



REGIONE TOSCANA
Consiglio Regionale



UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
FIRENZE
DSG
DIPARTIMENTO DI
SCIENZE GIURIDICHE
ECCCELLENZA 2023/24

RAPPORTO DI RICERCA

Promosso in collaborazione tra l'Ufficio del Garante regionale dei diritti delle persone sottoposte a misure restrittive della libertà personale ed il Dipartimento di Giurisprudenza dell'Università degli Studi di Firenze

Psichiatria, carcere, misure di sicurezza

I dati sulla salute mentale dei soggetti autori di reato come strumento di garanzia del loro diritto alla salute.

Lo stato di attuazione del diritto alla salute mentale per le persone condannate e per quelle prosciolte per infermità di mente, nonché per le persone a diverso titolo collocate in strutture psichiatriche non di natura penale.

Giulia Melani, Università degli Studi di Firenze

Katia Poneti, Ufficio del Garante dei diritti delle persone private della libertà personale della Regione Toscana

Supervisione scientifica:

Prof. Emilio Santoro

Nota del Garante Avv. Giuseppe Fanfani:

Intendo ringraziare le persone il cui supporto è stato fondamentale per la realizzazione di questa ricerca, portata a termine in collaborazione tra l'Ufficio del Garante e il Dipartimento di Giurisprudenza dell'Università di Firenze, per cui ringrazio il prof. Emilio Santoro per la responsabilità scientifica del progetto di ricerca.

Voglio riconoscere i meriti alla dott.ssa Giulia Melani e alla dott.ssa Katia Poneti per avere realizzato la ricerca e redatto il testo del rapporto. In particolare con la scrittura dei paragrafi:

-la dott.ssa Melani: cap. I, par. 1, par. 3.1., cap. II, par. 1, 2.1.1., 2.2.1., 2.2.2., 2.3., 3.3., 4, 6.2.

-la dott.ssa Poneti: cap. I, par. 2, par. 3.2., par. 4, cap. II, par. 2.1.2, par. 2.2.3., 3.1., 3.2., 5, 6.1.

L'introduzione al progetto di ricerca, il par. 3.3. del cap. I, il par. 7 del cap. II sono stati scritti da entrambe.

Un ringraziamento particolare va a Paolo Scalabrino per la puntuale collaborazione e a Patrizio Suppa per l'impaginazione e composizione grafica del Rapporto. Ringrazio, inoltre, gli Uffici e le istituzioni che hanno permesso di raccogliere e analizzare il notevole numero di dati che qui presentiamo: la Sig.ra Assessore alle Politiche sociali, edilizia residenziale pubblica e cooperazione internazionale Serena Spinelli, l'Assessore al Diritto alla salute e sanità Simone Bezzini, e i loro Uffici, la ASL Centro, la ASL Nord-Ovest, la ASL Sud-Est, le REMS e i loro direttori, il Tribunale di Sorveglianza della Toscana e gli Uffici di Sorveglianza di Firenze e di Pisa, il Provveditore dell'Amministrazione Penitenziaria per la Toscana Pierpaolo D'Andria, gli Uffici dell'Esecuzione Penale esterna di Firenze e di Pisa, e i relativi Uffici locali, l'Agenzia Regionale di Sanità.

Un ringraziamento speciale va alla dott.ssa Cinzia Guerrini, Dirigente del Settore "Assistenza al Difensore civico e ai Garanti. Assistenza generale al Corecom. Biblioteca e documentazione", per la costante collaborazione ricevuta per la realizzazione dell'attività di ricerca.

Redazione

Giulia Melani (Università degli Studi di Firenze)

Katia Poneti (Ufficio del Garante delle persone sottoposte a misure restrittive della libertà personale)

FIRENZE GENNAIO 2024

Ufficio del Garante delle persone sottoposte a misure restrittive della libertà personale

Consiglio regionale della Toscana

Tel: 055-2387803

e-mail: garante.dirittidetenuti@consiglio.regione.toscana.it

sito web: <http://www.consiglio.regione.toscana.it/garante-detenuti/default.aspx>

ISBN 979-12-80858-25-2

Progetto grafico e impaginazione: Patrizio Suppa, Settore Iniziative istituzionali e contributi.

Rappresentanza e cerimoniale. Servizi di supporto

Stampato presso la tipografia del Consiglio regionale della Toscana

Sommario

Presentazione	5
INTRODUZIONE	
Il progetto di ricerca: obiettivi e declinazioni	7
CAPITOLO I	
Salute mentale e privazione della libertà personale: lo stato dell'arte	15
CAPITOLO II	
I risultati	61
Conclusioni e proposte	189
Riferimenti bibliografici	191
Indice delle figure	197
Indice delle tabelle	199

Presentazione

La ricerca che presentiamo affronta la questione della salute mentale nei contesti della sua più difficile realizzazione, il carcere e quelle che sono state chiamate “istituzioni totali”, in cui la privazione della libertà si interseca con la carenza di salute e aggrava la malattia psichiatrica. Il superamento del manicomio giudiziario, passaggio culturale e giuridico importante verso la cura come processo di recupero e di reinserimento, di cui il nostro Paese può essere esempio nel mondo, come lo fu con la riforma Basaglia, è compiuto ma lascia ancora nodi critici e spazi di intervento che solo la riflessione scientifica, guidata dai valori, può colmare in modo costruttivo.

Il percorso che qui delinea, tra le istituzioni della cura e della pena, racconta di persone che esprimono un disagio psichico e che, accanto a questo, sono spesso vissute in contesti sociali che non ne hanno supportato l'equilibrio, hanno subito il disagio economico e la mancanza di strumenti di inserimento e re-inserimento sociale. L'ufficio del Garante conosce, per esperienza diretta, la complessità delle questioni che stanno attorno alla problematica psichiatrica degli autori di reato, i nodi che dovrebbero essere sciolti per migliorare le condizioni di salute delle persone interessate e, nello stesso tempo, ridurre la probabilità di commettere nuovi reati. Le richieste di detenuti e internati, e a volte di persone collocate in strutture psichiatriche per volontà dell'amministratore di sostegno, fanno emergere le differenti problematiche pur nel riproporsi di alcune linee di fondo.

La disabilità psicosociale, nozione adottata dall'OMS e dalla Convenzione ONU persone disabili, e che si è tenuta come punto di riferimento teorico per la definizione di paziente psichiatrico, coglie tale complessità, in cui la malattia e la salute non sono mai il frutto soltanto di una condizione personale, ma interagiscono e si producono nella relazione con l'ambiente, ovvero con la società, i suoi servizi, i suoi spazi di studio e lavoro, di partecipazione, di cura.

La ricerca pone la questione di come le istituzioni deputate alla cura e alla custodia dei pazienti psichiatrici autori di reato possano essere una forma di supporto per il processo di recovery. Per fare ciò si è partiti dalla necessità di colmare i vuoti di conoscenza e di ricostruire un quadro di dati su cui poter contare. I processi lasciati incompiuti, come il coordinamento tra le istituzioni sanitarie, quelle penitenziarie, giudiziarie e dei servizi sociali, o l'individuazione di strumenti condivisi che accompagnino la cura e il reinserimento, sono gli spazi che, oggi, le istituzioni possono decidere come gestire e su cui hanno capacità d'intervento. Possono, quindi, cercare di farlo nel modo più consapevole, con l'obiettivo della tutela dei diritti delle persone come principio guida.

I diritti delle persone con patologia psichiatrica, il diritto alla salute in primis, ma anche i diritti di autonomia e libertà della persona, che solo nella misura necessaria all'esecuzione della pena o della misura di sicurezza possono essere compressi, sono il punto di riferimento che qualunque intervento di amministrazione o decisione politica dovrebbe tenere fermo.

Nel chiudere questo rapporto di ricerca abbiamo avuto notizia della nomina del coordinatore del Punto Unico Regionale, che presto entrerà in funzione in Toscana. È un'ottima notizia, poiché dall'organismo ci si aspetta il miglioramento di una serie di aspetti e lo scioglimento di alcuni nodi.

Giuseppe Fanfani

Garante dei diritti delle persone private della libertà personale della Regione Toscana

Il progetto di ricerca: obiettivi e declinazioni

Il progetto di ricerca “I dati sulla salute mentale dei soggetti autori di reato come strumento di garanzia del loro diritto alla salute. Lo stato di attuazione del diritto alla salute mentale per le persone condannate e per quelle prosciolte per infermità di mente, nonché per le persone a diverso titolo collocate in strutture psichiatriche non di natura penale” è stato realizzato in convenzione tra il Garante delle persone sottoposte a misure restrittive della libertà personale presso il Consiglio Regionale della Toscana, il Dipartimento di Scienze Giuridiche dell’Università degli Studi di Firenze ed il Centro di ricerca Interuniversitario su carcere, devianza, marginalità e governo delle migrazioni “L’altro diritto”.

Il progetto di ricerca si proponeva di affrontare l’ampio tema della tutela della salute mentale delle persone private della libertà personale, o comunque, a vario titolo, residenti in istituzioni che per le loro caratteristiche possano rientrare nella classica definizione goffmaniana di «istituzione totale»¹.

Questo campo era stato prescelto dal Garante dei diritti delle persone private della libertà personale della Regione Toscana, dal Dipartimento di Scienze Giuridiche dell’Università di Firenze e dal Centro di Ricerca Interuniversitario L’altro diritto, per la particolare attualità e rilevanza del tema.

La chiusura degli ospedali psichiatrici giudiziari (OPG), a seguito della riforma che ne ha sancito il definitivo superamento (L. 9/2012 e 81/2014), ha posto il diritto alla salute al centro dell’esecuzione delle misure di sicurezza per persone non imputabili, spostando l’accento sulla cura all’interno del binomio cura-custodia, che sta a fondamento di questo istituto giuridico.

La riforma ha indubbiamente avuto il merito di affermare alcuni principi fondamentali e di garantire un superamento effettivo del modello OPG, attraverso la definizione di alcune caratteristiche delle nuove residenze per l’esecuzione delle misure di sicurezza (REMS), come territorialità, numero chiuso, esclusiva gestione sanitaria, *extrema ratio* del ricorso alla misura detentiva e durata massima.

La riforma ha dato luogo ad un vero e proprio cambio di paradigma, o, come lo ha definito l’allora Commissario unico per il superamento degli OPG, Franco Corleone, una «rivoluzione gentile»².

Nonostante la portata significativa della riforma, rimangono alcuni nodi irrisolti, alcune discrasie applicative e alcune contraddizioni e in questo nuovo e complesso contesto, si possono chiaramente individuare opzioni e spinte in direzioni molto diverse, persino opposte: dal disegno di legge Magi

1 E. Goffman, *Asylums. Essay on the social situation of mental patients and other inmates*, 1961, tr. it., *Asylums. Le istituzioni totali: i meccanismi dell’esclusione e della violenza*, Einaudi, Torino, 1968.

2 F. Corleone, *La rivoluzione gentile. La fine degli OPG e il cambiamento radicale*, in *Quaderni del Circolo Rosselli*, 1 (130), 2018, numero monografico F. Corleone (a cura di) *Manicomio criminali. La rivoluzione aspetta la riforma*, pp. 11-19.

che mira ad andare oltre alla riforma superando la distinzione tra imputabili e non imputabili (A.S. 2939, dep. l'11 marzo 2021; A.C. 1119, dep. il 26 aprile 2023), alle spinte regressive per la modifica dei tratti più innovativi della riforma. In questo quadro, uno degli aspetti critici nell'applicazione della riforma (la carenza – supposta – di posti nelle REMS) è stato oggetto di alcuni ricorsi alla Corte Europea per i Diritti dell'Uomo di Strasburgo e alla Corte Costituzionale.

A qualche anno di distanza dalla riforma, affrontare il tema della salute mentale delle persone private della libertà personale, permette di mettere a fuoco e chiarire criticità e punti positivi. Ma il tema della salute mentale delle persone private della libertà personale, non si esaurisce con l'indagine relativa alle residenze per l'esecuzione delle misure di sicurezza. La salute mentale riguarda infatti l'intera popolazione detenuta e in particolare quella fascia vulnerabile di persone con disabilità psicosociale.

Il tema della salute mentale in carcere assume particolare rilievo oggi, dopo due anni di pandemia che hanno visto la popolazione penitenziaria particolarmente sacrificata dalle doverose misure di contenimento del contagio (minori attività, periodi di totale assenza di figure esterne, difficoltà nei colloqui con familiari e persone della cerchia degli affetti).

Il tema della salute mentale delle persone che vivono in istituzioni «totali» non si esaurisce neppure nell'esame delle situazioni di persone detenute e soggette a misure di sicurezza del ricovero in REMS, ma si estende alle persone disabili psicosociali che vivono in istituzioni residenziali.

Spesso, le stesse persone, nell'arco della vita, passano da una all'altra di queste istituzioni, per questo, assume un particolare rilievo anche la ricostruzione dei percorsi da un'istituzione all'altra.

Per queste ragioni, il progetto di ricerca individuava i tre assi di indagine seguenti.

a) lo stato di attuazione del diritto alla salute delle persone detenute.

Questo primo asse era articolato nei seguenti obiettivi:

1. ricostruire la dimensione teorica, giuridica e sociologica, del diritto alla salute mentale in ambito penitenziario, e più ampiamente nell'ambito delle "istituzioni totali" (E. Goffmann, *Asylums. Le istituzioni totali: i meccanismi dell'esclusione e della violenza*, Einaudi, Torino 1970);
2. ricostruire l'evoluzione del quadro giuridico costituzionale e legislativo in materia di diritto alla salute per le persone detenute e nello specifico l'evoluzione riguardante la salute mentale, anche con riferimento alle misure alternative alla detenzione per detenuti con patologia psichiatrica;
3. operare una ricognizione delle caratteristiche della popolazione detenuta in carcere con patologia psichiatrica;
4. operare una ricognizione dei provvedimenti giurisdizionali che concedono le misure alternative alla detenzione per soggetti detenuti con patologia psichiatrica, con particolare riferimento alla regione toscana;
5. analizzare le modalità organizzative e di presa in carico medica da parte del servizio sanitario all'interno dei penitenziari della Toscana, evidenziando lo stato di attuazione di percorsi alternativi alla detenzione per detenuti portatori di patologia psichiatrica, con particolare riferimento alla regione toscana.

b) lo stato di attuazione del diritto alla salute delle persone prosciolte per infermità di mente.

Questo secondo asse era articolato nei seguenti obiettivi:

1. ricostruire la dimensione teorica, giuridica e sociologica, del diritto alla salute mentale in ambito penale, e più ampiamente nell'ambito delle "istituzioni totali" (E. Goffmann, *Asylums.*

Le istituzioni totali: i meccanismi dell'esclusione e della violenza, Einaudi, Torino 1970) e delle strutture psichiatriche sul territorio;

2. ricostruire l'evoluzione del quadro giuridico costituzionale e legislativo in materia di diritto alla salute in ambito penale, e nello specifico di diritto alla salute mentale di fronte alle esigenze di sicurezza, di misure di sicurezza per persone giudicate non imputabili, di residenze per l'esecuzione delle misure di sicurezza (REMS), di misure di sicurezza non custodiali come la libertà vigilata con prescrizioni terapeutiche;
3. seguire l'evoluzione giurisprudenziale in corso, monitorando, e se del caso contribuendo a proporre una posizione del Garante in merito ai ricorsi pendenti davanti alla Corte Costituzionale (di cui all'ordinanza 131 del 9 giugno 2021, depositata il 26 giugno 2021) e davanti alla Corte Europea dei diritti umani (Application no. 368/21 - Ciotta v. Italy)
4. operare una ricognizione delle caratteristiche della popolazione detenuta in carcere *sine titulo* perché destinataria della misura di sicurezza della REMS o comunque da sottoporre, anche a fine pena, a misura di sicurezza;
5. operare una ricognizione dei provvedimenti giurisdizionali che applicano le misure di sicurezza a soggetti considerati non imputabili, valutando il peso relativo delle misure detentive e di quelle non detentive, in applicazione del principio di *extrema ratio*, con particolare riferimento alla regione Toscana;
6. analizzare le modalità organizzative e di presa in carico medica da parte del servizio sanitario all'interno dei penitenziari della Toscana, evidenziando la capacità di costruzione di percorsi alternativi alla misura di sicurezza detentiva (REMS) per soggetti portatori di patologia psichiatrica in attesa di REMS, con particolare riferimento alla regione toscana;
7. analizzare le modalità operative delle REMS, i percorsi di ingresso, compresa la lista d'attesa, e di uscita verso strutture comunitarie o verso il territorio, con particolare riferimento alla regione toscana;
8. operare un censimento delle strutture psichiatriche, di tipo intermedio e non di tipo penale, analizzarne le modalità operative e il tipo di presa in carico e programma terapeutico offerti, i percorsi di ingresso e di uscita, i tempi di permanenza, con particolare riferimento alla regione Toscana; analizzare altresì il coordinamento esistente tra tali strutture e gli uffici della magistratura, di cognizione e di sorveglianza, e predisporre eventuali proposte di miglioramento.

c) lo stato di attuazione del diritto alla salute delle persone a diverso titolo collocate in strutture psichiatriche non di natura penale.

Questo terzo asse era articolato nei seguenti obiettivi:

1. ricostruire la dimensione teorica, giuridica e sociologica, del diritto alla salute mentale nell'ambito delle "istituzioni totali" (E. Goffmann, *Asylums. Le istituzioni totali: i meccanismi dell'esclusione e della violenza*, Einaudi, Torino 1970) e in particolare le modalità organizzative ed operative delle strutture psichiatriche non penali sul territorio;
2. ricostruire l'evoluzione del quadro giuridico costituzionale e legislativo in materia di salute mentale, compresi il trattamento sanitario obbligatorio, i diritti degli utenti e il consenso informato;
3. operare una ricognizione delle caratteristiche della popolazione inserita in strutture psichiatriche non di tipo penale con particolare riferimento alla regione toscana;
4. analizzare le modalità organizzative e di presa in carico medica da parte del servizio sani-

tario all'interno dei centri di salute mentale della Toscana, con particolare riferimento allo stato di attuazione di percorsi alternativi alla detenzione per detenuti portatori di patologia psichiatrica nonché di persone sottoposte a misura di sicurezza, con particolare riferimento alla regione toscana;

5. operare un censimento delle strutture psichiatriche non di tipo penale e analizzarne le modalità operative, il tipo di presa in carico sanitaria e il programma terapeutico offerti, i percorsi di ingresso e di uscita, i tempi di permanenza, con particolare riferimento alla regione toscana.

In tutte e tre le aree oggetto della ricerca (REMS, carcere e strutture residenziali) si registravano, seppure a livello differenziato, carenze di dati. Per questo, la ricerca si proponeva come principale obiettivo proprio quello della raccolta, analisi ed elaborazione di dati quantitativi, quale strumento primario per offrire una garanzia effettiva del diritto alla salute.

1. Il progetto esecutivo

L'ampio spettro di indagine della ricerca è stato successivamente articolato, delineato e dettagliato in un progetto esecutivo predisposto a metà febbraio 2022, a seguito dello studio e dell'approfondimento della letteratura scientifica più aggiornata.

Il progetto esecutivo è stato costantemente rivisto alla luce dell'approfondimento del quadro giuridico e della letteratura scientifica, dei numerosi confronti con i rappresentanti delle istituzioni coinvolte e dei risultati di ricerca progressivamente prodotti.

In particolare, per quanto riguarda il **primo asse di indagine**, relativo allo stato di attuazione del diritto alla salute mentale delle persone condannate, si sono così declinati gli obiettivi di ricerca:

- operare una ricognizione delle caratteristiche della popolazione detenuta in carcere con patologia psichiatrica

Alla luce delle teorie dell'etichettamento e delle teorie costruttiviste, che denaturalizzano e mettono in discussione una concezione ontologica della patologia psichiatrica³, si è scelto di declinare questo obiettivo spostando il focus dal quadro epidemiologico agli indicatori di una condizione di particolare sofferenza.

Si sono dunque esaminati i dati relativi agli eventi critici, analizzando anche l'andamento tra periodo pre e post-pandemico.

Il quadro epidemiologico – ricavato dallo studio del rapporto ARS Toscana – è stato inserito in questa nuova impostazione dell'analisi, come elemento importante per la comprensione della gestione della sofferenza e del malessere nel mondo penitenziario.

- operare una ricognizione dei provvedimenti giurisdizionali che concedono le misure alternative alla detenzione per soggetti detenuti con patologia psichiatrica, con particolare riferimento alla regione Toscana;

Recentissime ricerche hanno messo in luce la totale mancanza di applicazione della misura alternativa della detenzione domiciliare in deroga per infermità psichica (art. 47 *ter* co. 1 *ter* o.p.) in Toscana, dall'estensione dell'ambito applicativo alle persone con grave patologia psichica, ad opera della sentenza 99/2019.

Acquisito questo dato, si è scelto di provare ad indagare le ragioni di questa mancata applicazione. Da numerosi colloqui informali svolti con rappresentanti di tutte le agenzie coinvolte sono emersi due nodi critici: difficoltà di accertamento dell'incompatibilità della

3 Su queste teorie, si veda oltre Cap. I, par. 1.

condizione patologica con lo stato detentivo e mancanze dei servizi di salute mentale sul territorio.

Si è scelto di approfondire questo aspetto tramite l'indagine della percezione degli operatori sul punto. In particolare, da un lato, si è inserito nei questionari di indagine rivolti alle strutture residenziali psichiatriche (di cui parleremo più diffusamente nella parte relativa al terzo asse di indagine) una domanda sulla previsione della possibilità di accogliere persone in misura alternativa (non solo detenzione domiciliare in deroga ma anche altre forme di misura alternativa) e sull'effettiva presenza di persone in misura alternativa all'interno della struttura. Dall'altro lato, si è inserita sia nei questionari dedicati agli operatori psichiatri e psicologi che lavorano in carcere sia nei questionari dedicati agli psichiatri che lavorano presso i Centri di salute mentale (CSM) una domanda relativa alla presa in carico delle persone detenute che presentano una patologia psichiatrica e alle modalità di costruzione di percorsi di cura esterni al carcere.

- analizzare le modalità organizzative e di presa in carico medica da parte del servizio sanitario all'interno dei penitenziari della Toscana;

Si è scelto di concentrare l'attenzione su tre aspetti: la ricostruzione del modello di presa in carico e di servizi per la tutela della salute mentale offerti all'interno degli istituti penitenziari della Toscana; i dati relativi al personale medico e infermieristico presente nelle carceri toscane; i dati relativi all'uso di psicofarmaci. Sul punto sono state inserite domande coerenti nei questionari proposti agli psichiatri che lavorano in carcere.

Per quanto riguarda la **seconda area di indagine** relativa all'attuazione del diritto alla salute mentale per le persone prosciolte per infermità di mente, si sono così declinati gli obiettivi di ricerca:

- ricognizione dei dati e delle caratteristiche della popolazione detenuta in carcere *sine titulo* perché destinataria della misura di sicurezza della REMS o comunque da sottoporre, anche a fine pena, a misura di sicurezza e analisi delle modalità di presa in carico delle persone detenute *sine titulo*;

Si è scelto di procedere attraverso la richiesta dei dati relativi alle persone in lista d'attesa (per l'ingresso in REMS), che sono stati presi analizzati, mettendo in particolare evidenza i dati relativi ai detenuti *sine titulo*. Si è scelto inoltre di verificare i criteri per lo scorrimento delle liste d'attesa delle REMS toscane ed acquisiti ed analizzati i provvedimenti con cui è stata disposta la misura di sicurezza detentiva per le persone detenute *sine titulo*. Si è successivamente analizzato l'Accordo Stato-Regioni, concluso il 30 novembre 2022, che contiene indicazioni in materia di liste d'attesa.

- ricognizione dei provvedimenti giurisdizionali che applicano le misure di sicurezza a soggetti considerati non imputabili, valutando il peso relativo delle misure detentive e di quelle non detentive, in applicazione del principio di *extrema ratio*, con particolare riferimento alla regione toscana e analisi delle modalità operative delle REMS, i percorsi di ingresso, compresa la lista d'attesa, e di uscita verso strutture comunitarie o verso il territorio, con particolare riferimento alla regione toscana;

La libertà vigilate terapeutica – nel nuovo assetto normativo prodotto dalla riforma che ha previsto il superamento dell'ospedale psichiatrico giudiziario – dovrebbe ricoprire un ruolo centrale nel sistema delle misure di sicurezza per non imputabili. Ciononostante, le ricerche sulle libertà vigilate sono particolarmente carenti. Si è scelto dunque, di procedere ad una ricognizione di tutte le libertà vigilate in esecuzione in Toscana alla data del 31/05/2022, attraverso lo spoglio dei fascicoli aperti presso gli UEPE toscani. L'attività di spoglio si è concentrata sull'estrazione di dati relativi alle grandezze quantitative e all'andamento, alle

caratteristiche demografiche della popolazione sottoposta alla misura, alle posizioni giuridiche, al percorso giudiziario e alle modalità di esecuzione della misura.

Si sono inoltre esaminati dati relativi alla popolazione presente nelle REMS toscane. Sono stati analizzati i PTRI della REMS di Volterra, dai quali si sono estratti dati sulle caratteristiche socio-demografiche della popolazione là reclusa e le caratteristiche della presa in carico psichiatrica e psicosociale e i fascicoli relativi alle misure di sicurezza detentive presenti presso l'Ufficio di Sorveglianza di Pisa, competente sulla REMS di Volterra.

- censimento delle strutture psichiatriche, di tipo intermedio e non di tipo penale, con analisi delle modalità operative e del tipo di presa in carico e programma terapeutico offerti, i percorsi di ingresso e di uscita, i tempi di permanenza, con particolare riferimento alla regione toscana; analisi altresì del coordinamento esistente tra tali strutture e gli uffici della magistratura, di cognizione e di sorveglianza, anche attraverso interviste ai vari attori coinvolti e predisposizione di eventuali proposte di miglioramento;

Si è scelto di perseguire questo obiettivo, attraverso l'invio di schede di rilevazione e questionari alle strutture residenziali psichiatriche della Regione, su questo punto si rinvia al terzo filone di ricerca;

Per quanto riguarda la **terza parte della ricerca**, ovvero la linea di intervento relativa allo stato di attuazione del diritto alla salute mentale per le persone a diverso titolo collocate in strutture psichiatriche residenziali non di natura penale, si sono declinati gli obiettivi, come segue:

- operare una ricognizione delle caratteristiche della popolazione inserita in strutture psichiatriche non di tipo penale con particolare riferimento alla regione Toscana e operare un censimento delle strutture psichiatriche non di tipo penale e analizzarne le modalità operative, il tipo di presa in carico sanitaria e il programma terapeutico offerti, i percorsi di ingresso e di uscita, i tempi di permanenza, con particolare riferimento alla regione toscana.

Si è scelto di procedere attraverso una preventiva ricognizione di tutte le strutture residenziali psichiatriche della Regione Toscana. All'esito del lavoro ricognitivo, si è prevista l'elaborazione e l'invio di una scheda di rilevazione quantitativa della popolazione presente nelle strutture e un questionario qualitativo, relativo alle caratteristiche strutturali e organizzative delle SRP. Si è previsto inoltre di richiedere, acquisire ed analizzare i regolamenti interni e le carte dei servizi.

All'esito di un confronto con i dirigenti delle USL Toscana Centro, Toscana Sud Est e Toscana Nord Ovest, si è convenuto sulla necessità di estendere la ricognizione delle strutture e l'invio di schede e questionari anche alle residenze psichiatriche per minori e alle RSD che accolgono persone con disabilità neuropsichica.

Con il procedere della ricerca, si sono individuati alcuni ambiti d'indagine trasversali che sono sembrati strategici e si sono aggiunti agli obiettivi di ricerca.

In particolare, si è prevista un'indagine sui piani terapeutici individualizzati, volta a comprendere: la potenziale utilità dello strumento, le criticità, i modelli utilizzati a livello nazionale, l'effettività del ricorso allo strumento. Per rispondere a questo obiettivo si è scelto di procedere ad un confronto con esperti, all'acquisizione ed analisi di alcuni modelli, alla verifica della presenza dei piani terapeutici individualizzati nei fascicoli relativi alle libertà vigilate e ad una loro acquisizione ed esame se presenti, all'acquisizione ed analisi dei piani terapeutici individualizzati dei pazienti presenti nella REMS di Volterra.

Nel corso dell'attività di ricerca, sono emersi alcuni ulteriori aspetti di rilievo, per cui si sono predisposti strumenti per una eventuale futura indagine.

Il nuovo sistema di archiviazione elettronica dei dati, costruito nel frattempo dalla Regione Toscana, che avrebbe dovuto fornire dati sulle caratteristiche socio-demografiche della popolazione ospitata presso le strutture psichiatriche del territorio toscano, è ancora in fase di realizzazione.

Salute mentale e privazione della libertà personale: lo stato dell'arte

1. Letteratura scientifica

Per affrontare il tema della salute mentale delle persone private della libertà personale, siano esse detenute in carcere o internate in una REMS, oppure di persone ospiti in strutture residenziali psichiatriche non penali è necessario interrogarsi preliminarmente sul significato del concetto di salute mentale, che comprende numerosi fattori e determinanti e la cui garanzia e tutela non coincide con l'assistenza psichiatrica strettamente intesa.

Nella Costituzione dell'Organizzazione mondiale della sanità (OMS)/World Health Organization (WHO) si legge quella che è la definizione condivisa di salute, ovvero «uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale, e non consiste solo in un'assenza di malattia o d'infermità»¹. Allo stesso modo, la salute mentale può essere influenzata da una serie di fattori socioeconomici che devono essere affrontati attraverso strategie globali per la promozione, la prevenzione, il trattamento e il recupero. La definizione di salute mentale che possiamo ricavare dai documenti dell'organizzazione mondiale della sanità (WHO) è ampia. Con salute mentale si intende il benessere psichico della persona, i cui determinanti «includono non solo attributi individuali quali la capacità di gestire i propri pensieri, le proprie emozioni, i propri comportamenti e le relazioni con gli altri, ma anche fattori sociali, culturali, economici, politici ed ambientali, come le politiche nazionali, la protezione sociale, il tenore di vita, le condizioni di lavoro e i supporti sociali di comunità»². La salute mentale, come dichiara la WHO, è un diritto umano fondamentale³. Recenti documenti dell'Organizzazione hanno creato un piano di promozione della salute mentale che arriva al 2030 (*Comprehensive Mental Health Action Plan 2013–2030*), un monitoraggio sulle azioni intraprese dagli Stati per realizzarlo (*Mental Health Atlas 2020*), e un nuovo documento (*World mental health report: transforming mental health for all*) che invita tutti gli Stati parti dell'Organizzazione ad accelerare gli sforzi per raggiungere gli obiettivi del piano, concentrandoli su tre percorsi di trasformazione:

1. approfondire il valore e l'impegno che diamo alla salute mentale come una parte integrante della nostra salute e del nostro benessere, come diritto umano fondamentale e come fattore determinante della salute pubblica, del benessere sociale e dello sviluppo sostenibile;
2. rimodellare gli ambienti che influenzano la salute mentale, con modalità che riducano i rischi e rafforzino i fattori protettivi in modo che tutti abbiano pari opportunità di raggiungere il più alto livello di salute mentale e benessere;

1 Costituzione dell'Organizzazione mondiale della Sanità, firmata a New York il 22 luglio 1946.

2 WHO, *Comprehensive Mental Health Action Plan 2013–2030*, World Health Organization 2021, Punto 9, p. 2.

3 <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>

3. rafforzare l'assistenza sanitaria per la salute mentale, in modo che l'intero insieme dei bisogni di salute mentale sia soddisfatto attraverso una rete comunitaria di servizi e supporti accessibili, convenienti e di qualità⁴.

La definizione di salute promossa della WHO ha costituito la base dell'elaborazione teorica e poi per l'affermazione del modello biopsicosociale (BPS), che individua tra i fattori che determinano ed influenzano lo stato di salute di una persona, non solo quelli organici, biologici e chimici, ma anche i fattori psichici e quelli esogeni e sociali⁵. Nel contesto specifico della salute mentale tale elaborazione ha tardato a realizzarsi, poiché come osserva Krzysztof Szadejko: «ci sono voluti circa trent'anni affinché il mondo psichiatrico, grazie all'intervento di George Libman Engel del Medical Center della Rochester University (NY) nel 1977, si accorgesse di questa breve citazione della costituzione dell'OMS e la accettasse definitivamente come un paradigma di riferimento nell'approccio alla persona»⁶.

L'approccio biopsicosociale è proprio anche della convenzione ONU dei diritti delle persone con disabilità (CRPD) approvata a Dicembre del 2006: le persone con disabilità sono, infatti, definite come «quanti hanno minorazioni fisiche, mentali, intellettuali o sensoriali a lungo termine che in interazione con varie barriere possono impedire la loro piena ed effettiva partecipazione nella società su una base di eguaglianza con gli altri» (art. 1). La convenzione considera rilevanti non solo le minorazioni ma anche le barriere esogene e sociali che impediscono la piena partecipazione alla società.

La prospettiva di lettura della salute mentale offerta dal modello BPS è di fondamentale importanza quando si analizza il diritto alla salute in un ambiente come quello detentivo che, da una letteratura consolidata, a partire dal fondamentale testo di Gonin, è considerato un ambiente patogeno e produttivo di malattia⁷. La stessa sezione europea della WHO, infatti, ha evidenziato tale caratteristica, affermando che «l'ambiente della prigione è, per sua natura, normalmente nocivo alla protezione o al mantenimento della salute mentale di coloro che entrano in carcere e ivi sono detenuti»⁸. Le persone private della libertà personale sono indicate dall'Organizzazione come uno dei gruppi di persone che, a seconda del contesto locale, possono essere esposti a un rischio significativamente più elevato di sperimentare problemi di salute mentale⁹. In particolare, alcuni fattori che purtroppo sono presenti in carcere aumentano il rischio per la salute mentale: in carcere, le persone possono essere sottoposte a isolamento sociale, cattive condizioni di vita, aggressioni fisiche o sessuali o abuso psicologico¹⁰. Tuttavia, nonostante il bisogno di cura sia maggiore, in carcere vi è una probabilità più bassa che questo sia soddisfatto, soprattutto in alcuni paesi a basso reddito, dove i servizi di salute mentale sono particolarmente carenti¹¹. Affrontare i bisogni di salute mentale nel sistema della giustizia penale porterebbe vantaggio ai detenuti, ma anche ai dipendenti del carcere

4 WHO, *World mental health report: transforming mental health for all*, World Health Organization 2022, p. 249.

5 Per un approfondimento degli approcci bio-medico, sociale e bio-psico-sociale in materia di disabilità, si rinvia a M. G. Bernardini, *Disabilità, giustizia, diritto. Itinerari tra filosofia del diritto e Disability Studies*, Giappichelli, Torino, 2016.

6 K. Szadejko, *Il modello "biopsicosociale: verso un approccio integrale"*, in *Teoria e prassi. Rivista di Scienze dell'educazione*, 1(2020).

7 D. Gonin, *La santé incarcérée. Médecine et conditions de vie en détention*, L'Archipel, Paris, 1991, tr. it. di E. Gallo, *Il corpo incarcerato*, Edizioni Gruppo Abele, Torino, 1994.

8 WHO Europe, *Trenčín Statement on prisons and mental health*, 2007, p. 5.

9 WHO, *Comprehensive Mental Health Action Plan 2013–2030*, cit., Punto 10, p. 2.

10 WHO, *World mental health report: transforming mental health for all*, cit., p. 240.

11 Ivi, p. 241

e alla comunità in generale, e vi sono esempi, sperimentati nei paesi a reddito più alto, che danno suggerimenti: servizi di collegamento (*liaison*) e *diversion*, o triage di strada sono stati sviluppati per identificare le persone con possibili problemi di salute mentale al loro primo contatto con la giustizia penale, in modo da indirizzarli verso un'adeguata assistenza sanitaria o sociale, piuttosto che verso la giustizia penale¹². Altre strategie suggerite per il miglioramento dell'assistenza sanitaria psichiatrica nel sistema di giustizia penale riguardano l'integrazione della salute mentale tra i servizi per la salute in generale a disposizione di tutti i detenuti; nonché la formazione sulla salute mentale dello staff a tutti i livelli del sistema di giustizia penale può aiutare a creare consapevolezza, sfidare atteggiamenti stigmatizzanti, e incoraggiare la promozione della salute mentale sia per il personale che per i detenuti¹³.

Proprio perché sulla salute mentale influiscono una serie di fattori sociali e ambientali, per garantire un pieno diritto al suo godimento in contesti istituzionalizzati è necessario indirizzare la cura e il trattamento a tutti i bisogni dei detenuti, inclusi i bisogni sociali. Infatti, l'offerta di terapie farmacologiche e di assistenza psichiatrica e psicologica non può rispondere, se dissociata da un intervento più ampio sui bisogni della persona, all'obiettivo della tutela della salute, in particolare della salute mentale. Sul punto il Comitato Nazionale di Bioetica nel parere *Salute mentale e assistenza psichiatrica in carcere* (2019) ha espressamente raccomandato di:

assicurare, quale forma basilare di tutela della salute mentale in carcere, modalità umane di detenzione, rispettose della dignità delle persone, offrendo un trattamento con opportunità di formazione e di lavoro nella prospettiva risocializzante; provvedere a che la cura delle persone affette da grave disturbo mentale e che abbiano compiuto reati avvenga di regola sul territorio, in strutture terapeutiche e non in istituzioni detentive, in ottemperanza al principio della pari tutela della salute di chi è libero e di chi è stato condannato al carcere. Rafforzare i servizi di salute mentale in carcere, superando la storica "separatezza" ereditata dalla sanità penitenziaria: in modo che funzionino come parte integrante di forti Dipartimenti di Salute Mentale, capaci di individuare le risorse di rete territoriale per la cura delle patologie gravi al di fuori dal carcere e di collaborare a tal fine con la magistratura di cognizione e di sorveglianza¹⁴.

Il CNB era già intervenuto sul tema nel 2013, con il parere *La salute dentro le mura*, in cui sottolineava che una buona rete di servizi sanitari è uno strumento, necessario ma non sufficiente, per raggiungere l'uguaglianza dei livelli di salute tra interno ed esterno del carcere: l'obiettivo è quello di offrire ai detenuti pari opportunità nell'accesso al bene salute, considerando le differenze di partenza nei livelli di salute, che nel caso dei detenuti sono deficit di salute, nonché la condizione di privazione della libertà che di per sé rappresenta un impedimento al raggiungimento degli obiettivi di salute¹⁵.

In ambito penitenziario, la tendenza ad appiattire la tutela della salute mentale sull'offerta di servizi psichiatrici e terapie psicofarmacologiche (che in carcere sono consumati in percentuale molto più alta che tra la popolazione libera) si combina con un ricorso alla psichiatrizzazione – ben definito nella letteratura in materia – dei comportamenti che violano la disciplina dell'istituzione penitenziaria ed arrecano disturbo al normale svolgimento della vita interna. Ne emerge un fenomeno socialmente complesso, in cui si intersecano processi di istituzionalizzazione e di psichiatrizzazione, in cui la disciplina del penitenziario e l'etichettamento dell'istanza psichiatrica si combinano.

12 *Ibidem*

13 *Ibidem*

14 Comitato Nazionale di Bioetica, *Salute mentale e assistenza psichiatrica in carcere*, 22 marzo 2019, pp. 3-4.

15 Comitato Nazionale di Bioetica, *La salute dentro le mura*, 27 settembre 2013, p. 8.

L'istituzionalizzazione è definita «nel linguaggio sociologico, e anche nella medicina sociale, l'internamento e il trattamento clinico e giuridico-penale in apposita istituzione (carcere, riformatorio, case di cura, ecc.) di soggetti devianti, criminali o malati»¹⁶. Oppure la si intende come «adverse effects on individuals of residence in long-stay organization such as mental hospitals and prisons»¹⁷. L'istituzionalizzazione è uno dei temi fondamentali della sociologia e il suo più noto studioso è Erving Goffman¹⁸. Secondo Goffman le istituzioni sociali sono quelle organizzazioni, luoghi, spazi, edifici, in cui una qualche attività ha luogo con regolarità¹⁹. Tra le differenti tipologie di istituzioni lo studio di Goffman si concentra sulle “istituzioni totali”, nelle quali le principali sfere della vita di una persona, che normalmente si svolgono in luoghi differenti, sono vissute nello stesso luogo, che è chiuso rispetto al mondo esterno, e nel quale tempo, spazio e interazioni sociali sono rigidamente organizzati: ciò conduce alla istituzionalizzazione e porta ad un cambiamento nelle soggettività che vivono dall'interno tale processo, che divengono persone “istituzionalizzate”²⁰. Il concetto di istituzionalizzazione è usato ampiamente nello studio del carcere e delle istituzioni psichiatriche²¹.

Tuttavia, il “punto d'arrivo” dell'istituzionalizzazione nasce da un processo sociale più ampio, nonché da un processo giuridico, in cui interagiscono regole, discorsi e pratiche che contribuiscono a rispondere al bisogno sociale di escludere e richiudere quelle soggettività o classi sociali che via via nella storia sono state additate come problematiche, pericolose²².

L'individuazione e la repressione della follia è stata una delle modalità che nelle nostre società occidentali ha legittimato, a partire dal secolo XVII, l'internamento di una classe sociale considerata pericolosa, il proletariato, che è stata bersaglio di un potere che la voleva, nello stesso tempo, escludere dalla società libera e disciplinare nei comportamenti²³. Nella attuale medicalizzazione, avviene che i problemi non medici vengono definiti e trattati in termini medici, come malattie o disordini²⁴. Anche la medicalizzazione produce effetti disciplinari.

La cultura psichiatrica italiana ha espresso un approccio alternativo all'internamento, quello della de-istituzionalizzazione proposta da Franco Basaglia, che ha rinvenuto proprio nel muro, materiale e culturale, dell'istituzione totale la frontiera che definisce e separa la normalità dall'anormalità²⁵. Il cambiamento culturale suscitato dall'opera di Basaglia ha portato alla chiusura dei manicomi civili, appunto con la Legge Basaglia (180/1978, poi inserita nella Legge 833/1978 sul Servizio Sanitario

16 Istituto Enciclopedico Treccani, Istituzionalizzazione (voce), in *Vocabolario online*, Treccani, www.treccani.it (consultato in data 28 novembre 2022).

17 J. Scott e G. Marshal, *Institutionalization* (voce), in *Oxford dictionary of Sociology*, Oxford University Press, III Ed., 2009.

18 E. Goffman, *Asylums. Essay on the Social situation of mental patients and other inmates*, Anchor Book, Doubleday & Company, New York 1961, trad. it. *Asylums. Le istituzioni totali: i meccanismi dell'esclusione e della violenza*, Einaudi, Torino 1970; E. Goffman, “Characteristics of total institutions”, in *Symposium on preventive and social psychiatry*, April (1958), pp. 43-84.

19 Goffman E., *Asylums*, 1970, cit., p.33.

20 Goffman E., *Asylums*, 1970, cit., p.34 ss.

21 L. H. Bowker, “Exile, Banishment and Transportation”, in *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 1980, 24(1), pp. 67-80; B. Crewe, A. Ievins, “The Prison as a Reinventive Institution”, in *Theoretical Criminology*, 2020, 24(4), pp. 568-89.

22 D. Garland, *Punishment and Modern Society*, 1990, trad. it. *Pena e società moderna*, Il Saggiatore, Milano, 1999.

23 M. Foucault, *Surveiller et punir. Naissance de la prison*, Gallimard, Paris 1975, trad. it. *Sorvegliare e punire. Nascita della prigione*, Einaudi, Torino 1993; M. Foucault, *Histoire de la folie à l'âge classique*, Gallimard, Paris 1972, trad. it. *Storia della follia nell'età classica*, Rizzoli, Milano 1977.

24 P. Conrad, “Medicalization and social control”, in *Annual review of Sociology*, 1992, 18(1), 209-232.

25 F. Basaglia, *Scritti*, Einaudi, Torino 1981.

Nazionale). Come una sua propaggine, la riforma per il superamento degli OPG (Leggi 9/2012 e 81/2014) ha portato alla chiusura dei manicomi criminali²⁶. L'idea che la malattia mentale abbia una parte importante di determinanti sociali e che questi debbano essere affrontati per poter parlare veramente di salute è un filo che lega l'approccio del WHO, la psichiatria di impronta basagliana e la riforma per il superamento degli OPG. In questo senso, verso un approccio integrato e attento ai bisogni e ai diritti civili e sociali vanno le proposte innovative di applicazione degli strumenti messi a disposizione dalla nuova legislazione: il piano terapeutico riabilitativo individuale (PTRI) può essere utilizzato come uno strumento per rendere più trasparente la relazione tra istanze penali e istanze psichiatriche e per facilitare il perseguimento di obiettivi congiunti di cura e tutela dei diritti, e potrebbe non essere limitato agli aspetti strettamente medico-sanitari ma comprendere quegli elementi sociali che sono la base per il processo di recovery ed essere aperto alla negoziazione con il paziente²⁷.

Tuttavia, di fronte alla tendenza a mescolare giustizia penale e sistema di protezione sociale, con il primo che supplisce alle carenze del secondo²⁸, il pericolo che si vada, invece, verso un maggiore commistione delle culture e delle istanze penal-penitenziarie e psichiatriche, è evidente, con la conseguenza dell'utilizzo della conoscenza medica come strumentale all'allargamento del controllo sociale.

In tale contesto la qualificazione di "paziente psichiatrico" in carcere, ma anche nei processi che portano alle altre istituzioni oggetto di questa ricerca, piuttosto che essere un punto di partenza certo da cui partire per valutare l'attuazione del diritto alla salute mentale, deve essere intesa come un nodo critico da indagare. Infatti la definizione di "paziente psichiatrico" può essere letta come l'esito, sempre mutevole a seconda dei contesti e dei soggetti, di una lotta per la definizione, della quale sono parte le istanze istituzionali che intervengono nei procedimenti giudiziari e/o nella presa in carico socio-sanitaria: servizio psichiatrico territoriale e penitenziario, amministrazione penitenziaria, UEPE, magistratura, enti privati di gestione delle strutture psichiatriche territoriali.

Per comprendere al meglio le complesse intersezioni in questo settore, si è pensato di affiancare ad una prima indagine di tipo quantitativo, una seconda fase di analisi qualitativa.

2. Le norme e i dati sulla tutela della salute mentale in carcere

2.1 Quadro normativo nazionale

Dalla fine degli anni '90 del secolo scorso più processi riformatori si sono intrecciati nell'ambito della disciplina normativa della tutela della salute delle persone detenute e sottoposte a misure di sicurezza. Per queste ultime sono state create delle nuove istituzioni, le Residenze per l'Esecuzione delle misure di sicurezza (REMS) di cui si tratta nel prossimo paragrafo. Si descrive qui, invece, il quadro normativo di riferimento per la tutela della salute mentale in carcere, a cui sono destinate quelle persone che commettono un reato e sono considerate capaci di intendere e di volere, ovvero sane di mente. Si tratta di un quadro composito, composto da tre gruppi di norme:

- a. Norme sulle non imputabilità per vizio di mente (Codice penale), comprese le disposizioni

26 F. Corleone, *La rivoluzione gentile. La fine degli OPG e il cambiamento radicale*, in *Quaderni del Circolo Rosselli*, 1 (130), 2018, numero monografico F. Corleone (a cura di) *Manicomi criminali. La rivoluzione aspetta la riforma*, pp. 11-19.

27 C. Piazza, L. Castelletti, *L'integrazione funzionale psichiatrico-forense nella risoluzione delle "liste d'attesa": l'esperienza della REMS del Veneto*, Contributo per la Sessione n. 6 della Conferenza salute mentale del 27 aprile 2019, Disponibile su: <https://bit.ly/3ITsZoM> (consultato in data 25 marzo 2022).

28 L. Wacquant, *Punir les pauvres. Le nouveau gouvernement de l'insécurité sociale*, 2004, trad. it. *Punire i poveri. Il nuovo governo dell'insicurezza sociale*, DeriveApprodi, Roma, 2006.

relative al superamento degli OPG (art. 3-ter D.L. 211/2011, introdotto in sede di conversione con L. 9/2012 e successivi decreti-legge e leggi di conversione);

- b. Norme sulla Riforma della sanità penitenziaria: la legge delega (L. 419/1998) e i relativi decreti legislativi (in particolare, il D.Lgs. 230/1999), le successive disposizioni legislative e regolamentari (in particolare, L. 244/2007), i DPCM (in particolare, il DPCM 1° aprile 2008) e gli accordi attuativi in Conferenza unificata, che comprendono le indicazioni riguardanti le Articolazioni per la tutela della salute mentale (ATSM);
- c. Giurisprudenza della Corte Costituzionale in materia di misure alternative per le persone con disturbi psichiatrici: sentenza Corte Cost. 99/2019.

Si tratta di un quadro normativo uniforme per l'intero territorio nazionale. Tuttavia, le diverse discipline regionali, riguardanti l'organizzazione dei servizi sanitari hanno attuato sul territorio la riforma della sanità penitenziaria e gli accordi della Conferenza unificata e hanno progettato il proprio modello di assistenza psichiatrica penitenziaria, nel contesto dei propri servizi psichiatrici territoriali. La tutela della salute, infatti, rientra tra le materie di legislazione concorrente, in cui le Regioni hanno potestà legislativa - salvo per i principi fondamentali - e potestà regolamentare.

Di seguito si delineano i tre gruppi di norme a livello nazionale, mentre successivamente ci si concentrerà sulle specifiche normative della Regione Toscana.

a) Norme sulle non imputabilità per vizio di mente

Il Codice penale (art. 88 ss.) distingue in modo netto la condizione di coloro che manifestano una patologia psichiatrica al momento del fatto-reato, che sono considerati incapaci d'intendere e volere, prosciolti e sottoposti a misura di sicurezza se ritenuti pericolosi (i cosiddetti folli rei), da coloro giudicati sani di mente e che vengono condannati; questi ultimi manifestano la patologia durante la detenzione (i cosiddetti rei folli).

Della riforma per il superamento degli OPG e dell'istituzione delle REMS si tratterà nel prossimo paragrafo. Essa, infatti, non riguarda la materia della salute mentale in carcere, dal momento che il trattamento delle persone imputabili e di quelle non imputabili è sottoposto a regimi giuridici differenziati. Tuttavia, si fa presente che la riforma influisce sulla tutela della salute mentale delle persone detenute, in modo diretto o indiretto. In primo luogo, la riforma ha inciso direttamente sulla condizione di quelle persone ritenute imputabili che in passato venivano mandate in OPG e che oggi non possono essere mandate in REMS. In secondo luogo, la riforma rappresenta il riferimento costante, a volte come quadro ideale a cui tendere, a volte come riferimento polemico, degli attori che a vario titolo si occupano di salute mentale in carcere. Infine, pur nella diversità dei quadri normativi, sono numerosi i luoghi di interazione tra attori nei campi della salute mentale penitenziaria e delle misure di sicurezza per non imputabili.

b) Norme sulla riforma della sanità penitenziaria

Parte I - Principi della riforma: dalla legge 419/1998 al DPCM 1° aprile 2008

Un cambiamento fondamentale nella tutela della salute in carcere è avvenuto con la riforma della sanità penitenziaria, poiché questa ha stabilito il passaggio delle competenze in materia dal Ministero della Giustizia a quello della Salute, e di conseguenza alle Regioni. La sanità penitenziaria, che era stata a lungo separata dalla sanità pubblica e chiusa all'interno dell'istituzione carceraria, è divenuta parte integrante del servizio sanitario. Il percorso di riforma è durato più di dieci anni, a partire dalla legge delega 419/98 e dal decreto legislativo 230/99, che hanno delineato i principi cardine della riforma, tra i quali fondamentale è l'equiparazione del livello di prestazioni garantito ai detenuti

a quello garantito ai cittadini liberi²⁹. Oltre al principio di equiparazione nel livello di prestazioni, sono previsti: la garanzia di interventi di “prevenzione, cura e sostegno del disagio psichico e sociale” (art. 1, co. 2 D.Lgs. 230/99); la conservazione dell'iscrizione al Servizio sanitario nazionale per tutte le forme di assistenza, compresa quella medico-generica (art. 1, co. 4, D.Lgs. 230/99); l'iscrizione delle persone straniere, anche se prive di permesso di soggiorno, al sistema sanitario nazionale (art. 1, co. 5, D.Lgs. 230/99) e l'esclusione dalla compartecipazione alla spesa delle prestazioni sanitarie erogate (art. 1, co. 6, D.Lgs. 230/99).

L'attuazione dei principi stabiliti dalla riforma si è avuta con il DPCM 1° aprile 2008³⁰, che ha trasferito tutte le risorse e i rapporti di lavoro tra i due Ministeri e dettato le linee di indirizzo per i due ambiti di privazione della libertà in cui viene in gioco la salute mentale: il carcere (Allegato A) e l'OPG (Allegato C). L'Allegato B prevede invece le qualifiche professionali degli operatori.

Linee di indirizzo per gli interventi del servizio sanitario per la tutela della salute in carcere (Allegato A)

Le prestazioni che devono essere assicurate ai detenuti devono comprendere la prevenzione, la diagnosi, la cura e la riabilitazione, e sono collocate nell'ambito dei LEA. Sono ricordati i principi in base ai quali deve essere organizzata l'assistenza sanitaria per i detenuti e gli internati:

- globalità dell'intervento sulle cause di pregiudizio della salute;
- unitarietà dei servizi e delle prestazioni;
- integrazione dell'assistenza sociale e sanitaria;
- garanzia della continuità terapeutica.

L'Azienda sanitaria è l'ente competente ad erogare le prestazioni, tra le quali rientrano espressamente gli “interventi di prevenzione, cura e sostegno del disagio psichico e sociale”. A tale scopo, si indica, nello specifico, di adottare un “programma sistematico di interventi” che metta in atto le seguenti azioni:

- sorveglianza epidemiologica, con osservazione nuovi giunti e valutazione periodica delle condizioni di rischio;
- interventi di individuazione precoce dei disturbi mentali, con particolare attenzione ai minorenni;
- formazione e aggiornamento operatori, compreso personale penitenziario;
- garantire ai soggetti malati tutte le possibilità di cura e riabilitazione fornite dai servizi sul territorio, con presa in carico con progetti individualizzati, sia all'interno dell'istituto di pena che all'esterno, nel caso di misure trattamentali all'esterno o in esecuzione penale esterna: “il servizio di salute mentale, responsabile degli interventi all'interno di una dato istituto di pena, stabilisce ogni opportuno contatto col servizio del territorio di residenza delle persone con patologia mentale, ai fini della continuità della presa in carico al ritorno in libertà”;
- garantire gli interventi psichiatrici e psicologici per i minori;
- favorire gruppi di auto sostegno per minori;
- attivare specifici programmi mirati alla riduzione del suicidio;

29 Art. 1, co. 1 D.Lgs. 230/99: “I detenuti e gli internati hanno diritto, al pari dei cittadini in stato di libertà alla erogazione delle prestazioni di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione, efficaci ed appropriate, sulla base degli obiettivi generali e speciali di salute e dei livelli essenziali e uniformi di assistenza individuati nel Piano sanitario nazionale, nei piani sanitari regionali e in quelli locali”.

30 DPCM 1°aprile 2008 “Modalità e criteri per il trasferimento al Servizio sanitario nazionale delle funzioni sanitarie, dei rapporti di lavoro, delle risorse finanziarie e delle attrezzature e beni strumentali in materia di sanità penitenziaria”.

- favorire e implementare la cooperazione tra area sanitaria e area trattamentale, definendo a tale scopo protocolli e modalità di collaborazione tra gli operatori dei servizi di salute mentale e gli operatori penitenziari (DAP e CGM).

Linee di indirizzo per gli interventi negli ospedali psichiatrici giudiziari - OPG e nelle case di cura e custodia (Allegato C)

Lo scopo di queste linee guida era quello di dare le direttive per trasferire le competenze sanitarie, già svolte all'interno degli OPG, alla sanità regionale. Tale trasferimento è stato il primo passo per quello che, in un momento successivo, è stato il superamento degli OPG. Pur riguardando nello specifico le persone sottoposte a misure di sicurezza, le linee guida sono rilevanti anche per la sanità penitenziaria poiché indicano quali attività e tipologie di provvedimenti penali dovranno aver esecuzione negli istituti penitenziari: si prevede l'attivazione di sezioni di cura e di riabilitazione interne alle carceri, per la cura dei disturbi sopravvenuti ai detenuti in esecuzione pena e per le osservazioni ai fini dell'accertamento delle infermità mentale. La realizzazione di azioni di tutela della salute mentale all'interno degli istituti di pena, in particolare "l'attivazione, all'interno degli istituti, di sezioni organizzate o reparti, destinati agli imputati o condannati, con infermità psichica sopravvenuta nel corso della misura detentiva che non comporti l'applicazione provvisoria della misura di sicurezza del ricovero in OPG o l'ordine di ricovero in OPG o in case di cura e custodia" (Allegato C, Premessa) è fissata come un punto fondamentale per il buon risultato del programma specifico per gli OPG. Inoltre, nel DPCM si aggiunge che presso le stesse sezioni potrebbero essere assegnati i condannati a pena diminuita per vizio parziale di mente.

Ancora nell'Allegato C, si trova una direttiva sui modelli organizzativi: nelle Aziende sanitarie che sono sede di OPG deve essere istituita, nell'ambito del Dipartimento di salute mentale, una idonea struttura, con autonomia organizzativa. Essa deve avere funzioni di raccordo con le altre aziende sanitarie (regionali ed extraregionali) di provenienza dei singoli internati, allo scopo di elaborare insieme i piani terapeutici individuali di trattamento (PTRI) per il reinserimento sul territorio; deve anche coordinarsi con gli altri servizi dell'azienda sanitaria e con i servizi sociali.

Tornando al tema della riforma della sanità penitenziaria possiamo evidenziare che la regola che le dà forma è quella della gestione esclusivamente sanitaria dei presidi medici interni agli istituti penitenziari. Tale principio cardine della riforma è stato oggetto di analisi in alcuni atti di *soft law* emanati dall'Organizzazione mondiale della sanità. Il rapporto *Health in Prisons*³¹, ha segnalato, tra i punti essenziali per la tutela della salute in carcere, il principio di gestione comune dei servizi sanitari interni ed esterni al carcere, visto che la gestione separata crea numerosi problemi, come difficoltà nel reclutamento del personale, educazione e formazione continua inadeguate. L'OMS ha ricordato la Dichiarazione di Mosca sulla sanità penitenziaria come parte della salute pubblica (*WHO Moscow Declaration on Prison Health as a Part of Public Health* - WHO Regional Office for Europe, 2003), in base alla quale il ministro responsabile per la sanità penitenziaria dovrebbe essere quello responsabile della sanità pubblica³². La gestione unica dei presidi sanitari interni ed esterni, con mobilità nelle due direzioni, è indicata come modalità adeguata per avere uno staff aggiornato professionalmente e integrato nella comunità scientifica di riferimento, nonché per mantenere maggior indipendenza di giudizio e di comportamento nei confronti dello staff penitenziario. Queste caratteristiche sono funzionali alla garanzia dell'equivalenza dello standard di cura tra interno ed esterno del carcere³³, che a sua volta è un punto essenziale per la garanzia del diritto alla salute delle

31 WHO, *Health in Prisons. A WHO guide to the essentials in prison health*, 2007

32 Ivi, p. 2

33 Ivi, p. 7 ss.

persone recluse. Anche il Comitato europeo per la prevenzione della tortura del Consiglio d'Europa si era espresso nel senso della garanzia di un'assistenza sanitaria unificata tra interno ed esterno³⁴.

Il Comitato Nazionale di Bioetica, nel suo parere *La salute "dentro le mura"* del 27 settembre 2013 ha operato una valutazione degli effetti di tale riforma. Esso ha affermato che la riforma ha fatto entrare in carcere l'istituzione sanitaria, evidenziando che il mandato primo e unico di questa è la promozione della salute della persona e la sua tutela come paziente:

Questo passaggio, da 'medico penitenziario' a 'medico tout court' comporta però una maturazione culturale, così che i medici si considerino davvero autonomi e al servizio della persona, senza farsi impropriamente carico di altre esigenze e punti di vista che non sono richiesti di rappresentare; e che anzi sono chiamati a controbattere 'dalla parte del paziente'³⁵.

In tal modo, le esigenze del diritto alla salute delle persone detenute hanno nel medico un loro rappresentante di fronte all'amministrazione penitenziaria, che invece tutela in primo luogo la sicurezza. Infine, il trasferimento dei rapporti di lavoro del personale sanitario alle dipendenze delle Asl e non più dell'Amministrazione penitenziaria rappresenta una garanzia di autonomia per i medici (e per tutto il personale sanitario), che possono essere più liberi di porsi "dalla parte del paziente"³⁶.

Parte II - Accordi della Conferenza unificata Stato Regioni

La Conferenza Unificata Stato-Regioni ha concluso vari Accordi, allo scopo di dettare disposizioni più specifiche sulle modalità di attuazione della riforma. Tali Accordi hanno creato le Articolazioni per la tutela della salute mentale (ATSM) definendone, seppure a grandi linee, le caratteristiche e indicando le categorie giuridiche di persone da destinarvi. Queste disposizioni regolano modalità esecutive di privazione della libertà personale, e il fatto che siano inserite in accordi Stato-Regioni e non in norme di legge costituisce, come si dirà più avanti, una delle criticità che caratterizzano tali spazi.

Si ripercorrono, dunque, le principali indicazioni che emergono dagli Accordi. La salute intesa in senso generale è l'oggetto su cui si concentra l'**Accordo n. 3/CU del 22/01/2015** che detta le linee guida sulle modalità di erogazione da parte delle Regioni dell'assistenza sanitaria negli istituti penitenziari. Ogni regione deve organizzare una rete di servizi sanitari penitenziari come parte integrante della rete dei servizi sanitari territoriali, in modo da assicurare la continuità assistenziale. I servizi destinati a detenuti con necessità di particolare impegno assistenziale devono essere pianificati secondo il modello organizzativo delle reti cliniche integrate "HUB & SPOKE", che prevede la concentrazione della casistica più complessa in un numero limitato di centri (HUB), connessi con i centri periferici (SPOKE). Nella definizione del modello di rete rientrano l'individuazione delle sezioni sanitarie specializzate all'interno delle strutture penitenziarie e l'individuazione di reparti/posti di ricovero/degenza in strutture ospedaliere esterne (art. 2 Accordo). I servizi penitenziari devono essere organizzati per livelli di complessità crescente in relazione alle dimensioni dell'istituto, dal servizio medico di base, al servizio medico multiprofessionale integrato, fino al servizio medico multiprofessionale integrato con sezione specializzata. Le sezioni specializzate hanno come riferimento normativo l'art. 65 O.P., che l'Accordo richiama espressamente, dando la direttiva di realizzare sezioni per detenuti con malattie infettive, sezioni per detenuti con problemi di tossi-

34 European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (CPT), 3rd General report on the CPT's activities, covering the period 1 January to 31 December 1992, Strasbourg, 4 June 1993, punti 38-40; Comitato dei Ministri del Consiglio d'Europa, Raccomandazione n. R(98)7 sugli aspetti etici e organizzativi della salute in carcere, punti 10-11.

35 Parere CNB *La salute "dentro le mura"* del 27 settembre 2013, p. 17.

36 Ivi, p. 17.

codipendenza e sezioni per detenuti con patologie psichiatriche. Inoltre, sono previste le sezioni specializzate di assistenza intensiva (SAI, ex centri clinici).

La gestione di tutte le attività di tutela della salute della popolazione detenuta, e dei bambini al seguito delle madri detenute, è di competenza delle aziende sanitarie, che devono anche organizzare un'attività di valutazione e miglioramento della qualità della propria organizzazione, con cadenza almeno annuale. I servizi sanitari penitenziari devono adottare regolamenti coerenti con le linee guida delle società scientifiche. Infine, i criteri di efficienza, efficacia, appropriatezza e i Piani diagnostici terapeutici applicati sono definiti in accordo con le ASL territorialmente competenti (art. 6 Accordo).

Le Articolazioni per la tutela della salute mentale (ATSM) sono state oggetto specifico di tre accordi, che hanno a poco a poco definito le loro caratteristiche, seppur in modo incompleto. L'**Accordo n. 81/CU del 26/11/2009** delinea lo stato dell'arte riguardo alle strutture esistenti nell'ambito della sanità penitenziaria, in base alla vecchia classificazione del Ministero della Giustizia che prevede varie tipologie di strutture sanitarie, tra cui "Servizi/sezioni/reparti di psichiatria (minorati psichici ed osservazione)": emerge che vi è una sola sezione per minorati psichici (ex art. 65 O.P.), e si trova nella C.R. di Rebibbia, mentre i reparti di osservazione psichiatrica (ex art. 112, co. 1, DPR 230/2000), sono realizzati nelle carceri di Monza, Torino, Bologna, Firenze, Roma Rebibbia, Reggio Calabria, Palermo, Cagliari, Livorno, Napoli. Reparti allestiti, ma non ancora attivi, si trovavano a Verona, Piacenza e Lanciano. Si afferma la necessità di una giusta collocazione, giuridica e funzionale, per questo tipo di strutture, e di una sistemazione appropriata per le persone qualificate come minorati psichici, che di fatto sono stati internate negli OPG. Considerando che la creazione di sezioni apposite per l'osservazione psichiatrica "è una delle possibili modalità di gestione e organizzazione del servizio psichiatrico intramurario" la Conferenza ritiene necessario organizzare il servizio psichiatrico all'interno degli istituti, in modo da consentire l'osservazione psichiatrica tendenzialmente in sede. E sottolinea in particolare la necessità di potenziare il servizio psichiatrico nei reparti detentivi femminili, dove si ha insufficienza di posti letto. Restando nell'attesa che vengano meglio definite le forme di organizzazione del servizio psichiatrico, la Conferenza conviene di mantenere le strutture esistenti e invita ciascuna ASL a prendere in carico i detenuti reclusi nella struttura penitenziaria di propria competenza.

L'**Accordo n. 95/CU del 13 ottobre 2011** ribadisce la necessità di riportare negli istituti penitenziari quei soggetti, con infermità psichica sopravvenuta o in fase di accertamento, che si trovano negli OPG, e constata che l'indisponibilità di idonee strutture per la salute mentale in carcere rende di fatto non praticabile nessun percorso alternativo all'OPG per queste tipologie di persone. A partire da questa considerazione l'accordo opera un'integrazione degli indirizzi di carattere prioritario contenuti nell'accordo del 2009 prevedendo che ogni regione e provincia autonoma attivi, in almeno un istituto sul suo territorio, o preferibilmente in quello di ciascuna asl, una specifica sezione destinata alla tutela intramuraria della salute mentale. In tale articolazione dovranno essere assicurate le osservazioni all'interno degli istituti (art. 112 DPR 230/2000) e l'accoglienza dei condannati con infermità psichica sopravvenuta durante l'esecuzione della pena, o condannati a pena diminuita per vizio parziale di mente, evitando il loro invio in OPG o in CCC (art. 111, co. 5 e 7 DPR 230/2000). A seguito di tale disposizione l'Amministrazione penitenziaria non deve disporre più invii in OPG per le osservazioni.

Ancora, con il successivo **Accordo n. 3/CU del 22/01/2015**, già sopra descritto in merito alle modalità di erogazione da parte delle Regioni dell'assistenza sanitaria negli istituti penitenziari, è richiamata la previsione normativa dell'art. 65 O.P., secondo la quale alcune categorie di detenuti, affetti da specifici stati patologici, possono essere ospitati "in sezioni penitenziarie a gestione sani-

taria". Per quanto riguarda i soggetti affetti da disturbi mentali si ribadisce (punto 3.2.) che "in tali sezioni gli interventi diagnostici e terapeutico riabilitativi sono assicurati dai dipartimenti di salute mentale delle Aziende sanitarie territorialmente competenti, oltre che dagli specialisti del Servizio". Si specificano di nuovo i soggetti che devono essere inseriti in dette sezioni "che comprendono e unificano le preesistenti sezioni penitenziarie per osservandi e 'minorati psichici': l'inserimento in queste è riservato "ai soggetti detenuti che presentano disturbi psichici gravi, con specifico riferimento ai soggetti di cui all'articolo 111 (commi 5: imputati e condannati con infermità psichica sopravvenuta che non comporti applicazione di misura provvisoria o ordine di ricovero in OPG o CCC; e comma 7: condannati a pena diminuita per vizio parziale di mente) del DPR 230/2000 sull'ordinamento penitenziario, ai soggetti di cui all'articolo 112 del DPR medesimo ed ai soggetti di cui all'art. 148 CP".

Riassumendo. Le articolazioni psichiatriche penitenziarie (ATSM) comprendono e unificano le preesistenti sezioni penitenziarie per osservandi e "minorati psichici" e dovranno ospitare i soggetti con disturbi psichici gravi, ovvero tutte le categorie di soggetti in tali condizioni non sottoposti a misura di sicurezza. La caratteristica principale delle articolazioni psichiatriche penitenziarie è la gestione sanitaria della sezione, in cui "gli interventi diagnostici e terapeutico riabilitativi sono assicurati dai dipartimenti di salute mentale delle Aziende sanitarie territorialmente competenti, oltre che dagli specialisti del Servizio" (Accordo n. 3/CU del 22/01/2015) e quanto al loro numero si prevede che ogni Regione, e provincia autonoma, attivi, in almeno un istituto sul suo territorio, o preferibilmente in quello di ciascuna Asl, una specifica sezione destinata alla tutela intramuraria della salute mentale (Accordo n. 95/CU del 13 ottobre 2011).

È importante segnalare alcuni punti deboli di tali disposizioni. La prima, e più importante, mancanza deriva dal fatto che, essendo inserite in accordi Stato-Regioni, manca alle disposizioni sulle ATSM il valore di legge, requisito che deve essere soddisfatto dalle norme che influiscono sulla libertà personale degli individui ex art. 13 Costituzione. Non vi è nessuna indicazione di legge, in particolare, riguardo a quali categorie di detenuti debbano/possano essere inseriti nelle ATSM, come invece dovrebbe essere, riguardando la modalità di esecuzione della pena. Anche se una parte rilevante della, e preliminare alla, decisione di inserimento in ATSM è costituita da un giudizio clinico, che per di più dovrebbe essere considerato sempre provvisorio, in quanto le patologie dovrebbero evolvere, resta il fatto che tale giudizio clinico, che ovviamente può seguire soltanto parametri medici, dovrebbe essere incardinato in una cornice di tipo legislativo, in grado di garantire la presenza di parametri di garanzia, come la generalità e l'astrattezza delle disposizioni procedurali, nonché delle norme sostanziali, che permettano di giudicare la decisione dell'inserimento anche dal punto di vista della tutela dei diritti della persona. Nessuna indicazione è data, inoltre, riguardo a come debba essere inteso l'inserimento nell'articolazione relativamente all'eventuale misura alternativa psichiatrica, ora prevista dopo la Corte Cost. 99/2019.

È importante, infine, sottolineare che il collocamento nelle ATSM sembra essere gestito come un atto amministrativo di competenza dell'Amministrazione penitenziaria ma, riguardando un diritto soggettivo pieno, esso dovrebbe essere censurabile davanti al giudice e dovrebbe permettere al detenuto interessato di esprimere la sua volontà in merito al collocamento nella ATSM.

Nemmeno sui requisiti strutturali e di trattamento che le articolazioni psichiatriche dovrebbero possedere si ha una disposizione di legge: a parte l'indicazione che gli interventi diagnostici e terapeutico riabilitativi sono assicurati dai dipartimenti di salute mentale, non si hanno regole su come, e da chi, la sezione deve essere gestita, e su come deve essere organizzata spazialmente (arredamento, letti, bagni). Soprattutto non vi sono indicazioni sui trattamenti sanitari che vi possono essere effettuati e sui livelli essenziali di assistenza a cui devono attenersi. Nelle sezioni psichiatriche si

applica, come si fa nelle Rems, la prospettiva del recupero, del reinserimento, della recovery, nella prospettiva della curabilità e temporaneità della malattia mentale? la permanenza nella sezione è vista come transitoria e si costruisce con il paziente un progetto di recupero, che preveda di preferenza l'inserimento in percorsi di uscita?

I Livelli essenziali di assistenza - LEA (DPCM 12 gennaio 2017) nel prendere in considerazione, all'art. 58, le persone detenute ed internate negli istituti penitenziari e i minorenni sottoposti a provvedimento penale, ricordano che ai sensi dell'art. 2, comma 283, della legge 24 dicembre 2007, n. 244, il Servizio sanitario nazionale garantisce l'assistenza sanitaria alle persone detenute, internate ed ai minorenni sottoposti a provvedimento penale, secondo quanto previsto dal DPCM 1° aprile 2008. Il quale prevede che il servizio sanitario penitenziario sia integrato nella rete dei servizi sanitari ordinari, dunque, il riferimento è ai LEA previsti in generale per la popolazione libera, in particolare, quindi, gli artt. 26 e 33 che riguardano l'assistenza sociosanitaria alle persone con disturbi mentali (26) e l'assistenza sociosanitaria semiresidenziale e residenziale alle persone con disturbi mentali (33). Per i minori gli articoli di riferimento sono il 25 e il 32. Le ATSM non sono invece previste come specifiche strutture.

c) Giurisprudenza della Corte Costituzionale (Sentenza 99/2019)

Le persone in detenzione, che sviluppano una patologia psichiatrica in carcere, sono inquadrate dal Codice penale nella disposizione dell'art. 148 c.p., su cui la riforma per il superamento degli OPG non è intervenuta, se non marginalmente. Gli Accordi Stato-Regioni avevano indicato le ATSM come loro destinazione. Tuttavia, tale previsione si è rivelata molto critica e precaria, poiché riguardando una modalità di esecuzione della pena, non può essere contenuta in un atto che non ha il rango della legge (riserva di legge ex art. 13 Cost.)

Eppure, vi era anche stato il suggerimento di creare una nuova misura alternativa alla detenzione dedicata ai malati psichiatrici, art. 148. Il Tavolo 10 su Salute e disagio psichico, nell'ambito degli stati generali dell'esecuzione penale, aveva modellato tale misura sulla grave infermità fisica (art. 147 c.p.) e proponeva di attuarla attraverso la detenzione domiciliare ex art. 47-ter O.P., opportunamente integrato con modifiche normative. Destinatari di tale misura sarebbero stati i soggetti portatori di patologia psichiatrica con una compromissione significativa del funzionamento psichico e dell'adattamento, tale da rendere nulla o scarsa l'efficacia degli interventi riabilitativi all'interno del carcere, persone per le quali è necessario intervenire attraverso un programma terapeutico riabilitativo individuale, realizzato in integrazione con i servizi psichiatrici e sociali del territorio di appartenenza e finalizzate alla cura e al reinserimento sociale della persona. Anche la riforma legislativa prevista nel 2018 nell'ambito della Delega Orlando (Legge delega per la riforma dell'Ordinamento penitenziario n.103/2017) aveva proposto una soluzione simile a quella del Tavolo 10, che però non è riuscita ad arrivare all'approvazione.

Nell'inerzia del legislatore, è intervenuta nel 2019 la Corte Costituzionale, grazie alla questione sollevata dalla Corte di Cassazione³⁷ sulle norme riguardanti la cosiddetta detenzione domiciliare "umanitaria" o "in deroga" (ovvero quelle che permettono alle persone detenute affette da patologie fisiche di accedere alla detenzione domiciliare in luoghi di cura, di cui agli artt. 146-147 c.p. e art. 47-ter, co. 1-ter O.P.), in relazione alla loro applicabilità ai soggetti detenuti con patologia psichiatrica sopravvenuta, e alla luce della disciplina riguardante la patologia psichiatrica (art. 148 c.p.), come ricostruita dopo l'intervento delle Leggi 9/2012 e 81/2014 sul superamento degli OPG.

La Corte di Cassazione ha analizzato l'impatto della riforma sulle norme in esame, e ricostruito la disciplina come contrassegnata da un vuoto normativo, a seguito dall'abrogazione tacita dell'art.

³⁷ Corte di Cassazione, sezione I, n. 13382/2018, data udienza 23/11/2017.

148 c.p. ad opera della Legge del 2014, che avendo stabilito la chiusura degli OPG, destinato le REMS all'esecuzione delle misure di sicurezza, e non avendo detto niente riguardo ai detenuti con patologia psichiatrica sopravvenuta, avrebbe reso inapplicabile l'art. 148. Questa abrogazione produce un vuoto di tutela per il detenuto con patologia psichiatrica che, contrariamente al detenuto con patologia fisica, non può accedere alla sospensione della pena e alla detenzione domiciliare in luogo di cura.

La Corte Costituzionale, con la sentenza 99/2019³⁸, ha ritenuto il ricorso fondato e ha accolto la ricostruzione normativa proposta dalla Corte di Cassazione: ha affermato che l'art. 148, primo comma c.p. non è più applicabile perché superato da riforme legislative che lo hanno svuotato di contenuto precettivo. Pur non essendo stata formalmente abrogata, tutti gli istituti a cui rinvia la disposizione dell'art. 148, e in particolare l'OPG, sono scomparsi, eliminati dalle riforme legislative mosse da un nuovo approccio alla malattia mentale, sintetizzabile nel passaggio dalla mera custodia alla terapia³⁹.

La Corte Costituzionale ha sottolineato la necessità di effettività delle garanzie costituzionali per le persone che, oltre a trovarsi in uno stato di privazione della libertà personale, sono anche gravemente malate e versano dunque "in una condizione di duplice vulnerabilità" (punto 2.1. considerato in diritto). In caso di gravi condizioni di salute, che rendono necessaria l'uscita dal carcere, non garantirla sarebbe una violazione del diritto alla salute, sancito dall'art. 32 Cost.:

la sofferenza che la condizione carceraria inevitabilmente impone di per sé a tutti i detenuti si acuisce e si amplifica nei confronti delle persone malate, sì da determinare, nei casi estremi, una vera e propria incompatibilità tra carcere e disturbo mentale⁴⁰.

Spetta al giudice contemperare nel caso specifico le esigenze di salute e sicurezza, graduando le prescrizioni della detenzione "in deroga" (punto 5.3. considerato in diritto).

A seguito della sentenza 99/2019 risulta quindi applicabile al caso di infermità mentale sopravvenuta la detenzione domiciliare "umanitaria", prevista dall'art. 47 ter, comma 1-ter o.p. Ciò significa che, in caso di condizioni psichiatriche che non siano curabili adeguatamente in una condizione penitenziaria, deve essere costruito, da parte degli psichiatri interni al carcere in collaborazione con gli psichiatri che lavorano sul territorio, un percorso di uscita verso una modalità di presa in carico territoriale, che potrà corrispondere nella gran parte dei casi a una struttura psichiatrica residenziale. Tale percorso di uscita dovrà essere autorizzato dalla magistratura di sorveglianza tramite la concessione della misura alternativa prevista dall'art. 47 ter, comma 1-ter o.p.

38 Su cui si vedano: M. Ruotolo, "Quando l'inerzia del legislatore rende indifferibile l'intervento della Corte costituzionale. A proposito dell'applicazione della detenzione domiciliare per il 'reo folle'", in *Giurisprudenza costituzionale*, 2019, 2, p. 1103; M. Bortolato, "La sentenza n. 99/2019 della Corte costituzionale: la pari dignità del malato psichico in carcere", in *Cassazione Penale*, 9, 2019, p. 3152; M. Pelissero, "Infermità psichica sopravvenuta: un fondamentale intervento della Corte costituzionale a fronte del silenzio del legislatore", *Diritto Penale e Processo*, 9, 2019, 1261; A. Menghini, "La grave infermità psichica sopravvenuta. La consulta supplisce all'inerzia del legislatore", in A. Menghini, E. Mattevi (a cura di), *Infermità mentale, imputabilità e disagio psichico in carcere. Definizioni, accertamento e risposte del sistema penale*, Napoli, Editoriale Scientifica, 2020,

39 Corte Costituzionale, sentenza 99/2019: "in virtù di riforme legislative che riflettono un cambiamento di paradigma culturale e scientifico nel trattamento della salute mentale, che può riassumersi nel passaggio dalla mera custodia alla terapia (ad esempio, in tal senso, il parere del Comitato nazionale per la bioetica, «Salute mentale e assistenza psichiatrica in carcere», del 22 marzo 2019)" (punto 3.1. considerato in diritto).

40 C.Cost.99/2019, (punto 4.1. considerato in diritto).

2.2. I numeri delle articolazioni per la tutela della salute mentale (ATSM)

I primi dati sulla realizzazione delle ATSM sono stati presentati nel 2016 dal Commissario governativo per la chiusura degli OPG, Franco Corleone, nella sua relazione semestrale: una prima mappatura delle articolazioni per la tutela della salute mentale e dei reparti di osservazione psichiatrica su tutto il territorio dello Stato mostrava l'esistenza di **28 articolazioni**, così collocate⁴¹:

Tabella 1. ATSM attivate nelle Regioni italiane nel 2016

	Regione	Istituto penitenziario	Posti letto
1	Piemonte	CC Torino "G. Lorusso – L. Cotugno"	14
2	Lombardia	CC Monza *	5
3	Lombardia	CC Milano San Vittore	2
4	Veneto	CC Verona "Montorio" *	5
5	Veneto	CC Belluno	6
6	Liguria	CC Genova "Marassi"	7
7	Emilia-Romagna	CC Piacenza *	5
8	Emilia-Romagna	II.PP Reggio Emilia	
9	Emilia-Romagna	CC Bologna femminile	2
10	Toscana	CC Firenze "Sollicciano" maschile e femminile	
11	Toscana	CC Livorno *	8
12	Marche	CC Ascoli Piceno *	2
13	Lazio	CC NC Roma "Rebibbia"	8
14	Lazio	CR Roma "Rebibbia"	16
15	Lazio	CC Civitavecchia femminile	2
16	Abruzzo	CC Pescara	7
17	Abruzzo	CC Vasto	3
18	Campania	CC Pozzuoli femminile	6
19	Campania	CC Santa Maria Capua Vetere	20
20	Campania	CC Benevento	6
21	Campania	CC Salerno	8

41 F. Corleone, Relazione semestrale sull'attività svolta dal Commissario unico per il superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari, 19 febbraio - 19 agosto 2016, p. 71 ss. Con dati forniti dal Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria – Direzione Generale dei detenuti e del trattamento – Ufficio Misure di sicurezza. Le Regioni Friuli Venezia Giulia e Trentino Alto Adige, non indicate nella tabella, fanno capo alla Regione Veneto. Presso gli Istituti contrassegnati dall'asterisco, vi sono Sezioni dedicate esclusivamente all'espletamento degli accertamenti ex art. 112 del D.P.R. 230/2000.

	Regione	Istituto penitenziario	Posti letto
22	Campania	CR Sant'Angelo dei Lombardi	10
23	Campania	CP Napoli "Secondigliano"	18
24	Puglia	CC Lecce	20
25	Calabria	CC Reggio Calabria "G. Panzera" *	5
26	Sicilia	CC Palermo "Pagliarelli" *	5
27	Sicilia	II. PP. Barcellona Pozzo di Gotto maschile e femminile	
28	Sardegna	CC Cagliari	2

I detenuti nelle articolazioni contavano **in totale 201 presenze**, così ripartiti per categorie giuridiche:

- i detenuti presenti classificati come art. 148 erano in totale 35, per la maggior parte presenti a Reggio Emilia (16);
- i detenuti presenti classificati come art 111 del D.P.R. 230/2000 erano in totale 110, di cui la maggior parte a Barcellona Pozzo di Gotto (36), Reggio Emilia (30), Roma Rebibbia (16), Napoli Secondigliano (15);
- i detenuti in Osservazioni Psichiatrica (art 112 del D.P.R. 230/2000) erano complessivamente 56. Si tratta tuttavia di un dato molto variabile, in quanto la permanenza in osservazione non può superare i trenta giorni.

Il Commissario aveva evidenziato alcune contraddizioni che emergevano dal monitoraggio. I posti previsti in alcune regioni (Lombardia, Emilia-Romagna, Veneto e Toscana) erano assolutamente insufficienti. Mentre a Reggio Emilia, dove erano ospitate 46 persone (16 ex art 148 e 30 ex art 111), così come a Barcellona Pozzo di Gotto, che era ancora formalmente OPG, dove erano ospitati 50 detenuti (4 ex art.148, 36 ex art. 111 e 10 ex art. 112), si continuava a violare il principio della territorialità, perché i numeri indicavano che si ospitavano persone da fuori regione. Inoltre, il Commissario esprimeva preoccupazione riguardo al fatto che per Barcellona Pozzo di Gotto e per Reggio Emilia, non venisse data indicazione circa la capienza massima.

I dati presentati nella seconda relazione del Commissario governativo per la chiusura degli OPG⁴² mostravano alcuni cambiamenti nella distribuzione e nella popolazione detenuta nelle ATSM. Il Commissario riporta i dati forniti dal DAP al 31 gennaio 2017⁴³, che risultano parziali: si ha l'elenco delle articolazioni psichiatriche penitenziarie istituite e dei detenuti ex art. 148 in esse presenti. Mancano però 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.:

42 F. Corleone, Relazione semestrale sull'attività svolta dal Commissario unico per il superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari, 19 agosto 2016 – 19 febbraio 2017, p. 47 ss.

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

Tabella 2. Presenze 148 in ATSM 2016

	Regione	Istituto	F/NC/A	Posti letto 2016	Art. 148 U	Art. 148 F
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		
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	

	Regione	Istituto	F/NC/A	Posti letto 2016	Art. 148 U	Art. 148 F
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 Gotto 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 effettiva 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"), tuttavia ancora in attesa di effettiva attuazione. Il Commissario ha integrato i dati forniti dal DAP con quelli inviati da alcuni Provveditorati regionali e ricostruito un quadro più ricco, ma con incongruenze, che confermano la situazione di caos organizzativo già rilevata nella precedente relazione.

Il Commissario richiama l'attenzione su un fenomeno che emerge dai dati ricevuti, e che risulta particolarmente preoccupante: quello dei detenuti qualificati come "minorati psichici" (ex art. 111 del D.P.R. 230/2000). Le due articolazioni di Reggio Emilia e Barcellona Pozzo di Gotto mostrano, infatti, oltre le presenze di persone ex art. 148 c.p., una presenza consistente di detenuti qualificati come 111, ovvero come "minorati psichici". 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.), ma nel caso di Barcellona Pozzo di Gotto i detenuti ex art. 111 sono qualificati espressamente come "minorati psichici", mentre per quanto riguarda Reggio Emilia la classificazione è utilizzata genericamente, come art. 111:

Tabella 3. Presenze per 111, 112 e 148 nel 2016 nell'II.PP. di Reggio Emilia e di Barcellona Pozzo di Gotto

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

Il Commissario ha evidenziato come la categoria fosse notevolmente aumentata rispetto all'inizio del processo di chiusura degli OPG: nelle rilevazioni allora effettuate la categoria dei "minorati psichici" aveva un peso marginale a livello numerico⁴⁴, mentre nelle rilevazioni di inizio 2017 la definizione di "minorato psichico" sembra aver avuto una nuova fortuna. La categoria del minorato psichico, sottolinea il Commissario, 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). Inoltre, il fatto che la qualificazione come minorato psichico avvenga con un atto dell'amministrazione penitenziaria accresce la necessità di approfondire la questione, in quanto la decisione amministrativa 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?

Un'altra caratteristica interessante è stata evidenziata: se si guarda all'età dei soggetti qualificati come "minorati psichici" si vede che non si tratta di detenuti anziani che, dopo aver passato la vita istituzionalizzati, 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.

Persiste la violazione del principio di territorialità, perché una buona percentuale di detenuti reclusi nelle due articolazioni proviene da fuori regione: Reggio Emilia (44 su 46) e Barcellona Pozzo di Gotto (15 su 55).

La prima fase di realizzazione delle ATSM è stata dunque gestita senza una precisa direzione, tanto che si sono avuti casi i cui si è chiamata ATSM una sezione ordinaria, del tutto mancante dei requisiti della struttura sanitaria, con una vera e propria "truffa delle etichette": un caso di questo tipo si è verificato al carcere Dozza di Bologna ed è stato portato davanti alla Magistratura di sorveglianza con il supporto dell'associazione L'altro diritto e l'Ufficio di Sorveglianza di Bologna, ha accolto il

44 Nei dati presentati nella prima relazione semestrale del Commissario, 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), p. 76. 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>

ricorso perché la detenzione si era svolta in violazione degli artt. 13 e 32 Cost., in quanto la sezione denominata “psichiatrica” non aveva niente di sanitario⁴⁵. Inoltre, poiché l'art. 148 c.p. richiedeva una forma differenziata di esecuzione della pena che non può proseguire in regime ordinario a causa dell'infermità sopravvenuta, la persona detenuta avrebbe dovuto essere assegnata, nel caso di specie, a una struttura adeguata alla cura psichiatrica, sita nel territorio nazionale, preferibilmente vicina al territorio di provenienza della ricorrente⁴⁶.

Inoltre, delle articolazioni psichiatriche penitenziarie elencate negli atti amministrativi non tutte sono state effettivamente realizzate nel momento della loro istituzione sulla carta e il Commissario per la chiusura degli OPG ha messo in evidenza la discrepanza dei dati forniti dai diversi livelli dell'Amministrazione penitenziaria e tra il dato amministrativo e quello fattuale⁴⁷.

La Corte di Cassazione ha riportato, a fine 2017, la cifra di 38 sezioni, che risultano attivate in base ai dati del Dipartimento dell'Amministrazione penitenziaria, per una capienza complessiva di 500 posti letto⁴⁸.

La mappatura più recente delle ATSM con i dati sul numero delle sezioni (33 in tutto) e sulle presenze (**227 in totale**, di cui 17 donne e 210 uomini), è contenuta nella relazione del Garante nazionale delle persone private della libertà presentata al Parlamento nel giugno 2023, con dati relativi al 31 marzo 2023. Essa evidenzia numeri non molto distanti da quelli rilevati negli anni 2016 e 2017. Restano le incongruenze nei dati (lampante la discrasia con i dati rilevati dalla Corte di Cassazione a fine 2017) e la necessità, ancora non soddisfatta dalle Amministrazioni competenti, di un monitoraggio organico e costante del fenomeno.

45 Ordinanza dell'ufficio di Sorveglianza di Bologna n. 2016/1782 del 6/7/2016, depositata in cancelleria in data 11/7/2016, pronunciata su ricorso ex art. 35 bis O.P.

46 K. Poneti, *Salute mentale in carcere: l'incerto destino dei rei folli*, in F. Corleone (a cura di), *Mai più manicomi*, Fiesole, Fondazione Michelucci Press, 2018.

47 Si veda la F. Corleone, *Seconda Relazione Semestrale sulle attività svolte dal Commissario unico per il superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari*, 19 agosto 2016 – 19 febbraio 2017, p. 47 ss.

48 Corte di Cassazione, sezione I, n. 13382/2018, data udienza 23/11/2017.

Tabella 4. Sezioni articolazione per la salute mentale. Tabella tratta dalla Relazione del Garante Nazionale 2023, p. 218

Regioni	Istituti	Articolazioni salute mentale												
		n. sezioni			Presenti			n. sezioni per persone disabili			persone disabili presenti			
		F	M	D	n. camere	U	n. camere	F	M	F	n. camere	M	n. camere	
ABRUZZO	Pescara - Casa circondariale	0	1	0	0	7	4	0	0	0	0	0	0	0
	Vasto - Casa Lavoro	0	1	0	0	1	3	0	0	0	0	0	0	0
CALABRIA	Catanzaro - Casa circondariale	0	1	0	0	7	6	0	1	0	0	0	0	0
	Reggio Calabria "G. Panzera" - Casa Circondariale	0	1	0	0	0	5	0	0	0	0	0	0	0
CAMPANIA	Benevento - Casa circondariale	0	1	0	0	2	4	0	0	0	0	0	0	0
	Napoli Secondigliano - Casa circondariale	0	1	0	0	14	18	0	0	0	0	0	0	0
	Pozzuoli - Casa circondariale femminile	1	0	7	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Salerno - Casa circondariale	0	1	0	0	8	4	0	0	0	0	0	0	0
	Santa Maria Capua Vetere - Casa circondariale	0	1	0	0	19	12	0	0	0	0	0	0	0
	Sant'Angelo dei Lombardi - Casa di Reclusione	0	1	0	0	1	5	0	0	0	0	0	0	0
EMILIA-ROMAGNA	Bologna - Casa circondariale	1	0	5	2	0	0	0	1	0	1	0	0	0
	Piacenza - Casa circondariale	0	1	0	0	3	5	0	0	0	0	0	0	0
	Reggio Emilia - Istituti penitenziari	0	1	0	0	44	50	0	0	0	0	0	0	0
LAZIO	Civitavecchia - Casa circondariale	1	0	2	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Roma Rebibbia - Casa circondariale	0	1	0	0	2	3	0	0	0	0	0	0	0
	Roma Rebibbia - Casa circondariale femminile	1	0	0	6	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Roma Regina Coeli - Casa circondariale	0	1	0	0	1	2	0	0	0	0	0	0	0

Regioni	Istituti	Articolazioni salute mentale														
		n. sezioni				Presenti				n. sezioni per persone disabili		persone disabili presenti				
		F	M	D	n. camere	U	n. camere	F	M	F	M	F	n. camere	M	n. camere	
LAZIO	Velletri - Casa circondariale	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	1
	Viterbo - Casa circondariale	0	1	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0
LIGURIA	Genova Marassi - Casa circondariale	0	1	0	0	2	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0
LOMBARDIA	Monza - Casa circondariale	0	1	0	0	1	5				0	0	0	0	0	0
	Pavia - Casa circondariale	0	1	0	0	12	11	0	0	0	0	0	0	0	0	0
MARCHE	Ascoli Piceno - Casa circondariale	0	1	0	0	4	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0
PIEMONTE	Torino - Casa circondariale	1	2	0	2	23	38	0	1	0	0	0	2	2	2	2
PUGLIA	Lecce - Casa circondariale	0	1	0	0	4	10	0	1	0	0	0	0	1	0	1
SARDEGNA	Cagliari - Casa circondariale	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
SICILIA	Barcellona P.G. - Casa circondariale	1	1	3	7	32	26	0	1	0	0	0	0	0	2	2
	Palermo - Casa circondariale	0	1	0	0	5	6	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TOSCANA	Firenze Sollicciano - Casa circondariale	0	1	0	0	9	8	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Livorno - Casa circondariale	0	0	0	0	0	8	0	0	0	0	0	0	0	0	0
UMBRIA	Spoletto - Casa di reclusione	0	1	0	0	2	5	0	1	0	0	0	1	1	1	1
VENETO	Belluno - Casa circondariale	0	1	0	0	5	6	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Verona - Casa circondariale	0	1	0	0	2	5	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTALE NAZIONALE	Sezioni presenti in 33 istituti su 190 (17%)	6	27	17	22	210	258	1	7	1	1	1	4	9	9	9

2.3 il quadro normativo regionale della Toscana

L'organizzazione del servizio sanitario in carcere

La Regione Toscana ha configurato l'organizzazione del servizio sanitario in carcere a seguito delle linee guida della Conferenza Unificata contenute nell'Accordo n. 3/CU del 22/01/2015, sopra citato. La Delibera della Giunta regionale n. 873 del 14/09/2015 detta le linee guida per l'erogazione dell'assistenza sanitaria negli Istituti penitenziari e per la realizzazione delle reti sanitarie nazionali e regionali, tenendo come punto di riferimento l'Accordo del 2015 che detta le linee guida a livello nazionale per l'erogazione dei servizi e per la realizzazione delle reti sanitarie regionali e nazionali (Allegato A).

Le linee guida della Regione Toscana (Allegato B) disegnano il quadro organizzativo del servizio sanitario nelle carceri toscane, stabilendo alcuni punti fermi. Innanzitutto, in ogni carcere vi deve essere un presidio sanitario in grado di assicurare alcune funzioni indispensabili: la medicina di base, il servizio per le tossicodipendenze ed il servizio psichiatrico. In ciascuna struttura penitenziaria ci deve essere un responsabile medico, con funzione di raccordo e coordinamento con gli altri sanitari e con l'Amministrazione penitenziaria. Le strutture penitenziarie sono, inoltre, classificate in diversi livelli, dai più semplici ai più complessi, in base alla complessità delle prestazioni sanitarie che possono essere fornite. Ogni servizio sanitario penitenziario è considerata una sede territoriale della locale azienda sanitaria, fa quindi parte della rete dei servizi regionali ed eroga l'assistenza sanitaria in modo multidisciplinare e nella prospettiva dell'integrazione di interventi, assicurando la continuità assistenziale.

In Toscana, quando è stata emanata la Delibera n. 873, vi erano 18 istituti penitenziari per adulti, distribuiti sul territorio di 11 ASL. Dal 1° gennaio 2016 le ASL sono state accorpate in tre grandi ASL, che corrispondono alle ex aree vaste (L.R. n. 28 del 16 marzo 2016); inoltre, il sistema sanitario toscano comprende le tre Aziende Ospedaliere-Universitarie (AUO Careggi, AUO Pisana, AUO Senese e AUO Meyer) delle quali ognuna è punto di riferimento di un'area vasta, mentre la AUO Meyer è riferimento per tutta la Regione.

Ogni azienda sanitaria, in base alla propria competenza territoriale, si prende carico della salute delle persone detenute attraverso i presidi penitenziari e con il supporto dei presidi sanitari territoriali e ospedalieri, garantendo i Livelli Essenziali di Assistenza. Ogni ASL ha un referente per la salute in carcere.

In ogni istituto penitenziario è presente un presidio sanitario, che è paragonabile a un presidio distrettuale. Per la specificità logistica è assimilabile a "una struttura residenziale territoriale con bisogni di assistenza sanitaria di cui l'Azienda sanitaria competente si fa carico includendola nella programmazione corrente ed impiegando i propri servizi, articolazioni sanitarie, sociali territoriali e ospedalieri necessari per il raggiungimento dei Livelli Essenziali di assistenza per i detenuti e le detenute (adulti e minori), al pari dei cittadini liberi" (punto B). Ogni presidio ha un responsabile, a cui è affidato il coordinamento delle attività sanitarie che si svolgono all'interno, nonché l'integrazione e i contatti con la Direzione dell'istituto penitenziario, in accordo con il referente aziendale della salute in carcere.

Un passaggio molto importante della Delibera 873 è quello in cui la Regione Toscana sottolinea che la propria azione è rivolta ad assicurare ai detenuti il diritto alla salute in condizioni di parità con i cittadini liberi, nella consapevolezza di quanto questa parità sia difficile da raggiungere proprio a causa della condizione di detenzione: Eguaglianza del diritto alla salute fra detenuti e cittadini liberi non significa solo uguaglianza nell'offerta dei servizi sanitari, ma "assicurare alle persone detenute pari opportunità nell'accesso al bene salute, tenendo conto delle particolari condizioni di vita in un regime di privazione della libertà, che si per sé rappresenta un ostacolo al conseguimento dell'obiettivo salute" (punto C).

Uno strumento essenziale per dare agibilità e tempestività alle informazioni sulla salute dei cittadini detenuti è il dossier sanitario elettronico: “La disponibilità in formato digitale delle informazioni e dei documenti clinici relativi alle prestazioni erogate dal Servizio sanitario, ha la finalità di consentire agli operatori sanitari di avere accesso alle informazioni in tempo reale, per garantire una continuità diagnostica e terapeutica e una corretta presa in carico dei pazienti detenuti, spesso sottoposti a trasferimenti da un istituto penitenziario all'altro o da una regione all'altra” (punto C.).

La scelta del medico, fra quelli presenti in carcere, deve essere favorita il più possibile, così prevedono le linee guida della Regione Toscana, mentre quelle nazionali contengono l'indicazione di permettere a professionisti sanitari di fiducia del detenuto di accedere alla struttura penitenziaria e utilizzarne le strutture mediche, dietro pagamento. Disposizioni importanti che tutelano la libertà di scelta in campo sanitario. Altro punto importante toccato dalla Delibera concerne la prestazione di visite specialistiche in carcere, cui viene data attenzione attraverso il monitoraggio delle prestazioni effettuate.

La salute mentale è richiamata nello specifico tra le prestazioni da garantire negli istituti penitenziari. Vi compaiono, infatti, la “prevenzione, cura e riabilitazione per la salute mentale”, e vengono a tal proposito richiamati i dati ARS, che indicano come le patologie psichiatriche rappresentino la prevalenza delle patologie riscontrate nei detenuti (il 41% nel 2012 e il 35% nel 2014 del totale delle patologie). L'azienda USL si deve fare carico della salute mentale delle persone detenute e in ogni istituto deve essere presente un servizio psichiatrico interno, gestito direttamente dal servizio della ASL, che provvede a:

- Individuazione precoce del disagio mentale, per prevenzione e riduzione rischio suicidio e auto/etero lesionismo;
- Individuazione precoce di forme di disagio psichico che possono evolvere in patologie;
- Cura e riabilitazione;
- Prevenzione;
- Assistenza psicologica;
- Integrazione con altri servizi medici Asl, e con servizi sociali;
- Collaborazione con Area trattamentale per accesso a misure alternative;
- Continuità terapeutica con servizi e presidi del territorio.

Allo scopo di elaborare percorsi di cura alternativi al carcere ed evitare misure di sicurezza detentive improprie si ricorda l'importanza di rafforzare, tramite accordi interistituzionali, la collaborazione con l'Autorità giudiziaria. Un accordo con il PRAP dovrà fungere da quadro ordinativo per l'adeguamento della rete regionale per la salute mentale in carcere, secondo quanto previsto dal precedente Accordo della Conferenza Unificata rep. Atti n. 95/CU del 13/10/2011:

1. Sezioni per accertamento condizioni psichiche detenuti (osservazioni ex art. 112, co. 2, DPR 230/2000);
2. Sezioni per persone detenute con disagio o patologia psichica (infermità sopravvenuta e sezioni per infermi e minorati psichici ex art. 111, co. 5 DPR 230/2000 e 148 C.P.).

Nella delibera sono presenti anche i numeri del personale assegnato, complessivamente, agli istituti penitenziari **al 31 dicembre 2014: 186 medici, 186 infermieri, 30 psicologi, 13 personale tecnico, 4 ausiliario, 22 OSS**. Tra questi vi sono numerosi professionisti a contratto, soprattutto in alcune categorie: 104 infermieri su 186, 27 psicologi su 30, 14 dei 22 OSS e 4 su 4 di personale ausiliario sono a contratto.

Gli istituti penitenziari sono classificati in base all'intensità delle prestazioni sanitarie che vi posso-

no essere fornite, fermo restando il fatto che in ognuno devono essere necessariamente presenti la medicina generale, il Sert e il servizio di salute mentale.

- 1. Servizi con medicina di base:** sono i presidi sanitari a minore intensità, tipo 1a e tipo 1b. I presidi tipo 1a accolgono detenuti con ridotti bisogni assistenziali e garantiscono: assistenza sanitaria di base (medico responsabile, infermieristica fino a 6 ore al giorno, urgenze (medico se presente o 118), specialistica a domanda. Vi rientrano: **Arezzo, Grosseto, Massa Marittima, Siena e Gorgona**. Vi era compreso anche Empoli, che oggi non è più un istituto penitenziario, perché nei suoi locali è stata realizzata la REMS. I presidi di tipo 1b accolgono detenuti con bisogni assistenziali non particolarmente impegnativi: assistenza sanitaria di base (con medico da 8 a 24 ore al giorno e infermeria da 12 a 24), risposta alle urgenze e specialistica a domanda. Vi rientrano: **Firenze Gozzini, Livorno, Lucca, Pistoia, Porto Azzurro, San Gimignano, Volterra**.
- 2. Servizi medici multiprofessionali integrati:** accolgono detenuti con bisogni assistenziali anche importanti, che necessitano di monitoraggio e garantiscono assistenza di base (medico e infermieristica h24), urgenze, specialistica (interna). Vi rientrano: **Massa, Pisa e Prato**.
- 3. Servizio multiprofessionale integrato con sezione specializzata:** accoglie detenuti con bisogni assistenziali impegnativi, che necessitano monitoraggio clinico; vi è la presenza di una sezione detentiva sanitaria specializzata; garantiscono: assistenza di base (medico e infermieristica h24), urgenze, specialistica (interna), presidio psichiatrico interno per detenuti di cui agli artt. 111 e 112 DPR 230/2000 e 148 CP. Vi rientra solo **Firenze Sollicciano**, dove nel 2014 erano presenti:
 - a. 2 sezioni per le osservazioni per l'accertamento delle infermità psichiche ex art. 112 DPR 230/2000: una femminile (1pl) e una maschile (5pl): quella femminile è successivamente stata eliminata, mentre quella maschile è ora parte dell'ATSM;
 - b. 1 reparto di casa di cura e custodia femminile per minorate psichiche di cui all'art. 111 DPR 230/2000 e 148 CP: è stato successivamente eliminato;
 - c. Una sezione per tossicodipendenti (maschile) che necessitano di trattamento farmacologico (60 pl);
 - d. Una sezione per tossicodipendenti (maschile) che non necessitano di trattamento farmacologico (60 pl);
 - e. Le detenute tossicodipendenti non hanno una sezione apposita, ma sono collocate nella sezione assegnata in base alla loro posizione giuridica.
- 4. Servizio medico multiprofessionale integrato con sezioni dedicate e specializzate di assistenza intensiva (S.A.I.):** si tratta di strutture che rispondono a bisogni di salute che richiedono assistenza specialistica continuativa, di tipo extra-ospedaliero (reparto FKT di **Massa**: 13 pl per cicli di riabilitazione), o di tipo ospedaliero (Ospedale Fucci presso la CC di **Pisa**: 44 pl, di cui 9 femminili per particolari interventi medici o chirurgici).
- 5. Camere dedicate presso presidi ospedalieri territoriali:** utilizzate per interventi ospedalieri programmati, in alcuni casi anche in urgenza. In ogni ambito territoriale di area vasta sono presenti posti letto dedicati all'interno dei presidi ospedalieri: Ospedale delle Apuane (2ppll), Ospedale Campo di Marte di Lucca (2ppll), AUO Pisana (2ppll), PO Volterra S.M. Maddalena (2ppll), Ospedale S. Jacopo di Pistoia (1pl), Nuovo Ospedale di Prato (2ppll), AOUS Le Scotte (2ppll), Presidio Ospedaliero Arezzo San Donato (2ppll), Ospedale Misericordia di Grosseto (1pl).

ATSM Sollicciano

A Sollicciano è stata realizzata una ATSM per la quale era stata approvata una bozza di accordo, con la DGR 1195/2016. Essa approvava la bozza di accordo tra il Provveditorato regionale dell'Amministrazione Penitenziaria e la Regione Toscana per la realizzazione dell'ATSM a Sollicciano (con 2 posti per maschi e uno per femmine). L'ATSM presente a Sollicciano risulta istituita con DM del 28 maggio 2015, ma realmente attivata solo nel gennaio 2019 (con 9 posti per maschi) a seguito dell'Accordo tra la Direzione di Sollicciano e la Azienda USL Toscana Centro del 7/12/2018.

Obiettivi prioritari per la tutela della salute dei detenuti e degli internati

Con la Delibera n. 356 del 6 aprile 2021 la Regione Toscana ha aggiornato gli obiettivi prioritari per la tutela della salute dei detenuti in carcere e dei pazienti psichiatrici autori di reato in Toscana per il triennio 2021-2023, in continuità con la precedente programmazione e nella prospettiva di condividere prassi e procedure, tramite accordi specifici, con tutte le agenzie coinvolte nella cura e nel recupero della persona ristretta. Tra gli obiettivi, da realizzare nelle carceri e nelle Rems, ve ne sono alcuni più direttamente legati alla salute mentale, come la definizione e la realizzazione di progetti annuali per l'assistenza psicologica, il monitoraggio dei Piani Prevenzione Rischio Suicidario e la relativa formazione agli operatori sanitari e penitenziari, la realizzazione di azioni a sostegno della popolazione detenuta con problemi di tossicodipendenza e/o salute mentale, l'attuazione e il monitoraggio di programmi e azioni regionali in materia di percorsi di cura ed inclusione dei rei prosciolti per infermità mentale, ai sensi della legge 81/2014 e il consolidamento della relativa rete dei servizi e delle strutture territoriali.

Osservatorio permanente sulla sanità penitenziaria

In base al DPCM 1° aprile 2008 (Allegato A) le Regioni devono istituire un organismo di monitoraggio e valutazione degli interventi sanitari in carcere.

La Regione Toscana ha istituito un Osservatorio permanente sulla sanità penitenziaria, chiamato comunemente Osservatorio carcere. La prima istituzione si è avuta con la DGR n. 213/2012, che è stata successivamente modificata dalla DGR n. 163/2017.

L'organismo svolge il compito di monitoraggio e valutazione dell'efficienza ed efficacia degli interventi a tutela della salute dei detenuti. È un organismo unico, come del resto previsto dal DPCM 1° aprile 2008, per superare la pluralità di organismi creata precedentemente.

La DGR n. 163/2017 definisce i membri componenti. Questi sono:

- il Responsabile del Settore regionale competente in materia di salute in carcere, con funzioni di coordinamento;
- i Referenti delle Aziende USL della Toscana per la salute in carcere;
- il Responsabile del Provveditorato Regionale dell'Amministrazione Penitenziaria competente per gli istituti della Toscana;
- i Direttori dei Centri di Giustizia Minorile competenti per gli istituti penali minorile della Toscana;
- il Responsabile dell'Osservatorio di epidemiologia dell'Agenzia Regionale di Sanità Toscana.

Il Responsabile del Settore regionale competente in materia di tutela della salute in carcere, oltre ad avere il coordinamento dell'Osservatorio, definisce gli obiettivi, le attività e le modalità operative dello stesso.

L'osservatorio svolge, nello specifico, i compiti previsti nella DGR 213/2012, e confermati dalla successiva DGR n. 163/2017:

- coordinamento, integrazione e collaborazione tra le istituzioni che esercitano competenze sanitarie e trattamentali in ambito penitenziario;

- osservazione e analisi costante delle azioni programmatiche e del funzionamento dei servizi sanitari preposti alla tutela della salute in ambito penitenziario;
- monitoraggio tecnico e organizzativo delle attività dei servizi sanitari e valutazione epidemiologica della popolazione carceraria;
- supporto alle attività gestionali dei servizi sanitari e alla ricerca, costruzione indicatori e miglioramento continuo della qualità;
- definizione linee di indirizzo per la salute in carcere e percorsi organizzativi ed assistenziali;
- valutazione dell'efficienza e dell'efficacia degli interventi a tutela della salute in carcere, adottati a fronte della complessità del processo di trasferimento, degli standards assistenziali e dei bisogni di salute;
- verifica della coerenza delle misure connesse alla tutela della salute, attuate a seguito del trasferimento delle competenze della sanità penitenziaria;
- raccordo periodico d'informazione con la rete dei garanti dei diritti dei detenuti, tramite il Garante delle persone sottoposte a misure restrittive della libertà personale del Consiglio regionale della Toscana (funzione mai attivata);

In considerazione del ruolo istituzionale ad essa assegnato dalla LR 40/2005, art. 82 che definisce l'Agenzia regionale di sanità quale ente di consulenza tecnico-scientifica per la Giunta e per il Consiglio regionale, che svolge attività di studio e ricerca in materia di epidemiologia e verifica di qualità dei servizi sanitari, l'Agenzia Regionale di Sanità (ARS) ha il compito di svolgere l'indagine epidemiologica negli istituti penitenziari e nei servizi penali minorili della Toscana. L'organismo è funzionante, e svolge regolarmente riunioni.

Raccordo tra i servizi territoriali e i presidi sanitari penitenziari nella presa in carico dei pazienti psichiatrici

Il raccordo tra i servizi territoriali di salute mentale e delle dipendenze e i presidi sanitari penitenziari è un punto cruciale nel funzionamento della rete dei servizi. Il Decreto dirigenziale 10321/2016 ha approvato gli indirizzi operativi perché questo divenga effettivo. In particolare il coordinamento ha lo scopo di:

- favorire l'intervento dei servizi di salute mentale e delle dipendenze competenti per territorio in cui ha sede l'istituto penitenziario e il raccordo con i servizi di salute mentale e per le dipendenze territorialmente competenti per la persona reclusa che presenta problemi psichiatrici e di doppia diagnosi;
- coinvolgere i servizi di salute mentale competenti per il territorio in cui il carcere si trova per la risposta alla emergenza psichiatrica che richieda ricovero ospedaliero;
- proporre, laddove ritenuto idoneo e in accordo con i servizi di salute mentale territoriali l'avvicinamento al luogo di residenza del malato di mente autore di reato, per consentirne la progressiva territorializzazione;
- favorire l'attuazione di appropriate soluzioni territoriali al fine di evitare invii impropri in REMS.

Gli obiettivi sono quelli della continuità terapeutica, della presa in carico anche delle persone che prima dell'ingresso in carcere erano sconosciuti ai servizi, tra cui i senza fissa dimora e assicurare la stesura congiunta del Piano terapeutico Individuale.

Le indicazioni operative indicano la necessità di fornire reciproche informazioni, tra servizio psichiatrico interno al carcere e territoriale, in particolare tramite l'informazione che il Responsabile del Presidio sanitario penitenziario, "al momento in cui viene accertata la presenza in istituto peni-

tenziario di un paziente con rilevanti turbe psichiche” (Punto 1) deve dare ai servizi di salute mentale territorialmente competenti, indicando il nominativo dello psichiatra del presidio sanitario penitenziario che ha in carico la persona; e con indicazione, entro e non oltre 15 giorni dal ricevimento della notizia, da parte del servizio di salute mentale territorialmente competente, del nominativo dello psichiatra titolare della cura della persona, quale referente del caso. Le indicazioni riguardano, inoltre, la collaborazione nella predisposizione del piano terapeutico (PTI): “Lo psichiatra del servizio di salute mentale territoriale e lo psichiatra del presidio sanitario penitenziario, che segue clinicamente il caso, si rapportano direttamente per la formulazione del Piano di trattamento individuale (PTI), restando attribuita al secondo tra i due la responsabilità di scegliere e gestire la cura farmacologica e al primo il compito di individuare le eventuali ipotesi di accoglienza esterne al carcere, qualora praticabili. Insieme potranno relazionare all’Autorità Giudiziaria competente per gli opportuni provvedimenti” (Punto 1). La fase della stesura del programma di trattamento terapeutico interno al carcere deve avvenire entro 60 giorni dalla prima comunicazione pervenuta ai servizi territoriali.

I servizi penitenziari e quelli territoriali devono collaborare anche nella progettazione dei percorsi esterni al carcere: “Nel caso in cui il servizio di salute mentale territoriale ritenga idoneo un percorso di cura diverso dal carcere, il progetto terapeutico individualizzato è elaborato in accordo con il servizio di salute mentale del presidio sanitario penitenziario e presentato al Responsabile del presidio sanitario penitenziario in cui è detenuto il paziente stesso, che lo trasmette alla Direzione dell’istituto. La proposta all’Autorità Giudiziaria competente è formulata in sede di equipe integrata con la Direzione dell’istituto penitenziario, che la trasmette all’AG” (Punto 3).

L’individuazione della soluzione di accoglienza sul territorio è dunque di competenza del servizio psichiatrico territoriale, che deve garantire:

- la disponibilità del posto nella comunità terapeutica, residenza, casa alloggio o altro individuato nel progetto presentato dal servizio;
- l’inserimento nella struttura individuata (disponibilità delle risorse finanziarie, delibera o atti aziendali necessari, pagamento della retta, documentazione per l’ammissione alla struttura o qualsiasi altro adempimento necessario);
- le modalità di accompagnamento, trasporto o trasferimento del paziente dall’istituto penitenziario alla struttura individuata.

Un punto molto importante riguarda il monitoraggio semestrale dell’attuazione di tali indirizzi, con la partecipazione dei referenti dei servizi aziendali competenti in materia di salute in carcere, salute mentale e dipendenze per i casi di doppia diagnosi. In tale ambito Ogni Azienda USL assicura la registrazione e il monitoraggio delle persone detenute in carico e/o segnalate dai presidi sanitari penitenziari, con l’indicazione dei servizi di competenza.

3. Le Rems: le norme e i dati sulla tutela della salute mentale delle persone prosciolte per infermità di mente

3.1 quadro normativo nazionale: la riforma per il superamento degli Opg

Da cinque anni ha avuto fine la storia dei sei OPG italiani (Castiglione delle Stiviere, Reggio Emilia, Montelupo Fiorentino, Aversa, Napoli, Barcellona Pozzo di Gotto): esattamente l’11 maggio 2017, con l’uscita da Barcellona Pozzo di Gotto dell’ultima persona che vi era reclusa. Un evento che è stato l’esito di un lungo e complesso percorso di attuazione della riforma per il definitivo superamento degli OPG, prevista dall’art 3-ter della L. 17 febbraio 2012, n. 9 e dai successivi interventi di

modifica (D.L. 24/2013 e relativa legge di conversione L. 57/2013 – D.L. 52/2014 e relativa legge di conversione L. 81/2014)⁴⁹.

Questo insieme di interventi legislativi ha le sue radici nel precedente percorso di riforma della sanità penitenziaria, che ha sancito il passaggio di competenze in quella materia dal Ministero della Giustizia al Ministero della salute e alle Regioni, al fine di garantire ai detenuti un livello di tutela della salute equivalente a quello offerto alla popolazione libera⁵⁰. Tuttavia, l'impulso decisivo per la riforma è stato dato dalla denuncia delle condizioni degradanti in cui versavano gli internati in OPG, fatta dalla Commissione Marino nel 2011⁵¹. L'idea che ha guidato il legislatore è stata quella di porre al centro delle misure di sicurezza per persone giudicate incapaci di intendere e volere per «infermità di mente» la tutela della loro salute, in linea con i principi affermati dalla giurisprudenza della Corte Costituzionale⁵².

Con la L. 9/2012 e s.m.i., il legislatore ha deciso di non modificare il sistema del “doppio-binario”⁵³ previsto dal codice Rocco, lasciando in piedi la distinzione tra imputabili e non imputabili e il sistema delle misure di sicurezza, e introducendo le nuove Residenze per l'Esecuzione delle Misure di sicurezza (REMS): un'istituzione a completa gestione sanitaria che, nell'architettura disegnata dalla riforma, non sostituisce i precedenti OPG, ma deve essere residuale, in un sistema di presa in carico sul territorio in cui debbono prediligersi le misure di sicurezza non detentive. È questo il principio di *extrema ratio*, secondo il quale le persone sottoposte a misura di sicurezza sono destinate ad essere prese in carico dal servizio psichiatrico territoriale e, solo nei casi più gravi, sono inviate in una REMS. Ciò significa che l'invio in REMS è un provvedimento da adottare solo quando altri, meno restrittivi della libertà personale, come la libertà vigilata con prescrizioni terapeutiche, siano considerati inadeguati a far fronte alla pericolosità del soggetto (art. 3-ter, co. 4, del DL 211/2011, convertito in L. 9/2012, come modificato dall'art. 1 del DL 52/2014, convertito in L. 81/2014). Questa disposizione, e le altre che hanno delineato il nuovo sistema delle REMS, hanno dato l'opportunità di configurare un meccanismo aperto al territorio, in cui all'opzione custodiale si arrivi solo dopo aver vagliato ed escluso soluzioni che diano la priorità alla cura in luoghi aperti, o semiaperti.

Le principali novità introdotte dalla riforma per il superamento degli OPG si possono riassumere nei seguenti punti essenziali:

- Principio di *extrema ratio* della misura detentiva: la misura di sicurezza del ricovero in REMS

49 Prima di giungere all'attuazione della riforma sono state necessarie due proroghe e la nomina dell'on. Franco Corleone come Commissario *ad acta*.

50 Si rinvia al paragrafo 2.1. in questa relazione.

51 Commissione parlamentare di inchiesta sull'efficacia e l'efficienza del servizio sanitario nazionale, Relazione sulle condizioni di vita e di cura all'interno degli ospedali psichiatrici giudiziari, Doc. XXII-bis n. 4, disponibile alla pagina: https://www.senato.it/documenti/repository/commissioni/servizio_sanitario16/Relazione_OOPPGG_doc_XXII-bis_4.pdf

52 Si tratta delle note sentenze nn. 253/2003, 367/2004 e 208/2009, con le quali la Corte Costituzionale è intervenuta sulla natura delle misure di sicurezza per non imputabili, interpretandole alla luce della centralità della tutela della salute. Un cambiamento fondamentale nel modo di intendere la funzione delle misure di sicurezza, che è stato il riferimento di principio dei successivi mutamenti normativi: la Corte ha sostenuto il valore terapeutico delle misure di sicurezza per infermi di mente, sia definitive che provvisorie, che non devono essere più intese come rivolte a garantire prevalentemente la sicurezza, ma piuttosto la salute della persona a cui sono applicate, nel necessario bilanciamento degli interessi costituzionalmente protetti.

53 In estrema sintesi, il sistema del doppio binario prevede due percorsi distinti, il primo per chi è considerato imputabile, in quanto capace di intendere e volere, ed è condannato e sottoposto a pena, il secondo per chi invece è considerato non imputabile, in quanto incapace di intendere e volere, ed è prosciolto e sottoposto a misura di sicurezza. Si rinvia a M. Pelissero, *Pericolosità sociale e doppio binario. Vecchi e nuovi modelli di incapacitazione*, Giappichelli, Torino, 2008.

può essere applicata soltanto quando ogni altra misura sia considerata inidonea a contrastare la pericolosità sociale del soggetto;

- Limite massimo di durata della misura di sicurezza detentiva: la misura di sicurezza detentiva non può durare per un tempo superiore alla pena edittale massima prevista per il reato commesso. Introducendo questo limite temporale, il legislatore ha voluto porre un argine al fenomeno dei c.d. «ergastoli bianchi», internati che ricevevano continue proroghe, arrivando a scontare un ergastolo *de facto*;
- Valutazione della pericolosità sociale indipendente da eventuali carenze dei servizi: nella valutazione della pericolosità sociale, operata dal giudice ai fini dell'applicazione e soprattutto della proroga della misura, non è più possibile tenere conto della mancanza di piani terapeutici individuali, come accadeva al tempo degli OPG, in cui veniva dichiarata la persistenza della pericolosità sociale di una persona perché non vi erano strutture disposte ad accoglierlo sul territorio, piuttosto che considerando il suo percorso terapeutico e le sue necessità;
- Principio di territorialità: destinazione delle strutture alle persone provenienti dal territorio regionale delle medesime, per garantire una migliore presa in carico ed evitare, come avveniva in OPG, ricoveri in aree molto distanti dalla provenienza e dai legami della persona.

A questi principi sanciti dalle disposizioni della riforma, si aggiunge un principio derivato dalla natura sanitaria di queste strutture: il numero chiuso. Come strutture sanitarie accreditate, le residenze non possono accogliere oltre il numero di posti previsto, indicato dal DM 1° ottobre 2012 in 20 posti⁵⁴. Questo principio garantisce la non riproduzione di enormi strutture sovraffollate, che rendono difficile un'effettiva presa in carico e rischiano di replicare le pessime condizioni che si riscontravano nei preesistenti OPG.

Il modello che è emerso dalla riforma vede l'insieme dei servizi psichiatrici territoriali come protagonisti della presa in carico terapeutica degli autori di reato con patologia mentale, e come luoghi di esecuzione delle misure di sicurezza.

Le REMS restano in ogni caso destinate, come indica il loro nome, soltanto all'esecuzione delle misure di sicurezza, in ottemperanza al principio del "doppio binario". Mentre la persona condannata, che si trova in carcere con patologia psichiatrica deve essere presa in carico dal servizio psichiatrico penitenziario e auspicabilmente inserita in percorsi di cura all'esterno del carcere, tramite l'utilizzo di misure alternative alla detenzione, come indicato dalla sentenza della Corte Costituzionale n. 99/2019⁵⁵.

Come per tutti i servizi di natura sanitaria il criterio di riferimento per l'individuazione della REMS competente è quello della residenza della persona destinataria della misura, ovvero il principio di territorialità fondato sulla residenza accertata. L'Accordo n. 17/CU del 26/02/2015 ha ribadito tale criterio, e ha aggiunto che, per i senza fissa dimora e per gli stranieri, rinvia a quanto previsto negli Accordi 81/CU e 95/CU: ovvero al criterio dell'abituale dimora al momento dell'applicazione della misura di sicurezza, che individuano le competenze dell'Amministrazione penitenziaria e delle Asl nella gestione dell'inserimento in REMS. Con l'accordo n. 181/CU del 30 novembre 2022, si precisa il criterio di presa in carico territoriale: si ripropone quanto già definito negli accordi precedenti, ovvero che il primo criterio per individuare il servizio sanitario competente è quello del Comune di residenza della persona prosciolta, oppure di domicilio, a cui si aggiunge, nei casi di persone senza fissa dimora, il criterio del territorio di commissione del reato.

54 Il DM 1° ottobre 2012 integra i requisiti già dettati per tutte le strutture sanitarie con DPR 14 gennaio 1997 con "ulteriori requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi, anche con riguardo ai profili di sicurezza" specifici per le REMS.

55 Si rinvia al paragrafo 2.1.

Questa regola vale sia se debba essere applicata la misura della REMS, sia se si debba applicare la libertà vigilata, come specifica anche l'accordo del n. 181/CU, che, oltre a specificare che “[l]e regioni assicurano l’assistenza sanitaria sul territorio [...] attraverso la presa in carico dei soggetti da parte dei DSM che si avvalgono della rete dei servizi socio-sanitari territoriali e, ove necessario e appropriato, nel rispetto del principio di *extrema ratio* del ricovero in R.E.M.S” (primo punto delle Premesse), precisa, poi, all’art. 1 che “i soggetti senza fissa dimora/stranieri sono presi in carico dal DSM sul cui territorio è avvenuto il reato connesso alla misura di sicurezza. Gli autori di reato non residenti nel territorio nazionale o senza fissa dimora sono da considerarsi a carico dell’Azienda Sanitaria Locale (di seguito ASL) nel cui territorio sia stato commesso il reato, sia per quanto concerne gli aspetti di gestione dell’urgenza, sia per la presa in carico sociosanitaria, nonché per gli aspetti relativi ai percorsi di riabilitazione” (art. 1).

La misura della REMS è uno dei possibili modi di assicurare l’assistenza sanitaria, ma non è l’unico: in ottemperanza al principio di *extrema ratio* stabilito dalla legge la presa in carico può avvenire anche tramite l’inserimento in una struttura psichiatrica residenziale oppure con la predisposizione di un programma di frequenza del SPDC.

La riforma ha costituito un vero e proprio cambio di paradigma, che l’allora Commissario unico per il superamento degli OPG, Franco Corleone, aveva definito una «rivoluzione gentile»⁵⁶.

Tuttavia, nella sua attuazione, restano alcune criticità. Tra queste, quella più pressante riguarda la presenza di persone nelle liste d’attesa, per mancanza di posti in REMS. Una lettura di superficie del fenomeno non fa che censire la scarsità di posti in REMS rispetto alle esigenze, manifestate dall’applicazione delle misure da parte della magistratura. Posta in tali termini la questione sarebbe risolvibile costruendo muri, ovvero con una semplice espansione del numero di REMS. Tuttavia sarebbe una lettura, come si è detto, di superficie, semplificata, e potrebbe indurre a una rapida moltiplicazione delle misure applicate, che porterebbe a una nuova saturazione dei posti.

Più utile è indagare le cause di tale fenomeno in modo complesso. Tra queste è stata da più parti segnalata la sostanziale disapplicazione del principio di *extrema ratio* e la percentuale molto elevata di misure di sicurezza provvisorie rispetto al totale delle misure applicate.

Alcuni ricorsi alla Corte Europea dei Diritti dell’Uomo di Strasburgo hanno affrontato la questione (tra cui uno conclusosi con un accordo e il riconoscimento della violazione da parte del Governo italiano e un altro con la condanna dell’Italia, il 24 gennaio 2022⁵⁷) e un ricorso davanti alla Corte Costituzionale⁵⁸.

La Corte Europea dei Diritti dell’uomo con la sentenza 24 gennaio 2022 ha condannato l’Italia a risarcire una persona detenuta in carcere in attesa della liberazione di un posto in REMS, per illegittima detenzione ai sensi dell’art. 5 della Convenzione e trattamento inumano e degradante, ai sensi dell’art. 3. In questa pronuncia, la Corte ha deciso di non dare allo Stato italiano indicazioni di carattere generale, lasciando dunque la soluzione della problematica alla libera individuazione da parte del Governo delle strade più opportune da intraprendere.

A poca distanza dalla Corte EDU si è pronunciata la Corte Costituzionale, con la sentenza n. 22/2022 (l’udienza di discussione è stata tenuta il 15 dicembre 2021 e la sentenza è stata depositata il 27 gennaio 2022), chiamata dal giudice di Tivoli a decidere della legittimità costituzionale della

56 F. CORLEONE, *La rivoluzione gentile. La fine degli OPG e il cambiamento radicale*, in *Quaderni del Circolo Rosselli*, 1 (130), 2018, numero monografico F. CORLEONE (a cura di) *Manicomi criminali. La rivoluzione aspetta la riforma*, pp. 11-19.

57 *Caso Sy vs. Italia* (n. 11791/20) del 24 gennaio 2022.

58 Sentenza 27 gennaio 2022 n. 22.

normativa sul superamento degli OPG. Ha dichiarato le questioni sottoposte inammissibili, salvaguardando la riforma, ma ha altresì dato indicazioni per una modifica complessiva del sistema, che assicuri:

- un'adeguata base legislativa alla nuova misura di sicurezza, secondo i principi poc'anzi enunciati;
- la realizzazione e il buon funzionamento, sull'intero territorio nazionale, di un numero di REMS sufficiente a far fronte ai reali fabbisogni, nel quadro di un complessivo e altrettanto urgente potenziamento delle strutture sul territorio in grado di garantire interventi alternativi adeguati rispetto alle necessità di cura e a quelle, altrettanto imprescindibili, di tutela della collettività (e dunque dei diritti fondamentali delle potenziali vittime dei fatti di reato che potrebbero essere commessi dai destinatari delle misure);
- forme di adeguato coinvolgimento del Ministro della giustizia nell'attività di coordinamento e monitoraggio del funzionamento delle REMS esistenti e degli altri strumenti di tutela della salute mentale attivabili nel quadro della diversa misura di sicurezza della libertà vigilata, nonché nella programmazione del relativo fabbisogno finanziario, anche in vista dell'eventuale potenziamento quantitativo delle strutture esistenti o degli strumenti alternativi.

Il problema relativo alle liste d'attesa è stato riconosciuto dalla sentenza, che però non ne ha individuato come causa univoca la carenza di posti nelle REMS. La Corte ha lasciato spazio a diverse possibili opzioni, compreso il potenziamento delle strutture sul territorio in modo da garantire l'adozione di adeguate misure non detentive. La richiesta della Corte di approntare un'adeguata base legislativa alla nuova misura di sicurezza, la richiesta di realizzare e garantire il buon funzionamento di REMS e strutture sul territorio in grado di garantire i reali fabbisogni e l'invito all'individuazione di forme di adeguato coinvolgimento del Ministero della Giustizia, richiedono una calibrata riflessione. Allo stato attuale una tale ridefinizione normativa non è stata avviata.

In questo nuovo e complesso contesto, si può infine richiamare il disegno di legge Magi, presentato nella precedente legislatura (A.S. 2939 depositato alla Camera dei Deputati, l'11 marzo 2021) e riproposto nell'attuale (A.C. n. 1119 depositato alla Camera dei Deputati il 26 aprile 2023) che mira ad andare oltre alla riforma per il superamento degli OPG, superando a sua volta, tramite una riforma del Codice penale, la distinzione tra imputabili e non imputabili.

3.2 L'organismo di coordinamento e il nuovo accordo stato-regioni

Per affrontare in modo coordinato l'attuale necessità di risoluzione di alcune problematiche relative alle REMS, il Governo ha deciso di riattivare, il 21 settembre del 2021, con decreto del Ministero della salute, l'Organismo di coordinamento relativo al processo di superamento degli Ospedali psichiatrici giudiziari, che potrà garantire il monitoraggio delle azioni intraprese dalle Regioni in attuazione della riforma ed assicurare, in questa realtà variegata, il rispetto dei principi cardine.

L'organismo dovrà prestare particolare attenzione ai seguenti aspetti:

- a. attività di presa in carico e realizzazione dei progetti terapeutico riabilitativi individuali e i rapporti di collaborazione tra salute e magistratura;
- b. l'organizzazione delle REMS come strutture terapeutiche riabilitative non custodiali, in cui sono garantiti il diritto alla tutela della salute e i diritti civili e sociali;
- c. il rispetto dei criteri sugli obiettivi e durata delle misure di sicurezza;
- d. le garanzie di accertamento della pericolosità sociale della persona «sulla base delle qualità soggettive»;
- e. il rispetto del principio di territorialità;

- f. la formazione continua degli operatori volta “alla progettazione e alla organizzazione di percorsi terapeutico riabilitativi e alle esigenze di mediazione culturale”.

Come si è poco sopra accennato un nuovo accordo in sede di Conferenza Unificata Stato, Regioni, Province autonome, Enti Locali è stato siglato, in data 30 novembre 2022 (n. 181/CU). L'accordo opera una revisione del precedente accordo 17/CU del 26/02/2015, che aveva attuato il DM 1° ottobre 2012, con il quale si dettavano i requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi delle REMS. L'accordo n. 181/CU richiama la sentenza della Corte Costituzionale n. 22/2022 e le due Risoluzioni del Consiglio Superiore della Magistratura in materia di REMS, la prima del 19 aprile 2017 e la seconda del 24 settembre 2018, che avevano evidenziato le problematiche emerse nei primi anni di applicazione della riforma, tra cui lo squilibrio numerico tra i posti disponibili presso le strutture residenziali e le richieste di disponibilità provenienti dalle Autorità giudiziarie competenti, problema che risultava aggravato dal fatto che le R.E.M.S. erano utilizzate per ospitare persone sottoposte a indagini, e quindi soggette all'applicazione della misura provvisoria, mentre la loro funzione era chiaramente finalizzata a ospitare soggetti destinatari di misure di sicurezza detentive definitive; l'ampio utilizzo delle REMS per le persone sottoposte a misure provvisorie era indicato anche come uno dei fattori che faceva aumentare esponenzialmente le liste d'attesa, costituendo uno dei principali motivi di inefficienza del sistema.

Tra i principi e i criteri che le due Risoluzioni richiamano vi è la necessità di una costante integrazione funzionale tra le istituzioni deputate alla gestione delle misure di sicurezza per il non imputabile, e ciò al fine di dare attuazione effettiva al principio di *extrema ratio* del ricovero in REMS (che se applicato correttamente potrebbe ridurre il problema della lista d'attesa) e anche di offrire ai giudici di cognizione uno spettro, il più ampio possibile, di soluzioni applicative per scegliere la misura di sicurezza non definitiva. Le Risoluzioni richiamano poi l'importanza dei principi priorità della cura sanitaria necessaria, di territorialità, in forza del quale il soggetto viene preso in carico dai servizi di salute mentale del territorio di residenza e di centralità del progetto terapeutico individualizzato.

L'accordo aggiunge, inoltre, ai suoi punti di riferimento la sentenza della Corte Costituzionale n. 99/2019, che ha aperto all'applicazione delle misure alternative alla detenzione per i condannati con patologia mentale, e il parere del Comitato Nazionale di Bioetica del 22 marzo 2019, in cui si sottolinea la necessità di limitare il ricorso alle REMS ai soggetti nei cui confronti viene applicata la misura di sicurezza detentiva definitiva.

L'accordo, dopo aver richiamato tali principi e tali direttive, sottolinea la necessità di realizzare un costante coordinamento tra le istituzioni chiamate ad esprimersi e ad agire nel caso di applicazione di una misura di sicurezza: Ufficio di Sorveglianza, DSM, Direzione della REMS, ufficio per l'Esecuzione Penale Esterna (UIEPE).

Prevede, a tal fine, che le Regioni e le Province autonome istituiscano un Punto Unico regionale (PUR), allo scopo di dare supporto all'Autorità giudiziaria nell'esecuzione dei provvedimenti che applicano la misura detentiva, individuando la REMS in base al principio di territorialità. Il PUR eserciterà anche la funzione di indicare strutture residenziali o semiresidenziali sul territorio che possano accogliere la persona destinataria di misura non detentiva (libertà vigilata con prescrizioni terapeutiche), derivante dalla trasformazione, qualora possibile, della misura detentiva nel caso che non vi sia posto in REMS. Il PUR deve, altresì, offrire sostegno nel reperimento di un percorso di cura, residenziale, semi-residenziale o ambulatoriale, per quelle persone ricoverate in via provvisoria in SPDC per acuzie, nella prospettiva della dimissione. Il PUR deve, ancora, promuovere la stipula di protocolli operativi con le Autorità Giudiziarie di competenza territoriale per elaborare percorsi assistenziali condivisi per i pazienti psichiatrici autori di reato; tali protocolli devono contenere la previsione che, al momento del conferimento degli incarichi peritali o di consulenza tecnica in ma-

teria psichiatrico-forense, le Autorità Giudiziarie invitino i periti e i consulenti tecnici a prendere contatti con i P.U.R. allo scopo di individuare percorsi di cura individuali anche di tipo residenziale idonei ad accogliere il paziente psichiatrico autore di reato, nel caso sia ritenuta sufficiente l'applicazione di una misura di sicurezza non detentiva.

L'accordo ribadisce l'importanza del principio di territorialità nella presa in carico sanitaria e psichiatrica e ne specifica i dettagli in merito. Ribadisce il criterio della residenza accertata, come base per definire la competenza territoriale del DSM, che si avvale della rete dei servizi sociosanitari per le misure non detentive e della collaborazione delle R.E.M.S. di riferimento regionale. Il Comune di residenza o domicilio sarà competente a fornire le informazioni rilevanti per favorire il coinvolgimento precoce dei Servizi Sanitari e sociosanitari. I soggetti senza fissa dimora o stranieri senza residenza sono presi in carico dal DSM sul cui territorio è avvenuto il reato connesso alla misura di sicurezza. In particolare, "gli autori di reato non residenti nel territorio nazionale o senza fissa dimora sono da considerarsi a carico dell'Azienda Sanitaria Locale (di seguito ASL) nel cui territorio sia stato commesso il reato, sia per quanto concerne gli aspetti di gestione dell'urgenza, sia per la presa in carico sociosanitaria, nonché per gli aspetti relativi ai percorsi di riabilitazione" (art. 1).

I PUR devono supportare le varie istituzioni anche nella gestione delle liste d'attesa allo scopo di far sì che le persone che, trovandosi ancora in lista, possano accedere a misure meno costrittive, trovino una struttura di riferimento e siano tolte dalla lista. Inoltre il PUR può svolgere una funzione simile in fase di uscita dalla REMS, monitorando periodicamente le condizioni dei pazienti lì ricoverati e favorendo la possibilità, nel caso di valutazione positiva rispetto alla pericolosità, di una loro uscita verso strutture residenziali non detentive.

La lista di attesa deve essere sottoposta a revisioni periodiche e le parti dell'accordo s'impegnano ad azzerarla. A tal fine si prevede che non sia possibile tenere posti liberi per le situazioni in cui è applicata la Licenza finale di esperimento (LFE). Si dà, inoltre, l'indicazione di adeguare i criteri di tenuta delle liste a quelli indicati dall'accordo (art. 4), e in particolare:

1. la data di applicazione della misura;
2. le caratteristiche sanitarie del paziente;
3. livello di inappropriata della condizione attuale del paziente (es. carcere o SPDC);
4. adeguatezza delle soluzioni assistenziali alternative alla REMS, da sottoporre all'Autorità giudiziaria.

Ai PUR è demandata la gestione della lista d'attesa regionale, con ulteriori indicazioni operative da tenere presenti fino all'azzeramento:

- a. esclusione dalla lista dei soggetti che facciano ingresso in REMS, ovvero deceduti, ovvero nei cui confronti la misura sia revocata o sostituita;
- b. mantenimento in lista di coloro che sono inseriti in una struttura terapeutica presente sul territorio, ma nei confronti dei quali non sia revocata o sostituita la misura detentiva;
- c. sono formati elenchi separati, che devono essere monitorati costantemente, coloro che sono: irreperibili, espatriati, ristretti in esecuzione pena (per altro reato o per lo stesso fatto-reato che ha dato luogo alla misura di sicurezza – seminfermità), in libertà vigilata in attesa della REMS (caso, questo, che risulta critico dal punto di vista della legittimità costituzionale), accolti provvisoriamente in REMS diversa da quella territorialmente competente.

Un altro punto molto significativo dell'accordo è quello riguardante il Progetto terapeutico riabilitativo individuale (PTRI), di cui ribadisce l'importanza, prevedendo che esso definisca il percorso

di cura e riabilitazione, all'interno del quale sono presenti obiettivi generali e specifici, prevenzione di comportamenti a rischio, e trattamenti e interventi finalizzati al reinserimento sociale (rapporti con la famiglia, con la comunità esterna e il mondo del lavoro). Il PTRI, specifico per ogni paziente ed elaborato con il suo coinvolgimento attivo, viene periodicamente verificato secondo le procedure sanitarie ed inserito nella cartella clinica personale. Fondamentale è il richiamo ai principi della recovery, che devono guidare l'elaborazione del PTRI:

- valutazione multi-professionale, secondo precise procedure e strumenti definiti per ciascun ambito;
- definizione del percorso terapeutico-riabilitativo e del contratto di cura che comprenda obiettivi generali e specifici, la prevenzione del comportamento a rischio e che sia comunque finalizzato alla re-inclusione sociale, nonché aspetti specifici di trattamento (impostazione della quotidianità, responsabilizzazione delle persone nella vita della struttura, attività riabilitative, anche attraverso il mantenimento dei rapporti con la famiglia).

Il PTRI è lo strumento che segue il percorso del paziente autore di reato dall'inizio alla fine della misura e che costituisce il continuo riferimento documentale del suo percorso di riabilitazione e reinserimento. Il DSM competente deve definire il P.T.R.I. appena prende in carico il paziente (entro 45 giorni) in collaborazione con gli Uffici U.I.E.P.E. del territorio competente e provvedere all'inserimento dello stesso nel sistema informativo indicato nel medesimo accordo. Il P.T.R.I., inoltre, viene comunicato all'Autorità Giudiziaria e deve essere periodicamente rivalutato per consentire l'eventuale rimodulazione del percorso assistenziale.

I rapporti tra Servizi Sanitari, Magistratura e Uffici Inter-distrettuali Esecuzione Penale Esterna (UIEPE) devono essere regolati da specifici accordi regionali, che prevedano forme di collaborazione, finalizzate all'applicazione del principio di *extrema ratio* (procedure di collegamento e cooperazione, pronta individuazione delle strutture territoriali disponibili, applicazione della REMS come transitoria, elaborazione di PTRI finalizzati a soluzioni diverse dalla REMS).

È prevista la formazione degli operatori. Sia da parte delle Regioni, con iniziative formative interdisciplinari e multi-professionali riguardanti in particolare gli aspetti clinici e riabilitativi, con il coinvolgimento di tutti gli attori rilevanti (Autorità Giudiziaria, Uffici Inter-distrettuali per l'Esecuzione Penale Esterna (U.I.E.P.E.), Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria, Provveditorati Regionali dell'Amministrazione Penitenziaria competenti per territorio) sia nell'ambito della Scuola Superiore della Magistratura ai fini dell'integrazione nella programmazione annuale di specifici programmi sulla gestione delle misure di sicurezza.

È attivata a livello nazionale una Cabina di regia, nell'ambito del Tavolo di coordinamento previsto dal DPCM 1° aprile 2008, art. 5, comma 2, a sua volta istituito presso la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome. Essa ha lo scopo di coordinamento, il monitoraggio e la promozione di iniziative volte all'attuazione delle disposizioni normative, anche in riferimento alla valutazione dell'adeguatezza delle risorse economiche dei fondi pertinenti all'attività di superamento degli ex OPG.

L'accordo prevede che sia svolto un monitoraggio costante delle attività delle REMS da parte delle Regioni e delle Province autonome. Esso deve essere uniforme e continuo, e deve essere effettuato attraverso il Sistema informativo SMOP della Regione Campania. Tale monitoraggio deve riguardare, in primo luogo, gli ingressi e le uscite dalle R.E.M.S., la definizione dei progetti terapeutico-riabilitativi individuali ai sensi della legge n. 81/2014, la gestione delle liste di attesa e le informazioni sui percorsi di presa in carico sanitaria in applicazione di misure di sicurezza non detentive; inoltre, tutti i soggetti firmatari dell'accordo s'impegnano per assicurare l'allineamento e l'eventuale

unificazione della gestione informatizzata del monitoraggio dell'esecuzione delle misure di sicurezza detentive e non detentive, applicate sul territorio nazionale in via provvisoria o definitiva a persone affette da infermità psichica.

3.3 i numeri delle Rems

Le REMS sono molto differenziate, per dimensioni (dalle REMS con 2 posti di Udine e Trieste ai 160 posti di Castiglione delle Stiviere). Anche le caratteristiche strutturali, i regimi di vita interni e la capacità di attivare percorsi in uscita cambiano molto da un territorio all'altro, in ragione della organizzazione e gestione affidata alle Regioni. Tra le differenze significative si riscontrano quelle legate ai regolamenti interni delle singole REMS, differenti per ognuna, e che rispecchiano gli orientamenti in materia di salute delle diverse regioni. Com'è noto, infatti, l'Ordinamento penitenziario si applica, ma in maniera parziale, all'esecuzione della misura di sicurezza in REMS, per le quali non sono state dettate disposizioni generali, in particolare sullo status giuridico delle persone ivi inserite⁵⁹. Tuttavia, poiché l'Ordinamento penitenziario è stato pensato per istituzioni penitenziarie, non sempre è compatibile con strutture ad esclusiva gestione sanitaria e con le esigenze di pazienti psichiatriche: in via interpretativa molte norme sono comunque applicabili, come quelle sui rapporti con la magistratura di sorveglianza (art. 35-bis, 35-ter, 69) e quelle che consentono l'accesso all'area penale esterna: il lavoro all'esterno (art. 21), i permessi di cui all'art. 30, le licenze (art. 53), la semilibertà (art. 48), nonché le norme in materia di diritti previste nel Capo II (condizioni generali), che devono essere adeguate alle specifiche esigenze terapeutiche della persona. Invece, devono essere considerate incompatibili con la gestione sanitaria il regime di sorveglianza particolare e le norme disciplinari⁶⁰. Spetterebbe al legislatore di individuare la disciplina applicabile ai ricoverati, affinché si tenga conto della differenza di status giuridico rispetto ai detenuti, ma i diritti e le garanzie non siano ridotti rispetto a quelli previsti dall'Ordinamento Penitenziario⁶¹.

Attualmente le regole di organizzazione della vita quotidiana all'interno della REMS (orari delle varie attività, telefonate, colloqui dal vivo, uscite) sono disciplinate dai singoli regolamenti, che sono molto variabili tra di loro. Una regolamentazione nazionale omogenea sarebbe quindi auspicabile.

Il numero complessivo delle REMS era di **33 strutture** sul territorio nazionale al 31 marzo 2022⁶², comprendenti tre REMS in situazioni di passaggio (una in via di dismissione, una in fase di ristrutturazione e una di prossima apertura). Il totale degli ospiti delle REMS era, a livello nazionale di **573 persone**, di cui 512 uomini e 61 donne⁶³. Il tempo medio di permanenza in REMS è progressivamente aumentato, dai 452 del 2018 ai 708 del 2021⁶⁴.

I dati presentati dal Garante Nazionale relativi all'anno 2023 mostrano un aumento dei posti in REMS, anche se il numero delle REMS è leggermente diminuito: sono **31 le REMS funzionanti**, con **632 presenze**, che corrispondono alla capienza⁶⁵. Il tempo medio di permanenza in REMS era nel 2022 di 633 giorni, sceso quindi rispetto all'anno precedente in cui era di 708 giorni⁶⁶. I dati

59 Si veda M. Pelissero, "Misure di sicurezza e REMS: una disciplina a metà del guado", in A. Menghini, E. Mattevi (a cura di), *Infermità mentale, imputabilità e disagio psichico in carcere. Definizioni, accertamento e risposte del sistema penale*, Napoli, Editoriale Scientifica, 2020, p. 79 ss.

60 Ivi, p. 96-97.

61 *Ibid.*

62 Garante Nazionale Privati della Libertà, Relazione al Parlamento 2022, Mappe e dati, p. 78

63 Ivi, p. 82

64 Ivi, p. 79

65 Garante Nazionale Privati della Libertà, Relazione al Parlamento 2023, p. 49.

66 Ivi, p. 258-260.

per posizione giuridica mostrano che l'incidenza delle misure provvisorie è ancora forte: su **580 presenti** in REMS al 31 marzo 2023, 309 erano definitivi, 249 provvisori e 22 erano i casi di casi di sospensione o di trasformazione della misura di sicurezza detentiva (N.B. il Garante Nazionale segnala che la discrasia nel numero delle presenze è dovuta a differenti momenti di rilevazione)⁶⁷.

Un dato estremamente rilevante è quello riguardante la presenza del PTRI (Progetto Terapeutico Riabilitativo Individuale) per gli ospiti delle REMS con posizione giuridica definitiva: questi erano 309 al 31 marzo 2023, a cui si sommano 22 persone con misura sospesa o trasformata ex art. 212 c.p. Di queste (in totale 331) soltanto il 46% ha un PTRI⁶⁸.

La lista d'attesa contava 675 persone, delle quali 42 illegalmente reclusi all'interno di 25 carceri, senza titolo detentivo, al 31 marzo 2023. I dati relativi alla Toscana, alla stessa data, indicano 76 persone in totale in lista d'attesa, di cui 39 con misura provvisoria e 34 con misura definitiva; 3 delle persone in lista con misura provvisoria si trovano in carcere (Firenze Sollicciano, Prato, Livorno)⁶⁹. È interessante, a proposito della questione della lista d'attesa, confrontare i dati relativi alle persone presenti nelle liste d'attesa regionali che sono ristrette in carcere, in percentuale sul totale delle persone in lista d'attesa, con il numero dei posti letto in REMS su base regionale, per individuare se vi siano correlazioni significative tra la tendenza a utilizzare il penitenziario e la disponibilità di posti rispetto al numero dei residenti. Per esempio, la Toscana che ha un numero di posti in REMS ogni 100.000 abitanti relativamente basso (0,87, mentre la media italiana è 1,20) ha anche una bassa percentuale di persone in attesa in carcere (3,9% del totale in attesa in Toscana). Mentre altre regioni con una disponibilità di posti più ampia hanno però anche numeri più elevati di persone ristrette in carcere mentre attendono la REMS (per esempio la Lombardia con 1,58 posti per 100.000 abitanti ha il 16% delle persone in lista d'attesa che attendono in carcere). La correlazione sembra andare nel senso di una maggiore propensione a trovare soluzioni alternative al carcere proprio in quelle regioni in cui i posti in REMS sono proporzionalmente di meno, dato che può indicare come la cultura dei servizi svolga un ruolo determinante nelle scelte di presa in carico sanitaria.

Le REMS in Toscana sono due. La prima REMS, tuttora considerata provvisoria, è stata aperta a Volterra, nell'area dell'ex manicomio, il 1° dicembre 2015. La seconda REMS, realizzata nell'immobile dell'ex carcere femminile di Empoli, ceduto alla ASL a seguito degli accordi presi nel periodo del commissariamento, è stata inaugurata alla fine di luglio 2020.

La REMS di Volterra, subito dopo l'apertura, ha accolto prioritariamente ex internati dell'OPG di Montelupo Fiorentino. Attualmente ha una capienza di 30 persone (di cui 28 uomini e 2 donne), con competenza ad accogliere, in base a un accordo tra Regione Toscana e Regione Umbria, anche i destinatari di misura di sicurezza provenienti da questa regione. Si tratta di una REMS provvisoria, in cui sono previsti due moduli. Vi è la previsione di ampliamento a 40 posti, una volta che saranno intrapresi e conclusi i lavori programmati per la realizzazione della REMS definitiva, da realizzarsi anch'essa nell'area dell'ex manicomio di Volterra (delibera di Giunta Regionale n. 666/2015).

La REMS di Empoli ha una capienza attuale di 9 posti, ma alla conclusione dei lavori, che ancora sono in corso in una parte dell'immobile, potrà ospitare 20 persone.

A seguito dell'apertura della seconda REMS è stata data l'indicazione di destinare di preferenza la REMS di Volterra alle misure definitive e la REMS di Empoli alle misure provvisorie; indicazione contenuta in un accordo raggiunto tra Regione Toscana e magistratura di cognizione e di sorveglianza competente per la Toscana, nel quale sono stati definiti "Indirizzi operativi per la presa in

67 Ivi, p. 265.

68 Ivi, p. 266.

69 Ivi, p. 267.

carico della persona con disturbi di salute mentale destinataria di misura di sicurezza”, accordo successivamente approvato con delibera regionale.

4. Le strutture psichiatriche residenziali: norme e dati

4.1 Quadro normativo

4.1.1 La Convenzione ONU sulla disabilità

Trattando delle persone ospitate in comunità socio-terapeutiche, siano esse in esecuzione di una misura restrittiva della libertà personale (es. la libertà vigilata con prescrizioni terapeutiche), siano esse invece pazienti ospitati esclusivamente per ragioni di salute, è opportuno premettere che tali condizioni rientrano tra quelle tutelate dalla Convenzione ONU Persone disabili.

In base all'art. 15 della Convenzione sono incluse fra le strutture di privazione della libertà, per prassi internazionale pacifica e accettata dagli Stati, anche «ospedali privati», «case di accoglienza» (*nursing homes*), «case famiglia per minori» (*children homes*), strutture socio-sanitarie in generale (*health and social care institutions*). Tra queste rientrano, dunque, anche le strutture residenziali psichiatriche. Le persone che sono ospitate in tali strutture, per i limiti rigidi di organizzazione che spesso sono presenti e per le difficoltà fisiche e psichiche di muoversi in modo autonomo, si trovano in una condizione assimilabile, di fatto se non di diritto, a quella delle persone private della libertà in senso stretto.

La Convenzione ONU Persone disabili, indica i diritti che devono essere nello specifico garantiti alle persone che si trovano in tale condizione, e li indica proprio perché sono quei diritti che vengono spesso violati. Si tratta dei diritti di espressione della propria libertà personale e autonomia (diritto di libertà e sicurezza della persona con disabilità – art. 14, in particolare nel suo comma 1 lett. b) e tutti i diritti che possono essere lesi da atti considerati come tortura o trattamenti inumani e/o degradanti (art. 15 che fa rinvio al Protocollo Opzionale alla Convenzione ONU contro la tortura - OPCAT).

Su di essi, e sul loro effettivo rispetto, deve essere condotto uno specifico monitoraggio, come previsto nell'art. 33 della Convenzione ONU Persone disabili.

Il Garante Nazionale delle persone private della libertà personale ha intrapreso da qualche anno un'attività di monitoraggio nelle residenze socio-sanitarie, comprese le strutture psichiatriche.

4.1.2 Le norme nazionali

La prima norma che regola la materia in ambito nazionale e che costituisce il criterio di orientamento principale per interpretare il contesto delle strutture residenziali psichiatriche è la Legge 833/78 sul Servizio Sanitario Nazionale, che comprende al suo interno le norme già previste nella Legge Basaglia. La Legge 833/78 stabilisce il principio di base che regge tutta la tutela della salute, tranne le eccezioni previste con legge, ovvero la libertà di cura. Le persone ospitate nelle strutture sono libere rispetto alla scelta dei trattamenti sanitari a cui sottoporsi, tranne il caso eccezionale in cui, ricorrendone i requisiti, siano sottoposte a TSO, nei luoghi appropriati (gli SPDC). Ricordare e riconoscere questo principio di base della cura aiuta anche a cogliere le discrasie che possono avvenire in relazione al suo rispetto.

Un altro punto caposaldo a livello nazionale sono i Livelli Essenziali di Assistenza, o LEA, punto di riferimento per individuare le prestazioni sanitarie che devono essere garantite dal servizio sanitario come standard minimi di cura, in relazione a varie tipologie di condizioni patologiche. Le prestazioni che riguardano la presa in carico delle persone con patologia psichiatrica sono definite dagli artt. 29-35 del Decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 12 gennaio 2017. Tra queste si hanno: art. 32 - Assistenza sociosanitaria semiresidenziale e residenziale ai minori con disturbi in ambito neuropsichiatrico e del neurosviluppo;

art. 33 - Assistenza sociosanitaria semiresidenziale e residenziale alle persone con disturbi mentali. È, inoltre, fondamentale ricordare Legge Delega sulla disabilità, approvata con Legge 22 dicembre 2021, n. 227, che è entrata in vigore il 23 dicembre 2021: con essa si delega il Governo a legiferare, nei tempi massimi indicati di 20 mesi dall'entrata in vigore della stessa, quindi con scadenza fine agosto 2023. La scadenza è stata poi prorogata al 15 marzo 2024, e i decreti legislativi potranno poi essere integrati o modificati nei 24 mesi successivi alla loro entrata in vigore.

La delega si colloca chiaramente nel quadro di riferimento della Convenzione ONU persone disabili, richiamando alcuni importanti atti, nazionali e internazionali, che individuano i principi, i valori e gli specifici diritti che devono accompagnare le norme a tutela della condizione della persona disabile. Si richiamano gli articoli 2, 3, 31 e 38 della Costituzione, le disposizioni della Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità e del relativo Protocollo opzionale, la Strategia per i diritti delle persone con disabilità 2021-2030, contenuta nella comunicazione della Commissione europea COM(2021) 101 final, del 3 marzo 2021, e la risoluzione del Parlamento europeo del 7 ottobre 2021, sulla protezione delle persone con disabilità “al fine di garantire alla persona con disabilità di ottenere il riconoscimento della propria condizione, anche attraverso una valutazione della stessa congruente, trasparente e agevole che consenta il pieno esercizio dei suoi diritti civili e sociali, compresi il diritto alla vita indipendente e alla piena inclusione sociale e lavorativa, nonché l'effettivo e pieno accesso al sistema dei servizi, delle prestazioni, dei trasferimenti finanziari previsti e di ogni altra relativa agevolazione, e di promuovere l'autonomia della persona con disabilità e il suo vivere su base di pari opportunità con gli altri, nel rispetto dei principi di autodeterminazione e di non discriminazione” (art. 1).

La tutela della persona con disabilità viene così incardinata in un contesto di protezione multilivello in cui la libertà personale e l'inclusione sociale procedono insieme, in una prospettiva di vita, anche lavorativa, i cui riferimenti sono la dignità, l'autodeterminazione, la non discriminazione.

Si prevede che i decreti intervengano nei seguenti ambiti:

- a. definizione della condizione di disabilità nonché revisione, riordino e semplificazione della normativa di settore;
- b. accertamento della condizione di disabilità e revisione dei suoi processi valutativi di base;
- c. valutazione multidimensionale della disabilità, realizzazione del progetto di vita individuale, personalizzato e partecipato;
- d. informatizzazione dei processi valutativi e di archiviazione;
- e. riqualificazione dei servizi pubblici in materia di inclusione e accessibilità;
- f. istituzione di un Garante nazionale delle disabilità.

Compito dei decreti attuativi è anche quello di coordinare e riordinare la legislazione vigente in materia, seguendo i principi e i criteri direttivi indicati nell'art. 2 della Legge delega. Tra questi, che sono numerosi, si può ricordare quello di adottare una definizione di “disabilità” che sia coerente con l'articolo 1, secondo paragrafo, della Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità, anche procedendo all'integrazione della legge 5 febbraio 1992, n. 104, e inserendo disposizioni che prevedano una valutazione di base della disabilità distinta da una successiva valutazione multidimensionale fondata sull'approccio bio-psico-sociale, attivabile dalla persona con disabilità o da chi la rappresenta, previa adeguata informazione sugli interventi, sostegni e benefici cui può accedere, finalizzata al progetto di vita individuale, personalizzato e partecipato, con l'adozione di criteri idonei a tenere nella dovuta considerazione le differenze di genere. Inoltre, si raccomanda la separazione dei percorsi valutativi previsti per le persone anziane da quelli previsti per gli adulti e da quelli previsti per i minori. E molti altri criteri, tutti volti a rendere effettivi i principi e i valori a cui la legge delega si ispira.

La Legge delega è parte del contesto di riforme disegnato dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), che prevede investimenti per la promozione e lo sviluppo di un modello di tutela della salute e di offerta di prestazioni sanitarie, orientato al potenziamento dell'assistenza sul territorio e all'integrazione con i servizi sociali e socio-assistenziali.

In tale contesto in mutamento il monitoraggio delle strutture residenziali psichiatriche assume un nuovo e ulteriore rilievo, considerata la centralità assunta, nell'ambito del PNRR; dai criteri di prossimità territoriale e di integrazione dei servizi. La Missione 6 del PNRR, infatti, è articolata in due componenti: reti di prossimità, strutture intermedie e telemedicina per l'assistenza territoriale, per cui sono previsti investimenti per 7,00 miliardi di euro e innovazione, ricerca e digitalizzazione del servizio sanitario, per cui sono stanziati 8,63 miliardi.

La prima delle due componenti (reti di prossimità, strutture intermedie e telemedicina) incide sull'ambito delle strutture residenziali, in quanto prevede una complessiva riorganizzazione dei servizi sanitari, orientata al rafforzamento delle strutture di prossimità, dei servizi domiciliari e di quelli intermedi, che riguarderà anche la tutela della salute mentale. Questa, infatti, ai sensi della L. 180/1978 (meglio nota come Legge Basaglia) e della successiva L. 833/1978 (istitutiva del servizio sanitario nazionale) è pienamente integrata nel servizio sanitario nazionale, ne segue i principi organizzativi e ordinatori e non è oggetto di normative ad hoc, come era in passato, con la previgente "legge sui manicomi e gli alienati" (L. 36/1904).

Questa prima componente della missione 6 (M6C1) prevede l'attuazione di una nuova strategia sanitaria, che grazie ad un innovato assetto istituzionale possa avvicinare i servizi sanitari alle persone e favorisca l'integrazione del SSN in un più ampio sistema di welfare comunitario.

Questa strategia si articola in tre interventi. In primo luogo, la creazione di 1288 "Case della Comunità" punti unici di accesso alle prestazioni sanitarie, atti ad intercettare i bisogni sanitari (e sociali) delle persone grazie alla prossimità, alla presenza di un'équipe multidisciplinare (comprensiva di assistenti sociali) e a dotazione di strumentazioni polispecialistiche. Per questo intervento sono previsti 2 miliardi di euro di investimenti.

In secondo luogo, è previsto il potenziamento dei servizi domiciliari, secondo una concezione che vede l'abitazione come primario luogo di cura, soprattutto per pazienti anziani, disabili e cronici, anche attraverso l'utilizzo di strumenti di telemedicina. I servizi sanitari domiciliari, integrati con l'assistenza sociale domiciliare, sono immaginati come strumento per garantire autonomia e indipendenza delle persone anziane e disabili e prevenire ricoveri inappropriati. Per questo intervento sono previsti 4 miliardi di euro.

Infine, si prevede un investimento atto a finanziare il potenziamento del livello intermedio di assistenza sanitaria, attraverso la costruzione di "ospedali di comunità", strutture di norma dotate di 20 posti letto (e che possano raggiungerne un massimo di 40) per ricoveri di breve durata atti per interventi di intensità clinica media/bassa.

La tutela della salute mentale seguirà, come gli altri ambiti sanitari, queste direttrici, di conseguenza, le "case di comunità" integreranno nelle équipe multidisciplinari anche professionisti della salute mentale, a cui potranno essere indirizzate le persone che si recano nella "casa di comunità" anche per altre esigenze sanitarie. Inoltre, anche nel settore della salute mentale, dovrà essere perseguito l'obiettivo del potenziamento dall'assistenza (sanitaria e sociale) domiciliare, per scongiurare ricoveri inopportuni e sviluppare e mantenere l'autonomia della persona.

4.1.3 Le norme regionali della Toscana

La normativa regionale disciplina, nel rispetto, dei LEA, l'organizzazione e il funzionamento delle strutture sanitarie tramite le norme sull'accreditamento. Le strutture sanitarie, per poter operare,

devono essere accreditate, ovvero rispettare una serie di requisiti, strutturali e organizzativi, ritenuti indispensabili al loro buon funzionamento. Ogni Regione disciplina l'accreditamento delle strutture sanitarie con proprie leggi. Per quanto riguarda la Regione Toscana l'accreditamento è disciplinato dalla L.R. 51/2009, che si pone come attuativa del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e nel rispetto di quanto previsto dal DPR 14 gennaio 1997, sui requisiti delle strutture, "definisce le dimensioni necessarie alla "governance" della qualità e sicurezza delle cure" (art. 1).

Nella Regione Toscana si hanno due diverse normative in materia di accreditamento delle strutture, una per le strutture sanitarie e una per quelle sociosanitarie, con differenti criteri di accreditamento. Nel Regolamento 17 novembre 2016, n. 79/R (modificato con D.P.G.R. 11 ago. 2020, n. 85/R e con D.P.G.R. 16 sett. 2020, n. 90/R) sono definiti i requisiti delle strutture sanitarie, e in particolare la sezione D prevede i requisiti strutturali, organizzativi, impiantistici e tecnologici specifici per "l'esercizio di attività sanitarie a ciclo continuativo e diurno in fase post-acuta", che completano quelli generali della sezione A, e sono relativi a una serie di strutture, tra le quali rientrano quelle destinate a persone con patologia psichiatrica, in particolare:

- Strutture residenziali e semiresidenziali di riabilitazione funzionale per soggetti portatori di disabilità fisiche, psichiche e sensoriali (D.1)
- Centro diurno psichiatrico (D.2)
- Struttura residenziale psichiatrica (D.3)
- Strutture terapeutiche per persone con disturbi da uso di sostanze e da gioco d'azzardo (D.4)
- Strutture residenziali destinate ad accogliere le persone cui sono applicate le misure di sicurezza del ricovero in ospedale psichiatrico giudiziario e dell'assegnazione a casa di cura e custodia (REMS) (D.5).

Le strutture terapeutiche per la tutela della salute mentale dei minori sono definite da una norma a parte. Le tipologie di queste strutture sono delineate dalla DGRT 1063/2015 e più in particolare nell'allegato A. Si tratta di interventi specificamente dedicati ai minori, in linea con quanto definito nel Piano Nazionale di Azioni per la Salute Mentale (PANSM), approvato dalla Conferenza Unificata nella seduta del 24 gennaio 2013, che riconosce tra le Aree di bisogno prioritarie quella relativa ai disturbi dell'infanzia e dell'adolescenza, in quanto molte patologie psichiatriche, neurologiche e neuropsicologiche hanno il loro esordio in età evolutiva, e il trattamento tempestivo è indispensabile ad evitare conseguenze significative in età adulta.

4.2 Il monitoraggio del Garante Nazionale

Il Garante Nazionale delle persone private delle libertà personale ha intrapreso da qualche anno un'attività di monitoraggio nelle residenze per persone con disabilità, sia fisica che psichica, e per anziani. Come sopra evidenziato, il diritto del Garante Nazionale di effettuare visite a strutture psichiatriche, e altre strutture residenziali per persone con disabilità, trova la sua base normativa nell'art. 33 della Convenzione ONU Persone disabili. In particolare, in base all'art. 15 della Convenzione, sono incluse fra le strutture di privazione della libertà, per prassi internazionale pacifica e accettata dagli Stati, anche «ospedali privati», «case di accoglienza» (*nursing homes*), «case famiglia per minori» (*children homes*), strutture socio-sanitarie in generale (*health and social care institutions*).

L'oggetto specifico del monitoraggio del Garante è il rispetto dei diritti delle persone ospitate nelle strutture: in particolare si tratta di valutare se nelle strutture sia possibile l'esercizio di quei diritti riconducibili alla sfera dell'espressione della propria libertà personale e della propria autonomia di scelta, riconducibili al diritto di libertà e sicurezza della persona con disabilità, espressamente previsto dall'art. 14, co. 1 lett. b) della Convenzione ONU, e di tutti i diritti che possono essere lesi

da atti considerati come tortura o trattamenti inumani e/o degradanti e che devono essere monitorati, nei luoghi di privazione della libertà personale, in ottemperanza al Protocollo Opzionale alla Convenzione ONU contro la tortura – OPCAT, al quale l'art. 15 della Convenzione ONU persone disabili fa rinvio.

Nella Relazione del Garante Nazionale 2021 si trovano i numeri sulle strutture ospedaliere psichiatriche pubbliche e private (dati relativi al 2018). A livello nazionale si hanno:

- Numero reparti in strutture pubbliche o equiparate: 323, posti letto degenze 4113, posti day-hospital 302;
- Numero case di cura private accreditate: 18, posti letto degenze 797, posti day hospital 15

A livello regionale toscano, risultano essere presenti, sempre dalla relazione del Garante nazionale 2021:

- Numero reparti in strutture pubbliche o equiparate: 25, posti letto degenze 224, posti day-hospital 50;
- Numero case di cura private accreditate: 2, posti letto degenze 89, posti day hospital 5⁷⁰.

Nella Relazione del Garante Nazionale 2022 si trovano i numeri sulle strutture ospedaliere psichiatriche pubbliche e private (dati relativi al 2019). A livello nazionale si hanno:

- Numero reparti in strutture pubbliche o equiparate: 317; posti letto degenze 4.046, posti day-hospital 295;
- Numero case di cura private accreditate: 18; posti letto degenze 792, posti day hospital 16.

A livello regionale toscano, risultano essere presenti, sempre dalla relazione del Garante nazionale 2022:

- Numero reparti in strutture pubbliche o equiparate: 25; posti letto degenze 210, posti day-hospital 50;
- Numero case di cura private accreditate: 2, posti letto degenze 82, posti day hospital 6⁷¹.

Per quanto riguarda l'utenza nei presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari per carattere della residenzialità, il Garante Nazionali ha pubblica i dati al 31 dicembre 2019 (nella relazione 2022) e quelli al 31 dicembre 2020 (nella relazione 2023).

A livello nazionale i numeri di persone “con disabilità e patologia psichiatrica” inserite in strutture residenziali sono i seguenti:

Tabella 5 - Persone con disabilità e patologia psichiatrica inserite in strutture residenziali, adulte e minori, anni 2019 e 2020 Tabella tratta dalle Relazione del Garante Nazionale 2022 (Tab. 3.14.) e 2023 (Tab. 3.19.)

Tipo di utenza	Anno di riferimento	Residenzialità familiare	Residenzialità comunitaria	Totale
Adulti con disabilità e patologia psichiatrica	2019	3.708	45.317	49.025
	2020	3.621	43.901	47.522
Minori con disabilità e disturbi mentali	2019	710	2.421	3.131
	2020	522	2.553	3.075

70 Garante Nazionale Privati della Libertà, *Relazione al Parlamento 2021. Mappe e dati*, 2021, Tabella 3.14., p. 70.

71 Garante Nazione privati della libertà, *Relazione al Parlamento 2022, Mappe e dai*, p. 92.

Si precisa il significato delle categorie:

- residenzialità di tipo familiare: quando si tratta di strutture di piccole dimensioni, caratterizzate da un'organizzazione di tipo familiare, che riproduce le caratteristiche della vita in famiglia. In caso di strutture per minori è prevista la presenza di una coppia oppure di uno o due adulti che svolgono la funzione di genitori;
- residenzialità di tipo comunitario: quando si parla di strutture di dimensioni più ampie (variabili a seconda dell'area di utenza), di norma superiori a 6-10 posti letto, caratterizzate dalla presenza di operatori assistenziali, socio-sanitari o educatori e da un'organizzazione di tipo comunitario.

Il Garante Nazione sottolinea la difficoltà di classificare le strutture nell'una o nell'altra categoria, a causa delle differenti normative regionali sull'accreditamento, che utilizzano differenti criteri per definire le tipologie di strutture. Per esempio, è possibile, in base, al sistema di accreditamento delle strutture residenziali, diversificato per ogni regione, poter classificare moduli abitativi fino a 12 posti letto nella categoria "residenzialità di tipo familiare". Può accadere quindi che, in alcune regioni, strutture a carattere familiare che abbiano, ad esempio, 8 posti letto, siano incluse nella categoria "residenzialità di tipo comunitario"⁷².

Il Garante Nazionale ha presentato anche i numeri della distribuzione delle persone con disabilità o patologia psichiatrica ospitate in struttura, distribuiti in base alle dimensioni della struttura ospitante, espresse in numero di posti letto offerti⁷³.

Tabella 6 - Persone con disabilità o patologia psichiatrica per dimensioni della struttura, adulti e minori, anni 2019 e 2020. Tabella tratta dalle Relazione del Garante Nazionale 2022 (Tab. 3.15.) e 2023 (Tab. 3.21.)

Tipo di utenza	Riferimento anno	Fino a 6 posti letto	Da 7 a 20 posti letto	Da 21 a 50 posti letto	Da 51 a 100 posti letto	Oltre 100 posti letto	Totale
Adulti con disabilità e patologia psichiatrica	2019	3.675	23.900	10.095	non rilevato	5.317	49.025
	2020	3.634	23.953	9.541	5.053	5.053	47.522
Minori con disabilità e disturbi mentali	2019	341	1.958	512	non rilevato	223	3.131
	2020	351	1.977	639	81	28	3.075

Al 31 dicembre 2019, sul totale di 49.025 persone "con disabilità e patologia psichiatrica" ospitate nelle strutture, la ripartizione per genere è la seguente: 29.263 sono uomini e 19.762 donne. Ancora sul totale di 49.025 presenze si hanno 1.052 persone straniere, delle quali 388 sono donne⁷⁴. Per quanto riguarda i minori "con disabilità e patologia psichiatrica" il totale di 3.131 persone presenti nelle strutture è così ripartito per genere: 1.934 sono maschi e 1.197 femmine. Ancora sul totale di 3.131 presenze si hanno 553 persone straniere, delle quali 358 sono maschi e 195 femmine⁷⁵.

⁷² Ivi, p. 94.

⁷³ *Ibid.*

⁷⁴ Ivi, Tab. 3.18., p. 95.

⁷⁵ Ivi, Tab. 3.2., p. 96.

Al 31 dicembre 2020, sul totale di 47.522 persone “con disabilità e patologia psichiatrica” ospitate nelle strutture, la ripartizione per genere è la seguente: 28.721 sono uomini e 18.801 donne. Ancora sul totale di 47.522 presenze si hanno 1.179 persone straniere, delle quali 410 sono donne. Per quanto riguarda i minori “con disabilità e patologia psichiatrica” il totale di 3.075 persone presenti nelle strutture è così ripartito per genere: 1.870 sono maschi e 1.206 femmine. Ancora sul totale di 3.075 presenze si hanno 473 persone straniere, delle quali 305 sono maschi e 168 femmine⁷⁶.

Il Garante Nazionale ha presentato anche i dati relativi alle Regioni. Per quanto riguarda i presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari al 31 dicembre 2019, i dati sulla **Toscana** erano i seguenti: 859 presidi residenziali in totale, con 22.762 posti letto.

Quanto al numero degli utenti, questi erano in totale 21.008, di cui:

- 15.837 in posti dedicati alle persone anziane;
- 3.950 in posti dedicati alle persone adulte (per patologia psichiatrica e disabilità, ma anche tossicodipendenti/alcolisti, con procedimenti penali, altro);
- 1.220 in posti dedicati a minori.

Su un totale, a livello nazionale, di 382.378 persone collocate in strutture, si hanno 293.130 persone anziane, 70.198 adulti in strutture per patologia psichiatrica e disabilità, ma anche tossicodipendenti/alcolisti, con procedimenti penali, altro, e 19.050 minori come utenti delle strutture (il totale delle persone in strutture per patologie psichiatriche è più elevato, rispetto ai dati presentati sopra in Tabella 6 perché in questo caso comprende anche le strutture dedicate alle dipendenze e alle misure penali)⁷⁷.

I medesimi dati al 31 dicembre 2020 sono i seguenti per la Toscana: 866 presidi residenziali in totale, con 22.644 posti letto⁷⁸.

*Tabella 7 – Unità di servizio per posti letto, Regione Toscana e nazionale, anni 2019 e 2020.
Tabella tratta dalle Relazione del Garante Nazionale 2022 (Tab. 3.23.) e 2023 (Tab. 3.23.)*

	Anno di riferimento	Fino a 6 posti letto	Da 7 a 20 posti letto	Da 21 a 50 posti letto	Da 51 a 100 posti letto	Oltre 100 posti letto	Totale
Regione Toscana	2019	217	415	305	98	7	1.042
	2020	224	426	304	93	6	1.054
Totale nazionale	2019	2.875	6.837	3.663	1.537	585	15.497
	2020	2.898	6.716	3.632	1.522	586	15.354

Il Garante Nazionale ha presentato, inoltre, i dati riguardanti le “unità di servizio” nei presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari per classe di posto al 31 dicembre 2019, sia a livello nazionale che regionale. È un indicatore che serve a valutare la grandezza delle strutture, misurata in base ai posti letto messi a disposizione, e a capire se siano prevalenti strutture di grandi dimen-

⁷⁶ Garante Nazione privati della libertà, *Relazione al Parlamento 2023*, 2023, Tab. 3.20., p. 273.

⁷⁷ Ivi, Tab. 3.22., p. 97.

⁷⁸ Garante Nazione privati della libertà, *Relazione al Parlamento 2023*, cit., Tab. 3.22., p. 274.

sioni, con un'organizzazione solitamente maggiormente istituzionalizzata, o strutture più piccole e di tipo familiare. Il dato riguarda tutte le strutture residenziali, comprendendo dunque anche quelle per persone anziane. Tale dato può essere associato al numero delle strutture residenziali, ma solo in modo indicativo, non in modo esatto, poiché, come precisa il Garante, l'espressione "unità di servizio", utilizzata in ambito Istat e dunque presa come base dei dati, non deve essere intesa come equivalente a "presidio residenziale": infatti può essere possibile che all'interno di un "presidio residenziale" vi siano più "unità di servizio".

4.3 Il monitoraggio del Garante regionale della Toscana

I Garanti regionali hanno un ambito specifico di competenze definito dalle singole leggi regionali istitutive: nella legge toscana (L.R. 69/2009) si fa riferimento, oltre alla competenza principale in materia di carcere, anche alle persone sottoposte a TSO e a quelle collocate in centri di detenzione amministrativa per i rimpatri. A queste si aggiungono quelle derivanti dalla normativa del Garante Nazionale che è stata modificata alla fine del 2020 (art. 7 del DL 146/2013, convertito nella Legge 10/2014, così come integrato dal DL 21 ottobre 2020, n. 130, Decreto-Legge convertito con modificazioni dalla L. 18 dicembre 2020, n. 173). Essa ha espressamente previsto che il Garante Nazionale possa delegare i Garanti territoriali "per l'esercizio delle proprie funzioni relativamente alle strutture sanitarie, sociosanitarie e assistenziali, alle comunità terapeutiche e di accoglienza, per adulti e per minori, nonché alle strutture di cui alla lettera e) del comma 5, quando particolari circostanze lo richiedano. La delega ha una durata massima di sei mesi" (comma 5.1.).

Già con la relazione 2021 sulle attività svolte nel corso dell'anno 2020, il Garante regionale aveva intrapreso un'attività di monitoraggio quantitativo delle strutture socio-assistenziali e socio-sanitarie toscane, comprese le strutture psichiatriche, i cui dati sintetici, in materia di strutture psichiatriche, sono i seguenti.

Tabella 8 - Numero strutture residenziali pubbliche. Tratto da Relazione Garante Nazionale 2021.

Numero strutture residenziali pubbliche e private accreditate in convenzione per assistenza psichiatrica, utenti e posti letto nell'anno.

Fonte dati: modelli STS11 e STS24 dei flussi ministeriali. Sono state considerate le strutture con assistenza S05-Psichiatrica di tipo residenziale. Sono escluse le strutture con mesi di funzionamento nell'anno a zero

Dati aggiornati al 9/3/2021

2020

Azienda	N.strutture residenziali	N. Utenti	N.Posti letto	N.utenti in attesa
201 - Az. USL Toscana centro	47	354	332	32
202 - Az. USL Toscana nordovest	41	350	354	2
203 - Az. USL Toscana sudest	29	192	201	0
TOTALE	117	896	887	34

Le **residenze dedicate all'assistenza psichiatrica** erano in Toscana al 31/12/2020 complessivamente **117**, ed ospitano complessivamente **896 persone** con problematiche psichiatriche. Nella tabella che segue è indicata la ripartizione per ASL di competenza (dati relazione Garante 2021). Vi sono poi, regolate e calcolate separatamente, le comunità terapeutico riabilitative psichiatriche per minori, il cui scopo è l'accoglienza e la cura dei minori con disturbi psichiatrici gravi. Esse, come sopra evidenziato, hanno una regolazione a sé (DGR 1063/2015). Erano presenti in Toscana **8**

strutture per minori, di differenti fasce di età, per complessivi **79 posti**, alla data del 31.12.2020, ed erano tutte occupate per il numero dei posti autorizzati (Relazione Garante 2021).

Per quanto riguarda gli anni successivi i dati vengono presentati nel cap. II, par. 3 del presente rapporto di ricerca.

4.4 Sulla contenzione

Come è ormai pacificamente stabilito, la contenzione è una pratica non autorizzata, e dunque non rientra nell'autorizzazione al provvedimento di TSO, né è ammissibile per il fatto che una persona sia sottoposta a una misura penale. L'unico caso in cui può esserne esclusa la contrarietà alla legge è quello in cui è attuata in "stato di necessità" in base all'art. 54 c.p., così ha stabilito la Corte di Cassazione con la Sentenza n. 50497/2018, specificando che la contenzione meccanica non è mai "un atto medico". L'atto medico ha, infatti, la finalità di realizzare un "beneficio per la salute, bene tutelato dall'articolo 32 della Costituzione, che consente di fornire copertura costituzionale all'atto medico". L'uso della contenzione meccanica concretizza, invece, l'utilizzo di un "presidio restrittivo della libertà che non ha né una finalità curativa né produce materialmente l'effetto di migliorare le condizioni di salute del paziente", ma solo quella di venire incontro a una situazione di necessità. La Corte aggiunge che "non è assolutamente ammissibile l'applicazione della contenzione in via precauzionale sulla base della astratta possibilità o mera probabilità di un danno grave alla persona, occorrendo che l'attualità del pregiudizio risulti in concreto dal riscontro di elementi obiettivi che il sanitario deve avere cura di indicare in modo puntuale e dettagliato".

La contenzione, dunque, deve essere applicata solo in via eccezionale e per un periodo di tempo non superiore alla somministrazione della terapia. L'art 1 della legge 833/1978 afferma, infatti, che "la tutela della salute fisica e psichica deve avvenire nel rispetto della dignità e libertà della persona". Sul tema si è espresso il Comitato Nazionale di Bioetica, che nell'aprile del 2015 ha condannato "l'attuale applicazione estensiva della contenzione e ribadito la necessità del superamento della stessa"⁷⁹. Il Comitato ha dato chiare direttive in materia, invitando le Autorità sanitarie ad "avviare un attento monitoraggio del fenomeno, a livello regionale e nazionale" e a "predisporre programmi finalizzati al superamento della contenzione nell'ambito della promozione di una cultura generale della cura rispettosa dei diritti, agendo sui modelli organizzativi dei servizi e sulla formazione del personale"⁸⁰. Ha inoltre raccomandato di "usare lo strumento della valutazione per promuovere l'innovazione, introducendo standard di qualità che favoriscano i servizi e le strutture no-restraint"⁸¹.

Lo strumento del registro delle contenzioni è stato indicato dal Garante Nazionale delle persone private della libertà personale, nella sua Relazione del 2018, come uno strumento necessario al monitoraggio delle contenzioni. Il Garante Nazionale ha inoltre messo in luce il possibile utilizzo della contenzione come "strumento di disciplinamento all'interno di un sistema la cui funzione è invece quella dell'aver cura, del mantenere e potenziare soggettività e non di comprimerla" (Relazione 2019).

Bisogna aggiungere che anche i piani sanitari regionali si sono espressi in maniera analoga. Il Piano Sanitario Sociale Integrato della Regione Toscana 2018-2020, oggi ancora vigente, prevede di effettuare il monitoraggio di vari indicatori di garanzia previsti per la verifica dell'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), e in particolare in merito alla contenzione pone tra le azioni da sviluppare durante la sua vigenza quella di "promuove il monitoraggio (in particolare attraverso

79 Comitato Nazionale di Bioetica, parere "La contenzione: problemi bioetici", 2015, p. 22. Il parere riguarda, nello specifico, il problema della contenzione meccanica nei confronti dei pazienti psichiatrici e degli anziani.

80 Ivi, p. 23.

81 *Ibid.*

il *registro delle contenzioni*) del funzionamento dei servizi psichiatrici con particolare attenzione alle pratiche di limitazione della libertà dei pazienti, individuando tutti gli indicatori necessari allo scopo⁸². E, di seguito, prevede che: “i sistemi di contenzione non devono essere usati in quanto rappresentano una violazione dei diritti fondamentali della persona, siamo comunque consapevoli che la giurisprudenza prevede delle eccezioni nelle quali l’utilizzo è legato esclusivamente a presupposti di necessità e urgenza proporzionate al pericolo. La Regione Toscana, nel rispetto dei protocolli e delle linee guida vigenti in materia, si pone l’obiettivo di essere un modello a livello nazionale per il superamento definitivo di ogni forma di contenzione, promuovendo lo sviluppo di pratiche incentrate sulla relazione tra operatori e pazienti”⁸³. Già i Piani sanitari approvati negli anni precedenti si erano espressi nel senso della limitazione e del controllo della contenzione, segnando una strada ormai da lungo tempo intrapresa in Toscana⁸⁴.

La DGR 245/2021 (modificata dalla 289/2021 per alcuni errori materiali) ha previsto di introdurre, tra i requisiti specifici delle residenze per persone anziane e di quelle per persone con disabilità, una procedura per il monitoraggio delle contenzioni, introducendo due indicatori (ANZ.RSA.RS26 e DIS.RSD.RS26). Per quanto riguarda le residenze psichiatriche l’accreditamento è disciplinato da differenti norme: dal Regolamento 17 novembre 2016, n. 79/R (recentemente modificato con D.P.G.R. 11 ago. 2020, n. 85/R e con D.P.G.R. 16 sett. 2020, n. 90/R). Al momento non risulta che sia stato introdotto un obbligo analogo riguardo alla necessaria presenza di procedure di monitoraggio delle contenzioni nelle residenze psichiatriche, ma questo può ricondursi proprio al fatto che, trattandosi di discipline separate possono esserci tempi differenti di adeguamento. L’introduzione per le strutture sanitarie di una norma simile a quella introdotta per le strutture sociosanitarie, con un obbligo espresso di tenuta del registro delle contenzioni, sarebbe molto opportuna e in linea con quanto richiesto già da qualche anno dal Garante nazionale e previsto nel Piano sanitario regionale.

82 Piano Sanitario Sociale Integrato 2018-2020, p. 169.

83 *Ibid.*

84 Il Piano Sanitario e Sociale Integrato Regionale (PSSIR 2012-2015) prevedeva in relazione ai centri e servizi di cura in ambito psichiatrico (SPDC) “il tassativo divieto di ogni forma di contenzione ed un’attenzione continua all’appropriatezza del ricorso alla terapia farmacologica” (p. 209). Già con il precedente Piano sanitario si era previsto di tenere sotto controllo la contenzione, e l’importanza di tale previsione era stata sottolineata come un passo in avanti dalla Conferenza delle Regioni e delle Province autonome: “il PSR 2008-2010 proibisce l’uso della contenzione fisica e ordina il monitoraggio delle prescrizioni psicofarmacologiche che potrebbero assumere il significato di contenzione chimica” (Atto 10/081/CR07/C7 della Conferenza delle regioni e delle province autonome: Contenzione fisica in psichiatria, una strategia possibile di prevenzione p. 3).

I risultati

1. Lo stato di attuazione del diritto alla salute mentale per le persone condannate

La riforma che ha condotto alla chiusura degli ospedali psichiatrici giudiziari è frequentemente tacciata di aver prodotto, come effetto ulteriore e indesiderato, un massiccio trasferimento della popolazione con disagio psichico all'interno del carcere e persino delle case di lavoro, rendendo queste istituzioni luoghi di difficilissima gestione¹.

La retorica che sostiene questo allarme è la stessa che ha seguito precedenti processi di deistituzionalizzazione, in particolare, la chiusura degli ospedali psichiatrici ad opera della L. 180/1978². L'ipotesi di assorbimento dell'utenza da parte di altre istituzioni appare parziale e controvertibile, specie se consideriamo i numeri delle persone presenti nelle REMS e in lista di attesa, che raggiungono cifre simili all'OPG nelle ultime sue fasi di permanenza³, a cui aggiungere i numeri relativi alle persone prese in carico a livello territoriale⁴. Del resto, se anche l'intera popolazione un tempo ospite dell'OPG (mai superiore alle 1.500 persone) fosse stata assorbita dall'istituzione carceraria, questo non avrebbe potuto produrre gli effetti di esplosione della quantità di persone etichettate come "psichiatriche", che viene denunciata. Su una popolazione penitenziaria che dai primi anni 2000 oscilla tra le 50.000 e le 70.000 persone (con l'unico picco a ribasso nel 2006, dovuto all'indulto)⁵, un trasferimento di circa 1500 persone non avrebbe potuto trasformare un carcere "sano" in un carcere "manicomio".

Del resto, come mostra *Sterchele* in un recente volume che riporta i risultati di un'importante ricerca etnografica:

1 Sulla presenza di detenuti con riconosciuti disturbi psichiatrici all'interno del carcere come problema di carattere gestionale, si rinvia alla Dipartimento dell'amministrazione penitenziaria, *circolare avente ad oggetto "Trasferimenti dei detenuti per motivi di sicurezza"*, 9 ottobre 2018, riportata sul sito www.ristretti.it nella sezione dedicata alle circolari del DAP, (consultato in data 22 aprile 2022);

2 Si veda, ad esempio, R. Castiglioni., "Il ritorno del Mariolino. Ovvero dell'insostituibile funzione del manicomio criminale", in *Rassegna penitenziaria*, 1986, 1-3, pp. 105 e ss.

3 Su questo punto si rinvia a F. Corleone, "Abbatere il muro dell'imputabilità. Una proposta che guarda oltre", in M. Bevilacqua, L. Notaro, G. Profeta, et. al. (a cura di), *Malattia psichiatrica e pericolosità sociale. Tra sistema penale e servizi sanitari. Atti del convegno. Pisa 16-17 ottobre 2020*, Giappichelli, Torino, 2021, pp. 265-284.

4 Su questo punto si rinvia *infra* al par. 2, che mette in luce proprio come, a livello nazionale e regionale toscano, i numeri complessivi delle misure di sicurezza terapeutiche eseguite siano costantemente cresciuti dopo la riforma. Si veda anche: P. Pellegrini, Una riforma nel limbo e idee per il futuro, in *sos.sanità* (rivista online), 2018, consultabile al link www.sossanità.it (consultato in data 27 aprile 2022);

5 Si vedano le serie storiche sui detenuti presenti al 31.12 disponibili sul sito del Ministero della Giustizia, www.giustizia.it.

il collegamento tra l'aumento di detenuti "psichiatrici" e la recente chiusura degli OPG sembra configurarsi non tanto come effetto di un "assorbimento" dell'utenza un tempo internata in questi ultimi da parte del carcere, quanto piuttosto con la chiusura di una "valvola di sfogo" precedentemente utilizzata dal sistema penitenziario per "esternalizzare" soggetti particolarmente problematici nella quotidiana vita in sezione, in modo da permettere una loro gestione esterna in strutture che venivano in questo senso ad assolvere funzioni caratterizzate da una forte ibridazione delle istanze "cliniche" con altre più prettamente disciplinari e pedagogiche⁶.

Adottando una prospettiva costruttivista, che denaturalizzi l'etichetta psichiatrica e la riconosca come costruito culturale e simbolico, si può osservare come nel processo di definizione degli "psichiatrici" si intersechino spesso le istanze propriamente medico/sanitarie con quelle di carattere marcatamente disciplinare.

Questa operazione di decostruzione non conduce alla negazione del dato della sofferenza in ambito penitenziario, frutto delle caratteristiche disabilitanti dell'istituzione penitenziaria in sé e accentuato dalle particolari condizioni in cui versano alcuni istituti, nonché frutto della selettività dei processi di criminalizzazione che favoriscono «dinamiche di importazione, nel penitenziario, di una popolazione dallo stato di salute spesso già gravemente compromesso»⁷.

1.1 «Carcere manicomio»? Le dimensioni del disagio

La concezione del «carcere manicomio», che si è sviluppata prima nel dibattito statunitense ed è stata poi adottata anche nel nostro dibattito interno⁸, offre la seguente rappresentazione: nel mondo penitenziario si sarebbe prodotta, negli ultimi anni, un'inedita questione psichiatrica, che avrebbe trasformato il carcere nella nuova istituzione manicomiale, modificandone gli assetti interni e rendendone ardua la gestione.

Come anticipato, questa narrazione non dà conto dei processi di etichettamento e delle diverse istanze da cui muovono, così come non dà conto dei conflitti interni all'istituzione, prodotti dalla compresenza di agenzie diverse con mandati e gerarchie differenziati: quello del carcere italiano è, infatti, un meccanismo organizzativo che si sviluppa sia in senso orizzontale sia in senso verticale a più "teste" (ministeriali), e tale caratteristica influenza le dinamiche di gestione e di organizzazione, nelle quali possono emergere conflitti tra le diverse linee di comando/burocratizzazione/organizzazione⁹.

Del resto, l'idea che la questione psichiatrica in carcere possa rappresentare un fenomeno nuovo e di dimensioni inedite, si scontra con la lettura dei testi storici. Dal dibattito italiano tardo ottocentesco, relativo alla necessità di istituire appositi asili per i pazzi criminali, si ricavano con frequenza

6 L. Sterchele, *Il carcere invisibile. Etnografia dei saperi medici e psichiatrici nell'arcipelago carcerario*, Meltemi, Milano, 2021, p. 210.

7 *Ibid.*

8 M. Iannucci, G. Brandi, "Il reo folle e le modifiche dell'ordinamento penitenziario", in *Diritto penale contemporaneo*, 2018, 2, pp. 89-113.

9 Per la ricostruzione del quadro teorico, si rinvia a V. Verdolini, *op.cit.*, pp. 32-33.

Per quanto riguarda i riscontri di carattere empirico, si rimanda ai risultati della recente ricerca condotta dalla Società della Ragione, in collaborazione con il Garante dei diritti delle persone private della libertà personale della Regione Toscana, sulla salute mentale nel carcere di Sollicciano, in cui, attraverso una serie di interviste, sono stati messi in evidenza i conflitti esistenti tra l'agenzia sanitaria e quella penitenziaria, in merito alla definizione di chi è "psichiatrico". Dalla ricerca emerge come l'amministrazione penitenziaria dimandi una maggiore psichiatrizzazione di ogni forma di comportamento oppositivo o di difficile gestione, mentre l'agenzia sanitaria rigetta e cerca di contenere questa richiesta di psichiatrizzazione diffusa, F. Corleone (a cura di), *Rapporto di ricerca. Salute mentale e assistenza psichiatrica nel carcere di Firenze Sollicciano*, pubblicato sul sito della Società della Ragione, www.societadellaragione.it, nella sezione "ricerche" (consultato in data 26 novembre 2022).

allarmi relativi alla massiccia presenza di malattie mentali nel contesto penitenziario. *Virgilio*, ad esempio, riporta il seguente dato: «le carceri sono piene, al dire del Dott. Girolami illustre alienista,» di «semi-cretini e imbecilli morali»¹⁰.

Per sondare l'effettiva dimensione del disagio, il mero ricorso ai dati epidemiologici sembra, per quanto abbiamo anticipato, insufficiente. Il detenuto "psichiatrico" come sostiene *Sterchele* risulterà essere colui che «vive una condizione di particolare disagio psichico, ma che al tempo stesso non sa gestire questa sua sofferenza in modo appropriato e che reagisce in maniera imprevedibile alle situazioni di vita istituzionale»¹¹.

Alcuni dati, possono, però fornirci una sorta di cartina di tornasole non tanto delle patologie psichiatriche, quanto piuttosto della sofferenza prodotta dal carcere contemporaneo, che assume particolare rilievo nel quadro di una concezione di salute mentale che non sia limitata alla mera assenza di malattia ma abbia come parametro essenziale lo stato di completo benessere.

1.1.1 Carcere e sofferenza.

Prendiamo dunque in esame alcuni dati che possono rappresentare degli indici del livello complessivo di qualità della vita nelle istituzioni penitenziarie e del benessere delle persone detenute. Si esamineranno, in particolare, i dati relativi ai suicidi, realizzati e tentati, alle morti per cause naturali, agli atti di autolesionismo, sia a livello nazionale che regionale toscano.

Si è scelto di non includere in questa analisi, gli agiti etero-aggressivi, che possono essere letti sì in chiave di indici di un disagio, ma anche come meri elementi espressione del conflitto all'interno dell'istituzione penitenziaria.

DATI NAZIONALI

Suicidi

Le ricerche sui suicidi in carcere in Italia sono poche e si concentrano negli ultimi vent'anni¹². Molti dei dati di cui si dispone provengono dai rapporti delle associazioni che si occupano di diritti delle persone detenute¹³ e dalle relazioni dei Garanti nazionali e territoriali¹⁴. I rapporti evidenziano da anni un dato, che desta particolare allarme: l'altissimo tasso di suicidi tra la popolazione detenuta. Nel corso dell'ultimo decennio, in carcere, si registra un tasso di suicidi, tra le 10 e le 20 volte su-

10 G. Virgilio, "Saggio di ricerche sulla natura morbosa del delitto e delle sua analogie colle malattie mentali", in *Rivista di discipline carcerarie*, 1874, 4(10-11), p. 488.

11 L. Sterchele, *op.cit.*, p. 202.

12 L. Manconi, A. Boraschi, "Quando hanno aperto la cella era già tardi perché...". *Suicidio e autolesionismo in carcere. 2002-2004*, in "Rassegna Italiana di Sociologia, Rivista trimestrale fondata da Camillo Pellizzi", 1/2006, pp. 117-150; L. Manconi, *Così si muore in galera. Suicidi e atti di autolesionismo nei luoghi di pena*, in "Politica del diritto". 2/2002, pp. 315-330; L. Baccaro, F. Morelli, *In carcere: del suicidio ed altre fughe*, Ristretti Orizzonti, Padova, 2009; M. Miravalle, G. Torrente, *La normalizzazione del suicidio nelle pratiche penitenziarie. Una ricerca sui fascicoli ispettivi dei Provveditorati dell'amministrazione penitenziaria*, in "Politica del diritto", 1-2/2016, pp. 217-258.

13 Si vedano le sezioni dedicate ai suicidi e atti di autolesionismo, nelle relazioni annuali di Antigone, scaricabili dal sito (al link: <https://www.rapportoantigone.it>), in particolare: *Suicidi ed eventi critici*, in Antigone, *Oltre il virus*, cit.; P.A. Allegri, G. Torrente, *Si torna a morire. Il preoccupante aumento di suicidi e morti in carcere*, in Antigone, *Un anno in carcere. XIV rapporto sulle condizioni di detenzione*;

14 Per i dati nazionali, si rinvia alla Relazione del Garante nazionale delle persone private della libertà personale, Garante nazionale dei diritti delle persone private della libertà personale, *Relazione al Parlamento 2021*, 2021; Id., *Relazione al Parlamento 2022*, 2022; Id., *Relazione al Parlamento 2023*, 2023; Id., *Per un'analisi dei suicidi negli istituti penitenziari*, 2023. Per i dati della Regione Toscana si rinvia a: Garante dei diritti delle persone sottoposte a misure restrittive della libertà personale della regione toscana, *Relazione 2021*, 2021; Id., *Relazione 2022*, 2022; Id., *Relazione 2023*, 2023.

periore a quello della popolazione libera. Nel 2019, data dell'ultima rilevazione ISTAT, in Italia i suicidi erano stati 3759, a fronte di una popolazione ultra quindicenne di 51.913.934 persone (il tasso di suicidi viene ordinariamente calcolato prendendo in considerazione la popolazione ultra quindicenne, in quanto il fenomeno nella popolazione più piccola è marginale¹⁵). Il tasso di suicidi ogni 10.000 persone si aggirava intorno allo 0,72%. In quello stesso anno, il tasso di suicidi ogni 10.000 persone tra la popolazione detenuta era 12 volte superiore e pari all'8,7%.

Seguire l'andamento dei tassi di suicidio in carcere, può offrirci l'occasione di valutare lo stato di benessere delle persone detenute, seppure con una necessaria cautela: tenere sempre presente che «l'atto suicidio e le sue motivazioni lontane e prossime appartengono, in primo luogo, a chi vi ricorre: e rimandano, innanzitutto all'unicità e irripetibilità della sua biografia»¹⁶. Ferma questa considerazione, non si può trascurare che alcuni fattori endogeni e ambientali, quali l'affollamento delle prigioni, incidono fortemente sull'andamento dei suicidi, con una moltiplicazione del tasso di persone che si tolgono la vita negli istituti affollati, dove il sovrannumero produce anche pessime condizioni igieniche, scarsità di visite mediche e psicologiche, riduzione dei servizi e delle attività¹⁷.

Nella prefazione al volume *In carcere: del suicidio ed altre fughe*, Margara, acutamente osservava:

i c.d. tassi suicidari restano significativi, ma con una riserva, legata alla limitata grandezza del numero di suicidi (che, ovviamente, sono sempre troppi) rispetto ai grandi numeri (quello dei detenuti) con cui si opera il confronto: in altre parole, singoli episodi eccezionali possono elevare in un anno il numero, senza che questo riveli circostanze generali che riguardano il carcere¹⁸.

Una riserva questa da tenere sempre presente nel considerare gli andamenti come indici unici dello stato di benessere all'interno degli istituti, ragione per cui abbiamo scelto di prendere in esame anche altri eventi critici.

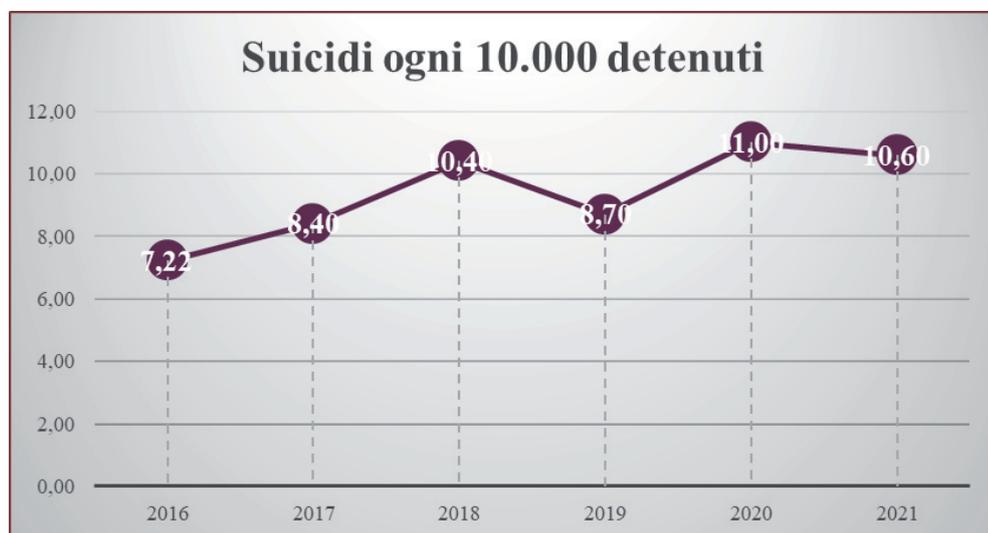


Figura 1. Andamento tasso di suicidi ogni 10.000 detenuti 2016-2021

Il tasso di suicidi appare nei 6 anni tra il 2016 e il 2021, in costante crescita (con un'unica flessione

15 A questo proposito, si rinvia alla pagina dedicata ai suicidi in Italia del sito Epicentro – Epidemiologia per la sanità pubblica, dell'Istituto Superiore della Sanità, www.epicentro.iss.it (consultato in data 28 aprile 2022).

16 L. Manconi, A. Boraschi, *op.cit.*, p. 119.

17 Ivi, p. 122.

18 A. Margara, *Prefazione*, in L. Baccaro, F. Morelli, *op.cit.*, p. 12.

dell'anno 2019), tra il 2019 e il 2020 i suicidi sono aumentati sia in numero assoluto che in relazione al numero medio di persone detenute nel corso dell'anno, raggiungendo il tasso di 11 suicidi ogni 10.000 detenuti (tab. 1), il più alto dal 2016.

Tabella 9. Numero di presenti, numeri di suicidi, tasso suicidi – Anni 2016-2021.

	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Presenti al 31.12	54.653	57.608	59.655	60.769	53.364	54.134
Media presenti	53.984	56.946	58.872	60.610	55.445	53.758
Suicidi	39	48	61	53	61	57
Tasso Suicidi ogni 10.000	7,2	8,4	10,4	8,7	11	10,6

Il tasso è di poco sceso nel 2021 con 57 suicidi: 10,6 ogni 10.000 detenuti. Purtroppo, per il 2022, i dati sono ancora più allarmanti, al 27 novembre 2022 si sono uccise in carcere 79 persone, il dato più alto sia in termini assoluti che relativi. Con 56.225 detenuti presenti all'ultima rilevazione disponibile del Ministero della Giustizia (31 ottobre 2022) e 79 suicidi, il tasso di suicidi ogni 10.000 detenuti raggiunge la soglia del 14%, doppiando il dato del 2006. Al 31 dicembre 2022 il totale dei suicidi in carcere è salito a 85 persone, segnando un triste primato.

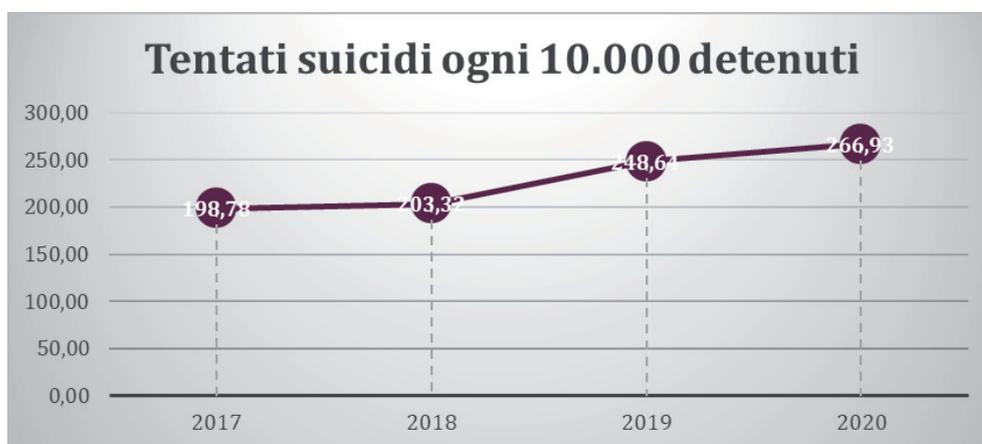


Figura 2. Andamento del tasso di tentati suicidi in carcere 2017-2020

Il Ministero della Giustizia pubblica regolarmente statistiche di vario genere (ad esempio quelle relative al numero e alle caratteristiche demografiche della popolazione detenuta, alle misure alternative, alle misure di sicurezza, al lavoro negli istituti penitenziari) sul proprio portale, non sono invece disponibili i dati relativi agli eventi critici.

Abbiamo dunque esaminato, i dati che il DAP ha fornito al Garante nazionale delle persone private della libertà personale e che sono dettagliatamente riportati nella relazione del Garante 2021. I dati sono disponibili per gli anni tra il 2017 e il 2020, con l'aggiunta di un dato parziale per il 2021 (fino al 26 marzo).

Come si può osservare (fig. 2), il tasso di suicidi tentati tra la popolazione detenuta è costantemente cresciuto tra il 2017 e il 2020.

Tabella 10. Detenuti presenti e tentativi di suicidi in numero assoluto e ogni 10.000 detenuti, anni 2017-2020

	2017	2018	2019	2020
Presenti al 31.12	57.608	59.655	60.769	53.364
Media presenti	56.946	58.872	60.610	55.445
Tentati suicidi	1.132	1.197	1.507	1.480
Ogni 10.000 detenuti	199	203	249	267

Tabella 11. Detenuti presenti e atti di autolesionismo 2017-2020

	2017	2018	2019	2020
Presenti al 31.12	57608	59655	60769	53364
Media presenti	56946	58872	60610	55445
Autolesionismo	9442	10368	11261	11315
Tasso autolesionismo	1658,06	1761,11	1857,94	2040,76

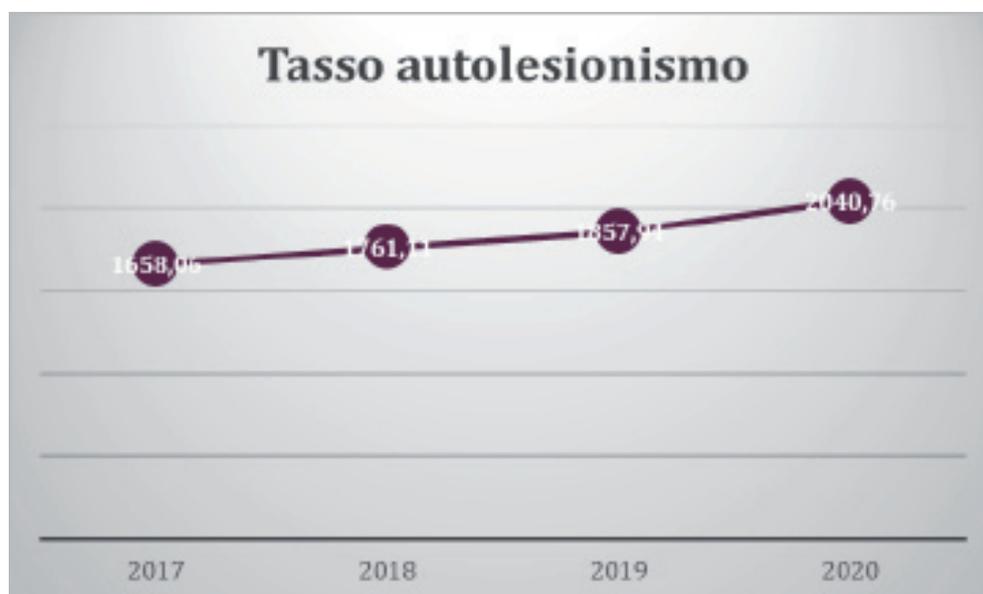


Figura 2. Andamento tasso di autolesionismo. 2017-2020

Nell'anno 2017 si registrano 1.132 tentativi, mediamente 199 ogni 10.000 detenuti, il numero di tentativi cresce costantemente in termini relativi, arrivando a raggiungere un tasso pari a 267 tentativi di suicidio ogni 10.000 persone detenute nel 2020 (Tab. 2).

L'aumento registrato nel tasso di suicidi tentati è pari al 34% nel breve lasso di tempo preso in esame.

Guardando ad altri eventi critici, ed in particolare gli atti autolesionismo, l'aumento risulta altrettanto evidente.

Dal 2017 al 2020, gli eventi critici sono cresciuti sia in termini assoluti che relativi, passando da 9.442 nel 2017 a 11.315 atti di autolesionismo nel 2020 da un tasso di 1658 ogni 10.000 detenuti a 2040.

Il quadro complessivo dato dagli eventi critici, i tentati suicidi, i suicidi e gli atti di autolesioni, ci restituisce un'immagine molto allarmante del mondo penitenziario negli ultimi anni.

I DATI REGIONALI TOSCANI

Il quadro nazionale, ci mostra una realtà penitenziaria drammatica. Passando dal dato nazionale, al dato toscano, potremmo individuare una realtà analoga o una realtà migliore. Visto l'impatto delle condizioni ambientali sul benessere delle persone, le caratteristiche dei singoli istituti possono fare la differenza.

Sul territorio regionale toscano insistono ben 16 istituti penitenziari per adulti: la casa circondariale Don Bosco di Pisa, la casa circondariale di Arezzo, la casa circondariale di Massa Marittima, la casa di reclusione di Volterra, la casa circondariale di Prato, la casa circondariale di Siena, la casa circondariale di Lucca, la casa di reclusione di San Gimignano, la casa circondariale Mario Gozzini di Firenze, la casa circondariale di Firenze Sollicciano, la casa di reclusione di Livorno, la casa di reclusione di Porto Azzurro, la casa Circondariale di Pistoia, la casa di reclusione di Massa, la casa di reclusione della Gorgona e la casa circondariale di Grosseto¹⁹.

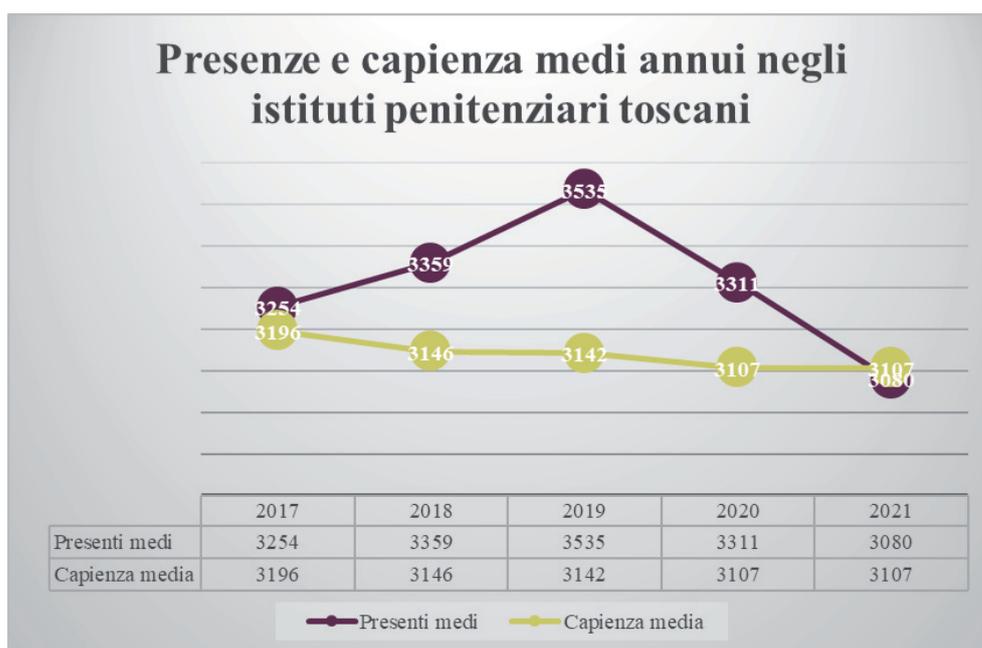


Figura 4. Presenze e capienza medi annui negli istituti penitenziari toscani

Gli istituti sono molto differenziati, pertengono a tre distinti circuiti di sicurezza²⁰ e sono sia case circondariali che case di reclusione, attualmente, 2 dei 16 istituti toscani ospitano anche detenute

19 Per avere un quadro delle caratteristiche degli istituti, si rinvia a: Garante regionale delle persone sottoposte a misure restrittive della libertà personale della regione Toscana, *Relazione annuale 2021. Sulle attività 2020*, tipografia Consiglio regionale della Toscana, 2021, pp. 25-58; Aa.Vv., *La dimensione affettiva delle persone in detenzione. Gli spazi per l'affettività e le specificità della detenzione femminile*, Fondazione Michelucci, 2021.

20 Sui circuiti di sicurezza, si rinvia a: S. Santorso, *Un carcere fatto a circuiti: tra definizione formale e pratiche*, in Antigonè, *Un anno in carcere*, cit.;

donne (Firenze Sollicciano e Pisa Don Bosco), mentre gli altri 14 ospitano soltanto detenuti di genere anagrafico maschile²¹.

La popolazione penitenziaria toscana, al 30 ottobre 2022, è composta da 3054 persone. La percentuale di detenuti di origine straniera è superiore alla media nazionale (47,2% a fronte del 31,29%)²². Le donne detenute sono 76, di queste 30 si trovano a Pisa e 46 a Sollicciano.

Dal 2017 ad oggi la popolazione detenuta toscana è diminuita, passando da una media annua di 3254 detenuti a una media di 3080 nel 2021 (tab. 4).

I dati al 31 dicembre 2022 mostravano le presenze nelle carceri toscane ancora in discesa, con 2.963 presenze (delle quali 65 donne e 2.898 uomini). Dato in controtendenza con l'andamento nazionale dove invece si è assistito a un nuovo aumento dopo l'emergenza Covid-19.

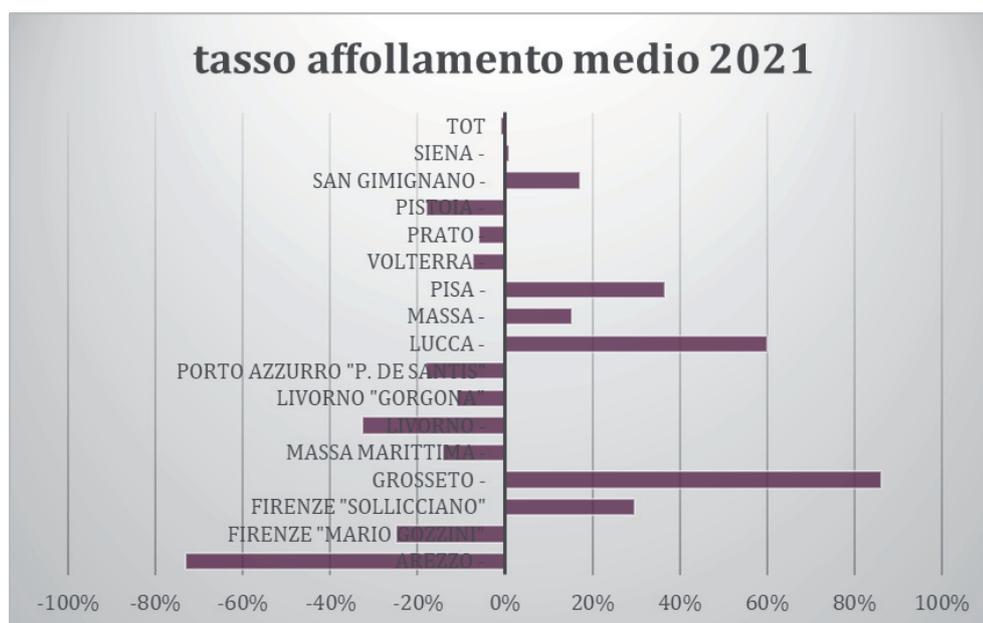


Figura 5. Tasso di sovraffollamento medio negli istituti toscani 2021

La progressiva riduzione delle presenze ha favorevolmente inciso soprattutto su alcuni penitenziari, primo fra tutti sul Complesso Penitenziario di Firenze Sollicciano che dai 999 presenti del 31 dicembre 2013, è passato ai 698 detenuti presenti al 31 dicembre 2015, per poi riprendere una leggera risalita: 731 al 31 dicembre 2016, 791 al 31 dicembre 2019, ridiscendendo leggermente a 704 unità alla fine del 2020 e, più marcatamente al 31.12.2021, quando le presenze si attestavano sulle 589, e al 31 dicembre 2022 in cui vi si trovavano 483 detenuti. L'istituto di Prato, pur avendo avuto una riduzione nei numeri negli anni, ha superato Sollicciano al 31 dicembre 2022, con 492 presenze²³.

Come si può verificare, il decremento non è stato lineare, nel 2019 c'è stato un picco di 3535 detenuti medi, nel 2020 un lieve calo²⁴, che ha portato la popolazione media 3311 persone, nel 2021 un calo si-

21 Si sottolinea che la distinzione binaria di genere (maschile/femminile) è qui adottata in quanto l'istituzione penitenziaria rappresenta un «luogo di segregazione sessuale binaria di tipo obbligatorio», si veda A. Dias Vieira, S. Ciuffoletti, *Reparto D: un tertium genus di detenzione? case-study sull'incarceramento di persone transgender nel carcere di Sollicciano*, in "Rassegna penitenziaria e criminologica", 1/2015, pp. 159-207.

22 Dati del Ministero della Giustizia.

23 Garante regionale delle persone sottoposte a misure restrittive della libertà personale della regione Toscana, *Relazione annuale 2023. Sulle attività 2022*, Consiglio regionale della Toscana 2023, p. 13.

24 Il calo è da leggersi come frutto di due distinti fenomeni. In piccola parte, questo è dovuto all'effetto di alcune misure adottate dal Governo per deflazionare la popolazione penitenziaria, visto il grande rischio che l'ingresso del virus

gnificativo con 3080 persone detenute, a fronte di una capienza regolamentare media di 3107 posti. Questi dati devono essere letti in relazione alle condizioni dei singoli istituti. Nel 2021 il tasso di affollamento risulta ancora significativo a San Gimignano, Pisa, Massa, Lucca, Grosseto e Sollicciano, con punte fino all'86% di detenuti in più rispetto alla capienza regolamentare (vedi fig. 5).

Suicidi, tentati suicidi e autolesionismo

I dati toscani su suicidi, tentativi di suicidi e atti di autolesionismo si presentano già ad una prima lettura, particolarmente allarmanti.

Tabella 12. Suicidi, tentativi di suicidio, atti di autolesionismo, anni 2017-2021

	2017	2018	2019	2020	2021
Presenti medi	3254	3359	3535	3311	3080
Capienza media	3196	3146	3142	3107	3107
Suicidi	1	4	ND	3	2
Tentativi di suicidio	104	102	ND	50	126
Autolesionismo	854	934	ND	1044	1062

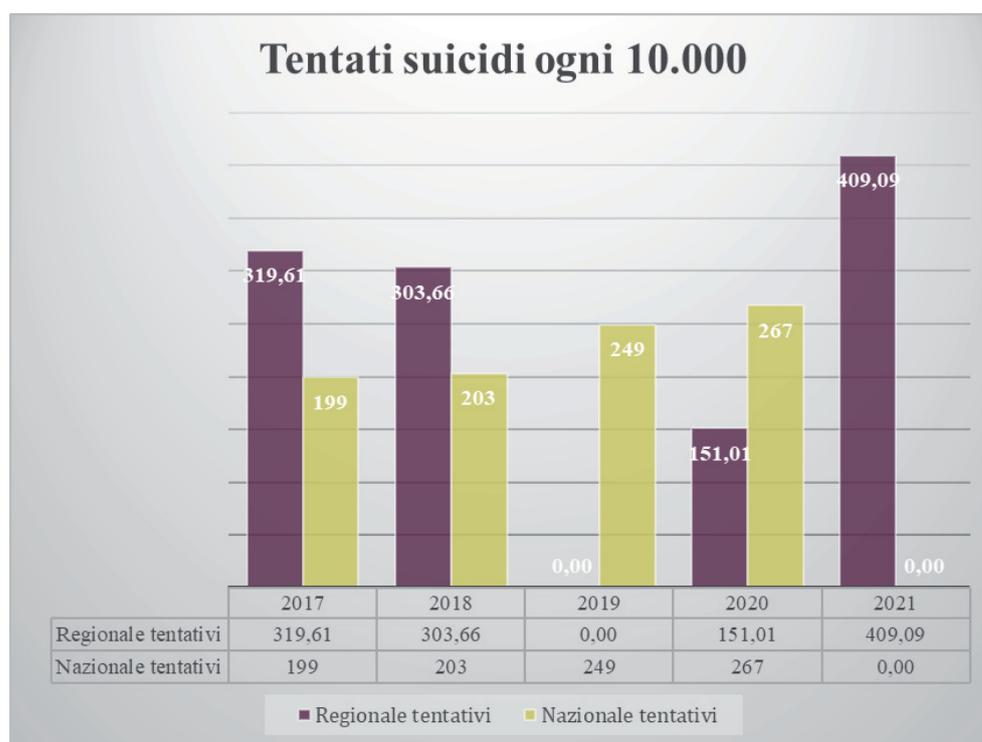


Figura 6. Tasso tentati suicidi 2017-2021 Toscana

covid-19 dentro le carceri avrebbe potuto comportare e visto il particolare impatto delle misure di contenimento del virus sulla già limitante condizione detentiva. In parte maggiore, questo è l'effetto della diminuzione dei reati, causata dalle misure di lockdown, dai dati Istat 1.900.624 delitti denunciati nel 2020, rispetto ai 2.301.912 del 2019, un decremento del 17%. Dati disponibili sul sito Istat, www.istat.it.

Nel 2018 si registravano 4 suicidi, 102 tentativi e 934 atti di autolesionismo su una popolazione di 3359 persone. Il tasso di suicidi pari all'11,9 ogni 10.000 persone era più alto di quello nazionale, pari a 10,4.

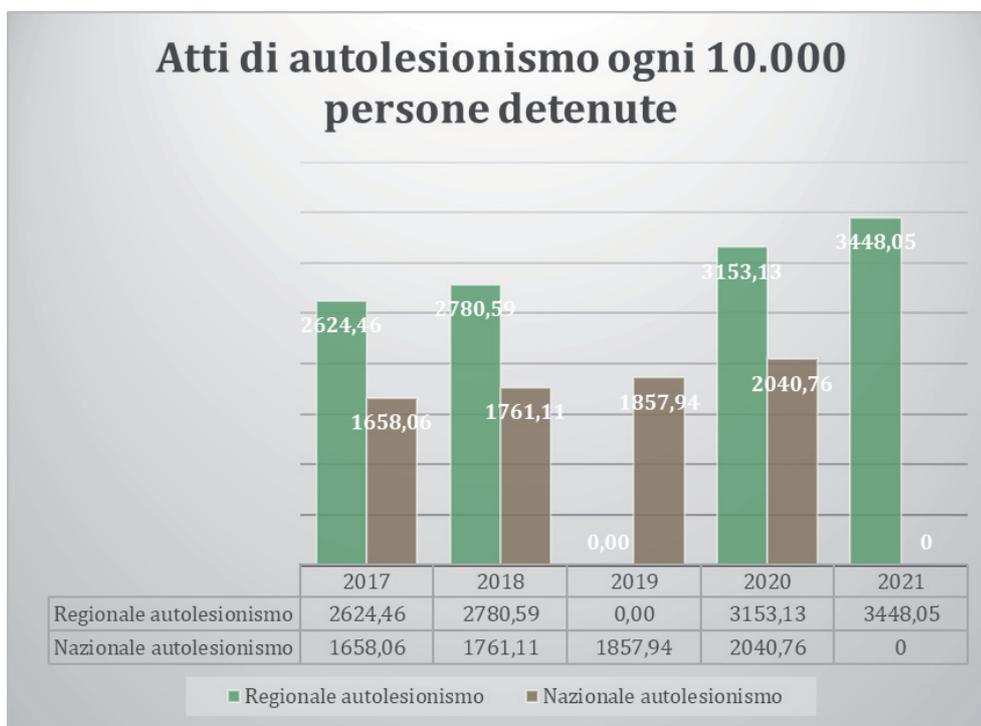


Figura 7. Atti di autolesionismo nelle carceri Toscane 2017-2021

Occorre osservare che, l'esame del dato regionale relativo ai suicidi risente, ancor di più di quello nazionale, della scala piccola dei numeri, che rende estremamente rilevante ogni singolo episodio, che può trarre origine da qualsiasi motivazione che afferisce strettamente alla storia del singolo e risulta insondabile in un'analisi quantitativa. Sembra comunque importante non trascurare questo dato, che risulta spesso superiore ai tassi nazionali.

Tabella 13 - Eventi critici nei Penitenziari toscani nell'anno 2022

Denominazione	Eventi dal 01.01.2022 al 31.12.2022			
	Suicidi	Tentati suicidi	Decessi per cause naturali	Atti di autolesionismo
Arezzo	-	-	-	-
Firenze "Sollicciano"	4	28	-	380
Firenze "Mario Gozzini"	-	-	-	2
Gorgona	-	-	-	-
Grosseto	-	-	-	1
Livorno "Le Sughere"	-	19	-	73
Lucca	-	8	-	58

Denominazione	Eventi dal 01.01.2022 al 31.12.2022			
	Suicidi	Tentati suicidi	Decessi per cause naturali	Atti di autolesionismo
Massa	-	7	-	49
Massa Marittima	-	-	-	-
Pisa "Don Bosco"	-	29	-	163
Pistoia	-	1	-	4
Porto Azzurro "De Santis"	-	2	1	24
Prato "Maliseti"	-	15	-	139
San Gimignano "Ranza"	-	-	-	2
Siena	-	1	-	16
Volterra	-	-	-	1
Totale	4	110	1	912

Il tasso di tentati suicidi ogni 10.000 persone detenute in Regione Toscana risultano molto elevati e superiori al dato nazionale (tab. 12), con la sola eccezione dell'anno 2020, in cui si registra un calo drastico.

Ancora più emblematico appare il dato relativo agli atti di autolesionismo, nettamente più elevato del dato nazionale e costantemente in crescita.

I dati provvisori relativi al 2022 purtroppo non mostrano un calo. Solo nel carcere di Sollicciano, alla data del 23 novembre 2022 si sono già suicidate 4 persone per un tasso di suicidi che nell'istituto fiorentino è giunto a 73,5 ogni 10.000 detenuti.

I successivi dati definitivi relativi al 2022 confermano la cifra di 4 suicidi nell'anno, tutti avvenuti nel carcere di Sollicciano. Si riporta la tabella comprendente tutti gli eventi critici (suicidi, tentati suicidi, altri atti di autolesionismo) presente nella Relazione del Garante regionale 2023.

1.1.2 Analisi epidemiologiche

L'analisi epidemiologica, di per sé, non è sufficiente a fornirci un quadro del disagio e della sofferenza presente nell'istituzione penitenziaria, perché frutto di processi di etichettamento, che non sono né neutrali né così lineari. Il quadro epidemiologico, però, rappresenta un elemento da prendere in considerazione nell'analisi, sia perché ci offre elementi circa la dimensione dell'etichettamento, sia perché ci consente, comunque di offrire una prima valutazione rispetto all'adeguatezza dei servizi offerti, in termini di quantità del personale, in rapporto ai tassi esterni.

L'agenzia regionale di sanità toscana (ARS Toscana) produce periodicamente un rapporto di rilevazione dello stato di salute della popolazione detenuta. Il 22 maggio 2022 è stato presentato il V rapporto²⁵. La rilevazione prende in esame un campione che comprende l'intera popolazione detenuta negli istituti penitenziari toscani tra il 15 febbraio 2021 ed il 21 maggio 2021.

25 C. Silvestri, C. Milli, M. Pacifici et. al (a cura di), *Stato di salute della popolazione detenuta in toscana: la fotografia del 2021. I risultati della V rilevazione ARS*, Agenzia Regionale della Sanità della Toscana, Firenze, 2022.

La rilevazione comprende i seguenti dati: informazioni di carattere demografico (età, genere, nazionalità, anni di studio); informazioni relative agli stili di vita (consumo tabacco, indice di massa corporea); registrazione delle diagnosi (sia internistiche che psichiatriche) e dei trattamenti farmacologici; dati relativi agli atti di autolesionismo e ai tentativi di suicidio.

La serie di dati delle cinque rilevazioni mostra una costante: i disturbi psichici sono sempre quelli percentualmente più incidenti.

Tabella 14. Gruppi di patologie negli Istituti penitenziari toscani 2009, 2012, 2014, 2017, 2021. Rilevazioni ARS

Grandi gruppi	2009	2012	2014	2017	2021
Disturbi psichici	33,2	41	37,3	38,5	49,2
Malattie infettive e parassitarie	15,9	11,1	12,8	16,2	4,4
Malattie del sistema circolatorio	11,4	7,9	9,4	15,5	15
Malattie endocrine, del metabolismo ed immunitarie	9,5	9,2	8	12,1	15
Malattie dell'apparato digerente	25,4	14,4	11	9,5	14
Malattie dell'apparato respiratorio	6,2	5,4	4,4	4,4	5
Malattie del sistema osteomuscolare e del connettivo	11,1	8,4	7,2	3,5	7,4
Malattie dell'apparato genitourinario	2,9	1,6	2,3	3,2	4,6
Malattie del sistema nervoso	5,1	3,7	4,6	2,7	5,6
Traumatismi e avvelenamenti	6,6	4,3	4,1	2,4	3,1
Complicanze della gravidanza, parto e puerperio	N.D.	0,3	2,4	1,2	0,1
Malattie della pelle e del sottocutaneo	0	2,1	1,7	1,1	3,4
Tumori	1	0,5	0,6	0,9	1,6
Altre condizioni patologiche	5	10,5	6,3	5,7	0

La classe delle patologie psichiatriche non è solo la maggiormente rappresentata in carcere, ma con un'incidenza molto alta: il 49,2% nel 2021 e in preoccupante crescita rispetto alle precedenti rilevazioni (37,3 nel 2014 e 38,5 nel 2017).

1.2 La gestione del disagio

Il complesso quadro normativo, che abbiamo ricostruito (vedi *supra* cap. I, par. 2), prevede per l'assistenza psichiatrica penitenziaria la costituzione di almeno un'articolazione per la tutela della salute mentale in ogni Regione. Dette articolazioni debbono caratterizzarsi come «sezioni penitenziarie a gestione sanitaria» (Accordo 3/CU del 22/01/2015).

La tutela della salute mentale, però, come abbiamo già illustrato (vedi *supra* cap. I par. 1) non può essere appiattita sulla garanzia di un'assistenza psichiatrica, né tanto meno sulla mera previsione di un reparto – a gestione sanitaria – che possa svolgere, seppure all'interno del penitenziario stesso, la funzione di «valvola di sfogo» in precedenza svolta dall'OPG.

Occorre chiedersi dunque com'è garantita a livello regionale la tutela della salute mentale di tutte le persone recluse e quali sono le ulteriori previsioni per quella parte di popolazione detenuta, particolarmente vulnerabile, che potrebbe accedere alla misura alternativa della detenzione domiciliare in deroga prevista dall'art. 47 *ter* co. 1 *ter* per le ipotesi di grave infermità (fisica in origine e anche psichica, a seguito della sentenza della Corte Costituzionale 99/2019) e che – come dimostrato da ricerche recenti²⁶ - in Toscana non trova alcuna applicazione.

1.2.1 L'assistenza sanitaria nelle carceri toscane

La tutela della salute rientra tra le materie di legislazione concorrente, in cui le Regioni hanno potestà legislativa (salvo per la definizione dei principi fondamentali) e potestà regolamentare, e ogni Regione ha dato attuazione sul proprio territorio alla riforma della sanità penitenziaria e ha progettato il proprio modello di REMS, nell'ambito dell'organizzazione dei servizi psichiatrici.

L'organizzazione del servizio sanitario in carcere è stata definita dalla Regione Toscana con la Delibera della Giunta regionale n. 873 del 14/09/2015, volta a dettare le *linee guida* per l'erogazione dell'assistenza sanitaria negli Istituti penitenziari e per la realizzazione delle reti sanitarie nazionali e regionali, che prevede peraltro, che in ogni istituto penitenziario della Toscana sia garantito un servizio psichiatrico.

La delibera, inoltre, classifica i presidi sanitari per la popolazione penitenziaria, in cinque diverse tipologie a seconda delle prestazioni sanitarie garantite:

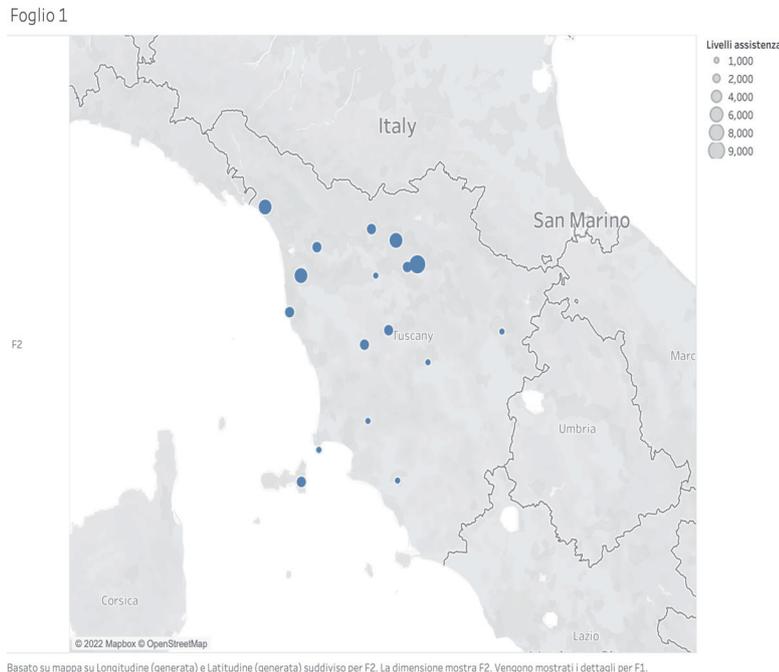


Figura 8. Mappa istituti penitenziari per tipo di assistenza sanitaria

I presidi di tipo 1 garantiscono le prestazioni di medicina di base e sono ulteriormente classificati in due categorie: 1a e 1b. I presidi 1a accolgono detenuti con ridotti bisogni assistenziali e garantiscono

26 F. Corleone (a cura di), *Rapporto di ricerca*, cit.

no assistenza sanitaria di base (medico responsabile, infermieristica fino a 6 ore al giorno, urgenze) e specialistica a domanda. Sono tali: Arezzo, Grosseto, Massa Marittima, Siena e Gorgona.

I presidi di tipo 1b accolgono detenuti con bisogni assistenziali non particolarmente impegnativi: assistenza sanitaria di base (medico presente da 8 a 24 ore al giorno e infermeria da 12 a 24), risposta alle urgenze e specialistica a domanda. Vi rientrano: Firenze Gozzini, Livorno, Lucca, Pistoia, Porto Azzurro, San Gimignano, Volterra.

I presidi di tipo 2 garantiscono servizi medici multiprofessionali integrati e accolgono detenuti con bisogni assistenziali anche importanti, che necessitano di monitoraggio; garantiscono Assistenza di base (medico e infermieristica h24), urgenze, specialistica (interna). Vi rientrano: Massa, Pisa e Prato.

I presidi di tipo 3, infine, garantiscono un servizio multiprofessionale integrato con sezione specializzata e accolgono detenuti con bisogni assistenziali impegnativi, che necessitano di monitoraggio clinico, con sezione detentiva sanitaria specializzata. In questi istituti vi è assistenza di base (medico e infermieristica h24), urgenze, specialistica (interna), presidio psichiatrico interno per detenuti di cui agli artt. 111 e 112 DPR 230/2000 e 148 CP. Vi rientra solo Firenze Sollicciano.

I presidi di tipo 4 garantiscono Servizio medico multiprofessionale integrato con sezioni dedicate e specializzate di assistenza intensiva (S.A.I.). si tratta di strutture che rispondono a bisogni di salute che richiedono assistenza specialistica continuativa, sia di tipo extra-ospedaliero (reparto FKT di Massa: 13 pl per cicli di riabilitazione), sia di tipo ospedaliero (Ospedale Fucci presso la CC di Pisa: 44 pl, di cui 9 femminili per particolari interventi medici o chirurgici).

Camere dedicate presso presidi ospedalieri territoriali: utilizzate per interventi ospedalieri programmati, in alcuni casi anche in urgenza. In ogni ambito territoriale di area vasta sono presenti posti letto dedicati all'interno dei presidi ospedalieri: Ospedale delle Apuane (2ppll), Ospedale Campo di Marte di Lucca (2ppll), AUO Pisana (2ppll), PO Volterra S.M. Maddalena (2ppll), Ospedale S. Jacopo di Pistoia (1pl), Nuovo Ospedale di Prato (2ppll), AOUS Le Scotte (2ppll), PO Arezzo San Donato (2ppll), Ospedale Misericordia di Grosseto (1pl).

Per gli istituti penitenziari della Regione Toscana è stata istituita una ATSM presso il NCP di Sollicciano a Firenze. L'ATSM è stata organizzata nei locali del reparto femminile, al piano terreno e primo dell'ex casa di cura e custodia (si veda l'accordo Direzione Casa circondariale di Sollicciano e AUSL Toscana Centro del 7/12/2018).

1.2.2 Le linee d'intervento del Prap sulla salute mentale

Nell'ambito del progetto di ricerca, abbiamo chiesto al Provveditore Regionale dell'Amministrazione Penitenziaria di Toscana e Umbria di poter ricevere i dati sugli eventi critici e contestualmente conoscere le linee di intervento progettate dal Provveditorato. In una lunga nota di risposta, il Provveditore, evidenziando la necessità di un approccio multifattoriale alla lettura dei fenomeni degli agiti auto ed etero-aggressivi e degli eventi critici, ha descritto un metodo di azione che richiamandosi al Documento di Programma Generale del Capo del Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria DAP (Direttiva 4 del 26.01.2022), è articolato nei seguenti punti:

1. Previsione di un'attività di analisi delle condotte violente per verificare le motivazioni ed agire alla base del problema, con conseguente elaborazione di modelli operativi e funzionali;
2. Organica pianificazione di una pluralità di obiettivi, eterogenei ma convergenti.

Tra i molteplici rimedi da attuare, il Provveditore individua alcuni nodi critici per cui prevede specifiche linee di intervento

- **Stress da perdurante emergenza pandemica:**

Attivazione per somministrazione dosi booster; azioni di informazione efficaci attraverso le rappresentanze dei ristretti; attenzione ai detenuti fragili in caso di presenza di positivi;

- **Presenza di significative fasce di ristretti con disturbi di personalità:**

Concentrazione del “progetto salute” (nell’ambito del Progetto d’istituto) sul tema del disagio mentale; attenzione alle richieste di sovradosaggi di farmaci legate alla tossicofilia; confronto con l’Unità sanitaria locale in caso di restrizione dei servizi;

- **Possibili situazioni involutive nella cultura dell’ascolto delle persone ristrette**

Sensibilizzazione delle Direzioni degli istituti su continuità nell’ascolto delle problematiche manifestate dalle persone detenute; valorizzazione dell’azione di supporto del volontariato;

- **Possibilità di incomprensioni linguistiche e socio-culturali emergente del dato sulla nazionalità prevalentemente straniera degli aggressori**

Ingresso di 6 mediatori culturali presso le principali sedi penitenziarie a livello nazionale (di cui 1 a Sollicciano); incentivazione della mediazione anche attraverso attività di interlocuzione con enti locali e cooperazione sociale;

- **Disagi provocati dalle cattive condizioni generali degli istituti e da ozio forzato**

Costruzione di Progetti di Istituto concretamente sensibili agli obiettivi; Incrementare le iniziative trattamentali; prevedere interventi di edilizia penitenziaria migliorativi dei singoli istituti; riempire gli spazi edificati di contenuti;

- **Efficace tenuta del “regime penitenziario”**

Spostamento dei detenuti aggressori; esperire ogni utile azione gestionale dei soggetti più problematici.

Dal documento si può positivamente apprezzare un approccio multifattoriale alla questione psichiatrica. D’altro canto, emerge come la stessa sia letta come problema di ordine interno e di gestione e non come questione afferente alla garanzia della salute del singolo.

1.2.3 I numeri del personale

Per garantire un’adeguata tutela della salute mentale sono senz’altro necessarie risorse adeguate, sia in termini di investimenti per rendere migliore l’ambiente detentivo, che investimenti in progetti di educazione, reinserimento, lavoro, che in progetti di carattere ricreativo, che in personale sanitario e giuridico-pedagogico.

Si sono dunque raccolti e presi in esame, anche con lo scopo di monitorarne gli andamenti nel corso del tempo i dati relativi al personale sanitario operante in ambito penitenziario.

Tabella 15. Usl Nord-Ovest. Personale sanitario negli istituti penitenziari al 31/12/2020

	Pontremoli	Pisa	Lucca	Massa	Volterra	Livorno	Gorgona	Porto Azzurro
Medici*	4	19	8	10	7	14	5	8
Psicologi	1	1	1	1	1	2	1	1
Infermieri	2	19	8	11	5	10	5	5
Personale ausiliario e OSS	0	1	0	3	0	0	0	0

	Pontremoli	Pisa	Lucca	Massa	Volterra	Livorno	Gorgona	Porto Azzurro
Personale tecnico	0	5	0	0	0	0	0	0
Altro Personale**	0	39	0	1	0	1	0	0
Totale personale	7	84	17	26	13	26	11	14

* responsabile di presidio, medici di reparto, medici di guardia, psichiatri

** amministrativo, fisioterapista, odontoiatra, personale da cooperative, personale medico ed infermieristico in orario aggiuntivo ecc.

Tabella 16. USL Centro. Personale nelle carceri al 31/12/2020

	Sollicciano	Meucci	Gozzini	Prato	Pistoia	Tot
Medici*	16	3	8	14	7	48
Psicologi	3	2	0	3	1	9
Infermieri	21	2	2	17	4	46
Personale ausiliario e OSS	12	0	2	4	4	22
Personale tecnico	0	0	0	0	0	0
Altro Personale**	2	0	0	2	1	5
Totale personale	54	7	12	40	17	130

* responsabile di presidio, medici di reparto, medici di guardia, psichiatri

** amministrativo, fisioterapista, odontoiatra, personale da cooperative, personale medico ed infermieristico in orario aggiuntivo ecc.

Tabella 17. USL Sud Est Personale nelle carceri al 31/12/2020

	San Gimignano	Arezzo	Grosseto	Massa Marittima	Siena	Tot
Medici*	10	5	3	3	5	26
Psicologi	1	1	1	1	1	5
Infermieri	7	3	3	3	4	20
Personale ausiliario e OSS	3	0	1	1	2	7

	San Gimignano	Arezzo	Grosseto	Massa Marittima	Siena	Tot
Personale tecnico	0	0	0	0	0	0
Altro Personale**	0	0	0	0	0	0
Totale personale	21	9	8	8	12	58

* responsabile di presidio, medici di reparto, medici di guardia, psichiatri

** amministrativo, fisioterapista, odontoiatra, personale da cooperative, personale medico ed infermieristico in orario aggiuntivo ecc.

Tabella 18. Monitoraggio organizzativo psichiatri e psicologi al 31/12/2021, Asl Centro, Nord-Ovest e Sud-Est

Dati monitoraggio organizzativo al 31/12/2021				
	psichiatri	ore settimanali	psicologi	ore settimanali
Pisa	3	24	1	24
Lucca	1	18	1	10,3
Massa			1	12
Volterra	2	10		
Livorno	2	37	2	48
Gorgona			1	5
Porto Azzurro	2	8	1	9
Pontremoli			1	8
Sollicciano	6	157	4	120
Meucci	1	3	2	40
Gozzini	1	3	1	3
Prato	3	80	3	106
Pistoia	1	16	1	21
San Gimignano	2	20	1	15
Arezzo	1	10	1	2
Grosseto	2	6	2	4
Massa Marittima	1	6	1	6
Siena	1	6	1	5

Il numero del personale non è un dato di per sé sufficiente per valutare l'adeguatezza delle risorse in termini di personale di un servizio, è necessario anche conoscere almeno l'elemento del monte ore previsto per ciascuno dei membri del personale, che per l'anno 2021 è stato indicato.

I dati relativi al 31 dicembre 2022, pur richiesti più volte al competente Settore della Giunta regionale, non sono ancora pervenuti al momento in cui si sta aggiornando il testo (fine giugno 2023), in quanto non ancora arrivati da parte delle ASL.

Oltre ai numeri, si è cercato di indagare la percezione del personale sanitario, in particolare di quello dedicato alla salute mentale, che lavora all'interno degli istituti penitenziari. Si ritiene che la prospettiva degli operatori sulla presa in carico della salute mentale sia fondamentale per comprendere il funzionamento degli strumenti, e in particolare delle misure alternative, che dovrebbero portare a realizzare l'attività di cura all'esterno del carcere. Tale percezione interagisce con quella proveniente dagli operatori dei servizi esterni che, come referenti territoriali, hanno il compito di predisporre programmi di presa in carico delle persone detenute in strutture che possano accoglierle all'esterno. Per rilevare tale percezione si è chiesto a entrambi questi gruppi di operatori (psichiatri che operano in carcere e psichiatri che operano nei Dipartimenti di salute mentale) di rispondere a domande inserite in questionari, al fine di poter meglio comprendere i rapporti tra servizi interni ed esterni e le eventuali difficoltà e criticità. Poiché i contenuti dei questionari riguardano, oltre che la salute mentale in carcere, anche la presa in carico in relazione alle misure di sicurezza, si è dedicato un paragrafo specifico alla loro analisi (si veda *oltre* par. 6).

1.2.4 L'uso degli psicofarmaci nelle carceri toscane

L'uso di psicofarmaci in carcere è suscettibile di varie letture e non occorre demonizzarne il ricorso. Senz'altro, un massiccio uso di psicofarmaci può essere il segno sia delle pessime condizioni dell'istituzione penitenziaria, cui il detenuto può essere spinto a rispondere attraverso un'anestizzazione, sia di un approccio esclusivamente psichiatrico e in particolare di ricorso psicofarmacologico alla questione della salute mentale²⁷. In linea con la distribuzione per classi di grandi patologie anche la distribuzione dei farmaci somministrati vede la classe farmacologica riferita al sistema nervoso come la maggiormente rappresentata.

Tabella 19. Farmaci somministrati per categoria

Gruppo anatomico farmaci	2014	2017	2021
Sistema nervoso	54,2	49,6	53,5
Sistema cardiovascolare	14,5	21,3	17,7
Apparato gastrointestinale e metabolismo	10,9	13,9	13,1
Sangue e organi emopoietici	3,8	4,8	4,3
Sistema respiratorio	3,2	3,1	3,2
Sistema muscoloscheletrico	4,6	1,2	2,9
Sistema genitourinario e ormoni sessuali	1,2	2,7	2,5
Antimicrobici generali per uso sistemico	4,8	1,8	0,9

²⁷ Su un approccio "riluttante" alla psichiatria e critico, senza demonizzazioni, ad una psicofarmacologia di manica larga, si rinvia a P. Cipriano, *La fabbrica della salute mentale*, Elèuthera, Milano, 2013.

Gruppo anatomico farmaci	2014	2017	2021
Preparati ormonali sistemici	0,9	0,7	0,8
Dermatologici	1	0,5	0,5
Antineoplastici e immunomodulatori	0,3	0,2	0,2
Organi di senso	0,4	0,2	0,2
Antiparassitari, insetticidi e repellenti	0,1	0	0,1
Vari	0,1	0	0,2

Anche nell'assunzione di farmaci del sistema nervoso, si osserva un incremento dall'ultima rilevazione effettuata, anche se di minore entità rispetto all'incremento della distribuzione delle patologie psichiatriche.

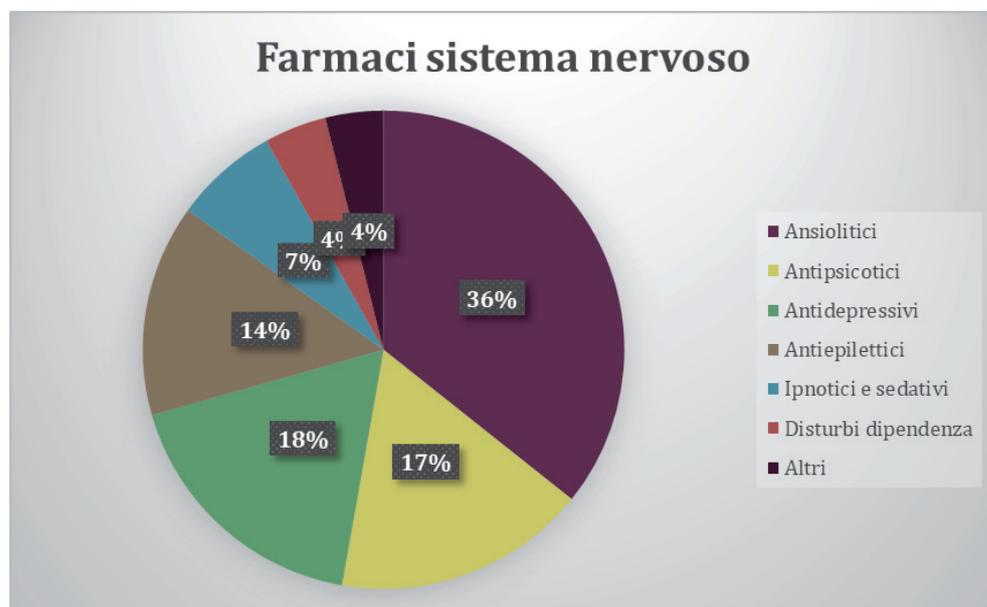


Figura 9. Farmaci del sistema nervoso per sotto-categorie esterne somministrati nelle carceri toscane. Rilevazione ARS

Tra i farmaci del sistema nervoso, il 36,7% è rappresentato da ansiolitici, il 17,5% da antipsicotici, 15,9% da antidepressivi e il 14,7% da antiepilettici.

2. Lo stato di attuazione del diritto alla salute mentale per le persone prosciolte per infermità di mente

L'attuazione della riforma per il superamento dell'OPG, che ha chiuso i sei ospedali psichiatrici giudiziari italiani, ha introdotto un sistema di misure di sicurezza per non imputabili, di cui la REMS costituisce soltanto, almeno sulla carta, l'ultima e residuale sistemazione per le persone non imputabili giudicate socialmente pericolose. Di preferenza deve essere scelta una misura meno restrittiva, come la libertà vigilata con prescrizioni terapeutiche.

In questo nostro studio, abbiamo deciso di concentrarci non solo sulle REMS, su cui sono presenti maggiori studi e ricerche, ma anche sulle persone in lista d'attesa per la REMS e sulle libertà vigilate terapeutiche.

2.1 In attesa di REMS

2.1.1 Le vicende giudiziarie

La riforma ha prodotto un vero e proprio cambio di paradigma, spostando il fulcro delle misure di sicurezza dalla custodia alla cura, un cambiamento che l'allora Commissario unico per il superamento degli OPG, Franco Corleone, ha definito come una «rivoluzione gentile»²⁸.

La riforma ha come chiara ispirazione la promozione di un diritto penale più attento alla dignità delle persone recluse e al diritto alla salute, ciononostante rimangono alcuni nodi irrisolti, alcune discrasie applicative e alcune contraddizioni. Alcuni di questi nodi erano già stati evidenziati dal Consiglio Superiore della Magistratura che, dopo aver audito attori rilevanti come il Commissario unico per il superamento degli OPG, in due Risoluzioni, del 19 aprile 2017 e del 24 settembre 2018, ha dato indirizzi sull'applicazione della riforma. Le due Risoluzioni in materia di REMS hanno evidenziato: lo squilibrio numerico tra i posti disponibili nelle REMS e le richieste di disponibilità provenienti dalle autorità giudiziarie competenti; un uso delle strutture prevalentemente per persone in misura provvisoria; la non applicazione piena del principio di *extrema ratio* per mancanza di soluzioni alternative sul territorio, con invio in REMS di persone che invece potrebbero essere inserite in strutture comunitarie meno restrittive. Questa è chiaramente indicata come un'applicazione non adeguata della Legge 81/2014. Il CSM ribadisce, infatti, che “[l]a riforma ha, dunque, posto al centro del nuovo sistema i dipartimenti di salute mentale, divenuti titolari dei programmi terapeutici e riabilitativi allo scopo di attuare, di norma, i trattamenti in contesti territoriali e residenziali. Le REMS sono, pertanto, soltanto un elemento del complesso sistema di cura e riabilitazione dei pazienti psichiatrici autori di reato. L'internamento in REMS ha assunto non solo, come si è anticipato, il carattere dell'eccezionalità, ma anche della transitorietà: il Dipartimento di salute mentale competente infatti, per ogni internato deve predisporre, entro tempi stringenti, un progetto terapeutico riabilitativo individualizzato, poi inviato al giudice competente, in modo da rendere residuale e transitorio il ricovero in struttura [...]”²⁹.

La presenza di persone nelle liste d'attesa per mancanza di posti in REMS si è rivelata, negli anni, uno degli aspetti critici costanti del sistema delle REMS e uno di quelli su cui viene posta con maggiore frequenza l'attenzione. Come già era stato messo in luce dal CSM, tra le cause delle liste d'attesa si possono annoverare: la sostanziale disapplicazione del principio di *extrema ratio* e la percentuale molto elevata di misure di sicurezza provvisorie. Le letture prevalenti, che individuano la causa nella carenza di posti rispetto alle esigenze e di conseguenza prospettano la soluzione dell'espansione del numero di REMS e di posti letto, è semplificata e non tiene conto di alcune dinamiche di fondo. Percorrere la strada dell'aumento dei posti letto, senza risolvere gli altri nodi, potrebbe portare alla riproduzione e anche all'ampliamento del problema. Con questa ricerca abbiamo scelto di seguire un'altra strada indagando, tra gli altri aspetti, anche il funzionamento del sistema delle libertà vigilate con prescrizioni terapeutiche, che dovrebbero rappresentare il cuore del nuovo sistema.

La persona a cui è stata comminata la misura di sicurezza del ricovero REMS e si trova detenuta in carcere è in una posizione di detenzione illegittima. La questione ha dato vita a un contenzioso giudiziario davanti alla Corte Europea dei Diritti dell'Uomo di Strasburgo, con un ricorso che si

28 F. Corleone, *La rivoluzione gentile. La fine degli OPG e il cambiamento radicale*, in *Quaderni del Circolo Rosselli*, 1 (130), 2018, numero monografico F. Corleone (a cura di) *Manicomi criminali. La rivoluzione aspetta la riforma*, pp. 11-19.

29 Consiglio Superiore della Magistratura, *Direttive interpretative ed applicative in materia di superamento degli Ospedali psichiatrici giudiziari (OPG) e di istituzione delle Residenze per l'esecuzione delle misure di sicurezza (REMS), di cui alla legge n. 81 del 2014*, Risoluzione del 19 aprile 2017.

è concluso con un accordo e il riconoscimento della violazione da parte del Governo italiano e un altro con la condanna dell'Italia con la sentenza 24 gennaio 2022. Con quest'ultima la Corte EDU ha condannato l'Italia a risarcire una persona detenuta in carcere in attesa della liberazione di un posto in REMS, per illegittima detenzione ai sensi dell'art. 5 della Convenzione e trattamento inumano e degradante, ai sensi dell'art. 3. In questa pronuncia, la Corte ha deciso di non dare allo Stato italiano indicazioni di carattere generale, lasciando dunque la soluzione della problematica alla libera individuazione da parte del Governo delle strade più opportune da intraprendere. La detenzione in carcere è stata chiaramente dichiarata illegittima e con ciò la Corte ha comunque fornito, seppure indirettamente, una direttiva per l'applicazione della Legge 81/2014: persone sottoposte alla misura di sicurezza del ricovero in REMS non possono stare in carcere. Tuttavia, nonostante siano diminuite le persone recluse in carcere tra quelle in lista d'attesa, esse sono ancora presenti.

Anche la giurisdizione costituzionale italiana si è occupata della disciplina delle REMS. La Corte Costituzionale, chiamata dal giudice di Tivoli a decidere della legittimità costituzionale della normativa sul superamento degli OPG³⁰, ha dichiarato le questioni sottoposte inammissibili, salvaguardando la riforma. Ma la Corte ha, altresì, dato indicazioni per una modifica complessiva del sistema, che possa andare incontro alle criticità sollevate e che quindi garantisca:

1. un'adeguata base legislativa alla nuova misura di sicurezza;
2. la realizzazione e il buon funzionamento, sull'intero territorio nazionale, di un numero di REMS sufficiente a far fronte ai reali fabbisogni, nel quadro di un complessivo e altrettanto urgente potenziamento delle strutture sul territorio in grado di garantire interventi alternativi adeguati rispetto alle necessità di cura e a quelle, altrettanto imprescindibili, di tutela della collettività (e dunque dei diritti fondamentali delle potenziali vittime dei fatti di reato che potrebbero essere commessi dai destinatari delle misure);
3. forme di adeguato coinvolgimento del Ministro della giustizia nell'attività di coordinamento e monitoraggio del funzionamento delle REMS esistenti e degli altri strumenti di tutela della salute mentale attivabili nel quadro della diversa misura di sicurezza della libertà vigilata, nonché nella programmazione del relativo fabbisogno finanziario, anche in vista dell'eventuale potenziamento quantitativo delle strutture esistenti o degli strumenti alternativi.

Il problema delle liste d'attesa è quindi riconosciuto dalla sentenza che, oltre a raccomandare un incremento dei posti, chiede che si intervenga sui due punti nevralgici che possono influire sulla gestione pratica del sistema: l'adeguata base legislativa e l'adeguato coinvolgimento del Ministero della Giustizia nell'attività di coordinamento e monitoraggio. La Corte ha dato, dunque, una lettura complessiva del problema relativo alle liste d'attesa, lasciando spazio a diverse opzioni, compreso il potenziamento delle strutture sul territorio in modo da garantire l'adozione di adeguate misure non detentive. È importante rilevare che nessun seguito è stato dato dal Parlamento alla richiesta della Corte in merito alla costruzione di un'adeguata base legislativa per la misura della REMS, mentre sul fronte dell'organizzazione si rinvia al nuovo Accordo stipulato dalla Conferenza Unificata Stato-Regioni e Province Autonome il 30 novembre 2022, che dette norme specifiche di coordinamento, mirate all'interazione efficiente tra servizio sanitario e magistratura in ambito regionale. Norme ben strutturate ma che, per la loro natura di Accordo, mancano necessariamente della forza della legge.

2.1.2 Lista d'attesa e detenuti sine titolo

30 Sui motivi del ricorso si rinvia a K. Poneti, *Le Rems in prospettiva costituzionale: sul diritto alla salute contro il potere di rinchiudere*, "L'Altro Diritto. Rivista", (5) 2021.

Nelle liste d'attesa per entrare in REMS si trovano persone che sono in diverse condizioni: in carcere senza pena da scontare, in carcere per un'altra imputazione per cui stanno scontando una pena (o in carcere in custodia cautelare per altro tipo di imputazione), in SPDC, in strutture psichiatriche residenziali (in regime di libertà vigilata), in libertà o irriperibili.

Al 31/12/2021, le persone in lista d'attesa in Toscana erano 46, di cui 24 in libertà (pari al 52%), 8 in strutture psichiatriche residenziali (pari al 17%), 6 in carcere per un altro titolo (13%), 5 irriperibili (l'11%), 2 detenuti senza titolo (4%) e infine 1 in SPDC (2%).

Tabella 20. Liste d'attesa al 31/12/2021 per tipologia collocazione

	carcere		Strutture psichiatriche		Nessuna collocazione		TOT.
	sine titolo	altro titolo	SPDC	SRP	liberi	irriperibili	
Uomini	2	6	1	7	20	5	41
Donne	0	0	0	1	4	0	5
Totale	2	6	1	8	24	5	46

In ragione dell'accordo tra Toscana e Umbria, anche le misure di sicurezza detentive applicate alle persone umbre sono eseguite presso le REMS toscane. Le liste d'attesa sono quindi comuni.

Tra gli uomini, le persone in lista d'attesa umbre sono 13 su 41 (pari al 32% del numero complessivo delle persone in lista d'attesa per le REMS toscane).

Tabella 21. Uomini in lista d'attesa per tipologia di collocazione e per competenza regionale

	carcere		Strutture psichiatriche		Nessuna collocazione		TOT.
	Sine titolo	altro titolo	SPDC	SRP	liberi	Irriperibili	
Toscana	2	3	0	4	14	5	28
Umbria	0	3	1	3	6	0	13
Totale	2	6	1	7	20	5	41

Di questi 13, quasi la metà (il 46%) si trovano in libertà, un restante 46% si trova per metà in carcere per altro titolo per metà in SRP e il 7% in SPDC (tab. 15).

Per quanto riguarda, le donne, nessuna delle 5 donne in lista d'attesa è di competenza umbra.

Tabella 22. Donne in lista d'attesa per collocazione e per competenza

	carcere		Strutture psichiatriche		Nessuna collocazione		TOT.
	Sine titolo	altro titolo	SPDC	SRP	liberi	Irriperibili	
Toscana	0	0	0	1	4	0	5
Umbria	0	0	0	0	0	0	0
Totale	0	0	0	1	4	0	5

Anche alla luce delle sentenze della Corte Europea dei Diritti dell'uomo e della Corte Costituzionale, appare opportuno monitorare i numeri relativi alle persone in carcere senza titolo.

Al 30 ottobre 2022, le persone in lista d'attesa in carcere sono ancora 2 uomini, uno di competenza dalla USL Toscana Centro e provvisoriamente ricoverato presso una struttura sanitaria per ragioni di salute e uno di competenza della USL Toscana Nord Ovest detenuto nel carcere di Livorno.

I dati al 31 dicembre 2022 mostrano che la lista d'attesa per le REMS della Toscana ha subito un netto incremento rispetto all'anno precedente. Infatti, al 31 dicembre 2022, si trovavano in lista d'attesa complessivamente 70 persone, di cui 59 uomini e 11 donne.

Tabella 23. Lista d'attesa al 31/12/2022 per tipologia di misura

Competenza	Misura definitiva	Misura provvisoria	Uomini	Donne	Totale posizioni
Toscana	20	25	45	0	45
Umbria	3	11	14	0	14
Toscana e Umbria	2	9		11	11
Totale	25	45	59	11	70

Dei 59 uomini, 45 sono di competenza toscana e 14 umbra. Le 11 donne in lista d'attesa sono di competenza sia toscana che umbra, ma la modalità con cui sono stati forniti i dati non permette di sapere quante siano di competenza toscana e quante umbra. Rispetto al 31 dicembre 2021, in cui si trovavano in lista d'attesa complessivamente 46 persone, di cui 41 uomini e 5 donne, l'aumento è notevole. L'aumento è presente anche rispetto al 2020, quando si contavano 33 persone in totale, di cui 20 uomini di competenza toscana, 7 di competenza umbra, 6 donne, di cui 2 di competenza toscana e 4 umbra.

Guardando alla ripartizione tra misure di sicurezza provvisorie e definitive nella lista d'attesa, si può notare che le misure provvisorie superano di gran lunga la metà: su un totale di 70 persone in attesa di REMS, ve ne sono 45 in misura provvisoria e 25 in misura definitiva. Questo dato, che indica un maggior ricorso alle misure provvisorie, si auspica possa essere modificato nell'anno corrente dall'applicazione del nuovo accordo di Conferenza Unificata, indirizzando le misure provvisorie verso l'inserimento in strutture psichiatriche territoriali, tramite un PTRI appropriato e una rivalutazione in tal senso della pericolosità sociale.

Guardando al luogo d'attesa in cui si trova la persona sottoposta a misura ancora non eseguita, si vede che ben 11 si trovano in carcere *sine titolo*. Inoltre, 21 si trovano in strutture residenziali non detentive e 31 in libertà; 6 sono invece irreperibili.

Tabella 24. Lista d'attesa al 31/12/2022 per luogo di attesa

Lista d'attesa per genere e collocazione	In carcere senza pena da scontare	In carcere con pena da scontare	REMS (altra)	In strutture residenziali non detentive	In libertà	Irreperibili	Totale posizioni
Uomini	10	0	0	17	27	5	59
Donne	1	0	1	4	4	1	11
Totale	11	0	1	21	31	6	70

2.2 Le REMS

2.2.1 Caratteristiche delle REMS toscane

Le REMS in Toscana sono due. La prima REMS, tuttora provvisoria, è stata aperta a Volterra, nell'area dell'ex manicomio, il 1° dicembre 2015. La seconda REMS, realizzata nell'immobile dell'ex carcere femminile di Empoli, ceduto alla ASL a seguito degli accordi presi nel periodo del commissariamento, è stata inaugurata alla fine di luglio 2020.



Figura 10. Mappa REMS in Toscana

La REMS di Volterra, subito dopo l'apertura, ha accolto prioritariamente ex internati dell'OPG di Montelupo Fiorentino. Attualmente ha una capienza di 30 persone (di cui 28 uomini e 2 donne), con competenza ad accogliere, in base a un accordo tra Regione Toscana e Regione Umbria, anche i destinatari di misura di sicurezza provenienti da questa regione. Si tratta di una REMS provvisoria, in cui sono previsti due moduli. Vi è la previsione di ampliamento a 40 posti a conclusione dei lavori programmati per la realizzazione della REMS definitiva, sempre nell'area dell'ex manicomio di Volterra (delibera di Giunta Regionale n. 666/2015).

La REMS di Empoli ha una capienza attuale di 9 posti, ma alla conclusione dei lavori, che ancora sono in corso in una parte dell'immobile, potrà ospitare 20 persone.

Si riportano i dati sul personale più recenti, pubblicati nella Relazione del garante regionale 2023.

Gli operatori in servizio presso le due REMS sono distribuiti come segue (dati al 31/12/22):

REMS di Empoli:

- 1 Direttore al 50% del monte orario totale (24 ore settimanali)
- 3 Dirigenti Medici Psichiatri a 38 ore/ settimanali
- 1 Psicologo a 30 ore/ settimanali a rapporto libero professionale
- 1 Educatore Professionale a 36 ore/ settimanali
- 2 Tecnici della Riabilitazione Psichiatrica a 36 ore/ settimanali
- 1 coordinatore infermieristico a 36 ore/ settimanali

13 Infermieri Professionali a 36 ore/ settimanali

6 OSS a 36 ore/ settimanali

1 Assistente Sociale 15 ore/ settimanali presente in REMS 2 volte a settimana

REMS di Volterra:

1 Direttore a 38 ore settimanali

1+1 Dirigente Medico: sono previsti 5 dirigenti medici, oltre al direttore, ma realmente presenti sono:

- 1 contratto a tempo indeterminato 38 ore settimanali, in maternità al momento non sostituita;
- 1 dirigente medico temporaneamente assegnato “in prestito” da altra UO a 38 ore settimanali;

1 Medico specialista ambulatoriale a 38 ore settimanali;

26 Infermieri con contratto a tempo indeterminato full time (36 ore settimanali);

16 OSS con contratto a tempo indeterminato full time (36 ore settimanali);

6 Educatori Professionali con contratto a tempo indeterminato full time (36 ore settimanali);

5 Tecnici della Riabilitazione Psichiatrica:

- 4 con contratto a tempo indeterminato full time (36 ore settimanali);
- 1 con contratto a termine con agenzia interinale (36 ore settimanali);

1 Incarico funzionale coordinamento riabilitativo con contratto a tempo indeterminato full time;

1 ICO “Salute Istituti penitenziari e REMS” con contratto a tempo indeterminato assegnato alla REMS per il 30% del suo orario lavorativo;

1 ICO “Professioni sanitarie della Riabilitazione in Salute Mentale SMA e Serd” con contratto a tempo indeterminato assegnato alla REMS per il 30% del suo orario lavorativo;

1 Assistente Sociale con contratto a tempo indeterminato, assegnato alla REMS per il 30% del suo orario lavorativo;

1 Dirigente Psicologo con contratto a tempo indeterminato 38 ore.

2.2.2 I numeri delle REMS

A seguito dell’apertura della seconda REMS è stata data l’indicazione di destinare di preferenza la REMS di Volterra alle misure definitive e la REMS di Empoli alle misure provvisorie; indicazione contenuta in un accordo raggiunto tra Regione Toscana e magistratura di cognizione e di sorveglianza competente per la Toscana, nel quale sono stati definiti “Indirizzi operativi per la presa in carico della persona con disturbi di salute mentale destinataria di misura di sicurezza”, accordo successivamente approvato con delibera regionale³¹.

In base ai dati sulle presenze relativi al 31 dicembre 2021 nelle due REMS di Volterra ed Empoli, la distinzione in misure definitive e misure provvisorie conferma la tendenza a distribuire i pazienti come previsto dalla delibera 1182 del 15/09/2020. A Volterra, infatti, si trova soltanto 1 persona in misura provvisoria; mentre nella REMS di Empoli la popolazione in misura definitiva e quella in misura provvisoria si equivalgono numericamente (in più è presente una persona con posizione mista). La REMS di Empoli non ospita esclusivamente persone in misura provvisoria, probabilmente, anche

31 Delibera n. 1282 del 15/09/2020 “Protocollo di Intesa in tema di assistenza ai pazienti psichiatrici autori di reato, di cui alla DGRT n. 1340/2018. Recepimento Documenti operativi elaborati dal Tavolo Tecnico Inter-Istituzionale Regionale istituito, ai sensi del Protocollo di Intesa stesso, con decreto dirigenziale n. 858/2019, modificato n. 1164/2019.”

in ragione del fatto che complessivamente le persone in misura provvisoria sono in numero inferiore rispetto ai posti a disposizione presso questa struttura (5 misure provvisorie e 9 posti). Sempre secondo i dati al 31 dicembre 2021 tra le misure in esecuzione in REMS in Toscana soltanto 5 risultavano provvisorie (più una posizione mista). La Toscana presentava, dunque, un dato positivamente in controtendenza rispetto alla media nazionale, in quanto solo il 14% delle persone internate in REMS in Toscana era in misura provvisoria, a fronte di un dato nazionale che al 15.04.2021 si attestava al 43% (dati Relazione Garante nazionale dei diritti delle persone private della libertà personale). Tale buon risultato può forse essere il frutto di un miglioramento delle prassi giudiziarie di applicazione delle misure, con un maggiore ricorso al principio di *extrema ratio*, quantomeno in fase provvisoria. Si riportano di seguito le presenze al 31 dicembre 2021 nelle due REMS di Volterra ed Empoli, con la distinzione in misure definitive e misure provvisorie.

Tabella 25. Presenti in REMS al 31/12/2021 per tipologia di misura e per struttura

	definitive	provvisorie	miste	LFE	TOT
Volterra	29	1	0	4	26
Empoli	4	4	1	0	9
Tot	33	5	1	4	35

Al 31/12/2021, le misure detentive provvisorie rappresentavano il 14% delle misure eseguite (fig. 12), un dato questo positivo, in netta controtendenza rispetto al trend nazionale che vede poco meno del 50% delle persone presenti in REMS sottoposte ad una misura di sicurezza provvisoria.

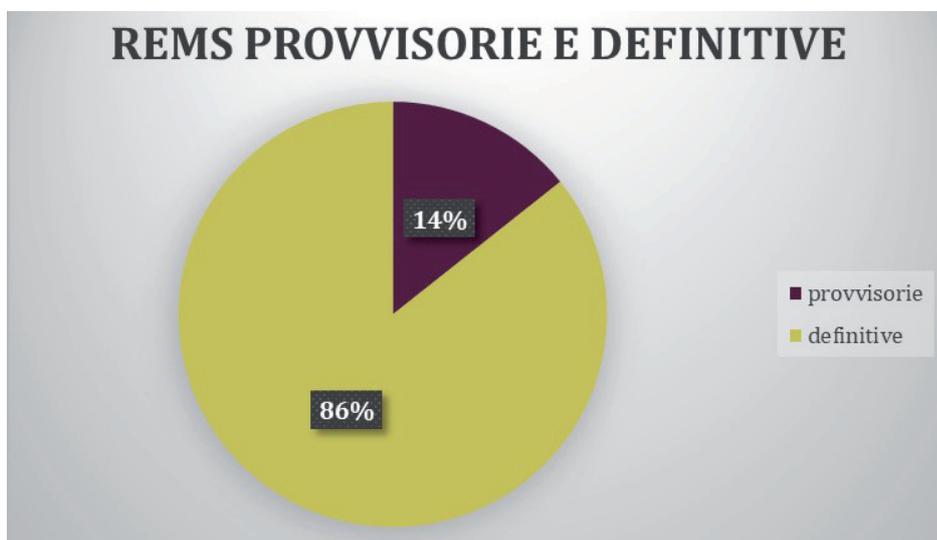


Figura 11. Percentuale REMS provvisorie e definitive nelle REMS toscane

Tabella 26. Provvisori e definitivi a ottobre 2022

		provvisori	definitivi	LFE
Volterra	Uomini	1	27	2
	Donne	0	2	0
Empoli	Uomini	2	6	1
Totale		3	35	3

I dati aggiornati al 30 ottobre 2022 mostrano ancora una maggiore prevalenza di misure definitive rispetto alle misure provvisorie.

La percentuale di provvisori è ulteriormente scesa rispetto alla rilevazione relativa al 31/12/2021. Le persone sottoposte a misura provvisoria oggi rappresentano soltanto l'8% del totale.

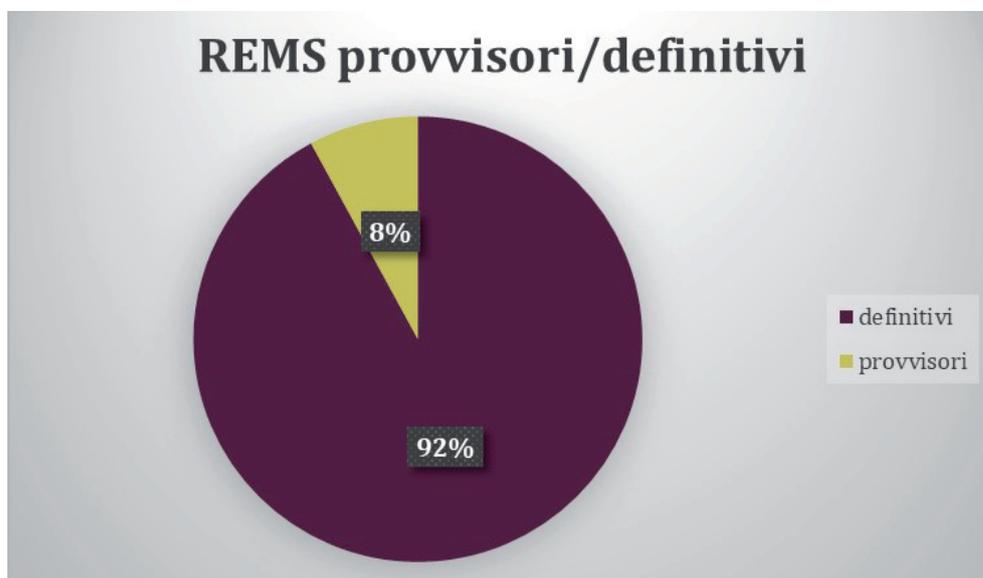


Figura 12. Proporzione provvisori/definitivi tra i presenti in REMS a ottobre 2022

I dati al 31 dicembre 2022, sotto riportati, indicano una sostanziale tenuta della prevalenza della misura definitiva nelle misure in esecuzione in REMS, anche se vi è stato un aumento delle presenze di persone in misura provvisoria, che sono passate a 8 sul totale di 39 presenze.

Tabella 27. Presenze in REMS al 31/12/2022

	totale	definitive	provvisorie	miste	licenze finali esper.
REMS Volterra	30	23	7	0	2
REMS Empoli	9	8	1	0	0
totale REMS Toscana	39	31	8	0	2

2.2.3 Caratteristiche della popolazione internata nella REMS di Volterra

Per avere un quadro delle caratteristiche anagrafiche, sociodemografiche e penali delle persone internate nelle REMS è stato necessario operare uno spoglio dei fascicoli relativi ai singoli internati. L'analisi è stata svolta in relazione alla REMS di Volterra, che è quella che ospita il maggior numero di internati, tramite la visione, in forma anonimizzata, dei PTRI dei pazienti presenti nella REMS alla data dell'8 novembre 2022, a esclusione dei nuovi giunti e di quelli in Licenza finale di esperimento (LFE). In base ai PTRI abbiamo raccolto i dati relativi a 23 pazienti, sul totale dei 30 presenti. Dei restanti 7 ne sono stati integrati altri 3, corrispondenti a quelli che all'8 novembre 2022 erano i nuovi giunti, tramite esame dei fascicoli presenti nell'Ufficio di sorveglianza di Pisa, mentre i restanti 4, corrispondenti alle LFE non sono stati esaminati perché i fascicoli non erano più presenti presso l'Ufficio di sorveglianza di Pisa. Tramite tale esame sono stati integrati anche i dati mancanti nei PTRI e relativi al primo gruppo di 23 pazienti, ovvero il reato/i commesso/i, la condizione di non imputabile o di semimputabile, il tipo di misura (provvisoria o definitiva) in esecuzione, la provenienza prima dell'in-

gresso in REMS (da altra REMS, dalla libertà vigilata, dal carcere, dalla libertà). Presso l'Ufficio di sorveglianza è stata poi verificata, per tutti gli internati, la presenza del PTRI nel relativo fascicolo della sorveglianza, ma si è dovuto riscontrare che tale documento non è mai presente. Sono presenti singole relazioni sanitarie ad hoc, volte a fornire elementi per la decisione su specifiche richieste (permessi per attività all'esterno, incontro con familiari, progetti terapeutici in uscita dalla REMS).

I dati che qui si presentano sono, dunque, quelli relativi a 26 dei 30 internati presenti nella REMS di Volterra alla data dell'8 novembre 2022. Nello specifico si è scelto di estrarre i seguenti dati: dati demografici, dati relativi alla condizione socio-economica e familiare della persona, dati relativi alla patologia diagnosticata, e alla presa in carico da parte dei servizi, dati relativi alla posizione giuridica (imputabilità, reato commesso), dati relativi al percorso giudiziario precedente l'ingresso in REMS.

Caratteristiche demografiche della popolazione presente nella Rems di Volterra

Genere

I posti previsti nella Rems di Volterra sono 28 per uomini e 2 per donne, di conseguenza la ripartizione di genere è fissa nell'ambito della Rems. Considerando anche i posti della Rems di Empoli si hanno in totale in Toscana, attualmente, 39 posti, di cui 37 per uomini (pari al 95%) e 2 per donne (pari al 5%). Sebbene le donne siano minoritarie come presenza tra i destinatari di misure di sicurezza detentive, tuttavia nella lista d'attesa la percentuale è più elevata rispetto ai posti disponibili: sulle 70 persone in lista d'attesa al 31 dicembre 2022, 11 erano donne (pari al 16%) e 59 uomini (pari all'84%).

Non si è rilevata nessuna specificazione in merito al genere, se vi siano persone che si riconoscono in un genere non binario.

Età

Le persone presenti nella Rems di Volterra hanno un'età media di 40 anni e mezzo, con un minimo di 23 e un massimo di 63 anni. Le fasce d'età maggiormente rappresentate sono quelle dai 25 ai 29 e dai 30 ai 34 anni, e dai 50 ai 59 anni.

Comparando le percentuali delle persone internate in REMS per fascia d'età con quelle delle persone in detenzione, nelle medesime fasce d'età, si nota una maggior presenza in REMS delle fasce giovanili (25-29 e 30-34) rispetto al carcere, e una sostanziale omogeneità della fascia 50-59.

Tabella 28 Persone internate nella REMS di Volterra e detenute per classi d'età

	INTERNATI IN REMS A VOLTERRA		DETENUTI IN TOSCANA		DETENUTI IN ITALIA	
	N°	%	N°	%	N°	%
< 20 ANNI			25	1%	561	1%
20-24	1	4%	115	4%	2622	5%
25-29	5	19%	292	10%	5751	10%
30-34	5	19%	442	15%	7521	14%
35-39	1	4%	427	14%	7830	14%
40-44	3	12%	412	14%	7700	14%
45-49	4	15%	396	13%	7220	13%
50-59	5	19%	588	20%	10254	19%

	INTERNATI IN REMS A VOLTERRA		DETENUTI IN TOSCANA		DETENUTI IN ITALIA	
	N°	%	N°	%	N°	%
60-69	3	12%	250	8%	4315	8%
OLTRE 70	0	0%	47	2%	1065	2%
TOT	26	100%	2994	100%	54839	100%

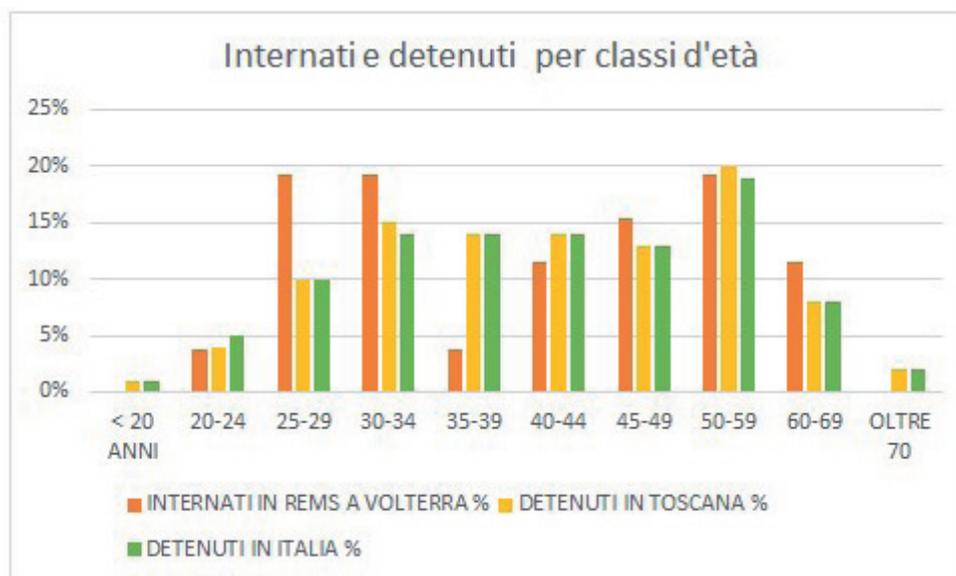


Figura 13 Confronto percentuali classi d'età internati in Rems a Volterra – detenuti in Toscana – detenuti in Italia al 31/05/2022

Nazionalità

La popolazione presente nella Rems di Volterra all'8 novembre 2022 è composta prevalentemente da persone di nazionalità italiana, anche se la presenza straniera è importante. Gli italiani rappresentano il 65% delle presenze, gli stranieri comunitari il 3,85% (percentuale che corrisponde a una sola persona) e gli stranieri extra-UE il 30,77%.

Confrontando le percentuali di detenuti stranieri rispetto a quelle di detenuti italiani tra la REMS e il carcere, sia a livello regionale che nazionale, si nota che la REMS si pone in linea con le percentuali penitenziarie, collocandosi in uno spazio intermedio (35%) tra il dato del carcere in Toscana, in cui la percentuale di detenuti stranieri è particolarmente alta (47%), e quello del carcere a livello nazionale, in cui la percentuale di stranieri è molto più bassa (31%), pur costituendo, in assoluto, una cifra decisamente sproporzionata rispetto alle presenze di stranieri sul territorio, stimata intorno al 10%³². Sulla sovrarappresentazione degli stranieri che, lungi da essere indice di maggiore criminalità, è la risultante di un insieme di cause sociali, si rinvia all'analisi che si svolge nel prossimo paragrafo. Merita qui però rilevare che, in questo caso, la sovrarappresentazione è connessa anche ai difficili percorsi della migrazione che, anch'essi per cause esterne al singolo individuo, mettono a serio rischio la salute mentale, soprattutto quando sono sperimentati da ragazzi molto giovani, come sono gli ospiti stranieri extra-UE della Rems.

³² Sulla modalità di calcolo di tale percentuale si rinvia al prossimo paragrafo.

Tabella 29 Ripartizione italiani/stranieri nella popolazione internata in REMS a Volterra, detenuta in Toscana, detenuta in Italia.

	REMS VOLTERRA		DETENUTI IN TOSCANA		DETENUTI IN ITALIA	
	N°	%	N°	%	N°	%
ITALIANI	17	65%	1566	53%	37635	69%
STRANIERI	9	35%	1390	47%	17136	31%
TOT	161	100%	2956	100%	54771	100%

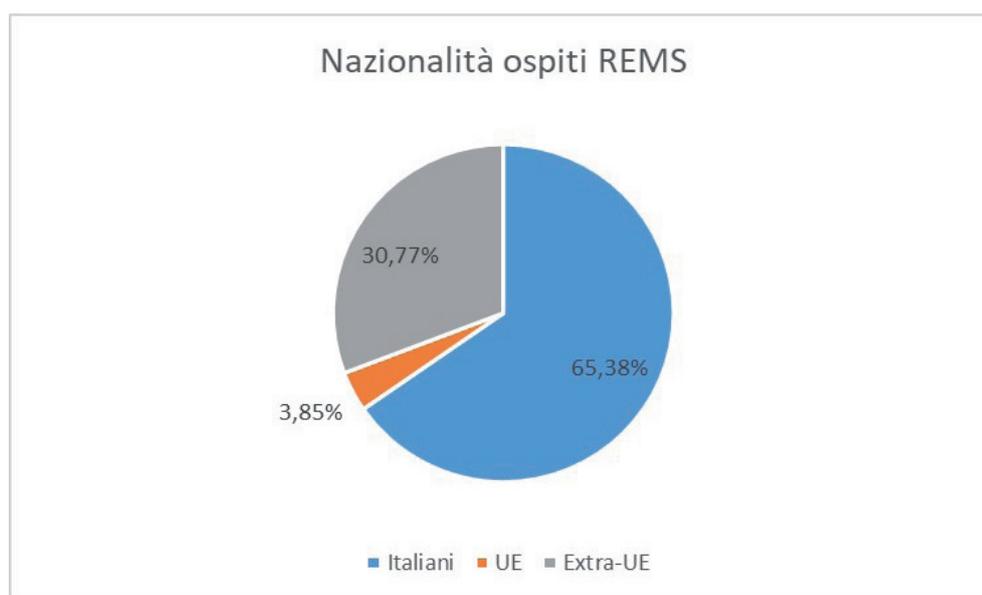


Figura 14 – Internati in REMS all'8 novembre 2022 per nazionalità

Le condizioni sociali della popolazione internata in REMS a Volterra

Si presentano alcuni dati sulle condizioni socio economiche delle persone internate in REMS, che possono rendere più chiaro il lavoro che è necessario per far sì che le persone medesime possano accedere a un percorso di autonomia.

Grado di istruzione

Quasi nessuno degli ospiti della REMS ha concluso gli studi di scuola media superiore. Alcuni hanno iniziato e frequentato i primi anni, ma gli studi sono stati interrotti, e in particolare l'interruzione è spesso legata, come si legge nelle valutazioni operate nei PTRI, all'esordio dei primi sintomi di malattia psichiatrica.

La grande maggioranza degli internati ha il diploma di scuola media inferiore (61,54%): si tratta di una percentuale più alta rispetto a quella dei detenuti a livello nazionale (57,5%) e, ovviamente, della popolazione libera (32%). Solo una persona, corrispondente al 3,85%, ha il diploma di scuola superiore, mentre i detenuti hanno per il 2,2% una qualifica professionale e per il 14,4% un diploma di maturità³³. Questo dato fa propendere per spiegare l'interruzione degli studi con l'insorgere della patologia, più che per le condizioni socio-economiche, o, più probabilmente, per un intreccio delle due variabili.

³³ Per una descrizione più ampia dei dati sul grado di istruzione in carcere si rinvia al prossimo paragrafo.



Figura 15 – Internati per grado di istruzione

Condizione lavorativa

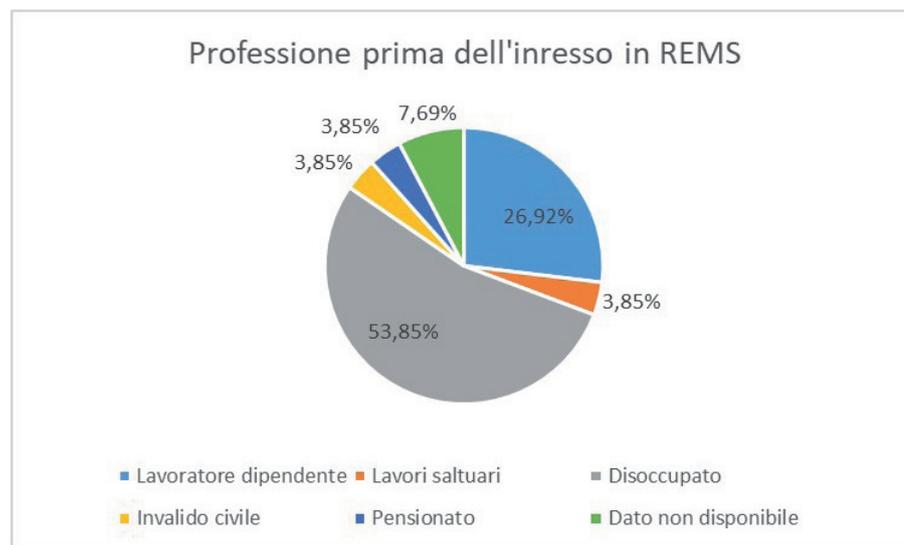


Figura 16 – Professione svolta prima dell'ingresso in REMS

Tutte le persone presenti in REMS sono qualificate come inoccupate o disoccupate e questa condizione corrisponde al loro stato attuale, durante l'internamento. Alcune, la maggior parte, rivestivano tale stato anche precedentemente all'ingresso in REMS, altre svolgevano un'attività lavorativa, più frequentemente lavori saltuari.

Nel grafico sopra (Figura 16) si riportano le professioni svolte precedentemente all'ingresso in REMS.

Condizione abitativa

I dati indicano se vi è la disponibilità di una residenza, e mostrano come, in molti casi essa manchi. Questo è il caso di tutte le persone straniere, ma anche di alcune di nazionalità italiana. Com'è noto la condizione di senza fissa dimora aggrava il percorso della presa in carico socio-sanitaria in uscita dalla REMS e, come si dirà più avanti nell'analisi dei PTRI, costituisce uno dei nodi da sciogliere del sistema delle REMS.

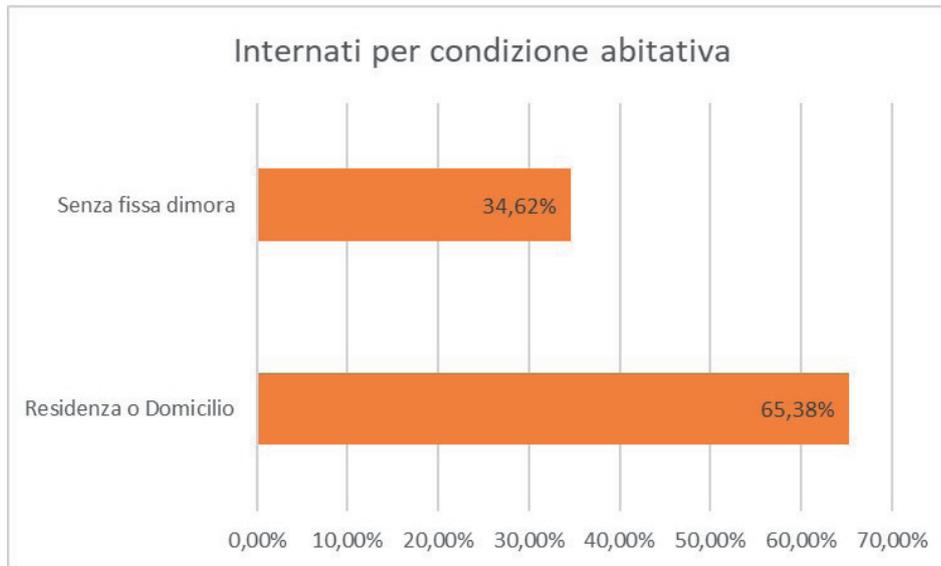


Figura 17 – Internati per condizione abitativa

Presenza di reti familiari o amicali di supporto

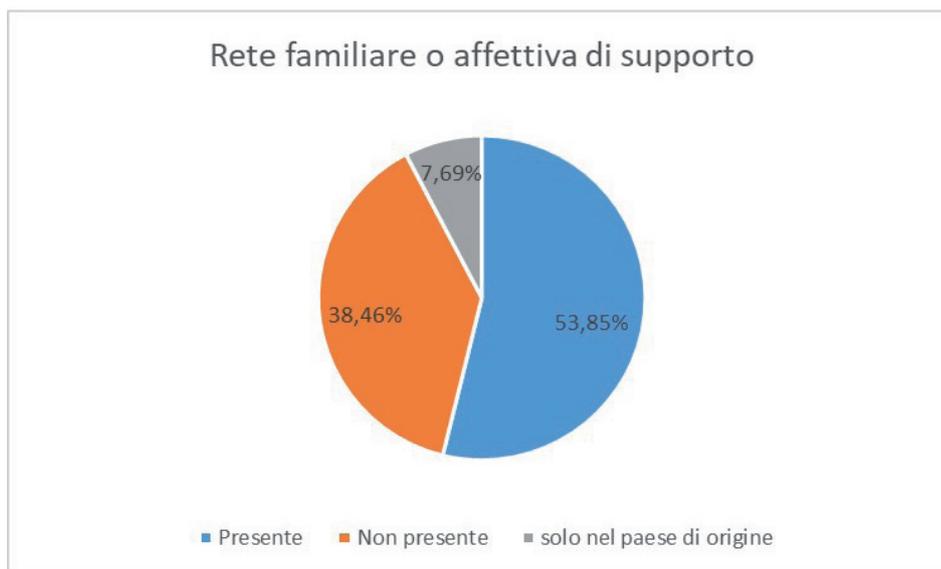


Figura 18 – Internati in REMS per rete familiare o affettiva di supporto

La presenza di reti di sostegno, a livello familiare o amicale, è un'altra risorsa fondamentale per il recupero di una vita sociale autonoma. Spesso, nel caso di cittadini italiani, sono presenti familiari e amici, che hanno colloqui e offrono supporto. Anche se, in alcuni casi, specialmente quando il delitto commesso ha colpito l'ambito strettamente familiare, vi sono situazioni complesse da gestire o vi è il rifiuto di proseguire la relazione con la persona. Per quanto riguarda gli stranieri spesso vi sono parenti nel paese d'origine, con cui la persona in REMS ha colloqui telefonici, ma la relazione resta limitata dalla distanza.

Le caratteristiche penali e psichiatriche delle persone internate nella REMS di Volterra

Si sono classificate le diagnosi presenti nei PTRI e nei fascicoli nell'Ufficio di sorveglianza di Pisa in base alle classificazioni previste nella V edizione del Manuale Diagnostico e Statistico dell'American Psychiatric Association (noto come DSM-V).

I disturbi sono così stati suddivisi: disturbi dello spettro schizofrenico e altri disturbi psicotici; disturbi dell'umore (in cui si sono fatti rientrare sia i disturbi depressivi che i disturbi bipolari, benché nell'ultima edizione del Manuale costituiscano categorie distinte), i disturbi di personalità, i disturbi d'ansia, i disturbi da abuso e le disabilità intellettive, spesso riportate come «ritardo mentale»³⁴.



Figura 19 – Internati in REMS per diagnosi

Come si vede la grande maggioranza, quasi il 70%, degli internati hanno ricevuto una diagnosi di schizofrenia o di disturbo psicotico, mentre un altro gruppo consistente è quello dei pazienti con disturbi dell'umore, quasi il 20%. Merita rilevare che molte diagnosi sono complesse e potrebbero essere collocate in più categorie: in particolare, vi sono 14 casi di abuso di sostanze, pregresso o meno, che non sono stati conteggiati in modo autonomo, in quanto sono connessi ad altre diagnosi, indicate come primarie, in particolare disturbi psicotici e disturbi bipolari.

Dipendenze

Al di là del fatto che l'abuso di sostanze entri a far parte della diagnosi, si è rilevato se nel PTRI, o nel fascicolo dell'Ufficio di sorveglianza, era presente questo dato, inteso come abuso/dipendenza da sostanze, quindi sia da alcol che da droghe. In 17 casi era presente tale dato. Nonostante vi sia un numero elevato di mancanza di dati (23,08%), è comunque alta la percentuale (pari al 65,38%) che ha un'esperienza di abuso di sostanze. Dall'analisi dei PTRI risulta, però, che soltanto una persona abbia un PTRI integrato con il SerD.

³⁴ American Psychiatric Association, *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali. DSM-5*, ed. it., Raffaello Cortina Editore, Milano, 2014.

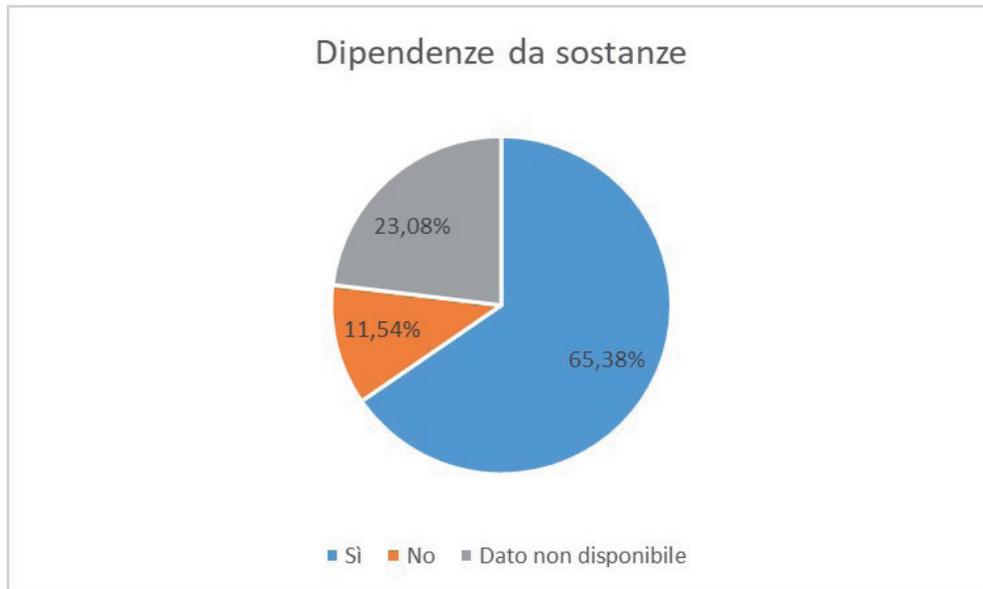


Figura 20 – Internati in REMS – dipendenza da sostanze

Presenza di un amministratore di sostegno, di un tutore o di un curatore

L'amministratore di sostegno è una figura che molto frequentemente è nominata a supporto degli internati in REMS. Nei casi più gravi, di interdizione, viene invece nominato un tutore³⁵. Tra le persone che hanno la presenza di una figura di supporto, che in totale sono 11, hanno il tutore in due persone, mentre negli altri casi è nominato un amministratore di sostegno.

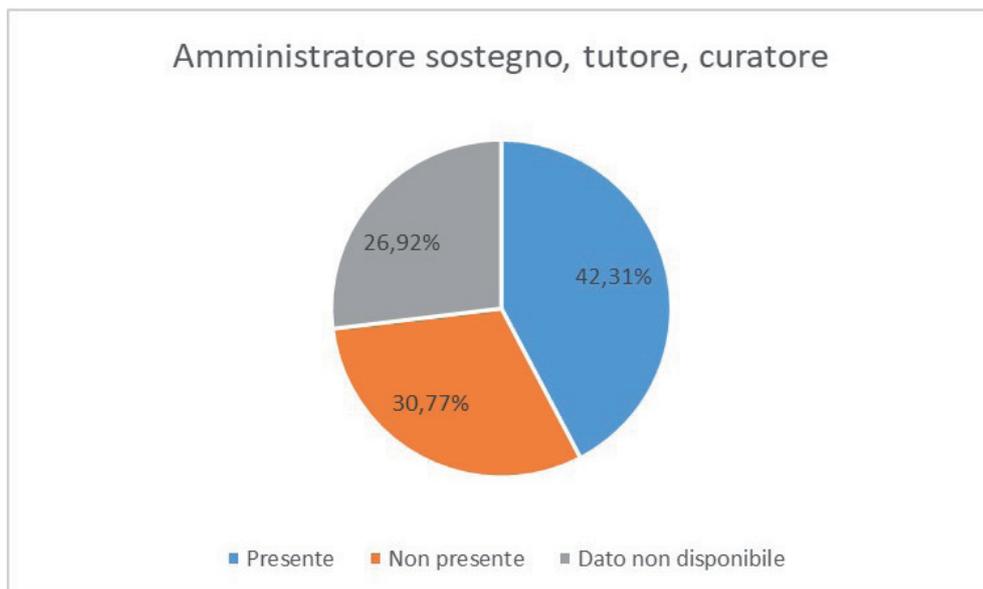


Figura 21 – Presenza di amministratore di sostegno, tutore o curatore

Pregressa presa in carico da parte dei servizi

La pregressa presa in carico da parte dei servizi, o la sua mancanza, indica in quanti casi poteva essere percorsa una strada alternativa a quella ha portato alla commissione del fatto-reato. Poteva, ovviamente, intendersi una possibilità, non una certezza, poiché non si può pensare a una relazione

35 Per la descrizione delle caratteristiche delle differenti figure dell'amministratore di sostegno, del tutore e del curatore si rinvia al prossimo paragrafo.

deterministica tra malattia non curata e reato, però certamente la cura avrebbe potuto ridurre le probabilità della sua commissione. Nella maggioranza dei casi in cui una presa in carico vi è stata, viene però segnalato che vi è stata discontinuità nell'assunzione della terapia e andamento altalenante. Il numero dei casi in cui non vi sono notizie espresse è di 8, e sono stati evidenziati come tali; è tuttavia lecito supporre che, se non vi sono notizie in merito, la persona non fosse conosciuta dai servizi psichiatrici precedentemente al reato.

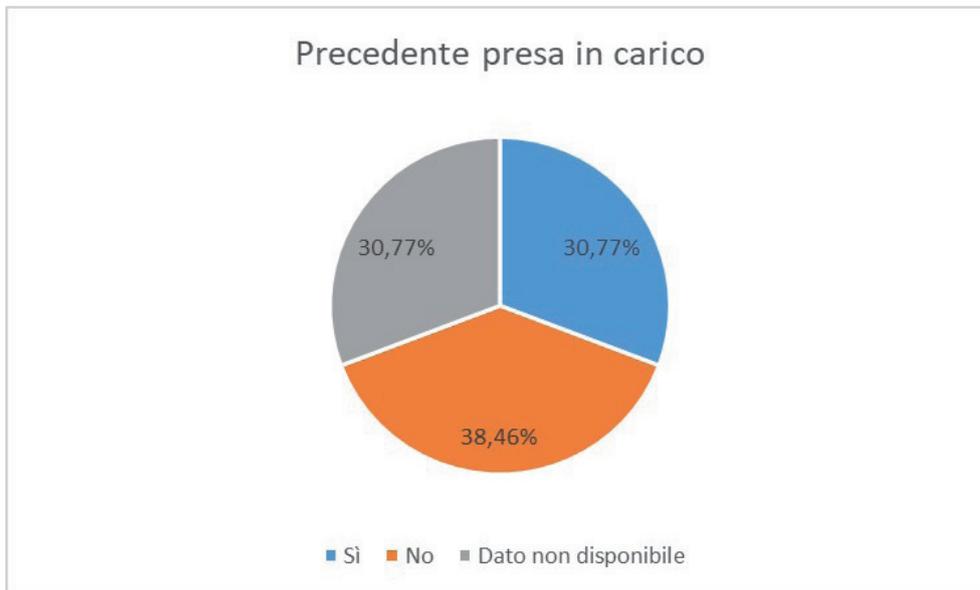


Figura 22 – Precedente presa in carico da parte dei servizi psichiatrici

I reati

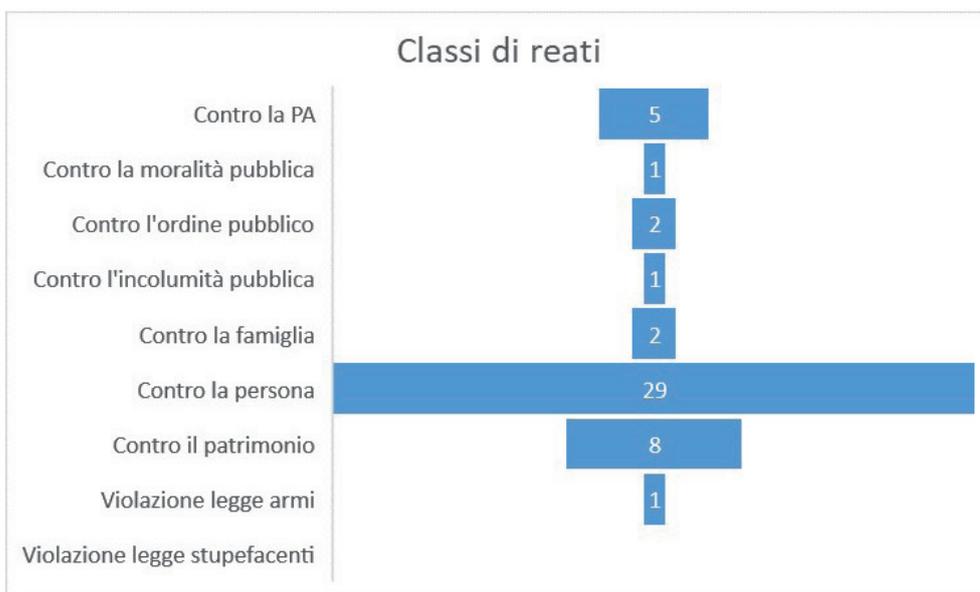


Figura 24 – Classi di reati

In una minima parte dei PTRI era indicato il reato commesso, e la parte relativa è stata integrata tramite l'esame del fascicolo presso l'Ufficio di sorveglianza di Pisa.

Poiché nella maggioranza dei casi una persona è stata accertata come realizzatrice di più fatti-reato, tali fatti sono stati tutti contati, in modo da restituire un panorama delle tipologie di comporta-

menti più comuni poste in essere dagli internati in REMS. Come si può vedere dalla tabella n. 23 i fatti-reato commessi con maggiore frequenza sono le lesioni personali, nella forma aggravata, e l'omicidio, anch'esso in forma aggravata. La gran parte degli omicidi è stata commessa carico di familiari prossimi (in genere madre e padre).

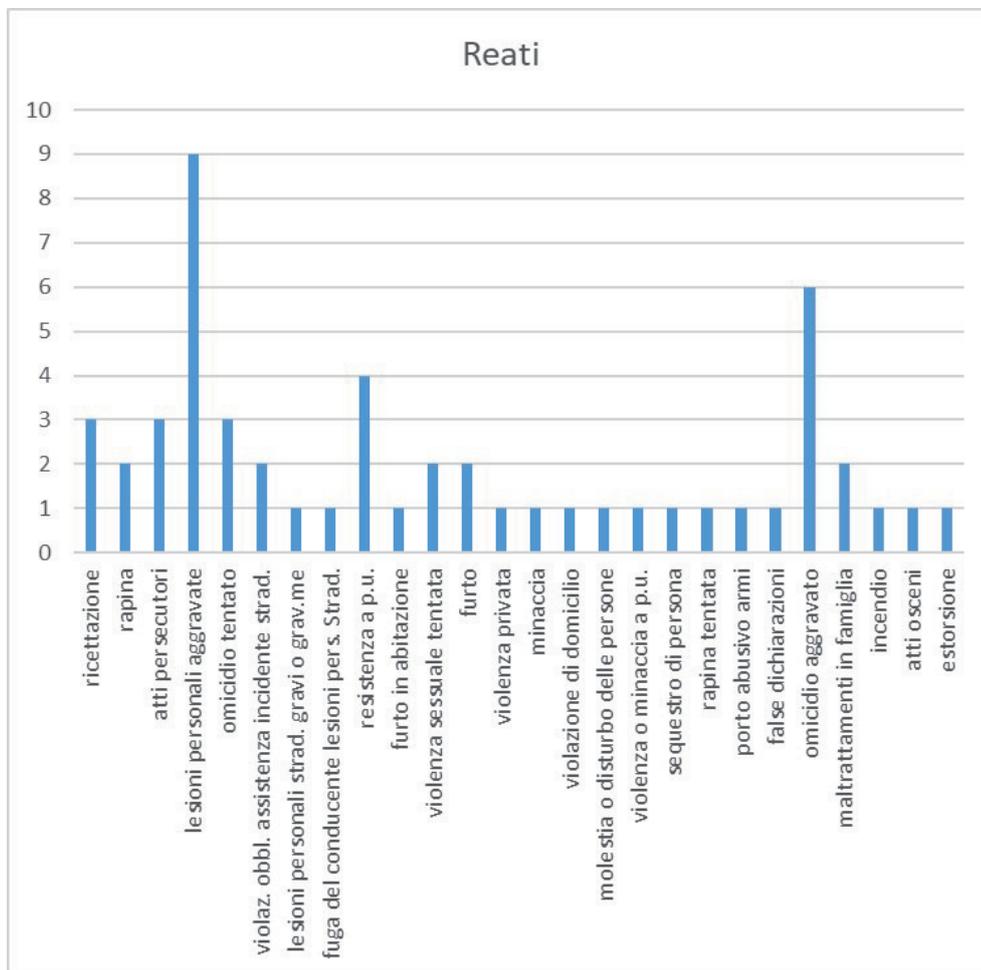


Tabella 23 – Fatti reato realizzati dagli internati in REMS a Volterra

Tali reati appartengono, per la stragrande maggioranza alla categoria codicistica dei reati contro la persona, con una presenza sostanziosa dei reati contro il patrimonio.

Non imputabilità/Semi-imputabilità

La ripartizione tra internati con vizio totale (non imputabili) e quelli con vizio parziale (semi-imputabili) di mente è decisamente a favore dei primi; dato questo che conferma l'utilizzo della REMS per le patologie di più grave intensità.

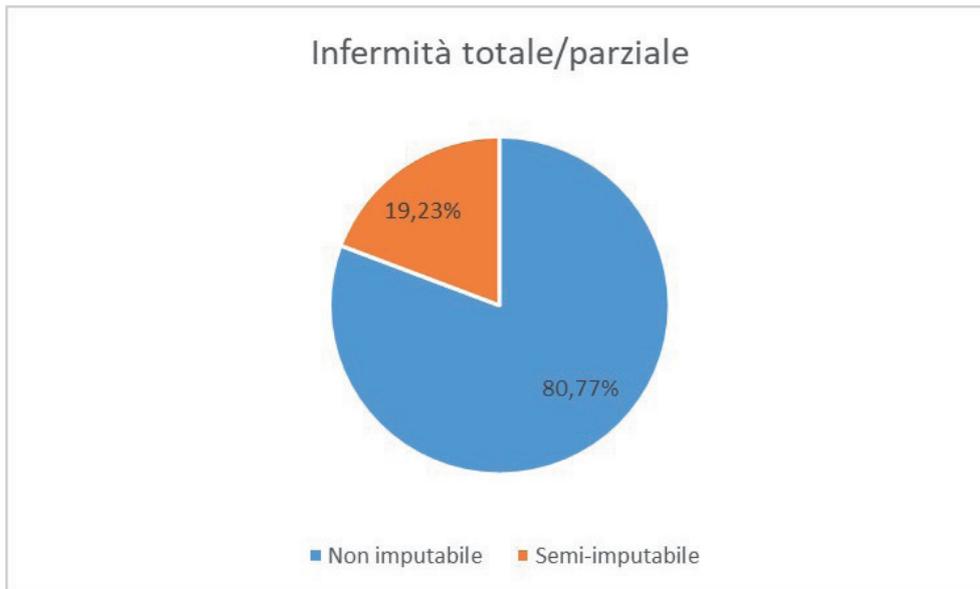


Figura 25 – Infermit  totale/parziale

Subito prima dell'ingresso in REMS

La provenienza delle persone che si trovano in REMS   varia: alcune vi arrivano dopo aver fatto un periodo di custodia cautelare in carcere, con trasformazione della custodia cautelare in misura di sicurezza provvisoria e poi definitiva; altre entrano o rientrano in REMS dopo aver avuto accesso alla libert  vigilata e aver ricevuto un aggravamento della misura per violazione delle prescrizioni; altre ancora arrivano dalla custodia cautelare, ma hanno trascorso un periodo, anche lungo, precedente all'ingresso in REMS, ricoverate in SPDC con provvedimento di arresti o detenzione domiciliari in luogo di cura; altre, quelle che sono sottoposte a misura di sicurezza da pi  lungo tempo, provengono dall'OPG; infine, altre ancora sono state trasferite da altre REMS, per competenza territoriale.

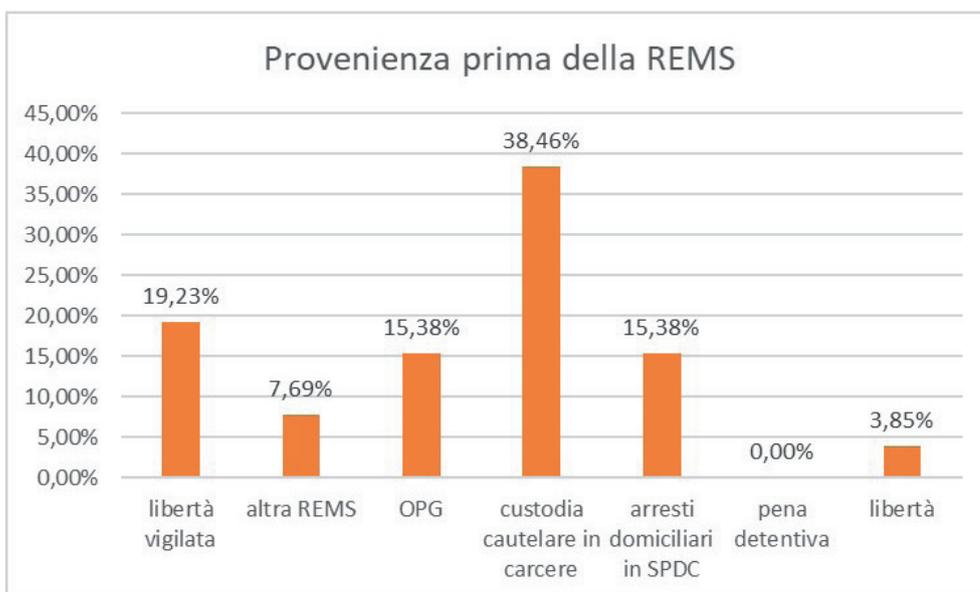


Figura 26 – Provenienza prima della REMS

Nella tabella che segue si mostrano le proporzioni tra i diversi "canali" di ingresso. Il canale penitenziario, con custodia cautelare trasformata in misure di sicurezza provvisoria, poi definitiva,   quello

di gran lunga prevalente (38,46% dei casi presenti). Ciò può essere messo in relazione con il fatto che i reati di violenza sulle persone, a più forte impatto sociale, hanno una risposta di sicurezza immediata, con l'arresto e l'ingresso in carcere, a cui può seguire in un tempo relativamente breve, a seguito di accertamento dell'infermità, la misura di sicurezza e il trasferimento in REMS; a ciò si aggiunge la priorità di trasferire in REMS coloro che sono reclusi in carcere con misura di sicurezza, rispetto alle persone che si trovano in altri luoghi, in quanto in una condizione di illegittimità dell'esecuzione.

Segue, come provenienza, l'ingresso o il reingresso a seguito di aggravamento della libertà vigilata (19,23%). Come si vedrà nel prossimo paragrafo, la misura della libertà vigilata è caratterizzata da una serie di prescrizioni, obblighi di comportamento, che la persona sottoposta a misura deve rispettare: quando tali obblighi vengono violati, o quando sono commessi fatti che danno luogo all'apertura di procedimenti penali, la misura è "aggravata" nella misura detentiva della REMS. Si tratta di un meccanismo che può durare molto più tempo di quanto sarebbe durata la pena se la persona fosse stata capace di intendere e volere, poiché la libertà vigilata non ha limiti temporali assoluti, cioè può essere prorogata senza un limite massimo.

A pari merito (con il 15,38%) vi sono poi la provenienza dall'OPG e quella dall'SPDC. Mentre il primo caso riguarda gli internati da più lunga data, spesso cronicizzati, anche dal punto di vista della salute fisica, il secondo caso riguarda casi più gravi per i quali si è reso necessario il passaggio dall'SPDC, oppure per cui si è voluta evitare la condizione di illegittima detenzione.

2.3 Oltre le REMS: le libertà vigilate in Toscana

La libertà vigilata – misura di sicurezza non detentiva, flessibile nei contenuti e plasmabile sulla situazione concreta – originariamente era prevista dal nostro codice penale come misura destinata alle persone imputabili o semi-imputabili³⁶.

La Corte Costituzionale, con la nota sentenza del 18 luglio 2003, n. 253, ha esteso l'applicazione della misura anche alle persone non imputabili, sancendo, inoltre, che nel bilanciamento tra le esigenze di tutela della collettività e la salute del paziente, le prime non possano mai prevalere al punto «da giustificare misure tali da recare danno, anziché vantaggio, alla salute»³⁷.

Con una successiva sentenza, del 29 novembre 2004, n. 367, la Corte Costituzionale ha previsto la possibilità di applicare la libertà vigilata, in luogo del ricovero in OPG, anche in via provvisoria³⁸.

La misura di sicurezza della libertà vigilata «terapeutica», introdotta dalla Corte Costituzionale, ha

36 Gli artt. 228-230 c.p. disciplinano i contenuti della misura e le ipotesi di applicazione, tutte relative a persone imputabili (casi nei quali può essere ordinata la libertà vigilata: condanna alla reclusione per un tempo superiore a un anno; quando è autorizzata una misura di sicurezza per un fatto dalla legge non previsto come reato. Casi nei quali deve essere ordinata: pena della reclusione non inferiore a 10 anni; condannato ammesso alla liberazione condizionale; contravventore abituale o professionale che commette un nuovo reato; altri casi determinati dalla legge). L'art. 219 c.p. relativo all'assegnazione ad una casa di cura e custodia prevedeva la possibilità di applicare la libertà vigilata in sostituzione dell'assegnazione ad una casa di cura e custodia, per la persona giudicata semi-imputabile.

37 Corte Costituzionale, sentenza 18 luglio 2003, n. 253. Per approfondimenti, si rinvia alle numerose note a sentenza, tra cui: A. Famiglietti, "Verso il superamento della pena manicomiale", in *Giurisprudenza Costituzionale*, 2003, 48, 2, pp. 2118 e ss.; T. Groppi, "La sentenza 253 del 2003. La Corte e il 'diritto mite'", in *Forum di Quaderni Costituzionali*, 29 luglio 2003; I. Merzagorza, "I cascami del positivismo: ancora su ospedali psichiatrici giudiziari e pericolosità sociale", in *Rivista italiana di medicina legale*, 2003, 25 (6), pp. 1149-1157.

38 Corte costituzionale, sentenza del 29 novembre 2004, n.367, in *Giurisprudenza Costituzionale*, 2004, pp. 3993 e ss. Per un commento, si rinvia a F. Della Casa, "La Corte Costituzionale corregge il rigido automatismo del ricovero provvisorio nella struttura manicomiale promuovendo la libertà vigilata al rango di alternativa", in *Giurisprudenza Costituzionale*, 2004, pp. 4001 e ss.

assunto un nuovo e centrale ruolo con la riforma sul superamento dell'ospedale psichiatrico giudiziario (art. 3 *ter* del D.Lgs. 211/2011, introdotto con la legge di conversione con modificazione, L. 17 febbraio 2012, n. 9 e successivamente modificato con L. 30 maggio 2014, n. 81), che ha previsto che la misura di sicurezza detentiva – eseguita nelle nuove residenze per l'esecuzione delle misure di sicurezza a completa gestione sanitaria – possa essere comminata solo come *extrema ratio*, ovvero nei casi in cui nessun'altra misura sia adeguata a contenere la pericolosità sociale della persona prosciolta per vizio totale di mente.

2.3.1 Libertà vigilata tra alternativa e net widening

Nel nuovo quadro normativo, la misura di sicurezza non detentiva della libertà vigilata «terapeutica» dovrebbe garantire un minor ricorso alla misura detentiva e rappresentare sia l'alternativa *ab initio* alla REMS che lo strumento per una più rapida fuoriuscita da queste strutture.

A distanza di qualche anno dalla completa attuazione della riforma, possiamo valutare se la libertà vigilata «terapeutica» abbia avuto un'efficacia deflattiva.

Uno studio condotto da Melani nel 2014 – prima della completa attuazione della riforma – mostrava come l'introduzione della misura di sicurezza non detentiva della libertà vigilata terapeutica avesse prodotto, non tanto uno spostamento dall'OPG alle misure non detentive, quanto un complessivo aumento delle misure di sicurezza ordinate in sentenza³⁹, più che raddoppiate tra il 2003 ed il 2010 (da 149 a 303) a fronte di applicazioni sostanzialmente costanti della misura detentiva (da 122 a 135)⁴⁰.

Un aggiornamento di quello studio, ad opera di Zuffranieri e Zanalda, ha messo in luce, per gli anni successivi al 2010, un massiccio incremento delle libertà vigilate terapeutiche applicate in sentenza (passate da 161 nel 2009 a 620 nel 2019), che, nonostante un trend di decrescita nell'applicazione delle misure di sicurezza detentive dal 2012 al 2017 (frutto probabilmente della riforma in fase di attuazione), ha prodotto una progressiva crescita del numero di misure applicate in sentenza⁴¹.

Alla luce di questi dati, sembra poter prendere corpo l'ipotesi che la libertà vigilata terapeutica abbia prodotto un effetto *net-widening*. Con effetto *net-widening* si fa riferimento a quanto teorizzato da Cohen nel saggio *The punitive city*⁴², ovvero a quell'effetto di espansione della rete (*net widening*, appunto) del controllo sociale, che produrrebbero le misure alternative alla pena detentiva e le forme di *diversion* processuale⁴³. In sostanza, a discapito di quanto immaginato, il sistema di controllo

39 Le misure di sicurezza vengono ordinate in sentenza dal giudice di cognizione, successivamente è previsto un ulteriore vaglio da parte del magistrato di sorveglianza che le dichiara eseguibili, valutando l'attualità della pericolosità sociale.

40 G. Melani, "La funzione dell'OPG. Aspetti giuridici e sociologici", in *L'altro diritto*, 2014.

41 M. Zuffranieri, E. Zanalda, "Il percorso di superamento dell'OPG e i suoi effetti nell'applicazione delle misure di sicurezza", in *Rassegna Italiana di criminologia*, 2021, 25 (4), pp. 258-265.

42 S. Cohen, "The punitive city: note on dispersal of social control", in *Contemporary crises*, 3, (1979), pp. 339 e ss.

43 Con *diversion* si intendono quegli strumenti sviluppati negli ordinamenti dei paesi anglosassoni a partire dagli anni '70 di deviazione dalla normale sequenza di atti del processo penale, prima della pronuncia. La *diversion* comprende: «(a) attività svolte dagli organi pubblici cui sono attribuite funzioni di controllo sociale, al di fuori del sistema penale; (b) l'esercizio, da parte della polizia e degli organi dell'accusa, di poteri volti ad evitare il promuovimento dell'azione penale; (c) le procedure alternative all'esercizio dell'azione penale», nel caso «accompagnata da misure non penali di risoluzione del conflitto (ad esempio provvedimenti di natura riabilitativa, terapeutica o educativa, ovvero misure risarcitorie o restitutorie)», "Risoluzione del XIII Congresso internazionale di diritto penale sul tema «diversion e mediazione»" (Cairo, 1-7 ottobre 1984), in *Cassazione penale*, 1985, 533 ss. con commento di F. Ruggieri, "Diversion: dall'utopia sociologica al pragmatismo processuale", *ivi*, p. 538 ss. Si veda anche V. Grevi, "Rapporto introduttivo su «diversion» e «médiation» nel sistema penale italiano", in *Rassegna penitenziaria e criminologica*, 1983, 1, pp. 47 e ss.

penale non funzionerebbe secondo una semplice logica di flusso idraulico da un recipiente all'altro, bensì, l'introduzione di alternative produrrebbe la permanenza nelle maglie della rete di persone che altrimenti ne sarebbero rimaste fuori, estendendo il numero di quanti sono complessivamente sottoposti al controllo sociale.

Quello che possiamo osservare in tema di misure di sicurezza per persone non imputabili e semi-imputabili è una riduzione del numero di misure di sicurezza detentive applicate, a partire dall'introduzione della riforma, ma un incremento molto maggiore delle non detentive e – dunque – del complessivo numero di persone sottoposte a misure: un'espansione della rete.

2.3.2 Numeri e andamento delle libertà vigilate definitive

Dopo aver esaminato l'andamento delle libertà vigilate e delle misure di sicurezza detentive ordinate in sentenza, appare opportuno capire la grandezza numerica e l'andamento del numero di libertà vigilate in corso di esecuzione, a livello nazionale e nella nostra Regione.

I dati raccolti dal Ministero della Giustizia fanno riferimento all'attività degli Uffici di Esecuzione Penale Esterna (UEPE), che in materia di misure di sicurezza si occupano di «svolgimento delle inchieste per l'applicazione, modifica, proroga o revoca delle misure di sicurezza, su richiesta della magistratura di sorveglianza», ovvero delle libertà vigilata definitive. Da questo numero sono, quindi, escluse, le libertà vigilate comminate come misure provvisorie dai giudici per le indagini preliminari, numero che sfugge alle rilevazioni perché non monitorato da nessuna istituzione.

*Tabella 30. Libertà vigilate in carico agli Uffici di esecuzione penale esterna al 31.12., ANNI 2014-2022.
Dati del Ministero della Giustizia - Dipartimento per la giustizia minorile e di comunità
Ufficio I del Capo Dipartimento - Adulti in area penale esterna*

	Libertà vigilate. Nazionale	Libertà vigilate. Regione Toscana
2014	3.373	144
2015	3.675	148
2016	3.794	179
2017	3.769	207
2018	4.018	157
2019	4.154	151
2020	4.260	172
2021	4.565	190
2022 (15/11)	4.539	ND
2023 (15/01)	4.536	ND

Nel numero raccolto rientrano tutte le libertà vigilate, non solo quelle terapeutiche. Infatti, il codice utilizzato dagli uffici UEPE per classificare le pratiche relative alla libertà vigilata è LV55 sia per le terapeutiche che per le non terapeutiche.



Figura 27. Andamento libertà vigilate nazionale

Negli anni dal 2014 al 2021, le libertà vigilate gestite alla fine dell'anno dagli uffici dell'esecuzione penale sono costantemente cresciute (Fig. 1). L'incremento complessivo, nei 7 anni è di circa il 35%.



Figura 28. Andamento libertà vigilate Regione Toscana

In Toscana, l'andamento risulta meno lineare, con un picco nel 2017 (207 libertà vigilate alla fine dell'anno), un decremento nel 2018 e 2019 e un successivo aumento nel 2020 e 2021 (Fig. 2). Nei sette anni presi in esame, dal 2014 al 2021, si registra un incremento pari al 32%.

Tabella 31. Libertà vigilate in carico agli Uffici dell'Esecuzione Penale Esterna nel corso dell'anno. Dati di flusso.

	LIBERTÀ VIGILATE NAZIONALE
2018	5.393
2019	5.497
2020	5.657
2021	5.929
2022 (dato al 15/11)	5.989

Guardando ai dati di flusso – dunque al numero complessivo di fascicoli gestiti dagli UEPE nel corso di un anno (compresi quelli che nell'anno sono stati chiusi), si registra – a livello nazionale un incremento che, nei 5 anni dal 2018 al 2022, è pari all' 11% (Tab. 29).

2.2.3 Fotografia delle libertà vigilate in Toscana al 31/05/2022

Partendo dal riconoscimento dell'importanza della misura di sicurezza della libertà vigilata nel nuovo quadro normativo e dal preliminare esame dei dati disponibili, si è scelto di procedere ad un'indagine approfondita delle libertà vigilate terapeutiche definitive, aperte presso gli UEPE toscani afferenti all'Interdistretto di Firenze alla data del 31/05/2022. Dalla nostra indagine, restano escluse le libertà vigilate in carico all'UEPE di Massa, in quanto rientranti in altra Circostrizione di Corte d'Appello e afferenti all'Ufficio Interdistrettuale di Genova.

L'esame è stato condotto presso gli Uffici di Esecuzione Penale Esterna di: Arezzo, Firenze, Lucca, Livorno, Siena, Pisa e Pistoia. Per quanto riguarda il carico dell'Ufficio Esecuzione Penale Esterna di Prato, data la manifestazione di difficoltà ad accoglierci e soddisfare la nostra richiesta pervenuta da quel servizio e acquisito dall'Ufficio Interdistrettuale di Firenze l'elenco delle libertà vigilate in carico, si è proceduto allo spoglio dei fascicoli presso la Cancelleria del Tribunale di Sorveglianza di Firenze.

Presso la cancelleria del Tribunale di Sorveglianza si sono anche presi in esame a campione 11 fascicoli già esaminati presso gli UEPE di Firenze e Pistoia, per valutare le eventuali discrepanze tra i fascicoli presenti in sorveglianza e i fascicoli presenti presso l'esecuzione esterna e valutare un eventuale doppio spoglio.

Dall'esame è emerso che i fascicoli a disposizione del magistrato di sorveglianza mancavano del diario degli assistenti sociali, ma non dei dati ivi reperibili, riportati nella relazione dell'UEPE e in quelle della salute mentale e/o del Ser.D., sempre presenti nei fascicoli della sorveglianza. I documenti ulteriori presenti nei fascicoli della sorveglianza erano: la sentenza di cognizione (presente nell'82% dei fascicoli di sorveglianza), il casellario giudiziale (presente nel 91% dei fascicoli di sorveglianza) e le informazioni di polizia (presenti nel 91% dei fascicoli di sorveglianza). Questi documenti aggiuntivi non apparivano rilevanti per il nostro esame e l'ulteriore analisi dei fascicoli di sorveglianza è stata esclusa.

Dai 164 fascicoli che ci sono stati consegnati dagli Uffici e che abbiamo esaminato, 3 sono risultati relativi a misure di sicurezza non definitive alla data che avevamo stabilito, abbiamo scelto di raccogliere comunque i dati, ma li abbiamo per coerenza esclusi dall'analisi, che riguarda dunque le 161 libertà vigilate terapeutiche definitive in esecuzione in Toscana (con esclusione della Provincia di Massa) al 31/05/2022.

Dai fascicoli, si è scelto di estrarre i seguenti dati: dati demografici, dati relativi alla condizione socio-economica e familiare della persona, dati relativi alla patologia diagnosticata e alla presa in carico da parte dei servizi, dati relativi alla posizione giuridica (imputabilità, reato commesso, durata della misura), dati relativi al luogo di esecuzione della misura e dati relativi al percorso giudiziario (precedente ingresso in REMS, o provenienza dal carcere o dalla libertà). Infine, si è scelto di riportare integralmente le prescrizioni del Magistrato di Sorveglianza, annotando Ufficio di Sorveglianza e cognome del Magistrato.

La scheda utilizzata per l'annotazione e l'estrazione è la seguente:

Tabella 32 – Scheda analisi libertà vigilate

SCHEDA DI ANALISI DELLE LIBERTÀ VIGILATE - MODULO AD USO INTERNO DI RICERCA	
DATI GENERALI	
1	Numero identificativo
2	Ufficio UEPE
	Arezzo
	Firenze
	Livorno
	Lucca
	Pisa
	Pistoia
	Prato
	Siena
3	Assistente sociale
DATI DEMOGRAFICI	
4	Età
5	Fascia di età
	<20
	20-24
	25-29
	30-34
	35-39
	40-44
	45-49
	50-54
	55-59
	>60
6	Genere
	Maschile
	Femminile
	Non-binario

7	Nazionalità
	Italiana
	UE
	Extra-UE
CONDIZIONE SOCIO-FAMILIARE	
8	Residenza/domicilio: Aveva una residenza o un domicilio prima del fatto?
	Sì
	No (Senza fissa dimora)
	Dato non disponibile
9	Titolo di studio
	Licenza elementare
	licenza media
	Diploma di scuola media superiore
	Laurea
	Post-laurea
	Dato non disponibile
	Altro
10	Professione svolta in precedenza
	Lavoratore autonomo
	Lavoratore dipendente
	Lavori saltuari
	Disoccupato
	Invalido civile
	Pensionato
	Dato non disponibile
	Altro
11	Rete familiare o affettiva di supporto
	Presente
	Non presente
	dato non disponibile
12	Amministratore di sostegno o tutore o curatore

	Presente
	Non presente
	Dato non disponibile
CONDIZIONE SANITARIA E PRESA IN CARICO DEI SERVIZI	
13	Diagnosi
14	Dipendenze
	Sì
	No
	Dato non disponibile
15	Servizio territoriale che ha attualmente in carico la persona
16	La persona era già nota ai servizi psichiatrici del territorio?
	Sì
	No
	Dato non disponibile
17	Se la persona era nota, da quando?
18	Il Piano Terapeutico Riabilitativo Individualizzato è presente nel fascicolo?
	Sì
	No
POSIZIONE GIURIDICA	
19	La persona è stata ritenuta non imputabile o semi imputabile?
	Non imputabile
	Semi-imputabile
20	Data di inizio della libertà vigilata
21	Data di inizio di qualche misura di privazione della libertà personale in relazione al reato per cui è stata applicata la libertà vigilata
22	Descrizione percorso (barrare tutte le voci applicabili)
	libertà vigilata provvisoria
	REMS/CCC/OPG provvisoria
	custodia cautelare in carcere
	arresti domiciliari
	pena detentiva
	REMS/CCC/OPG definitiva

	misura alternativa alla detenzione
	altro
23	La misura è stata prorogata?
	Sì
	No
24	La misura si svolge in struttura o al domicilio?
	Struttura
	Domicilio
25	Se in struttura, quale?
26	reato/i commesso/i?
27	Classe di reati commessi (barrare tutte le voci applicabili)
	Contro la PA
	Contro la moralità pubblica
	Contro l'ordine pubblico
	Contro l'incolumità pubblica
	Contro la famiglia
	Contro la persona
	Contro il patrimonio
	Violazione legge armi
	Violazione legge stupefacenti
	Altro
PRESCRIZIONI	
28	ufficio di Sorveglianza di
29	Magistrato di Sorveglianza
30	Prescrizioni relative a domicilio/residenza e libertà di spostamento
31	Prescrizioni di carattere sanitario
32	Prescrizioni relative al reinserimento sociale
33	Divieto di condotte "immorali" o "illegali"
34	Altre prescrizioni

Per ogni visita presso gli Uffici dell'esecuzione penale esterna, inoltre, si è redatto un diario dove annotare sia gli scambi significativi avuti con le assistenti sociali e i possibili stimoli, feedback e suggerimenti ricevuti, sia gli aspetti che apparivano rilevanti dei singoli fascicoli (con riferimento al codice della scheda) e che non avevano trovato spazio nel questionario.

Le grandezze numeriche

Al 31.05.2022, in Toscana erano aperti 251 fascicoli, di cui 37 relativi alla Provincia di Massa.

*Tabella 33. Rapporto tra libertà vigilate terapeutiche e libertà vigilate complessive.
Dati forniti dagli uffici UEPE della Toscan nel corso della ricerca*

	LIBERTÀ VIGILATE COMPLESSIVE	LIBERTÀ VIGILATE TERAPEUTICHE	PERCENTUALE TERAPEUTICHE
Arezzo	11	7	64%
Firenze	48	42	88%
Livorno	19	12	63%
Lucca	35	24	69%
Pisa	40	30	75%
Pistoia	18	17	94%
Prato	19	13	68%
Siena	23	16	70%
Totale	213	161	76%

In tutti gli uffici in cui è stato condotto l'esame, le libertà vigilate terapeutiche rappresentano la maggioranza delle libertà vigilate aperte, con un'oscillazione che va da un minimo del 63% a Livorno ad un massimo del 94% a Pistoia e si assesta su una media del 76% (Tab. 3).

*Tabella 34. Tasso di libertà vigilate terapeutiche ogni 100.000 abitanti.
Fonte dati sulla popolazione per Provincia: ISTAT.*

	LIBERTÀ VIGILATE TERAPEUTICHE	POPOLAZIONE PROVINCIA	LV OGNI 100.000 ABITANTI
Arezzo	7	333.572	2,1
Firenze	42	1.014.423	4,14
Livorno	12	325.571	3,69
Lucca	24	338.327	7,09
Pisa	30	416.789	7,2
Pistoia	17	289.107	5,88
Prato	13	200.724	6,48
Siena *	16	478.933	3,34
Totale	161	3.522.254	4,74

* Il UEPE di Siena è competente anche sulla Provincia di Grosseto. I dati relativi al numero di abitanti si riferiscono, dunque, alla somma delle due Province.

Il tasso di libertà vigilate terapeutiche ogni 100.000 abitanti è variabile nelle Province esaminate: da un minimo di 2,10 nella Provincia di Arezzo, ad un massimo di 7,20 nella Provincia di Pisa (Tab. 4 e Fig. 3).

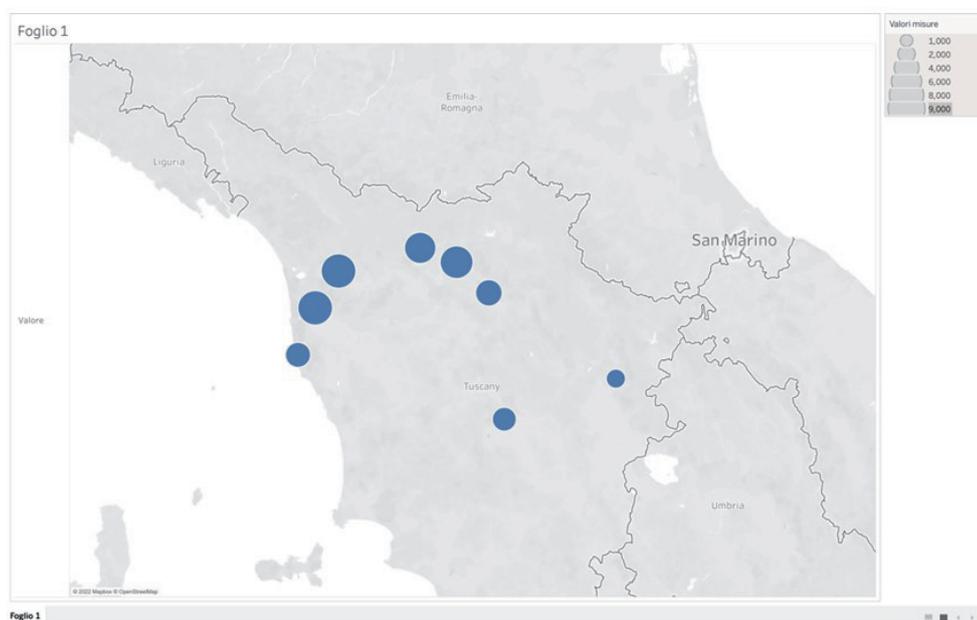


Figura 29. Mappa con intensità libertà vigilate/popolazione. Realizzata con Tableau

Chi è in libertà vigilata?

Caratteristiche demografiche della popolazione in libertà vigilata

Genere

La popolazione sottoposta alla misura di sicurezza della libertà vigilata definitiva, in Toscana al 31/05/2022 è composta da 147 persone di genere maschile e 14 di genere femminile, nessuna persona indicata come non binaria (Tab. 5), assenza quest'ultima che non si ritiene sia il mero frutto dell'impossibilità di indicare nei documenti identificativi un'identità non binaria, dato che, dalla lettura degli interi fascicoli, che riportano spesso elementi della storia personale del soggetto, non si è rinvenuto alcun riferimento a soggettività non binarie⁴⁴.

Tabella 35. Persone sottoposte alla libertà vigilata per genere.

MASCHI	147
FEMMINE	14
NON BINARIE	0
NON SPECIFICATO	0

La popolazione della regione Toscana, secondo i dati Istat (che non contemplano altri generi oltre al maschile e al femminile), è composta per il 51,7% di persone di genere femminile e per il 48,3% di persone di genere maschile. A fronte di questo dato, risulta evidente la sottorappresentazione del genere femminile (9%, Fig. 4) tra le persone sottoposte a libertà vigilata terapeutica in Toscana.

44 Sul tema del diritto al riconoscimento della propria identità (anche sui documenti ufficiali) per le persone che non si riconoscono nel binarismo di genere, si rinvia a I. Kehrer, "Il diritto alla propria identità di fronte al binarismo di genere", in *About Gender*, 2019, 8 (15), pp. 337 – 363.

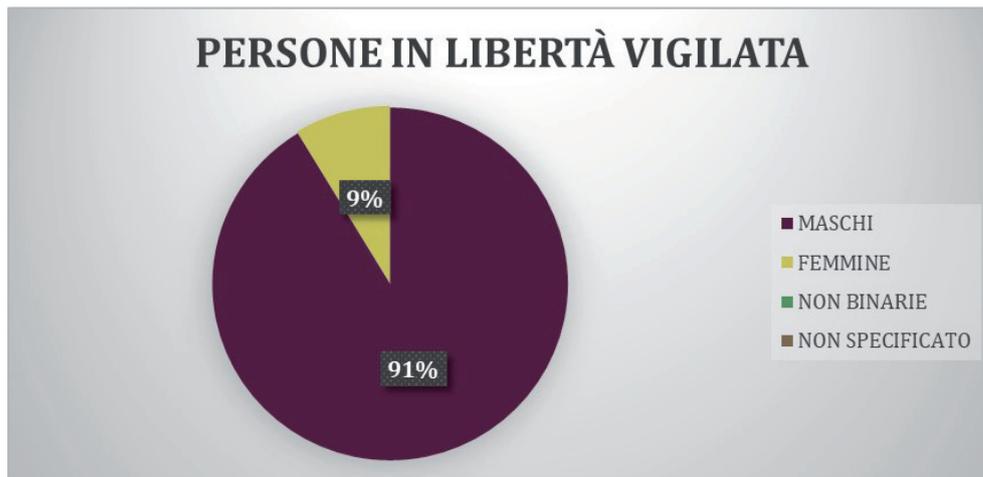


Figura 30. Persone in libertà vigilate per genere

La rappresentazione delle donne tra le persone sottoposte a libertà vigilata terapeutica è comunque superiore alla percentuale delle detenute, al 31/05/2022 pari al 2% in Toscana e al 4% in Italia.

La presenza ridotta delle donne tra le persone sottoposte a misure penali può essere letta tenendo insieme numerosi elementi e prospettive. Le donne commettono un minor numero di reati, in parte in ragione delle più ridotte occasioni di commissione e della presenza non ancora paritaria nel mondo del lavoro, in parte per un grado minore di ricorso alla violenza, in ragione delle diverse aspettative di genere. Inoltre, il controllo sociale si manifesta in forme diverse, connotate per genere, e, se si può constatare una maggiore indulgenza delle istituzioni deputate al controllo e all'esecuzione penale nei confronti delle donne, questa si accompagna ad una maggiore esposizione delle donne al controllo sociale primario (nella famiglia, nella scuola, nella cerchia di relazioni personali), anche attraverso la violenza di genere come strumento punitivo e disciplinante. Oltre ad un massiccio e spesso violento controllo sociale primario, le donne sono più facilmente esposte alla medicalizzazione e patologizzazione della loro devianza⁴⁵.

Questo quadro teorico complesso ci permette di proporre una lettura dei nostri dati relativi al genere. La libertà vigilata terapeutica, misura di carattere penale, vede una forte sottorappresentazione della popolazione femminile, che come abbiamo detto commette meno reati e riceve maggiore indulgenza dalle istituzioni deputate al controllo e all'esecuzione penale. Allo stesso tempo, la percentuale di donne nel campione, che riguarda una misura sì di carattere penale ma anche medica e patologizzante, è più del doppio della percentuale di donne detenute.

Età

Le persone sottoposte a libertà vigilata terapeutica in Toscana al 31/05/2022 hanno un'età media di 46 anni e mezzo, con un minimo di 21 anni ed un massimo di 83.

Le età si sono raggruppate in classi, utilizzando gli stessi *range* utilizzati dal Ministero della Giustizia per le persone detenute.

45 L. Re, "Criminalità e criminalizzazione: selettività sociale, discriminazione razziale, disuguaglianza di genere" in T. Pitch (a cura di), *Devianza e questione criminale. Temi, problemi e prospettive*, Carocci, Roma, 2022, pp. 56-57. Per un approfondimento sul controllo sociale primario esercitato sulle donne, tra le moltissime fonti in materia, si rinvia al recente testo di Doyle, interessante perché capace di tenere insieme la rappresentazione letteraria, audiovisiva, artistica, musicale, folkloristica, con fatti di cronaca e storici: J. E. S. Doyle, *Il mostruoso femminile. Il patriarcato e la paura delle donne*, Tlon, Roma, 2021.

Tabella 36. Persone in libertà vigilata terapeutica e detenute per classi di età

	LV IN TOSCANA		DETENUTI IN TOSCANA		DETENUTI IN ITALIA	
	N°	%	N°	%	N°	%
< 20 ANNI	0	0%	25	1%	561	1%
20-24	5	3%	115	4%	2622	5%
25-29	14	9%	292	10%	5751	10%
30-34	14	9%	442	15%	7521	14%
35-39	18	11%	427	14%	7830	14%
40-44	15	9%	412	14%	7700	14%
45-49	21	13%	396	13%	7220	13%
50-59	48	30%	588	20%	10254	19%
60-69	22	14%	250	8%	4315	8%
OLTRE 70	4	2%	47	2%	1065	2%
TOT	161	100%	2994	100%	54839	100%

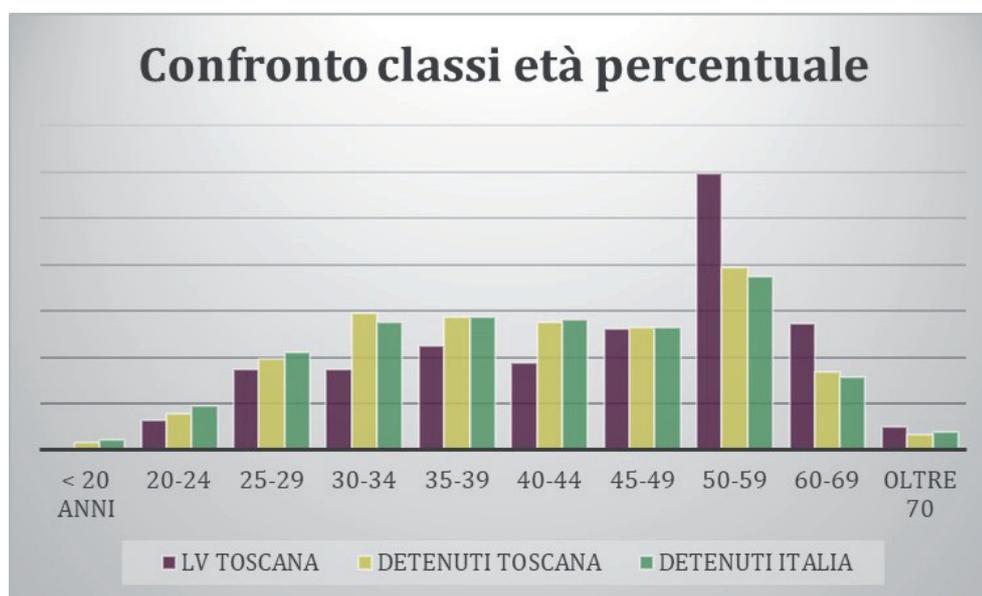


Figura 31. Confronto percentuali classe di età libero vigilati in Toscana - detenuti in Toscana - detenuti in Italia al 31/05/2022. Dati relativi ai detenuti tratti dalle statistiche del Ministero della Giustizia

Come si può verificare dalla tabella e dal grafico, tra le persone detenute in Italia e detenute in Toscana esiste una sostanziale uniformità nella rappresentanza delle classi d'età.

Se procediamo ad un confronto tra la popolazione detenuta e quella libero vigilata notiamo alcune difformità. La maggiore discrepanza, nella rappresentazione delle classi di età tra popolazione detenuta e la popolazione libero vigilata, si osserva nelle classi 30-34 anni e 40-44 anni in cui si rileva

un discostamento di circa 5 punti percentuali in ciascuna, con una rappresentanza minore delle due classi nel gruppo delle persone in libertà vigilata; e nelle classi 50-59 anni e 60-69 anni che risultano invece maggiormente rappresentate nel gruppo dei libero vigilati, rispettivamente per 10 e 4 punti percentuali (Tab. 6 e Fig. 6).

Nazionalità

La popolazione sottoposta a libertà vigilata terapeutica in Toscana al 31/05/2022 è composta per l'87% di persone di nazionalità italiana, il restante 13% è suddiviso tra un 11% di persone di nazionalità extraeuropea e un 2% di nazionalità europea (Fig. 7).

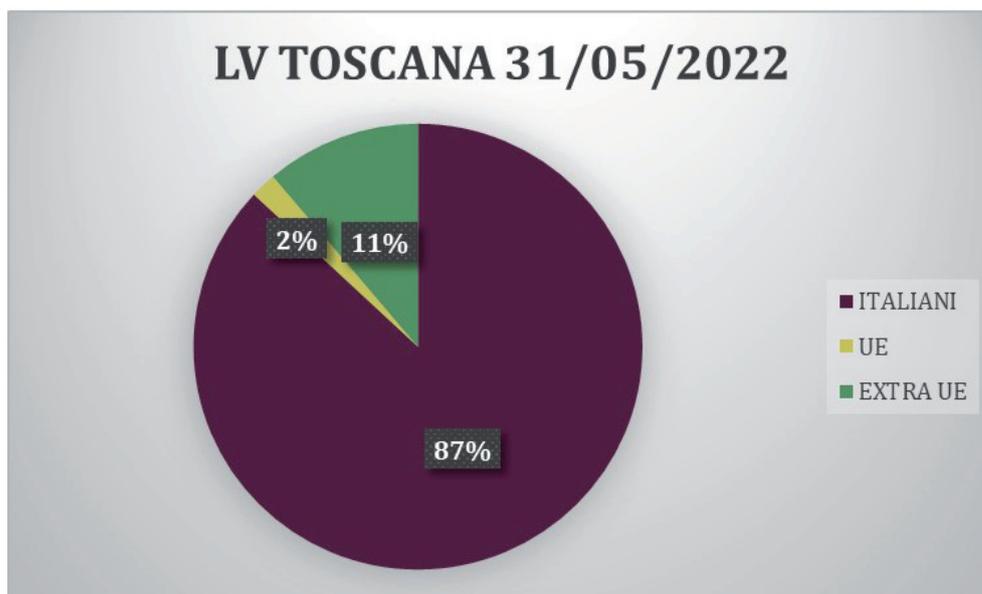


Figura 32. Persone in libertà vigilata terapeutica al 31/05/2022 per nazionalità

Secondo i più recenti dati Istat, relativi al 2021, la popolazione straniera regolarmente residente in Italia è pari all'8,7% della popolazione complessivamente residente. In Toscana la percentuale di popolazione straniera regolarmente residente è superiore alla media nazionale e pari all'11,7%.

Per avere un quadro effettivo della percentuale di popolazione straniera presente nel Paese, a questi dati debbono aggiungersi le stime relative alla popolazione straniera irregolarmente presente sul territorio e alla popolazione regolare ma non residente, che secondo gli studi della Fondazione Iniziative e Studi sulla Multietnicità - ISMU rappresentano circa un 1,3% della popolazione presente in Italia, per un totale di persone straniere pari al 10%⁴⁶.

Per quanto riguarda la regione Toscana, secondo la stima del Centro Studi IRPET, nella nota 3/2020 dell'Osservatorio sull'immigrazione, la popolazione straniera complessiva presente nella regione sarebbe pari al 12,5%⁴⁷.

I dati sulla distribuzione tra italiani e stranieri della popolazione in libertà vigilata presente in Toscana al 31/05/2022, appare in linea con le percentuali di ripartizione della popolazione toscana in genere.

46 V. Cesareo (a cura di), *XXVII rapporto ISMU sulle migrazioni*, Fondazione ISMU, 2022, disponibile in versione sia italiana che inglese sul sito www.ismu.org;

47 D. Marinari e N. Scicione (a cura di), *La percezione dell'immigrazione in Toscana. Osservatorio regionale sull'immigrazione. Nota 3/2020*, disponibile sul sito www.irpet.it;



Figura 33. Confronto popolazione italiana e straniera in Toscana nella popolazione generale e in LV terapeutica

L’omogeneità della distribuzione della popolazione straniera in libertà vigilata rispetto alla popolazione straniera in generale presente in Regione è particolarmente significativa e merita qualche riflessione, se confrontata con i dati relativi alla popolazione detenuta nelle carceri italiane e toscane.

Tabella 37. Ripartizione italiani/stranieri nella popolazione in libertà vigilata in Toscana, detenuta in Toscana e detenuta in Italia al 31/05/2022.

	LV TOSCANA		DETENUTI TOSCANA		DETENUTI ITALIA	
	N°	%	N°	%	N°	%
ITALIANI	140	87%	1566	53%	37635	69%
STRANIERI	21	13%	1390	47%	17136	31%
TOT	161	100%	2956	100%	54771	100%

In Italia – e ancora più in Toscana – la popolazione straniera risulta sovrarappresentata in carcere: 47% di detenuti stranieri in Toscana, a fronte di un 12,5% di popolazione stimata e 31% a fronte del 10% a livello nazionale (Tab. 7 e fig. 9). Il tema della sovrarappresentazione della popolazione straniera nelle carceri italiane e dei paesi europei è noto e dibattuto in ambito socio-giuridico e criminologico critico.

Una lettura semplicistica di questa sovrarappresentazione, come indicativa di una più elevata commissione di reati da parte della popolazione straniera sarebbe erronea, in quanto incapace di dare conto dell’impossibilità di descrivere il fenomeno criminale alla luce delle statistiche su detenuti, reati o denunce; in quanto incoerente con un’analisi statistica a più ampio spettro, che ci mostra come alla crescita dei flussi di migrazione verso l’Italia non corrisponda un aumento dei tassi di criminalità (che anzi risultano essere scesi negli ultimi decenni); e in quanto, infine, cieca rispetto alle differenti possibilità di accesso alle misure alternative per le persone straniere irregolari, che secondo le stime rappresentano circa l’80% dei detenuti stranieri⁴⁸.

48 A. Sbraccia, “Immigrazione e criminalità. Nessi causali e costruzioni sociali”, in S. Mezzadra e M. Ricciardi (a cura di), *Movimenti indisciplinati. Migrazioni, migranti e discipline scientifiche*, Ombre corte, Verona, 2013, pp.



Figura 34. Confronto percentuale stranieri/italiani tra i detenuti e i libero vigilati.

Piuttosto, sembra opportuno leggere il fenomeno alla luce delle teorie che pongono l'accento sui processi di criminalizzazione. I processi di criminalizzazione, come sostiene Re: «non solo operano in modo selettivo rispetto al ceto sociale, ma attuano una discriminazione razziale strutturale»⁴⁹.

I risultati di questa selezione su base razziale sono mostrati dalle statistiche che evidenziano le altissime percentuali di *blacks* e *latinos* presenti nelle prigioni statunitensi⁵⁰ e la sovrarappresentazione degli stranieri nelle prigioni europee⁵¹.

Le persone straniere ed in particolare le persone straniere irregolari «subiscono una stigmatizzazione criminalizzante ed esperiscono forme specifiche di controllo poliziale delle loro esistenze»⁵². Il controllo di polizia differenziato e selettivo è soltanto una delle modalità attraverso le quali il sistema penale produce esiti discriminatori. A questo si aggiungono, tra gli altri: le scelte politiche relative alle condotte da criminalizzare, i *bias* e gli stereotipi che influenzano il giudizio, le differenze di opportunità di accesso ad una buona assistenza legale, o il diverso capitale culturale degli imputati.

A fronte dunque di un sistema che produce le condizioni per mantenere alto il livello di sovrarappresentazione degli stranieri nei circuiti penitenziari⁵³, come leggere la rappresentazione degli stranieri tra le persone sottoposte a libertà vigilata terapeutica in Toscana?

Fornire una risposta certa ed esaustiva a questa domanda può risultare complesso. È possibile ipotizzare che la devianza delle persone migrate sia con minore frequenza patologizzata, ma anche che – la necessaria attivazione di percorsi con la sanità territoriale – renda più difficile il ricorso alla libertà vigilata come “alternativa” alla REMS per le persone straniere irregolari. Una conferma di questa

70-71.

49 L. Re, *Criminalità e criminalizzazione*, cit., p. 51.

50 Sulla sovrarappresentazione di afroamericani e *latinos* nei penitenziari degli Stati Uniti e sulla discriminazione razziale nel sistema penale statunitense, si vedano: L. Re, *Carcere e globalizzazione. Il boom penitenziario negli Stati Uniti e in Europa*, Laterza, Roma-Bari, 2006; A. Davis, *Aboliamo le prigioni? Contro il carcere, la discriminazione, la violenza del capitale*, Minimum Fax, Roma 2009; L. Wacquant, *Iperincarcerazione. Neoliberalismo e criminalizzazione della povertà negli Stati Uniti*, Ombre corte, Verona, 2013.

51 Sulla sovrarappresentazione di stranieri nelle carceri europee, si rinvia a: D. Fassin, *Punire. Una passione contemporanea*, Feltrinelli, Milano, 2019 pp. 111-145. Sulla situazione italiana, si rinvia a V. Verdolini, *L'istituzione reietta. Spazi e dinamiche del carcere in Italia*, Carocci, Roma, 2022.

52 A. Sbraccia, “Criminologia post-coloniale”, in C. Rinaldi, P. Saitta (a cura di), *Criminologie critiche contemporanee*, Giuffrè, Milano, 2018, p. 37.

53 A. Sbraccia, *Immigrazione e criminalità*, cit., p. 61.

lettura, sembra arrivare dalla nostra analisi. Nel campione esaminato, si sono registrati tre casi in cui era stata annotata l'irregolarità sul territorio dello Stato della persona sottoposta alla misura di sicurezza della libertà vigilata terapeutica, meno del 15% della quota di popolazione straniera sottoposta a libertà vigilata, a fronte dell'70/80% stimato tra la popolazione detenuta.

Le condizioni sociali della popolazione in libertà vigilata

Come abbiamo anticipato, nel nuovo sistema introdotto dalla riforma sul superamento dell'ospedale psichiatrico giudiziario, la libertà vigilata ricopre un ruolo centrale: alternativa alla REMS, sia all'inizio ed in radice, che in uscita e per garantire una minore permanenza nell'istituzione deputata all'esecuzione della misura di sicurezza detentiva.

Abbiamo anche visto, però, come dall'introduzione della libertà vigilata terapeutica, si sia prodotto un effetto di espansione della rete del controllo che ha «catturato» dentro le maglie del controllo penale, persone che altrimenti ne sarebbero rimaste, con grande probabilità, fuori.

Chi si trova dunque in libertà vigilata? Da che condizioni socio-economico-familiari proviene? Abbiamo cercato di raccogliere i dati presenti nei fascicoli degli Uffici Esecuzione Penale Esterna, relativi alle condizioni socio-economico-familiari, concentrandoci in particolare su: grado di istruzione; condizione lavorativa; condizione abitativa e presenza di una rete di supporto affettiva o familiare, disponibile ad accompagnare la persona nel percorso.

Il quadro che emerge dall'analisi è non omogeneo. Questa non omogeneità si può leggere bene alla luce della duplice potenziale funzione della libertà vigilata – attrattrice di nuovi soggetti e via di liberazione dall'istituzione detentiva – e l'estrema plasmabilità nella configurazione della misura – da misura al domicilio con pochissime prescrizioni a misura in struttura con prescrizioni stringenti.

Dalla lettura e dall'esame dei fascicoli, abbiamo potuto verificare che le condizioni socio-economico-familiari possono giocare un doppio e opposto ruolo nella valutazione della pericolosità sociale, condizione per l'applicazione delle misure di sicurezza, in particolare con riguardo alla misura di sicurezza non detentiva: una condizione di ricchezza, un alto capitale culturale, una rete solida di supporto, possono favorire il ricorso alla misura di sicurezza non detentiva, con poche prescrizioni, anche per reati di un certo allarme sociale e in una fase precoce; al contrario, un contesto di disagio può favorire l'adozione della misura non detentiva anche per condotte bagatellari, eventualmente in struttura, e anche per una durata di tempo potenzialmente illimitata.

Grado di istruzione

I dati relativi al grado di istruzione erano presenti in 76 fascicoli su 161, per un campione pari al 47% del totale dei fascicoli esaminati. La percentuale di presenza del dato è inferiore alla media nei fascicoli relativi alle persone straniere, dove il dato sull'istruzione è presente nel 33% dei casi.

Le persone nel nostro campione risultano non avere alcun titolo di studio ed essere analfabeti nel 3% dei casi; un 6% ha la sola licenza elementare, la licenza media è stata conseguita nel 46% dei casi, il titolo di corso professionale nel 3% dei casi; il diploma di maturità nel 33%, la laurea nel 9% dei casi (fig. 10).

Per poter offrire una lettura di questo dato è interessante operare un raffronto, con le stesse percentuali relative alla popolazione generale e alla popolazione detenuta.

Dal confronto emergono dati interessanti: nel livello più alto di istruzione (laurea e post laurea), nel nostro campione la percentuale è decisamente più alta di quella rilevata tra i detenuti, anche se non alta come la percentuale nazionale. Allo stesso tempo, nel punto più basso del livello di istruzione, ovvero, il dato relativo alle persone senza alcun titolo di istruzione e analfabete, il dato è equivalente a quello della popolazione detenuta (3%). In un punto inferiore all'adempimento dell'obbligo

scolastico (il conseguimento della licenza media) il dato del nostro campione risulta più alto della percentuale del dato nazionale, ma più basso di quello relativo alla popolazione detenuta.



Figura 35. Liberi vigilati per grado di istruzione

Tabella 38. Percentuali titoli di studio - Dato nazionale - detenuti - Libero vigilati.

	Dato nazionale	Detenuti	LV
Nessun titolo o Licenza elementare	16	23,9	9
Licenza media	32	57,5	46
Diploma qualifica professionale	6	2,2	3
Diploma di maturità	31	14,4	33
Laurea e post laurea	15	2	9

Fonti: Il dato nazionale e il dato relativo ai detenuti è tratto da V. Verdolini, op. cit., p. 141.

Condizione lavorativa

Dati relativi alla condizione lavorativa erano presenti in 32 su 161 (20%). Rispetto alla rilevazione della posizione lavorativa, non esistono differenze significative tra la parte del campione di nazionalità italiana e la parte straniera (quota di risposte nella parte del campione straniera: 17%).

I dati che abbiamo raccolto sono da intendersi come riferiti alla condizione lavorativa antecedente alla commissione del reato e al percorso giudiziario.

Un 30% del campione risulta disoccupato, percentuale a cui deve aggiungersi anche un 1% che vive dei proventi delle rendite familiari. Aveva svolto un lavoro dipendente con carattere stabile il 22% del campione, mentre un 12% risultava essere passato da vari lavori di carattere saltuario. Una percentuale pari al 7% del campione risulta composta da lavoratori autonomi. Tra i non occupati, la maggioranza è rappresentata da invalidi civili (22%), mentre un 2% è pensionato e un 1% invalido da lavoro.

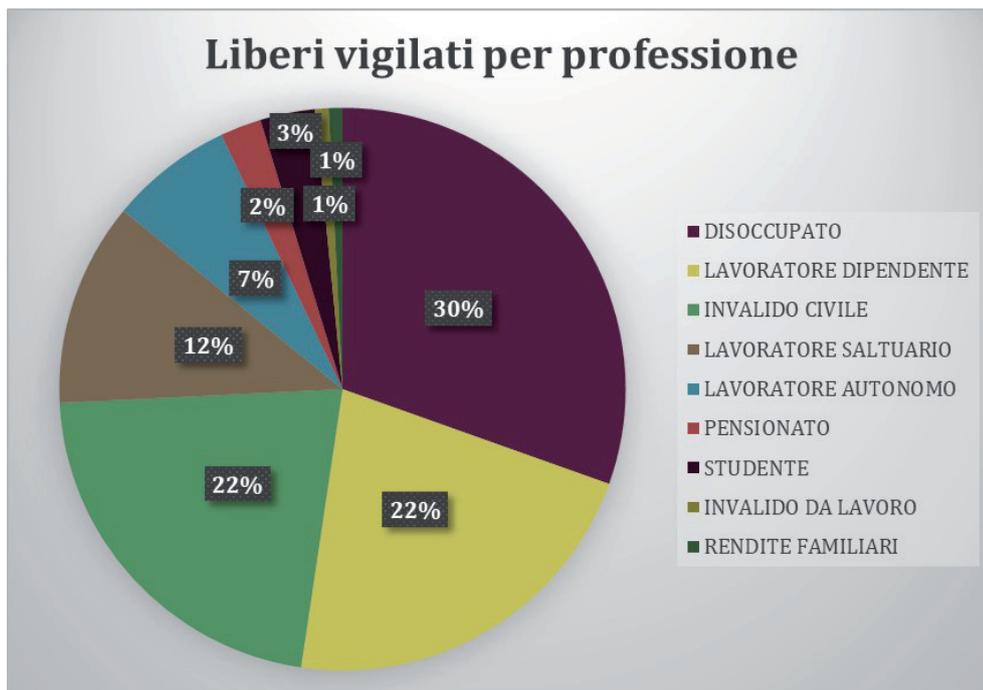


Figura 36. Liberi vigilati per professione

Occorre osservare come nelle valutazioni dei giudici (si veda *infra* par. *Oltre la configurazione normativa: è una misura terapeutica o prevalentemente di controllo?*), al lavoro sembra essere riconosciuto un valore etico-morale e come il lavoro sia concepito quale strumento fondamentale di percorso rieducativo, tanto che in molti casi, tra le prescrizioni della libertà vigilata, è previsto l'obbligo di reperire uno stabile inserimento lavorativo.

Condizione abitativa

In relazione alla condizione abitativa, erano presenti degli elementi in 120 fascicoli su 161 (75% dei casi).



Figura 37. Liberi vigilati in Toscana al 31/05/2022. Residenza o domicilio.

Si sono annotati come disponibilità di una residenza o di un domicilio, tutti casi in cui era disponibile un luogo stabile dove abitare, anche presso abitazioni di familiari o amici.

In un numero significativo di casi (il 30% della quota di persone che hanno la disponibilità di un domicilio), l'abitazione disponibile è la stessa della vittima del reato (sul punto vedi *infra* par. *reati*).

Presenza di reti familiari o amicali di supporto

Il dato relativo alla presenza di reti familiari o amicali di supporto era presente in 154 fascicoli, pari al 95% del campione.

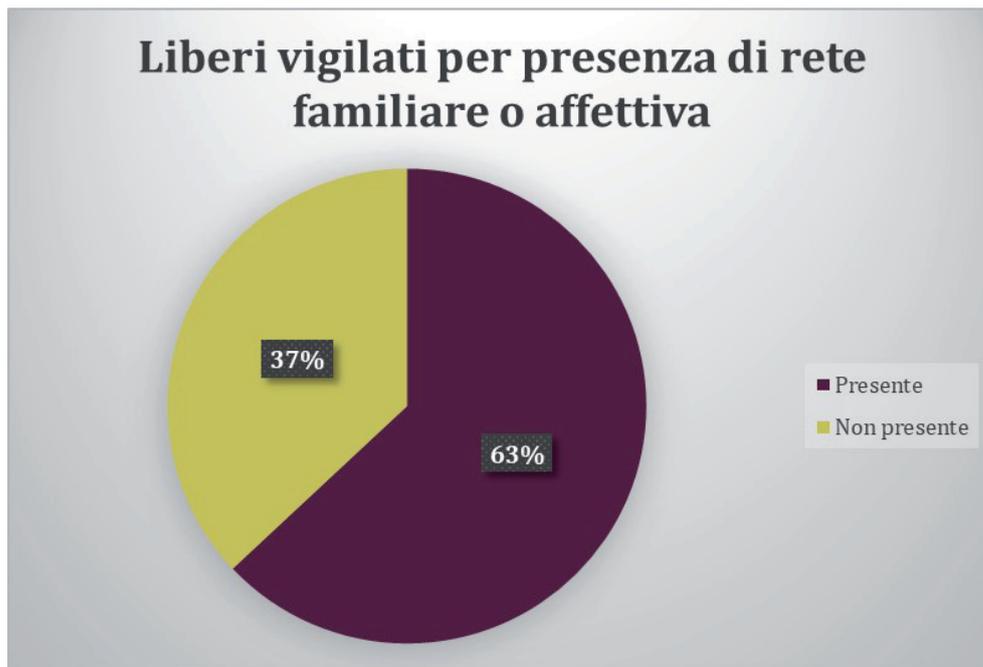


Figura 38. Liberi vigilati per presenza rete familiare o affettiva di sostegno

Si sono annotate nella quota della rete familiare presente, tutte le ipotesi in cui erano presenti familiari o amici disponibili a prendersi cura e che avessero prestato interesse alla persona sottoposta a libertà vigilata, senza fare differenziazioni riguardo alle valutazioni effettuate dai servizi sulle minori o maggiori rassicurazioni che il nucleo familiare può offrire, dal punto di vista della sicurezza, dell'ordine pubblico, delle disponibilità economiche.

Una rete familiare o affettiva risulta presente nel 63% dei casi.

Per cosa in libertà vigilata?

Come già rilevato avendo riguardo alle condizioni sociali, anche rispetto alle condizioni patologiche ed al tipo di reato commesso, la libertà vigilata può mostrare la sua duplice funzione espansiva del controllo ed emancipativa da misure più limitative della libertà personale.

Il quadro che emerge dall'analisi delle classi di patologie diagnosticate e dei reati commessi è, anche in questo caso, disomogeneo.

Le condizioni patologiche

La diagnosi era riportata in 159 dei 161 fascicoli esaminati (99%). Le diagnosi di vario genere sono state suddivise per classi patologiche, ricorrendo alle classificazioni previste dalla V Edizione del Manuale Diagnostico e Statistico dell'American Psychiatric Association (noto come DSM-V). Si sono così suddivisi i disturbi presenti, nelle seguenti classi: disturbi dello spettro schizofrenico e altri disturbi psicotici; disturbi dell'umore (in cui si sono fatti rientrare sia i disturbi depressivi che i di-

sturbi bipolari, benché nell'ultima edizione del Manuale costituiscano categorie distinte), i disturbi di personalità, i disturbi d'ansia, i disturbi da abuso e le disabilità intellettive, spesso riportate come «ritardo mentale»⁵⁴.

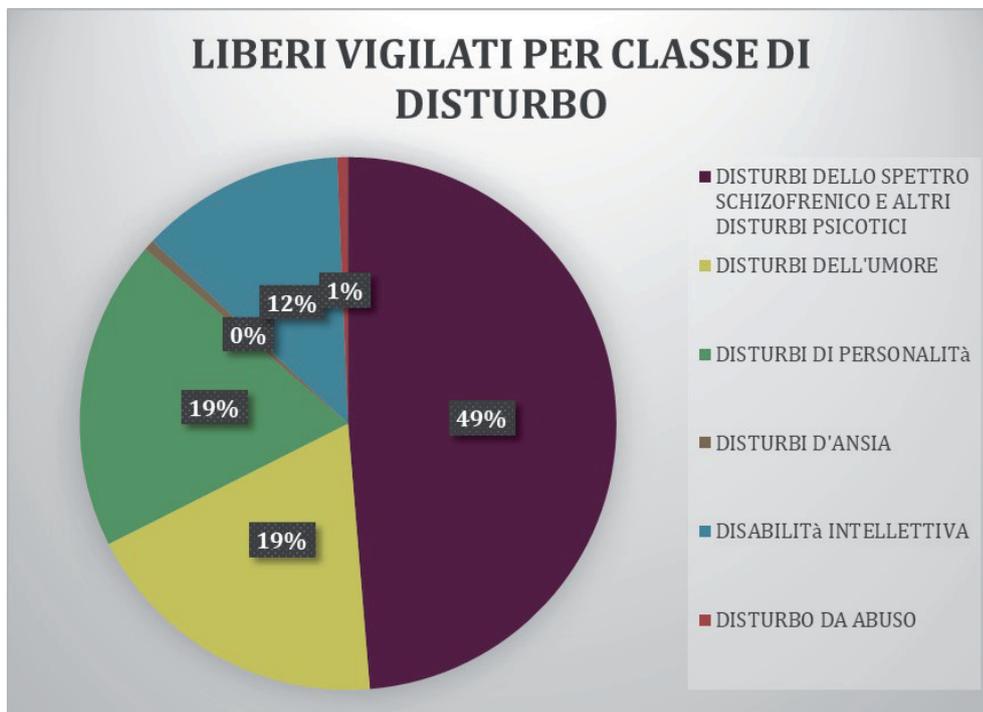


Figura 39. Liberi vigilati per classe di disturbo diagnosticato



Figura 40. Libero vigilati per riportata dipendenza da alcol o sostanze stupefacenti

Si sono escluse dalla classificazione 4 diagnosi che non riportavano in realtà alcun elemento atto ad individuare una precisa patologia: in 2 casi era riportata la generica dicitura «disturbo cronico di

54 American Psychiatric Association, *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali. DSM-5*, ed. it., Raffaello Cortina Editore, Milano, 2014.

tipo psichiatrico», in uno una «situazione di deprivazione socioculturale», in un non meglio specificato «complesso quadro psicopatologico».

Tra i casi di diagnosi leggibile: il 49% riguarda disturbi dello spettro schizofrenico e disturbi psicotici, il 19% disturbi dell'umore, il 19% disturbi di personalità e il 12% disabilità intellettiva.

Dipendenze

Si è scelto di verificare se la persona risultasse anche dipendente da alcool o sostanze stupefacenti ed eventualmente fosse seguita dal Ser.D.

Il dato era presente in tutti i fascicoli esaminati.

Ben il 57% delle persone sottoposte a libertà vigilata risulta essere dipendente da alcool e/o sostanze stupefacenti.

Presenza di un amministratore di sostegno, o un tutore o un curatore

Si è cercato di comprendere se la patologia diagnosticata, oltre ad essere considerata causa di esclusione della capacità di intendere e di volere al momento di commissione del fatto fosse stata considerata anche fonte di diminuzione della capacità di agire⁵⁵, sì da richiedere il supporto di un amministratore di sostegno⁵⁶, oppure di un tutore⁵⁷ o curatore⁵⁸.

Soltanto nel 40% dei casi esaminati è stato nominato un amministratore di sostegno, un tutore o un curatore.

Tra questi, nella grande maggioranza dei casi è nominato un amministratore (93% dei casi), nel 7% è nominato un tutore, in nessun caso è nominato un curatore.

Presa in carico da parte dei servizi

Ci siamo anche interrogati sulla precedente conoscenza e presa in carico dei servizi, che può produrre effetti di agevolazione del ricorso ad una misura non detentiva in luogo di una detentiva, ma può anche essere indice di una istituzionalizzazione precoce e di un percorso di transito e passaggio tra varie istituzioni di controllo.

55 Con *capacità di agire*, nell'ordinamento italiano, l'idoneità a porre in essere in proprio atti negoziali destinati a produrre effetti nella sua sfera giuridica. La capacità di agire si acquista al raggiungimento della maggiore età. Nel caso in cui la persona – per varie ragioni (tra cui il disagio psichico) – non presenti una capacità di discernimento di un individuo adulto, possono essere attivati istituti di protezione, per approfondire si veda, A. Torrente, P. Schlesinger, *Manuale di diritto privato. XXVII Edizione*, Giuffrè, Milano, 2017, pp. 99 e ss.

56 L'amministratore di sostegno è una figura di supporto alle persone con «infermità» o «menomazione fisica o psichica» introdotta nel codice civile nel 2004. In precedenza, in quelle stesse ipotesi, era prevista soltanto l'interdizione, ovvero l'esclusione della capacità di agire e la nomina di un tutore che agisse in nome e per conto della persona interdetta, oppure l'inabilitazione, che comportava la possibilità di svolgere in autonomia soltanto gli atti di ordinaria amministrazione e prevedeva la nomina di un curatore, che assistesse l'inabilitato negli atti di straordinaria amministrazione. La riforma che ha previsto l'amministrazione di sostegno ha puntato alla salvaguardia massima dell'autodeterminazione della persona con riconosciuti disturbi psichiatrici. L'amministrazione di sostegno non è predeterminata e standardizzata e il giudice tutelare decide sulla base del caso concreto, il tipo di compito che l'amministratore di sostegno è chiamato a svolgere e i limiti del suo operato. Sull'introduzione della figura dell'amministratore di sostegno, si veda P. Cendon, "Un altro diritto per i soggetti deboli. L'amministrazione di sostegno e la vita di tutti i giorni", in *Rivista critica del diritto privato*, 25(1), pp. 135-182.

57 Il tutore è la figura che agisce in nome e per conto della persona interdetta, ovvero della persona di cui è stata esclusa la capacità di agire, si veda: A. Torrente, P. Schlesinger, *op. cit.*, pp. 104-106.

58 Il curatore è la figura che assiste la persona inabilitata nel compimento degli atti di straordinaria amministrazione, si veda *ivi*, pp. 108-109

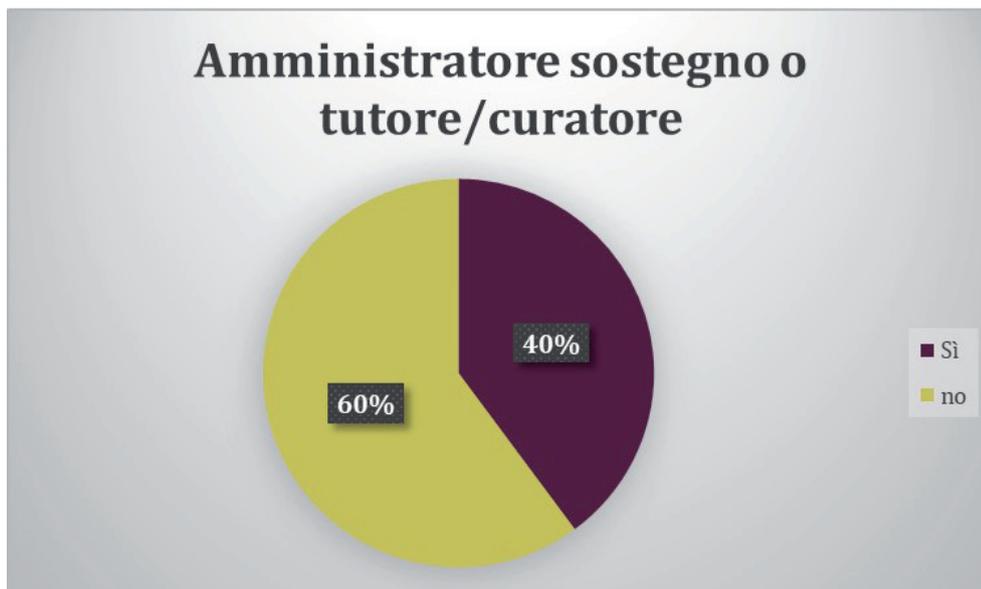


Figura 41. Liberi vigilati per presenza amministratore di sostegno/tutore/curatore



Figura 42. Liberi vigilati per presa in carico da parte dei servizi

Il dato relativo alla precedente presa in carico da parte dei servizi psichiatrici, era presente in 152 fascicoli su 161 (94%).

Il 76% del campione è risultato già noto e preso in carico. In questa percentuale, sono comprese anche persone che erano in carico non ai servizi psichiatrici del territorio, ma al Ser.D.

I reati

In tutti i fascicoli esaminati era indicato il reato commesso, per cui è stata applicata la misura di sicurezza della libertà vigilata.

La gamma dei reati commessi dalle persone sottoposte a misura di sicurezza per non imputabili è variegata e comprende sia reati gravi (come l'omicidio) che bagatellari (come il furto semplice di beni di modico valore).

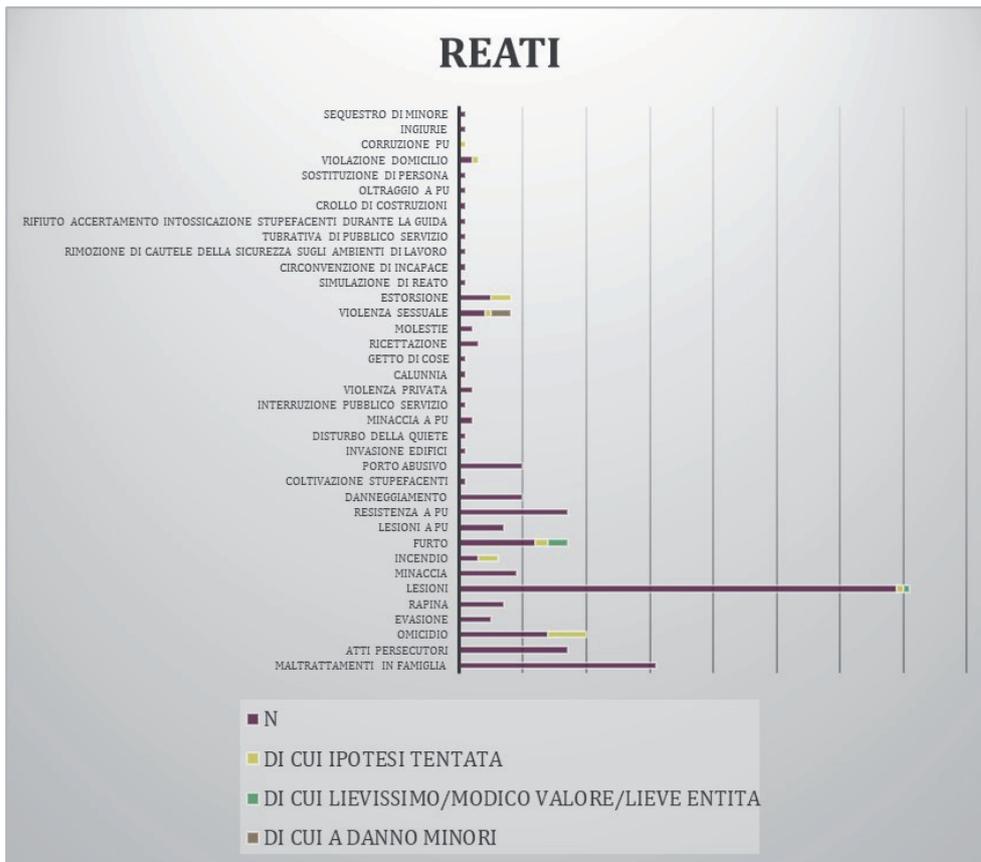


Figura 43. Frequenza reati nelle imputazioni dei libero vigilati



Figura 44. Frequenza classi di reati

Le fattispecie che risultano rappresentate comprendono sia delitti che contravvenzioni. Tra i delitti: sequestro di minore; ingiuria (depenalizzato dal D.Lgs 15 gennaio 2016, n. 7); la corruzione di pubblico ufficiale; violazione domicilio; sostituzione di persona; oltraggio a pubblico ufficiale; crollo di

costruzioni; rifiuto di accertamento dell'intossicazione da stupefacenti durante la guida; turbativa di pubblico servizio; rimozione di cautele della sicurezza sugli ambienti di lavoro; circonvenzione di incapace; simulazione di reato; estorsione; violenza sessuale; molestie; ricettazione; getto di cose; calunnia; violenza privata; interruzione di pubblico servizio; minaccia a pubblico ufficiale; disturbo della quiete; invasione di edifici; porto abusivo; coltivazione stupefacenti; danneggiamento; resistenza a pubblico ufficiale; lesioni a pubblico ufficiale; furto; incendio; minaccia; lesioni; rapina; evasione; omicidio; atti persecutori e maltrattamenti in famiglia.

Nell'elaborazione dei dati si è tenuto conto del fatto che in molti casi (45 su 161, il 28%) sono presenti più capi di imputazione, che sono stati tutti riportati.

Come si può osservare, le imputazioni più frequenti riguardano le lesioni (di cui anche ipotesi di lesioni lievissime) e, a seguire, maltrattamenti in famiglia, omicidio (di cui anche ipotesi tentate), furto (di cui anche ipotesi di modico valore), resistenza a pubblico ufficiale e atti persecutori.

Guardando alle classi di reati – costruite sulla base dei titoli del codice penale, a cui si sono aggiunte le leggi speciali sugli stupefacenti e sulle armi – la frequenza maggiore si riscontra nei reati contro la persona, seguiti da reati contro il patrimonio e da quelli contro la famiglia.

Non Imputabilità/semi-imputabilità

La misura di sicurezza della libertà vigilata, come abbiamo chiarito può essere applicata sia a persone imputabili, che non imputabili e semi-imputabili. Il nostro campo di indagine, però, è stato ristretto alle sole misure «terapeutiche», applicate cioè alla persona non imputabile o semi-imputabile ritenuta socialmente pericolosa.

Il dato relativo alla non imputabilità o semi imputabilità era riportato in 157 dei 161 fascicoli (il 97,5%).



Figura 45. Liberi vigilati per semi imputabilità/non imputabilità

Dall'esame risulta che nella gran parte dei casi (il 78%), la misura di sicurezza è applicata a persone non imputabili e soltanto nel 22% a persone semi-imputabili.

Occorre osservare, che nel campione era presente anche un caso di misura di sicurezza con prescrizioni terapeutiche applicata a persona imputabile, di cui era stata sospettata successivamente la presenza di una patologia psichiatrica.

Il caso rappresenta, senza dubbio, un'anomalia.

Com'è la libertà vigilata?

La libertà vigilata, come abbiamo visto, è una misura di sicurezza non detentiva, con un contenuto flessibile e che unisce finalità terapeutiche a finalità prettamente di controllo sociale e tutela della collettività.

Come insegnano molte prospettive socio-giuridiche⁵⁹, tra la configurazione giuridica astratta e quello che il diritto si dimostra essere nella prassi esiste spesso uno iato, quella che Pound definiva come differenza tra *law in books* e *law in action*⁶⁰.

Per provare a comprendere la profondità di questo iato, si sono esaminati i provvedimenti dei magistrati di sorveglianza e avviato un raffronto con i dati richiesti alle strutture residenziali psichiatriche.

Oltre la configurazione normativa: è una misura non detentiva?

La domanda può suonare un po' provocatoria, considerato che il codice penale distingue le misure di sicurezza tra detentive e non detentive e pone la misura della libertà vigilata nel secondo gruppo.

La questione della distinzione tra misure di sicurezza detentive e non detentive è dibattuta.

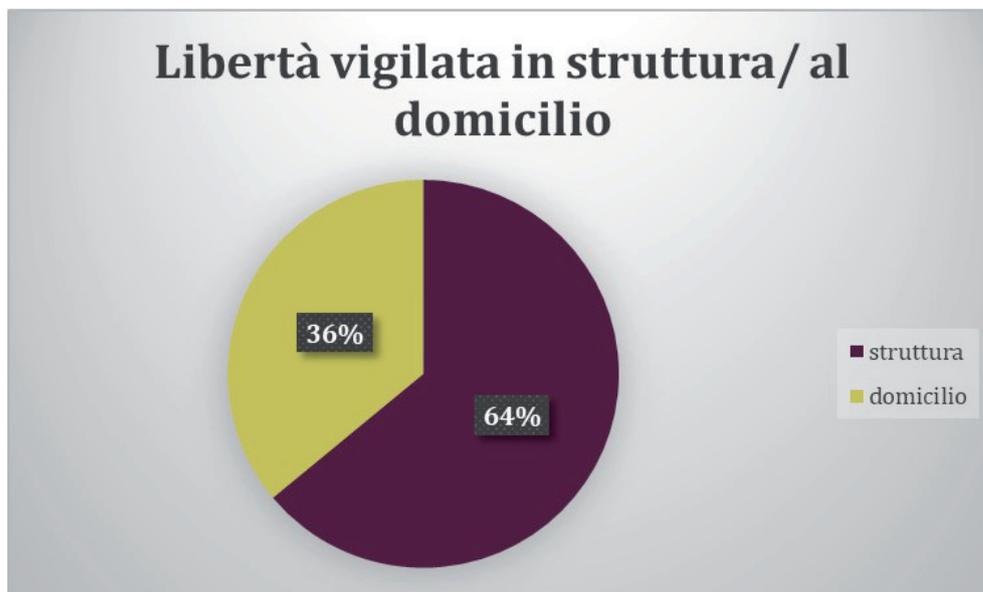


Figura 46. Libertà vigilata in struttura o al domicilio

Un orientamento giurisprudenziale, espresso dall'ordinanza del Tribunale di Sorveglianza di Torino, 17 ottobre 2018, est. Vignera, prospetta che il discrimine tra le misure di sicurezza detentive e le non detentive sia dato soltanto dal grado di coattività delle prescrizioni, mentre nessun rilievo avrebbero la tipologia di limitazioni alla libertà personale che le une o le altre misure comportano, o il loro grado di afflittività. In sostanza, le prescrizioni delle misure di sicurezza detentiva avrebbero natura coercitiva perché, se non rispettate, la loro osservanza potrebbe essere imposta anche contro la volontà dell'interessato, mentre le prescrizioni della libertà vigilata, invece, non avrebbero tale coercitività perché la loro osservanza non potrebbe essere imposta coattivamente.

59 Per una ricostruzione delle prospettive socio-giuridiche che approfondiscono questa prospettiva, si rinvia a: C. Mantovan, "Dalla *law in books* alla *law in action*: i processi di implementazione delle norme", in R. Altopiedi, D. De Felice, V. Ferraris (a cura di), *Comprendere la sociologia del diritto*, Carocci, Roma, 2022, pp. 83-114.

60 R. Pound, "Law in Books and Law in Action", in *American Law Review*, 1910, 44(12), pp. 12-36.

Di opposto avviso, la sentenza 14 ottobre 2020, n. 28575 della sez. V della Corte di Cassazione che sancisce che «è illegittima la misura di sicurezza della libertà vigilata con l'obbligo di non allontanarsi dalla comunità di recupero senza la preventiva autorizzazione del giudice o dei sanitari responsabili, in quanto tale prescrizione determina una sostanziale trasfigurazione della libertà vigilata in una misura detentiva».

Seguendo, dunque, questo orientamento della Suprema Corte di Cassazione, appare necessario verificare il tipo di prescrizioni ordinate dai Magistrati di Sorveglianza, per capire se e quando la misura di sicurezza non detentiva rappresenti quella che Kohlrausch definì «frode delle etichette»⁶¹

Innanzitutto, è necessario discernere tra misure di sicurezza eseguite in struttura e misure eseguite al domicilio.

Le misure terapeutiche eseguite al domicilio rappresentano soltanto il 36% del numero complessivo di misure esaminate, e ben il 64% di queste sono in strutture psichiatriche.

Dall'esame delle prescrizioni disposte dai Magistrati nelle ordinanze con cui è dichiarata eseguibile la misura, è possibile verificare che sono previste varie forme di limitazioni della libertà personale per le persone sottoposte alla libertà vigilata terapeutica, che vanno dall'obbligo di rimanere al domicilio in orario notturno, al divieto di uscire dal territorio del Comune o della Provincia o della Regione (salvo autorizzazione del Magistrato di Sorveglianza o dei responsabili della struttura e con o senza accompagnamento), fino a quel divieto di allontanamento dalla struttura, a cui fa riferimento la Corte di Cassazione.



Figura 47. Prescrizioni relative alla libertà di movimento per i liberi vigilati in struttura

Tra le libertà vigilate in struttura, nel 66% dei casi è previsto il divieto di allontanamento dalla residenza.

Si può concludere che il 42% delle libertà vigilate terapeutiche complessivamente eseguite in Toscana al 31/05/2022, possono dirsi, ai sensi di quanto statuito dalla sentenza della Sez. V della Suprema Corte di Cassazione citata, misure di carattere detentivo.

L'afflittività o meno delle misure e il loro carattere detentivo sono strettamente connesse anche alle

61 E. Kohlrausch, "Sicherheitshaft. Eine Besinnung aus den Streitstand", in *Zeitschrift für die gesamte Strafrechtswissenschaft*, 1924, pp. 21 e ss.

caratteristiche delle strutture in cui la libertà vigilata terapeutica è eseguita: le caratteristiche strutturali, quelle organizzative e le regole vigenti al loro interno.

Le libertà vigilate terapeutiche sono eseguite nelle seguenti strutture:

Tabella 39. Strutture in cui è eseguita la libertà vigilata

STRUTTURE	N. di PERSONE IN LV
VILLA AEOLI	8
LE QUERCE	5
VILLA GUICCIARDINI	7
CENTRO BASAGLIA	4
KAIROS	4
L'ANCORA	3
PASSAGGIO A NORD OVEST	2
HUMANITAS CARMIGNANO	3
I PRATI	3
SS. ANNUNZIATA	2
ABITARE SUPPORTATO	2
RSA ARCOBALENO	1
PONTE A TREZZA	1
LA LOCOMOTIVA	2
IL CANNETO	1
CSA ABBADIA S. SALVATORE	1
CSN SIENA	1
GRUPPO APPARTAMENTI S. DONNINO	1
UNITÀ ABITATIVA ULISSE	2
PODERE MODELLO	1
CASA MARTINO	1
RIGOCCIOLI	4
RSA VILLA VERDE	1
CEIS CALAMBORNE	1
CASA DI ALICE FIRENZE	1
VILLA FALCUCCI	1
CASA FAMIGLIA PIETRANERA	1
LA ROCCA	1
GRUPPO APPARTAMENTO PRATO	2

STRUTTURE	N. di PERSONE IN LV
RSD STELLA MARIS	1
CASA ACCOGLIENZA SUORE S. LUISA DE MARILLAC	1
I SALICI	1
GRUPPO INCONTRO	2
KRAEPLIN	1
LA ROCCA	1
VILLAGGIO CONSOLATA	1
CEIS DI NOCCHI	1
VILLINO PONTE DI MEZZO	1
VILLA ANCOLELLA	1
RSP BONSAI	1
NUOVI ORIZZONTI MARLIANA	1
RSA BELVEDERE BARGA	1
APPARTAMENTI SUPPORTATI	1
CEIS PARRANA	2
NUMERI PRIMI	3
VILLA ADELASIA	1
AM PONTICELLI	1
CASA FAMIGLIA CAMERATA	1
CEIS SERRAVALLE PISTOIESE	1
CAP SESTO	1
UFSMA GROSSETO	1
LA BADIA	1
IL SOLE	1
ROCCASTRADA	1
NAUSICAA	1
CEIS LIVORNO	1
CASA GAZZARRI	1
LE ROCCHETTE	1
GRUPPO APPARTAMENTO LA FUTURA	1

In uno dei casi del campione, la misura di sicurezza era ordinata come misura in struttura, ma la struttura idonea non era stata individuata.

Per indagare le caratteristiche delle strutture e comprendere le regole interne a tutte le strutture re-

sidenziali psichiatriche, comprese quelle sopra elencate, è stato inviato un questionario e sono state richieste le carte servizi, su questo aspetto, si veda *infra* par. 3.

Oltre la configurazione normativa: è davvero una misura calibrata sulle singole condizioni?

Per la libertà vigilata non sono previste prescrizioni standardizzate, il che permetterebbe, quanto meno sulla carta, una calibrazione delle prescrizioni sul caso singolo.

Lo studio dei 157 provvedimenti disponibili (sui 161 fascicoli esaminati) ha dimostrato una forte standardizzazione dei provvedimenti. Le piccole variabili che si riscontrano tra i provvedimenti sembrano attribuibili alle predilezioni del singolo magistrato di sorveglianza o dell'Ufficio e non alle caratteristiche del caso concreto e alla situazione specifica. Ogni magistrato, inoltre, ricorre di norma a due diversi tipi di provvedimento: uno per le libertà vigilate al domicilio, l'altro per le libertà vigilate in struttura, che spesso differiscono soprattutto nella parte relativa alle limitazioni della libertà personale: le libertà vigilate al domicilio prevedono l'obbligo di rimanervi in orario notturno, mentre il 66% delle libertà vigilate in struttura prevedono il divieto di allontanamento.

Oltre la configurazione normativa: è una misura terapeutica o prevalentemente di controllo?

Le prescrizioni contenute nei 157 provvedimenti prevedono: limitazioni della libertà personale (che, come abbiamo visto, vanno dal divieto di allontanamento, al divieto di uscire dalla Regione, dalla Provincia o dal Comune, all'obbligo di rimanere al domicilio in orario notturno, fino al divieto di allontanamento), prescrizioni di carattere sanitario (rispettare il progetto terapeutico, assumere la terapia farmacologica prescritta e recarsi alle visite fissate), obblighi di mantenimento di rapporti con i servizi (Servizi di salute mentale competenti, UEPE e, quando risulta essere presente una dipendenza, il Ser.d), prescrizioni concernenti i controlli di sicurezza (obbligo di recarsi ai competenti uffici di polizia e conservare e portare con sé la carta precettiva), divieti di tenere condotte ritenute pericolose o non etiche (divieto di bere alcolici o sostanze stupefacenti, divieto di frequentare pregiudicati, tossicodipendenti e locali che vendano bevande alcoliche, divieto di portare armi e altri oggetti atti a offendere, divieto di guidare veicoli a motore e obbligo di tenere buona condotta), obblighi di reinserimento (obbligo di prendere parte con impegno alle attività proposte dal piano e obbligo di reperire uno stabile inserimento lavorativo).

Le prescrizioni relative alle condotte da evitare o gli obblighi di reinserimento non sembrano avere a che fare con una funzione di carattere terapeutico. Del resto, la prescrizione relativa all'obbligo di seguire il programma terapeutico lascia un amplissimo margine di scelta alle singole strutture e servizi di fissare nel PTRI anche regole di carattere disciplinare.

L'obbligo di assumere la terapia farmacologica prescritta, del resto, connota diversamente anche l'assunzione della terapia, facendo venire meno la necessaria consensualità e depotenziando la relazione terapeutica, in favore di un semplicistico obbligo.

Oltre la configurazione normativa: che ruolo svolge la Magistratura di sorveglianza?

Il Magistrato di sorveglianza, nella sua veste di giudice che applica, revoca e proroga la misura di sicurezza dovrebbe svolgere anche una funzione di controllo sull'operato dei servizi territoriali di salute mentale e delle strutture psichiatriche residenziali.

La revoca o la proroga, inoltre, dovrebbero basarsi sulla valutazione dell'andamento del Progetto Terapeutico Riabilitativo Individualizzato – PTRI, sul rispetto delle tappe ivi previste, sulle risposte della persona al percorso terapeutico.

Ma com'è possibile, se i PTRI non sono presenti nei fascicoli?

Dal nostro esame, risulta che solo in 3 dei 161 fascicoli è presente il PTRI.

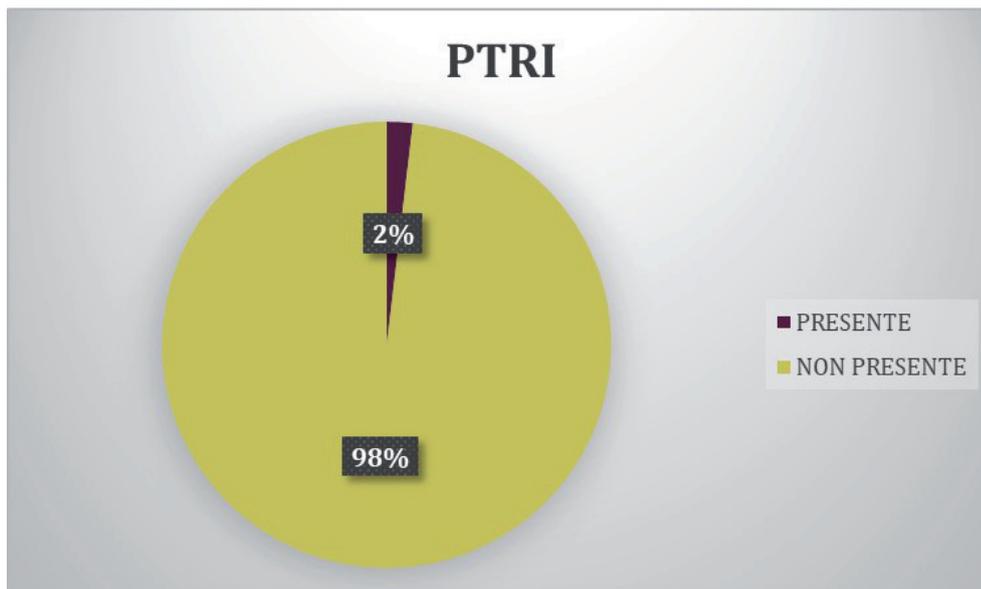


Figura 48. PTRI presenti nel fascicolo

Nel 98% dei casi, né il UEPE né il Magistrato di sorveglianza hanno accesso al piano terapeutico riabilitativo individualizzato.

Le relazioni dei servizi e delle strutture rendono conto, sinteticamente, dell'andamento di un piano di cui il magistrato ordina di seguire le prescrizioni, senza conoscerlo.

Il magistrato, anziché svolgere un ruolo terzo di controllo, e verifica, si limita a ratificare quanto riportato dalle relazioni.

3. Lo stato di attuazione del diritto alla salute mentale per le persone collocate in strutture psichiatriche non di natura penale

3.1 La costruzione della base dati

La terza parte della ricerca ha riguardato lo studio delle strutture psichiatriche sul territorio. Il punto di partenza di tale analisi è stata la considerazione che la salute mentale delle persone recluse non riguarda soltanto quelle situazioni in cui vi è una privazione della libertà dal punto di vista legale, ma si estende alle persone disabili psicosociali che vivono in istituzioni residenziali. È, inoltre, un dato notorio che le persone che hanno fatto ingresso in un'istituzione tendono a passare, nell'arco della vita, da una all'altra di queste istituzioni, fatto per cui la ricostruzione dei percorsi da un'istituzione all'altra costituisce un apporto significativo alla conoscenza del fenomeno.

Partendo da tali presupposti, la ricerca si è data l'obiettivo di ricostruire un quadro delle modalità e delle pratiche attraverso cui viene garantito il diritto alla salute mentale delle persone collocate in strutture psichiatriche residenziali non di natura penale e di individuare i percorsi di uscita e i passaggi da un'istituzione all'altra della rete, disegnando una prima mappa delle istituzioni della salute mentale. Tramite tale mappa, dovrebbe essere possibile tracciare anche, nello specifico, i percorsi delle persone in misure di sicurezza.

Questo ambito è quello in cui esisteva, prima dell'avvio di questa ricerca, il minor numero di dati quantitativi raccolti. Per tale motivo, è stato necessario operare una raccolta di dati quantitativi di base e successivamente avviare un'analisi di alcuni elementi utili a delineare una fotografia delle strutture esistenti, delle loro caratteristiche e del loro funzionamento.

Una prima rilevazione, estremamente di base, è stata rivolta ad individuare il numero delle strutture

psichiatriche territoriali presenti in ognuna delle tre ASL della Toscana, con la richiesta di alcuni parametri quantitativi minimi: tale rilevazione è stata fatta in occasione della raccolta di dati per la Relazione del Garante dei detenuti anno 2022, tra i mesi di gennaio e aprile 2022, ed è pubblicata nella suddetta Relazione.

Da tale prima rilevazione sono emersi alcuni dati importanti, sia riguardo ai numeri sia riguardo alle difficoltà nella rilevazione. Si è evidenziata, in modo specifico, una difficoltà per i referenti ASL della salute mentale, nel ricevere da parte delle strutture di loro competenza le risposte richieste, difficoltà che si è tradotta, in alcuni casi, in mancanza o incompletezza dei dati ricevuti.

Questa prima fase dell'indagine e i risultati ottenuti hanno stimolato una riflessione sull'impostazione della seconda fase, il cui obiettivo è stato quello di cercare un approfondimento della conoscenza della rete delle strutture, tramite l'invio di questionari alle strutture medesime. In particolare, alla luce delle difficoltà riscontrate nella raccolta dei dati elementari richiesti per la Relazione del Garante, si è ritenuto di riorientare le modalità di comunicazione e di richiesta dei dati, cercando una condivisione degli obiettivi della ricerca con il competente Settore della Giunta regionale (Settore Organizzazione delle Cure e Percorsi di Cronicità) e con i Direttori dei Dipartimenti di salute mentale delle tre ASL della Toscana.

Con questa prospettiva si è richiesto un incontro con i suddetti, che si è tenuto in data 10 giugno 2022, previo invio del progetto di ricerca e dell'elenco di dettaglio dei dati da rilevare. L'incontro è stato un momento di scambio di informazioni e punti di vista e di confronto sul tema dell'organizzazione della psichiatria territoriale, della tenuta dei dati, delle carenze di sistematizzazione e dei progetti in atto per superarle. In particolare, è stato utile alla condivisione di obiettivi comuni relativamente a:

- le esigenze conoscitive formulate dal Garante sono anche un indicatore utile all'organizzazione sistematica dei dati da parte delle ASL, che ne terranno conto nell'implementazione del sistema informativo che stanno predisponendo ("Aster Cloud"), con la prospettiva che, una volta in funzione tale sistema, le rilevazioni potranno essere operate in modo semplice al momento della richiesta, avendo un flusso informativo organizzato e costante, evitando specifiche rilevazioni manuali ad hoc;
- inserire nella rilevazione anche lo studio dei percorsi assistenziali che riguardano persone con disabilità intellettive e con problemi di dipendenza, indagando quindi anche le comunità a doppia diagnosi, in cui spesso sono ospitati anche pazienti in misura di sicurezza;
- inserire nella rilevazione, oltre che i percorsi per gli adulti, anche i percorsi per minori.

I Direttori dei DSM hanno, inoltre, sottolineato che il criterio generale per l'inserimento di una persona in una struttura, sia essa in misura di sicurezza o meno, è l'indicazione clinica. Inoltre, sebbene vi siano sul territorio regionale alcune strutture dedicate esclusivamente alle persone autrici di reato, potenzialmente tutte le strutture accolgono questa tipologia di pazienti, in base all'intensità di cura che è stata rilevata necessaria. Ancora da parte dei Direttori sono state segnalate difficoltà nella rilevazione, fatta da loro, dei dati relativi alle strutture, soprattutto per quelle di natura privata.

Si è quindi concordato di elaborare i questionari e di sottoporli al parere dei Direttori dei Dipartimenti di salute mentale. In tale prospettiva abbiamo avuto varie riunioni con il dott. Marco Armellini, direttore del DSM della ASL Toscana Centro, con il quale abbiamo via via integrato e ridefinito le singole domande dei questionari. Successivamente i questionari sono stati inviati ai referenti dei DSM delle altre ASL e alla RT.

Sono stati elaborati due questionari. Il primo con dati quantitativi, riguardanti le presenze in generale nelle strutture e le presenze di persone in misura penale (misura di sicurezza, misura alternativa, misura cautelare). Il secondo con dati qualitativi, riguardante le caratteristiche strutturali e organizzative delle strutture.

Nella definizione dei quesiti la ricerca ha preso le mosse dalle teorie della psichiatria critica, nonché dalle concezioni psicosociali di disagio psichico. A partire da tale prospettiva si è cercato di indagare, tramite le domande del questionario qualitativo, quanto e come sia temperato il necessario rispetto della volontà e della soggettività delle persone con disabilità psicosociale con esigenze terapeutiche che si pongono talvolta in contrasto con la volontà della persona. Inoltre, si è cercato di far emergere come e quanto siano favoriti percorsi atti a garantire uno sviluppo dell'autonomia.

Oltre a un censimento delle strutture psichiatriche non di tipo penale presenti sul territorio della Regione Toscana, con indicazione della tipologia di assistenza offerta e caratteristiche come il numero di posti e i tempi di permanenza in struttura, si è indirizzata l'analisi sulle modalità operative, compreso il tipo di presa in carico e il programma terapeutico offerti, i percorsi di ingresso e di uscita, i tempi di permanenza. Si sono richiesti anche i regolamenti interni delle strutture o le carte dei servizi, in modo da comprendere le regole specifiche che caratterizzano l'organizzazione della vita quotidiana della struttura.

Purtroppo, l'intera terza parte della ricerca è stata caratterizzata da problematiche di tipo comunicativo e organizzativo che hanno lasciato ben poco spazio all'analisi di merito. Si sono ricevute le liste delle strutture dalle tre Asl nell'ottobre 2022 e, dalla fine di quel mese, alla fine di gennaio 2023 sono state inviate reiterate richieste collettive (con e-mail del 02/11/22, 18/11/22, 5/12/22, 30/12/22, 24/01/23) seguite da solleciti telefonici ed e-mail ad hoc fino al luglio 2023. A settembre 2023 si è chiesto un incontro all'Assessore Bezzini e, a seguito del suo intervento, alcune situazioni si sono sbloccate. Altre purtroppo persistono nel non fornire risposte alla rilevazione. Sempre a settembre 2023 si è ricevuta la notizia che ARS stava effettuando una rilevazione sulle strutture psichiatriche e che alcune delle domande inserite nei questionari da loro inviati erano sovrapponibili alle nostre. Alcuni dati, relativi a strutture della Asl Centro, sono stati quindi integrati grazie alla collaborazione con ARS.

I dati che qui si presentano sono arrivati ad avere la completezza delle risposte per quanto riguarda le Asl Nord-Ovest e Sud-Est, mentre rimangono carenze significative per quanto riguarda la Asl Centro.

A inizio dicembre 2023, prima di chiudere questo rapporto, allo scopo di verificare alcuni codici su cui si avevano incongruenze nelle risposte (SRP.1, SRP. 2 ecc.) si è chiesto al Settore Sistema Informativo, sanità digitale e Innovazione della regione Toscana di effettuare un'estrazione di dati dal sistema STS11. Da questo sono state estratte le strutture residenziali per assistenza psichiatrica adulti e infanzia – adolescenza censite nell'anno 2023. Da tale estrazione è emersa l'esistenza di ulteriori strutture, che non erano presenti nel campione fornito dalle Asl. Di queste strutture si fornisce l'anagrafica, ma ovviamente su di esse non è stata svolta la ricerca e dunque non si considerano parte della base dati.

La situazione delle comunicazioni è difficoltosa, che era stata descritta nelle riunioni con RT e ASL, è stata ampiamente confermata nello svolgimento della ricerca. Ciò ha imposto di concentrare il tempo e l'attenzione su aspetti che, in una ricerca, dovrebbero essere solo preparatori.

Nella base dati sono presenti le strutture qualificate come "psichiatriche" ovvero le strutture residenziali psichiatriche per adulti e le strutture residenziali terapeutico-riabilitative per minori che,

in base al DPGR 90/R del 2020 (Allegato A, lista D, Tabella D.3) sono classificate in differenti tipologie.

Le strutture residenziali psichiatriche per adulti sono distinte sia per il tipo di intervento (terapeutico-riabilitativo e socio-riabilitativo), in relazione al livello di compromissione di funzioni e di abilità del paziente e di gravità della patologia (e della sua trattabilità) sia per il livello di intensità assistenziale offerto, correlato al grado di autonomia complessivo. Sono così classificate⁶²

SRP.1 – PER TRATTAMENTI TERAPEUTICO RIABILITATIVI A CARATTERE INTENSIVO.

Per pazienti con disturbo psicopatologico grave e gravi compromissioni del funzionamento personale e sociale, per i quali si ritengono efficaci interventi ad alta intensità terapeutico riabilitativa. Attività di clinica intensa sia in termini psichiatrici che psicologici e prevalenza delle attività strutturate di riabilitazione rispetto a quelle di risocializzazione. Durata max 18 mesi, prorogabile per altri 6 mesi, con motivazione del Centro di Salute Mentale di riferimento. Comprendono anche situazioni di acuzie, post-acuzie e sub-acuzie della durata massima di 3 mesi.

SRP.1-DCA – PER PERSONE AFFETTE DA DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE.

Per pazienti con gravi disturbi del comportamento alimentare che necessitano di monitoraggio quotidiano delle condizioni cliniche generali, di pasto assistito e di supervisione dopo ogni pasto. I pazienti si trovano in condizioni in che non consentono il trattamento domiciliare, o nella necessità di un percorso riabilitativo.

SRP.2 – STRUTTURE PER TRATTAMENTI TERAPEUTICO RIABILITATIVI A CARATTERE

ESTENSIVO. Per pazienti con compromissioni del funzionamento personale e sociale gravi o di gravità moderata ma persistenti e invalidanti con tendenza alla cronicizzazione, per i quali si ritengono efficaci trattamenti terapeutico riabilitativi e di assistenza da attuare in programmi a media intensità riabilitativa e di più lunga durata. Durata max 36 mesi, prorogabile per altri 12 mesi, con motivazione del Centro di Salute Mentale di riferimento.

SRP.2-A – AD ALTA INTENSITÀ ASSISTENZIALE. Attuazione di programmi a media intensità riabilitativa, che prevedono attività clinica di minore intensità e una maggiore presenza di attività di riabilitazione.

SRP.2-B – A BASSA INTENSITÀ ASSISTENZIALE. Attuazione di programmi a media intensità riabilitativa, che prevedono attività clinica di minore intensità e una maggiore presenza di attività di risocializzazione, rispetto a quelle di riabilitazione. I pazienti possiedono le normali abilità prevedibili nella quotidianità notturna.

SRP.3 – PER TRATTAMENTI SOCIO RIABILITATIVI. Per pazienti non assistibili nel proprio contesto familiare e con quadri variabili di autosufficienza e di compromissione del funzionamento personale e sociale, per i quali risultano efficaci interventi da attuare in programmi a bassa intensità riabilitativa con prevalenza di attività di assistenza e risocializzazione. Durata max 36 mesi, prorogabile con motivazione del CSM, in coerenza con il progetto terapeutico riabilitativo individualizzato globale.

SRP.3.1 – con personale sulle 24 ore giornaliere. Per pazienti clinicamente stabilizzati, con bisogni nell'area del supporto e della riabilitazione di mantenimento, piuttosto che in quella terapeutica specifica della patologia. I pazienti sono portatori di marcate compromissioni di tipo persistente nella cura di sé/ambiente, nella competenza relazionale, gestione economica e abilità sociali, non sono in grado di gestirsi da soli anche solo per alcune ore; dimostrano incompetenza nella gestione di imprevisti o di emergenza.

⁶² La presente classificazione riporta, in forma semplificata, quanto previsto dal DPGR 90/R del 2020 (Allegato A, lista D, Tabella D.3), al quale si rinvia per la definizione completa.

SRP.3.2 – con personale sulle 12 ore giornaliere. Per pazienti clinicamente stabilizzati, con bisogni nell'area del supporto e della riabilitazione di mantenimento, piuttosto che in quella terapeutica specifica. Sono presenti livelli anche differenti di disabilità nella conduzione della vita quotidiana, nella cura di sé/ambiente, competenza relazionale, gestione economica e abilità sociali, ma compatibili con un'assistenza garantita nelle 12 ore diurne.

SRP.3.3 – con personale a fasce orarie. Accolgono pazienti clinicamente stabilizzati che provengono prevalentemente, ma non esclusivamente, da una pregressa esperienza in strutture socio riabilitative con personale sulle 24 o sulle 12 ore, conclusasi positivamente. Sono presenti bisogni di supervisione nella pianificazione e nella verifica delle attività della vita quotidiana con possibilità di godere, in modo mirato, di periodi di affiancamento personalizzato, a supporto delle competenze autonome acquisite, che richiedono un'assistenza garantita solo in alcune fasce diurne. Attuazione di programmi a bassa intensità riabilitativa, con prevalenza di attività di supervisione e di risocializzazione.

Le strutture residenziali per minori accolgono minori con bisogni assistenziali che necessitano di interventi terapeutico-riabilitativi non erogabili né ambulatorialmente né in regime semiresidenziale. La tipologia delle strutture residenziali è distinta per livello di intensità terapeutico riabilitativa che può richiedere maggiore o minore intensità assistenziale, correlato al grado di autonomia complessivo. Nell'ambito delle strutture possono essere individuati moduli in relazione all'età tenendo presenti le seguenti fasce: 10-14 anni e 14-18 anni. Sono così suddivise.

A.1 – AD ALTA INTENSITÀ TERAPEUTICO RIABILITATIVA. Per pazienti, con disturbo psicopatologico complesso e una parziale instabilità clinica. Compromissione di funzioni e abilità di livello grave. Si tratta di condizioni psicopatologiche che portano e frequenti ricoveri e/o necessitano di ulteriore stabilizzazione. Sono attuati programmi ad alta intensità di cura, con attività clinica intensa sia in termini psichiatrici che psicologici e riabilitativi, che possono essere appropriati anche per situazioni di acuzie, post acuzie e sub acuzie. Durata max 3 mesi, prorogabile con motivazione dell'Unità Funzionale Salute Mentale Infanzia e Adolescenza. Comprendono situazioni post-acuzie. PER MINORI AFFETTI DA DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE: Strutture nelle quali vengono accolti pazienti, prevalentemente in situazione post acuzie, con gravi disturbi del comportamento alimentare che necessitano di monitoraggio quotidiano delle condizioni cliniche generali, di pasto assistito e di supervisione dopo ogni pasto.

A.2 – A MEDIA INTENSITÀ TERAPEUTICO RIABILITATIVA. Per pazienti in condizioni di multiproblematicità e complessità clinica ma con un quadro clinico che non presenta elementi di instabilità rilevanti. Si tratta di compromissione di funzioni e abilità di livello grave o moderato, in particolare nelle attività di base relative alla sfera del sé e alle attività sociali complesse, con possibili problemi relazionali e in ambito familiare e sociale. Attuazione di programmi a media intensità di cura, che prevedono attività clinica sia in termini psichiatrici che psicologici e riabilitativi, con ruolo rilevante del recupero del funzionamento scolastico e formativo e dell'investimento nella direzione di un futuro inserimento lavorativo. Durata max 6 mesi, prorogabile con dell'Unità Funzionale Salute Mentale Infanzia Adolescenza.

A.3 – A BASSA INTENSITÀ TERAPEUTICO RIABILITATIVA. Per pazienti che non presentano elementi di particolare complessità, con quadri clinici sufficientemente stabili e con moderata compromissione di funzioni e abilità, e possibile presenza di problemi relazionali in ambito familiare e sociale. Attuazione di programmi a bassa intensità di cura, che prevedono attività clinica sia in termini psichiatrici che psicologici e riabilitativi, con prevalenti attività educative e di risocializzazione rispetto a quelle riabilitative e cliniche. Un ruolo rilevante assume il consolidamento di un funzionamento adeguato alle risorse personali, il recupero di un percorso scolastico e formativo e

l'investimento nella direzione di un futuro inserimento lavorativo. Durata max 12 mesi, prorogabile dell'Unità Funzionale Salute Mentale Infanzia Adolescenza di riferimento.

Tornado alla base dati utilizzata per la nostra ricerca, in questa sono state, altresì, inserite quelle strutture, i cui riferimenti sono stati dati dalle Asl, che non sono qualificate come “psichiatriche”, ma che possono accogliere persone con problematiche di tipo mentale. Tali strutture, possono essere, potenzialmente, luoghi di cura anche per persone a cui sia comminata la misura di sicurezza della libertà vigilata da eseguire in una struttura adeguata al tipo di disturbo e a contenere, di conseguenza, la pericolosità sociale della persona, ovviamente se rispondono al bisogno terapeutico. Sono state, quindi, aggiunte alle strutture psichiatriche in senso stretto, anche residenze per persone disabili (RSD) in cui sono ospitate persone con disabilità psichica e comunità per il trattamento delle dipendenze della tipologia a “doppia diagnosi”, intese come quelle comunità per persone con disturbo di dipendenza da sostanze legali e illegali e/o gioco d'azzardo, anche associato a comorbidità psichiatrica. Nella rilevazione sono state coinvolte anche strutture che si sono definite come Comunità Alloggio Protetta (CAP), dedicata a pazienti affetti da disabilità intellettiva in situazione di non gravità, e Comunità di riabilitazione, intese come presidio di riabilitazione funzionale dei soggetti portatori di disabilità fisiche, psichiche e sensoriali.

Nella base-dati sono presenti anche “appartamenti” o “gruppi appartamento”, che dunque non corrispondono alla tipologia “struttura”, essendo la quotidianità, in questi casi, gestita in maniera autonoma o quasi. L'esperienza degli appartamenti utilizzati con la finalità terapeutica del raggiungimento dell'autonomia abitativa, denominata “abitare supportato”, è stata definita e sostenuta da programmi di finanziamento regionale (DGR 1127/2014). L'abitare supportato è stato indicato come “un percorso in cui la casa, pur essendo assunta come occasione terapeutico riabilitativa, deve mantenere, a tutti gli effetti, la sua natura di setting naturale (non istituzionale) e non si configura come articolazione del sistema formale di cura” (DGR 1127/2014, Allegato A, punto 2.1.).

Nella rilevazione, tali appartamenti sono stati classificati, nei dati inviati dalle Asl e nelle risposte ricevute dalle strutture, in parte come strutture del tipo SRP 3.3, in alternativa o insieme alla definizione di “abitare supportato”. Tale sovrapposizione può essere indicativa di un processo di cambiamento nella considerazione di tale tipologia di struttura e su cui sono necessari approfondimenti. Nella presentazione dei dati è adottata la classificazione di SRP 3.3 mentre la definizione come appartamento è inserita nel nome della struttura.

La base dati è composta complessivamente da n. 142 strutture in totale, così ripartite per ASL:

ASL Centro: 61

ASL Nord-Ovest: 46

ASL Sud-Est: 35

Nelle tabelle di seguito si presentano i numeri riassuntivi, per Asl e per provincia, delle strutture, dei posti autorizzati e delle presenze, per genere, al 30/06/22. Tutte le strutture delle ASL Nord-Ovest e Sud-Est hanno risposto ai questionari. Le strutture della ASL Centro, su un totale di 61 strutture presenti nella base dati: 30 hanno risposto, 21 non hanno risposto ma di queste abbiamo comunque ottenuto alcuni dati parziali grazie alla collaborazione di ARS, 10 non hanno risposto né alle nostre richieste né ad ARS. Nel gruppo delle strutture che non hanno risposto abbiamo calcolato soltanto quelle di cui non è stato possibile ottenere nessun dato (10 in tutto), mentre quelle di cui, pur non avendo risposto, abbiamo ottenuto alcuni dati grazie ad ARS sono state considerate tra le risposte ottenute, ma evidenziate. Il dettaglio viene fornito nel prossimo paragrafo.

Tabella 40 Strutture residenziali psichiatriche USL Toscana Centro

	N° Strutture		N. strutture NON risposto		N° Posti letto	N° presenti		
	Tot	Per minori	Tot	Per minori		M	F	Tot
Firenze (include 5 strutture in prov. PI)	37	4	10	0	346	189	138	327
Prato	11	1	0	0	95	55	31	86
Pistoia	13	1	0	0	211	111	61	172
TOT	61	6	10	0	652	355	230	585

Tabella 41 Strutture residenziali psichiatriche USL Toscana Sud-Est

	N° Strutture		N. strutture NON risposto		N° Posti letto	N° presenti		
	Tot	Per minori	Tot	Per minori		M	F	Tot
Arezzo	12	0	0	0	69	38	17	55
Grosseto	14	0	0	0	61	37	12	49
Siena	9	0	0	0	63	37	21	58
TOT	35	0	0	0	193	112	50	162

Tabella 42 Strutture residenziali psichiatriche USL Toscana Nord-ovest

	N° Strutture		N. strutture NON risposto		N° Posti letto	N° presenti		
	Tot	Per minori	Tot	Per minori		M	F	Tot
Massa Carrara	9	1	0	0	158	82	71	153
Lucca	13	0	0	0	112	71	38	109
Pisa	14	0	0	0	126	74	38	112
Livorno	10	0	0	0	67	36	16	52
TOT	46	1	0	0	463	263	163	426

3.2 la popolazione presente nelle strutture

I dati relativi alle presenze nelle strutture analizzate mostrano un totale di **1.173 persone**, delle quali **443 femmine e 730 maschi**, che si trovavano in strutture residenziali, o in esperienze di appartamenti supportati dal servizio psichiatrico, al 30 giugno 2022. Il dato può essere preso come effettivo relativamente alle Asl Sud-Est e Nord-Ovest. Deve, invece, essere preso come indicativo e non come esatto, e inferiore alle presenze effettive, per quanto riguarda la Asl Centro, per due ragioni: una parte dei dati rilevati, forniti da ARS, è relativa all'ottobre 2023 (riguarda 21 strutture),

quindi è possibile qualche discrasia rispetto all'anno precedente, e alcune strutture (10) non hanno mai risposto, quindi le presenze relative non sono incluse nel calcolo..

Le presenze di persone in misura di sicurezza contavano in **totale 111 presenze**, delle quali 95 maschi e 13 femmine (di 3 persone non è stato indicato il genere).

Le persone in misura di sicurezza sono così ripartite per Asl:

ASL CENTRO: **25 presenti** in misura, di cui 4 femmine e 21 maschi

ASL NORD-OVEST: **73 presenti** in misura, di cui 8 femmine e 62 maschi

ASL SUD-EST: **13 presenti** in misura, di cui 1 femmina e 12 maschi.

Nella rilevazione delle misure di sicurezza è necessario specificare che sulla cifra della Asl Centro mancano, oltre che i dati delle 10 strutture che non hanno mai inviato nessuna risposta, anche i dati relativi a 19 delle 21 strutture di cui si sono ricevuti i dati parziali da ARS. Questo inficia il dato delle presenze in misura di sicurezza relativamente alla ASL Centro, in quanto per metà delle strutture contenute nella base dati il dato in oggetto è mancante. Alle 21 strutture che hanno risposto ad ARS è stato chiesto, peraltro, un'ulteriore volta, ai primi giorni di dicembre 2023 prima di chiudere il rapporto, di poter avere i dati completi, ma non hanno risposto. L'unica risposta, in quest'ultimo tentativo, è arrivata per due strutture (Appartamenti Case Rosse e Appartamenti Buggiano), per questo motivo i dati mancanti riguardano 19 strutture e non tutte le 21.

Confrontando questi dati con quanto emerso dalla rilevazione effettuata presso gli Uffici del UIEPE, ovvero la presenza di 161 libertà vigilate terapeutiche definitive in esecuzione in Toscana (con esclusione della Provincia di Massa) al 31/05/2022, delle quali il 64% (ovvero 103 casi) eseguite in struttura, si rileva uno scarto lieve ma che necessita di essere interpretato: mentre nelle libertà vigilate rilevate presso l'UIEPE mancano quelle che competono all'UEPE di Massa, nelle libertà vigilate rilevate tramite i questionari inviati alle strutture sono presenti le libertà vigilate di competenza Massa, ma mancano le libertà vigilate di competenza della ASL Centro eseguite nelle strutture che non hanno risposto ai questionari, che sulla specifica domanda ammontano a 29.

Le strutture di destinazione delle persone in libertà vigilata terapeutica, come elencate nella Tabella n. 39 come rilevate dai fascicoli presso il UIEPE, indicano che molte delle strutture che non hanno risposto ospitavano persone in misura di sicurezza.

Ancora riguardo alle misure di sicurezza, merita rilevare che, sulle 142 strutture che compongono il campione, da 132 si è avuta una risposta alla domanda se la struttura accoglie persone in misura di sicurezza. Queste 132 risposte comprendono 63 sì, 64 no, 3 "dipende dal progetto di inserimento", 1 "non abbiamo questa informazione, rivolgersi alla Asl", 1 non risposta alla specifica domanda. Se ne può trarre la conclusione che l'idea che tutte le strutture possano accogliere, potenzialmente, persone in misura di sicurezza e che ciò dipenda, nel caso specifico, dal bisogno terapeutico, non è ben chiara o non è condivisa da circa la metà delle strutture sul territorio toscano. Poiché tale idea è adeguata al buon funzionamento delle misure di sicurezza non detentive, essa necessita di essere resa più esplicita ai referenti delle strutture, perché tutti abbiano la consapevolezza di essere parte di un processo e di collaborare a un obiettivo comune.

Legenda

	risposta ricevuta
	risposte fornite da Ars (le presenze in verde sono state rilevate da ARS al 2 ottobre 2023)
	strutture che non hanno mai risposto
	strutture i cui riferimenti non erano stati forniti dalle Asl e di cui si è rilevata l'esistenza tramite controllo del STS11 a inizio dicembre 2023, che quindi non hanno fatto parte della rilevazione
NR	Non risposto

Nome struttura	Indirizzo	Tipologia struttura	Posti autorizzati al 30/06/2022	Gestione: diretta/convenzionata/parzialmente appalata (D/C/PA)	Fascia di età dei pazienti	La struttura accoglie persone in misura di sicurezza?	La struttura accoglie persone in misura alternativa?	La struttura accoglie persone in misura cautelare?	Presenti al 30/06/2022			Presenti in misura di sicurezza al 30/06/2022			Presenti in misura alternativa al 30/06/2022			Presenti in custodia cautelare al 30/06/2022			N° persone in lista d'attesa al 30/06/2022	Criteri inserimento in struttura		Criteri inserimento in struttura		Oltre al bisogno terapeutico sono presenti altri criteri?	Se sì, quali?	Oltre al bisogno terapeutico sono presenti altri criteri?	Se sì, quali?	Criteri inserimento in struttura	Se sì, quali?	Oltre al bisogno terapeutico sono presenti altri criteri?	Se sì, quali?	Tempi di permanenza nella struttura		Regolamento o carta dei servizi inviata	Referente struttura (indicati dalla asl e/o che hanno risposto ai questionari)
									M	F	TOT	M	F	TOT	M	F	TOT	M	F	TOT		Oltre al bisogno terapeutico sono presenti altri criteri?	Se sì, quali?	Oltre al bisogno terapeutico sono presenti altri criteri?	Se sì, quali?									Massimi	Medi		
CTE Castello-Torri-Palazzo RSD	Via Boncioli, 60 - Rignano sull'Arno (FI)	RSD	78	PA	18-66	no	no	no	53	25	78	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	NO	∧	NO	∧	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NR	NR	sì	CTE Srl - dott.ssa Lilla Santarsiere/ dott. Federico Pironi	
Comunità Residenziale La Clessidra	via Luti 8-10 - Prato	SRP 2.A	8	PA	24-60	sì	sì	no	6	2	8	0	2	2	0	0	0	0	0	0	0	0	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	sì	dott. Giuseppe Cardamone		
La casa di Alice (app. 6 posti)	Via della Villa, 7 Località Schignano - Vaiano (PO)	SRP2.A	8	C	40-65	sì	sì	no	4	2	6	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	sì	dott. Giuseppe Cardamone - Alice Coop sociale		
La casa di Alice (app. 4 posti)	Via della Villa, 9 Località Schignano - Vaiano (PO)	SRP 3.3	4	C	43-53	no	no	no	2	2	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	sì	dott. Giuseppe Cardamone - Alice Coop sociale		
Casa Campostino	Via di Campostino, 18 - Loc. S.Maria a Colonica (PO)	D3/A3	9	C	11-19	no	no	no	3	5	8	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	no	∧	no	∧	no	no	no	no	no	no	no	sì	Fondazione Opera Santa Rita - dott.ssa Elena Basile		
Cap Villa Bordonì	Via Vergherzana, 83 Carmignano (PO)	CAP	13	C	oltre 18	dipende dal progetto di inserimento	dipende dal progetto di inserimento	dipende dal progetto di inserimento	6	7	13	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	si	compatibilità con reg. e carta servizio residenza	si	si	si	si	si	si	si	si	si	sì	Humanitas Coop - dott. Massimiliano Testi	

Nome struttura	Indirizzo	Tipologia struttura	Posti autorizzati al 30/06/2022	Gestione: diretta/convenzionata/parzialmente appalata (D/C/PA)	Fascia di età dei pazienti	La struttura accoglie persone in misura di sicurezza?	La struttura accoglie persone in misura alternativa?	La struttura accoglie persone in misura cautelare?	Presenti al 30/06/2022			Presenti in misura alternativa al 30/06/2022			Presenti in custodia cautelare al 30/06/2022			N° persone in lista d'attesa al 30/06/2022	Criteri inserimento in struttura		Oltre al bisogno terapeutico sono presenti altri criteri?	Se sì, quali?	Criteri inserimento in struttura	Oltre al bisogno terapeutico sono presenti altri criteri?	Se sì, quali?	Tempi di permanenza nella struttura		Regolamento o carta dei servizi inviata	Referente struttura (indicati dalla asl e/o che hanno risposto ai questionari)
									M	F	TOT	M	F	TOT	M	F	TOT		Massimi	Medi						sì	no		
Cap I vicini di casa	Via di Montalbuiolo, 40 - Carmignano (PO)	CAP	17	C	oltre 18	no	no	no	13	3	16	0	0	0	0	0	0	0	0	0	si	compatibilità con reg. e carta servizio residenza	si	compatibilità con reg. e carta servizio residenza	si	non determinabile a priori	depende dai pro. Indiv. da pochi anni a oltre 10	sì	Humanitas Coop - dott. Massimiliano Testi
Via Redi	Via Redi, 19 - Carmignano (PO)	SRP 3.3	6	C	oltre 18	no	no	no	2	4	6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	si	compatibilità con reg. e carta servizio residenza	si	compatibilità con reg. e carta servizio residenza	si	non determinabile a priori	depende dai pro. Indiv. da pochi anni a oltre 10	sì	Humanitas Coop - dott. Massimiliano Testi
Villa Leopoldina - Nave 13	Via di Calabbiana, 13 - Località San Felice (PT)	D3/A.2	10	C	10-18	no	sì	no	4	5	9	0	0	0	0	0	0	0	2	NO	no	no	no	no	1 anno	6 mesi	sì	Gruppo Incontro soc. coop. Sociale - dott.ssa Patrizia Di Napoli	
Rsd Villa Nesti	Via di Mezzo, 303 - Quarrata (PT)	RSD	18	C	19-50	no	no	no	14	4	18	0	0	0	0	0	0	0	0	0	si	non ammessi soggetti non stabilizzati con grave discontrollo degli impulsi e comp. aggressivi	no	no	no	1	NR	sì	Opera Santa Rita Fondazione (ETS) - Lorenzo Cianni

Nome struttura	Indirizzo	Tipologia struttura	Posti autorizzati al 30/06/2022	Gestione: diretta/convenzionata/parzialmente appalata (D/C/PA)	Fascia di età dei pazienti	La struttura accoglie persone in misura di sicurezza?	La struttura accoglie persone in misura alternativa?	La struttura accoglie persone in misura cautelare?	Presenti al 30/06/2022			Presenti in misura di sicurezza al 30/06/2022			Presenti in misura alternativa al 30/06/2022			Presenti in custodia cautelare al 30/06/2022			N° persone in lista d'attesa al 30/06/2022	Criteri inserimento in struttura		Oltre al bisogno terapeutico sono presenti altri criteri?	Se sì, quali?	Criteri inserimento in struttura di persone con misure di sicurezza, o misure alternative o misure cautelari	Tempi di permanenza nella struttura		Regolamento o carta dei servizi inviata	Referente struttura (indicati dalla asl e/o che hanno risposto ai questionari)	
									M	F	TOT	M	F	TOT	M	F	TOT	M	F	TOT		Massimi	Medi				in revisione				
RSD I prati Fondazione Turati	Via Filippo Turati, 86 - Gavinana - San Marcello Piteglio (PT)	RSD	52	D	oltre 65	no	no	no	25	21	46	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	no	no	no	no	no	no	no	sì	Fondazione Filippo Turati
CT San Felice	Via di Calabbiana, 9 - Pistoia	doppia diagnosi	22	C	oltre 18	sì	sì	no	0	14	14	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	no	no	no	no	no	no	no	no	Coop Incontro - dott.ssa Antonella Grumelli
CT Uzso	Via dei Ciatti, 23/25/27 - Pistoia	doppia diagnosi	24	C	oltre 18	sì	sì	no	23	0	23	0	4	0	4	0	0	0	0	0	0	0	no	no	no	no	no	no	no	no	Coop Incontro - dott.ssa Antonella Grumelli
CT Serravalle	Via delle Ville, snc - Serravalle Pistoiese (PT)	doppia diagnosi	28	C	oltre 18	sì	sì	no	13	8	21	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	no	no	no	no	no	no	no	no	Coop Incontro - dott.ssa Antonella Grumelli
Amendola	Corso Amendola, 6 - Pistoia	doppia diagnosi	18	C	oltre 18	sì	sì	no	8	5	13	1	0	1	2	0	0	0	0	0	0	0	no	no	no	no	no	no	no	no	Coop Incontro - dott.ssa Antonella Grumelli
Comunità Andarillo (ex-Masiano)	via Fondadi San Vitale, 4 - Pistoia	SRP 2.A	8	PA	18-65	no	no	no	4	1	5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	no	no	no	no	no	no	sì	dott.ssa Maria Cristina Di Meo	
Appartamenti di via Buonfanti 16/18 (2 app. Tt) (Ex - Strp II Sole)	via Buonfanti 16-18 - Pistoia	SRP 3.2	12	PA	18-65	no	no	no	5	3	8	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	no	no	no	no	no	no	no	no	dott.ssa Maria Cristina Di Meo

Nome struttura	Indirizzo	Tipologia struttura	Posti autorizzati al 30/06/2022	Gestione: diretta/convenzionata/parzialmente appalata (D/C/PA)	Fascia di età dei pazienti	La struttura accoglie persone in misura di sicurezza?	La struttura accoglie persone in misura alternativa?	La struttura accoglie persone in misura cautelare?	Presenti al 30/06/2022			Presenti in misura di sicurezza al 30/06/2022	Presenti in misura alternativa al 30/06/2022			Presenti in custodia cautelare al 30/06/2022	N° persone in lista d'attesa al 30/06/2022	Criteri inserimento in struttura		Criteri inserimento in struttura di sicurezza, con misure alternative o misure cautelari	Tempi di permanenza nella struttura		Regolamento o carta dei servizi inviata	Referente struttura (indicati dalla asl e/o che hanno risposto ai questionari)	
									M	F	TOT		M	F	TOT			M	F		TOT	Oltre al bisogno terapeutico sono presenti altri criteri?			Se sì, quali?
SRP Il villino - Ponte di Mezzo	via Ponte di Mezzo, 18 - Firenze	SRP 3.1	10	C	19-64	no	no	no	4	5	9	4	5	9	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	dott. Paolo Maria Rossi Prodi
CTI La terrazza	via Senese, 208 - Firenze	SRP 1	7	D	19-45	no	no	no	3	3	6	3	3	6	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	dott. Paolo Maria Rossi Prodi
SRP Bonsai	Via di Soffiano 73/B - Firenze	SRP 2.A	7	D	19-55	sì	NR	NR	5	2	7	5	2	7	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	dott. Paolo Maria Rossi Prodi
SRP Villino Torrigiani	via Toselli, 168 - Firenze	SRP 3.1	7	C	26-64	sì	NR	NR	3	4	7	3	4	7	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	dott. Paolo Maria Rossi Prodi
Residenza Villino Schwaner	via Senese, 76 - Firenze	SRP 3.1	4	D	26-55	sì	NR	NR	2	2	4	2	2	4	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	dott. Stefano Castagnoli
CTE II Fortino	Via Boncioli 61/F - Rignano sull'Arno (FI)	comunità riabilitazione	16	C	7-18	no	no	no	11	5	16	11	5	16	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	CTE Srl - dott.ssa Lilla Santarsiere
Il Podere	Via Rigoccioli, 40 - Carmignano (PO)	SRP 2.A	8	C	26-55	sì	NR	NR	4	2	6	4	2	6	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	non comunicato
SRP Rigoccioli	Via Rigoccioli, 38 - Carmignano (PO)	SRP 2	6	C	26-55	sì	NR	NR	4	0	4	4	0	4	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	non comunicato

Tabella 44 USL Toscana Sud-Est: strutture residenziali psichiatriche per posti, presenze e misure penali al 30 giugno 2022

Nome struttura	Indirizzo	Tipologia struttura	Posti autorizzati al 30/06/2022	Gestione: diretta/convenzionata/parzialmente appaltata (D/C/PA)	Fascia di età dei pazienti	La struttura accoglie persone in misura di sicurezza?	La struttura accoglie persone in misura alternativa?	La struttura accoglie persone in misura cautelare?	Presenti al 30/06/2022			Presenti in misura di sicurezza al 30/06/2022			Presenti in misura alternativa al 30/06/2022			Presenti in custodia cautelare al 30/06/2022			N° persone in lista d'attesa al 30/06/2022	Criteri inserimento in struttura		Oltre al bisogno terapeutico sono presenti altri criteri?	Se sì, quali?	Criteri inserimento in struttura di persone con misure alternative o misure cautelari	Tempi di permanenza nella struttura		Regolamento o carta dei servizi inviata	Referente struttura (indicati dalla asl e/o che hanno risposto ai questionari)		
									M	F	TOT	M	F	TOT	M	F	TOT	M	F	TOT		Oltre al bisogno terapeutico sono presenti altri criteri?	Se sì, quali?				Massimi	Medi				
I lilla	Via A. Salvetti, 16 - Colle Val d'Elsa (SI)	SRP2.A	8	D	18-65	no	no	no	3	5	8	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	sì	PTRI	1	no	1	3 anni	1 anno	no	dott.ssa Fiorella Tozzi
Casa Verrusio	Via San Giovanni, 60 - Abbazia S. Salvatore (SI)	SRP3.2	6	D	18-65	no	no	no	2	4	6	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	NR	no	1	36 mesi salvo deroghe	36 mesi	non presente	dott. Claudio Lucii			
I prati - 1	Località Zaccaria, 150 - Abbazia S. Salvatore (SI)	SRP1	10	C	18-65	sì	sì	previsto no	9	1	10	9	1	10	2	0	2	0	0	0	0	0	1	sì	territorialità	24 mesi	24 mesi	no	r.biagiotti			
I prati - 2	Località Zaccaria, 150 - Abbazia S. Salvatore (SI)	SRP2.A	8	C	18-65	previsto no	no	no	5	3	8	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	sì	territorialità	42 mesi	36 mesi	no	r.biagiotti			
Il gabbiano 1	Via XXIV Maggio, 62 - Siena	SRP3.2	6	D	18-65	no	no	no	6	0	6	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	no	1	36 mesi salvo deroghe	36 mesi	non presente	dott. Claudio Lucii				
Il gabbiano 2	Via XXIV Maggio, 62 - Siena	SRP3.2	5	D	18-65	no	no	no	0	5	5	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	NR	no	1	36 mesi salvo deroghe	36 mesi	non presente	dott. Claudio Lucii				

Nome struttura	Indirizzo	Tipologia struttura	Posti autorizzati al 30/06/2022	Gestione: diretta/convenzionata/ parzialmente appalata (D/C/PA)	Fascia di età dei pazienti	La struttura accoglie persone in misura di sicurezza?	La struttura accoglie persone in misura alternativa?	La struttura accoglie persone in misura cautelare?	Presenti al 30/06/2022			Presenti in misura alter- nativa al 30/06/2022			Presenti in custodia cautelare al 30/06/2022			N° persone in lista d'attesa al 30/06/2022	Criteri inserimento in struttura		Criteri inserimento in struttura di persone con misure di sicurezza, o misure alternative cautelari		Tempi di permanenza nella struttura		Regolamento o carta dei servizi inviata	Referente struttura (indicati dalla asi e/o che hanno risposto ai questionari)	
									M	F	TOT	M	F	TOT	M	F	TOT		Oltre al bisogno tera- pautico sono presenti altri criteri?	Se sì, quali?	Oltre al bisogno tera- pautico sono presenti altri criteri?	Se sì, quali?	Massimi	Medi			
Alloggio sanitario	Via Montale, 44 - Arezzo	SRP3	1	auto- nomo	18-35	no	no	no	M	0	1	1	M	1	1	1	0	0	0	si	rafforzare autonomia	1	1	5 anni	5 anni	doc. inf. UFSMA	dot.ssa Patrizia Fabbri
Alloggio sanitario	Piazza Andromeda, 54 - Arezzo	SRP3	1	auto- nomo	18-35	no	no	no	M	0	0	0	M	1	1	1	0	0	0	si	rafforzare autonomia	1	1	5 anni	5 anni	doc. inf. UFSMA	dot.ssa Patrizia Fabbri
Alloggio sanitario	Via Libia, 1/3 - Arezzo	SRP3	2	auto- nomo	18-35	no	no	no	M	0	1	1	M	1	1	1	0	0	0	si	rafforzare autonomia	1	1	5 anni	5 anni	doc. inf. UFSMA	dot.ssa Patrizia Fabbri
Alloggio sanitario	Via Malpighi, 12/4 - Arezzo	SRP3	1	auto- nomo	18-35	no	no	no	M	1	0	1	M	1	1	1	0	0	0	si	rafforzare autonomia	1	1	5 anni	5 anni	doc. inf. UFSMA	dot.ssa Patrizia Fabbri

Nome struttura	Indirizzo	Tipologia struttura	Posti autorizzati al 30/06/2022	Gestione: diretta/convenzionata/parzialmente appalata (D/C/PA)	Fascia di età dei pazienti	La struttura accoglie persone in misura di sicurezza?	La struttura accoglie persone in misura alternativa ?	La struttura accoglie persone in misura cautelare?	Presenti al 30/06/2022			Presenti in misura alter-			Presenti in custodia cautelare al 30/06/2022			N° persone in lista d'attesa al 30/06/2022	Criteri inserimento in struttura		Criteri inserimento in struttura di persone con misure di sicurezza, o misure cautelari		Tempi di permanenza nella struttura		Regolamento o carta dei servizi inviata	Referente struttura (indicati dallaasl e/o che hanno risposto ai questionari)						
									M	F	TOT	M	F	TOT	M	F	TOT		Oltre al bisogno terapeutico sono presenti altri criteri?	Se sì, quali?	Oltre al bisogno terapeutico sono presenti altri criteri?	Se sì, quali?	Massimi	Medi								
Alloggio sanitario	Villaggio Colombo, 1 - Arezzo	SRP3	2	auto-nomo	18-35	no	no	no	2	0	2	1	1	1	1	1	1	1	0	si	rafforzare autonomia	1	1	5	5	5	5 anni	5 anni	doc. inf. UFSMA	dot.ssa Patrizia Fabbri		
Alloggio sanitario	Villaggio Gatolino 11/12 - Arezzo	SRP3	2	auto-nomo	18-35	no	no	no	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	si	rafforzare autonomia	1	1	5	5	5	5 anni	5 anni	doc. inf. UFSMA	dot.ssa Patrizia Fabbri		
Comunità terapeutica Koine/ Boccaccio	Via Boccaccio, 3/1 - Montevarchi (AR)	SRP2.A	12	PA	20-58	no	no	no	9	3	12	1	1	1	1	1	1	1	0	no	1	1	11	3	3	11	3	3	3	3	in revisione	dot.ssa Giorgia Bartolucci
Casa famiglia Terranuova	Via Verdi, 9 - Terranuova Bracciolini (AR)	SRP3.2	8	D	49-64	no	no	no	4	2	6	1	1	1	1	1	1	1	0	no	1	1	11	3	3	11	3	3	3	3	in revisione	dot. Francesco Zamponi
Comunità Allende	Via Allende, 1 - Follonica (GR)	SRP2.A	5	PA	18-65	si	no	no	4	1	5	1	0	1	1	1	1	1	0	no	no	no	36	24	24	36	24	24	24	24	in revisione	dot.ssa Edvige Facchi

Nome struttura	Indirizzo	Tipologia struttura	Posti autorizzati al 30/06/2022	Gestione: diretta/convenzionata/parzialmente appalata (D/C/PA)	Fascia di età dei pazienti	La struttura accoglie persone in misura di sicurezza?	La struttura accoglie persone in misura alternativa?	La struttura accoglie persone in misura cautelare?	Presenti al 30/06/2022			Presenti in misura alternativa al 30/06/2022			Presenti in custodia cautelare al 30/06/2022			N° persone in lista d'attesa al 30/06/2022	Criteri inserimento in struttura		Oltre al bisogno terapeutico sono presenti altri criteri?	Se sì, quali?	Criteri inserimento in struttura di persone con misure di sicurezza, misure alternative o misure cautelari	Tempi di permanenza nella struttura		Regolamento o carta dei servizi inviata	Referente struttura (indicati dallaasl e/o che hanno risposto ai questionari)
									M	F	TOT	M	F	TOT	M	F	TOT		Massimi	Medi							
Alloggio assistito Roccastrada	Via Montini - Roccastrada (GR)	chiuso dal 01/01/23	1	D	oltre 18	no	no	no	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	no	1	1	1	5 anni	5 anni	non presente	dott.ssa Edvige Facchi
Alloggio assistito via Grecia, 12	Via Grecia, 12 - Grosseto	chiuso dal 01/01/23	3	D	oltre 18	no	no	no	2	0	2	1	1	1	1	1	1	1	0	no	1	1	1	6,5 anni	7 anni	non presente	dott.ssa Edvige Facchi
Struttura di via Grecia, 14	Via Grecia, 14 - Grosseto	SRP3.3	3	PA	oltre 18	no	no	no	0	2	2	1	1	1	1	1	1	1	0	no	1	1	1	1 anno	1 anno	non presente	dott.ssa Edvige Facchi
Struttura via Spontini	Via Spontini, 5 - Grosseto	SRP2.A	7	D	oltre 18	sì	no	no	7	0	7	1	0	1	1	1	1	1	0	no	1	NR	NR	21 anni	7,8 anni	non presente	dott.ssa Edvige Facchi
Struttura Valle Maggiore	attualmente in Via Vanni, 7 - Grosseto	SRP2.A	7	PA	oltre 18	no	no	no	3	1	4	1	1	1	1	1	1	1	0	no	1	1	11 anni	8 anni	non presente	dott.ssa Edvige Facchi	
Struttura via Jugoslavia	Via Jugoslavia, 17 - Grosseto	SRP3.3	6	PA	oltre 18	sì	no	no	3	0	3	1	0	1	1	1	1	1	0	no	1	NR	NR	6,5 anni	3,5 anni	non presente	dott.ssa Edvige Facchi
Alloggio assistito via Capo d'Istria	Via Capo d'Istria, 41 - Grosseto	chiuso dal 01/01/23	2	D	oltre 18	no	no	no	2	0	2	1	1	1	1	1	1	1	0	no	1	1	1	5,5 anni	5,5 anni	non presente	dott.ssa Edvige Facchi

Tabella 45 USL Toscana Nord-ovest: strutture residenziali psichiatriche per posti, presenze e misure penali al 30 giugno 2022

Nome struttura	Indirizzo	Tipologia struttura	Posti autorizzati al 30/06/2022	Gestione: diretta/convenzionata/parzialmente appalata (D/C/PA)	Fascia di età dei pazienti	La struttura accoglie persone in misura di sicurezza?	La struttura accoglie persone in misura alternativa?	La struttura accoglie persone in misura cautelare?	Presenti al 30/06/2022			Presenti in misura di sicurezza al 30/06/2022			Presenti in custodia cautelare al 30/06/2022			N° persone in lista d'attesa al 30/06/2022	Criteri inserimento in struttura		Criteri inserimento in struttura		Oltre al bisogno terapeutico sono presenti altri criteri?	Se sì, quali?	Oltre al bisogno terapeutico sono presenti altri criteri?	Se sì, quali?	Tempi di permanenza nella struttura		Regolamento o carta dei servizi inviata	Referente struttura (indicati dalla asl e/o che hanno risposto ai questionari)
									M	F	TOT	M	F	TOT	M	F	TOT		Massimi	Medi	secondo PTRI	21 giorni					sì			
Comunità terapeutica La fenice	Viale della Rimembranza, 9 - Fraz. Marlia - Capannori (LU)	SRP3.1	10	C	18-55	no	no	no	7	3	10	0	0	0	0	0	0	0	0	0	sì	riabilitativi	Se sì, quali?	Se sì, quali?	Se sì, quali?	5 anni	2 anni	sì	Coop. Soc. La Mano Amica	
CT Il mirto	Via del Molino, 31 - Casalevecchio di Compito (LU)	SRP2 A	10	NR	18-50	sì	sì	no	10	0	10	0	0	0	3	0	0	0	2	sì	riabilitativi	NR	NR	NR	3 anni	18 mesi	sì	Coop. Soc. La Mano Amica		
CF La magnolia	Via del Brennero n. 591 - S. Marco (LU)	SRP 3.3 (SRCC)	8	appal-tata	18-65	no	sì	sì	5	3	8	0	0	0	0	0	0	0	0	no	Se sì, quali?	no	no	no	4 anni	7 anni	no	Coop. Soc. La Mano Amica - dott. Antoni - Lorenzo		
CF Le margherite	Via Traversa III di Viale S. Concordio, 81 - Lucca	SRP 3.3 (SRCC)	8	D	20-65	no	no	no	2	6	8	0	0	0	0	0	0	0	gestita dall'asl	Se sì, quali?	gestita dall'asl	Se sì, quali?	Se sì, quali?	4 anni	6 anni	no	Coop. Soc. La Mano Amica - dott. Antoni - Lorenzo			
La nausea (CSM VDS)	Via dell'Asilo 1 - Fornaci di Barga (LU)	SRP1	8	D	oltre 18	no	no	no	6	2	8	0	0	0	0	0	0	0	no lista d'attesa: strutt. urgenze	sì	disagio psico-sociale	Se sì, quali?	Se sì, quali?	secondo PTRI	21 giorni	sì	dott.ssa Caterina Franceschini			

Nome struttura	Indirizzo	Tipologia struttura	Posti autorizzati al 30/06/2022	Gestione: diretta/convenzionata/parzialmente appalata (D/C/PA)	Fascia di età dei pazienti	La struttura accoglie persone in misura di sicurezza?	La struttura accoglie persone in misura alternativa?	La struttura accoglie persone in misura cautelare?	Presenti al 30/06/2022			Presenti in misura alternativa al 30/06/2022			Presenti in custodia cautelare al 30/06/2022			N° persone in lista d'attesa al 30/06/2022	Criteri inserimento in struttura		Oltre al bisogno terapeutico sono presenti altri criteri?	Se sì, quali?	Criteri inserimento in struttura di persone con misure di sicurezza, o misure alternative o misure cautelari	Tempi di permanenza nella struttura		Regolamento o carta dei servizi inviata	Referente struttura (indicati dalla asl e/o che hanno risposto ai questionari)
									M	F	TOT	M	F	TOT	M	F	TOT		Oltre al bisogno terapeutico sono presenti altri criteri?	Se sì, quali?				Massimi	Medi		
Oltre isola... orizzonte sicuro (CSM VDS)	sp37 n°53 - Loc. Isola - Fabbriche di Vergemoli (LU)	SRP2-A	8	nr	18-65	si	si	no	5	3	8	0	0	0	0	0	0	0	0	NR	età	si	età	NR	2 anni	si	Coop. Soc. La Mano Amica
Balfoia (CSM VDS)	Via delle Piane, Loc. Villetta - San Romano Garfagnana (LU)	SRP3.3	10	PA	oltre 18	no	no	no	2	6	8	0	0	0	0	0	0	0	NR	si	disagio psico-sociale	/	secondo PTRI	1 anno	si	dott. Mirko Mamucci	
Casa famiglia Kairos	Via Aurelia Nord, 150 - Viareggio (LU)	SRP3.1	10	C	oltre 18	si	no	no	8	2	10	3	0	0	0	0	0	0	2	no	\	si	ortempe- rre pre- scr AG	NR	si	Coop. Soc. La Mano Amica Dott. Jacopo G. Massei	
Comunità terapeutica Mario Tobino	Via Comparini, 6 - Viareggio (LU)	SRP1	9	D	oltre 18	si	no	no	5	4	9	0	0	0	0	0	0	0	2	no		si	ortempe- rre pre- scr AG	NR	si	prof. Mario Di Fiorino	
Comunità La rocca	Via Sant'Agostino, 15 - Pietrasanta (LU)	SRP 2.A	14	C	oltre 18	si	no	no	9	5	14	3	0	0	0	0	0	0	5	no	\	si	ortempe- rre pre- scr AG	NR	si	Coop. Pellicano Onlus	
Gruppo app.to Le rocchette B	Via Nazario Sauro, 40 - Pietrasanta (LU)	SRP3	4	C	47	si	si	si	3	1	4	0	0	0	0	0	0	0	0	NR		NR	NR	NR	si	Coop. Pellicano Onlus	

Nome struttura	Indirizzo	Tipologia struttura	Posti autorizzati al 30/06/2022	Gestione: diretta/convenzionata/parzialmente appalata (D/C/PA)	Fascia di età dei pazienti	La struttura accoglie persone in misura di sicurezza?	La struttura accoglie persone in misura alternativa ?	La struttura accoglie persone in misura cautelare?	Presenti al 30/06/2022			Presenti in misura alternativa al 30/06/2022			Presenti in custodia cautelare al 30/06/2022			N° persone in lista d'attesa al 30/06/2022	Criteri inserimento in struttura		Criteri inserimento in struttura di persone con misure di sicurezza, o misure cautelari	Tempi di permanenza nella struttura		Regolamento o carta dei servizi inviata	Referente struttura (indicati dalla asl e/o che hanno risposto ai questionari)	
									M	F	TOT	M	F	TOT	M	F	TOT		Oltre al bisogno terapeutico sono presenti altri criteri?	Se sì, quali?		Massimi	Medi			
Gruppo app.to Le rocchette C	Viale Apua, 9/H - Pietrasanta (LU)	SRP.3	2	C	43	sì	sì	sì	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	NR	NR	sì	Coop. Pellicano Onlus		
Unità abitativa Ulisse	Viale Oberdan, 28 - Camaiore (LU)	SRP 3.2	11	pubblica con pers. coop. sociale	oltre 18	sì	no	no	8	3	11	2	0	2	0	0	0	2	no	\	si	ortempe- rare pre- scr AG	NR	NR	si	asl (non specificato referente)
Appartamento Bauhaus	Via Carducci, 80 Portoferraio (LI)	SRP 3.3	3	C	18-65	non abbiamo questa informazione, rivolgersi alla asl	non abbiamo questa informazione	si	2	1	3	0	0	0	0	0	0	2	si	situazione abitativa	NR	\	no (rinviano alla asl)	no (rinviano alla asl)	Altamarea S.C.S. Onlus	
Villa Gramante	Località Magazzini - Portoferraio (LI)	SRP 3.1	8	C	18-65	no	si	si	2	3	5	0	0	0	0	0	0	0	no	\	no	\	no (rinviano alla asl)	no (rinviano alla asl)	Altamarea S.C.S. Onlus	

Nome struttura	Casa famiglia Cecina	Casa famiglia Vignone
Indirizzo	Via Fratelli Rosselli, 1A - Cecina (LI)	Via de' Filippo, 29 - Rosignano Marittimo (LI)
Tipologia struttura	SRP 3.3	SRP 3.3
Posti autorizzati al 30/06/2022	6	4
Gestione: diretta/convenzionata/parzialmente appalata (D/C/PA)	PA	PA
Fascia di età dei pazienti	30-65	45-65
La struttura accoglie persone in misura di sicurezza?	si	si
La struttura accoglie persone in misura alternativa?	no	no
La struttura accoglie persone in misura cautelare?	no	no
Presenti al 30/06/2022	M 4 F 2 TOT 6	M 2 F 2 TOT 4
Presenti in misura di sicurezza al 30/06/2022	M 1 F 0 TOT 1	M 0 F 0 TOT 0
Presenti in misura alternativa al 30/06/2022	M 0 F 0 TOT 0	M 0 F 0 TOT 0
Presenti in custodia cautelare al 30/06/2022	M 0 F 0 TOT 0	M 0 F 0 TOT 0
N° persone in lista d'attesa al 30/06/2022	0	2
Criteri inserimento in struttura	Oltre al bisogno terapeutico sono presenti altri criteri? si Se sì, quali? assenza deficit motori, suff. autonomia nella cura personale	Oltre al bisogno terapeutico sono presenti altri criteri? si Se sì, quali? assenza deficit motori, suff. autonomia nella cura personale
Criteri inserimento in struttura di persone con misure di sicurezza, o misure alternative o misure cautelari	Oltre al bisogno terapeutico sono presenti altri criteri? si Se sì, quali? assenza di storia di abuso di sostanze o alcolici, assenza di diagnosi di disturbo di personalità	Oltre al bisogno terapeutico sono presenti altri criteri? si Se sì, quali? assenza di storia di abuso di sostanze o alcolici, assenza di diagnosi di disturbo di personalità
Tempi di permanenza nella struttura	Massimi Medi 24 mesi	Massimi Medi 30 mesi
Regolamento o carta dei servizi inviata	no	no
Referente struttura (indicati dalla asl e/o che hanno risposto al questionari)	dott. Luigi Valoroso	dott. Luigi Valoroso

Nome struttura	Indirizzo	Tipologia struttura	Posti autorizzati al 30/06/2022	Gestione: diretta/convenzionata/parzialmente appalata (D/C/PA)	Fascia di età dei pazienti	La struttura accoglie persone in misura di sicurezza?	La struttura accoglie persone in misura alternativa?	La struttura accoglie persone in misura cautelare?	Presenti al 30/06/2022			Presenti in misura di sicurezza al 30/06/2022			Presenti in custodia cautelare al 30/06/2022			N° persone in lista d'attesa al 30/06/2022	Criteri inserimento in struttura		Criteri inserimento in struttura di persone con misure alternative o misure cautelari		Tempi di permanenza nella struttura		Regolamento o carta dei servizi inviata	Referente struttura (indicati dalla asl e/o che hanno risposto al questionari)	
									M	F	TOT	M	F	TOT	M	F	TOT		M	F	TOT	Oltre al bisogno terapeutico sono presenti altri criteri?	Se sì, quali?	Oltre al bisogno terapeutico sono presenti altri criteri?			Se sì, quali?
Casa famiglia Donoratico	Via Toniolo, 11/A - Donoratico (LI)	SRP 3.3	2	PA	45-65	sì	no	no	2	0	2	0	0	0	0	0	0	0	1	sì	assenza deficit motori, sufficienti, autonomia nella cura personale	sì	assenza di storia di abuso di sostanze o alcolici, assenza di diagnosi di disturbo di personalità	non definiti	3 anni	no	dott. Luigi Valeroso
SRP Villa Sonnino	Via di Montenero, 32 - Livorno	SRP3.2	6	PA	18-65	sì	no	no	6	0	6	0	0	0	0	0	0	0	0	no	\	no	no	NR	NR	in elaborazione	dott. Alessandro Nassimbeni
SRP Villa Graziani	Via Gramsci, 125 - Livorno	SRP1	8	D	18-65	sì	no	no	6	2	8	1	0	0	0	0	0	2	no	no	\	sì	no	NR	NR	in revisione	dott. Alessandro Nassimbeni
SRP Basaglia	Via di Collinet, 28 - Livorno	SRP1	10	D	18-65	sì	no	no	5	3	8	4	0	0	0	0	0	0	no	no	\	sì	no	NR	NR	in elaborazione	dott. Alessandro Nassimbeni
SRP Lancora Venturina (LI)	Via Guido Rossa, 3 - Venturina (LI)	SRP3.1	10	PA	18-65	sì	no	no	7	3	10	3	0	0	0	0	0	2	no	no	\	no	secondo prtri	NR	NR	in revisione	Cooperativa Cuore Onlus

Nome struttura	Indirizzo	Tipologia struttura	Posti autorizzati al 30/06/2022	Gestione: diretta/convenzionata/parzialmente appalata (D/C/PA)	Fascia di età dei pazienti	La struttura accoglie persone in misura di sicurezza?	La struttura accoglie persone in misura alternativa?	La struttura accoglie persone in misura cautelare?	Presenti al 30/06/2022			Presenti in misura alternativa al 30/06/2022			Presenti in custodia cautelare al 30/06/2022			N° persone in lista d'attesa al 30/06/2022	Criteri inserimento in struttura		Criteri inserimento in struttura di persone con misure alternative o misure cautelari	Tempi di permanenza nella struttura		Regolamento o carta dei servizi inviata	Referente struttura (indicati dalla asl e/o che hanno risposto ai questionari)	
									M	F	TOT	M	F	TOT	M	F	TOT		M	F		TOT	Oltre al bisogno terapeutico sono presenti altri criteri?			Se sì, quali?
SRP Villa Magnolia	Via Roma, 133 - Collesalverzi (LI)	SRP3.1	10	appal-tata	oltre 50	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	no	dotr. Alessandro Nassimbeni
Struttura Tiziano	via Barcara snc - Auila (MS)	SRP1	19	PA	18-65	si	si	si	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	si	Dott.ssa Lucia Polese
Residence Cabrini DCA	Viale Cabrini 16 - Pontremoli (MS)	SRP1 DCA	48	C	10-14, 14-18, adulti	no	no	no	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	si	Madre Cabrini DCA
Fondazione Casa Cardinale Maffi -SRP1	Località Morta di Fivizzano, 1 - Fivizzano (MS)	SRP 1	12	C	18-56	si	si	si	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	si	Fondazione Cardinale Maffi - dott Raffaele Carissimo
Fondazione Casa Cardinale Maffi - SRP 3.1	Località Morta di Fivizzano, 1 - Fivizzano (MS)	SRP 3.1	8	C	37-55	si	si	si	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	si	Fondazione Cardinale Maffi - dott Raffaele Carissimo

Nome struttura	Indirizzo	Tipologia struttura	Posti autorizzati al 30/06/2022	Gestione: diretta/convenzionata/parzialmente appalata (D/C/PA)	Fascia di età dei pazienti	La struttura accoglie persone in misura di sicurezza?	La struttura accoglie persone in misura alternativa?	La struttura accoglie persone in misura cautelare?	Presenti al 30/06/2022			Presenti in misura alternativa al 30/06/2022			Presenti in custodia cautelare al 30/06/2022			N° persone in lista d'attesa al 30/06/2022	Criteri inserimento in struttura		Criteri inserimento in struttura		Oltre al bisogno terapeutico sono presenti altri criteri?	Se sì, quali?	Criteri inserimento in struttura di persone con misure alternative o misure cautelari	Tempi di permanenza nella struttura		Regolamento o carta dei servizi inviata	Referente struttura (indicati dalla asl e/o che hanno risposto ai questionari)
									M	F	TOT	M	F	TOT	M	F	TOT		Oltre al bisogno terapeutico sono presenti altri criteri?	Se sì, quali?	Massimi	Medi				no	sì		
Fondazione Casa Cardinale Maffi - RSA	Località Morta di Fivizzano, 1 - Fivizzano (MS)	RSA	20	C	65-89	sì	sì	sì	19	0	19	2	0	2	0	0	0	0	0	0	0	no	\	no	\	NR	NR	sì	Fondazione Cardinale Maffi - dott Raffaele Carissimo
Fondazione Casa Cardinale Maffi - SRCC	Località Morta di Fivizzano, 1 - Fivizzano (MS)	SRCC	20	C	44-65	sì	sì	sì	16	4	20	3	0	3	0	0	0	0	3	0	0	no	\	no	\	12 mesi	12 mesi	sì	Fondazione Cardinale Maffi - dott Raffaele Carissimo
SRP Sorignano	Via Sorignano, 13 - Carrara (MS)	SRP2.A	8	appal-tata	18-65	sì	sì	no	4	1	5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	no	\	no	\	36 mesi	24/36 mesi	sì	Cooperativa G. Di Vittorio dott.ssa Paola Zanzanaini	
RSP Villa Giovanna Montignoso (2 strutture)	Via Dante Alighieri,15 - Montignoso (MS)	SRP1 + SRP3.1	23	D/C	18-65	sì	sì	sì	15	8	23	6	0	6	0	0	0	0	0	0	no	\	no	\	NR	NR	sì	asl (non specificato referente)	
Comunità familiare Il limone	Via Marsala, 31 - Riglione (PI)	SRP3.1	6	PA	18-60	no	no	no	0	6	6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	sì	cond. psicopat. stabilizzate, probl. relazio-medio/gravi am-bito famil. e amici/co-nosc., ade-renza suff. a PTRI	\	\	PTRI	NR	no	Cooperativa Paim dott.ssa Francesca Golia	

Nome struttura	Indirizzo	Tipologia struttura	Posti autorizzati al 30/06/2022	Gestione: diretta/convenzionata/parzialmente appalata (D/C/PA)	Fascia di età dei pazienti	La struttura accoglie persone in misura di sicurezza?	La struttura accoglie persone in misura alternativa?	La struttura accoglie persone in misura cautelare?	Presenti al 30/06/2022			Presenti in misura alternativa al 30/06/2022			Presenti in custodia cautelare al 30/06/2022			N° persone in lista d'attesa al 30/06/2022	Criteri inserimento in struttura		Oltre al bisogno terapeutico sono presenti altri criteri?	Se sì, quali?	Criteri inserimento in struttura di persone con misure di sicurezza o misure alternative o misure cautelari	Tempi di permanenza nella struttura		Regolamento o carta dei servizi inviata	Referente struttura (indicati dalla asl e/o che hanno risposto al questionari)
									M	F	TOT	M	F	TOT	M	F	TOT		Oltre al bisogno terapeutico sono presenti altri criteri?	Se sì, quali?				Massimi	Medi		
Centro Basaglia (3 strutture)	Via Monginevro, 2 - Pisa	SRP1, SRP3.1, SRP3.2	24	C	18-65	si	si	si	M 16 F 5 TOT 21	M 4 F 0 TOT 4	M 0 F 0 TOT 0	M 0 F 0 TOT 0	M 0 F 0 TOT 0	0	no	\	no	\	2 anni rinnovabili	4/5 anni	si	Consorzio Zenit					
Casa famiglia Bientina	Via Don Falaschi, 36 - Bientina (PI)	SRP3.1 (SRCC)	12	convenzionata	18-70	no	no	no	M 4 F 0 TOT 4	M 0 F 0 TOT 0	M 0 F 0 TOT 0	M 0 F 0 TOT 0	NR	NR	\	\	\	NR	NR	no	dott. Massimo Garbini						
Centro Ss. Annunziata (Ulivo, Pescio, Ciliegi)	Via Santissima Annunziata,93 Capannoli (PI)	SRP3.1	24	convenzionata	18-65	si	si	si	M 11 F 13 TOT 24	M 1 F 0 TOT 1	M 0 F 0 TOT 0	M 0 F 0 TOT 0	0	no	\	no	\	2 anni rinnovabili	6/7 anni	no	Consorzio Zenit						
Centro Ss. Annunziata (Il Melograno)	Via Santissima Annunziata,93 Capannoli (PI)	SRP3.3	2	convenzionata	18-65	si	si	si	M 2 F 0 TOT 2	M 1 F 0 TOT 1	M 0 F 0 TOT 0	M 0 F 0 TOT 0	0	no	\	no	\	2 anni rinnovabili	6/7 anni	no	Consorzio Zenit						
Gruppo appartamento M (Pontedera)	V. Tosco Romagnola, 12 - Pontedera (PI)	SRP 3.3.	6	diretta	18-55	no	no	no	M 5 F 0 TOT 5	M 0 F 0 TOT 0	M 0 F 0 TOT 0	M 0 F 0 TOT 0	0	no	\	no	\	24 mesi	12 mesi	si	asl dott. Massimo Garbini						
Gruppo appartamento F (Pontedera)	Pzza Caduti Lager Nazisti - Pontedera (PI)	SRP 3.3.	4	PA	18-65	no	no	no	M 0 F 1 TOT 1	M 0 F 0 TOT 0	M 0 F 0 TOT 0	M 0 F 0 TOT 0	NR	NR	NR	\	\	NR	NR	no	asl dott. Massimo Garbini						

Nome struttura	Indirizzo	Tipologia struttura	Posti autorizzati al 30/06/2022	Gestione: diretta/convenzionata/parzialmente appalata (D/C/PA)	Fascia di età dei pazienti	La struttura accoglie persone in misura di sicurezza?	La struttura accoglie persone in misura alternativa?	La struttura accoglie persone in misura cautelare?	Presenti al 30/06/2022			Presenti in misura di sicurezza al 30/06/2022			Presenti in misura alternativa al 30/06/2022			Presenti in custodia cautelare al 30/06/2022			N° persone in lista d'attesa al 30/06/2022	Criteri inserimento in struttura		Criteri inserimento in struttura di persone con misure di sicurezza o misure cautelari		Tempi di permanenza nella struttura		Regolamento o carta dei servizi inviata	Referente struttura (indicati dalla asl e/o che hanno risposto ai questionari)
									M	F	TOT	M	F	TOT	M	F	TOT	M	F	TOT		M	F	TOT	Oltre al bisogno terapeutico sono presenti altri criteri?	Se sì, quali?	Oltre al bisogno terapeutico sono presenti altri criteri?		
Residenza T.R. Bandecchi	Via Terricciolese, 55/A - Terricciola (PI)	SRP3.1	7	appal-tata	18-60	No	NR	NR	7	0	7	MR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	no	asl dott. Massimo Garbini	
I numeri primi	Via Rio di Vaiano, 1 - Bientina (PI)	SRP3.1	10	con-venzionata	20-35	si	si	si	6	3	9	4	1	5	0	0	0	0	4	1	5	0	0	0	0	0	4	Cooperativa Paim dott. Marco Sperti	
Casa famiglia Al ponte	Borgo San Lazzaro, 5 - Volterra (PI)	SRP3.3	7	diretta	oltre 18	si	no	no	3	2	5	0	0	3	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	2	asl (non specificato referente)	
Villa Acoli	Borgo San Lazzaro, 5 - Volterra (PI)	SRP1	12	diretta	oltre 18	si	si	no	10	1	11	9	1	10	1	0	1	0	7	0	0	0	0	0	0	0	7	asl (non specificato referente)	
Kraepelin	Borgo San Lazzaro, 5 - Volterra (PI)	SRP2.A	12	diretta	oltre 18	si	no	no	10	2	12	2	0	2	0	0	0	0	4	0	0	0	0	0	0	0	4	asl (non specificato referente)	
Gruppo appartamento La gabbianella	Viale Cadorna, Traversa Prima - Capannori (LU)	SRP 3.3																											
Gruppo appartamento La futura	Via Lamberti, 12 - San Concordio (LU)	SRP 3.3																											

3.3 le caratteristiche architettoniche e organizzative delle strutture

Attraverso lo strumento del questionario qualitativo, il team di ricerca ha cercato di raccogliere un primo nucleo di informazioni relative alla collocazione urbanistica, alle caratteristiche architettoniche degli edifici e all'organizzazione interna degli spazi nelle strutture. Inoltre, ha cercato di indagare alcuni degli elementi essenziali delle regole e del regime di vita interno alle strutture residenziali psichiatriche.

Come abbiamo anticipato, non tutte le strutture che hanno risposto, hanno fornito una risposta anche al questionario qualitativo ed il campione dell'analisi qualitativa è di 111 strutture a fronte delle 142 strutture che abbiamo esaminato per ricostruire la popolazione presente.

La base dati delle 111 strutture è così ripartita per ASL:

ASL Centro: 30 strutture rispetto alle 61 che costituiscono il campione dell'analisi quantitativa

ASL Nord-ovest: tutte le 46 strutture che costituiscono il campione dell'analisi quantitativa.

ASL Sud-est: tutte le 35 strutture che costituiscono il campione dell'analisi quantitativa.

Per quanto riguarda la collocazione, il 70% delle strutture che hanno risposto al questionario si trova in un centro abitato, mentre il 32% si trova in aree esterne ai centri abitati. L'elemento della collocazione o meno nel tessuto urbano, ci può dare una prima, seppur parziale, indicazione del livello di integrazione tra la struttura ed il resto della società.

La gran parte delle strutture residenziali, il 75%, ha sede in edifici antichi ristrutturati e soltanto il 25% in edifici di nuova costruzione.

Frequentemente (nel 65% dei casi), le strutture hanno una barriera che segna chiaramente il confine della SRP e la separa dall'esterno. Nel 73% dei casi è presente un muro di cinta oppure un'altra tipologia di recinzione, nell'89% dei casi è presente un cancello. Per il 4,9% delle strutture è stato sottolineato che il cancello, pur presente, non è chiuso a chiave e può essere liberamente aperto, sia dall'interno che dall'esterno.

La videosorveglianza dell'ingresso alla struttura è presente nel 13% dei casi. Nel 9% delle strutture è anche presente un sistema di videosorveglianza interno, per le camere (9%) o per le aree comuni (7%).

All'interno, le strutture presentano conformazioni e predisposizioni degli spazi vari e differenziati. Per quanto riguarda le camere, soltanto il 16% ha esclusivamente camere singole, il 28% esclusivamente camere doppie e una struttura ha esclusivamente camere quadruple. Il 39% delle strutture ha sia camere singole che camere doppie, il 6% ha sia camere singole, che doppie che triple. L'11% ha camere doppie e triple.

Il bagno è esterno alle camere nel 66% delle strutture, il 26% delle strutture ha il bagno interno per tutte le camere, il 9% ha il bagno interno soltanto per alcune delle camere.

Nel 67% delle strutture non è possibile per la persona chiudere a chiave la camera e soltanto nel 33% lo è. La situazione è leggermente migliore per il bagno, dove la chiusura a chiave è permessa nel 46% dei casi. Si registrano alcuni casi in cui è prevista una saggia contemperazione tra il diritto a conservare momenti di privacy dei pazienti e le esigenze di sicurezza: la porta del bagno può essere chiusa a chiave dalla persona, ma gli operatori hanno una copia della chiave da poter utilizzare esclusivamente in casi di emergenza.

Il 75% delle strutture è dotato di aree verdi, che nel 78% dei casi sono accessibili a qualsiasi orario del giorno. Alcune strutture hanno destinato una parte del giardino ad attività di orto e giardinaggio. In alcuni casi, soprattutto per i gruppi appartamento, si chiarisce che non è presente un giardino interno, ma ve ne sono di pubblici nelle vicinanze della struttura. Quello del verde è sicuramente

un aspetto rilevante, ma che assume senz'altro un diverso grado di rilevanza a seconda dell'intensità assistenziale della struttura. Laddove l'assistenza, ma anche il controllo, presentano forme più blande e l'autonomia è incentivata, la presenza di aree pubbliche vicine appare una garanzia sufficiente di poter fruire di aree verdi.

Nell'esame delle regole interne, è sembrato opportuno effettuare una distinzione per tipologia di strutture, suddividendo il nostro campione in SRP 1, SRP 2, SRP 3, CAP, RSD, DOPPIA DIAGNOSI, PER MINORI (SRP A, DOPPIA DIAGNOSI E RSD). Per i casi in cui una stessa struttura risulti avere più moduli con diverse intensità assistenziali, abbiamo scelto di collocarla in tutte le categorie di riferimento. Per questa ragione, il numero complessivo delle strutture risulta superiore al numero del campione, perché alcune strutture sono presenti in più categorie.

Il nostro campione risulta composto dalla composizione visibile nella tabella seguente:

Tipologia strutture campione								
Colonna1	SRP 1	SRP 2	SRP 3	CAP	RSD	Doppia diagnosi	Minori	Totale
Usl Nord Ovest	12	5	28		1			46
Usl Centro	1	7	5	3	4	4	6	30
Usl Sud Est	3	12	20					35
Tot	16	24	53	3	5	4	6	111

Le strutture SRP1

Tra le 16 strutture ad alta intensità (SRP 1) che fanno parte del campione, tutte risultano avere un regolamento interno o una carta dei servizi o anche entrambe. Nel 69% dei casi, tra le regole interne della struttura è previsto il divieto di detenere alcuni oggetti, oltre ai divieti e alle regolamentazioni legislative che valgono per tutte le cittadine e i cittadini (si pensa alle sostanze stupefacenti e alle armi, ad esempio). In 5 questionari sono stati specificati gli oggetti vietati. In tutti i casi sono vietati oggetti taglienti, forbici o oggetti contundenti, in due casi si fa riferimento ad oggetti pericolosi, in due casi sono vietati i cellulari ed in uno anche i computer, in un caso si specifica che sono vietate tazze e farmaci personali. 10 strutture su 16 prevedono divieti anche per generi alimentari o di altro tipo (es. sigarette). In particolare, le 5 strutture che hanno chiarito i generi non permessi, hanno indicato i seguenti generi: alcool (4 casi), cannabis legale a basso contenuto THC (1 caso) e i generi alimentari provenienti dall'esterno (1 caso). Infine, 11 strutture su 16 prevedono che per alcuni prodotti sia regolamentata l'assunzione. Dei 4 casi in cui è specificato, 3 riguardano prodotti alimentari (occorre rilevare che in uno dei casi si tratta di struttura per disturbi del comportamento alimentare), uno il caffè e due le sigarette.

Nella quasi totalità delle strutture, con una sola eccezione, la giornata è almeno in parte scandita secondo orari prefissati che debbono essere rispettati, soprattutto gli orari dei pasti.

Nella quasi totalità delle strutture (88%), sono organizzate attività ricreative e culturali. In uno dei casi, in cui l'offerta di attività è stata dettagliata, questa risulta molto ricca: schermo, teatro, danza in movimento, giardinaggio con esperti esterni, laboratorio creativo e zumba. Nell'81% dei casi sono previste uscite regolari con gli operatori, con cadenza giornaliera in 7 casi, settimanale in 3, 2/3 volte la settimana in un caso, 3/4 volte la settimana in un altro.

In tutti i casi è consentito ad amici e familiari far visita ai propri cari che si trovano all'interno, o in orari prestabiliti o in orari e date concordati. In un caso, è stato annotato che sono favoriti gli incontri all'esterno.

Soltanto nel 12% delle strutture hanno accesso associazioni e volontari.

Soltanto una struttura ha attivi protocolli specifici per il conseguimento di titoli scolastici, nel caso in cui la persona presenti la volontà o la necessità di attivarli.

Dal questionario si ricava, per le strutture SRP1, l'immagine, pur approssimativa, di strutture chiuse e di una ridotta implementazione dell'autonomia delle persone ospitate: ci sono numerosi divieti e regolamentazioni degli oggetti che una persona può tenere e dei generi che può consumare, divieti che talvolta coprono anche di oggetti all'apparenza innocui (tazze) e oggetti che consentono la comunicazione con l'esterno (telefoni cellulari e computer). Le giornate risultano almeno parzialmente scandite da orari e l'integrazione tra interno ed esterno è minima, in pochissimi casi entrano associazioni esterne e le visite e i colloqui dei familiari non sono libere e non possono essere improvvisate.

Sebbene la maggior rigidità possa trovare una forma di giustificazione nel livello alto di assistenza delle strutture, il bilanciamento tra le esigenze di protezione della salute del paziente e di implementazione della sua autonomia e di riconoscimento di soggettività appare schiacciato sulla prima e su un paternalismo che si spinge talvolta a dettare regole di cui si fa fatica a cogliere la ragionevolezza (come per il divieto delle tazze oppure la regolamentazione del consumo di cibo o di caffè).

Le strutture SRP2

Delle 24 SRP2 esaminate, 18 hanno un regolamento interno o una carta dei servizi, o entrambe. In più della metà (56%) delle strutture esistono divieti di detenere determinati oggetti. 7 strutture hanno specificato nel questionario gli oggetti coperti da divieto: in 3 casi si tratta di oggetti contundenti e pericolosi; in due casi il divieto riguarda gli oggetti taglienti, ma anche i deodoranti, le sciarpe e le cravatte; in un caso si fa riferimento al piano terapeutico individualizzato che può stabilire specifici divieti; in un altro caso la lista degli oggetti consentiti è concordata con il paziente. Questa ultima ipotesi appare interessante: sebbene sia prevista una regolamentazione degli oggetti consentiti questa è il frutto di una contrattazione tra paziente e staff, che possiamo immaginare parta dall'ascolto delle esigenze e dei bisogni manifestati dalla persona.

Quasi la metà delle strutture del campione prevede il divieto di consumo di alcuni generi alimentari, bevande, o di altro tipo. In quattro questionari vengono specificati i generi che la persona non può detenere e consumare in autonomia. In due ipotesi si tratta di alcool e sostanze stupefacenti, in altre due di generi alimentari e sigarette. Quasi tutte le strutture (91%) prevedono dei consumi regolamentati, che coprono le sigarette e in un caso i generi alimentari, in quanto l'alimentazione segue un preciso regime alimentare stabilito da un nutrizionista. Questa regola sembra non giustificabile, non si comprende per quale ragione ad una persona con diagnosi psichiatriche dovrebbe essere imposto un regime dietetico particolare.

Nell'87% dei casi si registra la presenza di orari per le attività giornaliere. Soltanto in due dei questionari è chiarito di che orari si tratta e sono gli orari dei pasti.

Nell'87% dei casi, le strutture offrono attività culturali e/o ricreative da svolgere durante la giornata.

Nell'82% delle strutture vengono effettuate regolarmente uscite con gli operatori, con cadenza giornaliera in 9 casi, settimanale in 3 casi, bisettimanale in 2 casi, stabilita dal PTRI in 2 casi. Nel 18% di strutture in cui non sono previste uscite con operatori, i pazienti possono uscire in autonomia.

In tutte le strutture è consentito a familiari e affetti di far visita ai propri cari che si trovano nella struttura, ma nella quasi totalità dei casi (82%) o in fasce orarie prestabilite o in orari concordati, in un caso è anche richiesta la preventiva autorizzazione.

Soltanto 4 delle strutture esaminate vedono la presenza di associazioni e/o volontari.

In due delle 23 strutture sono previsti programmi per ottenere i titoli di studio che non si siano riusciti a conseguire, con corsi scolastici istituiti ad hoc.

Il quadro che emerge delle SRP2 è più variegato e meno omogeneo del quadro delle SRP1. Anche in questa tipologia di strutture si riscontrano limitazioni e divieti – anche importanti – in alcune strutture, ma ci sono un maggior numero di strutture che sembrano lasciare spazi di autonomia, non prevedendo stringenti divieti e consentendo anche alcune (seppur un numero esiguo) uscite in autonomia. Rimane nella maggioranza dei casi una certa chiusura all'esterno: sono poche le associazioni che entrano e pochi i casi in cui le visite dei parenti sono libere.

Le strutture SRP3

Tra le 53 strutture SRP3, il 54% si è dotata di un regolamento o di una carta dei servizi o di entrambe. Nel 46% delle strutture sono previsti divieti di detenzione di oggetti. Soltanto in 11 questionari gli oggetti vietati sono stati indicati e sono: in 2 casi il telefono cellulare, in 8 casi oggetti contundenti e taglienti, in un caso prodotti chimici, in 3 casi farmaci, in un caso sono vietati deodoranti, scarpe e cravatte, in un caso si prevede che sia personalizzato. Nel 30% dei casi esiste anche un divieto di tenere generi alimentari o altri generi. Tre i 10 casi in cui sono stati specificati: in 8 il divieto riguarda gli alcoolici, in 2 casi i generi alimentari e in uno le sigarette. In un caso si chiarisce che è permesso portare all'interno della struttura generi alimentari, ma che se introdotti questi debbono essere obbligatoriamente condivisi con tutti gli ospiti. Questa forma di collettivizzazione e solidarietà obbligata ha il sapore di un paternalismo forte. Perché in un sistema capitalista, in uno stato in cui esiste ed è tutelata la proprietà privata, una persona solo perché le è diagnosticato un disturbo psichiatrico dovrebbe essere obbligata a spartire i propri averi? Questa negazione di soggettività è probabilmente dalla buona intenzione di rendere eguali le persone che coabitano nella stessa struttura, ma non appare comunque convincente.

Nella metà circa delle strutture (il 48%), esistono generi che sono permessi, ma il cui consumo è soggetto a forme di regolamentazione. In 11 casi è regolamentato il consumo di sigarette, in due casi di cibo, in uno di caffè.

Nel 42% dei casi non ci sono orari predeterminati e la giornata è scandita dai ritmi della persona. Nel restante 58%, laddove specificato (10), gli orari riguardano prevalentemente i pasti (10 su 10), in un caso è rigidamente regolamentata tutta la giornata.

Nel 53% delle strutture sono organizzate attività formative, ricreative e culturali.

Nel 56% dei casi sono previste uscite con gli operatori. Quando previste, queste si svolgono con cadenza giornaliera, in 9 casi, con cadenza settimanale in 6 casi, 4 a settimana in 3 casi, 3 a settimana in un caso, secondo un piano individualizzato, in 3 casi. In 10 dei casi in cui non sono previste, è specificato che le persone possono liberamente uscire in autonomia.

In tutte le strutture è possibile per i familiari far visita ai propri cari e nel 63% dei casi queste visite sono libere. Soltanto nel 19% dei casi entrano associazioni.

Il 7% delle strutture prevede accordi con il CPA per garantire di recuperare la formazione scolastica agli ospiti della struttura.

La valutazione del quadro insieme è per questa tipologia di strutture molto complessa. Si riscontra una grande varietà. Seppure la percentuale di strutture che vieta la detenzione di certi oggetti o regola alcuni consumi, per strutture a basso livello di intensità è anche minore la giustificazione di questi divieti, che pure esistono e in alcuni casi appaiono molto stringenti.

Si riscontra una maggiore apertura all'esterno di gran parte delle strutture, sia per quanto riguarda l'accesso dei familiari che per le associazioni.

CAP

Per quanto riguarda le 3 strutture CAP, tutte sono dotate di un regolamento o di una carta servizi. Solo una delle 3 non prevede divieti di detenzione di oggetti. Nelle due strutture che prevedono il divieto questo è rimesso ad una valutazione caso per caso. Soltanto una struttura prevede che ci siano dei generi (alimentari o di altro tipo) che è vietato possedere, mentre tutte e tre prevedono la regolamentazione del consumo di vari generi, su base individualizzata.

In tutte le strutture sono offerte attività culturali e ricreative e sono organizzate uscite con gli operatori, con cadenza settimanale in un caso, variabile nell'altro.

In tutte le strutture è ammessa la visita dei parenti, che in 1/3 dei casi avviene su base libera, senza orari. In 2/3 delle strutture sono anche in linea di massima ammesse le associazioni di volontariato, anche se la loro effettiva presenza dipende dal programma individualizzato.

In nessuna delle strutture sono presenti percorsi di recupero didattico.

RSD

Delle 6 RSD presenti, una accoglie i minori e si è scelto di inserirla nella categoria relativa alle strutture per minori.

Tutte le 5 RSD del campione hanno un regolamento e/o una carta dei servizi. In 2/5 delle strutture esistono divieti di detenzione di oggetti. In un caso si specifica che i divieti coprono oggetti ritenuti pericolosi. In 3/5 delle strutture sono vietati anche alcuni generi alimentari o di altro tipo. Nessuna delle strutture chiarisce di che generi si tratta. In tutte le strutture anche alcuni generi non vietati sono comunque regolamentati. In 2/5 si specifica che sono regolamentati l'uso delle sigarette, del vino, per chi lo beve ai pasti e dei cibi portati da fuori, ammessi soltanto se accompagnati da scontrino. In una struttura si chiarisce che dipende dalle indicazioni mediche relative al caso specifico.

In tutte le strutture esistono orari prestabiliti per le attività.

In tutte le strutture sono organizzate attività ricreative e culturali. In una delle 5 strutture non sono previste uscite con operatori, nelle altre sono previste uscite giornalieri in 3 casi e 3 o 4 la settimana nell'altro caso.

Tutte le strutture permettono le visite da parte dei parenti, in orari prestabiliti o concordati e in 3/5 dei casi su prenotazione. In 3/5 dei casi entrano associazioni.

In tutte le strutture sono presenti situazioni di non completamento della scuola dell'obbligo. Solo una prevede la possibilità di fare corsi di recupero per ottenere il titolo di studio.

Doppia diagnosi

Tra le 5 strutture doppia diagnosi, una accoglie minori e si è scelto di inserirla nella categoria relativa alle strutture per minori.

Tutte e 4 le strutture a doppia diagnosi sono dotate di un regolamento o di una carta di servizi. In tutte le strutture del campione esistono divieti di detenzione di oggetti e di detenzione di alcuni generi di consumo, esistono inoltre regolamentazioni del consumo di alcuni generi. Nessuno di questi è illustrato per nessuna delle strutture (si indica un riferimento ad un altro punto del questionario, in cui non è riportata alcuna informazione).

In tutte le strutture sono organizzate attività ricreative, formative e culturali e sono previste uscite regolari con gli operatori, cadenzate variabilmente a seconda del piano terapeutico individualizzato.

Sono ammesse visite da parte di familiari e affetti in orari da concordare con le equipe della struttura.

Per minori

Le 6 strutture per minori fanno parte delle seguenti tipologie: 3 SRP A D3, una comunità riabilitativa, una RSD e una comunità a doppia diagnosi.

Tutte le sei strutture sono dotate di un piano terapeutico individualizzato e/o di una carta dei servizi. In tutte le strutture è vietata la detenzione di alcuni oggetti, oltre a divieti di legge. 2 delle 6 strutture esplicitano quali oggetti sono vietati. In un caso il divieto copre: oggetti taglienti (lamette, temperamatite, forbici) di vetro (Portafoto, contenitori di creme corpo..) che possono risultare pericolosi per sé stessi e per gli altri e i quali vengono posti nella Stanza Educatori, delimitata da una porta blindata. Nell'altro caso oggetti taglienti e prodotti per igiene personale, cinture, strumenti digitali. Il divieto di detenere strumenti digitali appare un divieto molto stringente per dei minori che sono cresciuti con i device digitali a disposizione. Inoltre, il divieto di detenzione dei prodotti per l'igiene personale appare una limitazione non ragionevole.

In tutte le strutture esistono divieti anche per i generi di consumo. 4 strutture specificano quali divieti sono presenti. In tre strutture sono vietate le sigarette, in una è fatto divieto di condurre generi alimentari. Esistono anche generi di consumo regolamentati. In una struttura si tratta di tutti i generi alimentari, che vengono tenuti nella dispensa, chiusa a chiavi e alla quale possono accedere solo gli educatori. In un'altra le sigarette. In tre strutture i presidi elettronici, in un'altra delle sigarette.

Tutte le strutture hanno orari prestabiliti, organizzano attività e prevedono uscite con gli operatori, con frequenza di più volte a settimana in 4/5 delle strutture e variabile sulla base del piano terapeutico individualizzato nell'altra.

In 2/5 delle strutture non è consentita la visita da parte di amici, familiari e parenti e in base al piano terapeutico individualizzato è consentito l'incontro con gli affetti all'esterno della struttura. Nelle stesse strutture non fanno ingresso neppure volontari o associazioni. Queste due strutture risultano dunque completamente chiuse. Nelle altre strutture l'ingresso dei familiari e degli amici è ammesso secondo orari concordati. Solo in due strutture sono presenti associazioni di volontariato.

Nelle strutture per minori un aspetto fondamentale è quello della regolare frequenza di un percorso scolastico. In una struttura 7 ospiti su 9 frequentano la scuola, in un'altra il 60%, in altra il 70%, in altre tutti seguono un percorso di istruzione: parte a scuola, parte, in struttura con materiale didattico fornito dalle insegnanti della scuola e parte in didattica a distanza.

In 4 strutture su 6 si registrano casi di abbandono scolastico tra i ragazzi presenti al momento della compilazione del questionario, nonostante tutte le strutture affermino di lavorare per evitare l'abbandono scolastico.

Il quadro complessivo delle strutture per minori appare molto più omogeneo delle strutture per adulti. Tutte le strutture presentano regole particolarmente stringenti e numerosi divieti. Alcune strutture risultano chiuse all'esterno.

4. Percorsi tra le istituzioni

Le storie delle persone sottoposte a libertà vigilata sono spesso complesse e non sempre lineari. In molti casi, la persona passa da una serie di istituzioni: carcere, REMS, strutture di diversa intensità terapeutica e, a volte, anche RSA o strutture ospedaliere. Il percorso non procede sempre verso una progressiva decrescita dell'intensità del controllo, a volte ci sono ipotesi di ripetuti aggravamenti e successivi ritorni verso la misura non detentiva.

Dall'esame condotto sui fascicoli delle libertà vigilate, risulta che nel 22% dei casi la persona è passata almeno dalla REMS provvisoria, nel 24% dei casi è passata almeno dalla REMS definitiva, nel 22% dalla custodia cautelare in carcere, nel 4% dagli arresti domiciliari, nel 44% dalla libertà vigilata provvisoria e nel 20% dalla pena detentiva.

Tabella 32. Dati sui precedenti passaggi

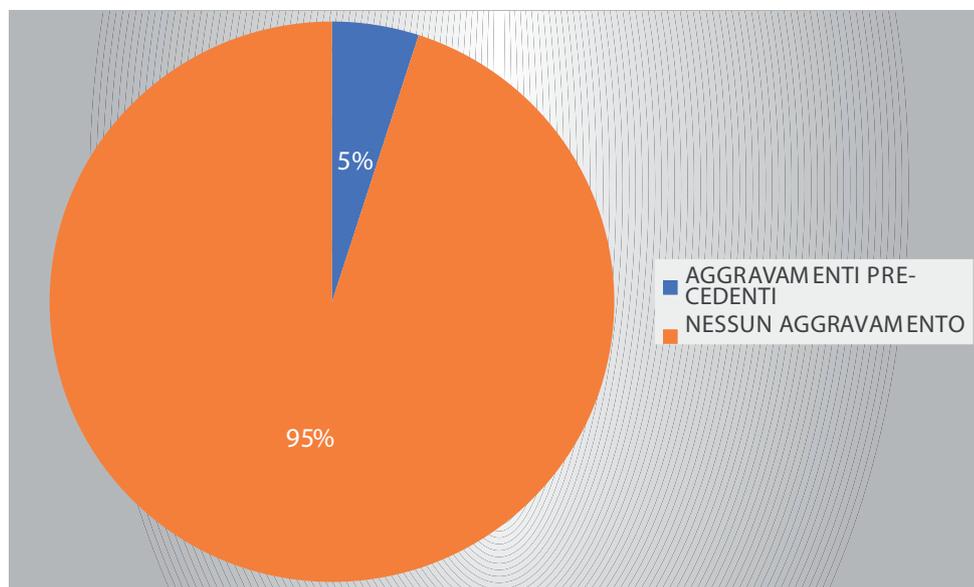
	N. Assoluto	Percentuale
Rems provv	36	22%
Arresti domiciliari	6	4%
Custodia cautelare in carcere	36	22%
Rems definitiva	39	24%
Lv provvisoria	71	44%
Pena detentiva	33	20%
Misura alternativa	1	1%
Arresti domiciliari in luogo di cura	1	1%

Esiste poi un caso singolare di applicazione e revoca della sospensione condizionale.

La violazione di disposizioni, che, come abbiamo visto, possono consistere anche in condotte legali e banali, come l'assunzione di alcol o la mancata risposta ai controlli effettuati al domicilio, possono comportare un aggravamento.

In 8 dei 161 casi esaminati, l'attuale misura della libertà vigilata è arrivata dopo precedenti aggravamenti e successive sostituzioni della misura con la non detentiva.

Figura 49. Porte girevoli



I casi di "porte girevoli" per pregresse violazioni delle prescrizioni della libertà vigilata e successive sostituzioni con misure non detentive, anche se rappresentano un numero basso e una percentuale limitata sono comunque ipotesi significative.

5. Una questione trasversale: i piani terapeutici riabilitativi individualizzati (PTRI)

5.1 Modelli ed efficacia di uno strumento

Vi è a livello nazionale, nella Legge 328/2000, art. 14 (Progetti individuali per le persone disabili) l'indicazione che la persona con disabilità possa contare su uno strumento unitario di presa in carico, che contenga indicazioni diagnostiche e piani di intervento riguardanti sia gli aspetti sanitari e che quelli sociali e sociosanitari. Tuttavia, non sono state emanate disposizioni attuative o linee guida nazionali, fino alla recente Intesa della Conferenza Unificata Stato-Regioni il 6 luglio 2022 (104/CU).

Negli anni trascorsi, molte regioni hanno sperimentato modelli di budget di salute e hanno adottato atti normativi per disciplinarne l'uso nell'ambito del rispettivo sistema sanitario regionale. Differenti sono le tipologie di bisogni di cura in cui il budget di salute è stato sperimentato (pazienti psichiatrici, persone disabili, con autismo, dipendenze patologiche). Tra le esperienze spicca quella della regione Emilia-Romagna e soprattutto della Asl di Parma, che si sono poste all'avanguardia nella teorizzazione e applicazione di questo strumento. La regione Emilia-Romagna ha infatti dato vita a un programma regionale per la promozione delle linee regionali di indirizzo sul budget di salute, con il coordinamento dell'AUSL di Parma, nell'ambito del quale sono predisposti gli indirizzi per l'effettuazione delle valutazioni multiprofessionali nei progetti con budget di salute. Anche il Piano sociale e sanitario regionale ha individuato nel budget di salute uno degli obiettivi oggetto di monitoraggio¹.

Prima di analizzare l'intesa della Conferenza Unificata Stato-Regioni il 6 luglio 2022 (104/CU), che dà per la prima volta delle linee guida unitarie, è importante riportare quanto è stato elaborato dalla Regione Toscana e dalla Regione Emilia Romagna, proprio perché tale documento si basa sulle esperienze delle regioni.

La Regione Toscana ha definito un modello sperimentale di presa in carico della persona con disabilità, da attuare attraverso il Progetto di vita e l'introduzione del budget di salute quale strumento organizzativo e gestionale con la DGR n. 1449 del 19 dicembre 2017. Nell'Allegato A, si delinea il modello regionale di presa in carico della persona con disabilità, denominato "Progetto di vita". Il modello richiama il concetto di persona con disabilità promosso dalla Convenzione delle Nazioni Unite per i diritti delle persone con disabilità, sottolineandone la prospettiva relazionale per cui la disabilità "è la risultante di una relazione complessa tra condizioni di salute e fattori contestuali (ambientali e personali), in una interazione dinamica fra questi elementi che possono modificarsi reciprocamente (approccio bio-psico-sociale). Ne deriva dunque che è responsabilità collettiva, della società nel suo complesso, implementare le modifiche ambientali necessarie alla piena partecipazione delle persone con disabilità in tutte le aree della vita sociale, puntando sullo sviluppo delle abilità della persona e su un contesto ambientale favorente" (Allegato A, punto 1: Premessa).

Il progetto di vita intende promuovere una "dimensione unitaria delle strategie di intervento verso la persona con disabilità", mettendo insieme le diverse istituzioni coinvolte e inserendo l'insieme degli interventi in uno strumento unico, variabile nel tempo a seconda dei bisogni. Le fasi principali del sistema della presa in carico: l'accesso e la presa in carico, la valutazione, la definizione del progetto di vita e il monitoraggio e la valutazione in itinere. Particolare importanza hanno la fase della valutazione e quella di definizione del progetto. Nella valutazione devono essere prese in considerazione, in base all'approccio bio-psico-sociale, le condizioni individuali (funzioni e strutture corporee, attività -capacità e performance- e partecipazione) e quelle ambientali (relazioni

1 https://temi.camera.it/leg18/post/OCD15_14732/budget-salute-esperienze-regionali-e-dottrina-interesse.html

sociali, servizi, ambiente fisico, ecc.) in quanto la loro interazione va a determinare il profilo di funzionamento di una persona. Nella definizione del progetto di vita si incontrano i bisogni e le legittime aspettative della persona con il ventaglio di possibilità (servizi, supporti e sostegni) che le possono permettere di migliorare la qualità della propria vita, di sviluppare tutte le sue potenzialità, di poter partecipare alla vita sociale, avere laddove possibile una vita indipendente, e poter vivere in condizioni di pari opportunità rispetto agli altri. Nel progetto di vita sono unificate le risposte offerte dai sistemi sanitario e sociale, previdenziale e scolastico, lavorativo, ambientale/ domestico e socio-relazionale, scelte in accordo con la persona e/o con i familiari, e poste sotto la regia di un unico soggetto istituzionale. Lo strumento operativo che dà le risorse al progetto di vita è il budget di salute, che è definito come “uno strumento contabile di tipo preventivo che definisca le risorse economiche, strumentali, professionali e umane, sia pubbliche che private, necessarie”. Esso è il paniere di possibilità che il soggetto istituzionale ha concretamente a disposizione e deve comprendere le risorse previste a livello previdenziale, quelle previste dai percorsi riabilitativi e assistenziali, garantite dai LEA, nonché i pacchetti assistenziali aggiuntivi; tutte le risorse costituite dall’apporto della famiglia, le risorse del privato sociale, del volontariato e delle associazioni, e quelle che possono essere reperite per il miglioramento delle performance ambientali. La figura del case manager, prevista dalla L.R. 66/2008, è indicata come referente organizzativo della persona e dei suoi familiari, ha il ruolo di facilitare le decisioni e l’accesso alle risorse del sistema sociosanitario e ai servizi disponibili (Allegato A, Punto 5).

A fronte di tali previsioni sul budget di salute, non è presente a livello regionale uno specifico modello di PTRI. Nella DGR 1127/2014, Allegato A, sono indicate (par. 1.1.) le caratteristiche del Programma terapeutico riabilitativo individualizzato residenziale, che deve essere coerente con il Progetto terapeutico riabilitativo individualizzato globale, gestito dal CSM. Come si vedrà più avanti (par. 5.3.) i criteri indicati per il Programma terapeutico sono seguiti nei PTRI della REMS di Volterra.

La Regione Emilia-Romagna ha introdotto il budget di salute con la DGR n. 45 del 2016 “Linee di indirizzo per la realizzazione di progetti con la metodologia del Budget di Salute a sostegno del progetto terapeutico riabilitativo personalizzato di persone affette da disturbi mentali gravi”. Il budget di salute è costituito da risorse individuali, familiari, sociali e sanitarie, ed è attivato a sostegno di progetti di domiciliarità, all’abitare e di integrazione lavorativa/sociale, allo scopo di contrastare l’istituzionalizzazione e lo stigma della persona con disturbi mentali.

È interessante dare uno sguardo alle caratteristiche dei modelli di PTRI elaborati in ambito Emiliano romagnolo. Essi, innanzitutto, prevedono la sottoscrizione dei PTRI da parte del paziente, dell’amministratore e/o del tutore e dei familiari e *care givers*. Inoltre, il PTRI non prevede soltanto una progettualità e una valutazione relativa ad aspetti strettamente psichiatrici, come la *compliance* terapeutica, o la corretta assunzione di una terapia farmacologica, ma anche una serie di ulteriori aspetti: dal miglioramento del quadro sintomatologico, al miglioramento dell’alleanza terapeutica, a quello delle relazioni familiari, a quello delle funzioni lavorative, delle relazioni interpersonali, dell’habitat e della cura di sé. Tali aspetti sono stati identificati come indicatori, volti a costruire una scala di valutazione del processo di recovery²

Il PTRI – nel modello emiliano-romagnolo – non si concentra solo sugli obiettivi che il paziente dovrebbe raggiungere e sui miglioramenti attesi, focalizzandosi sull’individuo come se i miglioramenti dipendessero da suoi meriti, responsabilità, capacità. Il progetto delinea anche gli investimenti in

2 Si veda Lorenzo Pelizza et al., *Psychometric properties of the Parma Scale for the treatment evaluation of offenders with mental disorder: A new instrument for routine outcome monitoring in forensic psychiatric settings*, “International Journal of Law and Psychiatry”, 84(2022), September-October, 101828.

termini di risorse necessarie (umane e ambientali). Infatti, oltre agli “obiettivi specifici”, il progetto definisce le “abilità necessarie alla persona per il raggiungimento dell’obiettivo”, e successivamente le “risorse umane, ambientali e materiali necessarie per il raggiungimento dell’obiettivo”. Viene poi operata una valutazione sulla presenza di tal risorse: Le abilità richieste sono presenti? Qualora le abilità non siano presenti, lo erano in passato? Le risorse necessarie sono presenti? La motivazione è presente? Le risposte previste sono: Sì, No, Parzialmente.

Una volta operata tale valutazione viene redatto il piano dettagliato dell’intervento, individuato il responsabile del progetto, gli operatori coinvolti e i compiti assegnati, altri servizi e/o figure coinvolte, viene programmata la data della prima verifica e fatta un’ipotesi durata del progetto³.

La valutazione si svolge tenendo conto del grado di raggiungimento degli obiettivi (Miglioramento del quadro sintomatologico, Miglioramento dell’alleanza terapeutica, Miglioramento delle relazioni familiari raggiunto, Miglioramento delle funzioni lavorative, Miglioramento delle relazioni interpersonali, Miglioramento dell’habitat e della cura di sé, altro). Le possibili risposte sono: raggiunto, parzialmente, non raggiunto.

Vi è la possibilità, nel verbale di verifica, che la persona in cura esprima il proprio livello di gradimento, in una scala da 1 a 10, e che la persona stessa e gli operatori coinvolti, compresi familiari tutori/amministratori di sostegno, *care givers* esprimano le proprie osservazioni. Il verbale si conclude con l’esito che può essere di prosecuzione del progetto in atto, definizione nuovo progetto, conclusione progetto per dimissione o per abbandono, e con la programmazione della successiva verifica⁴.

È interessante notare che la tipologia di richiesta, quando viene chiesto di attivare un “progetto recovery” prevede varie possibilità, da quelle a più alta intensità assistenziale a quelle caratterizzate da maggiore autonomia. La tipologia di richiesta può riguardare⁵:

- Residenze a trattamento estensivo
- Budget di salute:
 - › Area habitat:
 - Cohousing
 - Ospitalità familiare temporanea
 - Appartamenti assistiti
 - Progetti in cogestione con cooperative sociali
 - Sostegno economico all’abitare
 - › Area Formazione e Lavoro:
 - IPS
 - Tirocini e corsi
 - Progetti in cogestione con cooperative sociali
 - Sostegno economico all’abitare
 - › Area Socialità-Affettività/Comunicazione-Abilitazione
 - Progetti in cogestione con cooperative sociali

3 Dipartimento Assistenziale Integrato Salute Mentale Dipendenze Patologiche, *Scheda Progetto Recovery*, all. 2 a PS.02.DAISMDP.000, Rev. n. 01 del 18/06/2021.

4 Dipartimento Assistenziale Integrato Salute Mentale Dipendenze Patologiche, *Scheda Verifica Progetto Recovery*, all. 3 a PS.01.DAISMDP.000, Rev. n. 01 del 18/06/2021.

5 Dipartimento Assistenziale Integrato Salute Mentale Dipendenze Patologiche, *Attivazione e Verifica Progetto Recovery*, PS.02.DAISMDP.000, Rev. n. 01 del 18/06/2021.

– Sostegno economico

- Centro Diurno Diffuso
- Residenza socio-Sanitaria:
 - › Gruppo Appartamento
 - › Gruppo Alloggio

Come è evidente la delibera della Regione Toscana fa riferimento alla disabilità in senso ampio, mentre quella della Regione Emilia-Romagna è specifica per i pazienti con disturbi psichiatrici. Ciò è parte delle molteplicità di istituzioni e fonti di riferimento in tale ambito, in cui in primo luogo i confini tra le categorie sono aperti alla sperimentazione e al cambiamento.

L'accordo raggiunto nel luglio del 2022 e approvato come “intesa” dalla Conferenza Unificata Stato-Regioni il 6 luglio 2022 (104/CU) ha esteso a livello nazionale il modello del budget di salute, volendo uniformare i percorsi per la presa in carico delle persone con bisogni sia sociali che sanitari, allo scopo di realizzare percorsi di cura personalizzati, finalizzati all'autonomia della persona. La Conferenza ha fatto proprie le Linee guida nazionali “Progettare il budget di salute con la persona”⁶, su cui hanno lavorato esperti a livello interregionale, coordinati dall'Istituto Superiore di Sanità, e che sono state elaborate nell'ambito del Progetto “Soggetto, persona, cittadino: promuovere il benessere e l'inclusione sociale delle persone con disturbi mentali attraverso il budget di salute”⁷, finanziato dal Ministero della Salute e attuato dalla regione Emilia-Romagna⁸.

Il fine è l'integrazione tra il sistema di cura e il sistema di comunità nel campo della salute mentale sui territori, allo scopo di favorire una migliore inclusione sociale delle persone con disturbi mentali, dello spettro autistico, con disabilità, dipendenze patologiche, e contribuire alla costruzione di percorsi di cura personalizzati.

Tra i punti più rilevanti delle linee guida vi è quello per cui la richiesta di attivazione del Budget di Salute, anche su proposta della persona e/o di un suo legale rappresentante, deve avvenire ad opera di un professionista sanitario, sociosanitario o sociale dei servizi che hanno in carico la persona. La presenza della componente sociale è a garanzia dei diritti/doveri di cittadinanza, mentre la presenza di quella sanitaria tutela il diritto alla salute e all'abilitazione. Il soggetto responsabile dell'accompagnamento della persona nell'individuazione del servizio/percorso/intervento deve avere potere decisionale in merito alle fonti di finanziamento: può essere l'équipe sociosanitaria oppure l'Unità di Valutazione Multiprofessionale. Il Budget di Salute è definito in base a una valutazione multiprofessionale e multidimensionale dei bisogni della persona e delle risorse possedute, condotta nella relazione e nel dialogo con la persona, con il suo contributo e con quello dell'eventuale Amministratore di Sostegno e dei soggetti significativi affinché la persona possa autodeterminarsi nella definizione del proprio progetto di vita⁹.

Con il budget di salute si mettono insieme il percorso di cura e il progetto di vita della persona. A seguire viene costruito, su misura e in modo partecipato con la persona tenendo conto delle sue preferenze, il Progetto Terapeutico Riabilitativo Individualizzato (PTRI), che deve esplicitare azioni e obiettivi da raggiungere per ciascun ambito di intervento (casa/habitat, formazione/lavoro, socialità e apprendimento/espressività/comunicazione). Il PTRI è il percorso di cura orientato alla recovery della persona e si sviluppa insieme al progetto di vita.

6 <https://osservatorionazionaleautismo.iss.it/documents/20126/151568/LineeIndirizzoBdS.pdf/041c19af-6fb4-fd39-e642-a4d28352e95b?t=1636123328689>

7 https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pagineAree_5628_0_file.pdf

8 <https://bur.regione.emilia-romagna.it/dettaglio-inserzione?i=e8dde902a06b4fbda1bcfa516d3d556c>

9 <https://www.welforum.it/il-budget-di-salute-negli-indirizzi-nazionali/>

Il PTRI, in particolare, in base alle Linee guida approvate dalla Conferenza Stato-Regioni, deve contenere:

- obiettivi nelle diverse aree dei determinanti sociali della salute;
- abilità necessarie alla persona per il raggiungimento degli obiettivi;
- risorse umane, ambientali e materiali (anche economiche) necessarie per il raggiungimento degli obiettivi, dettagliando quelle in essere e quelle da attivare attraverso fonti di finanziamento individuate, secondo le specifiche normative di riferimento, sia per quanto attiene al programma di cura che al progetto di vita;
- piano dettagliato dell'intervento, indicando eventuali priorità;
- operatori coinvolti/altre figure coinvolte, dettagliando compiti e responsabilità;
- programmazione dei tempi di verifica;
- ipotesi durata del progetto;
- responsabile del progetto: case manager.

Il passaggio alla fase attuativa del PTRI prevede la sottoscrizione di un accordo che espliciti le risorse e gli impegni assunti da ogni parte coinvolta. L'accordo deve essere sottoscritto da:

- persona;
- eventualmente da un suo familiare/caregiver se coinvolto, e con il consenso della persona assistita;
- tutore/amministratore di sostegno se presente;
- équipe sanitaria curante;
- équipe dell'ufficio del servizio sociale dell'Ente Locale;
- referente di un Ente del Terzo Settore o privato imprenditoriale coinvolto nel progetto, identificato tra quanti presenti nell'Elenco di soggetti qualificati¹⁰.

Delle linee guida sono stati sottolineati i vantaggi, in primo luogo il fatto di fornire un riferimento comune ai servizi socio-sanitari, ma anche i dubbi. Tra questi, la poca chiarezza nella relazione tra budget di salute e PTRI. Sono la stessa cosa oppure due atti diversi?¹¹

Nell'uso precedente che si è riportato da parte della Regione Emilia-Romagna sembra trattarsi dello stesso strumento, e così lo si è letto. Tuttavia, come si è visto anche su altri temi, nell'ambito socio-sanitario anche il vocabolario è plurisenso, insieme alla pluralità dei sistemi regionali.

5.2 Funzioni e presenza del PTRI nell'ambito delle misure di sicurezza per pazienti psichiatrici

I piani terapeutici riabilitativi individualizzati (PTRI) rappresentano anche uno strumento previsto dalla normativa per le persone sottoposte a misure detentiva e non detentiva, potenzialmente utile per favorire effettivi percorsi verso sfere sempre maggiori di libertà e autonomia.

Già nel DPCM 1° aprile 2008, Allegato C, a proposito della riorganizzazione in chiave sanitaria degli OPG, si individuava il “programma di cura, di riabilitazione e di recupero sociale di ciascuno degli internati” come strumento attraverso il quale progettare la dimissione dall'OPG e realizzare la presa in carico coordinata da parte dei servizi territoriali competenti e dei sanitari dell'OPG. Il PTRI è, successivamente, individuato dalla riforma per il superamento degli OPG come lo strumento tecnico di presa in carico dei pazienti, per passare dagli OPG al nuovo sistema di cura sul

¹⁰ Conferenza Unificata Stato-Regioni il 6 luglio 2022 (104/CU), Elementi attuativi, lett. e).

¹¹ <https://www.welforum.it/il-budget-di-salute-negli-indirizzi-nazionali/>

territorio¹². Si prevede l'obbligo per le aziende sanitarie locali di presa in carico delle persone in fase di dimissione dall'OPG all'interno di progetti terapeutico-riabilitativi individuali che assicurino il diritto alle cure e al reinserimento sociale, nonché favoriscano l'esecuzione di misure di sicurezza alternative.

La centralità dello strumento del PTRI è stata ribadita dal recente Accordo della Conferenza Unificata Stato, Regioni, Province autonome, Enti Locali, siglato in data 30 novembre 2022 (n. 181/CU). L'accordo richiama la funzione e le caratteristiche che il PTRI deve avere. Il PTRI definisce il percorso di cura e riabilitazione, declinandolo in obiettivi generali e specifici, prevenzione di comportamenti a rischio, trattamenti e interventi finalizzati al reinserimento sociale (rapporti con la famiglia, con la comunità esterna, il mondo del lavoro). Il PTRI è specifico per ogni paziente e deve essere elaborato con il suo coinvolgimento attivo. Deve essere periodicamente verificato, in base a procedure sanitarie ed inserito nella cartella clinica personale. I principi della recovery devono guidare l'elaborazione del PTRI:

- valutazione multi-professionale, secondo precise procedure e strumenti definiti per ciascun ambito;
- definizione del percorso terapeutico-riabilitativo e del contratto di cura che comprenda obiettivi generali e specifici, la prevenzione del comportamento a rischio e che sia comunque finalizzato alla re-inclusione sociale, nonché aspetti specifici di trattamento (impostazione della quotidianità, responsabilizzazione delle persone nella vita della struttura, attività riabilitative, anche attraverso il mantenimento dei rapporti con la famiglia).

Il PTRI si costituisce, dunque, come lo strumento che accompagna il percorso del paziente autore di reato dall'inizio alla fine della misura. Esso è, anche, un continuo punto di riferimento documentale del suo percorso di riabilitazione e reinserimento. L'Accordo prevede, ancora, che il DSM competente debba definire il P.T.R.I. appena prende in carico il paziente (entro 45 giorni) in collaborazione con gli Uffici U.I.E.P.E. del territorio competente e debba poi provvedere all'inserimento dello stesso nel sistema informativo indicato nel medesimo accordo. Il P.T.R.I., inoltre, deve essere comunicato all'Autorità Giudiziaria e deve essere periodicamente rivalutato per consentire l'eventuale rimodulazione del percorso assistenziale.

Il PTRI ha, quindi, lo scopo di porre gli obiettivi terapeutici e di monitorarne le evoluzioni nel corso del tempo. È stata sottolineata l'importanza che tale strumento non sia limitato agli aspetti strettamente medico-sanitari ma comprenda anche quegli elementi sociali che sono alla base del processo di recovery; e, ancora l'importanza di essere aperto alla negoziazione con il paziente¹³. Il PTRI è, insomma, uno strumento tramite il quale è possibile integrare e coordinare gli obiettivi congiunti della cura e della tutela dei diritti, che sono nella maggior parte dei casi inestricabilmente connessi.

Il piano terapeutico riabilitativo individuale può essere (e dovrebbe essere) anche uno strumento utile a supportare il giudizio della magistratura di sorveglianza, nella valutazione della pericolosità sociale che avviene in relazione alla proroga o alla revoca delle misure di sicurezza: l'interazione tra la prospettiva psichiatrica, contenuta nella relazione dello psichiatra di riferimento della persona sottoposta a misura, e la prospettiva giuridica del magistrato porta alla formulazione del giudizio sulla pericolosità, che sarebbe più trasparente se il PTRI fosse utilizzato in maniera sistematica, in quanto

12 In particolare dall'art. 3-ter, comma 6, del DL 221/2011, convertito nella Legge 9/2012, come modificato dal DL 24/2013, convertito nella Legge 24/2013.

13 C. Piazza, L. Castelletti, *Il Ptri nelle Rems, uno strumento per sostenere la "rivoluzione" delle misure di sicurezza* (paper da verificare se pubblicato)

permetterebbe un confronto tra psichiatria e magistratura guidato da criteri chiari, e i progressi o le impasse sarebbero più facilmente valutabili. Anche perché l'obiettivo delle misure penali applicate a persone con patologia psichiatrica è, oltre alla sicurezza pubblica, quello della salute della persona a cui la misura è applicata, che è colpita da una "doppia vulnerabilità", secondo l'espressione usata dalla Corte Costituzionale (sentenza 99/2019). L'obiettivo della salute deve, dunque, essere non solo presente, ma guidare l'applicazione della misura, e il PTRI può essere lo strumento utile a scandire le tappe verso l'auspicabile traguardo della guarigione.

Dai dati della ricerca è emerso che il PTRI non è quasi mai presente nei fascicoli delle persone in libertà vigilata, e che dunque non è utilizzato come strumento di comunicazione tra la psichiatria e la magistratura. L'effettività della funzione dei PTRI nella sfera delle libertà vigilate, è dunque limitata dal fatto che di questi (qualora siano effettivamente esistenti) non siano resi edotti né gli assistenti sociali degli Uffici Esecuzione Penale Esterna, né i Magistrati di sorveglianza.

Per i pazienti presenti nella REMS di Volterra i PTRI sono, invece, tutti effettivamente redatti nei tempi previsti, ma, anche in questo caso, non sono presenti nei fascicoli presso l'Ufficio di sorveglianza di Pisa.

Oltre a questo, occorre comprendere come e quando un Piano terapeutico individualizzato possa effettivamente favorire un percorso di fuoriuscita da ogni misura di sicurezza e autonomizzazione. Il percorso terapeutico, infatti, dovrebbe sempre fondarsi sulla relazione e sul consenso del paziente, anche quando esiste una misura di sicurezza. La relazione dovrebbe basarsi sulla trasparenza e sulla conoscenza da parte del paziente di quanto annota lo psichiatra nella relazione, e che può potenzialmente produrre effetti sulla sua libertà. Il diritto alla salute mentale della persona sottoposta a misura penale potrebbe presentare, da questo punto di vista, contraddizioni con il diritto alla salute mentale della persona libera.

Inoltre, per adottare una prospettiva di piena tutela dei diritti delle persone non imputabili per vizio di mente, si dovrebbe garantire loro un pieno diritto alla difesa, che diventa impossibile da esercitare in mancanza di accesso alle relazioni e alle prescrizioni dei servizi.

5.3 I PTRI dei pazienti della REMS di Volterra

Tutti i pazienti della REMS di Volterra hanno il loro Piano terapeutico riabilitativo individuale, redatto entro 45 giorni dall'ingresso in REMS. Abbiamo avuto la possibilità di visionare, in forma anonimizzata, i PTRI dei pazienti presenti nella REMS alla data dell'8 novembre 2022, a esclusione dei nuovi giunti e di quelli in Licenza finale di esperimento (LFE). Abbiamo, quindi operato un'analisi sui PTRI di 23 pazienti, sul totale dei 30 presenti.

Tenendo come punti di riferimento gli elementi che il PTRI deve contenere secondo le linee guida nazionali, elencato al punto precedente, si può affermare che, in linea generale, i PTRI della REMS di Volterra sono coerenti con il modello adottato dalle linee guida. Tutti presentano un grado approfondito di individualizzazione dell'analisi delle caratteristiche del paziente e delle proposte di trattamento. Vengono valutate le competenze del paziente nelle diverse aree:

- Area Formativa - Lavorativa (qualifica professionale, percorsi formativi, esperienze lavorative, inserimenti socio-terapeutici, interessi lavorativi...)
- Area delle autonomie (cura di sé, cura delle proprie cose e del proprio ambiente di vita, rapporto con il cibo e dipendenze, utilizzo mezzi di trasporto, gestione del denaro, gestione dei farmaci, gestione del tempo libero...)
- Area motoria (fine/grosso motorio, deambulazione...)
- Area cognitiva (attenzione, memoria, capacità di lettura...)

- Area affettivo – relazionale - sociale (relazione con i familiari, amici, conoscenti, operatori, rapporto con le regole, modalità di relazioni gruppalì...)

Il grado di completezza dei dati raccolti è variabile, in alcuni casi sono molto precisi e dettagliati, in altri casi sono generici o mancanti; in particolare, nel caso di persone straniere o senza fissa dimora è più frequente che vi sia una carenza di dati, anche perché spesso sono evidenziate barriere linguistiche che rendono difficile la comunicazione.

In modo consequenziale alla valutazione vengono definiti gli obiettivi, che sono sempre obiettivi personalizzati. Anche se vi sono alcuni obiettivi che ricorrono più spesso, come quelli di:

- Supportare il paziente nel miglioramento della cura di sé e dello spazio di vita
- Lavorare sulla consapevolezza di malattia e la critica dei reati commessi;
- Lavorare sulla consapevolezza della necessità di una terapia psicofarmacologica a lungo termine e migliorare la compliance;
- Stimolare l'investimento relazionale e affettivo del paziente, favorendo i momenti di socializzazione, l'esposizione a stimoli relazionali e l'impegno in attività pratiche;
- Lavorare sulla consapevolezza di malattia, sull'importanza dell'astensione dall'alcol, dal THC e il legame di questi con i reati commessi.

Le specifiche abilità necessarie alla persona per il raggiungimento degli obiettivi non hanno uno spazio specifico a loro dedicato nel PTRI, ma spesso se ne parla nella parte della valutazione delle competenze o nella parte degli obiettivi.

Le risorse necessarie sono previste nel modello di PTRI utilizzato, ma non ne viene fatta un'analisi ampia, in alcuni casi lo spazio è lasciato vuoto, in altri si indicano risorse specifiche utilizzate o da utilizzare (per es. test psicodiagnostici). Sembra qui presente un'idea di "risorse" concentrata su singoli strumenti, che differisce rispetto a quella adottata nelle Linee guida, che invece la intendono come un insieme variegato di risorse (umane, ambientali e materiali, comprese quelle economiche) necessarie per il raggiungimento degli obiettivi, e prevedono che siano dettagliate quelle in essere e quelle da attivare attraverso fonti di finanziamento individuate, secondo le specifiche normative di riferimento, sia per quanto attiene al programma di cura che al progetto di vita. Questa concezione più ampia di "risorse" è utile a evidenziare le eventuali carenze dal punto di vista sociale, e a non attribuirle necessariamente all'individuo, nella prospettiva assunta dall'approccio bio-psico-sociale.

Il piano dettagliato dell'intervento è presente, ma spesso è concentrato su contenuti standardizzati, che certamente sono indispensabili per tutti i pazienti (colloqui con gli psichiatri, con gli psicologi, interventi terapeutico-riabilitativi), ma che così indicati non rendono chiara la differenza dell'intervento sull'uno piuttosto che sull'altro paziente; mancano, insomma, attività più specifiche, previste appositamente per il singolo. Ancora più spesso tali attività sono in realtà previste, ma sono collocate in altre parti del PTRI, spesso nella sezione degli obiettivi.

Sono sempre indicati nel PTRI gli operatori coinvolti e le altre figure coinvolte, con il dettaglio dei compiti e delle responsabilità, è presente la programmazione dei tempi di verifica (con indicatori a 3 mesi e a 12 mesi). La valutazione si svolge attraverso la verifica del raggiungimento degli obiettivi, su ognuno dei quali viene dato un giudizio. È sempre indicato il responsabile del progetto, ovvero il case manager. Nella valutazione iniziale o in quella intermedia, in relazione al raggiungimento degli obiettivi, è sempre indicata la prospettiva per il periodo successivo: questa può essere il proseguimento in REMS, oppure il passaggio a una struttura esterna o il rientro in famiglia. Non è mai fatta, però, un'ipotesi durata del progetto. Riguardo a questa fase, soprattutto quando il paziente si trovi nella condizione, per il percorso fatto, di accedere a percorsi

esterni, meno intensivi rispetto alla REMS, emergono le difficoltà e i tempi si fanno incerti: i percorsi esterni sono ricercati dagli operatori della REMS, così come sono attivate procedure per la richiesta di documenti, specialmente per le persone straniere, ma è evidente che non vi è la certezza della risposta e dei tempi in cui può arrivare. Di conseguenza le scadenze non sono previste. Questo punto segnala, anche nell'ambito del PTRI, le difficoltà in uscita dalla REMS dovute a percorsi non garantiti di inserimento sul territorio, che portano a un turn-over più lento di quanto potrebbe essere in base al trattamento effettuato con i pazienti, e sono una delle cause dell'aumento delle liste d'attesa.

Oltre agli operatori coinvolti si prevede che il PTRI sia firmato dall'utente presente, dal suo rappresentante legale, da un familiare, dal coordinatore dell'intervento, in accordo con quanto previsto nelle Linee guida. Tuttavia, non è previsto che il paziente possa dare la propria opinione e inserirla nel PTRI.

Una considerazione che emerge immediata dall'analisi dei PTRI è la mancanza, se non in alcuni casi, del riferimento al tipo di reato commesso, alle circostanze, alle eventuali vittime. Certamente non si tratta di un'omissione, ma di una scelta, volta a non stigmatizzare la persona in base al "suo" reato, a schiacciarla sul fatto commesso, ma piuttosto a valorizzarne le potenzialità di recovery guardando alle sue capacità ad ampio raggio, nella sua vita complessiva.

Tuttavia, tale scelta suscita anche perplessità, nel momento in cui quelle persone si trovano in un'istituzione chiusa a causa di un fatto da loro commesso, così come le persone che si trovano in carcere lo sono in esecuzione di una sentenza emessa a seguito della loro azione di violazione della legge penale. Sottolineare la commissione del reato significa sottolineare l'azione, e di conseguenza, la responsabilità della persona, e quindi anche la sua elaborazione del vissuto. È chiaro che la radice del problema si trova, in questo caso, non nell'approccio psichiatrico, ma in quello giuridico. In particolare, nella scelta del Codice penale di considerare completamente incapaci le persone con patologia mentale, e di escluderne la responsabilità penale. A cui rischia di seguire poi una sorta di dissociazione dal passato e dal fatto di reato.

Si è visto che uno degli obiettivi del PTRI è, molto spesso, quello di lavorare sulla consapevolezza di malattia e sulla critica dei reati commessi. Quindi è evidente che, nella cura psichiatrica, si tiene in considerazione il reato, ma questo è come se fosse un fatto interno alla malattia. Se ne perde la dimensione sociale.

Ovviamente il PTRI non può cambiare la legge. Ma, come proposta di integrazione dello strumento, si potrebbe inserire in esso una valutazione più chiara ed espressa del fatto-reato commesso, delle sue conseguenze sulle relazioni personali o familiari. Senza chiedere di arrivare ad una sorta di pentimento, cosa che la legge non richiede per i detenuti, si potrebbe sottolineare maggiormente la relazione con il reato commesso e la gestione delle sue conseguenze sociali e anche materiali. Che sono, in fondo, altri aspetti sociali rilevanti.

6. Dentro/fuori quanto è permeabile il muro del carcere per i servizi territoriali e come funziona la relazione e il dialogo tra servizi

In carcere, la questione psichiatrica è spesso delineata come questione di ordine interno e di sicurezza, piuttosto che come questione sanitaria e i servizi di salute mentale interni al penitenziario – nonostante la riforma della sanità penitenziaria che ha sancito il principio dell'almeno pari accesso alle cure per le persone detenute – presentano ancora peculiarità e differenze rispetto ai servizi sul territorio.

Tra gli aspetti che sembrano essere particolarmente significativi per garantire una effettiva parifica-

zione tra assistenza interna ed esterna – a prescindere dalla costituzione, tipologia e configurazione dei luoghi atti ad ospitare le persone con gravi patologie (questione che spesso finisce per assorbire tutte le energie del dibattito sulla salute mentale in carcere) – è la questione del dialogo e della relazione tra servizi interni ed esterni.

Per preparare uno studio preliminare della questione dei rapporti tra istituzioni, si sono predisposti due questionari: uno da somministrare ai referenti dei servizi psichiatrici in carcere, l'altro da somministrare ai referenti dei Dipartimenti di salute mentale.

6.1 La percezione degli operatori della salute mentale in carcere

Il questionario ha avuto lo scopo di comprendere il funzionamento della presa in carico dei pazienti con problematiche di carattere psichiatrico all'interno del penitenziario, tramite le domande poste al referente della salute mentale che si occupa, per ogni istituto, della presa in carico psichiatrica. Una particolare attenzione è stata dedicata ai percorsi verso l'esterno dell'istituzione penitenziaria.

Le risposte sono state ricevute tra il gennaio e il giugno 2023 e riguardano tutti gli istituti per adulti della Toscana, tranne Porto Azzurro, da cui non è arrivata risposta. Mentre Gorgona si considera inclusa nel questionario relativo al carcere di Livorno, essendo considerata come sezione distaccata di questo. In tutto si sono avute 14 risposte.

Come avviene la presa in carico della persona con patologie psichiatriche? Erano state proposte 5 possibili risposte (su segnalazione del personale della polizia penitenziaria, su segnalazione del personale sanitario, a seguito di quanto emerso nel colloquio di primo ingresso, su richiesta della persona, tutte le risposte precedenti) con la possibilità di scegliere più di una risposta. Come si vede dal grafico di seguito riportato, le risposte che sono state scelte più volte indicano che la presa in carico avviene a seguito di quanto emerso dal primo colloquio di ingresso in carcere e su segnalazione del personale sanitario.

Grafico n. 50

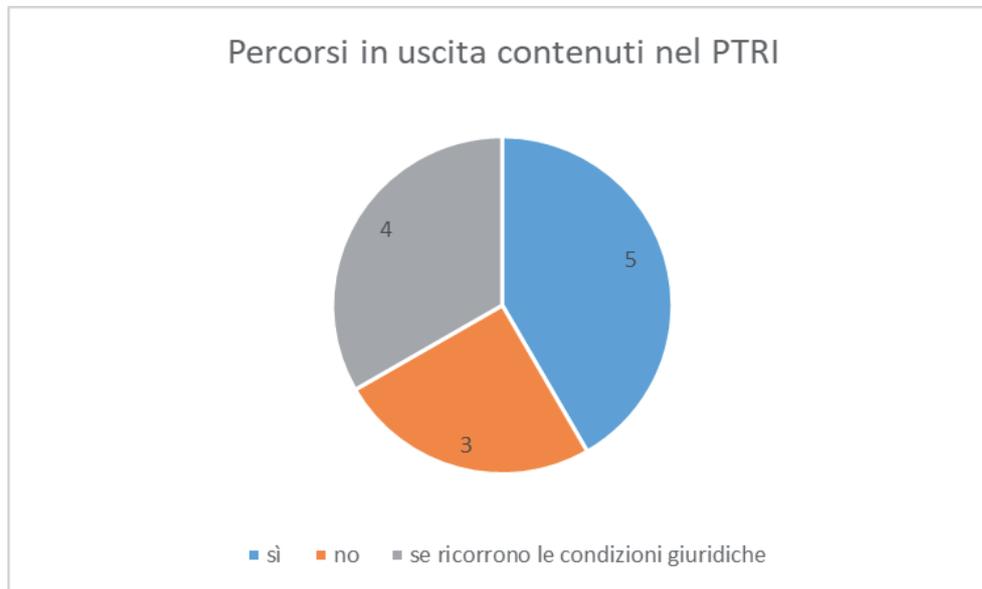


Si è domandato se la presa in carico da parte del servizio psichiatrico interno all'istituto comprendesse l'elaborazione di un piano terapeutico individualizzato. A questa domanda la gran parte dei referenti, pari a 12, ha risposto in modo affermativo, mentre in 2 hanno risposto negativamente.

Poiché il piano terapeutico individualizzato accompagna e definisce il percorso di cura della per-

sona per cui è redatto, è importante conoscere se questo contenga percorsi finalizzati all'uscita dal carcere. A coloro che hanno dato le 12 risposte positive sull'elaborazione del piano, è stato chiesto se questo prevedesse percorsi finalizzati all'uscita dal carcere. La risposta è stata in maggioranza positiva, come indicato dalle cifre inserite nel grafico.

Grafico n. 51



Ancora in relazione alla predisposizione del piano terapeutico è importante conoscere se vi è una relazione di base con i servizi del territorio, che è il nodo su cui si fonda la possibilità di uscita dal carcere tramite la costruzione di un percorso in strutture sul territorio. E, in particolare, è necessario sapere se nel percorso terapeutico viene coinvolto il servizio di salute mentale territorialmente competente. A questa specifica domanda la maggioranza (10) dei referenti ha risposto affermativamente, mentre una parte minoritaria (4), ma non irrilevante, ha risposto di no.

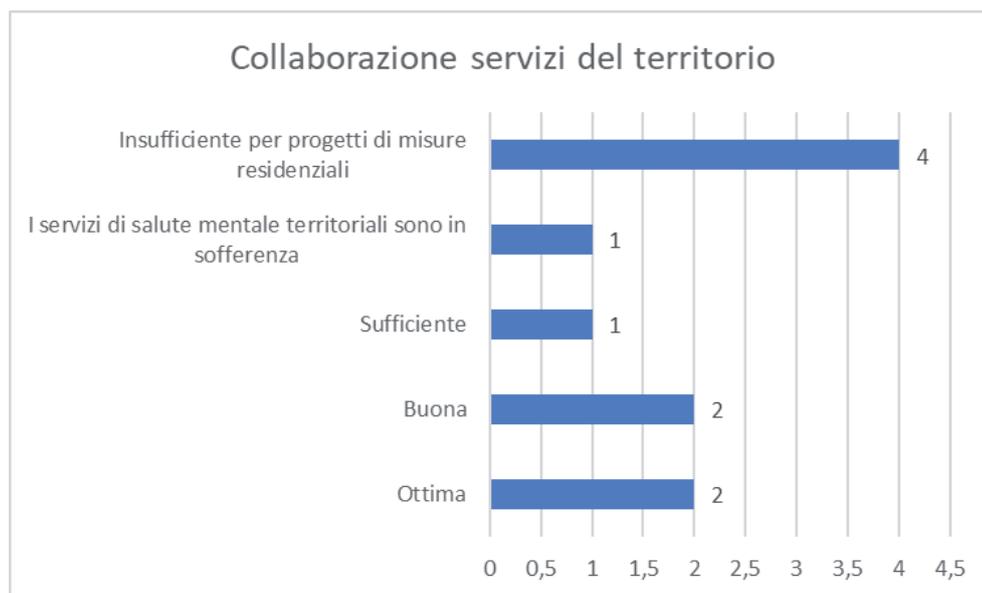
Alla domanda aperta su come viene coinvolto il servizio territoriale le 10 persone hanno descritto sinteticamente le modalità, che di seguito si elencano:

1. la sottoscritta, in quanto rappresentante del servizio territoriale, fornisce i riferimenti per un percorso carcere-territorio;
2. in collaborazione con la psicologa e l'educatrice vengono presi contatti con il CSM di riferimento;
3. gli psichiatri del territorio a volte chiedono l'autorizzazione per entrare in istituto per parlare con i propri pazienti e poi prendono un appuntamento con loro una volta usciti di carcere per una nuova presa in carico;
4. posta elettronica telefono;
5. presto servizio presso l'istituto come dirigente medico della Salute Mentale Adulti: di conseguenza, il coinvolgimento del servizio per gli assistiti del nostro territorio è rapido e scontato; se i detenuti destinatari di un progetto terapeutico provengono da altri territori si affida ai Servizi di competenza la stesura del progetto;
6. il detenuto viene segnalato per mail al servizio territoriale dove era in carico;
7. segnalazione al servizio territoriale; richiesta documentazione eventuali contatti pregressi; richiesta per incontro con la persona detenuta; segnalazione alla dimissione se non programmata; attivazione TSO se acuzie psicopatologiche (quest'ultima risposta vale per 4 istituti).

Si è chiesto ai referenti di esprimere un parere in merito alla collaborazione con i servizi di salute mentale territoriali, e questa è stata valutata come segue:

1. Ottima: 2 risposte
2. Buona: 2 risposte
3. Sufficiente: 1 risposta
4. I servizi di salute mentale territoriali sono in sofferenza: 1 risposta
5. In generale, insufficiente per progetti di misure residenziali; in qualche realtà locale, maggiori disponibilità: 4 risposte.

Figura n. 52



Le risposte a questa domanda sono significative poiché mettono in evidenza le problematiche dei servizi sul territorio, che sono in sofferenza e con insufficienti risorse per garantire le misure residenziali. Non tutte le risposte sono negative, anzi si può dire che le condizioni siano differenziate, e probabilmente dovute alle diverse condizioni dei servizi nelle differenti zone del territorio toscano. Le risposte, se aggregate, possono essere lette come per metà, tutto sommato, positive (risposte 1-3) e per metà negative (risposte 4-5).

La compatibilità della patologia da cui il detenuto è affetto con lo stato di detenzione è uno degli accertamenti su cui spesso si fonda la possibilità di questo di uscire dal carcere, preferibilmente verso una struttura terapeutica oppure in detenzione domiciliare. Ma, chi accerta tale compatibilità? Non sembra essere presente una prassi condivisa. Il medico psichiatra che ha in carico il paziente valuta la compatibilità in 6 casi su 14, mentre negli altri 8 casi non la valuta (di questi ultimi, 4 casi specificano che “nel caso si segnala all’autorità giudiziaria per valutazione specifica”).

Non sono previsti, infatti, se non in un caso, protocolli per le ipotesi in cui la persona presenti un quadro patologico incompatibile con lo stato detentivo. L’unica risposta positiva ha affermato che il protocollo consiste nel “prendere contatti con i servizi territoriali e con il magistrato a cui è affidato il caso”. Una risposta simile è stata, peraltro, data anche da 4 dei rispondenti in modo negativo: dal loro punto di vista non sono previsti protocolli e “se è incompatibile deve essere scarcerato e ricoverato”.

Il servizio psichiatrico territoriale viene coinvolto, e su ciò concordano tutti i referenti che hanno risposto al questionario, per individuare alternative comunitarie per le persone che vivono in condizioni patologiche incompatibili con la detenzione. La collaborazione con i servizi di salute mentale

territoriali in queste situazioni specifiche è stata valutata in modo simile alla collaborazione su altre situazioni più “ordinarie”. Si riportano le risposte sintetiche ricevute:

1. Ottima: 2 risposte
2. Buona: 2 risposte
3. Buona in considerazione degli impegni territoriali: 2 risposte
4. i servizi mentali territoriali sono in sofferenza: 1 risposta
5. sufficiente: 1 risposta
6. non ho mai avuto esperienza diretta di una situazione di questo tipo, ma esiste almeno un caso, nella storia del servizio, in cui tale soluzione ha avuto un buon esito
7. non si è mai verificata questa condizione, pertanto, non posso valutare la collaborazione con i servizi competenti per territorio in situazioni del genere
8. Come prima: non sono sufficienti le progettualità per inserimenti residenziali, ma anche i servizi sociali non offrono adeguate soluzioni: 4 risposte.

Come si è visto il caso della persona destinataria di una misura di sicurezza psichiatrica, ma reclusa in carcere, è particolarmente grave e solleva illegittimità dal punto di vista giuridico, in quanto la persona è detenuta senza titolo in attesa di un posto in REMS. Come si procede in questi casi? Sono previsti protocolli specifici?

Si riportano per esteso le risposte:

1. in quei casi viene attivato il percorso per l’inserimento alla REMS
2. la tipologia dell’istituto non prevede soggetti destinati a una REMS
3. il detenuto rimane in carcere finché non si libera un posto nella REMS
4. si avvertono i servizi di salute mentale territoriali
5. spesso il paziente attende l’inserimento in REMS in strutture che accolgono paziente psichiatrici autori di reato; è il perito che riferisce al Giudice quale dovrà essere la destinazione del paziente
6. vengono esplorate le possibili soluzioni secondo criteri di appropriatezza e tollerabilità: se il paziente è in carico al nostro servizio, tenendo conto che l’assenza di un posto in REMS non può certo, a priori, rendere appropriato un approccio terapeutico-residenziale, soprattutto se meno contenitivo
7. non si è mai verificata questa condizione
8. Il magistrato competente decide l’allocazione dell’infermo, che non può stare in carcere. Il problema è quando non c’è posto in REMS
9. no: 2 risposte
10. eventuale invio in articolazione salute mentale: 4 risposte

Le risposte sono differenziate e colgono pezzi di procedure che sono, o dovrebbero essere, attuate. Alcune colgono la prassi, anche se non corrispondente alle norme, e questo è importante per capire il funzionamento concreto. Emerge che quel che manca è un coordinamento e su questo si crede che l’attuazione del PUR potrà portare un effettivo miglioramento.

Tutti i rispondenti, tranne uno, hanno affermato che, il servizio psichiatrico territoriale viene coinvolto per individuare alternative per le persone detenute senza titolo in attesa di un posto in REMS.

Se in questi casi si abbia collaborazione dei servizi sul territorio e come venga valutata è una do-

manda che ha suscitato, in parte, le stesse risposte date alle precedenti domande in merito alla collaborazione, in un caso invece ha trovato una risposta migliore (“è il servizio stesso che si attiva per valutare i casi”). Di seguito le risposte per esteso:

1. ottima: 2 risposte
2. è il servizio stesso che si attiva per valutare i casi
3. buona
4. buona in considerazione degli impegni territoriali: 2 risposte
5. sufficiente
6. non ho mai avuto esperienza in tal senso
7. i servizi mentali territoriali sono in sofferenza
8. come sopra: se non vi sono possibili posti REMS sono necessarie soluzioni residenziali alternative: 4 risposte.

La questione se la persona che non ha particolari patologie diagnosticate, possa fruire di un supporto psicologico ha trovato risposta positiva da parte di tutti i rispondenti.

6.2 La percezione degli operatori della salute mentale presso i CSM

Per avere un quadro completo dei livelli di collaborazione e del funzionamento del percorso tra l'interno e l'esterno del carcere e delle istituzioni penali, per le persone con diagnosi psichiatrica, si è ritenuto opportuno sottoporre alcune domande anche ai referenti della salute mentale presso i CSM.

Le risposte sono state ricevute tra dicembre 2022 e giugno 2023 da 21 dei 42 CSM coinvolti, con tassi di risposta molto differenziati per le diverse ASL, come si può vedere nella tabella seguente.

Tabella 47

Risposte CSM			
	CSM	Risposte	Percentuale risposta
Centro	15	5	33%
Nord ovest	16	7	44%
Sud est	10	9	90%
Tot	41	21	51%

Per comprendere il livello di continuità nella presa in carico abbiamo chiesto se i servizi ricevessero informazioni circa il sopraggiunto stato detentivo di una persona da loro già seguita e già presa in carico. L'86% del campione esaminato ha risposto in senso affermativo e soltanto il 14% in senso negativo.

Abbiamo chiesto se una volta ricevuta l'informazione il servizio provvedesse anche ad elaborare un nuovo PTRI che tenesse conto dello stato detentivo della persona. La risposta è stata positiva nel 95% dei casi. Nel 95% dei servizi, è previsto che il nuovo PTRI indichi percorsi di fuoriuscita dal carcere.

È interessante osservare come, per le persone già prese in carico, sembri esserci un percorso che nella percezione dei referenti è – quanto meno nelle prime fasi – ben delineato nella gran parte dei servizi: la notizia della detenzione viene ricevuta, il servizio di salute mentale provvede a modificare il PTRI

e si attiva per immaginare e progettare percorsi di fuoriuscita dall'istituzione.

La situazione – nella percezione dei referenti – peggiora per le persone che rientrano per residenza nel territorio di competenza del servizio ma non erano precedentemente conosciute.

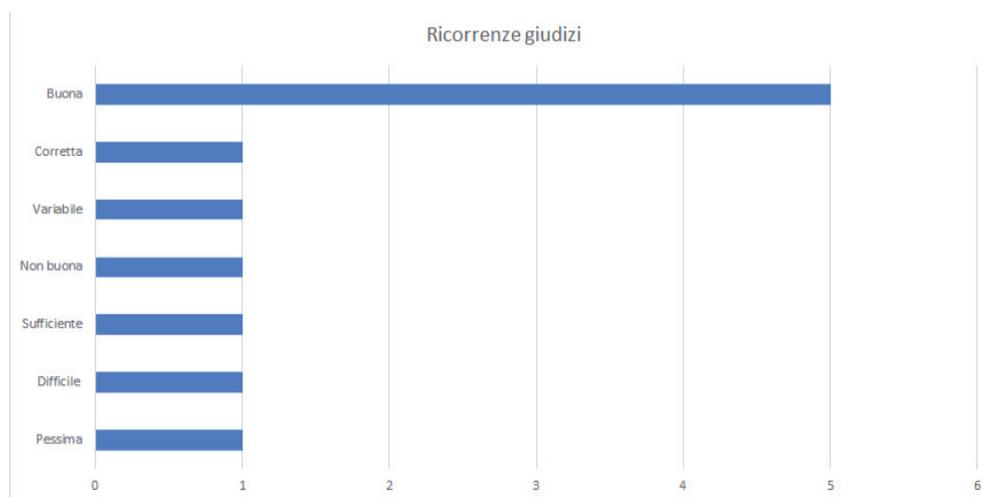
In questi casi, l'informazione relativa alla presenza in carcere di una persona con rilevati disturbi psichici viene fornita ad un numero di servizi pari al 67% degli intervistati, ancora la maggioranza ma un numero inferiore all'86% relativo ai pazienti già presi in carico.

Alla conoscenza della presenza di una persona con rilevati disturbi psichici fa seguito la visita di una persona del servizio in carcere per valutarne le condizioni nell'86% dei servizi e nell'86% dei servizi si prevede venga elaborato un PTRI, che include, nella quasi totalità dei casi percorsi di fuoriuscita dal carcere.

Abbiamo chiesto se questa procedura si fonda su prassi consolidate o su protocolli, nel 75% dei servizi è emerso che non esistono protocolli ad hoc né prassi. Nei casi in cui questi esistano, sono prevalentemente prassi operative. In un caso si chiarisce che non vi è un'attivazione automatica, ma soltanto dove sia espressamente richiesta una collaborazione da parte dei medici interni.

Per quanto riguarda la collaborazione tra servizi interni al carcere e i servizi territoriali, soltanto 14 dei servizi hanno offerto una risposta e 3 dei 14 hanno risposto motivando le ragioni per cui non ritengono possibile offrire una valutazione. Delle 11 risposte: 6 esprimono un giudizio positivo (buona e corretta), una variabile, le altre negativo, seppur con diverse sfumature (vedi grafico).

Figura n.53



Una delle risposte appare molto interessante, si fa riferimento ad una collaborazione fattiva che riguarda le urgenze e non i percorsi. Una collaborazione anche intensa e buona, ma focalizzata solo sull'emergenze non può certo garantire l'efficacia di percorsi di fuoriuscita dall'istituzione.

Abbiamo chiesto il livello di coinvolgimento del servizio in varie e diverse procedure e percorsi relativi alla salute mentale delle persone detenute: nella valutazione della compatibilità della patologia con lo stato di detenzione, nell'individuazione di alternative comunitarie per le persone con disturbi incompatibili con lo stato detentivo, nell'individuazione di alternative per le persone detenute senza titolo in attesa che si liberi un posto in REMS, in fase processuale nella valutazione della capacità di intendere e di volere.

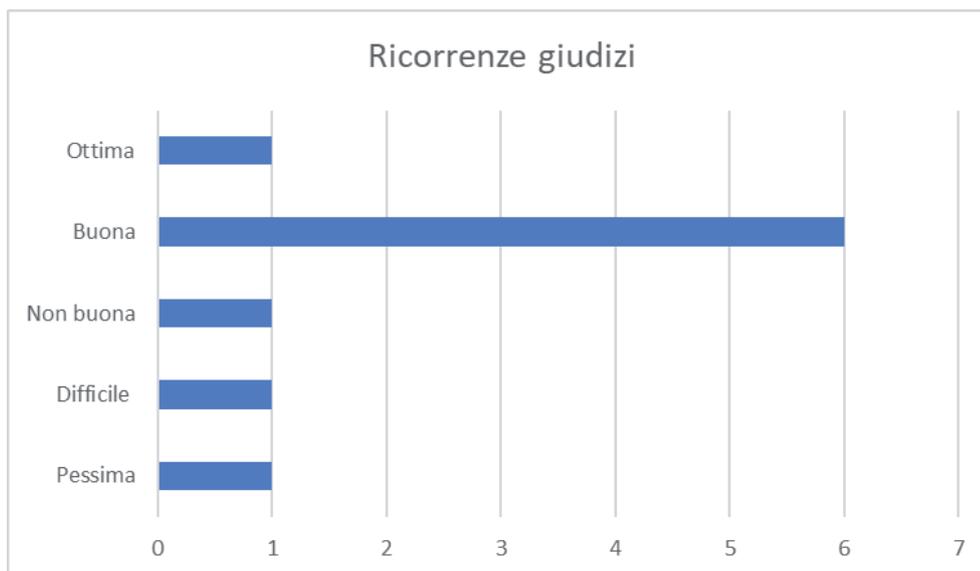
Tabella 48

Coinvolgimento servizio		
valutazione compatibilità stato detenzione	sì	12
	no	8
Soluzioni comunitarie per incompatibilità	sì	17
	no	3
Alternative detenuti senza titolo in attesa posto REMS	sì	18
	no	2
Perizia	sì	12
	no	8

Come si può osservare leggendo la tabella, il numero di servizi coinvolti nell'attività peritale e nella valutazione dei servizi è pari al 57% ed è più basso del numero di servizi coinvolti nell'individuazione di strutture comunitarie alternative per le persone con disturbi giudicati incompatibili con lo stato detentivo e nell'individuazione di strutture dove eseguire la misura di sicurezza detentiva in attesa di un posto libero in REMS.

Per quanto riguarda le persone che sono in carcere e si trovano in uno stato di salute incompatibile con il regime detentivo, nessuno dei servizi ha protocolli specifici. Tra i 16 servizi (su 21) che hanno risposto in merito alla valutazione della collaborazione per questi casi, ben 5 hanno evidenziato la difficoltà di valutare per la scarsissima probabilità che si verifichi il coinvolgimento dei servizi in queste ipotesi e la rarità di casi di questo genere. Questa percezione del fenomeno come numericamente ridotto, se non inesistente, è un indice interessante. Sappiamo che sono pressoché inesistenti i casi in cui viene dichiarata l'incompatibilità con il regime detentivo per ragioni di salute non fisica ma mentale, pur a fronte di una popolazione che sembra in grandissimo numero composta da persone che soffrono di disturbi psichiatrici.

Figura n.54

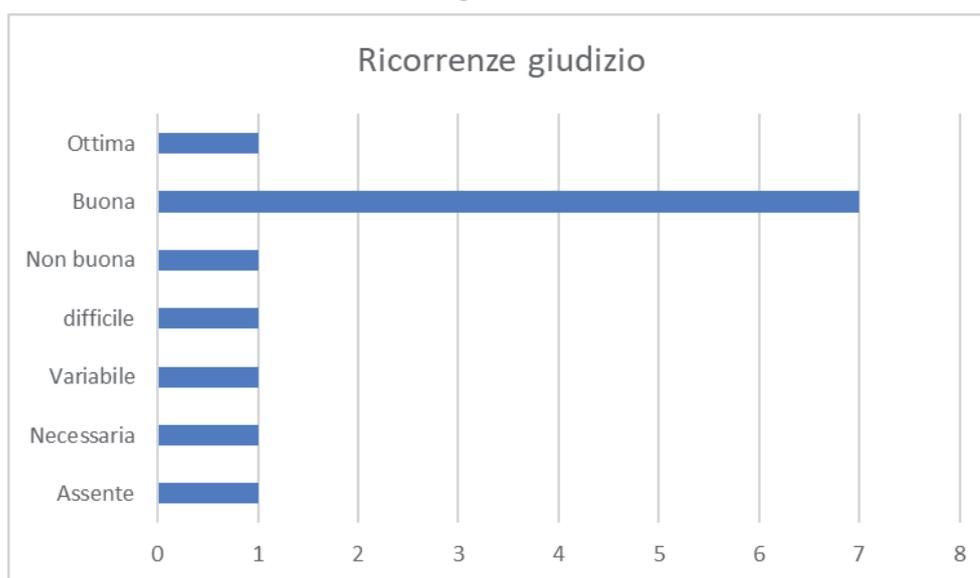


Nei casi in cui la valutazione è stata offerta, la collaborazione su questi aspetti è stata ritenuta positiva.

Anche per quanto riguarda l'individuazione di posti per le persone in lista di attesa, i servizi rilevano, l'assenza di protocolli, avvertita da alcuni come problematica «No, e questo è un grosso problema» mentre da altri è vissuta come non problematica «si agisce secondo la legge». La valutazione della collaborazione con i servizi in carcere in questi casi è valutata diversamente.

La gran parte dei servizi (18), intanto, probabilmente in ragione di una maggiore esperienza di queste situazioni, risponde. Solo una delle risposte fornite si esprime nel senso di una impossibilità di valutazione. In un caso, non viene espressa la valutazione e si esprime un parere circa la rilevanza della domanda asserendo che «Il problema non sta nella collaborazione ma nella difficoltà a reperire posti in REMS» e in un caso la risposta è incoerente con la domanda «no».

Figura n.55



La gran parte dei servizi che ha espresso un parere valuta comunque positivamente la collaborazione.

Per quanto riguarda il tipo di coinvolgimento del servizio nella fase processuale e di valutazione peritale, per tutti e 12 i servizi che hanno risposto a questa domanda, il coinvolgimento riguarda l'eventuale precedente presa in carico e la ricostruzione della storia sanitaria del soggetto. 8 su 12 si dicono coinvolti nella predisposizione di programmi comunitari (funzionali alla valutazione dell'adeguatezza della misura alla pericolosità sociale del soggetto) e 4 su 12 anche partecipi al procedimento diagnostico funzionale alla valutazione peritale della capacità di intendere e di volere al momento di commissione del fatto.

Per quanto riguarda l'attivazione dei servizi rispetto alle persone che si trovano in REMS e a loro percorsi di fuoriuscita: tutti i servizi dichiarano di essere informati quando un paziente in loro carico entra in REMS e di attivarsi per predisporre un piano individualizzato, che soltanto per uno dei servizi non contempla ipotesi di fuoriuscita.

La valutazione della collaborazione con la REMS è stata data da 16 servizi. Uno dei quali ha chiarito di non aver avuto alcuna occasione di collaborazione. Due delle risposte si sono concentrate non tanto sulla valutazione della collaborazione quanto sulla percezione di carenza di posti letto in REMS. In un caso la collaborazione è ritenuta difficile per carenze di personale, in tutti gli altri casi, la collaborazione è valutata positivamente (buona o ottima).

7. Prospettive di sviluppo: le SRP viste da dentro

L'analisi avviata sulle strutture residenziali psichiatriche apre a nuovi orizzonti di indagine. Per comprendere come funzionano e qual è il regime di vita interno, quali margini di libertà ed autonomia persistono e quali sono le dinamiche interne alle istituzioni, un futuro lavoro etnografico potrebbe rappresentare un utile mezzo di approfondimento.

L'analisi svolta ha permesso di evidenziare la presenza di regole rigide su alcune attività quotidiane, come gli orari del sonno/veglia, dei pasti, delle attività interne alla struttura. Sarebbe importante di fronte alla presenza di tali regole, per come sono definite nelle carte dei servizi o per come sono state riportate dagli operatori che hanno risposto al questionario, analizzare come queste vengono messe in gioco nelle concrete relazioni all'interno delle strutture.

Un'attività di osservazione partecipante da svolgere da parte dei ricercatori/ricercatrici in un piccolo campione di strutture, tramite la presenza continuativa nella struttura per un dato periodo di tempo e la partecipazione alle attività interne ed esterne, potrebbe fornire un quadro delle pratiche che vanno a costituire la condizione (di maggiore o minore libertà, di maggiore o minore autonomia) degli ospiti delle strutture.

Conclusioni e proposte

La ricerca ha avuto come oggetto i tre ambiti di intersezione della salute mentale con gli spazi della penalità e della restrizione della libertà personale: il carcere, le Rems e le strutture psichiatriche territoriali. Queste ultime rappresentano un campo ibrido, a cui si può accedere con la misura di sicurezza della libertà vigilata (misura penale), ma che ospitano anche persone non sottoposte a nessuna misura penale, che vi entrano in ragione esclusivamente della loro condizione di salute.

Alcuni dei punti affrontati nel rapporto di ricerca possono offrire indicazioni su come procedere per attuare al meglio la legislazione vigente e tutelare i diritti delle persone autrici di reato con disabilità psicosociale. Senza immaginare proposte di riforma legislativa, che comunque in questi anni sono state presentate in Parlamento, si possono proporre suggerimenti per far funzionare l'attuale sistema, mantenendo vivo quello spirito riformatore che ha animato la "rivoluzione gentile" e che ha affondato le sue radici nella riforma basagliana.

In primo luogo, il carcere emerge come un luogo di sofferenza. Gli indicatori presi in considerazione, come gli eventi critici (suicidi e atti di autolesionismo) e l'uso dei farmaci (con grande prevalenza di quelli relativi al sistema nervoso) mostrano che le persone in detenzione sperimentano un alto livello di malessere. Al di là della qualificazione come "detenuto psichiatrico", che è complessa e non deriva in modo diretto da rilevazioni cliniche ma comprende il processo di attribuzione di tale etichetta nell'ambito delle relazioni istituzionali, il grado di sofferenza rilevato deve mettere in discussione le modalità di vita presenti in carcere e cercare di offrire alternative, sia di reinserimento sociale, sia strettamente terapeutiche. Uno dei nodi emersi è la quasi totale assenza di applicazione delle misure alternative alla detenzione per persone detenute con malattia psichiatrica, come sarebbe invece previsto dalla sentenza della Corte Costituzionale n. 99/2019, questione che necessita di una risposta se la detenzione vuole essere conforme a Costituzione.

In secondo luogo, si raccomanda l'introduzione di un modello di PTRI condiviso a livello regionale che venga conosciuto e applicato da parte di tutte le istituzioni che si occupano della salute mentale della persona detenuta, in misura di sicurezza o in misura alternativa alla detenzione; tale modello dovrebbe contenere parametri utili a valutare la necessità e la realizzazione dell'integrazione socio-sanitaria, come il coinvolgimento dei servizi sociali, quando necessario per le condizioni del paziente. L'utilizzo condiviso di tale strumento permetterebbe un dialogo tra le istituzioni basato su elementi "oggettivi" e un giudizio indipendente da parte della magistratura di sorveglianza e dell'area educativa.

In terzo luogo, i dati quantitativi sulle strutture psichiatriche residenziali (riferimenti della struttura, posti letto, posti occupati, quante e quali tipologie di misure sono ospitate, così come indicato nelle Tabelle 43-45) dovrebbero essere pubblicati e liberamente accessibili in rete, con aggiornamento possibilmente mensile, al pari dei dati pubblicati dal Ministero della Giustizia riguardo alle presenze nelle carceri. Tutte le strutture dovrebbero essere, potenzialmente e in base al bisogno di

cura, accessibili come luoghi di destinazione delle misure di sicurezza e delle misure alternative. La conoscenza della rete di strutture aprirebbe il mondo della salute psichiatrica alla possibilità di conoscenza da parte della società; renderebbe anche più semplice la collaborazione con gli altri operatori della giustizia, come gli avvocati e le associazioni di volontariato, che cercano di supportare detenuti e internati nell'applicazione dei loro diritti.

In quarto luogo, l'istituzione e l'attivazione del Punto Unico Regionale, deputato dall'accordo Stato-Regioni 181/CU a numerosi compiti di organizzazione e coordinamento tra istituzioni investite di compiti applicativi delle misure di sicurezza, appare una positiva novità che potrà fare la differenza rispetto al presente. Nonostante sia disciplinato in un Accordo Stato-Regioni, dunque senza la cogenza della legge, le linee organizzative del PUR toccano punti cruciali nelle procedure di applicazione, modifica e revoca delle misure di sicurezza, che se seguiti in modo regolare risolverebbero o ridurrebbero alcune problematiche note, come la lista d'attesa.

In quarto luogo, le misure provvisorie costituiscono un dato che, purtroppo, sfugge alla rilevazione, poiché non si hanno fascicoli presenti in modo sistematico presso l'UIEPE e presso gli Uffici di Sorveglianza; sarebbe opportuno chiedere ai Tribunali che applicano le misure, segnatamente agli Uffici dei Giudici per le indagini preliminari, di segnalare i casi al PUR, e inviare i relativi fascicoli: senza questo contatto le misure di sicurezza provvisorie, che costituiscono buona parte delle problematiche presenti, non sono gestibili.

In quinto luogo, la questione delle persone straniere e senza fissa dimora dovrebbe essere gestita in maniera organica, cercando di coinvolgere i Comuni, a partire dal parere del Garante Nazionale e dall'Accordo 181/CU. Il primo, ha ribadito la norma di cui all'art. 45 dell'O.P. che prevede l'attribuzione della residenza, per il detenuto che ne sia privo, nel carcere di competenza, e che deve essere applicato anche alle REMS, per cui le persone senza fissa dimora presenti nelle REMS di Volterra ed Empoli devono essere iscritte nelle anagrafi dei rispettivi Comuni. Il secondo che ha stabilito che, nel caso di misura da applicare a persone senza fissa dimora la competenza in materia socio-sanitaria (dunque sia per la parte psichiatrica che per quella sociale) è del Comune sul cui territorio è stato commesso il reato.

Infine, tornando sulla questione penitenziaria, la quasi totale assenza di applicazione delle misure alternative alla detenzione per persone detenute con malattia psichiatrica, in base al disposto della sentenza 99/2019 potrebbe trovare una via di trasformazione attraverso il lavoro del PUR. Poiché gli adempimenti socio-sanitari necessari alla concessione delle misure alternative alla detenzione sono i medesimi richiesti per l'applicazione delle misure di sicurezza, e anche le strutture di destinazione sono le medesime, affiancare la gestione delle misure alternative a quella delle misure di sicurezza, in modo che possano essere da questa influenzate in modo positivo sarebbe una scelta auspicabile. Del resto, al di là della netta distinzione normativa tra pena e misura di sicurezza operata dal Codice penale, la pratica vede molte persone in una doppia condizione, di condannato per alcuni reati, di prosciolto con misura di sicurezza per altri; dunque il coordinamento nella gestione delle due tipologie di misure renderebbe più semplice la loro applicazione.

Giuseppe Fanfani, Giulia Melani, Katia Poneti, Emilio Santoro

Riferimenti bibliografici

Bibliografia

- Aa.Vv., *La dimensione affettiva delle persone in detenzione. Gli spazi per l'affettività e le specificità della detenzione femminile*, Fondazione Michelucci, 2021;
- American Psychiatric Association, *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali. DSM-5*, ed. it., Raffaello Cortina Editore, Milano, 2014;
- Associazione Antigone, *Suicidi ed eventi critici*, in Antigone, *Oltre il virus*, cit.; P.A. Allegri, G. Torrente, *Si torna a morire. Il preoccupante aumento di suicidi e morti in carcere*, in Antigone, *Un anno in carcere. XIV rapporto sulle condizioni di detenzione*;
- Baccaro L., Morelli F., *In carcere: del suicidio ed altre fughe*, Ristretti orizzonti, Padova, 2009;
- Basaglia F., *Scritti*, Einaudi, Torino 1981;
- Bernardini M. G., *Disabilità, giustizia, diritto. Itinerari tra filosofia del diritto e Disability Studies*, Giappichelli, Torino, 2016;
- Bortolato M., “La sentenza n. 99/2019 della Corte costituzionale: la pari dignità del malato psichico in carcere”, in *Cassazione Penale*, 9, 2019, p. 3152
- Bowker L.H., “Exile, Banishment and Transportation”, in *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 1980, 24(1), pp. 67-80;
- Castiglioni R., “Il ritorno del Mariolino. Ovvero dell’insostituibile funzione del manicomio criminale”, in *Rassegna penitenziaria e criminologica*, 1986, 1-3, pp. 105 e ss.;
- Cendon P., “Un altro diritto per i soggetti deboli. L’amministrazione di sostegno e la vita di tutti i giorni”, in *Rivista critica del diritto privato*, 25(1), pp. 135-182;
- Cesareo V. (a cura di), *XXVII rapporto ISMU sulle migrazioni*, Fondazione ISMU, 2022, disponibile in versione sia italiana che inglese sul sito www.ismu.org;
- Cipriano P., *La fabbrica della salute mentale*, Elèuthera, Milano, 2013;
- Commissione parlamentare di inchiesta sull’efficacia e l’efficienza del servizio sanitario nazionale, *Relazione sulle condizioni di vita e di cura all’interno degli ospedali psichiatrici giudiziari*, Doc. XXII-bis n. 4, disponibile alla pagina: https://www.senato.it/documenti/repository/commissioni/servizio_sanitario16/Relazione_OOPPGG_doc_XXII-bis_4.pdf
- Cohen S., “The punitive city: note on dispersal of social control”, in *Contemporary crises*, 3, (1979), pp. 339 e ss.;

Riferimenti bibliografici

- Comitato dei Ministri del Consiglio d'Europa, *Raccomandazione n. R(98)7 sugli aspetti etici e organizzativi della salute in carcere*;
- Comitato Nazionale di Bioetica, *La salute dentro le mura*, 27 settembre 2013;
- *Salute mentale e assistenza psichiatrica in carcere*, 22 marzo 2019;
- Conrad P., "Medicalization and social control", in *Annual review of Sociology*, 1992, 18(1), 209-232;
- Corleone F., *Relazione semestrale sull'attività svolta dal Commissario unico per il superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari*, 19 febbraio - 19 agosto 2016, p. 71 ss.;
- *Seconda Relazione Semestrale sulle attività svolte dal Commissario unico per il superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari*, 19 agosto 2016 - 19 febbraio 2017, p. 47 ss.;
- *La rivoluzione gentile. La fine degli OPG e il cambiamento radicale*, in *Quaderni del Circolo Rosselli*, 1 (130), 2018, numero monografico F. Corleone (a cura di) *Manicomio criminali. La rivoluzione aspetta la riforma*, pp. 11-19;
- "Abattere il muro dell'imputabilità. Una proposta che guarda oltre", in M. Bevilacqua, L. Notaro, G. Profeta, et. al. (a cura di), *Malattia psichiatrica e pericolosità sociale. Tra sistema penale e servizi sanitari. Atti del convegno. Pisa 16-17 ottobre 2020*, Giappichelli, Torino, 2021, pp. 265-284;
- Corleone (a cura di), *Rapporto di ricerca. Salute mentale e assistenza psichiatrica nel carcere di Firenze Sollicciano*, pubblicato sul sito della Società della Ragione, www.societadellaragione.it, nella sezione "ricerche", 2022 (consultato in data 26 novembre 2022);
- Crewe P., Ievins A., "The Prison as a Reinventive Institution", in *Theoretical Criminology*, 2020, 24(4), pp. 568-89;
- Dias Vieira, S. Ciuffoletti, *Reparto D: un tertium genus di detenzione? case-study sull'incarceramento di persone transgender nel carcere di Sollicciano*, in "Rassegna penitenziaria e criminologica", 1/2015, pp. 159-207;
- Dipartimento dell'amministrazione penitenziaria, *Circolare avente ad oggetto "Trasferimenti dei detenuti per motivi di sicurezza"*, 9 ottobre 2018, riportata sul sito www.ristretti.it nella sezione dedicata alle circolari del DAP, (consultato in data 22 aprile 2022);
- Davis A., *Aboliamo le prigioni? Contro il carcere, la discriminazione, la violenza del capitale*, Minimum Fax, Roma 2009;
- Della Casa F., "La Corte Costituzionale corregge il rigido automatismo del ricovero provvisorio nella struttura manicomiale promuovendo la libertà vigilata al rango di alternativa", in *Giurisprudenza Costituzionale*, 2004, pp. 4001 e ss.;
- Doyle J. E. S., *Il mostruoso femminile. Il patriarcato e la paura delle donne*, Tlon, Roma, 2021;
- European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (CPT), *3rd General report on the CPT's activities, covering the period 1 January to 31 December 1992*, Strasbourg, 4 June 1993, punti 38-40;
- Famiglietti A., "Verso il superamento della pena manicomiale", in *Giurisprudenza Costituzionale*, 2003, 48, 2, pp. 2118 e ss.;
- Fassin D., *Punire. Una passione contemporanea*, Feltrinelli, Milano, 2019 pp. 111-145;

- Foucault, M., *Histoire de la folie à l'âge classique*, Gallimard, Paris 1972, trad. it. *Storia della follia nell'età classica*, Rizzoli, Milano 1977;
- *Surveiller et punir. Naissance de la prison*, Gallimard, Paris 1975, trad. it. *Sorvegliare e punire. Nascita della prigione*, Einaudi, Torino 1993;
- Garante regionale delle persone sottoposte a misure restrittive della libertà personale della regione Toscana, *Relazione annuale 2021. Sulle attività 2020*, tipografia Consiglio regionale della Toscana, 2021, pp. 25-58;
- Garante nazionale dei diritti delle persone private della libertà personale, *Relazione al Parlamento 2021*, disponibile in pdf e scaricabile al link: <https://www.garantenazionaleprivatiliberta.it/gnpl/resources/cms/documents/71eda75005cfca920c4c3a7cbcb6d27e.pdf>
- Garland D., *Pena e società moderna*, Il Saggiatore, Milano, 1999;
- Gonin D., *La santé incarcérée. Médecine et conditions de vie en détention*, L'Archipel, Paris, 1991, tr. it. di E. Gallo, *Il corpo incarcerato*, Edizioni Gruppo Abele, Torino, 1994 ;
- Goffman E., *Asylums. Essay on the social situation of mental patients and other inmates*, 1961, tr. it., *Asylums. Le istituzioni totali: i meccanismi dell'esclusione e della violenza*, Einaudi, Torino, 1968;
- , "Characteristics of total institutions", In *Symposium on preventive and social psychiatry*, April (1958), pp. 43-84;
- Grevi V., "Rapporto introduttivo su «diversion» e «médiation» nel sistema penale italiano", in *Rassegna penitenziaria e criminologica*, 1983, 1, pp. 47 e ss.
- Groppi T., "La sentenza 253 del 2003. La Corte e il 'diritto mite'", in *Forum di Quaderni Costituzionali*, 29 luglio 2003;
- Iannucci M., Brandi G., "Il reo folle e le modifiche dell'ordinamento penitenziario", in *Diritto penale contemporaneo*, 2018, 2, pp. 89-113;
- Istituto Enciclopedico Treccani, *Istituzionalizzazione* (voce), in *Vocabolario online*, Treccani, www.treccani.it (consultato in data 28 novembre 2022);
- Kehrer I., "Il diritto alla propria identità di fronte al binarismo di genere", in *About Gender*, 2019, 8 (15), pp. 337 – 363;
- Kholrausch E., "Sicherungshaft. Eine Besinnung aus den Streitstand", in *Zeitschrift für die gesamte Strafrechtswissenschaft*, 1924, pp. 21 e ss
- Manconi L., *Così si muore in galera. Suicidi e atti di autolesionismo nei luoghi di pena*, in "Politica del diritto". 2/2002, pp. 315-330;
- Manconi L., Boraschi A., "Quando hanno aperto la cella era già tardi perché...". *Suicidio e autolesionismo in carcere. 2002-2004*, in *Rassegna Italiana di Sociologia, Rivista trimestrale fondata da Camillo Pellizzi*, 1/2006, pp. 117-150;
- Mantovan C., "Dalla *law in books* alla *law in action*: i processi di implementazione delle norme", in R. Altopiedi, D. De Felice, V. Ferraris (a cura di), *Comprendere la sociologia del diritto*, Carocci, Roma, 2022, pp. 83-114;
- Margara A., *Prefazione*, in L. Baccaro, F. Morelli, *In carcere: del suicidio ed altre fughe*, Ristretti Orizzonti, Padova, 2009.

Riferimenti bibliografici

- Marinari D. e Scicione N. (a cura di), *La percezione dell'immigrazione in Toscana. Osservatorio regionale sull'immigrazione. Nota 3/2020*, disponibile sul sito www.irpet.it
- Melani G., “La funzione dell’OPG. Aspetti giuridici e sociologici”, in *L'altro diritto*, 2014.;
- Menghini A., Mattevi, E. (a cura di), *Infermità mentale, imputabilità e disagio psichico in carcere. Definizioni, accertamento e risposte del sistema penale*, Napoli, Editoriale Scientifica, 2020;
- Merzagorza I., “I cascami del positivismo: ancora su ospedali psichiatrici giudiziari e pericolosità sociale”, in *Rivista italiana di medicina legale*, 2003, 25 (6), pp. 1149-1157;
- Miravalle M., Torrente G., *La normalizzazione del suicidio nelle pratiche penitenziarie. Una ricerca sui fascicoli ispettivi dei Provveditorati dell'amministrazione penitenziaria*, in “Politica del diritto”, 1-2/2016, pp. 217-258;
- Pelissero M., *Pericolosità sociale e doppio binario. Vecchi e nuovi modelli di incapacitazione*, Giappichelli, Torino, 2008;
- “Infermità psichica sopravvenuta: un fondamentale intervento della Corte costituzionale a fronte del silenzio del legislatore”, *Diritto Penale e Processo*, 9, 2019, 1261
- Pellegrini P., Una riforma nel limbo e idee per il futuro, in *sos.sanità* (rivista online), 2018, consultabile al link www.sossanità.it (consultato in data 27 aprile 2022);
- Piazza C., Castelletti L., *L'integrazione funzionale psichiatrico-forense nella risoluzione delle “liste d'attesa”: l'esperienza della REMS del Veneto*, Contributo per la Sessione n. 6 della Conferenza salute mentale del 27 aprile 2019, disponibile su: <https://bit.ly/3lTsZoM> (consultato in data 25 marzo 2022);
- Poneti K., *Salute mentale in carcere: l'incerto destino dei rei folli*, in F. Corleone (a cura di), *Mai più manicomi*, Fiesole, Fondazione Michelucci Press, 2018
- Poneti K., *Le Rems in prospettiva costituzionale: sul diritto alla salute contro il potere di rinchiudere*, “L'Altro Diritto. Rivista”, (5) 2021
- Pound R., “Law in Books and Law in Action”, in *American Law Review*, 1910, 44(12), pp. 12-36;
- Re L., *Carcere e globalizzazione. Il boom penitenziario negli Stati Uniti e in Europa*, Laterza, Roma-Bari, 2006
- “Criminalità e criminalizzazione: selettività sociale, discriminazione razziale, disegualianza di genere” in T. Pitch (a cura di), *Devianza e questione criminale. Temi, problemi e prospettive*, Carocci, Roma, 2022, pp. 45-61;
- Ruggieri F., “Diversion: dall’utopia sociologica al pragmatismo processuale”, *ivi*, p. 538 ss.;
- Ruotolo M., “Quando l’inerzia del legislatore rende indifferibile l’intervento della Corte costituzionale. A proposito dell’applicazione della detenzione domiciliare per il ‘reo folle’”, in *Giurisprudenza costituzionale*, 2019, 2, p. 1103;
- Santorso S., *Un carcere fatto a circuiti: tra definizione formale e pratiche*, in Antigone, *Un anno in carcere*;
- Sbraccia A., “Immigrazione e criminalità. Nessi causali e costruzioni sociali”, in S. Mezzadra e M. Ricciardi (a cura di), *Movimenti indisciplinati. Migrazioni, migranti e discipline scientifiche*, Ombre corte, Verona, 2013, pp. 68-92;
- “Criminologia post-coloniale”, in C. Rinaldi, P. Saitta (a cura di), *Criminologie critiche contemporanee*, Giuffrè, Milano, 2018, pp. 27-50;

- Scott J. e Marshal G., *Institutionalization* (voce), in *Oxford dictionary of Sociology*, Oxford University Press, III Ed., 2009;
- Silvestri C., Milli C., Pacifici M. et. al (a cura di), *Stato di salute della popolazione detenuta in toscana: la fotografia del 2021. I risultati della V rilevazione ARS*, Agenzia Regionale della Sanità della Toscana, Firenze, 2022
- Sterchele L., *Il carcere invisibile. Etnografia dei saperi medici e psichiatrici nell'arcipelago carcerario*, Meltemi, Milano, 2021;
- Szadejko K., *Il modello "biopsicosociale: verso un approccio integrale"*, in *Teoria e prassi. Rivista di Scienze dell'educazione*, 1(2020);
- Torrente A., Schlesinger P., *Manuale di diritto privato. XXVII Edizione*, Giuffrè, Milano, 2017, pp. 99 e ss.
- Verdolini V., *L'istituzione reietta. Spazi e dinamiche del carcere in Italia*, Carocci, Roma, 2022;
- Virgilio G., "Saggio di ricerche sulla natura morbosa del delitto e delle sue analogie colle malattie mentali", in *Rivista di discipline carcerarie*, 1874, 4(10-11), pp. 485-506
- Wacquant L., *Punire i poveri. Il nuovo governo dell'insicurezza sociale*, DeriveApprodi, Roma, 2006;
- *Iperincarcerazione. Neoliberismo e criminalizzazione della povertà negli Stati Uniti*, Ombre corte, Verona, 2013;
- WHO, *Comprehensive Mental Health Action Plan 2013–2030*, World Health Organization 2021, Punto 9, p. 2;
- *World mental health report: transforming mental health for all*, World Health Organization 2022;
- WHO Europe, *Trencin Statement on prisons and mental health*, 2007;
- Zuffranieri M., Zanalda E., "Il percorso di superamento dell'OPG e i suoi effetti nell'applicazione delle misure di sicurezza", in *Rassegna Italiana di criminologia*, 2021, 25 (4), pp. 258-265;

Sitografia

- Associazione Antigone, www.antigone.it;
- Camera dei Deputati, www.camera.it;
- Epicentro, Portale di Epidemiologia dell'Istituto Superiore di sanità, www.epicentro.iss.it;
- Fondazione Iniziative e Studi sulla Multietnicità, www.ismu.org;
- Garante Nazionale dei diritti delle persone private della libertà personale, www.garanteprivatiliberta.it
- Istituto Italiano di statistica, www.istat.it;
- Istituto Enciclopedico Treccani, www.treccani.it;
- Istituto Regionale Per la Programmazione Economica della Toscana IRPET, www.irpet.it;
- L'altro diritto. Centro di documentazione su carcere, marginalità, devianza e governo delle migrazioni, www.adir.unifi.it;
- Ministero della Giustizia, www.giustizia.it;

Riferimenti bibliografici

Organizzazione Mondiale della Sanità, www.who.org;

Ristretti orizzonti, www.ristretti.it;

Senato della Repubblica, www.senato.it;

Quadro delle sentenze

Corte Costituzionale, sentenza 253/2003;

Corte Costituzionale 367/2004;

Corte Costituzionale, 208/2009;

Corte Costituzionale, sentenza 99/2019;

Corte Costituzionale 22/2022;

Corte di Cassazione, sez. I, n. 13382/2018, data udienza 23/11/2017;

Corte di Cassazione, sez. V, sentenza 14 ottobre 2020, n. 28575;

Corte Europea dei diritti dell'Uomo, Sy c. Italie, 24 gennaio 2022;

Tribunale di Sorveglianza di Torino, ord. 17 ottobre 2018, est. Vignera;

Indice delle figure

- Figura 1. Andamento tasso di suicidi ogni 10.000 detenuti 2016-2021
- Figura 2. Andamento del tasso di tentati suicidi in carcere 2017-2020
- Figura 3. Andamento tasso di autolesionismo. 2017-2020.
- Figura 4. Presenze e capienza medi annui negli istituti penitenziari toscani
- Figura 5. Tasso di sovraffollamento medio negli istituti toscani 2021
- Figura 6. Tasso tentati suicidi 2017-2021 Toscana
- Figura 7. Atti di autolesionismo nelle carceri Toscane 2017-2021
- Figura 8. Mappa istituti penitenziari per tipo di assistenza sanitaria
- Figura 9. Farmaci del sistema nervoso per sotto-categorie esterne somministrati nelle carceri toscane. Rilevazione ARS
- Figura 10. Mappa REMS in Toscana
- Figura 11. Percentuale REMS provvisorie e definitive nelle REMS toscane
- Figura 12. Proporzione provvisori/definitivi tra i presenti in REMS a ottobre 2022
- Figura 13. Confronto percentuali classe di età libero vigilati in Toscana - detenuti in Toscana - detenuti in Italia al 31/05/2022. Dati relativi ai detenuti tratti dalle statistiche del Ministero della Giustizia
- Figura 14. Nazionalità ospiti REMS
- Figura 15. Internati per grado di istruzione
- Figura 16. Professione prima dell'ingresso in REMS
- Figura 17. Internati per condizione abitativa
- Figura 18. Rete familiare o affettiva di supporto
- Figura 19. Diagnosi
- Figura 20. Dipendenze da sostanze
- Figura 21. Amministratore di sostegno, tutore, curatore
- Figura 22. Precedente presa in carico
- Figura 23. Reati
- Figura 24. Classi di reati

Indice delle figure

- Figura 25. Infermità totale/parziale
- Figura 26. Provenienza prima della REMS
- Figura 27. Andamento libertà vigilate nazionale
- Figura 28. Andamento libertà vigilate Regione Toscana
- Figura 29. Mappa con intensità libertà vigilate/popolazione. Realizzata con Tableau
- Figura 30. Persone in libertà vigilate per genere
- Figura 31. Confronto classi di età stranieri/italiani tra i detenuti e i libero-vigilati.
- Figura 32. Persone in libertà vigilata terapeutica al 31/05/2022 per nazionalità
- Figura 33. Confronto popolazione italiana e straniera in Toscana nella popolazione generale e in LV terapeutica
- Figura 34. Confronto percentuale stranieri/italiani tra i detenuti e i libero-vigilati.
- Figura 35. Liberi vigilati per grado di istruzione
- Figura 36. Liberi vigilati per professione
- Figura 37. Liberi vigilati in Toscana al 31/05/2022. Residenza o domicilio.
- Figura 38. Liberi vigilati per presenza rete familiare o affettiva di sostegno
- Figura 39. Liberi vigilati per classe di disturbo diagnosticato
- Figura 40. Libero vigilati per riportata dipendenza da alcol o sostanze stupefacenti
- Figura 41. Liberi vigilati per presenza amministratore di sostegno/tutore/curatore.
- Figura 42. Liberi vigilati per presa in carico da parte dei servizi
- Figura 43. Frequenza reati nelle imputazioni dei libero-vigilati
- Figura 44. Frequenza classi di reati
- Figura 45. Liberi vigilati per semi imputabilità/non imputabilità
- Figura 46. Libertà vigilata in struttura o al domicilio
- Figura 47. Prescrizioni relative alla libertà di movimento per i liberi vigilati in struttura
- Figura 48. PTRI presenti nel fascicolo.
- Figura 48. Avvio della presa in carico
- Tabella 49. Porte girevoli
- Tabella 51. Percorsi in uscita contenuti nel PTRI
- Tabella 52. Collaborazione servizi del territorio
- Tabella 53. Ricorrenze giudizi
- Tabella 54. Ricorrenze giudizi
- Tabella 55. Ricorrenze giudizi

Indice delle tabelle

Tabella 1. ATSM attivate nelle Regioni italiane nel 2016

Tabella 2. Presenze 148 in ATSM 2016

Tabella 3. Presenze per 111, 112 e 148 nel 2016 nell'II.PP. di Reggio Emilia e di Barcellona Pozzo di Gotto

Tabella 4. Sezioni articolazione per la salute mentale. Tabella tratta dalla Relazione del Garante Nazionale 2023, p. 218

Tabella 5. Persone con disabilità e patologia psichiatrica inserite in strutture residenziali, adulte e minori, anni 2019 e 2020. Tabella tratta dalle Relazione del Garante Nazionale 2022 (Tab. 3.14.) e 2023 (Tab. 3.19.)

Tabella 6 - Persone con disabilità o patologia psichiatrica per dimensioni della struttura, adulti e minori, anni 2019 e 2020. Tabella tratta dalle Relazione del Garante Nazionale 2022 (Tab. 3.15.) e 2023 (Tab. 3.21.)

Tabella 7 - Unità di servizio per posti letto, Regione Toscana e nazionale, anni 2019 e 2020. Tabella tratta dalle Relazione del Garante Nazionale 2022 (Tab. 3.23.) e 2023 (Tab. 3.23.)

Tabella8 - Numero strutture residenziali pubbliche. Tratto da Relazione Garante Nazionale 2021.

Tabella 9. Numero di presenti, numeri di suicidi, tasso suicidi – Anni 2016-2021

Tabella 10. Detenuti presenti e tentativi di suicidi in numero assoluto e ogni 10.000 detenuti, anni 2017-2020.

Tabella 11. Detenuti presenti e atti di autolesionismo 2017-2020.

Tabella 12. Suicidi, tentativi di suicidio, atti di autolesionismo, anni 2017-2021

Tabella13 - Eventi critici nei Penitenziari toscani nell'anno 2022

Tabella 14. Gruppi di patologie negli Istituti penitenziari toscani 2009, 2012, 2014, 2017, 2021. Rilevazioni ARS

Tabella 15. Usl Nord-Ovest. Personale sanitario negli istituti penitenziari al 31/12/2020

Tabella 16. USL Centro. Personale nelle carceri al 31/12/2020

Tabella 17. USL Sud Est Personale nelle carceri al 31/12/2020

Tabella 18. Monitoraggio organizzativo psichiatri e psicologi al 31/12/2021, Asl Centro, Nord-Ovest e Sud-Est

Tabella 19. Farmaci somministrati per categoria

Indice delle tabelle

- Tabella 20. Liste d'attesa al 31/12/2021 per tipologia collocazione
- Tabella 21. Uomini in lista d'attesa per tipologia di collocazione e per competenza regionale
- Tabella 22. Donne in lista d'attesa per collocazione e per competenza
- Tabella 23. Lista d'attesa al 31/12/2022 per tipologia di misura
- Tabella 24. Lista d'attesa al 31/12/2022 per luogo di attesa
- Tabella 25. Presenti in REMS al 31/12/2021 per tipologia di misura e per struttura
- Tabella 26. Provvisori e definitivi a ottobre 2022
- Tabella 27. Presenze in REMS al 31/12/2022
- Tabella 28. Persone internate nella REMS di Volterra e detenute per classi d'età
- Tabella 29. Ripartizione italiani/stranieri nella popolazione internata in REMS a Volterra, detenuta in Toscana, detenuta in Italia.
- Tabella 30. Libertà vigilate in carico agli Uffici di esecuzione penale esterna al 31.12., ANNI 2014-2022. Dati del Ministero della Giustizia - Dipartimento per la giustizia minorile e di comunità Ufficio I del Capo Dipartimento - Adulti in area penale esterna
- Tabella 31. Libertà vigilate in carico agli Uffici dell'Esecuzione Penale Esterna nel corso dell'anno. Dati di flusso.
- Tabella 32 – Scheda analisi libertà vigilate
- Tabella 33. Rapporto tra libertà vigilate terapeutiche e libertà vigilate complessive. Dati forniti dagli uffici UEPE della Toscana nel corso della ricerca
- Tabella 34. Tasso di libertà vigilate terapeutiche ogni 100.000 abitanti. Fonte dati sulla popolazione per Provincia: ISTAT.
- Tabella 35. Persone sottoposte alla libertà vigilata per genere.
- Tabella 36. Persone in libertà vigilata terapeutica e detenute per classi di età
- Tabella 37. Ripartizione italiani/stranieri nella popolazione in libertà vigilata in Toscana, detenuta in Toscana e detenuta in Italia al 31/05/2022.
- Tabella 38. Percentuali titoli di studio - Dato nazionale - detenuti - Libero vigilati.
- Tabella 39. Strutture in cui è eseguita la libertà vigilata
- Tabella 40. Strutture residenziali psichiatriche USL Toscana Centro
- Tabella 41. Strutture residenziali psichiatriche USL Toscana Sud-Est
- Tabella 42. Strutture residenziali psichiatriche USL Toscana Nord-ovest
- Tabella 43. USL Toscana Centro: strutture residenziali psichiatriche per posti, presenze e misure penali al 30 giugno 2022
- Tabella 44. USL Toscana Sud-Est: strutture residenziali psichiatriche per posti, presenze e misure penali al 30 giugno 2022
- Tabella 45. USL Toscana Nord-ovest: strutture residenziali psichiatriche per posti, presenze e misure penali al 30 giugno 2022
- Tabella 46. Tipologia strutture campione

Tabella 47 Risposte CSM

Tabella 48 Coinvolgimento servizio

Tabella 49 dati su precedenti passaggi tra istituzioni