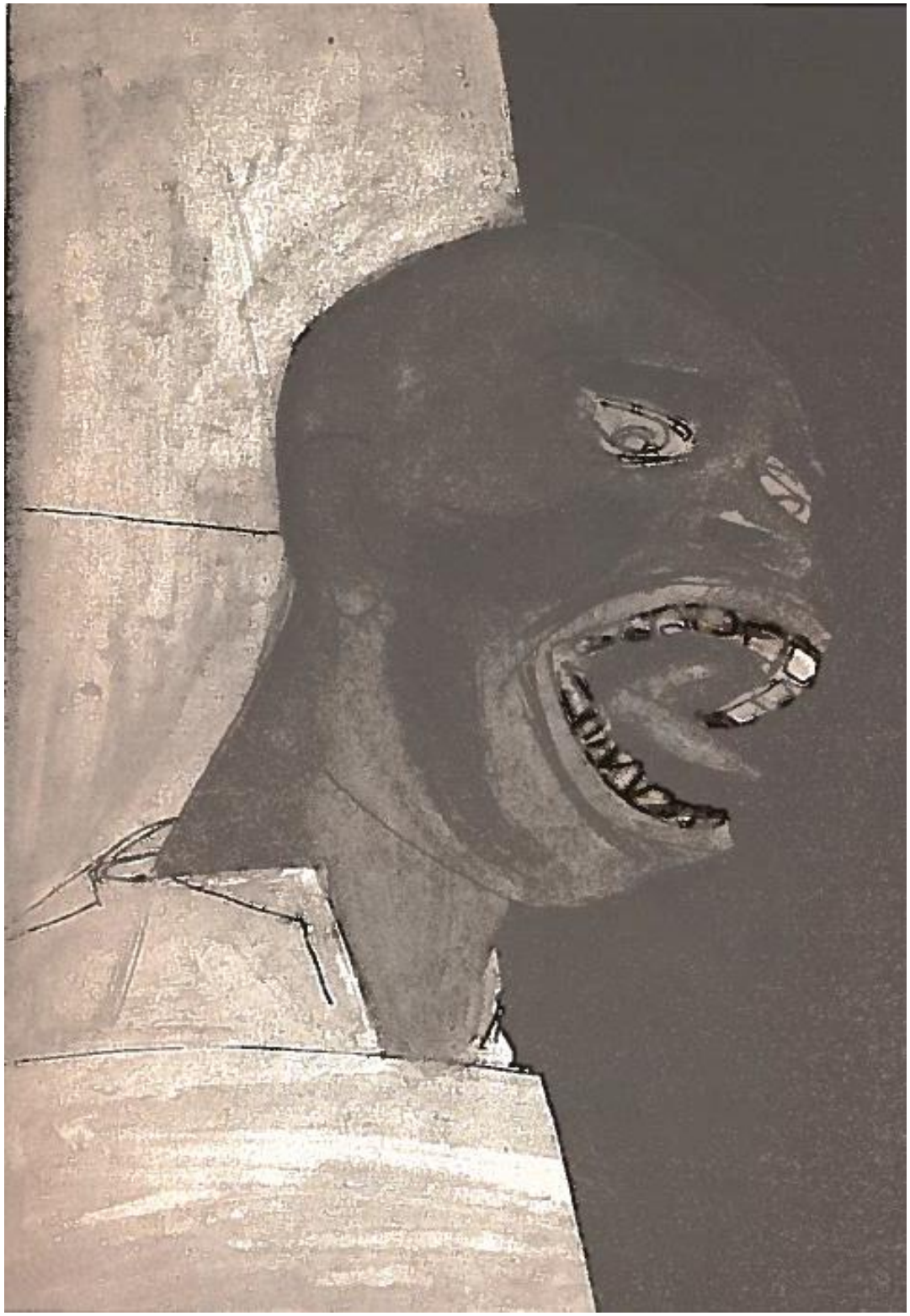
Essenziale per il lavoro in REMS è lo sguardo al fuori, che si concretizza nei progetti terapeutico-riabilitativi individualizzati. In collaborazione con l'Ufficio di Sorveglianza, i contatti del paziente con il mondo esterno sono sostenuti da licenze, frequenza di attività individuali e di gruppo presso i Centri Salute Mentale di riferimento e collaborazioni con cooperative del privato sociale, producendo un apprezzabile movimento in uscita. Altrettanto consistenti e costanti sono i movimenti in entrata, gestiti direttamente dalla direzione della REMS: incontri di rete con operatori dei servizi territoriali, colloqui con avvocati, giudici o periti, visite di familiari o amici, tirocinanti, volontari, consulenti religiosi, personale tecnico per interventi di manutenzione, ecc. Anche la formazione sul campo è stata fatta interamente negli spazi comuni della REMS, producendo un ulteriore movimento di operatori.

L'esperienza fatta nella costruzione di un'equipe, nel riconoscimento (reciproco) degli interlocutori e nella collaborazione con la Magistratura ci ha formato e progressivamente arricchito delle competenze necessarie per la definizione, la condivisione e la realizzazione di progetti individualizzati che vengono avviati in REMS in stretta collaborazione con i servizi territoriali che andranno poi a garantire la presa in carico.

Le due variabili critiche rispetto all'efficacia del lavoro in REMS sono state sicuramente il ricorso sistematico alla misura di sicurezza provvisoria da parte della Magistratura (con qualche differenza tra i diversi Tribunali di riferimento) e la fatica che alcuni servizi di salute mentale dimostrano nel pensare in modo credibile a persone ritenute spesso "difficili", "pericolose" e "poco aiutabili".
Si tratta di questioni che riguardano un numero limitato di cittadini, ma meritano di essere presidiate, in quanto hanno un significato cruciale rispetto al contesto socio-culturale e al mandato di un servizio di salute mentale oggi. Nel momento in cui - non sempre esplicitamente, non sempre consapevolmente - vengono delegate ai professionisti e ai servizi della salute mentale funzioni di controllo sociale e di custodia, è essenziale che i professionisti e i servizi non vedano le REMS come un adempimento residuale, ma piuttosto come un laboratorio di pensiero e di ricerca di senso in un territorio di confine che non può essere dimenticato se non mettendo a rischio la stessa identità della psichiatria.

Dott. Gasperi Lorenzo

Allegato C: Sistema informativo per il Monitoraggio del superamento degli OPG



Il Sistema informativo per il monitoraggio del superamento degli OPG della Campania (SMOP®).

SMOP®® è un sistema informatico su tecnologia web, raggiungibile all'indirizzo 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.

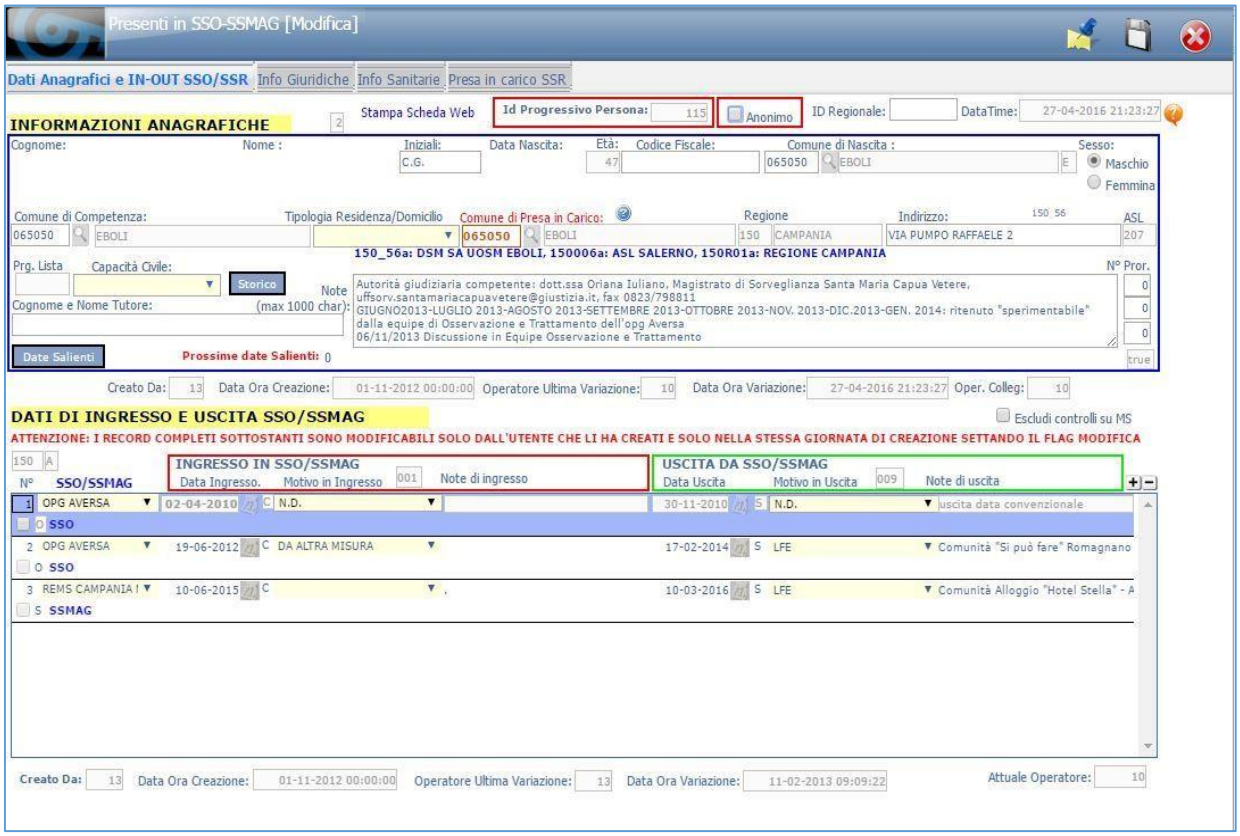
Il sistema informativo per il monitoraggio del percorso di superamento degli OPG della Campania, totalmente realizzato e reso operativo all'interno delle attività del "Laboratorio sperimentale di sanità penitenziaria Eleonora Amato[11]" della Regione Campania e dell'Azienda Sanitaria Locale di Caserta, è

[11] 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 è stato istituito il "Laboratorio Territoriale Sperimentale per la Sanità penitenziaria *Eleonora Amato*", operativo attraverso uno specifico gruppo di lavoro ((Regione Campania e ASL Caserta), coordinato dal Responsabile dei progetti di sanità penitenziaria dell'ASL di Caserta. Da un'idea della dott.ssa Eleonora Amato – dirigente regionale prematuramente scomparsa - è nato il progetto del Laboratorio, il cui compito primario è quello di affiancare le Aziende Sanitarie regionali nella diffusione di una *cultura della salute in carcere* che valorizzi le articolazioni sanitarie distrettuali e dipartimentali esistenti, assicurandone un costante coordinamento funzionale, sia a livello aziendale che regionale. Tra i compiti specificamente assegnati al Laboratorio è ricompresa la progettazione e

finalizzato a realizzare un'omogenea base informativa, aggiornabile continuamente, che consenta di descrivere e valutare sia il percorso di superamento sancito dall'Allegato C al D.P.C.M. 01.04.2008 - anche superando le criticità rilevate relativamente alla diffusione di informazioni sul predetto percorso incomplete, estremamente variabili, non adeguate e talora erronee - sia l'implementazione ed il funzionamento dei servizi e delle strutture che sostituiranno OPG e CCC.

Sono standardizzate e gestite, per ciascuna persona entrata in predetti servizi, diverse informazioni raggruppabili nelle seguenti aree: anagrafica, informazioni sanitarie, informazioni giuridiche, presa in carico da parte del SSR. Sono inoltre implementate funzioni che consentono un attento monitoraggio longitudinale, permettendo di descrivere i percorsi di assistenza e di gestione attraverso il sistema penitenziario e quello sanitario (v. immagine 1).

Tutti i servizi coinvolti sono inseriti in una rete che implementa procedure, nelle principali evenienze 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 (SSO).



IMG. 1 – Informazioni anagrafiche e dati di ingresso e uscita da SSO.

Tra la documentazione prodotta per il singolo paziente dagli SSO e dai SSR -che viene così inserita, trasmessa e condivisa in forma digitale, con specifiche procedure di upload - sono comprese le relazioni periodiche cliniche, i documenti inerenti l'attribuzione di competenza territoriale, i progetti individuali terapeutico riabilitativi intramurali e di dimissione e le convocazioni delle riunioni di equipe e delle udienze di riesame (v. immagine 2).

sperimentazione dell'avvio di un sistema informativo per la sanità penitenziaria, di cui il presente sistema costituisce un modulo gestionale specifico, prioritariamente implementato per rispondere all'urgenza di supportare il definitivo e completo superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari e, a tal fine, reso disponibile gratuitamente ai livelli istituzionali extra e sovra-regionali con Deliberazione DG ASL Caserta n. n. 261 del 28/02/2013 .

https://app.aslcaserta1.it/SMOP/servlet/pg_elenco_doc_x_aid?m_cWv=Rows%3D0%0A0%5Cu0023pCMAID%3D938%0A0%5Cu0023m_cDecorati

ELENCO DOCUMENTI del paziente con aid: 938

Tipo di doumento (Dir - TipoDoc - Descrizione): OPG e SSR di afferenza Ricerca Chiudi

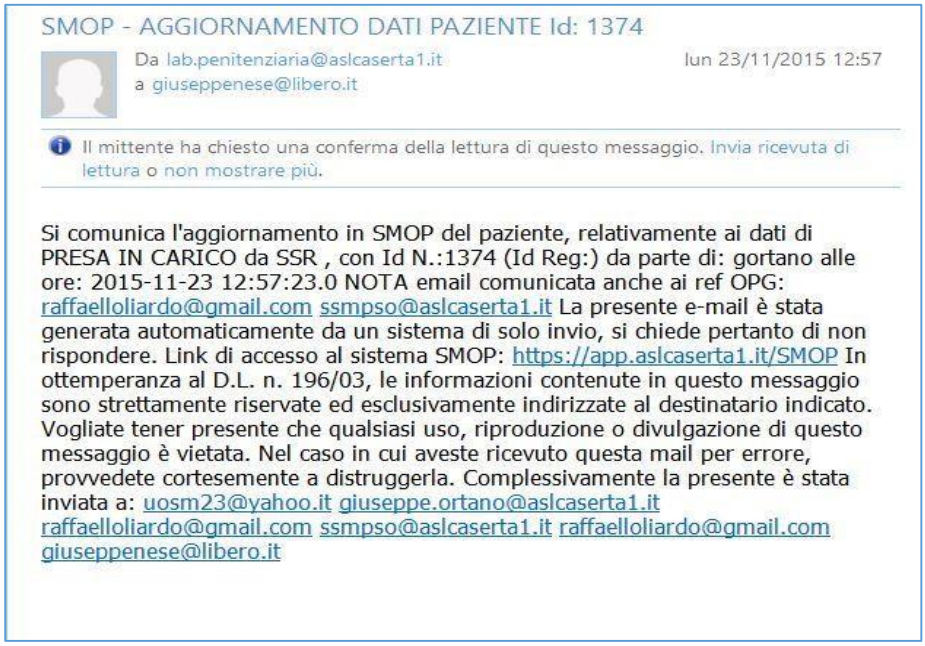
Doc Revocato Doc da Aggionare

prg.	AID	Iniziali	Sesso	ASL di PC	Dir	Tipo di Documento	true	10	10	Data Doc	Prot. Doc	Ha Allegato (S)	idDoc
1	938	R.L.	M	150207 ASL SA	OPG	PTRI	PROGETTO TERAPEUTICO RIABILITATIVO INDIVIDUALE			R		9 S	0079
2	938	R.L.	M	150207 ASL SA	SSR	PTRI	PROGETTO TERAPEUTICO RIABILITATIVO INDIVIDUALE			R 27-01-15	84	9	0482
3	938	R.L.	M	150207 ASL SA	OPG	RELSAN	RELAZIONE SANITARIA			A 11-03-15	2430	9 S	0618
4	938	R.L.	M	150207 ASL SA	OPG	RELSAN	RELAZIONE SANITARIA			A 08-07-15	2645	9 S	0721
5	938	R.L.	M	150207 ASL SA	OPG	RELSAN	RELAZIONE SANITARIA			A 11-09-15	2846	9 S	0762
6	938	R.L.	M	150207 ASL SA	OPG	RELSAN	RELAZIONE SANITARIA			A 01-12-15	3071	9 S	0923
7	938	R.L.	M	150207 ASL SA	SSR	PTRI	PROGETTO TERAPEUTICO RIABILITATIVO INDIVIDUALE			R 17-12-15	prot. n. 164	9 S	1007
8	938	R.L.	M	150207 ASL SA	SSR	PTRI	PROGETTO TERAPEUTICO RIABILITATIVO INDIVIDUALE			S 17-12-15	prot. n. 164	9 S	1016
9	938	R.L.	M	150207 ASL SA	OPG	PTRI-E	PROGETTO INDIVIDUALE INTEGRATO EQUIPE			A 18-03-16	75655/OPG	9 S	1192
10	938	R.L.	M	150207 ASL SA	OPG	RELSAN	RELAZIONE SANITARIA			A 18-03-16	80822/OPG	9 S	1193

Mostra Allegati

IMG. 2 – elenco dei documenti allegati alla scheda di un singolo paziente.

All'inserimento di una persona in OPG, così come a ogni modifica delle principali correlate informazioni giuridiche e sanitarie, consegue l'automatica segnalazione al SSR competente, che inizia ad interagire registrando nel sistema tutte le attività finalizzate alla dimissione ed all'eventuale presa in carico successiva (v. immagine 3).



SMOP - AGGIORNAMENTO DATI PAZIENTE Id: 1374

Da lab.penitenziaria@aslcaserta1.it lun 23/11/2015 12:57
a giuseppenese@libero.it

Il mittente ha chiesto una conferma della lettura di questo messaggio. Invia ricevuta di lettura o non mostrare più.

Si comunica l'aggiornamento in SMOP del paziente, relativamente ai dati di PRESA IN CARICO da SSR , con Id N.:1374 (Id Reg:) da parte di: gortano alle ore: 2015-11-23 12:57:23.0 NOTA email comunicata anche ai ref OPG: raffaelloliardo@gmail.com ssmpso@aslcaserta1.it La presente e-mail è stata generata automaticamente da un sistema di solo invio, si chiede pertanto di non rispondere. Link di accesso al sistema SMOP: https://app.aslcaserta1.it/SMOP In ottemperanza al D.L. n. 196/03, le informazioni contenute in questo messaggio sono strettamente riservate ed esclusivamente indirizzate al destinatario indicato. Vogliate tener presente che qualsiasi uso, riproduzione o divulgazione di questo messaggio è vietata. Nel caso in cui aveste ricevuto questa mail per errore, provvedete cortesemente a distruggerla. Complessivamente la presente è stata inviata a: uosm23@yahoo.it giuseppe.ortano@aslcaserta1.it raffaelloliardo@gmail.com ssmpso@aslcaserta1.it raffaelloliardo@gmail.com giuseppenese@libero.it

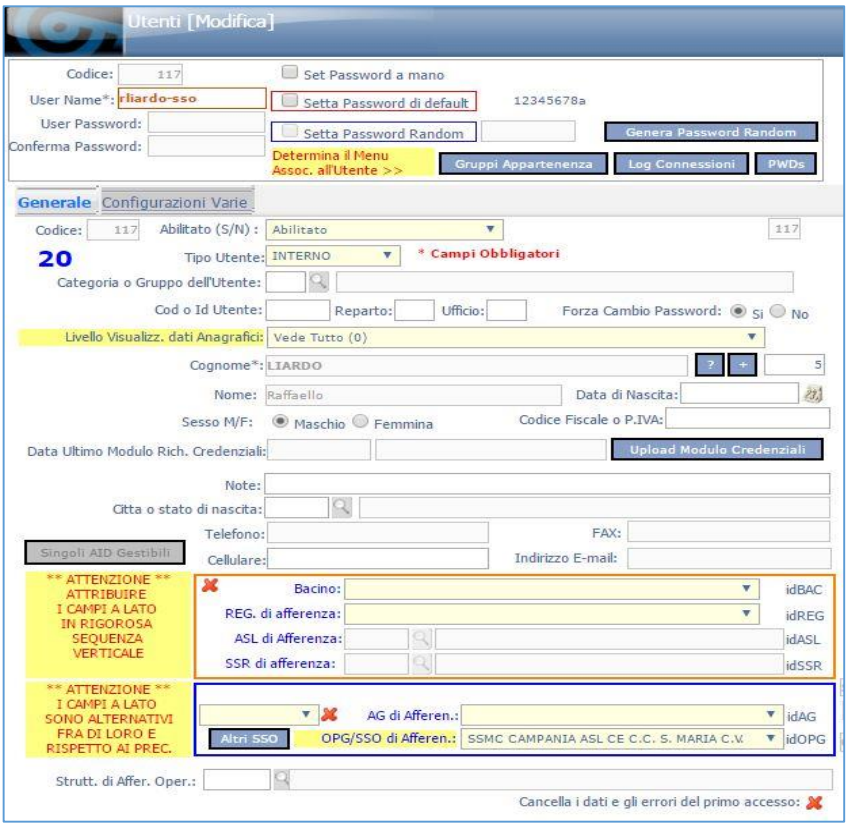
IMG. 3 – Messaggio automatico inviato dal sistema in seguito ad aggiornamenti delle informazioni.

L'interattività tra gli OPG-SSO è ulteriormente 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'OPG-SSO, con automatica attribuzione della competenza territoriale ad un livello variabile e predefinibile del SSR, consegue, da parte di quest'ultimo, sia la conferma della presa in carico che la definizione e trasmissione, con upload nel sistema, del progetto di dimissione; successivamente alla dimissione è anche assicurato il monitoraggio del percorso esterno (tipicamente in Licenza Finale di

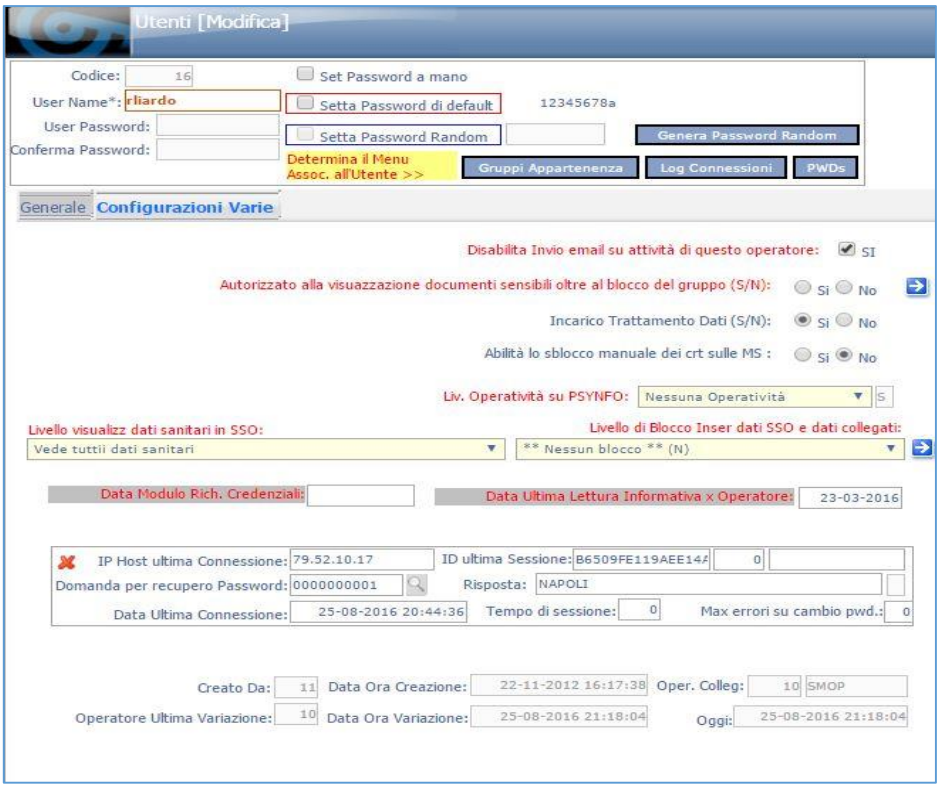
Esperimento o in Misura di Sicurezza Non Detentiva), fino alla revoca della misura e l'uscita dal circuito penitenziario.

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 (v. immagini 4 e 5) - variano in funzione del livello e della struttura di appartenenza del singolo utente:

1. gli operatori di una ASL, per esempio, accedono al sistema con specifici privilegi che consentono la visualizzazione dei soli pazienti di propria competenza territoriale, indipendentemente dalla struttura OPG-SSO nella quale si trovano, possono accedere in sola visualizzazione a tutte le informazioni (anagrafiche, giuridiche, sanitarie) ma possono inserire e modificare solo quelle di stretta pertinenza della propria ASL (presa in carico territoriale, progetto di uscita ecc.);
2. gli operatori di un SSO (REMS, Articolazioni per la tutela della salute mentale in carcere) hanno accesso, in visualizzazione, inserimento e modifica, a tutti i pazienti presenti in quella specifica struttura, indipendentemente dalla ASL di competenza territoriale, con la sola inibizione alla modifica delle informazioni di competenza della ASL territorialmente competente e di quelle relative a eventuali periodi di precedente presenza in altri OPG/SSO;
3. gli operatori non titolari della presa in carico assistenziale (per es., Amministrazione Penitenziaria, Regione, magistratura ecc.) hanno accessi che, oltre a non consentire alcuna modifica o inserimento di informazioni ed essere limitati alla visualizzazione delle sole persone afferenti alle strutture (per es. il singolo OPG o SSO) o al territorio di competenza (per es., Unità Operativa Salute mentale, DSM, ASL, Regione, Macrobacino ecc.) possono essere configurati inibendo in tutto o in parte la visibilità di nome, cognome, iniziali, luogo e data di nascita, così da lasciare come solo identificativo il codice univoco che il sistema attribuisce automaticamente ad ogni persona inserita.



IMG. 4 – Pannello di configurazione degli utenti abilitati (1/2).



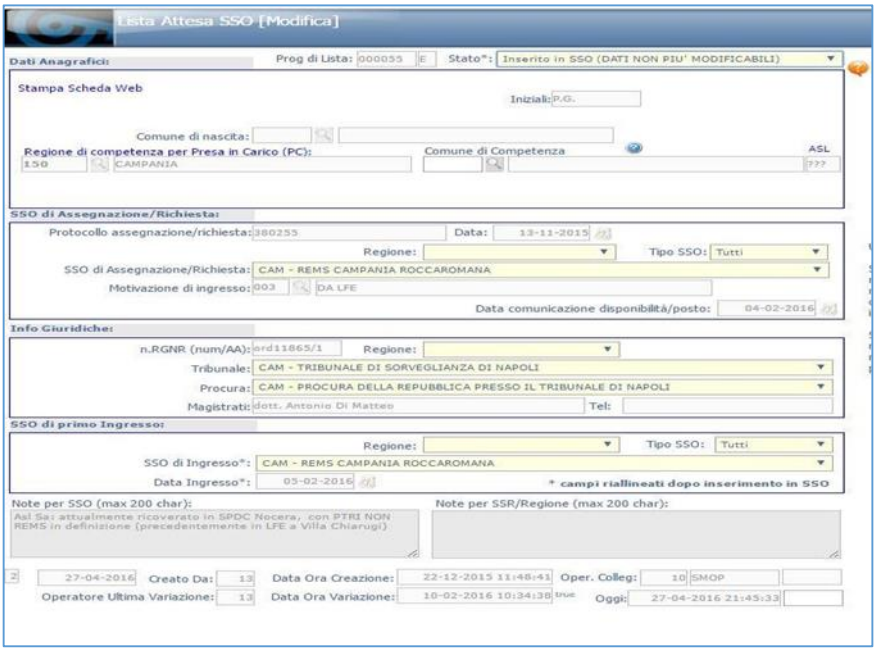
IMG. 5 – Pannello di configurazione degli utenti abilitati (2/2).

Tra gli sviluppi più recenti si segnalano l'implementazione della gestione della lista d'attesa in REMS (v. immagine 6), del 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 e della registrazione di dettaglio dei reati associati alla posizione giuridica delle singole persone.

Per ogni persona per la quale viene richiesta la disponibilità di un posto in REMS, gli utenti della REMS cui perviene la richiesta possono creare una SCHEDA DI LISTA DI ATTESA, inserendo alcune informazioni essenziali (anagrafica, regione e comune di competenza; prot. e data richiesta; Autorità Giudiziaria competente ecc.).
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, accedendo al menù "utilità", "lista di attesa SSO", potranno visualizzare le richieste - secondo i livelli di visualizzazione propri del loro account - ed avviare ogni necessario approfondimento finalizzato a verificare precocemente la possibilità di un PTRI alternativo alla REMS. Nella parte finale della scheda sono presenti due campi note nei quali inserire ogni opportuna ulteriore informazione: - un primo AD USO ESCLUSIVO degli operatori del SSO (REMS, Articolazione salute mentale in carcere); - un secondo AD USO ESCLUSIVO degli operatori del Servizio Sanitario Regionale (ASL, DSM ecc.).
Qualora la persona in lista d'attesa venga ammessa in una REMS, 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.
L'ingresso in una REMS determinerà infine l'uscita della persona dalla lista di attesa (con le informazioni comunque archiviate, sebbene non più attive, con data e REMS di ingresso).

Dalla versione 2.8.0 è stata implementata nel sistema la GESTIONE ORGANICA ED UNITARIA DELLE DIVERSE NORME PENALI (Codice Penale, DLgs 123/15, DLgs 385/93, DLgs 74/93, DLgs 81/08, DPR 309/90, DPR 380/01, DPR 43/73, Lg 185/95, Lg 3/12, Lg 300/70, Lg 401/89) relative ai reati che possono interessare cui possono incorrere i pazienti gestiti (v. Immagine 7).

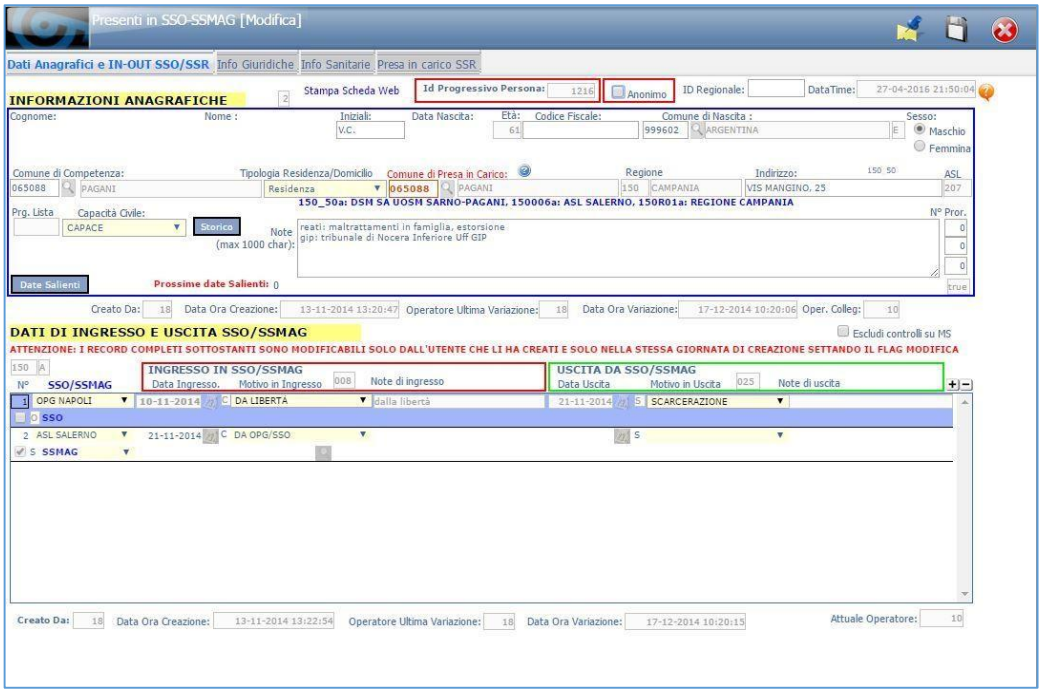
Per ogni misura giuridica è possibile registrare fino a 5 diversi articoli delle norme integrate in SMOP®, utilizzando una funzione di ricerca e selezione per parte, titolo, capo, sezione del capo e paragrafo della specifica legge. La predetta funzione è inoltre presente nel menu 'Utilità'- accessibile a tutti gli utenti e indipendentemente da operatività di inserimento pazienti - e consente la visualizzazione, ricerca, stampa ed esportazione (pdf/csv) di tutta o parte della normativa in archivio.



IMG. 6 -Scheda lista di attesa REMS
IMG. 7 – Archivio normative penali.

Conformemente al disposto della legge 30 maggio 2014, n. 81 - che ha statuito il ruolo prioritario delle misure non detentive nella gestione giuridica e sanitaria delle persone ritenute dal giudice socialmente

pericolose - è stata prevista per i Servizi di Salute Mentale territorialmente competenti un'operatività nel sistema sostanzialmente analoga a quella delle REMS. Definiti convenzionalmente Servizi di salute mentale Area Giudiziaria (SSMAG) (v. immagine 8), hanno accesso, in visualizzazione, inserimento e modifica, a tutti i pazienti di propria competenza territoriale in misura non detentiva (di sicurezza o cautelare), realizzando una base informativa del tutto sovrapponibile, qualitativamente, a quella propria



delle REMS.

IMG. 8 - Informazioni anagrafiche e dati di ingresso e uscita da SSO e SSMAG.

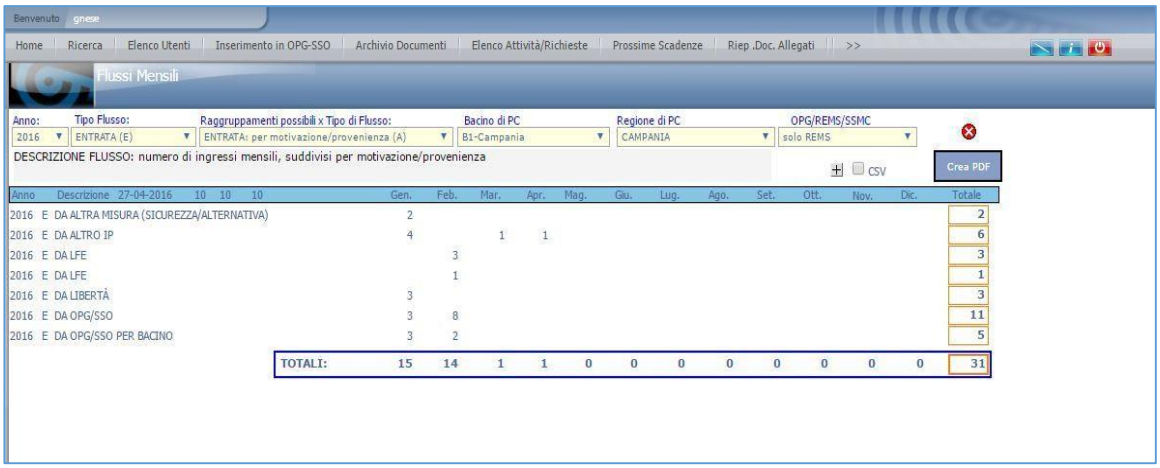
Avviata nel 2012, l'operatività sperimentale di SMOP®, ha inizialmente coinvolto tutte le AA.SS.LL. della Regione Campania, gli OPG di Aversa e Napoli, e le Regioni del bacino campano (Abruzzo, Lazio e Molise). Nel corso del 2013, è stata completata l'estensione a tutte le AA.SS.LL. delle Regioni Abruzzo, Lazio e Molise, e all'Amministrazione Penitenziaria della Campania (PRAP, Direzioni penitenziarie degli OPG), nonché alle Regioni Puglia e Liguria, che ne avevano richiesto l'accesso.

Con la conclusione dell'operatività sperimentale, tutto il debito informativo connesso alla gestione del percorso di superamento degli OPG e del funzionamento delle REMS – comprese anche le comunicazioni sugli ingressi e le uscite dalle REMS e dalle Articolazioni per la tutela della salute mentale in carcere, la trasmissione della documentazione sanitaria, dei progetti individuali di presa in carico territoriale, le convocazioni per le riunioni di equipe e per le udienze di riesame – sono assicurate, 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 e la conseguente sostituzione dei supporti tradizionali della documentazione amministrativa in favore del documento informatico, a cui la normativa statale, fin dal 1997, riconosce pieno valore giuridico.

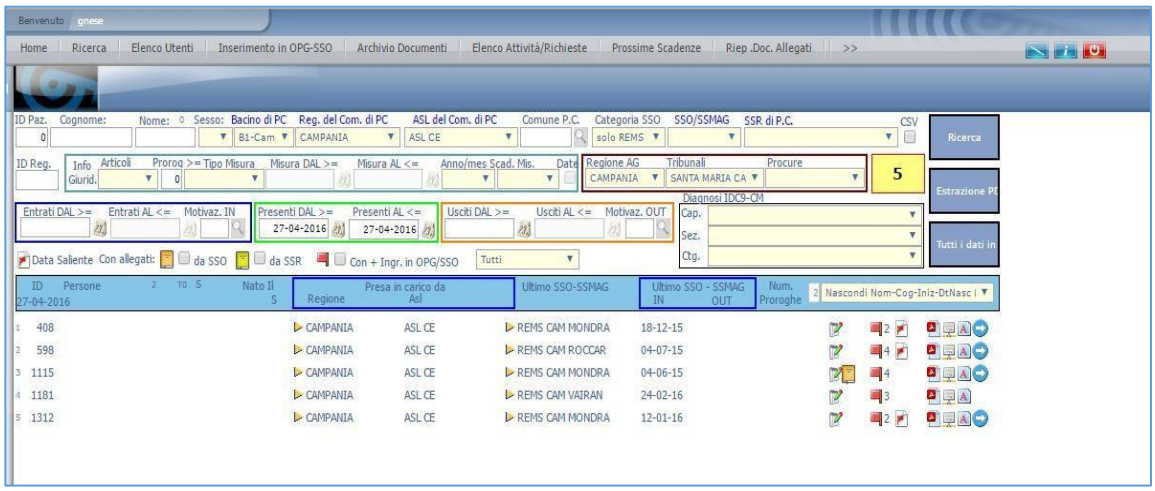
Il contenimento delle informazioni da inserire nel sistema - limitate a quelle essenziali al monitoraggio del processo - e l'informatizzazione delle procedure di comunicazione bidirezionale delle comunicazioni (in particolare quelle OPG/REMS-ASL, OPG/REMS-Regione e interregionali) assicurano sia una

significativa riduzione del carico di lavoro dei Servizi coinvolti che il raggiungimento di elevati livelli di efficienza nel supporto alla programmazione e allo svolgimento delle attività istituzionali.

Il Sistema è predisposto a interfacciarsi e comunicare con i diversi sistemi informativi delle Aziende Sanitarie e delle Regioni, l'anagrafe sanitaria ed i CUPT, ed è strutturato per consentirne l'utilizzo da parte degli altri quattro Bacini macroregionali e le Regioni ed i servizi alle stesse afferenti, nonché con ogni livello sovraordinato deputato al monitoraggio del percorso (per es. Comitato paritetico interistituzionale, Ministero della Salute, Ministero della Giustizia), rendendo disponibili sia report predefiniti sui flussi mensili (ingressi, presenze, uscite) (v. immagine 9) sia configurabili e articolati strumenti di ricerca quantitativa (v. immagine 10).

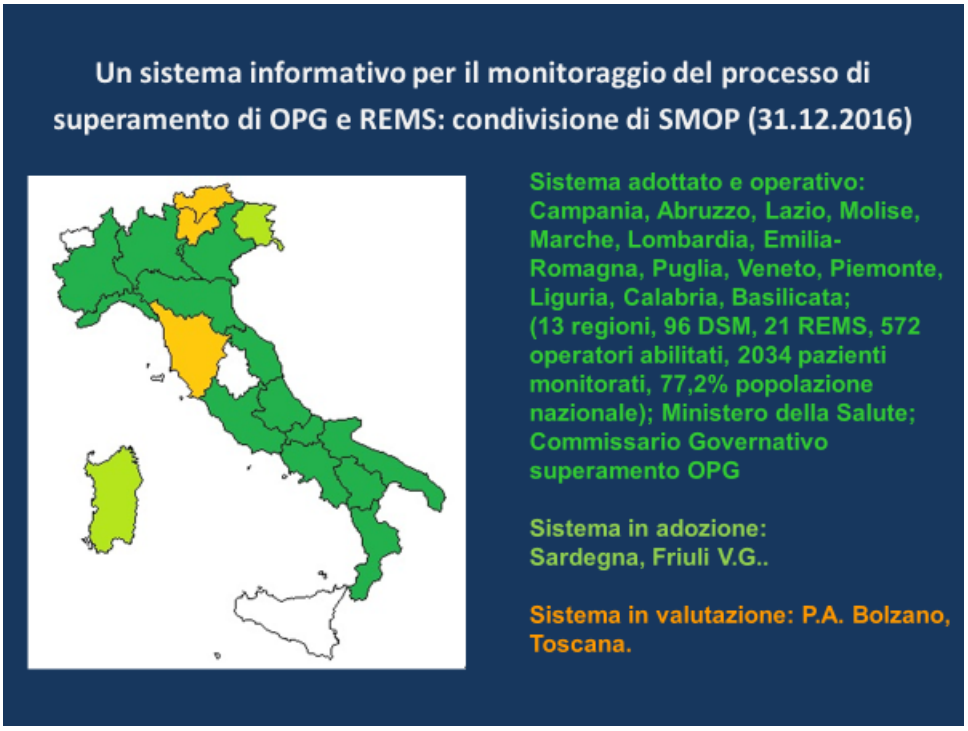


IMG. 9 – Report automatici e preimpostati: flussi di ingresso mensili.



IMG. 10 – Pagina di ricerca con filtri diversificati e configurabili dall'utente.

Attualmente il sistema SMOP® della Regione Campania è adottato, tramite convenzioni interregionali, da Lazio, Abruzzo, Molise, Marche, Lombardia, Emilia-Romagna, Puglia, Veneto, Piemonte, Liguria, Calabria e Basilicata, con una copertura del 77,2% della popolazione nazionale. Sono, tra l'altro, monitorati 1940 pazienti e 21 REMS, con il coinvolgimento istituzionale di 98 DSM e 372 operatori. Il sistema è in adozione in Friuli V.G. e Sardegna, ed è in valutazione in Toscana, P.A. Bolzano, Umbria e Sicilia. 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 anche utilizzato dal Commissario unico governativo per il superamento degli OPG, per le complessive attività di monitoraggio del processo. (v. immagine 11).

IMG. 11 - Stato di condivisione interregionale del sistema (dicembre 2016).